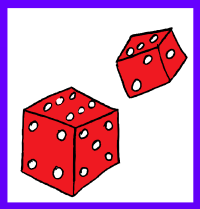
D. Capitanucci
T. Carlevaro



2004

Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel

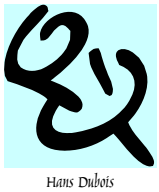
Disturbo di gioco d'azzardo patologico

Daniela Capitanucci

Tazio Carlevaro

Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel *Disturbo di gioco d'azzardo patologico*

Con contributi di Angela Biganzoli e Manola Unida



Hans Dubois

2004

© degli Autori

Daniela Capitanucci
Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze
Presso Studio Legale DeMicco-Ferrari
Via G. da Cardano 18 – Angolo Via Novara
IT-21013 Gallarate (Va)
E-mail: capitanucci@andinrete.it
Tf +39 338 1342318

Dr med. Tazio Carlevaro
Specialista in psichiatria e psicoterapia
Viale Stazione 27
CH-6500 Bellinzona
Tf +41 91 825 2988
Fx +41 91 8263986
E-mail: info@taziocarlevaro.ch

Editore:

"Hans Dubois"
Editore
Viale G. Motta 32
CH-6500 Bellinzona
Svizzera

Prima edizione, aprile 2004

ISBN: 88-87282-07-2

Ringraziamo gli autori che ci hanno permesso la riproduzione dei loro lavori (test, questionari). Abbiamo scritto a tutti gli autori le cui opere volevamo citare ampiamente, ma non siamo riusciti a raggiungerli tutti, ed alcuni non ci hanno risposto. Ringraziamo in particolare il Dr Walter Martiny, Direttore editoriale del Centro Scientifico Editore di Torino, per i permessi ricevuti.
Siamo grati agli autori che ci hanno risposto, perché ci hanno anche perlopiú proposto arricchimenti e suggerito osservazioni interessanti.
Chiediamo scusa a coloro che abbiamo citato, senza averne anticipatamente ottenuto il permesso, e li preghiamo di contattarci.

Indice del contenuto

Indice del contenuto ... **3**
Introduzione ... **5**
1. Premessa ... *5*
2. Strumenti diagnostici specifici ... *6*
3. Gli strumenti di Ladouceur ... *7*
4. Altri strumenti correlati ... *8*
5. Cenni sugli strumenti terapeutici ... *9*
Strumenti diagnostici specifici ... **10**
Principali sistemi classificatori ... **11**
1. DSM-IV ... *11*
2. ICD-10 ... *13*
Strumenti diagnostici fondati sul DSM-IV ... **15**
1. South Oaks Gambling Screen (SOGS) ... *15*
2. Fisher DSM-IV Screen ... *22*
3. Test di Beaudoin e Cox ... *26*
4. Questionario breve sul comportamento di gioco d'azzardo KFG ... *31*
5. Lie/Bet Questionnaire ... *35*
Altri strumenti diagnostici ... **37**
1. Addiction Severity Index ... *37*
2. PG-Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale ... *58*
3. Diagramma di Custer ... *64*
4. PG-CGI ... *67*
5. MAC/G ... *70*
6. Questionario sui Comportamenti e sulle Convinzioni inerenti il Gioco d'Azzardo ... *80*
Strumenti proposti da Robert Ladouceur ... **84**
1. Sydney and Laval Universities Gambling Screen ... *85*
2. Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV ... *90*
3. Intervista diagnostica sul gioco patologico ... *97*
4. La passione del gioco ... *104*
5. Analisi delle situazioni a rischio ... *106*
6. Formulario di auto-osservazione ... *110*
7. Motivazione a smettere di giocare ... *112*
8. Gli aspetti positivi e negativi del gioco ... *114*
Strumenti diagnostici correlati ... **116**
1. C.A.G.E. ... *117*
2. Craving scale ... *119*
3. Sensation Seeking Scale ... *121*
4. Barratt Impulsiveness Scale ... *127*

5. Buss Durkee Hostility Inventory *130*
6. Carta di Rete *135*
Indagine di personalità e psicopatologia **142**
Personalità e psicopatologia *143*
Strumenti di tutoraggio **147**
1. Progetto di tutoraggio nel gioco d'azzardo patologico *148*
2. Diario del tutor *150*
3. Scheda del tutor: entrate / uscite *153*
Cartelle cliniche **154**
1. Cartella clinica S.I.I.PA.C. *155*
2. GIGP: Questionario clinico *175*
GIGP: Questionario clinico *180*
3. Cartella clinica GAP Dipartimento delle Dipendenze: ASL – Varese *202*
Il *Follow up* **239**
Alcune osservazioni sulla catamnesi (Follow up) *240*
La psico-educazione **243**
La psico-educazione nel campo del gioco eccessivo *244*
Bibliografia **271**

Introduzione

1. Premessa

Il presente volume nasce dall'esperienza degli Autori che, nell'iniziare ad occuparsi di giocatori d'azzardo problematici in ambito clinico a partire dalla metà/fine degli anni '90, si sono trovati di fronte ad una serie di difficoltà che hanno generato un percorso di approfondimento, studio e ricerca sul tema che si desidera mettere a disposizione di tutti quegli altri colleghi che si accingono a lavorare su questo disturbo.
Quando abbiamo iniziato ad occuparci di gioco d'azzardo, le numerose lacune, comprensibili vista la recente (DSM III, 1980) e ancora poco condivisa definizione diagnostica del gioco d'azzardo eccessivo (ancora oggi classificato come disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato), riguardavano sicuramente anche l'assenza di strumenti diagnostici e terapeutici mirati di cui potersi dotare nella pratica clinica.
Inoltre, la quasi totalità del materiale disponibile (anche bibliografico) era reperibile in lingua straniera (prevalentemente inglese).
Oggi, a distanza di pochi anni, la situazione appare nettamente migliorata: sono finalmente reperibili pubblicazioni scientifiche specifiche in italiano[1], numerosi articoli sono apparsi su riviste del settore psichiatrico, medico o delle dipendenze patologiche, sono stati svolti vari convegni, dibattiti e seminari sul tema che hanno richiamato molti operatori.

Ciò di cui ancora si sente la mancanza è un manuale pratico[2] che dia strumenti e tracce di percorsi clinici da consultare. È proprio un'opera di questo genere che miriamo a proporre.
La complessità di espletare questo compito è incrementata, come già si notava (Capitanucci, Biganzoli, Carlevaro, 2001), dall'attuale incertezza nell'inquadramento della patologia: va ricordato che recentemente si è aperto in merito a questo argomento un acceso dibattito scientifico che ha visto la collocazione del GAP all'interno di varie classi di disturbi: del controllo degli impulsi (attuale classificazione nel DSM-IV, APA, 1994), di dipendenza (Shaffer, 1996, 1997, 1999; Wray e Dickerson, 1981; Dickerson, 1993; Rozin e Stoess, 1993) ossessivo-compulsivo (Lejoyeux et al., 1998; Blaszczynski, 1999, Hollander e Wong, 1995) o piú in generale dello spettro (Hollander, 1998), imputabile a disfunzioni di tipo neuro-biologico (Stein, 2000; Bergh et al., 1997; Comings, 1998; DeCaria, 1998). A rendere il quadro ancora piú complesso concorre la frequente comorbilità con

[1] Capitanucci D., Marino V. (2002); Croce M., Zerbetto R. (2001); Guerreschi C. (2003); Eurispes – Istituto di Studi Politici Economici e Sociali (2000); Dickerson M.G. (1993); Lavanco G., (2001); Capitanucci D. (2003, in: Red. Marino V. et al.; Cancrini L. (1996, in: Dostoevskij F.); Guerreschi C. (2000); Cibin M., Zavan V., Zampieri N. (2000); Marazziti D., Ravizza L. (2000); Capitanucci D. (2000); Bergler E. (1974); Caillois R. (1981); Huizinga J. (1982); Le Breton D. (1995); Willans A. (2000); Ladouceur R. et al. (2003); Imbucci G. (1999).

[2] L'introduzione a questo volume è un adattamento dell'articolo di Capitanucci et al. (2001).

disturbi da abuso di sostanze (Lesieur et al., 1986, 1988, 1993), depressivi (McElroy et al., 1996) e di personalità. (Linden et al., 1986; Steel e Blaszczynski, 1998; Vitaro et al., 1997).
Giacché è proprio l'ipotesi diagnostica che guida nella la scelta degli strumenti di indagine, il fatto che esistano a riguardo del gioco patologico piú ipotesi diagnostiche, talvolta persino conflittuali tra loro, rende complesso dunque suggerirne "uno" di elezione.
Alla luce di queste considerazioni, allo scopo di aiutare comunque i colleghi a formulare una valutazione generale degli aspetti salienti relativi a un problema di gioco, gli Autori hanno scelto di raccogliere, talvolta tradurre, e proporre molteplici strumenti di valutazione utili ad una diagnosi mirata, sia in considerazione del variegato panorama diagnostico, sia dei tratti peculiari della patologia.
Ciò consentirà a ciascuno di selezionare di volta in volta lo strumento piú idoneo per costruire un percorso a partire dalle proprie premesse epistemologiche.

Nel presente volume, pertanto, gli Autori hanno raccolto ed ordinato alcuni degli strumenti specifici che possono essere utilizzati per formulare una diagnosi di GAP, affiancando ad essi anche quelli che, sebbene siano meno specifici, sono in grado di fornire indicazioni utili su aree correlate che si ritengono significative, quando non addirittura cruciali, alla luce dell'esperienza clinica maturata.
Il nostro intento è che gli strumenti proposti vengano studiati ed utilizzati di volta in volta dal lettore. Perciò ogni capitolo rappresenta una sorta di scheda operativa a sé stante, inclusa la bibliografia.

2. Strumenti diagnostici specifici

La prima questione da porsi quando una persona si rivolge a un professionista in cerca di aiuto per un problema di gioco patologico è quella di stabilire se tale problema effettivamente sussista oppure no, e quale sia il livello di gravità della situazione in cui la persona si trova.

Gli strumenti diagnostici specifici possono essere suddivisi in due macro categorie: quelli fondati sul DSM ed altri strumenti che si rifanno ad ipotesi diagnostiche differenti.

I primi sono i piú diffusi ed utilizzati, ne esistono moltissime versioni messe a punto da autori diversi che poco si discostano tra loro. Le caratteristiche e i criteri che definiscono il gioco eccessivo sono presentati nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV), pubblicato dall'Associazione Americana di Psichiatria (APA). Il gioco eccessivo, che fa parte della categoria dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati nelle altre categorie, è definito come una *pratica inadeguata*, *persistente* e *ripetuta di gioco*, che *disturba lo sviluppo personale*, *familiare* o *professionale*.

L'altro strumento, ufficiale in molti Paesi, è l'*International Classification of Diseases*, prodotto dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS/WHO), che in vari volumi copre l'intera medicina. Per quanto attiene al gioco patologico, il capitolo diagnostico che vi troviamo sembra meno rilevante di quello che troviamo nel DSM.

Abbiamo scelto alcuni tra questi strumenti.
Il SOGS (Lesieur et al., 1987) è certamente il questionario basato sul DSM piú noto in tutto il mondo. Esso è anche il piú criticato a causa dalla sovrastima di situazioni patologiche che evidenzia, poiché vengono assegnati punti anche a domande che non rappresentano criteri del DSM, e alla sua scarsa utilità clinica, visto che un giocatore eccessivo risulterà sempre positivo con tale strumento.

Vi sono altri questionari che si rifanno in modo preciso ai dieci criteri (come ad esempio il Questionario DSM-IV proposto da Ladouceur, 2000) e dunque consentono di porre in modo piú preciso la diagnosi; altri (come ad esempio il Fisher DSM-IV Screen, in Rönnberg et al., 1999, il Beaudoin-Cox, 1999, ed il Questionario breve sul comportamento di gioco d'azzardo - Kurzfragebogen zum

Glückspielverhalten (KFG) di Petry, Baulig, 1995) aggiungono ai dieci criteri ulteriori domande, consentendo di raccogliere altre informazioni importanti sulla situazione del paziente.
Il Lie/Bet Questionnaire invece sceglie di utilizzare solo due su dieci criteri per effettuare la valutazione, diventando uno strumento di verifica rapidissima per lo screening di giocatori patologici. Non riesce però a distinguere tra giocatori problematici e giocatori patologici.

È opportuno segnalare che recentemente in generale il DSM viene sempre piú contestato in letteratura in merito alle sue debolezze (Barron, 1998). Le principali critiche sono relative al fatto che anche giocatori sociali potrebbero soddisfare almeno cinque criteri diagnostici, che non viene considerata la gravità e il peso relativo di ciascun criterio, e che non vengono considerate le relazioni tra criteri.
La maggioranza degli autori ritiene comunque che, nonostante tutto, il DSM-IV rimanga a oggi tra i piú potenti strumenti disponibili per fare diagnosi anche in relazione al gioco eccessivo, e che pertanto non vada accantonato (Shaffer, 1999). Dunque, può essere utile l'uso di almeno uno strumento basato sul DSM-IV, all'inizio del processo diagnostico.

Gli strumenti non basati sul DSM-IV si rifanno alla classificazione del disturbo nelle dipendenze (A.S.I. – gambling, Lesieur et al., 1992) o nei disturbi ossessivi-compulsivi (Pathological Gambling Yale Brown Obsessive Compulsive Scale e Pathological Gambling Clinical Global Impression Scale, Hollander, 1998); questi due filoni diagnostici sono tra quelli che maggiormente si contrappongono all'attuale schema classificatorio. Altre classificazioni sono di tipo evolutivo (diagramma di Custer, 1982) che evidenzia gli stadi di progressione da gioco sociale a gioco patologico; altre ancora si basano sull'approccio motivazionale di Prochaska e Di Clemente (MAC-G, Hodgins, 2001), secondo le quali le motivazioni e le aspettative del paziente andranno valutate allo scopo di verificare la concreta possibilità di coinvolgersi in una terapia, a partire dall'intensità della domanda portata, stabilendo obiettivi realistici da raggiungere.
Anche una lettura relazionale e sociale del problema di gioco eccessivo (che ricordiamo ha sempre ricadute pesanti sulla famiglia e frequentemente anche sull'intera collettività) attraverso le "Carte di rete" (Sanicola e Bosio, 2002) può fornire spunti determinanti. Infatti, oltre agli aspetti individuali del paziente è opportuno indagare dettagliatamente il contesto in cui egli vive: andrà valutata la sua situazione familiare, sociale, lavorativa, legale e finanziaria, con particolare attenzione a risorse presenti e criticità di cui tenere conto. Nell'ambito della situazione familiare andranno valutate la qualità e quantità dei rapporti esistenti, sia nel nucleo ristretto, sia in quello allargato, allo scopo di evidenziare punti forti e punti deboli connessi alla situazione (tra questi: collusione, perdita della fiducia e possibile recupero, menzogne, recriminazioni, sensi di colpa, violenza).
L'analisi dell'ambito sociale richiede particolare attenzione perché la patologia stessa spesso ha generato crisi profonde nei settori lavorativo, finanziario e nei casi piú gravi anche legale.

3. Gli strumenti di Ladouceur

Abbiamo voluto dedicare un capitolo a parte agli strumenti proposti da Robert Ladouceur, psicoterapeuta canadese che da oltre un decennio si occupa di gioco eccessivo e fa riferimento all'approccio cognitivo-comportamentale. Secondo questo autore, la valutazione dell'aspetto cognitivo è di fondamentale importanza a causa delle sue ricadute sui comportamenti del giocatore: numerosi studi condotti da questo studioso e dalla sua équipe dimostrano infatti che la presenza di pensieri erronei in relazione al gioco (indipendenza delle puntate, attesa di guadagno negativa, illusioni di controllo, superstizioni, speranza di rifarsi) sono fattori critici per il fallimento o il successo di una terapia. Abbiamo purtroppo necessariamente dovuto scegliere alcuni strumenti tra i molti proposti nel volume *Le jeu excessif*[3] al quale rimandiamo per i dovuti approfondimenti.

[3] Robert Ladouceur, Caroline Sylvain, Claude Boutin, Céline Doucet (2000, trad. italiana 2003, pubblicata dal Centro Scientifico Editore di Torino).

Oltre ad avere elaborato una mirabile “Intervista diagnostica”, Ladouceur propone esercizi sulla motivazione e numerosi altri strumenti da utilizzare durante l’arco di tutta la terapia: tra questi, “la passione del gioco”, il “formulario di auto-osservazione” e “l’analisi delle situazioni a rischio” sono particolarmente interessanti di immediato impatto e di sicuro aiuto nella pratica clinica.

Abbiamo inoltre aggiunto altri due strumenti di recentissima elaborazione: lo SLUGS (messo a punto con l’australiano Blasczcynski, altro eminente luminare nel settore dello studio del gioco eccessivo) che cerca di identificare il problema a partire dalla valutazione della perdita di controllo piuttosto che delle conseguenze occorse.

4. Altri strumenti correlati

Abbiamo ritenuto opportuno suggerire alcuni strumenti specifici utili a valutare le aree significativamente correlate al problema di gioco, e rilevanti per la presa in carico: in primo luogo la comorbilità al consumo di sostanze ed altri fattori significativi sotto evidenziati: è indispensabile approfondire in modo accurato la presenza di eventuali patologie comorbili, che renderebbero necessaria l’implementazione di trattamenti specifici ancor prima di iniziare la presa in carico per la problematica del gioco patologico.

Ci riferiamo dunque al rilevamento di comportamenti di abuso di sostanze e altri comportamenti di addiction, di depressione con eventuali rischi suicidari, di stati ansiosi gravi, di condotte di tipo ossessivo-compulsivo e disturbi psichici piú severi.
Stante le ricerche italiane ed internazionali, che rilevano una elevata comorbilità tra GAP e disturbo da uso di sostanze (Capitanucci et Al., 2002), suggeriamo di indagare sempre questo aspetto sia in relazione al consumo di sostanze illegali, sia legali (alcol e tabacco). Per indagare l’eventuale abuso di sostanze alcoliche si può utilizzare il C.A.G.E. (*Cut*, *Annoy*, *Guilty*, *Eye Opener*) di Ewing J.A. e Rouse B.A. (1970).
La Craving Scale, molto utile e assai diffusa, al punto che non siamo riusciti a ricostruirne né l'origine, né l'arrivo in Italia, può dare conto dell’intensità dell’impulso a giocare.

Molti studi hanno esaminato la relazione tra gioco patologico, “sensation seeking” intesa come ricerca di sensazioni forti, e impulsività. Poiché dal punto di vista della classificazione molte domande ancora non hanno avuto risposta, riteniamo opportuno prevedere nell’ambito della valutazione diagnostica di un giocatore patologico l’utilizzo di tre strumenti specifici che possono fornire preziose indicazioni aggiuntive.
Il questionario SSS (Sensation Seeking Scale) di Zuckerman (1983) rileva quanto una persona necessiti di stimolazioni e sensazioni forti, misurando la ricerca di brivido e avventura, il grado di disinibizione, la facilità ad annoiarsi e la ricerca di esperienze estreme nel presente come nel passato.
Il questionario BIS (Barratt Impulsiveness Rating Scale, Barratt, 1959) misura l’impulsività e le sue componenti: l’assenza di pianificazione delle azioni, l’impulsività cognitiva e quella motoria.
Il questionario BDHI (Buss Durkee Hostility Inventory, 1957) misura i diversi aspetti dell’aggressività verso se stessi e verso gli altri: aggressività diretta o fisica, indiretta o contro le cose, verbale, irritabilità, oppositività, risentimento, sospettosità, e senso di colpa.

Non va dimenticato infine che la letteratura internazionale segnala anche elevata comorbilità psichiatrica nei giocatori patologici, e dunque è raccomandabile compiere indagini di personalità piú approfondite, laddove necessario, che consentano di verificare eventuale comorbilità con disturbi psichiatrici.

Giusto a titolo indicativo segnaliamo, come possibili strumenti di indagine, l’SQ (Symptom Questionnaire), o l’SCL-90 (Symptom Check List), che, pur essendo abbastanza veloci da somminі-

strare, consentono di avere una panoramica della presenza delle psicopatologie piú importanti, da eventualmente accertare in modo piú approfondito con strumenti ad hoc.
Ad esempio, per quanto riguarda la depressione l'uso della Scala per la valutazione di W. K. Zung (1965) o la scala Hamilton – D (Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton, 1960a, 1960b) può essere appropriato come pure, per quanto riguarda l'ansia, il questionario STAI (State Trait Anxiety Inventory) o la scala Hamilton – A (Hamilton Anxiety Rating Scale) (Hamilton, 1959).

5. Cenni sugli strumenti terapeutici

Se poche sono le competenze maturate a livello diagnostico sul disturbo da gioco eccessivo, ancora meno è stato sviluppato, razionalizzato e valutato il versante dei trattamenti.
Una trattazione esaustiva di tale aspetto richiederebbe un volume a sé stante, e dunque ancora una volta ci limiteremo a fornire qui alcuni strumenti di "gestione" elaborati ed utilizzati in realtà cliniche specialistiche a noi vicine.

Uno strumento indispensabile al trattamento di un giocatore è quel processo denominato "tutoraggio": esso consiste da un lato nella gestione del flusso di denaro a disposizione del paziente e dall'altro del piano di mappatura e rientro dai debiti di gioco. L'aspetto finanziario merita un approfondimento molto attento, perché è anch'esso un prerequisito indispensabile per un corretto svolgimento della terapia: infatti, sebbene l'ambito finanziario non sia e non debba essere il focus del trattamento, la tutela e il sostegno del paziente e della sua famiglia, relativamente ai debiti avventatamente contratti, sono certamente necessari per evitare il rischio che situazioni contingenti impreviste finiscano col "travolgerlo", distogliendolo dalla terapia.
Sia esso fatto in maniera formalizzata o informalmente, dal familiare o da un operatore, questo dunque è un elemento cardine del recupero e l'averlo lasciato in secondo piano sovente è alla base di molti fallimenti nelle terapie.

Abbiamo poi ritenuto opportuno inserire alcuni modelli di cartella clinica utilizzata in servizi che da anni si occupano di gioco patologico: la cartella clinica della S.I.I.PA.C. (Società Italiana d'Intervento sulle Patologie Compulsive) di Bolzano e di Roma (Guerreschi), la cartella clinica GIGP (Gruppo d'Interesse sul Gioco Problematico), dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) del Canton Ticino, Svizzera (Carlevaro) e la cartella clinica in sperimentazione presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL della provincia di Varese.

La pratica clinica ci ha messo di fronte ad un dato (forse solo nostro) di debolezza nell'aggancio terapeutico: i pazienti GAP, ma anche i loro familiari, tendono a chiudere o interrompere la relazione terapeutica quando ancora non sono stati raggiunti risultati apprezzabili o consolidati. Talvolta è sufficiente che il paziente abbia smesso di giocare da poche settimane, che il problema di tutti sembra rimanere solo relativo a "come saldare i debiti contratti". E a questo riguardo, lo psichiatra o lo psicologo che incessantemente rivolgono altrove la loro attenzione sono decisamente fuori luogo, e del tutto inutili.
Cosí è nato il programma di "psico-educazione" elaborato da Carlevaro (2002): ha l'obiettivo di utilizzare al meglio il poco tempo che il paziente e la sua famiglia rimarrà in contatto con il Servizio di cura.

Un altro elemento fondamentale alla comprensione dell'efficacia del trattamento (soprattutto in una fase ancora cosí iniziale dello sviluppo di metodi certi) è la catamnesi o "follow-up", sulla quale si faranno alcune proposte e considerazioni generali .

Strumenti diagnostici specifici

Principali sistemi classificatori

1. DSM-IV

Diagnostic and Statistical Manual of Diseases

Di Tazio Carlevaro

Il DSM, dell'*American Psychiatric Association* (APA) è di gran lunga il repertorio diagnostico piú utilizzato nel campo dello studio e problematiche collegate con il gioco d'azzardo patologico. L'attuale quarta versione è apparsa, nella sua edizione originale americana, nel 1994.

Il repertorio americano colloca il gioco d'azzardo patologico tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, ossia tra quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Chi ne soffre riferisce perlopiú di una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, e in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo. Dopo l'azione, possono insorgere rimorso, autoriprovazione, o senso di colpa.
Il DSM vi colloca i disturbi seguenti:
Disturbo esplosivo intermittente, cleptomania, piromania, *gioco d'azzardo patologico* (F63.0), tricotillomania, disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.

Del Gioco d'azzardo patologico, il DSM evidenzia le caratteristiche diagnostiche, le manifestazioni e i disturbi associati, le caratteristiche collegate a cultura e genere, la prevalenza, il decorso, la familiarità, la diagnosi differenziale, la relazione con in criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10.

I criteri diagnostici sono dunque politetici, ossia per una diagnosi ne sono richiesti solo alcuni. Essi sono i seguenti:

A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattativo, come indicato da cinque (o piú) dei seguenti[1]:

    1. È eccessivamente assorbito nel gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)
    2. Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
    3. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.
    4. È irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
    5. Gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia depressione).
    6. Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo) le proprie perdite).

[1] In genere, da tre a quattro risposte positive indica la presenza di un gioco problematico.

7. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
8. Ha commesso azioni illegali come falsificazione ,frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
9. Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera, per il gioco d'azzardo.
10. Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.

Valutazione

Attualmente, si distinguono anche i giocatori problematici, e non piú solo quelli patologici.

0-2 punti	Nessun problema di gioco
3-4 punti	Gioco problematico
5 punti e piú	Gioco patologico

2. ICD-10

International Classification of Diseases, 10th Version[1]
WHO-OMS

Di Tazio Carlevaro

Introduzione

Il capitolo F60-F69 dell'ICD-10 comprende i Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto. Tra questi, il registro enumera e descrive le seguenti entità diagnostiche:

- Disturbi di personalità specifici (F60).
- Alltri disturbi di personalità e forme miste (F61)
- Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o a malattia cerebrale (F62).

Il quarto capitolo è dedicato ai Disturbi delle abitudini e degli impulsi, e comprende le seguenti entità diagnostiche:

- F63.0 Gioco d'azzardo patologico
- F63.1 Impulso patologico ad appiccare fuoco (piromania)
- F63.2 Furto patologico (cleptomania)
- F63.3 Tricotillomania
- F63.8 Altri
- F63.9 Non specificati

F63: Disturbi delle abitudini e degli impulsi

Questa categoria include alcuni disturbi del comportamento che non sono classificabili in altre sezioni. Essi sono caratterizzati da atti ripetuti che non hanno una chiara motivazione razionale e che generalmente danneggiano gli interessi personali del soggetto e quelli di altre persone. La persona riferisce che il comportamento è associato con impulsi ad agire che non possono essere controllati. Le cause di queste condizioni non sono comprese. Esse sono raggruppate assieme a causa delle ampie somiglianze che esistono tra loro sul piano descrittivo, e non perché si sappia che esse hanno in comune altre caratteristiche importanti. Per convenzione, sono esclusi l'abitudine all'uso eccessivo di alcool e di droghe (F10-F19) e i disturbi degli impulsi e delle abitudini riguardanti il comportamento sessuale (F65.--)e alimentare (F52.--).
Troviamo le seguenti entità diagnostiche.

- Gioco d'azzardo patologico (F63.0)
- Impulso patologico ad appiccare fuoco (piromania: F63.1)
- Furto patologico (cleptomania: F63.2)
- Tricotillomania (F63.3)
- Altri disturbi delle abitudini e degli impulsi (F63.8)
- Disturbi delle abitudini e degli impulsi non specificati (F63.9)

[1] Organizzazione Mondiale della Sanità. ICD-10 (1992).

F63.1 Gioco d'azzardo patologico

Il disturbo consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo, che dominano la vita del soggetto a detrimento dei valori e degli obblighi sociali, lavorativi e familiari.

Le persone affette possono mettere a repentaglio la propria occupazione, indebitarsi per grosse cifre e mentire o infrangere la legge per ottenere denaro o evitare il pagamento dei debiti, La persona descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, insieme con una costante polarizzazione su idee e immagini relative all'atto di giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Queste manifestazioni spesso si intensificano nei momenti in cui la vita è stressante.

Questo disturbo è anche chiamato gioco d'azzardo compulsívo, ma questo termine è meno appropriato, in quanto il comportamento non è compulsivo in senso tecnico e il disturbo non è in relazione con la sindrome ossessivo-compulsiva.

Direttive diagnostiche
Caratteristica essenziale è un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto, che continua e spesso aumenta nonostante le conseguenze sociali negative, come l'impoverimento, il danneggiamento delle relazioni familiari e la compromissione della vita personale.
Questi criteri sono *monotetici*, ossia devono occorrere simultaneamente.
Include: gioco d'azzardo compulsivo.

Nella diagnosi differenziale, il gioco d'azzardo patologico deve essere distinto da:
- Gioco d'azzardo (Z72.6) (queste persone giocano frequentemente per la ricerca di emozioni o nel tentativo di far denaro; esse facilmente reprimono la loro abitudine quando si trovano di fronte a perdite pesanti o ad altri effetti dannosi);
- Gioco d'azzardo eccessivo in pazienti maniacali (F30);
- Gioco d'azzardo da parte di personalità sociopatiche (F60.2) (queste persone mostrano un piú ampio e persistente disturbo del comportamento sociale, che si manifesta in atti che sono aggressivi o dimostrano in altra maniera un marcato disinteresse per il benessere e i sentimenti degli altri).

Strumenti diagnostici fondati sul DSM-IV

1. South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Di H. R. Lesieur e S. B. Blume

Il questionario SOGS, steso da Lesieur e Blume (1987)[1], è forse il piú noto tra gli strumenti di rilevazione del gioco patologico a livello mondiale. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza delle attività di gioco, la difficoltà a giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso, le menzogne circa le attività di gioco, il giocare piú della somma prevista inizialmente, l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola, il prendere in prestito denaro per giocare, e i prestiti non rimborsati. Il SOGS fornisce anche indizi preziosi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.
Il valore massimo che si può ottenere è venti punti. Secondo i suoi autori, un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, mentre coloro i quali ottengono un livello di cinque punti o piú hanno un problema di gioco manifesto. È cosí che un punteggio che raggiunge o supera nove testimonierebbe la presenza di un problema grave.
Numerosi studi (Ladouceur et al., 2000) dimostrano però che questo strumento per sua stessa natura tende a sovrastimare il numero di giocatori eccessivi. Inoltre esso, basandosi sulla memoria del giocatore, è in grado di fornire soltanto delle stime, talvolta delle approssimazioni, a meno che questi, cosa decisamente improbabile, non abbia registrato nei dettagli, in itinere, le sue attività di gioco.
Tenuto conto della quantità rilevante di risposte falso-positive ottenute, e del fatto che chiunque richieda un trattamento per il gioco patologico ottiene almeno un punteggio di cinque, non si dovrebbe stabilire alcuna diagnosi utilizzando solo questo questionario, e pertanto ad esso andrebbe associato almeno un secondo strumento.

[1] La prima traduzione italiana del SOGS è opera di Cesare Guerreschi e di Stefania Gander. Se ne trova una versione nel testo di Guerreschi C. (2000), pp. 137-142.

Il testo che presentiamo è una nuova traduzione italiana del SOGS, da noi preparata. Essa di discosta qua e là dalla versione proposta da Guerreschi e Gander, ma è del tutto fedele al testo originale di Lesieur e Blume[2].

[2] Copyright, 1992, South Oaks Foundation. Reprinted with permission.
Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987); Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen. Journal of Gambling Studies, 9, 213-223.

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1. Indichi per favore quali tipi di giochi d'azzardo ha praticato nel corso della sua vita. Per ogni tipo, indichi una risposta: "per niente", "meno di una volta alla settimana" oppure "una volta alla settimana o piú".

	Per niente	***Meno di una volta a settimana***	***Una volta a settimana o piú***
a. Giocare a carte a soldi	❑	❑	❑
b. Scommettere ai cavalli, cani o altri animali	❑	❑	❑
c. Scommesse sportive	❑	❑	❑
d. Giocare ai dadi per soldi	❑	❑	❑
e. Andare al casinò (legale o clandestino)	❑	❑	❑
f. Giocare al lotto, a lotterie, gratta e vinci	❑	❑	❑
g. Giocare al Bingo	❑	❑	❑
h. Giocare in borsa o sul mercato azionario	❑	❑	❑
i. Giocare alle slot machines, ai videopoker o ad altri giochi d'azzardo con le macchine	❑	❑	❑
j. Giocare a biliardo, a golf, o ad altri giochi di abilità per denaro	❑	❑	❑

2. Quale è la somma maggiore di denaro che abbia mai giocato in un solo giorno della usa vita?

Risposta	***Sí***	***No***
Non ho mai giocato	❑	❑
1 euro o meno	❑	❑
Piú di 1 euro, ma meno di 10	❑	❑
Piú di 10 euro, ma meno di 100	❑	❑
Piú di 100 euro, ma meno di 1000	❑	❑
Piú di 1'000 euro, ma meno di 10'000	❑	❑
Piú di 10'000 euro	❑	❑

3. I suoi genitori hanno (o hanno avuto) problemi col gioco d'azzardo?

Risposta	***Sí***	***No***
Tutti e due i miei genitori giocano (o giocavano) troppo	❑	❑
Mio padre gioca (o giocava) troppo	❑	❑
Mia madre gioca (o giocava) troppo	❑	❑
Nessuno dei due gioca (o giocava) troppo	❑	❑

4. Quando gioca, quanto spesso torna a giocare un'altra volta per recuperare i soldi persi?

Domanda	***Sí***	***No***
Mai	❑	❑
Ogni tanto (meno della metà delle volte che perdo)	❑	❑
La maggior parte delle volte che perdo	❑	❑
Ogni volta che perdo	❑	❑

5. Ha mai affermato di avere vinto soldi col gioco d'azzardo, quando in realtà aveva perso?

Risposta	***Sí***	***No***
Mai	❑	❑
Sí, meno della metà delle volte che ho perso	❑	❑
Sí, la maggior parte delle volte	❑	❑

6. Ritiene di avere (o avere avuto) problemi col gioco d'azzardo?

Risposta	***Sí***	***In passato, ma non ora***	***No***
	❑	❑	❑

7. Ha mai giocato piú di quanto voleva?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

8. È mai stato criticato per avere giocato d'azzardo?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

9. Si è mai sentito colpevole per il suo modo di giocare d'azzardo o per quello che succede quando gioca d'azzardo?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

10. Si è mai sentito come se avesse voglia di smettere di giocare, ma non potesse farlo?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

11. Ha mai nascosto ricevute di scommesse, biglietti di lotteria, denaro destinato al gioco o qualsiasi altra "prova" di gioco d'azzardo, al suo coniuge, ai suoi figli o ad altre persone importanti nella sua vita?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

12. Ha mai discusso con le persone con cui vive sul modo in cui Lei gestisce il denaro?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

13. (Se ha risposto "sí" alla domanda 12): **Le discussioni sul denaro riguardavano il fatto che Lei gioca d'azzardo?**

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

14. Ha mai chiesto in prestito denaro a qualcuno senza restituirlo, a causa del gioco d'azzardo?

Risposta	*Sí*	*No*
	❑	❑

15. Ha mai sottratto tempo al lavoro (o alla scuola) a causa del gioco d'azzardo?

Risposta	*Sí*	*No*
	❑	❑

16. Se ha chiesto in prestito denaro per giocare d'azzardo o per pagare debiti di gioco, da chi o dove lo ha preso in prestito? (risponda "si" o "no" per ciascuna delle seguenti opzioni)

Risposta	*Sí*	*No*
a. dai soldi di casa	❑	❑
b. dal coniuge	❑	❑
c. da altri parenti	❑	❑
d. da banche, finanziarie o agenzie di credito	❑	❑
e. tramite carte di credito	❑	❑
f. dagli usurai ("strozzini")	❑	❑
g. mettendo all'incasso azioni, obbligazioni o altri titoli	❑	❑
h. vendendo proprietà personali o di famiglia	❑	❑
i. emettendo assegni scoperti (a vuoto) o andando in rosso sul conto corrente	❑	❑
j. ha (o aveva) un conto aperto con un allibratore	❑	❑
k. ha (o aveva) un conto aperto con un casinò	❑	❑

Valutazione del SOGS

I punteggi del SOGS si ottengono sommando il numero di domande che mostrano una risposta "a rischio":

Le domande 1, 2 e 3: non si calcolano

Valgono un punto:
a) Alla domanda 4,
le risposte "la maggior parte delle volte che perdo"
oppure
"ogni volta che perdo"
b) Alla domanda 5,
le risposte "sí, meno della metà delle volte che ho perso"
oppure
"sí, la maggior parte delle volte"
c) Alla domanda 6,
le risposte "sí, in passato, ma non ora"
oppure
"sí"

Inoltre, vale un punto:

Alla domanda 7: "sí"
Alla domanda 8: "sí"
Alla domanda 9: "sí"
Alla domanda 10: "sí"
Alla domanda 11: "sí"

La domanda 12 *non* deve essere computata anche in caso di risposta affermativa

Alla domanda 13: "sí"
Alla domanda 14: "sí"
Alla domanda 15: "sí"
Alla domanda 16a: "sí"
Alla domanda 16b: "sí"
Alla domanda 16c: "sí"
Alla domanda 16d: "sí"
Alla domanda 16e: "sí"
Alla domanda 16f: "sí"
Alla domanda 16g: "sí"
Alla domanda 16h: "sí"
Alla domanda 16i: "sí"

Infine,
Le risposte alle domande 16j e k: *non* sono calcolate

Attribuzione punteggi:

0 –2	=	Nessun problema
3 – 4	=	Giocatore problematico e a rischio
5 o piú	=	Giocatore d'azzardo patologico

Note sulla valutazione del SOGS:

Non vi è un accordo univoco sui cut-off distintivi di classificazione. L'articolo originale di pubblicazione del SOGS (Lesieur e Blume, *The South Oaks gambling Screen (SOGS): A new Instrument for the identification of Pathological Gambling*, sept.1987, Am j Psychiatry 144:9) evidenzia solo che in presenza di **5 o piú punti** siamo in presenza di un **probabile giocatore patologico**.

Nel suo volume "Giocati dal Gioco" (p. 142) Guerreschi stila il seguente *cut-off*:

0-2 = Nessun problema
3-4 = Giocatore problematico e a rischio
5 o piú = Giocatore d'azzardo patologico

Non mancano altre classificazioni (talvolta adottate dagli stessi studiosi già citati) quale ad esempio quella seguente:

0 = Nessun problema
1-4 = Alcuni problemi
5 o piú = Probabile giocatore d'azzardo patologico

Vista l'insufficiente chiarezza, ci siamo rivolti direttamente al prof. Lesieur nel Settembre 2000 per avere delucidazioni sullo Score del SOGS.

Ecco la risposta fornitaci da H. Lesieur.

> *"Non vi è una convenzione in merito alle scale di punteggi sub-critiche. Inizialmente quando con Sheila Blume iniziammo ad occuparci del test SOGS identificammo con punteggi tra 1 e 4 i soggetti che mostravano "qualche problema". In seguito, l'evidenza mostrò che il cut-off doveva essere innalzato per tali soggetti, a punteggi compresi tra 2 e 4.*
> *Negli USA la maggior parte dei ricercatori utilizza i punteggi compresi tra 3 e 4 come cut-off per parlare di "giocatore problematico".*
>
> *Suggerisco che il livello di soglia (cut-off) dovrebbe essere stabilito di volta in volta in quanto sensibile alla cultura di riferimento dove verrà somministrato il questionario.*
> *In Australia ad esempio è in uso assistere a classificazioni dove soggetti che hanno tra 5 e 9 punti vengano identificati come "giocatori problematici" e soggetti che ottengono 10 o piú punti siano considerati "gravi giocatori problematici".*
> *In Turchia la versione locale del SOGS prevede che il giocatore patologico collezioni 7 o piú punti, mentre non vi è menzione al gioco problematico.*
> *I ricercatori spagnoli utilizzano la soglia di 5 o piú punti per identificare i probabili giocatori patologici, ma non operano distinzioni con i giocatori problematici.*
> *Il mio consiglio finale è di utilizzare la soglia di 3-4 punti per indicare alcuni problemi, fermo restando che ciò va indagato nello specifico con soggetti di nazionalità italiana."*

Accogliamo ben volentieri i consigli del Prof. Lesieur e dunque proponiamo la griglia di attribuzione di punteggi già descritta, condivisa da Guerreschi):

0 – 2 = Nessun problema
3 – 4 = Giocatore problematico e a rischio
5 o piú = Giocatore d'azzardo patologico

2. Fisher DSM-IV Screen

Di Susan Fisher

(Traduzione di Tazio Carlevaro)

Si tratta d'una *check-list* per il gioco d'azzardo usata in varie ricerche epidemiologiche[1], eseguite sia all'interno dei casinò sia sulla popolazione generale, p.es. da Rönnberg[2]. Essendo basata sui dieci criteri diagnostici stilati dall'Associazione americana di psichiatria (APA), è assai specifica per porre la diagnosi di gioco patologico. La Fisher propone per ciascuno dei dieci criteri due sistemi di valutazione: uno bipolare (presenza/assenza del criterio), l'altro graduato a quattro punti (Mai), (Una o due volte), (Qualche volta), (Spesso).

Per il calcolo del punteggio viene attribuito un punto per ogni risposta affermativa nel sistema bipolare; in tale sistema si pone la diagnosi di gioco problematico con punteggio compreso tra tre e quattro, e patologico maggiore di cinque. Se si usa il sistema graduato, verrà attribuito un punto alla risposta "spesso" nei primi sette criteri elencati nello strumento (preoccupazione, tolleranza, astinenza, fuga, inseguimento, menzogne, e perdita di controllo); per gli ultimi tre (atti illeciti, messa a rischio di relazioni significative, contare sugli altri per risolvere situazioni finanziarie disastrose) viene attribuito un punto a qualsiasi risposta affermativa.

Il problema nell'uso di questo strumento potrebbe consistere nell'arbitrarietà di attribuzione dei punteggi (esaminatori diversi potrebbero dare valutazioni diverse); Ladouceur et al., (2000) a tal proposito forniscono indicazioni dettagliate e operative che guidano l'intervistatore all'attribuzione o meno di positività ai criteri per ciascun paziente.

[1] Numerosi articoli hanno descritto l'utilizzo di questo strumento, nessuno di "elezione" però per la sua nascita. Per questo motivo, si fornisce al lettore una sintetica rassegna bibliografica cui riferirsi per approfondimenti in merito (anche relativi ad uno strumento specifico DSM-IV-based per gli adolescenti): Fisher S. (2000a); Fisher S. (2000b), Fisher S. (2003c), Fisher S. (1999). L'articolo di Stinchfield (2003) analizza affidabilità, validità e accuratezza dei criteri del DSM IV per il gioco d'azzardo patologico mediante l'uso di strumenti DSM-IV-based, tra i quali il Fisher appunto ed il Beaudoin e Cox.

[2]. Rönneberg S., Volberg R.A (1999).

FISHER DSM-IV SCREEN

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

	Sistema bipolare		**Sistema graduato**				***Punteggio***
Criterio DSM-IV	**Sí**	**No**	**Mai**	**Una volta o due**	**Talvolta**	**Spesso**	
Preoccupazione Preoccupato dal gioco (p.es. preoccupato per sedute di gioco procedenti, o di pianificare come e quando giocherà, o di riflettere su come acquisire del denaro da giocare)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Tolleranza Deve giocare somme *crescenti* di denaro per ottenere lo stato di eccitamento desiderato.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Astinenza Agitazione o irritabilità quando tenta di diminuire o di smettere di giocare	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Rifugio Il gioco è una sorta di rifugio per sfuggire ai problemi o per alleviare stati disforici (p.es. sentimenti d'impotenza, di colpa, d'angoscia o di depressione)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Rifarsi Dopo avere perso del denaro al gioco, spesso ritorna nei giorni successivi per rifarsi (per rincorrere le perdite subite)	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Menzogne Mente ai membri della sua famiglia, al terapeuta o ad altri, per nascondere l'entità della sua attività di gioco.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Perdita del controllo Fa sforzi, ripetuti ma senza successo, di controllare, ridurre o smettere di giocare	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Atti illeciti Commette atti illeciti, come furti, frodi, truffe o sottrazioni indebite, al fine di finanziare l'attività di gioco	❑	❑	❑	❑	❑	❑	

	Sistema bipolare		Sistema graduato				*Punteg-gio*
Criterio DSM-IV	**Sí**	**No**	**Mai**	**Una volta o due**	**Talvolta**	**Spesso**	
Mette a rischio legami significativi Sono in forse o sono state perse relazioni significative, o il lavoro, o opportunità di studio o di carriera professionale, per via dell'attività di gioco. Occupa tutti gli spazi di tempo libero con il gioco.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
Indebitamento Dipende da altri per ottenere denaro per far fronte ad una situazione finanziaria disperata, dovuta al gioco	❑	❑	❑	❑	❑	❑	
						Punteggio totale	

Attribuzione del punteggio e valutazione

Punteggio

Se si usa la sempice indicazione **sí** / **no**, allora ogni **sí** è un punto. Orbene, da 3 a 4 punti parlano per un giocatore problematico, mentre 5 o piú punti parlano di un grave giocatore problematico.

Se si usa il sistema graduale, **mai**, **una o due volte**, **ogni tanto**, **spesso**, Rönneberg propone il sistema di scoring seguente:
Le prime sette domande: un punto solo a ***spesso***.
Le tre ultime domande: un punto sempre (a partire da ***una o due volte***).

Classificazione

0 - 2	Nessun problema
3 – 4	Giocatore problematico e a rischio
5 o piú	Giocatore d'azzardo patologico

3. Test di Beaudoin e Cox

Di Carole M. Beaudoin e Brian J. Cox

(Traduzione di Tazio Carlevaro)

Questo strumento di misura è nato come questionario autosomministrato per misurare i criteri diagnostici ed altri aspetti riguardanti il gioco patologico. Mirava a ottenere maggiore chiarezza sulle caratteristiche individuali di coloro che in ambiente canadese chiedevano un intervento per problemi collegati con il gioco patologico. Una prima validazione del questionario ha evidenziato che la sintomatologia proposta dal DSM-IV si presenta con una frequenza assai diversa. Mentire alla famiglia o agli amici, e "rincorrere" le perdite sofferte in precedenza erano riferiti con particolare frequenza. Altri sintomi socialmente piú "gravi" (perdita del lavoro, rotture affettive e azioni criminali) si sono dimostrate piú rare. Il questionario ha anche evidenziato la presenza di un'ideazione suicidale, di precedenti turbe psichiche e di una funzione antidepressiva del gioco.

L'interesse di questo questionario proviene dal datto che il SOGS è nato come strumento basato sul DSM-III, e non tiene conto delle aggiunte promosse dal DSM-III-R e DSM-IV. È uno strumento di auto-valutazione di 20 domande. Rispondendo positivamente a 5, ci si ritrova nel gruppo dei «probabili giocatori patologici». Ma un punteggio di 5 non è distinguibile qualitativamente da uno score piú alto, e in pratica chiunque venga in cura per il gioco patologico ha almeno uno score di 5. Esiste quindi il bisogno d'uno strumento piú performante, che completi il questionario con alcuni dati importanti, p.e. quelli previsti dal DSM-IV (riguardanti l'umore).

Lo strumento quivi proposto riprende i criteri previsti, ma li trasforma in criteri graduati (e non dicotomici), prevedendone una riproposta a seconda della circostanza. Permette quindi una valutazione attraverso il tempo. Il questionario è basato sul DSM-IV (criteri diagnostici 63.0).
Per tale motivo si ritiene che esso possa offrire spunti diagnostici da una diversa prospettiva. I dieci criteri vengono valutati su una scala graduata a quattro punti, ma, a differenza dello strumento proposto dalla Fisher, essi si snodano lungo un arco temporale, fornendo una classificazione di recenza e attualità del criterio (*Mai* / *Sí*, in un certo momento della mia vita/ Sí, l'anno scorso/ Sí, il mese scorso) invece che di frequenza (*Mai* / *Una o due volte* / *Qualche volta* / *Spesso*).
Su una scala dicotomica, inoltre, Beaudoin e Cox indagano altri aspetti: il gioco solitario, la capacità di attenersi a limiti temporali e di spesa predefiniti, la presenza di sensi di colpa, l'estraniamento durante il gioco, la passione per il rischio, l'eccessiva importanza data al denaro nella vita, la capacità di gestione del denaro, la competitività, la facilità ad annoiarsi, il grado di investimento sul lavoro, il bisogno di suscitare approvazione, il grado in cui la vita è stata modificata dal soggetto per poter giocare, i precedenti trattamenti richiesti per problemi psicologici (es. depressione) o sanitari, i pensieri e i tentativi suicidari anche in relazione al gioco, la frequenza, le modalità e le motivazioni di gioco.

Segue poi un'integrazione al questionario, che permette di valutare ulteriormente il problema del *gambling*, in correlazione con i dati psicopatologici previsti dal DSM-IV (e III-R).

Il Test di Beaudoin e Cox[1] può essere utilizzato come una valida traccia di intervista diagnostica, comprendendo sia la valutazione dei criteri del DSM-IV, sia quella relativa ad altri elementi quali il tono dell'umore e i comportamenti di gioco del paziente; inoltre, essa pone l'accento sulla valutazione della situazione attuale. Proprio la ricchezza dei dati raccolti, necessita però di un tempo di somministrazione piuttosto lungo che rende lo strumento piú adatto ad essere applicato in un secondo momento di approfondimento, piuttosto che in prima battuta o se si necessita di una diagnosi in tempi brevi.

È comunque certamente utile per quei pazienti che si presentano in consultazione dopo avere già sospeso autonomamente la loro attività di gioco (caso in cui la valutazione dei criteri nel qui ed ora potrebbe impedire di rilevare la presenza di comportamenti critici solo perché non attualmente agiti (quando magari lo sono stati nel recente o remoto passato del giocatore).

[1] Beaudoin, Carole M., Cox, Brian J. (1999).

TEST DI BEAUDOIN E COX

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

N	Domanda	Mai (0)	Sí, a un certo momento della mia vita (1)	Sí, l'anno scorso (2)	Sí, il mese scorso (3)
1.	Ha mai tentato di ridurre o smettere di giocare e si è accorto di non riuscire?				
2.	Ha mai tentato di ridurre o smettere di giocare e si è accorto che era irrequieto o irritabile?				
3.	Ha mai giocato per sfuggire a i problemi o disfarsi di stati d'animo sgradevoli?				
4 a.	Ha mai perso il lavoro o si è trovato nei guai nel posto di lavoro a causa del gioco?				
4b.	Ha mai compromesso o perso la relazione col coniuge o con altre persone significati ve a causa del gioco?				
5.	Ha mai commesso reati per reperire il denaro da giocare? (es. furti, truffa, frode, ecc.)				
6.	Si è mai trovato a pensare insistentemente al gioco, come ad esempio ricordare passate esperienze di gioco, pianificare le prossime giocate, o pensare al modo in cui procurarsi il denaro per giocare?				
7.	Sente il bisogno di giocare somme di denaro sempre piú ingenti per ottenere il livello di eccitazione desiderato?				
8.	Le capita di tornare a giocare per recuperare le perdite subite?				
9.	Ha mai mentito a parenti, amici o altri in merito al gioco?				
10.	Si è mai rivolto a parenti o amici per chiedere aiuto nel risolvere problemi economici causati dal gioco?				

N	Domande integrative	Si	No
1.	Gioca sempre in compagnia (amici, colleghi di lavoro), e mai da solo?	❑	❑
2.	Se decide in anticipo per quanto tempo giocherà, riesce in genere ad attenersi a tale tempo massimo?	❑	❑
3.	Generalmente decido in anticipo (prima di iniziare) quanti soldi posso perdere.	❑	❑
4.	Si è mai sentito in colpa a causa del gioco?	❑	❑
5.	Si è mai sentito distaccato dal contesto mentre sta giocando, come se fosse in trance?	❑	❑
6.	Le piace rischiare nella vita?	❑	❑
7.	Vede nel denaro la soluzione di quasi tutti i suoi problemi?	❑	❑
8.	Si descriverebbe come uno «spendaccione»?	❑	❑
9.	Si descriverebbe come una persona competitiva?	❑	❑
10.	Direbbe che in generale si annoia facilmente?	❑	❑
11.	Si descriverebbe come un «lavoro-dipendente»?	❑	❑

N	Domande integrative	Si	No
12.	Lei ritiene di essere in generale troppo preoccupato di suscitare l'approvazione della gente?	❑	❑
13.	Lei ritiene di aver modificato la sua vita per riuscire a giocare?	❑	❑
14.	È mai stato in trattamento per problemi psicologici? Se sí, che tipo di problemi aveva? Depressione? Altri? (Specificare) *Specificazione*:	❑	❑
15	Ha attualmente qualche problema di tipo sanitario? Se sí, che tipo di problema? Depressione? Altro? (Specificare) *Specificazione*:	❑	❑
16	Nell'arco dell'anno appena trascorso ha pensato alla morte con una certa frequenza?	❑	❑
17	Nell'arco dell'anno appena trascorso ha mai desiderato di morire?	❑	❑
18	Nell'arco dell'anno appena trascorso si è sentito cosí giú talvolta da pensare di togliersi la vita?	❑	❑
19	Ha mai tentato il suicidio?	❑	❑
20	Se ha pensato o tentato il suicidio nell'arco della sua vita, questi pensieri o sentimenti sono mai stati in relazione con il gioco?	❑	❑
21	Gioca regolarmente e con continuità?	❑	❑
22	Gioca a periodi, facendo grandi «abbuffate»?	❑	❑
23	Lei gioca perché: (può segnare piú di una voce)	❑	❑
	- la eccita	❑	❑
	- per vincere denaro	❑	❑
	- per disfarsi di emozioni spiacevoli	❑	❑
	- non sa	❑	❑
	- altre ragioni (specificare:)	❑	❑

Valutazione del test

L'attribuzione dei punteggi al questionario segue i criteri del DSM-IV:

4-5 punti	giocatore problematico
6-7 punti	giocatore patologico

4. Questionario breve sul comportamento di gioco d'azzardo KFG

Kurzfragebogen zum Glückspielverhalten (KFG)

Di Jörg Petry e T. Baulig[1]

(Traduzione di Tazio Carlevaro)

Il KFG è una scala di valutazione clinica per evidenziare chi soffre di un disturbo di gioco patologico, che necessita una presa a carico. Si tratta di una scala Likert di 20 domande, in cui ogni item può avere valori da 0 (non mi ci rispecchio), a 1 (mi ci rispecchio soltanto poco poco), 2 (mi ci rispecchio abbastanza), 3 (mi ci rispecchio del tutto). Sommando questi punteggi grezzi delle 20 domande, si ottengono punteggi individuali da 0 a 60 punti.

Sulla base di un campione rappresentativo di 558 giocatori patologici visti in un contesto di consulenza o di terapia, Denzer, Petry et al. (1995) hanno trovato una distribuzione normale dei punteggi grezzi, con un valore medio di circa 35, e una deviazione standard di circa 10 punti. Questo significa che il 68% dei soggetti presenti nel campione ha un punteggio compreso tra 25 e 45 punti, e il 95% ha un punteggio compreso, approssimativamente, tra i 15 e i 55 punti.

Sulla base della comparazione con un campione di riferimento di soggetti *non patologici* (57 operatori del servizio sociale post-carcerario) si è potuto stabilire che punteggi tra 0 e 10 (nelle donne anche un po' piú bassi) potevano essere attribuiti ad una popolazione senza problemi di gioco d'azzardo,

È un test agile, di sole venti domande, facile da valutare, ben validato per la popolazione di lingua tedesca. La Commissione svizzera delle case da gioco l'ha proposto come strumento unitario per l'uso nel campo del gioco patologico, in Svizzera.

[1] Petry J (1996).

TEST KFG di PETRY E BAULIG

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Legga la seguente serie di affermazioni sul comportamento di gioco d'azzardo. Nel caso in cui in questo momento lei non giocasse, risponda riportandosi alla sua fase di gioco attivo. Voglia per favore esprimersi su tutte queste affermazioni, indicando se "non mi ci rispecchio", "mi ci rispecchio poco", "mi ci rispecchio abbastanza", oppure "mi ci rispecchio completamente". Ponga una crocetta nella casella corrispondente. La prego di volersi esprimere su tutte le affermazioni, e di scegliere solo una delle quattro possibilità di risposta.

N.	Affermazione	Non mi ci rispecchio	Mi ci rispecchio poco poco	Mi ci rispecchio abbastanza	Mi ci rispecchio completa-mente
01.	Perlopiú gioco per coprire le perdite che subivo.	❑	❑	❑	❑
02.	Non sono piú in grado di controllare il mio giocare.	❑	❑	❑	❑
03.	I miei familiari o i miei amici non debbono sapere quanto spendo nel gioco.	❑	❑	❑	❑
04.	A confronto col gioco, la mia vita quotidiana mi appare noiosa.	❑	❑	❑	❑
05.	Dopo aver giocato ho spesso rimorsi di coscienza.	❑	❑	❑	❑
06.	Uso dei pretesti per giustificare il gioco.	❑	❑	❑	❑
07.	Non ce la faccio a interrompere il gioco per un tempo sufficientemente lungo.	❑	❑	❑	❑
08.	Gioco quasi ogni giorno a soldi.	❑	❑	❑	❑
09.	A causa del mio giocare ho difficoltà nel mio lavoro.	❑	❑	❑	❑
10.	Nel gioco d'azzardo cerco delle emozioni intense.	❑	❑	❑	❑
11.	Penso costantemente al gioco.	❑	❑	❑	❑
12.	Per finanziare il mio giocare, mi sono procurato spesso del denaro in modo illecito.	❑	❑	❑	❑
13.	Durante la maggior parte del mio tempo libero, io gioco.	❑	❑	❑	❑
14.	Mi è già capitato di giocarmi del denaro non mio, o preso a prestito.	❑	❑	❑	❑
15.	Per via dei miei problemi di gioco, sono già stato in cura.	❑	❑	❑	❑
16.	Mi è capitato spesso di dover smettere di giocare perché ero restato senza denaro.	❑	❑	❑	❑
17.	Per via del fatto che gioco cosí tanto, ho perso molti amici.	❑	❑	❑	❑
18.	Per poter continuare a giocare, mi capita spesso di prendere a prestito del denaro.	❑	❑	❑	❑
19.	Nella mia fantasia, mi capita spesso di vedermi come un grande vincitore.	❑	❑	❑	❑

N.	Affermazione	Non mi ci rispecchio	Mi ci rispec-chio poco poco	Mi ci ri-specchio abba-stanza	Mi ci rispec-chio com-pleta-mente
20.	Per via del gioco, mi sono sentito spesso cosí disperato, da pensare di togliermi la vita.	❑	❑	❑	❑

Valutazione

Punteggio	***Intensità***
0-10	Nessuna
11-15	Qualche problema
16-25	Gioco patologico iniziale
26-45	Gioco patologico medio
46-60	Gioco patologico grave

5. Lie/Bet Questionnaire

Di E. E. Johnson et al.[1]

(Traduzione di Tazio Carlevaro)

Ecco un breve questionario, da utilizzare in momenti di particolare mancanza di tempo, eventualmente da chi non è specialista formato, per orientarer una scelta diagnostica od operativa. Si basa sul fatto che, secondo gli autori, non tutti i criteri diagnostici elaborati p.es. nel DSM-IV hanno la stessa valenza predittiva, ossia non tutti i criteri si ritrovano con la medesima frequenza. I piú frequenti sono quelli considerati da Johnson et al., ossia la tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata, sia per "rincorrere" le perdite, sia per una perdita di controllo sull'attività del gioco. È difficile (= statisticamente raro) che uno di questi criteri, o magari anche ambedue siano presenti in una persona che *non* abbia problemi di gioco. Non solo: per via della loro frequenza, e per via della loro funzionalità nel gioco problematico, sono spesso anche collegati.
Questo test, assai maneggevole, non dà nessun altro dato, se non il appunto la presenza di un gioco problematico. Non è quindi in grado di distinguere tra gioco problematico e gioco patologico.

Lo svantaggio potrebbe essere una soglia di inclusione troppo elevata, che lascerebbe fuori soggetti patologici (al contrario del SOGS che ce l'ha troppo bassa e classifica come patologici piú soggetti del dovuto).
Evidentemente non è legittimo porre una diagnosi solo su due criteri diagnostici (il DSM ne prevede la presenza di almeno 5). Quindi, questo test non ha un'applicazione diagnostica in senso stretto: ma può servire da strumento di screening, in un contesto non clinico.

[1] Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1997); Johnson EE,Hamer R, Nora RM (1998).

LIE - BET QUESTIONNAIRE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Questo questionario richiede informazioni sulla sua esperienza nel gioco d'azzardo.
La prego di rispondere a queste due domande, indicando la sua risposta con una crocetta sul quadratino corrispondente.

1. Ha mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?	Sí ❒ No ❒
2. Si è già sentito di dover tenere nascosta l'entità del suo giocare a quelli che le stanno piú vicino?	Sí ❒ No ❒

Valutazione
Se ha risposto di **Sí** ad almeno una di queste domande (o magari ad ambedue), lei si trova in una situazione di pericolo rispetto al gioco d'azzardo. Deve quindi far sí di chiarire la sua situazione al piú presto.

Altri strumenti diagnostici

1. Addiction Severity Index

A.S.I.

A.T. McLELLAN e coll.[1]
Integrazioni per il gioco eccessivo eseguita da H.R. Lesieur e S.B. Blume[2]

(Traduzione italiana di Daniela Capitanucci)

L'ASI è un'intervista semi-strutturata[3] di ricerca clinica concepita per fornire informazioni importanti che riguardano aspetti della vita del paziente, che possono contribuire a tracciare un profilo di gravità in sette settori di cui quello relativo alla dipendenza è sdoppiato in relazione all'uso di alcol e di sostanze psicotrope (McLellan et al., 1980). Tali settori sono costituiti da: situazione medica, lavoro/sostentamento, uso di alcol, uso di sostanze psicotrope, situazione legale, storia familiare, relazioni familiari/sociali e situazione psichica. Ogni area ha tre sezioni: l'indagine sui dati oggettivi, la valutazione della gravità e della necessità di trattamento da parte del paziente, e la valutazione della gravità e necessità di trattamento secondo l'operatore. Vengono inoltre raccolte informazioni di carattere generale sul paziente.
Lesieur e Blume (1992) hanno predisposto, in aggiunta al quadro della dipendenza da sostanze, domande specifiche sul gioco d'azzardo. Viene chiesto al paziente di stabilire per quanto tempo si è dedicato regolarmente nella vita e negli ultimi 30 giorni ad alcune tipologie di giochi d'azzardo. In seguito gli viene chiesto di specificare se la dipendenza da gioco si presenta da sola, o in associazione a dipendenza da alcol, sostanze, o entrambe. Vengono in seguito rilevati: la durata dell'ultimo periodo di interruzione volontaria, da quanto tempo è ripreso il comportamento di gioco, quante volte ha ricevuto trattamenti in merito, quanto ha speso negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni è stato in cura come paziente ambulatoriale, e se ha avuto problemi con il gioco nell'ultimo mese. Al paziente viene quindi chiesto di autovalutare quanto è stato disturbato e quanto ritiene importante ricevere una terapia per questi problemi di gioco.

---

[1] *A.S.I.* - Addiction Severity Index - A. Thomas McLellan, Ph.D. Kimberly A. Pukstas, Tara L. Deifenderfer (1980), descritto in: McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980).

[2] Lesieur, H.R., Blume S.B. (1992).

[3] L'*EUROPASI* è la prima edizione europea adattata dalla V edizione americana dell'ASI, ed è stata pubblicata nel 1995 sul Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcoolismo, vol. XVIII (2), p. 7-44, dagli autori Blanken P., Hendrikis V., Fahrner E.M., Gsellhofer B., Kufner H., Hartgers C., Uchtenhagen A., Pozzi G., e Tempesta E. Quasi in contemporanea veniva pubblicato l'ampio manuale a cura di Augusto Consoli e Alberico Bennardo (1995), cui raccomandiamo vivamente di rifarsi a coloro che vorranno farne uso, per via della complessità della metodica di attribuzione del punteggio. Ricordiamo anche l'esistenza d'un programma per il computo automatizzato.

Lesieur e Blume ritengono indispensabile aggiungere nei settori "legale" e "psichico" alcuni *item* specifici. Per il settore legale, viene inserita una domanda per rilevare la presenza di reati connessi al gioco (frode, truffa…); per quello psichico, viene rilevata la presenza di severi stati ansiosi o di tensione in relazione al gioco (1992).
Questa intervista, che richiede circa un'ora per la somministrazione, è indicata nelle fasi iniziali del trattamento e ha il vantaggio di raccogliere informazioni mirate che spesso faticano a emergere anche dopo numerosi colloqui. Essendo centrata sul presente, fornisce indicazioni di gravità utili per orientare la cura in modo efficace. Infine, pregio di tale intervista è quello di analizzare le singole aree separatamente, ed evidenziare i punti di forza e di debolezza del paziente, mantenendosi neutrali, evitando cioè di trovare connessioni tra le aree, spesso inesistenti e causate da pregiudizi (ad esempio, "Ti droghi, quindi hai problemi sul lavoro").
Daniela Capitanucci aveva eseguito l'adattamento dello strumento al gioco patologico, introducendo domande specifiche riprese dal SOGS, e tradotte dall'articolo di Lesieur e Blume. Lesieur stesso ci ha poi fornito la sua versione in lingua inglese, su fogli di Excel, che ci è parsa piú precisa, e meglio "leggibile".

Siamo particolarmente grati a Henry Lesieur per quel che ci ha scritto, riportato di seguito, a proposito del G.S.I. (*Gambling Severity Index*), e per averci inviato il protocollo da lui steso, attualmente in uso al Rhode Island Gambling Treatment Program, in fase di accoglienza dei pazienti.
"Il *Gambling Severity Index* è stato steso sulla falsariga della Sezione relativa al consumo di sostanze dell'*Addiction Severity Index*, all'uso del quale mi sono formato nel Veteran Hospital in Pennsylvania. Io stesso ne ho steso i criteri relativi al gambling, che sono stati validati in seguito con un piccolo campione di giocatori patologici. Successivamente, il G.S.I. è stato utilizzato in uno studio di follow-up in relazione alla valutazione dell'esito di trattamenti sostenuti dai pazienti al South Oaks Hospital[4].

[4] Copyright 1992, South Oaks Foundation. Reprinted with permission.

Addiction Severity Index

(5th Edition) Gambling Severity Index
Clinical / Training Version

Addiction Severity Index **Gambling Severity Index**

A. Thomas McLellan, Ph.D. **Henry R. Lesieur, Ph.D.**
Kimberly A. Pukstas **Sheila Blume, M.D.**
Tara L. Deifenderfer

Ricorda: questa è un'intervista non un test
~Item cerchiati devono essere riproposti nel follow up~
~Items asteriscati sono cumulativi ed andrebbero parafrasati nel follow-up
~Items evidenziati in grigio e con doppio bordo sono domande per l'intervistatore. Queste domande non vanno rivolte al cliente~

PRESENTAZIONE DELL'ASI:
Descrivere e spiegare le sette potenziali aree problematiche: medica, Occupazionale / di sostentamento, Alcool, Droga, Legale, Familiare/Sociale e Psichiatrica. Tutti i clienti sono sottoposti alla stessa intervista standard. Tutte le informazioni raccolte sono confidenziali; dare spiegazioni su ciò che questo comporta nella vostra struttura chi ha accesso all'informazione e in quale modo.

Verranno presi in considerazione due periodi di tempo:

1. Gli ultimi 30 giorni
2. L'arco di vita

La Scala di Valutazione del Paziente: L'input del paziente è importante. Per ogni area, Le chiederò di usare questa scala per riferirmi quanto è stato disturbato dai problemi presentati in ciascuna sezione. Le chiederò inoltre quanto ritiene importante ricevere un trattamento nell'area che si sta discutendo.

La scala è:
0 - Per nulla
1 - Lievemente
2 - Moderatamente
3 - Considerevolmente
4 – Estremamente

Informate il cliente che ha il diritto di rifiutarsi di rispondere a qualsiasi domanda. **Se il cliente è a disagio o sente troppo doloroso o intrusivo fornire una certa risposta, invitate il cliente a non rispondre. Spiegategli i benefici e i vantaggi di fornire quante piú risposte possibile allo scopo di formulare** un piano di trattamento per aiutarlo quanto piú completo ed efficace possibile.

Per favore, cercate di non fornire informazioni inesatte!

ISTRUZIONI PER L'INTERVISTATORE:

1. Non lasciare caselle vuote.
2. Fate molte annotazioni nei Commenti (se un'altra persona leggesse l'ASI, dovrebbe avere una fotografia completa delle percezioni che il paziente ha dei suoi problemi.
3. X = Domande cui non è stata fornita risposta.
   N = Domande non applicabili.
4. Interrompete l'intervista se il cliente travisa due o piú sezioni.
5. Nell'annotare i commenti, scrivete il numero della domanda relativa.
6. Note di chiarificazione vanno precedute da "*"

REGOLA DEL MEZZO PERIODO: Se una domanda chiede il numero di mesi,
arrotondate periodi di 14 giorni o piú a 1 mese.
Arrotondate dai 6 mesi in su a 1 anno.

PUNTEGGI DI ATTENDIBILITA': >gli ultimi due item di ciascuna sezione.

>Non sovra interpretate.

>Il diniego non significa essere inattendibili.

(Inattendibilità = contraddizione aperta tra le informazioni fornite)

Sondate, fate verifiche incrociate e molti commenti!

CATEGORIE PROFESSIONALI:

1. Alti dirigenti, professionisti, grandi imprenditori.
2. Business manager in medie imprese, professioni piú basse, ad es. infermieri, ottici, farmacisti, assistenti sociali, insegnanti.
3. Personale amministrativo, manager, professionisti minori, titolari di piccole imprese, come ad es. panifici, concessionarie di auto,incisori, termotecnici, fioristi, decoratori, attori, reporter, agenti di viaggio.
4. Addetti alle vendite, tecnici, impiegati d'ufficio, e contabili, librai, disegnatori, cronometristi, segretarie)
5. Operai specializzati - generalmente con formazione (panettiere, barbiere, cuoco, elettricista, pompiere, operaio di linea, macchinista, meccanico, imbianchino, manutentore, sarto, saldatore, poliziotto, idraulico).
6. Semi-professionali (ausiliari ospedalieri, banconiere, autista, tagliatore, aiuto cuoco, martello pneumatico, guardiano di garage, controllore, cameriere, operaio su macchinari).
7. Non professionale (attendente, manovale, lavoro imprecisato, facchino, includere disoccupati)
8. Casalinga.
9. Studenti, disabili.

LISTA DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI COMUNEMENTE USATE:

Alcool:	Birra, vino, liquori, distillati
Metadone:	Dolophine, LAAM
Oppiacei:	Suppressori del dolore = Morfina, Dilaudid, Demerol, Percocet, Darvon, Talwin, Codeine, Tylenol 2, 3, 4, Robitussin, Fentanyl
Barbiturici:	Nembutal, Seconal, Tuinol, Amytal, Pentobarbital, Secobarbital, Phenobarbital, Fiorinol
Sed./Ipn./Tranq.:	Benzodiazepine = Valium, Librium, Ativan, Serax, Tranxene, Xanax, Miltown, Altri = Chloralhydrate (Noctex), Quaaludes, Dalmane, Halcion
Cocaina:	Cristalli di Cocaina, Cocaina Free-Base o "Crack" e "Sassi di Cocaina"
Anfetamine:	Monster, Crank, Benzedrine, Dexedrine, Ritalin, Preludin, Methamphetamine, Speed, Ice, Crystal
Cannabis:	Marijuana, Hashish
Allucinogeni:	LSD (Acidi), Mescalina, Funghi (Psilocybin), Peyote, Green, PCP (Phencyclidine), Angel Dust, Ecstacy
Inalanti:	Ossido d'azoto, Nitrato d'amile (Whippits, Poppers), Colla, Solventi, Benzina, Toluene, ecc.

Annotare se sono in uso: Antidepressivi,
Farmaci per l'Ulcera = Zantac (Ranitidina), Tagamet (Cimetidina)
Farmaci per l' Asma = Ventoline Inhaler, Theodur
Altri farmaci = Antipsicotici, Lithium

ISTRUZIONI SULLA SEZIONE USO DI ALCOL/DROGA:

Le seguenti domande si riferiscono a due periodi di tempo:gli ultimi 30 giorni e l'arco di vita.

L'arco di vita si riferisce al tempo precedente agli ultimi 30 giorni.

⇨ Le domande relative ai 30 giorni chiedono solo il numero di giorni di utilizzo.
⇨ L'arco di vita viene usato per definire lunghi periodi di uso.
⇨ Uso Regolare = 3+ volte alla settimana, abbuffate, o uso irregolare problematico in cui le normali attività vengono compromesse.
⇨ Alcol fino all'intossicazione non significa necessariamente "ubriaco", usare le parole "sentire l'effetto", "prendere una sbronza", "essere ubriaco", etc. invece di "intossicazione". *Di norma, 3+ o 5+ drink in un breve lasso di tempo, si definisce "intossicazione"*.

⇨ Come porre queste domande:
> "Quanti giorni nei 30 appena passati ha usato. . . ?"
> "Per quanti anni della sua vita ha regolarmente fatto uso di . . . ?"

Sezione 1

INFORMAZIONI GENERALI

G1. N° IDENTIFICATIVO: /_____/	
G2. N° Soggetto: /_____/	
G4. Data di Ammissione: /___/ /___/ /___/	
G5. Data dell'Intervista: /___/ /___/ /___/	
G6. Ora di Inizio: (Ora:Minuti): /___/ /___/	
G7. Ora di Termine: (Ora: Minuti): /___/ /___/	
G8. Tipologia: 1. Nuovo ingresso 2. Follow-up /__/	/__/
G9. Modalità Contatto: 1. Di persona; 2. Per telefono	/__/
(*L'ASI sui nuovi ingressi deve essere somministrato di persona*)	
G10. Sesso: 1. Maschio 2. Femmina	/__/
G99. Trattamento N°: /_____/	
G11. Codice Intervistatore N°: /_____/	
G12. Esito intervista	/__/
1. Conclusa dal Paziente	
2. Rifiutata dal Paziente	
3. Il Paziente non è in grado di rispondere	

_____

Nome

_____

Residenza

_____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

_____

(segnare Indirizzo, Città, Stato e Codice avviamento postale)

G14. Da quanto tempo vive a questo indirizzo? (*Anni/Mesi*)	/__/ /__/
G15. L'abitazione è di proprietà (sua o della sua famiglia)? 0-No 1-Si	/___/
G16. Data di nascita: (Giorno/Mese/Anno) /___/ /___/ /___/	
G17. Di che etnia si considera?	/___/
1. Bianco (non Ispanico) 5. Asiatico 9. Non sa	
2. Nero (non Ispanico) 6. Ispanico-Messicano	
3. Indiano Americano 7. Ispanico-Portoricano	
4. Esquimese 8. Ispanico-Cubano	
G18. A quale religione appartiene?	/___/
1. Protestante 3. Ebraica 5. Altre	
2. Cattolica 4. Islamica 6. Nessuna	
G19. È stato in ambiente controllato* negli ultimi 30 giorni?	/___/
1. No	
2. Si, in prigione	/___/
3. Sí, sottoposto a trattamento per Alcool / Droga	/___/
4. Sí, sottoposto a trattamento sanitario	/___/
5. Sí, sottoposto a trattamento psichiatrico	/___/
* *un posto in cui teoricamente non si possano consumare droghe/alcol*	
G20. Se si, per quanti giorni?	/___/
* "NN" se la risposta G19 è No. Riferirsi al numero totale di giorni passati in ambiente controllato negli ultimi 30 giorni.	

COMMENTI relativi alle informazioni generali (includere il numero della domanda cui le note si riferiscono)

RISULTATI A TEST AGGIUNTIVI	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
South Oaks Gambling Screen: ___ ___ ___	_____

	PROFILO DI GRAVITÀ									
PROBLEMI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Medici										
Lavoro/Sostent.										
Alcol										
Droga										
Gambling										
Legali										
Familiari/Sociali										
Psichici										

Sezione 2

SITUAZIONE MEDICA

		COMMENTI SULLA SITUAZIONE MEDICA (Includere il numero della domanda con le vostre note)
M1.* Quante volte nella sua vita è stato ricoverato per problemi di salute? *Includere O.D. e DeliriumTremens.	/__/ /__/	
Escludere disintossicazione da alcool/droga, trattamenti psichiatrici, parto (se non ha dato luogo a complicazioni). Segnare il numero di notti di ricovero dovute a problemi di salute.		
M2. Quanto tempo fa è stato ricoverato l'ultima volta per problemi di salute? Anni/Mesi	/__/ /__/	
*Se non risultano ospedalizzazioni dalla Domanda M1, allora inserire "NN"		
M3. Ha qualche problema di salute cronico che interferisce con continuità nella sua vita? 0-No 1-Si	/___/	
* Se "Si", specificare nei commenti.		
* Per "problema di salute cronico" si intende una seria condizione fisica che richiede assistenza regolare, (es. medicazioni, dieta restrittiva) impedendo alla persona di potere utilizzare appieno le proprie abilità.		
M99. <OPZIONALE> Numero di mesi di gravidanza: * "N" per i maschi, "0" se non è attualmente incinta (Mesi):	/___/	
M4. Sta regolarmente prendendo qualche medicina prescrittale dal medico per problemi di salute? 0-No 1-Si	/___/	
* Se "Si", specificare nei commenti.		
* Qui vanno intesi farmaci prescritti per situazioni sanitarie: non psicofarmaci. Includere anche i farmaci prescritti a prescindere dal fatto che il paziente li prenda o no. *L'intento qui è di verificare se sussistano problemi cronici di salute.*		
M5. Riceve una pensione per invalidità fisica? 0-No 1-Si	/___/	
* Se "Si", specificare nei commenti.		
* Includere Integrazione Salariale, escludere invalidità psichica.		
M6. Per quanti giorni negli ultimi 30 ha avuto problemi di salute?	/__/ /__/	
*Includere influenza, raffreddori, etc. Includere gravi indisposizioni collegate al consumo di droga/alcool, che avranno strascichi anche se il pz. fosse astinente (es. cirrosi epatica, ascessi causati dagli aghi, ecc.)		
Per le Domande M7 e M8, chiedere al paziente di usare la scala di valutazione personale		
M7. Quanto è stato disturbato o preoccupato per questi problemi di salute negli ultimi 30 giorni?	/___/	
* Riferire la risposta ai giorni di malattia citati nella Domanda M6.		
M8. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi di salute?	/___/	
* Se il pz. già sta facendo una terapia farmacologica, riferirsi al suo bisogno di ricevere un trattamento aggiuntivo.		

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

M9. Come valuterebbe il bisogno del paziente di ricevere un trattamento per i suoi problemi di salute? /___/

* Riferirsi al bisogno del paziente di ricevere un trattamento farmacologico aggiuntivo.

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITA'

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

M10. Inattendibilità del paziente? 0-No 1-Si /___/

M11. Incapacità del paziente di capire? 0-No 1-Si /___/

Sezione 3

LAVORO / SOSTENTAMENTO

E1.* Quanti anni di scuola ha completato? /__/ /__/

** media inf. = 8 anni, annotare nei commenti. Anni/Mesi*

* Includere esclusivamente istruzione riconosciuta.

E2.* È in possesso di un diploma o attestato che le consente l'esercizio di una professione, un mestiere o un'attività? Durata corso? /_____/

* Includere solo formazione riconosciuta. Se ricevuta durante il servizio militare, includere solo se utilizzabile nella vita civile (es. elettronica)

E3. Ha una professione, un mestiere, una specializzazione? /_____/

* Capacità di fare delle cose acquisita tramite formazione/pratica. 0-No 1-Si

* Se "Si" (specificare) /_____/

E4. Ha una patente di guida valida? /___/

* Per "patente valida" si intende non sospesa/revocata: 0-No 1-Si

E5. Ha un'automobile a sua disposizione? /___/

* Se la risposta alla domanda E4 è "No", allora E5 deve essere "No". Non è necessario che la possieda, solo ne possa disporre regolarmente: 0-No 1-Si

E6. Quanto tempo è durato il piú lungo lavoro a tempo pieno? /__/ /__/

* Tempo Pieno = 35+ ore/sett.; Anni/Mesi

(non deve essere necessariamente il piú recente).

E7.* Quale è la sua solita (o ultima) occupazione?

(specificare)_____

(Usare la lista di categorie professionali della copertina dell'ASI)

E8. C'è qualcuno che contribuisce in qualche modo al suo sostentamento? 0-No 1-Si /___/

* Qui si intende se il pz. riceve aiuto regolarmente (es. denaro, cibo, alloggio) da amici/familiari.Includere contributi dal coniuge; escludere sussidi da qualsiasi istituzione.

E9. Questo fatto costituisce la maggior parte del suo sostentamento? /___/

0-No 1-Si

* Se E8 è "No", allora E9 è "N".

E10. Tipo di occupazione usuale negli ultimi 3 anni: /___/

1. Tempo Pieno (35+ ore)
2. Part Time (in regola)
3. Part Time (in nero)
4. Studente
5. Militare/Serv.Civile
6. Pensionato/Invalido
7. Disoccupato
8. Lavoro protetto

* La risposta dovrebbe essere rappresentativa della maggioranza degli ultimi 3 anni, non la situazione piú recente.

Se ci sono piú situazioni che hanno avuto durata equivalente selezionare quella che meglio rappresenta la situazione attuale.

COMMENTI SUL LAVORO/SOSTENTAMENTO (Includere il numero della domanda con le vostre note)

E11. Per quanti giorni è stato pagato negli ultimi 30 giorni? /__/ /__/

* Includere il lavoro pagato in nero, giorni di malattia retribuiti e vacanze.

Domande da E12 a E17:

Quanti soldi ha ricevuto dalle seguenti fonti negli ultimi 30 giorni?

E12. Lavoro? /_____/

* Incasso netto, includere ogni fonte di denaro "fuori busta".

E13. Sussidio per disoccupazione? /_____/

E14. Sussidio dei servizi sociali? /_____/

* Includere buoni pasto, biglietti autobus forniti per recarsi al servizio di cura.

E15. Pensione? /_____/

* Includere invalidità, pensione sociale, di vecchiaia, ecc.

E16. Partner, famiglia o amici? /_____/

* Soldi ricevuti per spese personali (es. abbigliamento), includere occasionali anche se instabili, fonti di reddito. Annotare solo pagamenti in contanti, includere inattese "manne dal cielo", quali rientro di prestiti fatti, vincite al gioco d'azzardo, eredità, rimborsi delle tasse, ecc.).

E17. Illegali? /_____/

* Denaro ottenuto da spaccio di droga, furti, ricettazione, gioco d'azzardo illegale, prostituzione, ecc. *Non cercare di convertire/monetizzare* il valore delle droghe cedute.

E18. Quante persone dipendono da lei, per la maggior parte del loro sostentamento (cibo, alloggio, ecc.)? /__/ /__/

* Devono dipendere effettivamente dal pz., includere il mantenimento dei figli, non includere il coniuge autosufficiente del pz.

E19. Per quanti giorni ha avuto problemi di lavoro negli ultimi 30 giorni? /__/ /__/

* Includere impossibilità di trovare un lavoro, se realmente si sta nella ricerca, o problemi che mettono a rischio l'attuale lavoro.

Per le Domande E20 e E21, chiedere al paziente di usare la scala di valutazione personale.

E20. Quanto è stato disturbato o preoccupato da questi problemi di lavoro, negli ultimi 30 giorni? /___/

* Se il pz. è stato incarcerato o in ambiente ristretto negli ultimi 30 giorni, non può avere problemi di lavoro. In questo caso indicare la risposta "N".

E21. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi di lavoro? /___/

* Con questo si intende aiutare il pz. a gestire lo stress derivante dalla ricerca-lavoro, non trovargli un impiego.

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

E22. Come valuterebbe il bisogno del paziente di una consulenza per i suoi problemi di lavoro? /___/

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITA'

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

E23. Inattendibilità del paziente? 0-No 1-Si /___/

E24. Incapacità del paziente di capire? 0-No 1-Si /___/

Sezione 4

ALCOL/DROGA

Modalità d'uso:

1. Orale 2. Nasale 3. Fumo 4. Iniezione non EV 5. Iniezione EV

** Annotare il consueto o piú recente modo d'uso. Se piú di una modalità, segnare la piú grave. Sono elencate dalla meno alla piú grave.*

	1. Ultimi 30 giorni	**2. Arco di vita (anni)**	**3 Modalità d'uso**
D1. Alcol (qualsiasi uso)	/_____/	/_____/	/XX/
D2. Alcol (fino all'intoss.)	/_____/	/_____/	/XX/
D3. Eroina	/_____/	/_____/	/__/
D4. Metadone	/_____/	/_____/	/__/
D5. Altri Oppiacei/Analgesici	/_____/	/_____/	/__/
D6. Barbiturici	/_____/	/_____/	/__/
D7. Sedativi/Ipnotici/ Tranquillanti	/_____/	/_____/	/__/
D8. Cocaina	/_____/	/_____/	/__/
D9. Anfetamine	/_____/	/_____/	/__/
D10. Cannabis	/_____/	/_____/	/__/
D11. Allucinogeni	/_____/	/_____/	/__/
D12. Inalanti	/_____/	/_____/	/__/
D13. Piú di una sostanza al giorno (alcol incluso)	/_____/	/_____/	/XX/

Tipi di Gambling:

	1. Ultimi 30 Giorni 2. Arco di Vita (anni)	1.	2.
GA13. Giochi di carte (non al Casinò)		/__/	/__/
GA14. Cavalli, cani		/__/	/__/
GA15. Scommesse sportive		/__/	/__/
GA16. Dadi, domino (non al Casinò)		/__/	/__/
GA17. Giochi da tavolo al Casino (blackjack, Craps, roulette, poker -non video poker)		/__/	/__/
GA18. Lotteria, lotto, gratta e vinci		/__/	/__/
GA19. Bingo		/__/	/__/
GA20. Mercato Azionario, Borsa		/__/	/__/
GA21. Slots, poker machines, video-lotterie		/__/	/__/
GA22. Bocce, biliardo, golf, o altri giochi di abilità		/__/	/__/
GA22a. Altre forme di gioco d'azzardo		/__/	/__/
GA23.* Ha giocato piú di quanto poteva permettersi.		/__/	/__/
GA24.* Non ha giocato affatto		/__/	/__/
PER L'INTERVISTATORE: Prendere in considerazione tutte le forme di gioco per determinare quanti giorni il cliente ha giocato.			
GA25. Gambling e uso di sostanze nello stesso giorno		/__/	/__/

GA26. A giudizio dell'intervistatore, quale/i addiction è/sono il/i maggiore/i problema/i? /__/ /__/

** Usare il codice di pagina precedente se trattasi di addiction singola.*

GA27 Doppia Droga
GA28 Combinazione di Alcol/droga
GA29 Combinazione di Alcol/gambling

COMMENTI ALCOL/DROGA
(Includere il numero della domanda con le vostre note)

GA30 Combinazione di Droga/gambling

GA31 Tripla addiction

D98. **<OPZIONALE>**Secondo il paziente,quale sostanza o gioco d'azzardo rappresenta il maggiore problema? /__/ /__/

D15. Quanto è durato il periodo piú lungo di astinenza volontaria da questa sostanza? Mesi /__/ /__/

** Ultimo tentativo di almeno un mese, non necessariamente il piú lungo.*

Non contano periodi di ospedalizzazione/carcerazione.

Periodi di trattamento con antabuse, metadone, o naltrexone durante l'astinenza *contano.*

* "00" = mai astinente

D16. Quanti mesi fa è finita questa astinenza?

* Se D15 = "00", allora D16 = "NN". Mesi /__/ /__/

* "00" = tuttora astinente

GA32. Quanto è durato il periodo piú lungo di astinenza volontaria dal gambling?

Mesi /__/ /__/

GA33. Quanti mesi fa è finita questa astinenza dal gambling?

Mesi /__/ /__/

* "00" = tuttora astinente

D17. Quante volte ha avuto:

Disintossicazioni da alcol? /__/ /__/

* *Delirium Tremens* (DT's): Avviene 24 - 48 ore dopo l'ultimo drink, o dopo significativo decremento nell'assunzione di alcol, si manifesta con tremori, grave disorientamento,febbre, allucinazioni, richiede aiuto medico.

D18. Overdose da droga? /__/ /__/

* *Overdose* (OD):Richiede l'intervento di qualcuno per rianimarsi, non coincide con "cadere pesantemente addormentati"; includere i tentati suicidi con OD.

Quante volte nella sua vita ha ricevuto un trattamento per:

D19. Abuso di alcol? /__/ /__/

D20. Abuso di droga? /__/ /__/

* Includere detossificazioni, day-hospital, c.t., counseling, e AA o NA (se 3+ incontri nell'arco di un mese).

GA34. Gambling? /__/ /__/

Quanti tra questi furono solo disintossicazioni da:

D21. Alcol? /__/ /__/

D22. Droga? /__/ /__/

* Se D19 = "00", allora la domanda D21 è "NN"

Se D20 = "00", allora la domanda D22 è "NN"

Quanti soldi direbbe di avere speso negli ultimi 30 giorni in:

D23. Alcol? /_____/

D24. Droga? /_____/

* Calcolare solo i soldi effettivamente spesi.

Qual è il peso economico causato da droga/alcol?

GA35.* Quanti soldi direbbe di avere speso per giocare A SETTIMANA? /_____/

D25. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha ricevuto un trattamento ambulatoriale per alcol o droga? /_____/

* Includere AA/NA

GA36. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha ricevuto un trattamento ambulatoriale per gioco d'azzardo? /_____/

* Includere GA

D99. **<OPZIONALE>** Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha ricevuto un trattamento in regime di degenza per abuso di alcol, droga, o gioco d'azzardo? /_____/

Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha avuto:

D26. Problemi di Alcol? /_____/

D27. Problemi di Droga? /_____/

** Includere: Craving, sintomi astinenziali, effetti negativi dovuti all'uso, o desiderio di settere ma non riuscire.*

GA37.* Problemi di Gioco d'azzardo? /_____/

Per le Domande da D28 a D31, chiedere al paziente di usare la scala di valutazione personale
Il paziente sta valutando il suo bisogno di ricevere un trattamento ulteriore in relazione ai suoi comp. di abuso.

Quanto è stato disturbato o preoccupato negli ultimi 30 giorni per:

D28. Problemi di Alcol? /___/

D29. Problemi di Droga? /___/

GA38.* Problemi di Gioco d'azzardo? /___/

Quanto è importante per Lei ricevere un trattamento in questo momento per:

D30. Problemi di Alcol? /___/

D31. Problemi di Droga? /___/

GA39.* Problemi di Gioco d'Azzardo? /___/

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

Come valuterebbe il bisogno del paziente di ricevere un trattamento per:

D32. Problemi di Alcol? /___/

D33. Problemi di Droga? /___/

GA40 Problemi di gioco d'azzardo? /___/

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITA'

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

E23. Inattendibilità del paziente? 0-No 1-Si /___/

E24. Incapacità del paziente di capire? 0-No 1-Si /___/

Sezione 5

SITUAZIONE LEGALE

L1. Si è rivolto a questo servizio su ordine o suggerimento dell'autorità amministrativa o giudiziaria? 0-No 1-Si /___/

* Giudice, CSSA, etc.

L2. È attualmente in libertà provvisoria, controllata, vigilata, affidamento o altro? /___/

* Annotare nei commenti durata e tipologia 0-No 1-Si

Quante volte nella sua vita è stato arrestato e imputato per i seguenti reati:

L3.* Furto nei negozi/Vandalismo /___/
L4.* Violazione della libertà vigilata / Evasione /___/
L5.* Droga /___/
L6.* Falsificazione/Contraffazione / Appropriazione indebita /___/
L7.* Minaccia armata /___/
L8.* Furto/Ricettazione/Scippo /___/
L9.* Rapina /___/
L10.* Aggressione/Rissa /___/
L11.* Incendio doloso /___/
L12.* Stupro /___/
L13.* Omicidio/Strage /___/
L14.* Prostituzione /___/
L15.* Inosservanza di prescrizioni giudiziarie/oltraggio /___/
GL15.* Reati correlati al gioco d'azzardo /___/
L16.* Altro:_____ /___/

** Includere il numero totale dei reati, non solo le condanne. Escludere I reati giovanili (prima dei 18), a meno che non siano stati trattati dal Tribunale Ordinario*

* Includere solo le accuse formalizzate.

L17. Quanti di queste imputazioni sono state seguite da condanna? /___/

* Se L3-16=00, allora la domanda L17 = "NN".

**Non includere reati di cattiva condotta relativi alle domande L18-20 seguenti.*

* Per "condanna" si intende anche multe, liberta vigilata, condizionale, carcerazioni pena sospesa,sentenze di colpevolezza, patteggiamento.

Quante volte nella sua vita vi è stata una segnalazione per:

L18.* Cattiva condotta, vagabondaggio, ubriachezza molesta? /___/
L19.* Guida in stato di intossicazione o ebbrezza? /___/
L20.* Gravi violazioni di guida? /___/

* eccesso di velocità,guida pericolosa,guida senza patente, etc.

L21.* Per quanti mesi è stato incarcerato nella sua vita? /___/

* Se 2 settimane o piú, arrotondare a 1 mese.

Elencare il totale dei mesi di carcerazione. /___/

* Segnare "NN" se *non* è mai stato in carcere.

L22 Quanto è durata l'ultima incarcerazione? /___/

Segnare "NN" se non è mai stato in carcere

COMMENTI SULLA SITUAZIONE LEGALE (Includere il numero della domanda con le vostre note)

L23. Per quale reato? /__/ /__/

* Usare i codici 03-16, 18-20. Se ha commesso piú reati,

riportare il piú grave. Segnare "NN" se non è mai stato incarcerato.

L24. Al momento è in attesa di giudizio, di sentenza o è imputato di qualche reato? 0-No 1-Si /___/

L25. Per che cosa? /__/ /__/

* Usare i codici 03-16, 18-20

* In relazione alla domanda L24 se per piú reati riportare il piú grave.

L26. Quanti giorni negli ultimi 30, è stato detenuto o incarcerato? /__/ /__/

* Includere essere stati arrestati e rilasciati lo stesso giorno.

L27. Quanti giorni negli ultimi 30 è stato coinvolto in attività illegali per trarne profitto? /__/ /__/

*Escludere possesso di droga per uso proprio. Includere spaccio, prostituzione, ricettazione, etc. Può essere incrociata con la domanda E-17, della Sezione Lavoro /Sostentamento.

Per le Domande L28 -L29, chiedere al paziente di usare la scala di valutazione personale

L28. Quanto ritiene gravi i suoi attuali problemi legali? /___/

*Escludere quelli civili.

L29. In questo momento quanto è importante per lei una consulenza per questi problemi legali? /___/

*Il paziente sta valutando il suo bisogno di ricevere una consulenza ulteriore in relazione ai suoi problemi legali.

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

L30. Come valuterebbe il bisogno del paziente di ricevere una consulenza per questi problemi legali? /___/

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITA'

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

L31. Inattendibilità del paziente? 0-No 1-Si /___/

L32. Incapacità del paziente di capire? 0-No 1-Si /___/

Sezione 6

STORIA FAMILIARE

Qualcuno dei suoi parenti ha avuto quello che lei potrebbe definire un significativo problema di alcol, droga, gioco d'azzardo o di tipo psichico, che ha condotto o avrebbe potuto condurre ad un trattamento? Nello specifico, c'è stato un problema che ha o avrebbe dovuto condurre a un trattamento?

Da parte materna					Da parte paterna					Fratelli				
	Alcol	Droga	Psicof.	Gambl		Alcol	Droga	Psicof.	Gambl		Alcol	Droga	Psicof.	Gambl
H1. Nonna	❑	❑	❑	❑	H6. Nonna	❑	❑	❑	❑	H11. Fratello	❑	❑	❑	❑
H2. Nonno	❑	❑	❑	❑	H7. Nonno	❑	❑	❑	❑	H.12 Sorella	❑	❑	❑	❑
H3. Madre	❑	❑	❑	❑	H8. Padre	❑	❑	❑	❑		❑	❑	❑	❑
H4. Zia	❑	❑	❑	❑	H9. Zia	❑	❑	❑	❑		❑	❑	❑	❑
H5. Zio	❑	❑	❑	❑	H10. Zio	❑	❑	❑	❑		❑	❑	❑	❑

0=la risposta è chiaramente "No" per tutti i parenti nella categoria considerata; X = la risposta è incerta o la risposta è "Non so"

1=la risposta è chiaramente "Sí" per qualunque dei parenti iscritti nella categoria; N = non c'è mai stato un parente di quella categoria

*Codificare la situazione piú grave nel caso di piú membri coinvolti. Accettare la valutazione del paziente su queste domande.

COMMENTI SULLA STORIA FAMILIARE

Sezione 7

RELAZIONI FAMILIARI E SOCIALI

F1. Stato Civile: /___/

1. Coniugato 3. Vedovo 5. Divorziato
2. Risposato 4. Separato 6. Nubile/Celibe

* Se Convivente legalmente = 1. Specificare nei commenti.

F2. Da quanto tempo ha assunto questo stato civile? /__/ /__/
(Domanda F1)? Anni/mesi

* se celibe o nubile, calcolare dall'età di 18 anni

F3. È soddisfatto della sua condizione? /___/
0-No 1-Indifferente 2-Si

* Per "Soddisfatto"=generalmente contento di questa situazione.

* Ci si riferisce alle Domande F1 & F2.

F4.* Con chi ha vissuto abitualmente (negli ultimi 3 anni)? /___/

1. Con partner e figli 6. Con amici
2. Solo con il partner 7. Da solo
3. Solo con i figli 8. In Ambiente Controllato
4. Con i genitori 9. Senza fissa dimora
5. Con familiari

* Scegliere la situazione piú rappresentativa degli ultimi 3 anni.
Se piú di una situazione si equivalgono per durata, scegliere quella piú recente.

F5. Da quanto tempo vive in questa situazione? Anni/Mesi /__/ /__/

* *Se vive con i genitori o con parenti calcolare dai 18 anni.*

* Desumere anni e mesi dalla Domanda F4.

F6. È soddisfatto di questa situazione? /___/
0-No 1-Indifferente 2-Si

Vive con qualcuno che:

F7. Ha attualmente problemi con l'alcol? 0-No 1-Si /___/

F8. Usa attualmente sostanze stupefacenti non prescritte? /___/
(o abusa di sostanze stupefacenti prescritte)

F8a Ha attualmente problemi con il gioco d'azzardo? 0-No 1-Si

F9. Con chi passa la maggior parte del suo tempo libero? /___/
1-Famiglia 2-Amici 3-Solo

* *Se il fidanzato/a è considerato dal pz. come un "parente",allora in questa sezione bisogna considerarlo tale e non un amico.*

F10. È soddisfatto di trascorrere in questo modo il suo tempo libero? 0-No 1-Indifferente 2-Si /___/

* La risposta "Soddisfatto" indica che la persona è generalmente contenta di questa situazione. Ci si riferisce alla Domanda F9.

F11. Quanti amici intimi ha? /___/

* Sottolineare che intendiamo *realmente intimi*.
Escludere membri familiari. Ci riferiamo alle relazioni di reciprocità e mutualmente supportive.

COMMENTI SULLE RELAZIONI FAMILIARI E SOCIALI (Includere il numero della domanda con le vostre note)

Può dire di avere avuto delle relazioni personali strette e durature con qualcuna delle seguenti persone che fanno parte della sua vita?

F12. Madre /__/ F15. Partner/Coniuge /__/
F13. Padre /__/ F16. Figli /__/
F14. Fratelli/Sorelle /__/ F17. Amici /__/

0=Decisamente No X=Incerto o "Non saprei"
1=Decisamente Si N=Non c'è stata mai relazione con quella categoria
** Per relazione di reciprocità si intende che "lei farebbe qualsiasi cosa per aiutarlo e vice versa".*

Vi sono stati periodi significativi in cui ha avuto seri problemi di rapporto con le persone a lei vicine come: 0-No 1-Si

	Ultimi 30 Giorni	Arco di Vita
F18. Madre	/__/	/__/
F19. Padre	/__/	/__/
F20. Fratello/Sorella	/__/	/__/
F21. Partner/Coniuge	/__/	/__/
F22. Figlio	/__/	/__/
F23. Altri familiari significativi (specificare)	/_____/	
F24. Amici Intimi	/__/	/__/
F25. Vicini di Casa	/__/	/__/
F26. Colleghi di lavoro	/__/	/__/

* Con "Problemi Seri" si intendono quelli che hanno messo a rischio la relazione.

* Un "problema" richiede che vi sia un contatto di qualche tipo, telefonico o di persona.

Qualcuno le ha mai usato violenza? 0-No 1-Si

	Ultimi 30 Giorni	Arco di Vita
F27. A livello emotivo?	/__/	/__/
** L'ha fatta sentire male con insulti o linguaggio aggressivo*		
F28. A livello fisico?	/__/	/__/
** Arrecando danni fisici.*		
F29. A livello sessuale?	/__/	/__/
** Ha in qualche modo subito pressioni o atti di tipo sessuale.*		

Per quanti giorni negli ultimi 30 ha avuto seri conflitti:

F30. Con i suoi familiari? /_____/
F31. Con altre persone (esclusi i familiari)? /_____/

Per le Domande F32 -F35, chiedere al paziente di usare la scala di valutazione personale

Quanto è stato disturbato o preoccupato negli ultimi 30 giorni per questo

F32. Problemi familiari? /___/
F33. Problemi sociali? /___/

In questo momento, quanto è importante per lei ricevere una consulenza per questo :

F34. Problemi familiari /___/

* Il pz. sta valutando il suo bisogno di consulenza per i suoi Problemi familiari, non se questi sarebbero disponibili a venire.

F35. Problemi sociali /___/

* Includere il bisogno del pz. di ricevere un trattamento per problemi sociali quali solitudine, incapacità a socializzare,e delusione amicale. La valutazione del pz. dovrebbe essere riferita a insoddisfazione, conflitti o altri seri problemi.

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

L36. Come valuterebbe il bisogno del paziente di ricevere una consulenza per questi problemi familiari e/o sociali? /___/

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITA'

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

L31. Inattendibilità del paziente? 0-No 1-Si /___/

L32. Incapacità del paziente di capire? 0-No 1-Si /___/

Sezione 8

SITUAZIONE PSICHICA

Quante volte ha ricevuto un trattamento per problemi psicologici o emotivi:

P1.* In ospedale o in regime di degenza? /___/

P2.* In ambulatorio pubblico o privato? /___/

* Non includere counseling per abuso di sostanze,gambling, lavoro o problemi familiari. Trattamento =una serie di visite piú o meno continuative nel tempo, non il numero di visite o i giorni di trattamento.

* Annotare nei commenti la diagnosi di ingresso se conosciuta.

P3. Riceve una pensione di invalidità per disturbi psichici? 0-No 1-Si /___/

Ci sono stati periodi significativi (che non fossero un risultato diretto dell'uso di alcol, droga o gioco d'azzardo) in cui ha:

	0-No 1-Si *Ultimi 30 Giorni / Arco di vita*
P4 Sperimentato grave depressione, tristezza, disperazione,perdita di interesse, difficoltà nel funzionamento quotidiano?	/__/ /__/
P5 Sperimentato grave ansia / irragionevole preoccupazione o incapacità a rilassarsi?	/__/ /__/
P6 Sperimentato allucinazioni, vedere cose/ sentire voci che gli altri non vedono/sentono?	/__/ /__/
P7 Sperimentare difficoltà di comprensione concentrazione o memoria?	/__/ /__/
P8 Sperimentale difficoltà a controllare comportamenti violenti inclusi episodi di rabbia o violenza?	/__/ /__/

** Il paziente può essere sotto l'influsso di alcol e droga.*

P9. Sperimentato serie idee di suicidio? /__/ /__/

** Il paziente ha seriamente messo a punto un piano d'azione per togliersi la vita.*

** Il paziente può essere sotto l'influsso di alcol e droga.*

P10. Tentato il suicidio? /__/ /__/

** Includere i concreti gesti o tentativi di suicidio.*

** Il paziente può essere sotto l'influsso di alcol e droga.*

P11 Ricevuto la prescrizione di farmaci per qualche problema psicologico o emotivo? /__/ /__/

**Si intendono prescrizioni fatte dal medico. Segnare "Si" anche nel caso in cui il farmaco prescritto non venga di fatto assunto dal paziente.*

P12. Per quanti giorni negli ultimi 30, ha sperimentato problemi psicologici o emotivi? /__/ /__/

** Ci si riferisce ai problemi annotati nelle domande P4-P10.*

Per le domande P13-P14, chiedere al paziente di usare la scala di valutazione personale

P13. Quanto è stato disturbato o preoccupato da questi problemi psicologici o emotivi negli ultimi 30 giorni? /__/ >/__/

** Il paziente dovrebbe valutare i giorni problematici dalla domanda P12.*

COMMENTI SULLA SITUAZIONE PSICHICA (Includere il numero della domanda con le vostre note)

P14. Quanto è importante per Lei ricevere un trattamento in questo momento per questi problemi psicologici o emotivi? /___/

Gli item seguenti devono essere completati dall'intervistatore:

Al momento di questa intervista il paziente era: 0-No 1-Si

P15. Evidentemente depresso/in astinenza /___/

P16. Evidentemente ostile /___/

P17. Evidentemente in ansia/nervoso /___/

P18. Con problemi nel contatto con la realtà, disturbi del pensiero, idee paranoiche /___/

P19. Con disturbi di comprensione, concentrazione, memoria /___/

P20. Con pensieri di suicidio /___/

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

P21. Come valuterebbe il bisogno del paziente di un trattamento psichiatrico/psicologico? /___/

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITA'

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

L31. Inattendibilità del paziente? 0-No 1-Si /___/

L32. Incapacità del paziente di capire? 0-No 1-Si /___/

2. PG-Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale

Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, modificata per il Gioco patologico

Di E. Hollander et al.[1]

(Traduzione di Daniela Capitanucci)

La Y-BOCS è una scala di riferimento per le ricerche nell'ambito del DOC. È stata creata allo scopo di fornire una misura specifica della gravità dei sintomi. È quindi utile nel caso di valutazione dei trattamenti. Siccome si basa sull'eterovalutazione, non dipende dall'insight del paziente.

Questo strumento, adattato da Hollander et al. (1998) per il gioco d'azzardo patologico, prende il nome di PG-YBOCS ed è un questionario somministrato dall'operatore al paziente. Vengono proposti dieci item, per ciascuno dei quali sono possibili cinque alternative di risposta con criteri molto ben dettagliati relativi al livello di gravità.
L'aspetto piú interessante del questionario PG-YBOCS, che non si riscontra negli strumenti precedentemente analizzati, e che perciò fornisce utili elementi aggiuntivi alla diagnosi, è che esso verte sul confronto tra due aree. Vengono cosí considerati *l'impulso a giocare*, inteso come tutto ciò che ha a che fare con i pensieri e gli intenti, e *il comportamento di gioco*, concentrato su tutto ciò che ha a che fare con le azioni.
Per ciascuna di queste due aree vengono approfonditi i seguenti aspetti: il tempo investito, le interferenze sulla sfera sociale e su quella psicologica, gli sforzi di controllo, e la capacità effettiva di tenuta rispetto al proposito di non giocare. Le due sezioni possono essere valutate separatamente, e quanti piú punti si acquisiscono, tanto è piú severa la situazione.

La PG-Y-BOCS si presta anche alla valutazione del decorso dell'affezione. In tal caso, le domande riguardano il periodo di tempo decorso dall'ultima applicazione della scala.

[1] De Caria, CM, Hollander E, Begaz T (1998).

PG-YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

ISTRUZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE:
- Per ciascun item scelga la risposta che meglio caratterizza il paziente.
- Inserisca nel quadratino il punteggio assegnato secondo la legenda riportata.

Sezione 1: Impulso e Pensieri

1. Quanto del suo tempo è occupato dallo stimolo/impulso e dai pensieri inerenti il gioco e le attività ad esso correlate?[1]
Quanto frequentemente ciò accade?

Punteggio: _____

Legenda:

0 = Mai
1 = Raramente (meno di 1 ora al giorno) o occasionalmente (≤ 8 volte al giorno)
2 = Moderatamente (1-3 ore al giorno), o frequentemente (≥ 8 volte al giorno, ma la maggior parte delle ore della giornata è libera dallo stimolo o dal pensiero di giocare)
3 = Grave (da 3 a 8 ore al giorno), o l'impulso e pensieri inerenti il gioco sono molto frequenti (> di 8 volte al giorno e accadono per la maggior parte delle ore del giorno)
4 = Molto grave (> di 8 ore al giorno), impulso e pensieri inerenti al gioco sono pressochè costanti (troppo numerosi per essere contati ed un'ora raramente passa senza che tali pensieri o impulso si manifestino)

2. In che misura lo stimolo/impulso a giocare ed i pensieri inerenti il gioco interferiscono con il suo funzionamento sociale o lavorativo (o con il suo ruolo)?[2]
C'è qualcosa che lei non riesce a fare a causa di questo impulso e di questi pensieri?
(Se il paziente non sta attualmente lavorando, si determini quanto verrebbe influenzata il suo rendimento lavorativo qualora fosse occupato).

Punteggio: _____

Legenda:

0 = Mai, in nessun modo
1 = In modo lieve vi è una leggera interferenza con l'attività sociale o occupazionale ma complessivamente non ci sono risvolti negativi nel rendimento
2 = Moderatamente, decisamente c'è una interferenza con il rendimento sociale o occupazionale, ma è ancora gestibile

[1] Tempo occupato dallo stimolo / impulso a giocare e dai pensieri inerenti al gioco.

[2] Interferenza dello stimolo / impulso a giocare e dei pensieri inverenti al gioco nella vita del paziente.

3 = Grave, si assiste ad un sostanziale svantaggio nelle prestazioni sociali e occupazionali del paziente
4 = Molto grave, lo svantaggio è invalidante

3. Le crea disagio? (Valutate qui solo i sentimenti "disturbanti" o la sensazione d'ansia direttamente collegata a tali pensieri ed impulso a giocare, non l'ansia in generale o l'ansia associata ad altri sintomi)[3]

Punteggio:

Legenda:

0 = Mai, in nessun modo
1 = In modo lieve, raramente, ed in modo non troppo disturbante
2 = Moderatamente, frequentemente, disturbante, ma ancora gestibile
3 = Grave, molto frequente e molto disturbante
4 = Molto grave, praticamente costante, è un disagio "invalidante"

4. In che misura compie sforzi per resistere allo stimolo/impulso a giocare ed i pensieri inerenti il gioco? Con che frequenza cerca di ignorarli?[4]
(Valutate solo lo sforzo compiuto per opporre resistenza, e non il successo o il fallimento nel riuscire effettivamente a controllare questi pensieri. Quanto un paziente oppone resistenza all'impulso a giocare o al pensiero di giocare non è detto che abbia l'abilità di riuscire effettivamente a controllarsi)

Punteggio:

Legenda:

0 = Compie sempre sforzi per resistere, i sintomi sono cosí lievi che in realtà non ha bisogno di fare resistenza "attivamente"
1 = Cerca di resistere la maggior parte delle volte
2 = Compie qualche sforzo per resistere
3 = Lascia che questi pensieri e questi impulsi abbiano la meglio su di lui senza tentare di controllarli, sebbene lo faccia con riluttanza
4 = Lascia che questi pensieri e questi impulsi lo invadano completamente e di sua volontà

5. In che misura riesce a controllare lo stimolo/impulso a giocare ed i pensieri inerenti il gioco? Quanto è efficace nel bloccare o distogliersi da questo stimolo/impulso a giocare e da questi pensieri inerenti il gioco?[5]

Punteggio:

Legenda:

0 = Riesce a controllarsi completamente
1 = Ha una buona capacità di controllo, generalmente riesce a bloccare o deviare tali impulso e pensieri con un piccolo sforzo ed attenzione
2 = Ha un modesto controllo, talvolta riesce a bloccare o sviare tali pensieri o impulsi
3 = Ha scarso controllo, raramente ha successo nel bloccare questi pensieri o impulsi, nella migliore delle ipotesi con difficoltà riesce a sviare l'attenzione
4= Non ha alcun controllo su questi pensieri e impulsi, che vive come involontari; raramente riesce a distogliere l'attenzione, neppure momentaneamente

[3] Disagio provocato dallo stimolo / impulso a giocare e dai pensieri inerenti al gioco; In che misura lo stimolo/impulso a giocare ed i pensieri inerenti il gioco.

[4] Resistenza allo stimolo / impulso a giocare ed ai pensieri inerenti al gioco.

[5] Grado di controllo sullo stimolo / impulso a giocare e sui pensieri inerenti al gioco.

Sezione 2: Comportamento di gioco

6. Quanto tempo occupa in attività connesse al gioco?[6]
(Ci si riferisce qui sia alle attività di gioco vere e proprie, sia quelle correlate, quali reperimento del denaro per giocare e simili)

Punteggio:

Legenda:

0 = Mai
1 = Raramente (meno di 1 ora al giorno) o occasionalmente (≤ 8 volte al giorno)
2 = Moderatamente (1-3 ore al giorno), o frequentemente (≥ 8 volte al giorno, ma la maggior parte delle ore della giornata è imegnata in altro modo)
3 = Grave (da 3 a 8 ore al giorno), o il coinvolgimento in tali attività è molto frequente (> di 8 volte al giorno ed occupa per la maggior parte delle ore del giorno)
4 = Molto grave (> di 8 ore al giorno), il coinvolgimento del paziente in tali attività è pressochè costante (troppo per essere contato ed un'ora raramente passa senza che egli sia coinvolto in tali attività)

7. In che misura le attività prima citate interferiscono con il suo funzionamento sociale o lavorativo (o con il suo ruolo)?[7]
C'è qualcosa che lei non riesce a fare a causa di tali attività?(Se il paziente non sta attualmente lavorando, si determini quanto verrebbe influenzato il suo rendimento lavorativo qualora fosse occupato).

Punteggio:

Legenda:

0 = Mai, in nessun modo
1 = In modo lieve vi è una leggera interferenza con l'attività sociale o occupazionale ma complessivamente non ci sono risvolti negativi nel rendimento
2 = Moderatamente, decisamente c'è una interferenza con il rendimento sociale o occupazionale, ma è ancora gestibile
3 = Grave, si assiste ad un sostanziale svantaggio nelle prestazioni sociali e occupazionali del paziente
4 = Molto grave, lo svantaggio è invalidante

8. Come si sentirebbe se qualcuno le impedisse di mettere in atto tali comportamenti? (Pausa) Quanto si sentirebbe "ansioso"?[8]

Punteggio:

Legenda:

0 = Mai, in nessun modo
1 = In modo lieve, si sentirebbe leggermente in ansia nell'impossibilità di mettere in atto il comportamento, o si sentirebbe solo leggermente in ansia mettendolo in atto
2 = Moderatamente, riferisce che l'ansia crescerebbe (pur rimanendo gestibile) se il comportamento fosse impedito, oppure che l'ansia aumenterebbe (pur rimanendo gestibile) mettendolo in atto
3 = Grave, incremento d'ansia marcato e molto disturbante se il comportamento è interrotto, o durante il comportamento

[6] Tempo occupato in attività connesse al gioco.

[7] Interferenza delle attività connesse al gioco nella vita del paziente.

[8] Disagio associato dal comportamento correlato al gioco.

4 = Molto grave, ansia "invalidante" sia nel caso di qualsiasi intervento atto a modificare il comportamento sia durante il comportamento di gioco stesso

9. In che misura compie sforzi per resistere al mettere in atto comportamenti di gioco o ad esso correlati?[9]

(Valutate solo lo sforzo compiuto per opporre resistenza, e non il successo o il fallimento nel riuscire effettivamente a controllare questi comportamenti. Quanto un paziente oppone resistenza al giocare può non essere correlato all'abilità di riuscire effettivamente a controllarsi)

Punteggio:

Legenda:

0 = Compie sempre sforzi per resistere, i sintomi sono cosí lievi che in realtà non ha bisogno di fare resistenza "attivamente"
1 = Cerca di resistere la maggior parte delle volte
2 = Compie qualche sforzo per resistere
3 = Lascia che questi comportamenti abbiano la meglio su di lui senza tentare di controllarli, sebbene lo faccia con riluttanza
4 = Lascia che questi comportamenti di gioco e ad esso correlati lo invadano completamente e di sua volontà

10. Quanto è forte la spinta a giocare? Quanto controllo ha sui comportamenti inerenti il gioco?[10]

Punteggio:

Legenda:

0 = Riesce a controllarsi completamente
1 = Ha una buona capacità di controllo, sperimenta l'impulso a giocare, ma generalmente riesce ad esercitare volontariamente un controllo su di esso
2 = Ha un modesto controllo, la pressione che spinge a giocare è forte, e lo porta a mettere in atto il comportamento riuscendo talvolta solo a rimandarlo nel tempo
3 = Ha scarso controllo, la pressione che spinge a giocare è molto forte e lo porta a mettere in atto il comportamento riuscendo talvolta solo a rimandarlo nel tempo
4 = Non ha alcun controllo, la pressione a giocare viene vissuta come completamente involontaria e incontrollabile; raramente riesce a rimandare il comportamento di gioco che va messo in atto subito

[9] Resistenza al gioco.

[10] Grado di controllo sui comportamenti inerenti al gioco.

Calcolo dei punteggi

Il PG-YBOCS ha tre punteggi cosí ottenibili. Addizionate i punteggi degli item da 1 a 5 per ottenere il sotto-totale della sezione *impulso e pensieri*; addizionate i punteggi degli item da 6 a 10 per ottenere il sottototale della sezione *comportamento di gioco*; sommate i due totali parziali per ottenere il punteggio globale del *PG-YBOCS*

Impulsi e pensieri	*Domanda 1*	*Domanda 2*	*Domanda 3*	*Domanda 4*	*Domanda 5*	*Totale*
Sezione comportamento	Domanda 6	Domanda 7	Domanda 8	Domanda 9	Domanda 10	Totale
Totale punteggio	I + P	Comportamento	***Totale punti***			

Classificazione

Non esiste una classificazione specifica nel campo del gioco d'azzardo. Ne proponiamo una noi, a titolo sperimentale.

Impulsi e pensieri

0	Non ha impulsi / pensieri legati al gioco
1 – 5	Lieve interferenza dei pensieri legati al gioco nella vita del soggetto
6 – 10	Moderata interferenza dei pensieri legati al gioco sulla vita del soggetto
11 – 15	Grave interferenza dei pensieri legati al gioco sulla vita del soggetto
16 – 20	Interferenza molto grave dei pensieri legati al gioco sulla vita del soggetto

Comportamento di gioco

0	Riesce a controllarsi adeguatamente
1 – 5	Controlla abbastanza bene il suo comportamento di gioco
6 – 10	Gli è abbastanza difficile controllare il suo comportamento di gioco
11 – 15	Fa molta fatica a controllare il suo comportamento di gioco
16 – 20	Raramente o quasi mai riesce a controllare il suo comportamento di gioco

Totale punteggi

0	Il gioco *non* è un'ossessione/compulsione per il soggetto
1 – 10	Molto raramente il gioco è un'ossessione/compulsione per il soggetto
11 – 20	Talvolta il gioco è un'ossessione/compulsione per il soggetto
21 – 30	Frequentemente il gioco è un'ossessione/compulsione per il soggetto
31 – 40	Quasi sempre il gioco è un'ossessione/compulsione per il soggetto

3. Diagramma di Custer

Di Robert Custer, 1985

Custer (1982) illustra le fasi del gioco patologico e della guarigione (fase vincente, perdente, della disperazione, critica, della ricostruzione e infine della crescita), identificando per ciascuna i comportamenti e gli aspetti psicosociali correlati. Sebbene questo schema non sia stato steso con un proposito diagnostico, può essere utilizzato a tale scopo, per identificare in quale stadio si trovi il paziente all'atto della consultazione. È utilizzabile sia in un contesto individuale che di gruppo, per facilitare la consapevolezza del paziente riguardo alla sua situazione rispetto al problema di gioco. Si rimanda, per il dettaglio, al libro di M. Dickerson, tradotto da Mauro Croce[1].

[1] Dickerson M. (1993), ed. italiana.

IL DIAGRAMMA DI CUSTER

Fase "vincente"	❑	
Giocate occasionali		❑
Vincite frequenti		❑
Eccitamento per il gioco		❑
Gioco piú frequente		❑
Crescono le somme giocate		❑
Fantasie per una grande vincita		❑
Grande vincita		❑
Fase perdente	❑	
Gioca da solo		❑
Si vanta delle vincite		❑
Pensa solo al gioco		❑
Prolungati episodi di perdita		❑
Incapacità di smettere di giocare		❑
Coperture e menzogne		❑
Trascura moglie e famiglia		❑
Si assenta dal lavoro		❑
Incapacità di risarcire i debiti		❑
È irritabile e poco socievole		❑
Vita domestica infelice		❑
Dissesto finanziario		❑
Incapacità di onorare i debiti		❑
Fase della perdita della speranza	❑	
Incremento di tempo e denaro speso al gioco		❑
Alienazione da famiglia e amici		❑
Rimorsi		❑
Attribuzione ad altri del proprio fallimento		❑
Panico		❑
Atti illegali		❑
Reputazione compromessa		❑
Disperazione	❑	
Pensieri e tentativi di suicidio, arresti, divorzio, alcolismo		❑
Collasso emozionale, sintomi di astinenza		❑
Fase critica	❑	
È fiducioso		❑
È realistico, e smette di giocare		❑
Pensa in modo responsabile		❑
Ricupera una rivalutazione di sé		❑
Ritorna al lavoro		❑
Affronta i problemi		❑
Prende decisioni		❑
Ha maggiore chiarezza nei suoi pensieri		❑
Prende in esame i suoi bisogni spirituali		❑
Esprime un onesto desiderio di aiuto		❑
Fase di riedificazione	❑	
Fa previsioni di bilancio		❑
Migliorano le relazioni familiari		❑
Programma la restituzione del denaro		❑
Nuovi interessi		❑
Accetta i propri limiti		❑
Si dà degli obiettivi		❑
Sta tornando l'autostima		❑
Si risolvono i problemi legali		❑
Trascorre piú tempo in famiglia		❑
Diminuisce la sua impazienza		❑
Famiglia ed amici cominciano ad avere fiducia		❑

È piú rilassato	❑
Ha un comportamnto meno irritante	❑
Fase di crescita	❑
Le preoccupazioni per il gioco calano	❑
Si analizza a fondo	❑
Affronta i problemi	❑
Si fa voler bene	❑
È attento alle esigenze altrui	❑
Si sacrifica per gli altri	❑

4. PG-CGI

Pathological Gambling – Clinical Global Impression Scale

Di E. Hollander

(Traduzione di Daniela Capitanucci)

È una semplice griglia di valutazione della gravità del disturbo e del miglioramento nel corso del trattamento. Viene compilato dall'operatore con cadenza settimanale. Una parte del test permette di valutare anche l'impressione del paziente, che si esprime sul suo vissuto.

La praticità di questo test è notevole, e permette una valutazione rapida del decorso clinico della situazione del paziente.

ISTRUZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE:

1. Il PG-CGI può essere usato sin dalla prima settimana di trattamento da solo oppure associato con una raccolta settimanale del decorso della gravità del disturbo.

2. È necessario che il clinico decida prima di cominciare qual è il punto di partenza a partire dal quale valutare in seguito il cambiamento (ad esempio, il punto di partenza è quello testato nel corso della prima visita, o è il punto di maggior gravità sperimentato dal paziente?). Segneremo dunque "1", "0", ecc. nei quadratini della scheda di valutazione e la somma totale.

PG – CGI

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

- Inserisca nel quadratino il punteggio assegnato secondo la legenda riportata.

Sezione 1: Gravità del disturbo

Sulla base della Sua esperienza clinica su questo tipo di pazienti, quanto sono gravi i sintomi presentati dal paziente in questo momento?

Punteggio: _____

Legenda:
0 = Non valutato
1 = La patologia non è presente
2 = Minimi
3 = Lievi
4 = Moderati
5 = Moderatamente Gravi
6 = Gravi
7 = Molto Gravi

Sezione 2: Miglioramento generale

Valuti il miglioramento globale, sia esso dipendente o indipendente dal trattamento clinico effettuato, secondo la seguente legenda.
Confronti le condizioni del paziente al momento del suo ingresso al Servizio: quanto egli ha ottenuto cambiamenti?

Valutazione del Clinico:

Punteggio: _____

Valutazione del Paziente:

Punteggio: _____

Legenda:
0 = Non è stato valutato
1 = È sostanzialmente molto migliorato
2 = È molto migliorato
3 = È minimamente migliorato
4 = Non si nota alcun cambiamento
5 = È leggermente peggiorato
6 = È decisamente peggiorato
7 = È decisamente molto peggiorato

Punteggio

Il CGI ha due punteggi.

- Il punteggio relativo alla *Gravità del disturbo* è un valore numerico compreso tra 0 e 7.
- Il punteggio di *Miglioramento generale* è usato *dopo* la prima settimana di trattamento, associato o meno a ripetizioni a cadenza settimanale della scala di gravità del disturbo. I punteggi vanno da 0 a 7.

Punteggi di 3 o piú punti indicano cambiamenti minimi, nessun cambiamento o peggioramento nelle condizioni del paziente.

5. MAC/G

Di D.G. Hodgkins

(Traduzione di Daniela Capitanucci ed Angela Biganzoli)

Questo strumento si fonda sul modello teorico del processo di cambiamento proposto da Prochaska et al. (1988) che si basa su tre concetti fondamentali: gli stadi del cambiamento, il processo del cambiamento e i livelli del cambiamento. In sintesi, questi autori ritengono che nel percorso di uscita dalle dipendenze i soggetti attraversino varie fasi ricorrenti (P, C, D, A), e che, a seconda del momento in cui essi si trovano, sia piú o meno adeguato uno stile di intervento per favorire il cambiamento. Usato largamente nell'ambito di altre dipendenze, tale questionario è stato adattato anche alla dipendenza da gioco d'azzardo (Hodgins, 2001).

La nostra versione d'origine è però la traduzione italiana prodotta e validata per le dipendenze da sostanza da Valter Spiller e da Gian Paolo Guelfi[1].

Le fasi della "ruota del cambiamento" attraversabili ciclicamente lungo il percorso di uscita da una dipendenza sono le seguenti:

- *Precontemplazione (P)*, in cui il soggetto ancora non pende in considerazione l'ipotesi di cambiare il suo comportamento di dipendenza, massimizzando gli aspetti della sua addiction.
- *Contemplazione (C)*, in cui il soggetto comincia a prendere in considerazione anche i risvolti negativi del suo comportamento di dipendenza e a soppesarli sulla "bilancia decisionale" con gli aspetti positivi.
- *Determinazione (D)*, in cui l'esito della bilancia decisionale comporta uno squilibrio tra risvolti negativi e positivi dell'addiction, a favore di questi ultimi, al punto da stimolare il soggetto a decidere di voler interrompere la sua "dipendenza".
- *Azione (A)*, in cui il soggetto compie azioni concrete per liberarsi dal comportamento di dipendenza. Questa fase può coincidere con l'uscita dalla "ruota del cambiamento", con l'interruzione del comportamento, oppure con il reingresso in uno degli stadi precedenti qualora vi sia una ricaduta o la non interruzione del comportamento di addiction.

Protocollo di utilizzo del MAC/G

Prevediamo che la condizione piú usuale per utilizzare una valutazione della motivazione con il MAC/G sia quella in cui si **inizia un intervento** o il momento in cui avviene (o viene richiesto) un **cambiamento significativo dell'intervento**.
Pensiamo che in ciascun caso sia fondamentale procedere alla somministrazione del MAC/G all'interno di protocolli che prevedano, nel tempo, la raccolta di informazioni anche sull'**andamento successivo dell'intervento concordato**.

Ad essa dovrebbe essere affiancata una valutazione dell'**andamento della motivazione** in relazione agli interventi (al tipo di intervento ed al loro successo o meno) prevedendo una risomministrazione del MAC/G dopo un tempo prestabilito.

Si ipotizza un **intervallo di retest medio di circa 2 mesi**, prevedendo ovviamente variazioni a seconda degli interventi. Lo schema potrebbe essere il seguente:

[1] Spiller, V., Guelfi, G.P. (1998).

1. Indicazione del programma concordato : TEST

- Raccolta di alcuni dati personali
- Somministrazione del MAC/G

2. Due mesi (o altro periodo) di attuazione dell' intervento

3. Verifica sull'andamento dell'intervento: RETEST a due mesi dall'inizio dell'intervento stesso

- Raccolta delle informazioni sull'andamento del trattamento
- Risomministrazione del MAC/G

Istruzioni per la somministrazione del test e la computazione dei risultati

Dopo aver completato il **questionario** con il paziente, ricopiare i punteggi ottenuti alle risposte sulla **Scheda di valutazione**.
Essa è suddivisa in due quadri. Il primo quadro (relativo alla determinazione dello stadio prevalente e del profilo di disponibilità al cambiamento) raccoglie le risposte formulale alle domande da 1 a 12.
Il secondo (relativo al livello di autoefficacia percepito dal soggetto e dall'intensità del conflitto e frattura interiore) raccoglie le risposte da 13 a 24.
Nel copiare le risposte va fatta particolare attenzione a scrivere il punteggio assegnato a ciascun item (che va da 0 a 4) all'interno del quadratino ombreggiato relativo all'item considerato. Ciò perché il questionario è formulato con domande specifiche per ciascuno stadio della Ruota. Cosí, ad esempio, gli item 1, 4 e 8 sono critici per rilevare quanto il soggetto viva in uno stadio di precontemplazione; il 5, il 10 e il 12, di contemplazione; il 3, il 6 e il 9, di determinazione; il 2, il 27 e l'11, nella fase dell'azione.
Allo stesso modo bisogna procedere per definire il livello di autoefficacia e di conflitto.
Facciamo un esempio pratico. Il mio paziente risponde "abbastanza non d'accordo" all'item 1, "completamente non d'accordo" all'item 4, e "completamente non d'accordo" all'item 8. Segneremo dunque "1",. "0", "0" nei quadratini della scheda di valutazione e la somma totale sarà "1". Questo sarà il punteggio di precontemplazione dei questo paziente: basso. Procedendo cosí, potremo trovare alti punteggi negli item relativi all'azione (2, 7 e 11), sempre scrivendo il risultato a ciascuna risposta nel quadratino corrispondente.

Per ottenere i punteggi di P, C, D ed A si effettua quindi la somma dei punteggi dei tre item relativi (già incolonnati).

La terza sezione (la **scheda riassuntiva**) contiene i dati riepilogativi che consentono una valutazione della motivazione al cambiamento.

Lo **stadio prevalente** è quello in cui il soggetto riporta il punteggio piú alto. Per ottenere il **profilo di disponibilità al cambiamento** occorre riportare i punteggi dei 4 stadi (P, C, D, A) sul grafico relativo unendo fra loro i punti.

Per i punteggi **S** e **F** occorre prima effettuare separatamente le somme di S1, S2, F1, ed F2 (già incolonnati e scritti nel quadratino).

Il punteggio **R** si ottiene effettuando il calcolo riportato; varia da 0 a 72 ed indica il grado di ***Disponibilità al cambiamento***.

Il calcolo di **S** ed **F** si esegue come indicato nelle relative caselle (**S** = 12+S1-S2 e **F** = 12 + F1 - F2). Essi indicano il livello di ***Autoefficacia* (S)** e ***Frattura interiore* (F)** del soggetto.
L'ultimo riquadro consente di avere una visione d'insieme dei tre punteggi ottenuti dal MAC/G (R, S e F).

Tanto piú **R** è elevato, quanto piú il paziente è disponibile al cambiamento; è importante che **S** si attesti su un valore intermedio (perché ciò coincide con una realistica consapevolezza delle proprie risorse); infine è utile che **F** si attesti ad un livello medio alto (in quanto rappresenta il conflitto esistente nei confronti del comportamento di dipendenza in questione).

La posizione di questi valori può dare preziose indicazioni in merito a se e quando avviare un trattamento finalizzato al cambiamento, ed il clinico può persino lavorare con il paziente per equilibrare questi valori al meglio per predisporlo all'evoluzione.

Nel giugno 2003 Spiller ci informava di alcuni interessanti questioni riguardanti il MAC. Le riassumiamo di seguito.
Proprio in quel momento stava partendo la validazione dell'aggiornamento del MAC nella versione per alcol (denominata MAC2-A). Di questa nuova edizione è previsto che ne siano validate anche altre versioni, fra le quali anche quella per il gambling.
Non esiste una precedente versione del MAC per il gambling[2], e potrebbe essere interessante per i clinici che lavorano con giocatori d'azzardo partecipare al protocollo di validazione dell'imminente versione del MAC2-G attualmente in corso (in questo caso, ci si rivolga a Valter Spiller, spiller@village.it, o a Gian Paolo Guelfi, gpguelfi@village.it).
Le versioni utilizzate dal precedente MAC (MAC/E – eroina, MAC/A – alcol, e MAC/T – fumo di tabacco) sono state sottoposte a validazione prima del loro utilizzo.
La validazione del MAC/E effettuata nel 1996 è stata pubblicata sul Bollettino delle Farmacodipendenze (Spiller V., Guelfi G.P., 1998).
La validazione del MAC/T (tabagismo) è stata presentata come poster al convegno "A fuoco il fumo", a Padova, nel 1999.
La versione del MAC/A è stata validata e non pubblicata, perché è partita nel frattempo la revisione dello strumento (la cui validazione, appunto, è partita a metà 2003, proprio dal MAC2-A).

[2] La nostra è solo la traduzione linguistica delle versioni per alcol ed eroina, e non un'edizione validata (N.d.A.).

MAC/G

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

MAC/G

Questionario

Qui di seguito sono riportate 12 frasi che esprimono opinioni diverse sul comportamento di gioco d'azzardo.
Le chiediamo di valutare quanto si sente d'accordo con ciascuna di esse, mettendo una croce sulla casella corrispondente, a lato della frase

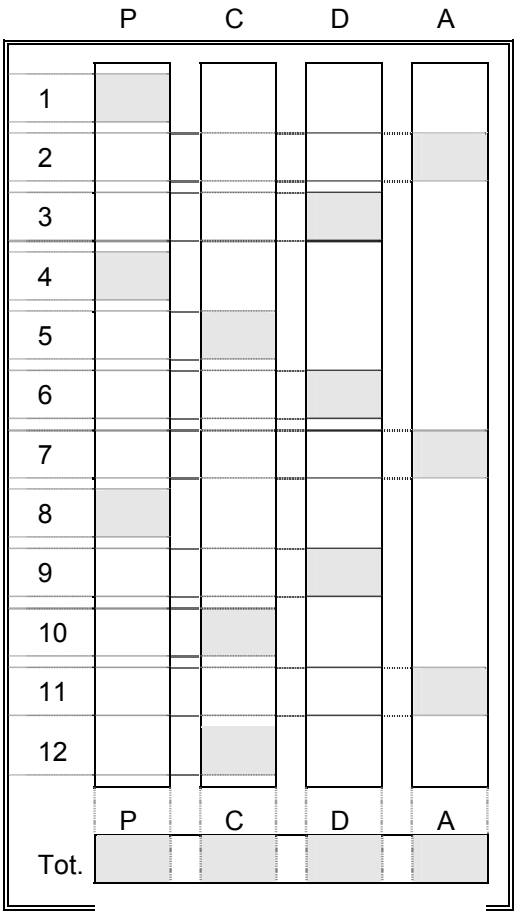
		Completamente non d'accordo ⇩	Abbastanza non d'accordo ⇩	Non so, dipende ⇩	Ababstanza d'accordo ⇩	Completamente d'accordo ⇩
1	Se gioco o no, non vale la pena di parlarne	⓪	①	②	③	④
2	Ho finalmente iniziato ad abbandonare il gioco d'azzardo	⓪	①	②	③	④
3	Adesso che mi sento realmente determinato devo trovare il modo per smettere	⓪	①	②	③	④
4	Non penso di cambiare la mia abitudine a giocare	⓪	①	②	③	④
5	Mi piace quando gioco, ma a volte esagero e allora non mi piace piú	⓪	①	②	③	④
6	Ora devo proprio pensare di smettere	⓪	①	②	③	④
7	In fatto di gioco, a parole, tutti si impegnano, ma io sto facendo veramente qualcosa in proposito	⓪	①	②	③	④
8	Smettere di giocare non mi interessa	⓪	①	②	③	④
9	Ho deciso di smettere e sto cercando il modo per farlo davvero	⓪	①	②	③	④
10	Anche se giocare mi crea dei problemi, a volte penso che mi piacerebbe poter continuare	⓪	①	②	③	④
11	Sto facendo tutto il possibile per continuare a *non* giocare	⓪	①	②	③	④

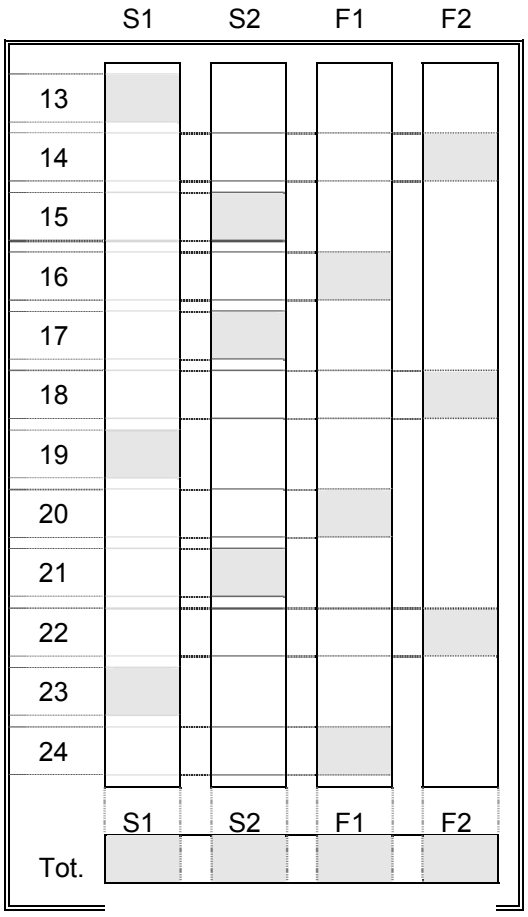
Qui di seguito sono riportate 12 frasi che esprimono opinioni diverse sul comportamento di gioco d'azzardo. Le chiediamo di valutare quanto si sente d'accordo con ciascuna di esse, mettendo una croce sulla casella corrispondente, a lato della frase		Completamente non d'accordo ⇩	Abbastanza non d'accordo ⇩	Non so, dipende ⇩	Ababstanza d'accordo ⇩	Completamente d'accordo ⇩
12	Ogni tanto penso che dovrei cominciare a limitarmi	⓪	①	②	③	④
13	Ho fiducia nelle mie capacità di cambiare	⓪	①	②	③	④
14	Non capisco proprio in cosa il mio giocare d'azzardo dovrebbe preoccuparmi.....	⓪	①	②	③	④
15	Il gioco è cosí importante per me che non riesco ad immaginare come farne a meno	⓪	①	②	③	④
16	Sono insoddisfatto di me stesso perché il gioco mi impedisce di fare quello che vorrei	⓪	①	②	③	④
17	Anche se volessi smettere di giocare, so che, in certe situazioni, non saprei resistere alla tentazione	⓪	①	②	③	④
18	Al punto in cui sono con il gioco sono comunque soddisfatto di me stesso	⓪	①	②	③	④
19	Ho imparato il modo per rinunciare al gioco anche quando ne sento il bisogno	⓪	①	②	③	④
20	Mi disturba pensare che il gioco mi ha fatto diventare cosí diverso da come vorrei essere	⓪	①	②	③	④
21	Anche volendo, non saprei proprio come fare a smettere	⓪	①	②	③	④
22	Gioco, e sto facendo lo stesso tutto ciò che voglio senza problemi	⓪	①	②	③	④
23	Ora sarei in grado di dire di no anche se mi invitassero a giocare	⓪	①	②	③	④
24	Sono veramente preoccupato per le conseguenze del mio comportamento di gioco	⓪	①	②	③	④

Scheda di valutazione - MAC

Dati personali: _____

Quadro dello stadio prevalente: Profilo di disponibilità al cambiamento		*Quadro del livello di autoefficacia e della frattura interiore – conflitto*





Legenda:

P: Stadio della *Precontemplazione*
C: Stadio della *Contemplazione*
D: Stadio della *Determinazione*
A: Stadio dell'*Azione*

S. *Auto-efficacia* (Self-efficacy)
F: *Frattura interiore – conflitto*

SCHEDA RIEPILOGATIVA PUNTEGGI MAC-G

Stadio prevalente □

A + D - C - 2xP = R

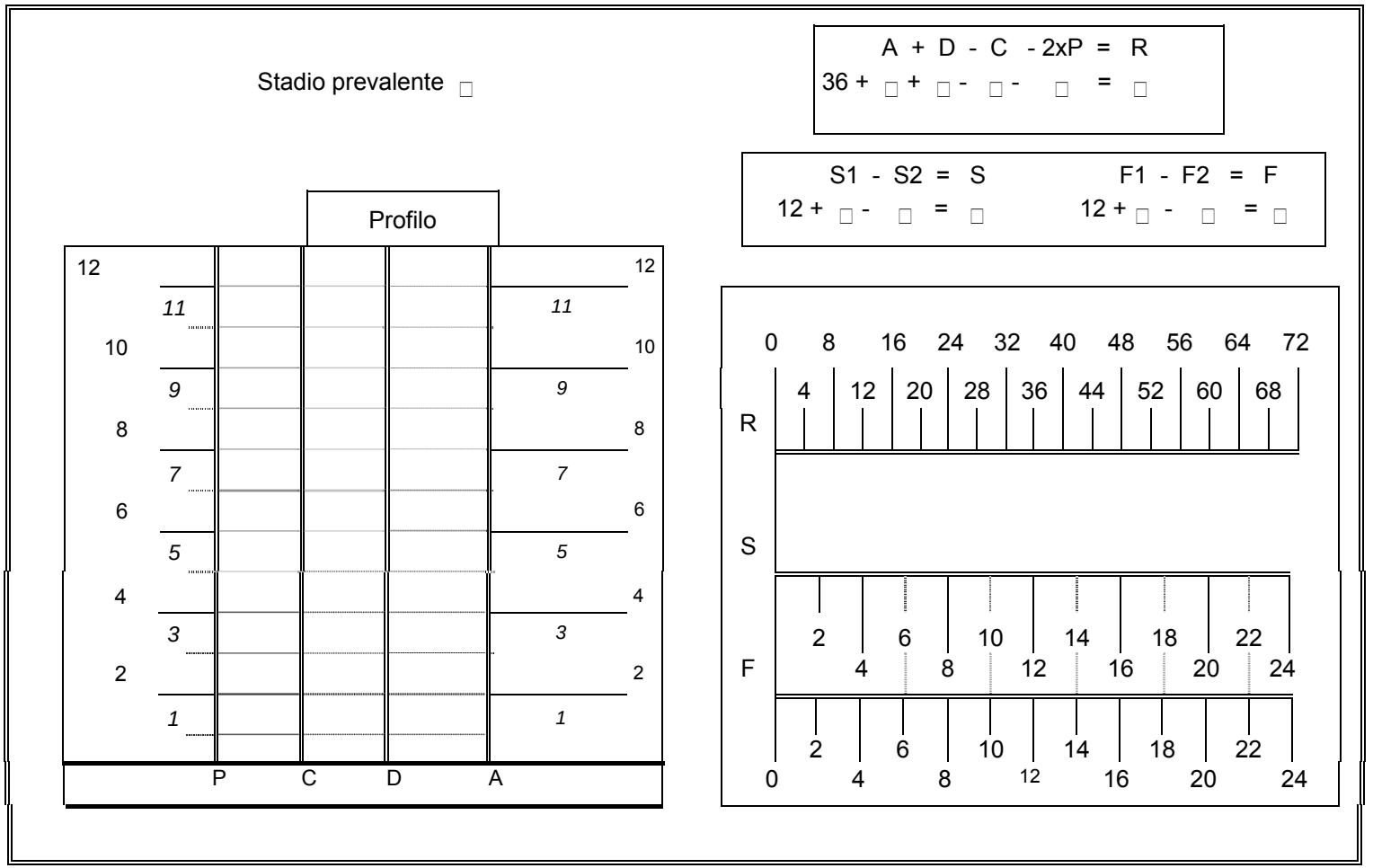
36 + □ + □ - □ - □ = □

S1 - S2 = S

12 + □ - □ = □

F1 - F2 = F

12 + □ - □ = □



NB: I valori di A, D, C, P, S1, S2, F1, F2 sono i totali della pagina precedente.

In aggiunta al MAC, può essere utile monitorare l'andamento dei trattamenti concordati in concomitanza alla sominstrazione del test, con le accluse schede di test e di retest (serve al follow-up)

Note per la compilazione della Scheda di valutazione Motivazione / Intervento

Test

Si effettua la somministrazione del MAC/G contestualmente all'inizio "progetto" terapeutico basato sugli interventi riportati nella scheda

Struttura	Indicare la struttura presso la quale vengono effettuati gli interventi e la valutazione della motivazione.
Data	Indicare la data di somministrazione del MAC/G.
Gioca da	Indicare da quanto tempo il paziente riferisce di giocare d'azzardo (sia uso saltuario sia continuativo).
Obiettivi Concordati	Indicare gli interventi concordati in ordine "cronologico" da effettuare. P.es. rinuncia ad amministrare i denari di casa, es. gruppo per la prevenzione delle ricadute (69) , colloqui di tutoraggio (59) e antidepressivi (42).
1° visita	Indicare se il paziente è stato visto per la prima volta (se non era conosciuto dalla struttura in precedenza).
Obblighi	Indicare la presenza di un "obbligo" al trattamento (Affidamento con 47 bis, Prefettura ex. art. 75, ecc.).
Altro (specificare)	Riportare una descrizione sintetica degli interventi codificati come **Altro** nelle caselle relative agli interventi terapeutici.

Retest

Trascorso il periodo concordato si effettua la risomministrazione del MAC/G (se il paziente è ancora seguito) e si riporta una valutazione dell'andamento del "progetto" terapeutico concordato al momento del Test

Valutazione complessiva dell'intervento	Riportare una valutazione numerica di sintesi sull'andamento del **progetto concordato al momento del Test**. Non devono essere considerati i risultati delle eventuali variazioni del progetto in seguito al fallimento di alcuni obiettivi concordati.
Grado di raggiungimento dei singoli obbiettivi	Indicare il grado di raggiungimento di ciascun **obiettivo concordato al momento del Test**, nell'ordine in cui sono riportati nella parte relativa al Test.
Variazione degli obiettivi e degli interventi	Indicare eventuali variazioni degli interventi, avvenute **successivamente** al Test.

Scheda di valutazione Motivazione / Intervento

Struttura	**Data**

Cognome	**Nome**	**Gioca da**

Test

Obiettivi concordati	1	2	3	4	5	1ª visita		Obblighi	
(Interventi terapeutici)	☐	☐	☐	☐	☐	Sí	N	Sí	N

Altro
(specificare) _____

Legenda dei trattamenti in corso

Farmaci
40 Benzodiazepine
41 Neurolettici
42 Antidepressivi
49 Altro (*specificare)*

Colloqui
50 Di sostegno
51 Psicoterapia
59 Altro (*specificare): Tutoraggio*

Altro
60 Intervento sociale di supporto
61 Inserimento lavorativo
62 Inserimento in comunità
69 Altro (*specificare): Gruppo*

Retest

Retest effettuato dopo □ mesi

Il paziente è ancora seguito: Sí N

		Completamente fallito			*>> Riuscito in piccola parte*			*>> Riuscito in buona parte*			*Pienamente riuscito*	
Complessivamente l'intervento risulta:		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	1	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	2	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
Indicare il grado di raggiungimento di	3	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
ciascun obbiettivo concordato	4	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	5	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

	Completamente fallito	*>> Riuscito in piccola parte*	*>> Riuscito in buona parte*	*Pienamente riuscito*

Eventuali variazioni degli obiettivi, concordato dopo il TEST

1 □ 2 □ 3 □

6. Questionario sui Comportamenti e sulle Convinzioni inerenti il Gioco d'Azzardo

(GABS- Gambling Attitudes and Beliefs Survey)

Di Robert B. Breen & Marvin Zuckerman[1]

(Traduzione di Daniela Capitanucci)

Pregi dello strumento

Velocità di somministrazione – praticità dello strumento, che affronta in modo diretto alcune delle aree di comportamento ed i percorsi di pensiero tipici del giocatore patologico.

Difetti dello strumento

Non vi è segnalato un *cut-off* per discriminare le categorie di giocatore sociale, eccessivo, patologico.
Presuppone che chi utilizza il dato, abbia già una buona conoscenza in materia di gioco d'azzardo patologico, per poter comprendere appieno il significato delle risposte date dal paziente ai singoli item.

[1] Breen R.B., Zuckerman M. (1999).

GABS - Gambling Attitudes and Beliefs Survey

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

N.	Domanda	Molto D'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente In disaccordo
1.	Giocare mi fa sentire realmente vivo.	❑	❑	❑	❑
2.	Se è da un po' che non vinco, probabilmente sono prossimo ad una grande vincita.	❑	❑	❑	❑
3.	Non c'è modo di sapere se avrò fortuna o sfortuna.	❑	❑	❑	❑
4.	Nutro rispetto per qualcuno che scommette forte riuscendo a rimanere calmo e freddo.	❑	❑	❑	❑
5.	Quando sto giocando mi capita talvolta di scordare il tempo che passa.	❑	❑	❑	❑
6.	So quando sono in vena.	❑	❑	❑	❑
7.	Mentre gioco l'importante è comportarmi come se fossi calmo, anche se non lo sono.	❑	❑	❑	❑
8.	Alcune persone sono sfortunate.	❑	❑	❑	❑
9.	Quando vinco mi sento alla grande.	❑	❑	❑	❑
10.	Quando gioco è importante sentirsi sicuri.	❑	❑	❑	❑
11.	Giocare mi annoia.	❑	❑	❑	❑
12.	Alcune persone mi portano fortuna al gioco se mi stanno vicino.	❑	❑	❑	❑
13.	I giocatori sono persone piú coraggiose e avventurose di chi non ha mai giocato.	❑	❑	❑	❑
14.	Non mi piace smettere di giocare quando sto perdendo.	❑	❑	❑	❑
15.	Bisogna essere bravi per vincere ai dadi.	❑	❑	❑	❑
16.	A volte sento che avrò fortuna.	❑	❑	❑	❑
17.	Le persone che scommettono forte possono essere molto attraenti.	❑	❑	❑	❑
18.	Se non hai mai provato l'eccitazione di fare una grossa puntata non puoi dire di avere mai davvero vissuto.	❑	❑	❑	❑
19.	Qualsiasi sia il gioco, esistono strategie che possono aiutare a vincere.	❑	❑	❑	❑
20.	Quando gioco porto con me un portafortuna.	❑	❑	❑	❑
21.	Se perdo è importante mantenere la calma.	❑	❑	❑	❑
22.	Di solito non mi eccito molto quando gioco.	❑	❑	❑	❑
23.	Giocare alla roulette richiede molta piú abilità che acquistare biglietti della lotteria.	❑	❑	❑	❑
24	I Casinò sono luoghi eleganti ed eccitanti.	❑	❑	❑	❑

N.	Domanda	**Molto D'accordo**	**D'accordo**	**In disaccordo**	**Fortemente In disaccordo**
.					
25.	Dal momento che sono stato fortunato di recente, dovrei incrementare le mie scommesse.	❑	❑	❑	❑
26.	Quando perdo al gioco provo rabbia.	❑	❑	❑	❑
27.	Quando mi sento giú di morale, penso che giocare mi tirerebbe su.	❑	❑	❑	❑
28.	Per vincere ad un certo gioco devo conoscerlo bene.	❑	❑	❑	❑
29.	Alcune persone portano davvero sfortuna agli altri.	❑	❑	❑	❑
30.	È importante agire in un certo modo quando si vince.	❑	❑	❑	❑
31.	Se sto perdendo, è importante continuare a giocare fino a quando si è tornati in pari.	❑	❑	❑	❑
32.	Per riuscire al gioco bisogna essere capaci di identificare il momento buono.	❑	❑	❑	❑
33.	Se è da un po' che sto perdendo, significa che la fortuna tornerà presto.	❑	❑	❑	❑
34.	È importante essere generosi quando si vince.	❑	❑	❑	❑
35.	Mi piace giocare perché mi aiuta a dimenticare i problemi di tutti i giorni.	❑	❑	❑	❑

Attribuzione dei punteggi

Assegnare i punteggi come segue:

Molto d'accordo =	4
D'accordo =	3
In disaccordo =	2
Fortemente in disaccordo =	1

Alle domande 3, 11, e 22 si deve attribuire un punteggio inverso, ossia:
invece di 1 si dà 4;
invece di 2 si dà 3;
invece di 3 si dà 2;
invece di 4 si dà 1.

Tutte le altre domande vengono calcolate secondo le indicazioni esposte sopra.

Il punteggio totale al GABS è il totale dei punti ottenuti rispondendo a tutte le domande.

Strumenti proposti da Robert Ladouceur

1. Sydney and Laval Universities Gambling Screen

SLUGS

Di Alex Blaszczynski e Robert Ladouceur

(Traduzione di Daniela Capitanucci)

Questo recentissimo strumento (presentato nel 2003 e non ancora pubblicato) ha la particolarità di rilevare il gioco d'azzardo patologico non tanto a partire dale conseguenze negative che esso ha avuto nella vita del soggetto (come fanno la maggior parte dei questionari di screening presentati), quanto piuttosto dalla *misurazione della perdita di controllo* sul comportamento stesso.
In questo senso, esso potrebbe riuscire ad identificare situazioni patologiche o problematiche precocemente rispetto all'accadimento di conseguenze negative per il soggetto e la sua rete socio-familiare, e ciò potrebbe essere estremamente utile nella prevenzione.
La gradazione dell'incapacità di controllarsi misurata in termini percentuali è un altro elemento interessante di questo questionario.
Infine, vengono scelti due parametri chiave per misurare tale perdita di controllo: il fattore *denaro speso* ed il fattore *tempo impegnato* (messi in rapporto alle intenzioni ed alle disponibilità del soggetto).
La valutazione di tutti questi elementi da parte del soggetto conduce ad un'autovalutazione da parte sua in merito alla rilevanza dei problemi causati dal gioco d'azzardo nella sua vita e conseguentemente in merito alla necessità di chiedere aiuto.
Un ultimo pregio, si riferisce alla semplicità dello strumento e alla sua facilità di applicazione, che non richiede un dispendio eccessivo di tempo (può essere anche autocompilato dal paziente), pur fornendo interessanti dati clinici.

Attualmente, questo strumento è in fase di validazione in Australia ed in Canada (comunicazione di Robert Ladouceur).

SYDNEY AND LAVAL UNIVERSITIES GAMBLING SCREEN

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Gruppo di Riferimento			(ad uso interno) Cod. Soggetto: Categoria: ❑ G.Pat. ❑ G. Pro.

Istruzioni: Siamo interessati a conoscere le difficoltà che incontrano le persone nella loro vita a causa del loro comportamento di gioco d'azzardo.

In questo questionario con il termine "gioco d'azzardo" ci riferiamo ad ogni scommessa, puntata, gioco su apparecchi elettronici a soldi, o acquisto di biglietti della lotteria da lei praticato, gestito da un organizzatore commerciale di giochi d'azzardo (es. Casinò, Sala corse, ricevitorie del lotto, bar, ecc.) o ad attività organizzate socialmente (ad es. carte, ecc.) in cui può essere vinto o perso del denaro.

La preghiamo di NON tenere conto di tutte quelle attività di gioco d'azzardo che svolge con la sua famiglia o con i suoi amici dove le scommesse sono modiche e fatte solo allo scopo di divertirsi e stare in compagnia.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande indicando per ciascuna quanto essa si applica al suo comportamento di gioco nell'arco degli ultimi sei mesi.

Sezione 1: Tipologie di gioco

- Nella prima colonna per favore scelga (√) il gioco d'azzardo PRINCIPALE cui lei ha partecipato nell'arco degli ultimi sei mesi.
- Nella seconda colonna per favore scelga (√) TUTTI GLI ALTRI giochi d'azzardo cui lei ha partecipato regolarmente nell'arco degli ultimi sei mesi.

Tipologia di gioco praticato			**Gioco principale**	**Altri giochi**
			sceglierne **solo** uno	Sceglierne uno o piú
a)	Scommesse	Sui cavalli in sala corse	❑	❑
		Sui cani	❑	❑
		Sui cavalli all'ippodromo	❑	❑
b)	Macchine elettroniche	Ai videopoker	❑	❑
		Alle slot machines	❑	❑
		Corse dei cavalli elettroniche	❑	❑
		Alla roulette elettronica	❑	❑
c)	Lotterie	Biglietti della lotteria	❑	❑
		Gratta e vinci	❑	❑
		Lotto	❑	❑
		Superenalotto	❑	❑
		Schedine sportive	❑	❑
d)	Casinò	Giochi di carte	❑	❑
		Roulette	❑	❑
e)	Giochi d'azzardo su Internet	Casinò on line	❑	❑
f)	Altro	Specificare:	❑	❑

Sezione 2: Comportamento di gioco

Per favore, indichi in che misura ciascuna delle affermazioni seguenti le si applica, marcando un segno (√) in corrispondenza della casella sottostante la scala di valutazione che meglio la rappresenta.

Utilizzando la scala di valutazione seguente, per favore indichi quanto spesso (o in percentuale % delle volte) ciascuna affermazione indica il suo modo di giocare nell'arco degli ultimi sei mesi.

		Rara-mente	Talvolta	Spesso	Molto spesso	Quasi sempre	Sempre
		0-19%	20-34%	35-50%	51-60%	61-74%	75-100%
1.	Sono incapace di resistere all'impulso di giocare quando ne ho l'occasione	❑	❑	❑	❑	❑	❑
2.	Ho ripetutamente giocato piú denaro di quanto intendessi prima di cominciare quella sessione di gioco.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
3.	Ho ripetutamente giocato piú tempo di quanto intendessi prima di giocare quella sessione di gioco.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
4.	Ho ripetutamente giocato piú denaro di quello disponibile	❑	❑	❑	❑	❑	❑
5.	Ho ripetutamente passato giocando piú tempo di quello che avrei avuto a disposizione (oltre il mio "tempo libero")	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Attenzione:

- *Il "denaro disponibile" è definito come la somma che rimane a disposizione dopo avere assolto a tutti gli obblighi (come il pagamento delle spese quotidiane e delle bollette).*
- *Il "tempo libero" è definito come il totale del tempo disponibile dopo avere assolto a tutti gli obblighi (lavorativi e familiari / domestici)*

	Per favore faccia uno sforzo per stimare in che misura le seguenti affermazioni si applichino alla sua attuale situazione					
6.	I problemi causati dalla quantità di tempo o di denaro speso nel gioco sono:	Minimi	Lievi	Moderati	Gravi	Penosi
		0	1	2	3	4
		❑	❑	❑	❑	❑
7.	La necessità che io riceva un aiuto esterno per controllare il mio comportamento di gioco è	Nulla: non ho bisogno di alcun aiuto	Gli altri ritengono che io necessiti di aiuto, ma io non sono d'accordo	Forse avrei bisogno di aiuto	Ho bisogno di aiuto	Decisamente ho bisogno d'aiuto
		0	1	2	3	4
		❑	❑	❑	❑	❑

Grazie per il suo tempo ed il suo impegno nel compilare il questionario.

Attribuzione punteggi:

Categoria	***N. Item***	***Nessun problema***	***Al limite***	***Positivo***	***Diagnosi***
Controllo inadeguato	1-3	0-3	4-6	7-15	Giocatore patologico
Rischio – pericolo	4-5	0-2	3-5	6-10	Giocatore problematico
Necessità di trattamento	6-7	0	2	5-8	Trattamento necessario

2. Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

Di Robert Ladouceur

(Traduzione e riduzione di Tazio Carlevaro e Daniela Capitanucci)[1]

Introduzione

Le jeu excessif, pubblicato da Robert Ladouceur, Caroline Sylvain, Claude Boutin e Céline Doucet nel 2000, propone un'ampia introduzione alla diagnosi e alla terapia del gioco eccessivo. Il Centro Scientifico Editore di Torino ne ha pubblicato un'edizione in italiano nel 2003, dal titolo *Il gioco eccessivo*, tradotta da Tazio Carlevaro e Daniela Capitanucci.
Riteniamo questa razionalizzazione operata da Ladouceur sia estremamente importante ai fini del processo diagnostico e di una corretta inclusione di un giocatore nel disturbo di "gioco d'azzardo patologico".
In riassunto, proponiamo alcuni approfondimenti sulla diagnosi del DSM-IV F63.0 "gioco patologico", redatti dagli autori. Questi approfondimenti diagnostici, nella loro interezza, si trovano nel libro menzionato, del quale suggeriamo la lettura.

> «I dieci criteri stabiliti dall'*Associazione Americana di Psichiatria* (DSM-IV) rappresentano il principale strumento utilizzato nella diagnosi dei problemi di gioco eccessivo. Permettono di ottenere preziose informazioni sui comportamenti collegati con il gioco, e sull'intensità delle abitudini di gioco. Inoltre, l'esame del problema di gioco secondo questi criteri mette in luce le conseguenze sperimentate dai giocatori sui diversi piani: familiare, professionale, sociale, scolastico, finanziario e legale. Quando riscontriamo in un giocatore 5 criteri su 10, ci troveremmo già davanti alla presenza di un comportamento inadeguato riguardo al gioco. Anche se spesso non ci sono dubbi che ci si trovi davanti un giocatore eccessivo, è utile avere un'idea precisa del numero di criteri ai quali quest'ultimo risponde, in particolare nel caso in cui una successiva valutazione fosse necessaria. In effetti, alcune circostanze esigono una rivalutazione del problema di gioco, qualche tempo dopo la cura. Si costata allora piú facilmente il progresso compiuto da un singolo.»
>
> Ladouceur propone l'analisi nei dettagli di questi criteri diagnostici e fornisce indicazioni molto precise per l'attribuzione del punteggio. Se l'apprezzamento d'un criterio solleva a volte ambiguità o difficoltà, è meglio riformulare le domande, in modo da ottenere una risposta chiara e precisa, che renda possibile una valutazione rigorosa del problema. È in ogni caso il giudizio clinico del terapeuta a determinare la precisione e il valore delle risposte a questi criteri.
>
> «A volte, la valutazione eseguita grazie a questi dieci criteri diagnostici pone dei problemi, in particolare quando si tratta di avvenimenti che sono avvenuti nel passato. La valutazione deve essere fatta riferendosi al momento presente, esaminando il lasso di tempo in cui

[1] Riprodotto in forma riassuntiva e stringata, su gentile concessione del Centro Scientifico Editore di Torino, dal volume Robert Ladouceur, Caroline Sylvain, Claude Boutin, Céline Doucet (2003): Il gioco d'azzardo eccessivo.

essa è effettuata. Non c'è generalmente nessuna difficoltà riguardo ai primi criteri enunciati, perché è piú facile rispondere alle domande poste, in funzione del momento presente piú che al passato.

La descrizione dei criteri secondo l'APA

1. Il giocatore si sente preoccupato per il gioco (per esempio, per quanto riguarda il ricordo di esperienze di gioco passate, la previsione della prossima occasione di gioco, o i mezzi per procurarsi il denaro per giocare).

Il primo criterio concerne la *preoccupazione* riguardo al gioco. Praticamente tutti i giocatori eccessivi evidenziano quest'aspetto, che indica la centralità del gioco nella sua vita: i pensieri circa le vincite, le perdite, il modo di ottenere denaro per continuare a giocare. A volte la preoccupazione per il gioco è limitata nel tempo (p.es. prima di ricevere paga).

2. Il giocatore ha bisogno di scommettere delle somme di denaro sempre maggiori, per raggiungere lo stato d'eccitamento che desidera.

Il secondo criterio riguarda la dimensione pecuniaria del comportamento del giocatore, in particolare riguardo all'assunzione di rischi finanziari. È un aspetto dell'assuefazione, per cui il giocatore, con il tempo, ritroverà l'eccitazione che cerca solo aumentando le poste.

3. Il giocatore fa degli sforzi ripetuti ma infruttuosi per controllare, ridurre o smettere la pratica del gioco.

Il terzo criterio si riferisce al desiderio di smettere di giocare o di diminuirne la frequenza. Si sottolinea che molti giocatori fanno sforzi seri per riuscirci. Perché si possa rispondere in modo positivo a questo criterio, il giocatore deve aver manifestato l'intenzione di cambiare il suo comportamento, o avere intrapreso qualche azione, senza però essere giunto a smettere di giocare, o a ridurre la sua attività ad un livello ragionevole. Rari sono i giocatori eccessivi che non hanno mai desiderato di ridurre o di interrompere la pratica del gioco, spesso con pochi risultati. Alcuni giocatori sono convinti di potersi dominare "se solo lo volessero", ossia una volta ricuperata almeno una parte del denaro di cui hanno bisogno, o che ritengono di avere perso nel gioco.

4. Il giocatore si sente agitato o irritabile quando fa dei tentativi di ridurre o di interrompere la pratica del gioco

Il quarto criterio ha come oggetto i sintomi psicologici dell'astinenza. Un certo numero di giocatori si sente agitato, impaziente, o irritabile, quando tenta di smettere di giocare, o anche solo di ridurre l'intensità della sua attività. Sono riferiti anche sintomi neurovegetativi. Alcuni hanno a volte l'impressione che, trattenendosi o impedendosi di giocare, perdano un'occasione di vincere.

5. Il giocatore si dà al gioco per sfuggire a difficoltà o per sedare un umore disforico (per esempio, dei sentimenti d'impotenza, di colpevolezza, d'ansia o di depressione).

Il quinto criterio ha a che fare con le ragioni che inducono una persona a giocare. Qualcuno si dà al gioco per evadere, ossia per sfuggire ad una realtà angosciante, oppure semplicemente per fare esperienze che lo distraggono da difficoltà, oppure da un avvenimenti sgradevoli, come un conflitto o una frustrazione. Il gioco, per certuni, è anche un metodo per disfarsi di

umori negativi e sentimenti sgradevoli come impotenza, colpevolezza, ansia, collera o tristezza, collegati a differenti a situazioni della vita.
Generalmente, quei giocatori che rispondono a quest'ultimo criterio, riconoscono che il gioco è per loro un mezzo d'evasione. Invece, certi giocatori affermano che i loro periodi di gioco non sono necessariamente associati alle oscillazioni del loro umore. Essi sarebbero invece motivati piuttosto dal desiderio di guadagnare denaro.

6. Il giocatore, dopo avere perso del denaro giocando, ritorna a giocare nei giorni successivi per vincere quanto aveva perso (per "rifarsi").

Il sesto criterio circoscrive un aspetto determinante del problema del gioco. La quasi totalità dei giocatori ritornano regolarmente a giocare per tentare di recuperare il denaro perso. È spesso proprio a partire dal momento in cui cominciano a farlo che comincia il circolo vizioso del gioco eccessivo.

7. Il giocatore mente ai membri della sua famiglia, al suo terapeuta o ad altre persone, per dissimulare l'ampiezza reale delle sue abitudini di gioco.

Il settimo criterio mette in evidenza un comportamento molto diffuso tra i giocatori eccessivi: la menzogna. Un numero importante di giocatori ammette d'aver mentito ai membri della sua famiglia o ad altre persone, per dissimulare l'ampiezza delle sue abitudini di gioco. Di solito, quest'attitudine è circoscritta al campo del gioco. La menzogna, in terapia, può essere un elemento assai perturbante.

8. Il giocatore commette degli atti illeciti, come per esempio falsificazioni, inganni, frodi, furti o truffe, per finanziare le sue attività di gioco.

L'ottavo criterio riguarda gli atti illeciti commessi da un giocatore per procurarsi il denaro che serve a finanziare le sue attività di gioco. I giocatori si mostrano spesso molto reticenti a riconoscere simili atti, specialmente perché ne temono le conseguenze. È un criterio che rivela la gravità della situazione del giocatore, ma non è necessario sapere tutto nei dettagli. Questo criterio è positivo solo se il comportamento illecito avviene nell'immediatezza temporale del colloquio diagnostico. Se invece è precedente di due o tre mesi, e non è stato ripetuto nel frattempo, il criterio dev'essere considerato negativo.

9. Il giocatore, a causa dell'attività che lo domina, mette in pericolo, o perde, una relazione affettiva importante, o un lavoro, o mette in pericolo delle possibilità di studio o di carriera.

Il nono criterio fa riferimento alle conseguenze familiari, scolastiche, sociali e professionali del gioco eccessivo. Il giocatore ha messo in pericolo o ha rotto una relazione con un congiunto, un proprio figlio, un amico? Il gioco ha nuociuto al suo impiego, alla sua carriera o ai suoi studi? Se sí, come? In quale misura?
Evidentemente, le conseguenze possono essere numerose e varie. Ma la valutazione che se ne fa deve permettere di stabilire un piano d'azione, determinando le sfere della vita personale che potrebbero essere oggetto di interventi particolari. Per valutare positivamente questo criterio, queste ripercussioni negative devono perdurare ancora al momento del colloquio esplorativo.

10. Il giocatore conta sugli altri per ottenere del denaro e per uscire da una situazione finanziaria grave, determinata dal gioco.

Il decimo criterio si riferisce alle conseguenze finanziarie collegate con gli eccessi di gioco. Per via di una situazione finanziaria per lo piú disastrosa, i giocatori cercano frequentemente il sostegno economico nel loro ambiente. Molti giocatori sperano nei buoni sentimenti del prossimo, che spesso non possono tollerare che il loro congiunto sia alle prese con un’impasse finanziaria accettando quindi di regolarne i debiti di gioco. A volte mettono in difficoltà la loro rete sociale, oppure cadono negli artigli di un usuraio. Anche qui, il criterio temporale è centrale: dev'essere un comportamento ancora presente al momento del colloquio.

QUESTIONARIO BASATO SUI CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-IV

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1. Le capita di pensare frequentemente al gioco (per esempio, ricordando passate esperienze di gioco, o pianificando esperienze future, o preoccupandosi sul modo in cui procurarsi il denaro per giocare)?

Risposta ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

2. Ha bisogno di giocare somme sempre crescenti di denaro, per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato (ossia: tende ad aumentare la posta messa in gioco)?

Risposta ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

3. Ha già fatto degli sforzi ripetuti ma infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare?

Risposta ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

3.1. Quali modi, astuzie o strategie ha utilizzato a tale scopo?

/_____/

/_____/

4. Si è sentito agitato o irritabile quando ha messo in atto il tentativo di ridurre o sospendere il gioco?

Risposta ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

(La domanda seguente va posta anche se la risposta precedente è stata "No")

4.1. Quando Lei sta giocando, e Le è impossibile di continuare a giocare per una qualsiasi ragione (chiusura del locale, altri impegni, fine del denaro, ecc.), avverte allora agitazione, irritabilità o impazienza?

Risposta ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

4.2. Se la risposta è stata Sí, qual è l'intensità di questa agitazione o irritabilità?

0	1	2	3	4	5
Nulla	Molto leggera	Leggera	Media	Intensa	Molto intensa
❑	❑	❑	❑	❑	❑

5. Lei gioca per sfuggire alle difficoltà o per tenere a bada un cattivo umore (per es.: dei sentimenti di impotenza, dei sensi di colpa, un sentimento di ansia, di depressione)?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

6. Dopo aver perso del denaro al gioco, Lei torna spesso a giocare un'altra volta per recuperare le Sue perdite (per "rifarsi")?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

7. Le è capitato di mentire alla sua famiglia, al suo terapeuta o ad altre persone, per nascondere l'entità, ossia l'ampiezza reale delle sue abitudini di gioco?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

8. Ha commesso atti quali falsificazioni, truffe, furti o sottrazione di denaro previsto per altri scopi, per finanziare la sua pratica del gioco?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

8.1 Se Sí, a quando risale l'ultima volta?

/_____/

8.2. Di quale/quali atto/i si trattava, e per quante volte?

	Sí	***No***	***Numero di volte***
Assegni falsi	❑	❑	❑
Truffe	❑	❑	❑
Furti	❑	❑	❑
Uso di soldi destinati ad altro	❑	❑	❑
Altro (Specificare che cosa):	❑	❑	❑

9. Ha messo in pericolo o perso una relazione affettiva importante, un impiego o delle possibilità di studio o carriera a causa del gioco?

Risposta	***Sí***	No
	❑	❑

9.1. Se Sí, a quando risale l'ultima volta?

/_____/

9.2. Di quali relazioni si trattava?

	Sí	***No***
Relazioni familiari	❑	❑
Relazioni coniugali	❑	❑
Relazioni con colleghi di lavoro	❑	❑
Rapporto di impiego	❑	❑
Relazioni d'amicizia	❑	❑
Relazioni di studio	❑	❑

10. Lei conta sugli altri, per ottenere denaro e per tirarla fuori da situazioni finanziarie disperate dovute al gioco?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

10.1. Se SI, a quando risale l'ultima volta?

/_____/

3. Intervista diagnostica sul gioco patologico

Di Robert Ladouceur

(Traduzione e adattamento di Daniela Capitanucci e Tazio Carlevaro)

Allo scopo di approfondire differenti aspetti legati alla storia e all'evoluzione del problema del gioco, Ladouceur[1] et al. (2000) hanno sviluppato uno schema di colloquio clinico sul gioco patologico. Si tratta di un'intervista semi-strutturata composta da 26 domande. Comprende sia i dieci criteri diagnostici dell'APA, sia alcune domande supplementari che facilitano la valutazione e che permettono di precisare ulteriormente la portata delle risposte date dal giocatore. Gli aspetti salienti rilevati nell'intervista sono i seguenti: i motivi della consultazione, gli a avvenimenti che hanno portato alla decisione, informazioni su come si sono acquisite le abitudini di gioco (l'inventario di tutti i giochi praticati, con particolare attenzione a quelli in cui si è mostrata maggiore difficoltà di controllo, la familiarità con giochi elettronici non a soldi sin dall'infanzia e dall'adolescenza, la presenza del *big win*, le persone con cui ci si è avvicinati al gioco); dettagli del problema di gioco (elementi all'origine del problema, ragioni principali, frequenza e somme investite, conseguenze sociali, professionali, psicologiche e finanziarie, idee e tentativi suicidari); presenza di altre dipendenze (consumo di sigarette, di droghe, d'alcol, di farmaci, tempo passato a navigare in Internet, le abitudini sessuali, o la frequenza di acquisti compulsivi).
A completamento dell'intervista, Ladouceur suggerisce di porre numerose domande finalizzate a indagare piú dettagliatamente le conseguenze negative del comportamento di gioco (ad esempio, qual è il rendimento lavorativo, se sono aperte inchieste giudiziarie dovute ad atti illegali, qual è il grado di deterioramento dei rapporti affettivi).

Siate empatici, lasciate parlare liberamente la persona del suo problema, di ciò che lo conduce qui per una quindicina di minuti, al fine di creare un buon contatto (sono informazioni che potranno essere riprese per completare l'intervista). Non date l'impressione di stare leggendo le domande, e soprattutto fate attenzione a ***non*** porre nuovamente quelle domande la cui risposta avete già raccolto tramite il SOGS od altri strumenti.

[1] Il Prof. Dr Robert Ladouceur è responsabile del Centro specialistico del Québec per la prevenzione e la cura del gioco. alla Scuola di psicologia dell'Università Laval, Québec, QC G1K 7P4. È autore di numerose pubblicazioni nel merito. Il volume menzionato è apparso nel 2003 in traduzione italiana (*Il gioco eccessivo*), edito dal Centro Scientifico Editore di Torino, in traduzione di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci. Riprodotto per gentile concessione dell'Editore.

INTERVISTA DIAGNOSTICA DI LADOUCEUR SUL GIOCO PATOLOGICO

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Storia del problema di gioco

1-a. In relazione al gioco, che cosa l'ha condotta a chiedere una consultazione?

_____
_____
_____

Codificate le risposte utilizzando la griglia seguente:

- Per esigenza del tribunale
- Per curiosità
- In precedenza, ha giocato in modo compulsivo (adesso non piú)
- Come misura preventiva
- Desiderio di riprendere in mano il problema del gioco
- Altri motivi

1-b. C'è stato un evento in particolare che l'ha spinta a venire?

Non si devono *leggere al cliente le risposte alternative proposte. Potete porre ulteriori domande di chiarificazione per stabilire fino a tre ragioni principali (prima ragione = 1, seconda ragione = 2, terza ragione = 3)*

	Sí	***No***	***Commenti***
Minaccia di una rottura di relazione, o pressioni da parte di un familiare, a causa del gioco	❑	❑	
Perdita d'una relazoine (rottura) per via del gioco	❑	❑	
Minacce o pressioni da parte del datore di lavoro	❑	❑	
Perdita del lavoro per via del gioco	❑	❑	
Perdita di controllo sulle attività di gioco	❑	❑	
Perdita di beni importanti	❑	❑	
Altro (specificare)	❑	❑	

2-a domanda

	Giochi praticati nel corso degli ultmi12 mesi (v. SOGS)		***Si è sentito in difficoltà) a controllare questo gioco?***		***Se si, da quanto tempo è cominciata questa difficoltà?***
	Sí	***No***	***Sí***	***No***	
a) Lotterie	❑	❑	❑	❑	
b) Casinò	❑	❑	❑	❑	
Black jack	❑	❑	❑	❑	

	Giochi praticati nel corso degli ultmi12 mesi (v. SOGS)		***Si è sentito in difficoltà) a controllare questo gioco?***		***Se si, da quanto tempo è cominciata questa difficoltà?***
Roulette	❑	❑	❑	❑	
Baccara	❑	❑	❑	❑	
Keno	❑	❑	❑	❑	
Macchinette	❑	❑	❑	❑	
c) *Bingo*	❑	❑	❑	❑	
d) Carte	❑	❑	❑	❑	
e) Corse di cavalli, di cani, o d'altri animali	❑	❑	❑	❑	
f) Mercati borsistici o mercati a termine	❑	❑	❑	❑	
g) Slot machine e video-poker	❑	❑	❑	❑	
h) Birilli, biliardo, golf o altri giochi d'abilità	❑	❑	❑	❑	
i) Dadi	❑	❑	❑	❑	
j) Scommesse sportive	❑	❑	❑	❑	

Mi ha detto di avere fatto fatica a controllarsi giocando a ……. (menzionare i giochi già identificati con la domanda N. 2). Si ricorda se nelle sue prime esperienze con questo/i gioco/chi aveva fatto una vincita importante?

Non è necessario che sia accaduto alla prima esperienza, ma piuttosto nell'ambito del primo periodo di gioco.

Risposta: ***Sí*** ***No***
❑ ❑
Se sí, quanto?

Quant'era la posta? /_____/
Quanto tempo fa? /_____/

3. Durante la sua infanzia (0-12 anni), o la Sua adolescenza (13-18 anni), ha giocato a giochi elettronici da sala giochi (Flipper elettronico, Pacman, ecc.) o a videogiochi domestici, come il Nintendo, o una Play Station, ecc.?

Qui il tipo di gioco non ha importanza; vogliamo piuttosto verificare se la persona è avvezza a giochi elettronici, da sala giochi, o video, o a tutti gli altri giochi che rientrano in questa categoria.

Risposta: ***Sí*** ***No***
❑ ❑

Se "Sí": Di solito, in generale, nella sua infanzia (0-12 anni), quanto tempo ci passava ?

0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
❑	❑	❑	❑	❑	❑

(Leggere tutte le alternative)

0 = Nulla
1 = Pochissimo tempo
2 = Un po' di tempo
3 = Un tempo medio
4 = Molto tempo
5 = Moltissimo tempo

E durante la sua adolescenza (13-18 anni), quanto tempo ci passava?

0 ❑	***1*** ❑	***2*** ❑	***3*** ❑	***4*** ❑	***5*** ❑

(Leggere tutte le alternative)

0 = Nulla
1 = Pochissimo tempo
2 = Un po' di tempo
3 = Un tempo medio
4 = Molto tempo
5 = Moltissimo tempo

5. Quale/i persona/e l'ha(nno) introdotta al gioco (con quale/i persona/e ha iniziato a giocare)

Padre	❑	Partner	❑
Madre	❑	Amico/a	❑
Fratello/sorella	❑	Vicino/a	❑
Zio/zia	❑	Collega di lavoro	❑
Nonno/nonna	❑	Da sé	❑
Altri (chi?)	❑		

6. Secondo Lei, che cosa può aver provocato il suo problema di gioco?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Attualmente, quali sono le principali ragioni che La portano a giocare?

Lasciate parlare la persona, ponendo domande solo alla fine, per identificare l'una o l'altra categoria, tra quelle che ci interessano. Inducetela a scegliere, se non sembra avere preferenze.

	No	***Sí***	***Se Sí, indicate quali ragioni***
Attualmente non gioca	❑	❑	
Per distrarsi, per sfuggire ai pensieri quotidiani, o per distogliersi dai pensieri	❑	❑	
Per fare soldi o per risolvere un problema finanziario	❑	❑	
Per altri motivi	❑	❑	

8. Poco fa mi ha detto di ritenere d'aver un problema di gioco. Che età aveva quando il gioco è diventato un problema?

/_____/ anni

9. Di media, quanto tempo passa giocando……

L'informazione cercata è molto generale. Se la persona dichiara di avere recentemente diminuito le sue attività di gioco, riferitevi a quello che fa abitualmente.

Periodo di tempo	***Numero di***	
Alla settimana	giorni	
Al giorno	Ore	

10. Di media, quando Lei gioca, quanto denaro ci spende in una settimana (escludendo i guadagni)?

In una settimana	***CHF/€***	

11. Qual è il totale del denaro perso al gioco, fino ad ora?

Totale	***CHF/€***	

12. Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento sociale (diminuzione del numero di amici, isolamento, abbandono delle attività sociali, ecc.)?

0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
❑	❑	❑	❑	❑	❑

(Leggere tutte le alternative:)

0 = Per nulla
1 = Pochissimo
2 = Un po'
3 = Mediamente
4 = Molto
5 = Moltissimo

13. Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento professionale (minore efficacia sul lavoro, assenze, ritardi, mancanza di concentrazione, ecc.)?

0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
❑	❑	❑	❑	❑	❑

(Leggere tutte le alternative:)

0 = Per nulla
1 = Pochissimo
2 = Poco
3 = Mediamente
4 = Molto
5 = Moltissimo

14. Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento psicologico (umore, ansia, depressione, ecc.)?

0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
❑	❑	❑	❑	❑	❑

(Leggere tutte le alternative):

0 = Per nulla
1 = Pochissimo
2 = Poco
3 = Mediamente
4 = Molto
5 = Moltissimo

15. Nel corso degli ultimi 12 mesi, le è già capitato di arrivare a pensare SERIAMENTE di suicidarsi (ossia di togliersi la vita)?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

16. Questo pensiero era legato principalmente ai Suoi problemi di gioco?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

17. (Se "Sí") Se Lei ha pensato SERIAMENTE al suicidio negli ultimi 12 mesi, aveva previsto un modo per attuarlo?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

18. Nel corso degli ultimi 12 mesi, ha fatto un tentativo di suicidio (ossia un tentativo di togliersi la vita)?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

19. Attualmente, sta pensando al suicidio?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

20. Nello stesso senso per cui il gioco è per Lei un problema, quali dei diversi elementi sotto elencati, attualmente, le pongono problemi?

	Attualmente?	***Oppure, hanno fatto problema in passato?***	***Commenti, se è il caso***
Consumo di sigarette?	❑	❑	
Consumo di droghe?	❑	❑	
Consumo di alcol?	❑	❑	
Consumo di farmaci?	❑	❑	
Il tempo passato in Internet?	❑	❑	

	Attualmente?	*Oppure, hanno fatto problema in passato?*	*Commenti, se è il caso*
Suoi comportamenti sessuali?	❑	❑	
Il Suo comportamento negli acquisti (shopping compulsivo)?	❑	❑	
Altro (specificare)?	❑	❑	

21. Le capita di giocare sotto l'effetto dell'alcol?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

Se Sí, in che proporzione del suo tempo di gioco?

Risposta: ***%*** ***Commenti***

22. Le è capitato di giocare sotto l'effetto della droga?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

Se Sí, in che proporzione del suo tempo di gioco?

Risposta: ***%*** ***Commenti***

23. Potrebbe elencarmi le conseguenze finanziarie generate dal gioco?

_____
_____
_____

24. È incorso in un fallimento, o in carenza di beni?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

25. Attualmente ha debiti di gioco?

Risposta: ***Sí*** ❑ ***No*** ❑

26. Qual è l'importo totale dei suoi debiti di gioco?

Risposta: ***€ / CHF*** ***Commenti***

4. La passione del gioco

Di Robert Ladouceur[1]

(Traduzione e adattamento di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci)

All'inizio della presa in carico, Ladouceur propone questo esercizio al giocatore allo scopo di fargli assumere un certo distacco rispetto al suo problema di gioco. Esso consiste nel rappresentare, annerendo l'interno d'un cerchio vuoto, il posto che il gioco occupa nella vita del paziente. Nella maggioranza dei casi il giocatore colora piú della metà del cerchio, o magari anche i tre quarti. La porzione annerita indica fino a che punto il gioco ha invaso l'universo del giocatore.

«Nel fare questo esercizio il giocatore spesso evidenzia il carattere distruttivo del gioco. L'esercizio gli permette, tra l'altro, di poter esprimere la sua ossessione parlando di tutti quegli aspetti della vita cui ha rinunciato a causa del gioco, che ormai rappresenta il centro del suo universo. Questo esercizio gli può dare l'occasione di constatare che non si impegna piú nella sua vita coniugale o familiare o nelle sue relazioni sociali. "La passione del gioco" è spesso un momento particolarmente significativo per il giocatore che, proprio svolgendo l'esercizio, si rende conto di quanto tutte le altre sue passioni e tutti gli altri suoi campi d'interesse siano stati sostituiti ed accantonati per il gioco. Poiché l'obiettivo primario dell'esercizio è l'espressione delle emozioni e dei sentimenti suscitati dal gioco Ladouceur suggerisce di adottare un atteggiamento aperto ed accogliente nei confronti di tutto quello che viene espresso dal giocatore».

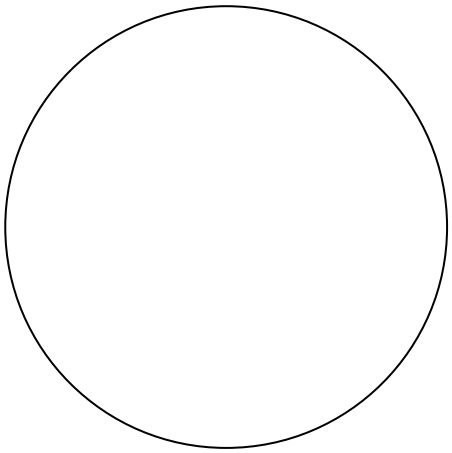
Questo strumento di valutazione si trova desscritto in *Il gioco d'azzardo eccessivo*, di Robert Ladouceur, Caroline Sylvain, Claude Boutin e Céline Doucet, edito dal Centro Scientifico Editore di Torino (2003), in traduzione di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci. Ma la presentazione grafica è una elaborazione degli autori della presente opera (TC e DC).

[1] Centro specialistico del Québec per la prevenzione e la cura del gioco. Scuola di psicologia dell'Università Laval, Québec, QC G1K 7P4. Il libro nella sua traduzione italiana è stato pubblicato dal Centro Scientifico Editore di Torino, che ringraziamo per il permesso di riproduzione concessoci.

LA PASSIONE DEL GIOCO

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Rappresenti il posto che occupa il gioco nella Sua vita, annerendo l'interno di questo cerchio vuoto.



Trascrizione dei commenti del paziente:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Analisi delle situazioni a rischio

Di Robert Ladouceur[1]

(Traduzione di Tazio Carlevaro e Daniela Capitanucci)

L'analisi delle situazioni a rischio (esercizio denominato da Ladouceur et al. "A me il gioco!") rappresenta il cardine del trattamento cognitivo-comportamentale secondo questo studioso. Sebbene sarebbe piú corretto inserire tale strumento tra quelli terapeutici piuttosto che tra quelli diagnostici, riteniamo di collocarlo a questo punto della nostra trattazione in quanto esso consente una dettagliata e minuziosa analisi del processo della sequenza di gioco o della ricaduta.
Dunque, pur contenendo in sé questo esercizio elementi fortemente ristrutturanti (in questo senso è "terapeutico"), consente anche all'operatore la profonda comprensione dei percorsi cognitivi ed affettivi del giocatore (e quindi è "diagnostico").
Secondo Ladouceur, non appena il giocatore ha capito in che cosa consistono gli errori di pensiero e quali conseguenze essi provocano nel processo utilizzato per prendere le decisioni egli è in grado di eseguire gli "esercizi" (tra cui quello che proponiamo) che lo facilitano nel rimetterli in discussione.
Questo aspetto costituisce l'essenza dell'intero percorso terapeutico.
Per rafforzarsi nella decisione di non giocare piú, il giocatore si applica a modificare i pensieri spontanei che lo motivano a giocare, o che lo incatenano al gioco. Gli esercizi pratici che effettua gli permettono di riordinare i suoi pensieri e di operare su di essi. Cosí, quanti piú esercizi fa, tanto piú diventa capace di resistere al suo desiderio di giocare. Infatti, il giocatore impara a non lasciarsi piú intrappolare dalle situazioni a rischio e dalle idee erronee che queste gli fanno venire.
Un metodo eccellente per aiutare il giocatore a dominare il suo desiderio di giocare, consiste nell'affiancarlo mentre stabilisce la relazione esistente tra i suoi pensieri e le sue decisioni.
L'esercizio "A me il gioco!" favorisce proprio il riconoscimento e l'assimilazione della relazione tra i pensieri dell'individuo e la sua decisione di giocare o di non giocare, attenuando l'ambivalenza del giocatore e permettendogli di considerare la rinuncia al gioco come una scelta ragionevole, piuttosto che come una pura privazione.
Obiettivo dell'esercizio è riconoscere e modificare quei pensieri spontanei del giocatore che stanno all'origine della sua decisione di giocare. Con il tempo e con molto allenamento, il giocatore diventa capace di sostituire i suoi vecchi riflessi mentali con pensieri nuovi, rivolti al suo obbiettivo personale che è quello di smettere di giocare.
Per fare l'esercizio "A me il gioco!" non è necessario che il giocatore abbia già sperimentato una ricaduta. Il solo fatto di ritrovarsi in una situazione a rischio è sufficiente per sviluppare la sua capacità di individuare e modificare i suoi pensieri sbagliati. Generalmente, al momento dei colloqui con il terapeuta, il giocatore effettua questo esercizio partendo dall'ultima situazione a rischio in-

[1] Il Prof. Dr Robert Ladouceur è responsabile del Centro specialistico del Québec per la prevenzione e la cura del gioco. alla Scuola di psicologia dell'Università Laval, Québec, QC G1K 7P4. È autore di numerose pubblicazioni nel merito. Il volume menzionato è apparso nel 2003 in traduzione italiana (*Il gioco d'azzardo eccessivo*), edito dal Centro Scientifico Editore di Torino, in traduzione di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci. Ringraziamo il Centro Scientifico Editore per il permesso di riprodurre questa modalità di intervento elaborata dal Dr Ladouceur.

contrata o dalla sua ultima ricaduta. Se il ruolo del terapeuta consiste nel guidare la riflessione del giocatore in modo che egli riconosca la situazione a rischio e le idee erronee che essa ha suscitato, il giocatore ha il compito di andare alla ricerca di quei pensieri che lo aiuteranno a rinunciare e a mantenersi astinente.
In questo esercizio, il giocatore prende in considerazione ciascuno dei suoi pensieri erronei e lo sostituisce con pensieri piú appropriati alla realtà del gioco d'azzardo e che siano in linea con il suo obiettivo di tenersi lontano dal gioco. Inserisce queste nuove idee nella colonna dei pensieri che gli permettono di controllare il suo desiderio di giocare. Come avviene nella pratica di uno sport, anche in questo caso l'allenamento e la perseveranza rappresentano spesso la garanzia del miglioramento e del successo. Quanto piú il giocatore coltiva nuovi pensieri piú adeguati, tanto meno soccombe al desiderio di giocare. È per questo che il giocatore dovrà svolgere questo esercizio tutte le volte che avrà voglia di giocare o che incontrerà una situazione a rischio, anche in autonomia tra un incontro e l'altro di terapia.
In ogni incontro, oltre a verificare gli esercizi eseguiti dal giocatore, il terapeuta proporrà al paziente di fare nuovamente l'esercizio "A me il gioco!" su una situazione a rischio occorsa durante la settimana: ciò allo scopo di mantenere elevata la concentrazione sugli obiettivi finali del trattamento.
Per rafforzare il riconoscimento dei pensieri erronei del giocatore, il terapeuta deve condurre il colloquio utilizzando domande secondo la tecnica delle domande a cascata: dopo ogni commento del giocatore, il terapeuta porrà una domanda aggiuntiva per cercare di far emergere le idee che hanno suscitato il desiderio di giocare.
Il terapeuta ha il compito di far esprimere al giocatore tutti quei pensieri legati alla sua convinzione di vincere o al tentativo di prevedere il risultato (secondo Ladouceur, questi sono proprio gli elementi cruciali da smantellare per raggiungere un successo terapeutico durevole a lungo termine).
L'esercizio prosegue fino a che il giocatore ha percorso tutto l'arco della sua ultima ricaduta. Quando i principali pensieri erronei che si sono manifestati prima, durante e dopo l'episodio di gioco sono stati messi in evidenza, si suggerisce al giocatore di metterli in dubbio e, tramite una serie di domande, lo si invita a relativizzare le sue idee iniziali.
È in questo momento dell'esercizio che il terapeuta propone al giocatore di concentrarsi sul recupero del controllo.
Il terapeuta accompagna il giocatore nel percorso di identificazione di nuovi pensieri che abbiano un senso per lui e che siano in grado di trasmettergli questo messaggio in profondità. Non basta che il giocatore esprima razionalizzazioni per compiacere gli altri: deve invece scoprire un autentico nuovo modo di pensare che gli restituisca la sensazione di potersi dominare.
Siccome l'obiettivo di questo esercizio è la modificazione delle idee erronee, quando le convinzioni del giocatore sembrano incrollabili nonostante tutto, Ladouceur ritiene che si debba comunque tentare di instillare *il dubbio* nell'animo del giocatore mettendo alla prova l'esattezza delle sue affermazioni, magari facendo riaffiorare alla memoria le occasioni in cui gli avvenimenti sono andati diversamente rispetto alle affermazioni del paziente, lasciando al giocatore tutto il tempo necessario affinché possa rispondere.
Nell'esperienza di Ladouceur questo modo di procedere crea una dissonanza cognitiva nel giocatore che finisce col prendere in considerazione la possibilità di modificare la sua opinione.
L'esercizio appena descritto dà al giocatore la possibilità di valutare il carattere erroneo o corretto delle sue affermazioni. Il lavoro cognitivo che questo comporta non ha l'obiettivo di opporsi ai pensieri erronei quanto piuttosto quello di fornire al paziente un mezzo per ritrovare il controllo sul proprio comportamento. Ci si deve augurare che il giocatore estenda questa modalità di porsi domande anche ad altri aspetti della sua vita.
Il giocatore prosegue nell'esercizio annotando le nuove idee che lo aiuteranno a dominare il suo desiderio di giocare.
Il giocatore arriva infine ad una tappa estremamente importante di questo esercizio: deve scegliere che cosa farà la prossima volta in cui si troverà nella situazione a rischio di cui si è parlato.

Nonostante la buona volontà del giocatore nel mettere in atto le strategie cognitive, questi conserva una totale libertà nel determinare la sua condotta. Ugualmente, fa propria la responsabilità delle conseguenze che ne possono derivare. In questo momento, può essere utile per il giocatore sentir parlare della distinzione tra piacere e libertà. La libertà non implica la possibilità di stare continuamente bene. Quest'ultima si basa piuttosto sulla capacità di un individuo di fare delle scelte che egli considera valide, che rispettino i suoi valori e che gli permettano di raggiungere gli obbiettivi della sua vita. La libertà implica anche che un individuo è responsabile delle conseguenze che derivano dalle sue scelte. Considerando la nozione di *scelta* e quella di *libertà* da questa particolare prospettiva, il giocatore è in grado di capire che la decisione di non giocare ha le sue radici nella libertà personale e non in un obbligo esterno.
Grazie a questo esercizio, il giocatore diventa sempre piú sensibile ai movimenti interiori che lo animano e che collegano i suoi pensieri erronei al suo piacere di giocare.
L'esperienza di Ladouceur rileva che quanto piú un giocatore svolge questo esercizio, tanto piú si attenua la sua ambivalenza.

ANALISI DELLE SITUAZIONI A RISCHIO

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Situazione a rischio	**Pensieri spontanei che suscitano in me la voglia di giocare**	**Pensieri che mi danno un controllo sulla mia voglia di giocare**	***Che cosa davvero* voglio nella vita?**

6. Formulario di auto-osservazione

Di Robert Ladouceur[1]

(Traduzione di Tazio Carlevaro e Daniela Capitanucci)

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

[1] Il Prof. Dr Robert Ladouceur è responsabile del Centro specialistico del Québec per la prevenzione e la cura del gioco. alla Scuola di psicologia dell'Università Laval, Québec, QC G1K 7P4. È autore di numerose pubblicazioni nel merito. Il volume menzionato è apparso nel 2003 in traduzione italiana (*Il gioco d'azzardo eccessivo*), edito dal Centro Scientifico Editore di Torino, in traduzione di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci.

FORMULARIO DI AUTO-OSSERVAZIONE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1. Fino a che punto ho l'impressione che il mio problema di gioco sia risolto o guarito?

0 ❑	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑	5 ❑	6 ❑	7 ❑	8 ❑	9 ❑	10 ❑
Per niente		***Un poco***		***Mediamente***			***Molto***		***Del tutto***	

2. Com'è il mio desiderio di giocare oggi?

0 ❑	10 ❑	20 ❑	30 ❑	40 ❑	50 ❑	60 ❑	70 ❑	80 ❑	90 ❑	100 ❑
Nullo		***Poco***		***Medio***			***Alto***		***Massimo***	

3. Fino a che punto ho la sensazione di poter resistere al desiderio di giocare?

0 ❑	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑	5 ❑	6 ❑	7 ❑	8 ❑	9 ❑	10 ❑
Per niente		***Un poco***		***Mediamente***			***Molto***		***Del tutto***	

4. Oggi ho giocato?

Risposta	***Sí*** ❑	***No*** ❑

5.Quanto tempo (ore e minuti) ho giocato oggi?

Minuti / Ore: /_____/

6. Quanto denaro ho speso , senza contare le vincite?

CHF / € /_____/

7. Specifichi i suoi stati d'animo o gli avvenimenti particolari della giornata:

_____
_____
_____

7. Motivazione a smettere di giocare

Di Robert Ladouceur[1]

(Traduzione e adattamento di Daniela Capitanucci e di Tazio Carlevaro)

A compendio dell'intervista diagnostica presentata in precedenza, Ladouceur et al. suggeriscono due strumenti per approfondire l'aspetto della motivazione al cambiamento.
Il questionario "Motivazione a smettere di giocare" è una sorta di contratto steso col paziente, che mira a raccogliere l'adesione alla cura ed a sondare le aspettative che egli nutre rispetto al cambiamento.

[1] Il Prof. Dr Robert Ladouceur è responsabile del Centro specialistico del Québec per la prevenzione e la cura del gioco. alla Scuola di psicologia dell'Università Laval, Québec, QC G1K 7P4. È autore di numerose pubblicazioni nel merito. Il volume menzionato è apparso nel 2003 in traduzione italiana (Il gioco eccessivo), edito dal Centro Scientifico Editore di Torino, in traduzione di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci. Ringraziamo il CSE per il permesso accordatoci.

MOTIVAZIONE A SMETTERE DI GIOCARE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1. È pronto a fare degli sforzi per giocare di meno o per smettere di giocare?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

2. Desiderio di cambiamento: indichi fino a che punto vuole cambiare il suo comportamento di gioco.
Scelga il grado che corrisponda al suo desiderio di cambiare.

0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑

Per niente	***Un poco***	***Mediamente***	***Molto***	***Del tutto***

3. A che cosa mira il suo cambiamento? Cosa si propone di raggiungere attraverso il suo cambiamento?

/_____/

/_____/

Che cosa si aspetta in relazione al trattamento per il gioco d'azzardo?

/_____/

/_____/

Che cosa si aspetta rispetto all'operatore o agli operatori di riferimento?

/_____/

/_____/

8. Gli aspetti positivi e negativi del gioco

Di Robert Ladouceur[1]

(Traduzione di Tazio Carlevaro e Daniela Capitanucci)

L'esercizio "Aspetti positivi e aspetti negativi del gioco", in cui si raccolgono vantaggi e svantaggi del gioco d'azzardo, consente al paziente e al terapista di evidenziare non solo i buoni motivi per smettere di giocare, ma anche tutto quanto d'importante il gioco ha rappresentato nella vita del paziente, e che verrà inevitabilmente a mancare se decide di cambiare il suo stile di vita.

[1] Il Prof. Dr Robert Ladouceur è responsabile del Centro specialistico del Québec per la prevenzione e la cura del gioco. alla Scuola di psicologia dell'Università Laval, Québec, QC G1K 7P4. È autore di numerose pubblicazioni nel merito. Il volume menzionato è apparso nel 2003 in traduzione italiana (Il gioco eccessivo), edito dal Centro Scientifico Editore di Torino, in traduzione di Tazio Carlevaro e di Daniela Capitanucci. Ringraziamo il CSE per il permesso accordatoci.

Ladouceur et al.: Il gioco d'azzardo eccessivo, CSE, Torino, 2003 - Gli aspetti positivi e negativi del gioco. In: Capitanucci, 2004

GLI ASPETTI POSITIVI E NEGATIVI DEL GIOCO

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1. Quali sono gli aspetti positivi della mia attività di gioco?
(Quanto di positivo mi dà il gioco)

_____

_____

_____

2. Quali sono gli svantaggi che subirò se rinuncerò a giocare?
(Ciò che perdo se smetto di giocare)

_____

_____

_____

3. Quali sono gli aspetti negativi del mio comportamento di gioco?
(Le conseguenze negative derivanti dal gioco)

_____

_____

4. Quali sono i vantaggi se decido di rinunciare al gioco?
(Quello che guadagno se smetto di giocare)

_____

_____

_____

Strumenti diagnostici correlati

1. C.A.G.E.

(Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener)

Di J.A. Ewing e B.A. Rouse[1]

(Traduzione di Tazio Carlevaro)

Il CAGE è un test che con sole quattro domande permette di verificare la presenza di una problematica collegata con l'alcol, senza troppo risvegliare un'attitudine oppositiva nel paziente. Può quindi essere mimetizzato per esempio nelle rituali domande del medico o dello psicologo sullo stato o sulla storia clinica del paziente.
Il test CAGE è molto utile nella pratica clinica, perché può essere eseguito anche senza un questionario scritto. Il terapeuta deve solo ricordarsi delle domande da fare.

Le quattro domande si articolano nel modo seguente.

[1] Ewing JA, Rouse B.A. (1970); Ewing J.A. (1984).

C.A.G.E - TEST

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1) Ha pensato, recentemente, alla necessità di diminuire il suo bere?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

2) Si è sentito infastidito da osservazioni che le sono state fatte nel suo ambiente, riguardo al bere, e dai consigli di diminuire o di smettere di bere?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

3) Si sente a volte in colpa per quanto riguarda il suo bere?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

4) Ha mai bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farsi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

Valutazione

Il test CAGE è molto utile nella pratica clinica, perché può essere eseguito anche senza un questionario scritto. Il terapeuta deve solo ricordarsi delle domande da fare.

- Se un soggetto *al di sopra dei 25 anni* risponde in modo affermativo ad almeno due di queste quattro domande, ha problemi di alcol.

- Se il soggetto *ha meno di 25 anni*, è sufficiente una risposta affermativa per supporre problemi di alcol.

2. Craving scale

Di Autore sconosciuto[1]

(Traduzione ed adattamento per il gioco eccessivo: Daniela Capitanucci)

La *Craving Scale,* di uso diffusissimo in Italia, può dare conto in modo analogico dell'intensità dell'impulso a giocare (proprio come nella sua forma originale dà conto dell'intensità dell'impulso a consumare sostanze stupefacenti, in relazione alle quali è stata stesa). Ripetendone l'applicazione, si può scorgere un eventuale cambiamento nell'intensità.

Quest'adattamento per il gioco eccessivo è di Daniela Capitanucci.

La scala è di uso assai largo in Italia, ma non siamo riusciti a trovare notizie circa la sua origine e la sua validazione da noi.

[1] Saremo molto riconoscenti a chi riuscirà a fornirci notizie circa l'autore della scala, la sua traduzione e la sua validazione in Italia, ed una bibliografia almeno sommaria nel merito. Essa manca anche in L. Conti (2000).

CRAVING SCALE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

1. Intensità del craving

Apporre un segno verticale sulla linea sotto riportata che indichi il piú fedelmente possibile il grado di intensità del suo desiderio di giocare nei 30 giorni precedenti il contatto con il nostro Centro:

0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑

Mancanza di desiderio ***Desiderio irresistibile***

Note
/_____/

/_____/

2. Frequenza del craving

Apporre un segno verticale sulla linea sotto riportata che indichi il piú fedelmente possibile la frequenza giornaliera di comparsa del desiderio di giocare nei 30 giorni precedenti al contatto con il nostro Centro:

0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑

Mai ***Tutto il giorno***

Note

/_____/

/_____/

3. Craving / ricaduta

Quando avverto il desiderio di giocare, inizio a giocare:

Risposta	***Sí***	***No***
	❑	❑

Note
/_____/

/_____/

3. Sensation Seeking Scale

SSS

Di M. Zuckerman[1]

(Traduttore ignoto)

Il questionario SSS (Sensation Seeking Scale) rileva quanto una persona necessiti di stimolazioni e sensazioni forti, misurando la ricerca di brivido e avventura, il grado di disinibizione, la facilità ad annoiarsi e la ricerca di esperienze estreme nel presente come nel passato.

Gilberto Gerra, del Centro Studi di Parma, c'informa che, per quanto riguarda lo SSS, l'hanno avuto dall'Università di Padova tramite una tesista che ha correlato le scale di SSS tra i tossicodipendenti e il campione di controllo. Loro però utilizzano il punteggio grezzo.

[1] Zuckerman M. (1983); Zuckerman M. (1994); Zuckerman M. (1999); Zuckerman M., Eysenck S.B.G., Eysenck H.J. (1978).

SENSATION SEEKING SCALE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Prima parte: esperienze

Qui di seguito è riportato un elenco di diversi tipi d'attività. La preghiamo di indicare se si è mai trovato/a realmente impegnato/a in queste attività.
Risponda a tutte le voci, usando una delle seguenti possibilità:

- A – Non l'ho mai fatto
- B – L'ho fatto una volta
- C – L'ho fatto piú volte.

Per favore, *legga tutte le voci*, e segni accanto a ciascuna di esse una sola risposta: A, B o C. Non vi sono scelte giuste o sbagliate. Le chiediamo solo d'essere spontaneo e sincero. Siamo interessati alla sua esperienza, non a come gli altri potrebbero giudicare queste attività.
Le sue risposte sono protette dal segreto professionale.

N.		**A** *Non l'ho mai fatto*	**B** *L'ho fatto una volta*	**C** *L'ho fatto piú volte*
1.	Scalare ripide pareti di montagna.	❑	❑	❑
2.	Leggere libri che affrontano esplicitamente argomenti sessuali.	❑	❑	❑
3.	Correre una maratona.	❑	❑	❑
4.	Viaggiare senza meta con un gruppo spontaneo, disinibito e amante del divertimento.	❑	❑	❑
5.	Partecipare ad una festa sfrenata e disinibita.	❑	❑	❑
6.	Camminare in equilibrio, sulla corda.	❑	❑	❑
7.	Frequentare persone che hanno rapporti sessuali occasionali e che talvolta si scambiano i partner.	❑	❑	❑
8.	Essere sfacciati con un professore o con il proprio capo in ambito lavorativo.	❑	❑	❑
9.	Provare una droga sconosciuta.	❑	❑	❑
10.	Scandalizzare persone "all'antica", per il solo gusto di farlo.	❑	❑	❑
11.	Attraversare a nuoto la Manica.	❑	❑	❑
12.	Avere rapporti sessuali in pubblico (dove altri stanno facendo la stessa cosa).	❑	❑	❑
13.	Lanciarsi col paracadute.	❑	❑	❑
14.	Avere rapporti sessuali prematrimoniali.	❑	❑	❑
15.	Pilotare un aeroplano.	❑	❑	❑
16.	Drogarsi in compagnia d'altre persone.	❑	❑	❑
17.	Fare qualcosa d'illegale, ma divertente.	❑	❑	❑
18.	Compiere un'immersione subacquea con l'attrezzatura specifica.	❑	❑	❑
19.	Cavalcare al galoppo.	❑	❑	❑
20.	Compiere lunghe traversate su un'imbarcazione.	❑	❑	❑
21.	Nuotare da soli al largo.	❑	❑	❑
22.	Avere un rapporto sessuale con una persona appena incontrata che potresti non rivedere piú.	❑	❑	❑
23.	Scalare l'Everest.	❑	❑	❑
24.	Sciare su piste ripide ed impegnative.	❑	❑	❑
25.	Guidare velocemente l'automobile, rinunciando alla sicurezza.	❑	❑	❑

N.		A *Non l'ho mai fatto*	B *L'ho fatto una volta*	C *L'ho fatto piú volte*
26.	Fare qualcosa di veramente non convenzionale.	❑	❑	❑
27.	Provare la cocaina.	❑	❑	❑
28.	Esplorare grotte sotterranee.	❑	❑	❑
29.	Discutere della tua vita sessuale con gli amici.	❑	❑	❑
30.	Andare a caccia di tigri e di leoni.	❑	❑	❑
31.	Andare in un cinema a luci rosse.	❑	❑	❑
32.	Ubriacarsi intenzionalmente.	❑	❑	❑
33.	Convivere con qualcuno in una situazione provvisoria.	❑	❑	❑
34.	Provare l' LSD.	❑	❑	❑
35.	Fare ciò che piú ci piace, senza pensare alle conseguenze.	❑	❑	❑
36.	Guidare auto da corsa.	❑	❑	❑
37.	Guidare una moto.	❑	❑	❑
38.	Godere di sfrenate o inconsuete fantasie sessuali.	❑	❑	❑
39.	Viaggiare col sacco a pelo negli Stati Uniti.	❑	❑	❑
40.	Fare l'autostop.	❑	❑	❑
41.	Viaggiare in Antartide.	❑	❑	❑
42.	Andare ad una festa dove si beve molto.	❑	❑	❑
43.	Frequentare amici che sono imprevedibili in maniera eccitante.	❑	❑	❑
44.	Andare ad un grande concerto rock.	❑	❑	❑
45.	Fare un viaggio sulla luna.	❑	❑	❑
46.	Uscire con qualcuno solo perché lo si trova fisicamente attraente.	❑	❑	❑
47.	Fare qualcosa di pericoloso perché qualcuno ci sfida a farlo.	❑	❑	❑
48.	Fare qualcosa di strano anche se ci fa paura.	❑	❑	❑
49.	Rifiutarsi di eseguire un ordine di un genitore o del proprio capo.	❑	❑	❑
50.	Compiere esplorazioni di fondali marini con il respiratore a tubo.	❑	❑	❑
51.	Viaggiare con il sacco a pelo in zone disabitate.	❑	❑	❑
52.	Avere rapporti sessuali con piú di una persona nello stesso giorno.	❑	❑	❑
53.	Risalire un grande fiume contro corrente.	❑	❑	❑
54.	Rubare qualcosa, sapendo di non essere scoperto.	❑	❑	❑
55.	Fare "pazzie", solo per vederne l'effetto sugli altri.	❑	❑	❑
56.	Usare droghe (che non siano spinelli).	❑	❑	❑
57.	Vivere da soli su d'un'isola deserta per una settimana.	❑	❑	❑
58.	Fare il bagno nudi in compagnia di persone d'ambo i sessi.	❑	❑	❑
59.	Sedurre qualcuno con cui vuoi andare a letto.	❑	❑	❑
60.	Fare una scommessa azzardata, che può fruttare molti soldi.	❑	❑	❑
61.	Fumare spinelli.	❑	❑	❑
62.	"Abbordare" qualcuno del sesso opposto.	❑	❑	❑
63.	Giocare d'azzardo, scommettendo forti somme di denaro.	❑	❑	❑
64.	Andare in un locale notturno per conoscere qualcuno del sesso opposto.	❑	❑	❑

Seconda parte: intenzioni per il futuro

Le ripresentiamo ora l'elenco delle attività.
Indichi se le piacerebbe in futuro ripetere, o sperimentare per la prima volta queste attività. Risponda a tutte le voci, scegliendo una sola delle seguenti frasi:

- A – Non l'ho mai fatto
- B – L'ho fatto una volta
- C – L'ho fatto piú volte.

La preghiamo sempre d'essere sincero.
Le sue risposte sono protette dal segreto professionale. Grazie per la collaborazione.

N.		A *Non l'ho mai fatto*	B *L'ho fatto una volta*	C *L'ho fatto piú volte*
65.	Scalare ripide pareti di montagna.	❑	❑	❑
66.	Leggere libri che affrontano esplicitamente argomenti sessuali.	❑	❑	❑
67.	Correre una maratona.	❑	❑	❑
68.	Viaggiare senza meta con un gruppo spontaneo, disinibito e amante del divertimento.	❑	❑	❑
69.	Partecipare ad una festa sfrenata e disinibita.	❑	❑	❑
70.	Camminare in equilibrio, sulla corda.	❑	❑	❑
71.	Frequentare persone che hanno rapporti sessuali occasionali e che talvolta si scambiano i partner.	❑	❑	❑
72.	Essere sfacciati con un professore o con il proprio capo in ambito lavorativo.	❑	❑	❑
73.	Provare una droga sconosciuta.	❑	❑	❑
74.	Scandalizzare persone "all'antica", per il solo gusto di farlo.	❑	❑	❑
75.	Attraversare a nuoto la Manica.	❑	❑	❑
76.	Avere rapporti sessuali in pubblico (dove altri stanno facendo la stessa cosa).	❑	❑	❑
77.	Lanciarsi col paracadute.	❑	❑	❑
78.	Avere rapporti sessuali prematrimoniali.	❑	❑	❑
79.	Pilotare un aeroplano.	❑	❑	❑
80.	Drogarsi in compagnia d'altre persone.	❑	❑	❑
81.	Fare qualcosa d'illegale, ma divertente.	❑	❑	❑
82.	Compiere un'immersione subacquea con l'attrezzatura specifica.	❑	❑	❑
83.	Cavalcare al galoppo.	❑	❑	❑
84.	Compiere lunghe traversate su un'imbarcazione.	❑	❑	❑
85.	Nuotare da soli al largo.	❑	❑	❑
86.	Avere un rapporto sessuale con una persona appena incontrata che potresti non rivedere piú.	❑	❑	❑
87.	Scalare l'Everest.	❑	❑	❑
88.	Sciare su piste ripide ed impegnative.	❑	❑	❑
89.	Guidare velocemente l'automobile, rinunciando alla sicurezza.	❑	❑	❑
90.	Fare qualcosa di veramente non convenzionale.	❑	❑	❑
91.	Provare la cocaina.	❑	❑	❑
92.	Esplorare grotte sotterranee.	❑	❑	❑
93.	Discutere della tua vita sessuale con gli amici.	❑	❑	❑
94.	Andare a caccia di tigri e di leoni.	❑	❑	❑
95.	Andare in un cinema a luci rosse.	❑	❑	❑
96.	Ubriacarsi intenzionalmente.	❑	❑	❑
97.	Convivere con qualcuno in una situazione provvisoria.	❑	❑	❑
98.	Provare l' LSD.	❑	❑	❑
99.	Fare ciò che piú ci piace, senza pensare alle conseguenze.	❑	❑	❑
100	Guidare auto da corsa.	❑	❑	❑
101.	Guidare una moto.	❑	❑	❑
102.	Godere di sfrenate o inconsuete fantasie sessuali.	❑	❑	❑

N.		A *Non l'ho mai fatto*	B *L'ho fatto una volta*	C *L'ho fatto piú volte*
103.	Viaggiare col sacco a pelo negli Stati Uniti.	❑	❑	❑
104.	Fare l'autostop.	❑	❑	❑
105.	Viaggiare in Antartide.	❑	❑	❑
106.	Andare ad una festa dove si beve molto.	❑	❑	❑
107.	Frequentare amici che sono imprevedibili in maniera eccitante.	❑	❑	❑
108.	Andare ad un grande concerto rock.	❑	❑	❑
109.	Fare un viaggio sulla luna.	❑	❑	❑
110.	Uscire con qualcuno solo perché lo si trova fisicamente attraente.	❑	❑	❑
111.	Fare qualcosa di pericoloso perché qualcuno ci sfida a farlo.	❑	❑	❑
112.	Fare qualcosa di strano anche se ci fa paura.	❑	❑	❑
113.	Rifiutarsi di eseguire un ordine di un genitore o del proprio capo.	❑	❑	❑
114.	Compiere esplorazioni di fondali marini con il respiratore a tubo.	❑	❑	❑
115.	Viaggiare con il sacco a pelo in zone disabitate.	❑	❑	❑
116.	Avere rapporti sessuali con piú di una persona nello stesso giorno.	❑	❑	❑
117.	Risalire un grande fiume contro corrente.	❑	❑	❑
118.	Rubare qualcosa, sapendo di non essere scoperto.	❑	❑	❑
119.	Fare "pazzie", solo per vederne l'effetto sugli altri.	❑	❑	❑
120.	Usare droghe (che non siano spinelli).	❑	❑	❑
121.	Vivere da soli su d'un'isola deserta per una settimana.	❑	❑	❑
122.	Fare il bagno nudi in compagnia di persone d'ambo i sessi.	❑	❑	❑
123.	Sedurre qualcuno con cui vuoi andare a letto.	❑	❑	❑
124.	Fare una scommessa azzardata, che può fruttare molti soldi.	❑	❑	❑
125.	Fumare spinelli.	❑	❑	❑
126.	"Abbordare" qualcuno del sesso opposto.	❑	❑	❑
127.	Giocare d'azzardo, scommettendo forti somme di denaro.	❑	❑	❑
128.	Andare in un locale notturno per conoscere qualcuno del sesso opposto.	❑	❑	❑

Valutazione

A = 1; **B** = 2; **C** = 3.

Fattori reperiti nel test:

- SPORADICITÀ (7 item: **esperienze infrequenti**):
  11, 23, 30, 41, 45, 53, 57.

- ESPERIENZA (15 item: **esperienze del brivido e dell'avventura, ossia emozioni forti**):
  1, 3, 6, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 28, 36, 39, 50, 51

- ESPERIENZA (42 item: **esperienze che implicano disinibizione**)
  2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 22, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64.

- INTENZIONE (22 item: **Ricerca di brividi e avventure**)
  65, 67, 70, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 92, 94, 100, 103, 105, 109, 114, 115, 117, 121.

- INTENZIONE (42 item: **Ricerca di esperienze che implicano disinibizione**)
  66, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 80, 81, 86, 89, 90, 91, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128.

Attribuzione del punteggio
Nell'attribuire il punteggio, in entrambe le scale "Esperienza" ed "Intenzione", ogni risposta viene computata come segue: A=1, B=2, C=3. Tutti i punteggi cosí totalizzati per ciascuna delle quattro sub-scale vengono sommati ed il totale costituisce il punteggio grezzo relativo a quella specifica scala.

La scala delle "esperienze infrequenti" viene utilizzata per determinare la validità individuale del test. Non ha sufficiente affidabilità per essere considerata scala a sé stante. Un punteggio maggiore di 7 (1 punto ogni item) si riscontra in meno del 5% dei casi (dato relativo ad una popolazione di studenti universitari). Laddove un soggetto testato racconti esperienze di questo tipo (risposte B o C) nell'intervistatore deve sorgere il dubbio che le istruzioni non siano state comprese, che le risposte al test siano state date in modo superficiale, oppure con scetticismo. Se ci si trova in presenza di una risposta isolata, ciò non invalida le altre scale del test. Se ciò è dovuto ad una generale scarsa comprensione delle istruzioni, può essere necessario risomministrare il test o gli items dubbi. Può anche darsi che un soggetto testato abbia realmente compiuto un viaggio in Amazzonia o nell'Antartide!

4. Barratt Impulsiveness Scale

BIS - 11

Di E.S. Barratt e M.S. Stanford, 1995[1]

Il questionario BIS (Barratt Impulsiveness Rating Scale, Barratt, 1959) misura l'impulsività e le sue componenti: l'assenza di pianificazione delle azioni, l'impulsività cognitiva e quella motoria.

La scala BIS è stata messa a punto per la valutazione dell'impulsività, intesa come "agire senza pensare", come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti.
La BIS-11 prende in considerazione tre tipi di impulsività: *l'assenza di pianificazione* delle azioni, *l'impulsività cognitiva* e *l'impulsività motoria*.

Secondo Conti (2000), essa è probabilmente lo strumento piú noto ed usato per la valutazione dell'impulsività in ambito di ricerca, mentre è meno indicato il suo impiego in ambito clinico, perché, sebbene essa sia in grado di bene discriminare tra soggetti impulsivi e non impulsivi, non lo è altrettanto significativamente fra i tre tipi d'impulsività.

La validazione italiana è a cura di A. Fossati et al. (2000). La traduzione italiana qui acclusa è di L. Conti (per il repertorio citato in bibliografia).

[1] Barratt E.S., Stanfort M.S. (1995); L. Conti (2000).

BARRATT IMPULSIVENESS SCALE

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Le persone agiscono e pensano in maniera diversa nelle diverse situazioni. Questo è un test per valutare alcuni modi in cui lei agisce e pensa. Legga attentamente ciascuna affermazione ed annerisca il quadratino che corrisponde alla risposta che piú si adatta a lei. Risponda rapidamente e sinceramente.

N.	*Affermazione*	*Raramente / mai*	Occasionalmente	*Spesso*	*Quasi sempre / sempre*
1.	Io programmo accuratamente le attività	❑	❑	❑	❑
2.	Faccio le cose senza pensare	❑	❑	❑	❑
3.	Decido con molta rapidità	❑	❑	❑	❑
4.	Prendo il mondo come viene	❑	❑	❑	❑
5.	Non presto attenzione	❑	❑	❑	❑
6.	I miei pensieri “corrono”	❑	❑	❑	❑
7.	Programmo i miei viaggi con molto anticipo	❑	❑	❑	❑
8.	Sono padrone di me	❑	❑	❑	❑
9.	Mi concentro facilmente	❑	❑	❑	❑
10.	Io risparmio con regolarità	❑	❑	❑	❑
11.	Sto sulle spine al teatro o alle conferenze	❑	❑	❑	❑
12.	Sono uno che pensa accuratamente	❑	❑	❑	❑
13.	Faccio piani per un investimento per il futuro	❑	❑	❑	❑
14.	Dico le cose senza pensare	❑	❑	❑	❑
15.	Mi piace pensare a problemi complessi	❑	❑	❑	❑
16.	Cambio spesso lavoro	❑	❑	❑	❑
17.	Io agisco d’impulso	❑	❑	❑	❑
18.	Mi annoio facilmente quando affronto ragionamenti complessi	❑	❑	❑	❑
19.	Agisco sotto l’impulso del momento	❑	❑	❑	❑
20.	Sono uno che pensa con serietà	❑	❑	❑	❑
21.	Cambio spesso abitazione	❑	❑	❑	❑
22.	Compro le cose impulsivamente	❑	❑	❑	❑
23.	Posso pensare solo ad un problema per volta	❑	❑	❑	❑
24.	Cambio spesso i miei hobby	❑	❑	❑	❑
25.	Spendo o addebito sul mio conto piú di quanto guadagno	❑	❑	❑	❑
26.	Quando penso ho pensieri estranei, parassitari	❑	❑	❑	❑
27.	Sono piú interessato al presente che al futuro	❑	❑	❑	❑
28.	Sono irrequieto alle conferenze o ai discorsi	❑	❑	❑	❑
29.	Mi piacciono i puzzle	❑	❑	❑	❑
30.	Faccio progetti per il futuro	❑	❑	❑	❑

Punteggio

Gli item sono valutati su d'una scala a 4 punti, da 1 (raramente o mai), a 4 (quasi sempre / sempre). Il punteggio totale può andare da 30 a 120.

Il punteggio medio va da 63,8 (± 10,2) nei controlli, a 69,3 (± 10,3) in soggetti con comportamenti di abuso, a 71,4 (± 12,6) in pazienti psichiatrici e a 76,3 (± 11,9) in reclusi maschi.

5. Buss Durkee Hostility Inventory

BDHI

Di A.H. Buss e A. Durkee[1]

(Riveduto e adattato da P. Castrogiovanni e I. Maremmani)

Il questionario BDHI (*Buss Durkee Hostility Inventory*, 1957) misura i diversi aspetti dell'aggressività verso se stessi e verso gli altri: aggressività diretta o fisica, indiretta o contro le cose, verbale, irritabilità, oppositività, risentimento, sospettosità, e senso di colpa, in un'ottica comportamentista.

Può quindi investigare sia comportamenti, sia attitudini ostili non agite.

il BDHI è stato validato da Castrogiovanni e Maremmani, sul campione italiano. Ringraziamo gli autori per averci permesso la riproduzione del loro lavoro.

[1] Buss A:H., Durkee A. (1957); Castrogiovanni P, Andreani M.F. et al. (1982); Castrogiovanni P., Maremmani I (1993).

BDHI

Cognome: _____
Nome _____
Data _____
Età _____
Esaminatore _____

Rispondete alle seguenti domande VERO o FALSO (non omettete nessuna risposta, e barrate con una crocetta la risposta prescelta). Se siete indecisi, rispondete comunque ciò che si avvicina di piú alla scelta tra VERO o FALSO.

Grazie per il vostro impegno.

N.	*Affermazione*	*Vero*	*Falso*
01.	Anche quando vengo provocato, reagisco raramente con la forza	❑	❑
02.	A volte sparlo delle persone che non mi piacciono	❑	❑
03.	Non faccio ciò che mi si chiede se non me lo si chiede gentilmente	❑	❑
04.	Perdo le staffe facilmente, ma mi calmo con rapidità	❑	❑
05.	Non mi sembra di meritare quello che mi sta accadendo	❑	❑
06.	So che la gente tende a sparlare di me dietro le spalle	❑	❑
07.	Se disapprovo le azioni dei miei amici, trovo il modo di farglielo notare	❑	❑
08.	Le poche volte che ho ingannato ho provato poi un grande sentimento di rimorso	❑	❑
09.	A volte riesco a controllare l'impulso di fare del male agli altri	❑	❑
10.	Non mi arrabbio mai al punto di scagliare oggetti	❑	❑
11.	A volte la gente mi infastidisce solo standomi attorno	❑	❑
12.	Se qualcuno pone una regola che non mi piace sono tentato di trasgredirla	❑	❑
13.	Mi sembra che gli altri ottengano sempre quello che vogliono	❑	❑
14.	Sto in guardia con quelle persone che si dimostrano piú gentili di quanto pensavo	❑	❑
15.	Spesso sono in disaccordo con la gente	❑	❑
16.	A volte ho dei cattivi pensieri che mi fanno vergognare di me stesso	❑	❑
17.	Credo che non vi siano buone ragioni per picchiare qualcuno	❑	❑
18.	Se sono arrabbiato a volte metto il muso	❑	❑
19.	Se qualcuno si mostra arrogante con me, faccio il contrario di quello che mi chiede	❑	❑
20.	Mi irrito molto di piú di quello che la gente pensa	❑	❑
21.	Non conosco persone che possa dire di odiare veramente	❑	❑
22.	Molta gente sembra detestarmi	❑	❑
23.	Non posso evitare di entrare in polemica con chi non è d'accordo con me	❑	❑
24.	Chi lavora senza fare il proprio dovere si deve sentire molto in colpa	❑	❑
25.	Se qualcuno mi fa un torto, non gliela faccio passare liscia	❑	❑
26.	Quando sono arrabbiato mi capita di sbattere le porte	❑	❑
27.	Sono sempre paziente con gli altri	❑	❑
28.	Talvolta se sono arrabbiato con qualcuno non gli rivolgo piú la parola	❑	❑
29.	Se penso al mio passato non posso fare a meno di provare un po' di risentimento	❑	❑
30.	Molte persone sembrano invidiose di me	❑	❑
31.	Pretendo che la gente rispetti i miei diritti	❑	❑
32.	Mi rende triste non aver fatto di piú per i miei genitori	❑	❑
33.	Chiunque insulta me o la mia famiglia cerca la rissa	❑	❑
34.	Non faccio mai scherzi pesanti a nessuno	❑	❑
35.	Se qualcuno si prende gioco di me mi ribolle subito il sangue	❑	❑

N.	*Affermazione*	*Vero*	*Falso*
36.	Se qualcuno si mostra prepotente, non perdo l'occasione per farglielo notare	❑	❑
37.	Quasi ogni settimana incontro qualcuno che non mi piace	❑	❑
38.	A volte ho la sensazione che gli altri stiano ridendo di me	❑	❑
39.	Anche quando sono arrabbiato non ricorro a male parole	❑	❑
40.	Mi preoccupa il non sapere se potrò ottenere il perdono dei miei peccati	❑	❑
41.	La gente che continuamente mi scoccia si merita un pugno sul naso	❑	❑
42.	A volte, se non riesco a realizzare quello che voglio, divento di cattivo umore	❑	❑
43.	Se qualcuno mi scoccia, gli dico subito cosa penso di lui	❑	❑
44.	Spesso mi sento un barile di polvere pronto ad esplodere	❑	❑
45.	Anche se non lo do a vedere, a volte sono divorato dalla gelosia	❑	❑
46.	Questo è il mio motto: diffida sempre degli estranei	❑	❑
47.	Se qualcuno alza la voce con me io la alzo piú di lui	❑	❑
48.	Faccio molte cose di cui provo rimorso	❑	❑
49.	Quando perdo la calma sono capace di prendere a sberle qualcuno	❑	❑
50.	Non perdo le staffe dall'età di dieci anni	❑	❑
51.	Quando mi arrabbio dico cose spiacevoli	❑	❑
52.	A volte ho voglia di litigare	❑	❑
53.	Se lasciassi capire agli altri come la penso, mi giudicherebbero uno con cui è difficile andare d'accordo	❑	❑
54.	Se una persona si mostra gentile con me, mi chiedo se non ci sia sotto qualcosa	❑	❑
55.	Non riesco a tener testa a nessuno a parole, anche quando è necessario	❑	❑
56.	Il non riuscire a fare qualcosa genera in me un senso di rimorso	❑	❑
57.	Spesso attacco briga con la prima persona che mi capita	❑	❑
58.	Ricordo di essermi talmente arrabbiato da rompere la prima cosa che mi è venuta a tiro	❑	❑
59.	Spesso faccio minacce che in effetti non intendo mantenere	❑	❑
60.	Non posso fare a meno di essere sgarbato con chi non mi piace	❑	❑
61.	A volte credo di avere quanto di peggio ci si possa aspettare dalla vita	❑	❑
62.	Prima pensavo che la maggior parte della gente dicesse la verità, ma ora so che non è cosí	❑	❑
63.	Di solito non lascio trasparire la cattiva opinione che ho degli altri	❑	❑
64.	Se sbaglio, la coscienza mi rimorde per molto tempo	❑	❑
65.	Per difendere i miei diritti non esito a ricorrere anche alla violenza fisica	❑	❑
66.	Se qualcuno mi tratta ingiustamente, il fatto non mi irrita	❑	❑
67.	Non ho nemici che desiderino realmente danneggiarmi	❑	❑
68.	Quando discuto tendo ad alzare la voce	❑	❑
69.	A volte penso di non aver vissuto rettamente	❑	❑
70.	Ho conosciuto persone che mi hanno portato al punto di fare a botte	❑	❑
71.	Non mi lascio irritare da una serie di cose di poco conto	❑	❑
72.	Penso di rado che la gente stia cercando di provocarmi o di insultarmi	❑	❑
73.	Recentemente sono stato di pessimo umore	❑	❑
74.	Piuttosto che entrare in polemica preferisco lasciar perdere	❑	❑
75.	A volte mostro la mia collera battendo i pugni sul tavolo	❑	❑

Tabella dei punti grezzi

V = Vero; F = Falso

Aggressività diretta o fisica (e):

1 F	9 V	17 F	25 V	33 V	41 V	49 V	57 V	65 V	70 V

Totale:_____

Aggressività indiretta o contro le cose (e)

2 V	10 F	18 V	26 V	34 F	42 V	50 F	58 V	75 V

Totale:_____

Irritabilità (e)

4 V	11 V	20 V	27 F	35 V	44 V	52 V	60 V	66 F	71 F	73 V

Totale:_____

Negativismo (e)

3 V	12 V	19 V	28 V	36 V

Totale:_____

Risentimento (i)

5 V	13 V	21 F	29 V	37 V	45 V	53 V	61 V

Totale:_____

Sospettosità (i)

6 V	14 V	22 V	30 V	38 V	46 V	54 V	62 V	67 F	72 F

Totale:_____

Aggressività verbale (e)

7 V	15 V	23 V	31 V	39 F	43 V	47 V	51 V	55 F	59 V	63 F	68 V	74 F

Totale:_____

Colpa (i)

8 V	16 V	24 V	32 V	40 V	48 V	56 V	64 V	69 V

Totale:_____

Totale riassuntivo: _____

Nota:

(**i**) Aggressività *intra*-diretta
(**e**) Aggressivita *etero*-diretta

Tabella dei punti standard BDHI

SCALA MASCHI SCALA FEMMINE

Pt. grezz.	Agg. Dir.	Agg. Indir.	Irri-tabi-lità	Nega zione	Ri-sen-tim.	Sos-pet-tos.	Agg. Ver.	Col-pa	Pt. Grezz.	Agg. Dir.	Agg. Indir.	Irri-tabi-lità	Nega zione	Ri-sen-tim.	Sos-pet-tos.	Agg. Ver.	Col-pa
0	37	27	28	27	37	36	20	34	0	40	23	25	29	37	36	22	34
1	41	33	32	34	42	41	24	38	1	44	29	29	36	42	40	25	39
2	46	38	36	41	48	46	28	43	2	50	35	33	44	49	46	29	43
3	50	43	40	48	53	51	32	48	3	55	41	37	51	55	50	33	48
4	54	49	43	55	59	55	36	52	4	61	47	41	58	61	55	37	52
5	59	54	47	62	64	60	40	57	5	66	53	45	66	67	60	41	57
6	63	60	51		70	65	44	62	6	71	59	49		74	65	45	61
7	68	65	55		75	70	48	66	7	77	65	53		79	70	49	66
8	72	70	59		81	75	52	71	8	82	72	57		86	75	53	70
9	77	76	63			80	56	76	9	88	78	61			80	57	75
10	81		66			85	60		10	93		65			85	60	
11			71				64		11			69				65	
12							68		12							69	
13							72		13							73	

Grafico Buss Durkee Hostility Inventory

Parte annerita: range popolazione normale. Media 50 (deviazione standard +10).

85										85
80										80
75										75
70										70
65										65
60										60
55										55
50										50
45										45
40										40
35										35
30										30
25										25
20										20
	Aggress. diretta	Aggress. indiretta	Irritabilità	Negati-vismo	Risenti-mento	Sospet-tosità	Aggress. verbale	Colpa	Totale	

6. Carta di Rete

Di Lia Sanicola[1] e Sabrina Bosio

(Testo preparato da Angela Biganzoli, Daniela Capitanucci e Tazio Carlevaro)

Introduzione

Utilizzare le "Carte di rete" (Sanicola e Bosio, 2002) può servire a tracciare una mappatura del contesto in cui il paziente vive, e a valutare la sua situazione familiare, sociale, lavorativa, legale e finanziaria, con particolare attenzione alla qualità e quantità dei rapporti esistenti, sia nel nucleo familiare ristretto, sia in quello allargato, allo scopo di evidenziare punti forti e punti deboli connessi alla situazione (tra questi: collusione, perdita della fiducia e possibile recupero, menzogne, recriminazioni, sensi di colpa, violenza).
L'analisi dell'ambito sociale richiede particolare attenzione perché la patologia stessa spesso ha generato crisi profonde nei settori lavorativo, finanziario e nei casi piú gravi anche legale.

L'operatore di rete, per l'attuazione dell'esplorazione, dispone di una batteria di strumenti: le carte di rete, il diario di bordo, la griglia di analisi del supporto sociale, la griglia di distribuzione del carico, la griglia per l'esplorazione morfologica e relazionale delle reti primarie.

Le carte di rete permettono di rappresentare graficamente le reti e di comunicare in modo sintetico sia con gli operatori che con gli utenti. Per la stesura delle carte è necessario predisporre un elenco di rete, vale a dire la lista delle persone che compaiono nel discorso e dei servizi implicati nella situazione. Sulla base di questo elenco viene rappresentata la posizione di piú persone nelle relazioni reciproche ad un momento dato della loro storia.

*La griglia di analisi del supporto sociale p*ermette di approfondire la qualità di supporto esistente nelle reti, a livello materiale, informativo ed affettivo.
La griglia per l'esplorazione delle reti è uno strumento che permette all'operatore di mirare in modo puntuale il campo di esplorazione. Prevede una batteria di indicatori, strutturati in quattro aree (reti, legami, funzioni e relazioni), per raccogliere con una certa omogeneità degli elementi delle reti nei loro aspetti di struttura, funzioni e relazioni .

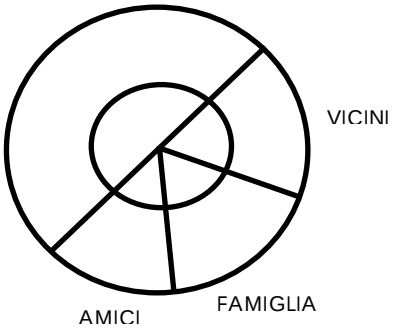
Costruire una Carta di rete

Vi sono diverse forme di rappresentazioni grafiche delle reti: le carte di rete piú utilizzate sono due:

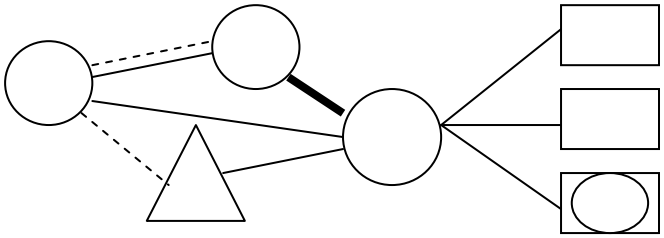
a) *La carta di Todd* Costituita da una serie di cerchi concentrici, al cui centro viene collocato l'utente, è ripartita in vari settori (nucleo familiare, parentela, amici, vicinato, etc.) nei quali si dispongono i membri della rete dal centro verso l'esterno in senso decrescente in misura della distanza affettiva con la con la persona centrale. Costituita da una serie di simboli con i quali vengono indicati la natura delle reti ed i legami presenti, consente di determinare le relazioni reciproche tra le reti e di evidenziare bene il rapporto tra i diversi tipi di rete presenti. Essa aiuta

[1] Sanicola L, Bosio S (2002). Sanicola L. (a cura di: 1994a); Sanicola L. (sous la direction: 1994b*)*, Sanicola (a cura di: 1995a); Sanicola L. (a cura di: 1995b). Ringraziamo la Prof. Sanicola per i suggerimenti che ci ha cortesemente offerto. La Prof. Sanicola, nel dare l'autorizzazione alla riproduzione del suo materiale, aveva espresso anche alcune perplessità in merito all'estrapolazione di tali strumenti dal loro contesto.

l'operatore a decentrarsi dal problema e da colui che ha posto la richiesta per assumere uno "sguardo di rete" (Besson, 1994, 1995).



b) La carta di Rousseau Costituita da una serie di simboli con i quali vengono indicati la natura delle reti ed i legami presenti, consente di determinare le relazioni reciproche tra le reti e di evidenziare bene il rapporto tra i diversi tipi di rete presenti. Essa aiuta l'operatore a decentrarsi dal problema e da colui che ha posto la richiesta per assumere uno "sguardo di rete" (Besson, 1993) Lo schema successivo illustra una carta a bolle con i simboli da noi introdotti nella carta di Rousseau.



Quest'ultimo strumento può essere utile per analizzare in modo approfondito le risorse del giocatore nel momento in cui si rivolge ad un servizio o ad un professionista per chiedere una consultazione.

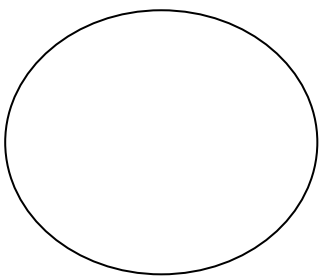
Prendete un foglio bianco, e disegnate, al centro, un cerchio al cui interno s'iscriverà il nome del giocatore.
Tracciate, insieme al paziente, una mappa che rappresenti tutte le risorse presenti nella sua vita, utilizzando la *legenda* sottostante. Per ogni risorsa, si chiede al soggetto anche di definire il rapporto esistente.

Osservazione essenziale: indagate la situazione ***attuale****.*
I simboli costituiscono la modalità con la quale rappresentate la rete sul foglio.

Risorse

Rete primaria (si orienta)

- *Famiglia* :
  - Nucleo familiare di origine (padre, madre, fratelli/sorelle)
  - Nucleo familiare autonomo (moglie/marito, figli)
  - Famiglia allargata (nonni, zii, cugini, nipoti, suoceri)

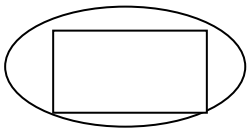


- *Amici*
- *Conoscenti*
- *Vicini*
- *Colleghi di lavoro*
- *Compagni di gioco*

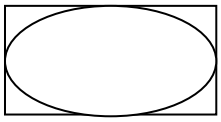
Rete secondaria (si dirige)

- ***Reti secondarie formali***: istituzioni di servizi sociali, sanitari, altro
  - *ASL*
  - *Azienda Ospedaliera* (es. Psichiatria)
  - *Servizi Sociali del Comune*
  - *Sistema giudiziario-penale* (es. tribunale)
  - *Medico di base*
  - *Terapeuta privato o servizio privato*
  - *Luogo di gioco* (es. sala corse, bar, ippodromo, casinò)

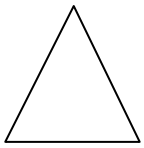
- Reti secondarie informali: scambi di solidarietà



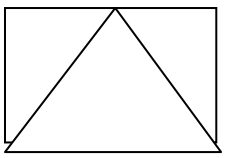
- Reti secondarie di terzo settore: scambi di solidarietà e di diritto
  - *Volontariato organizzato* (Gruppi di Auto-Aiuto, Parrocchia)
  - *Cooperative sociali (Caritas)*
  - *Associazioni, fondazioni*



- Reti secondarie di mercato: scambi di denaro
  - *Aziende* (es. ditta del giocatore)
  - *Fabbriche*
  - *Negoz*
  - *Banche*



- Reti secondarie con scambi di diritto e di denaro:
- *Casa di cura*
- *Cassa integrazione*



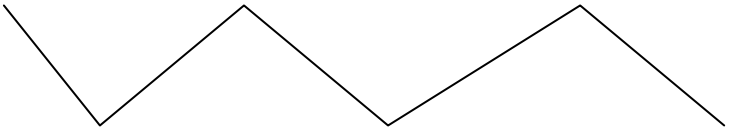
Legami

Normali

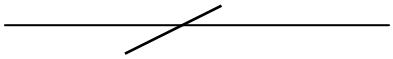
Forti

Deboli

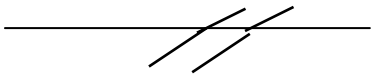
Conflittuali



Interrotti, sfaldati



Rottura, separazione legale, divorzio



Discontinui

Ambivalenti

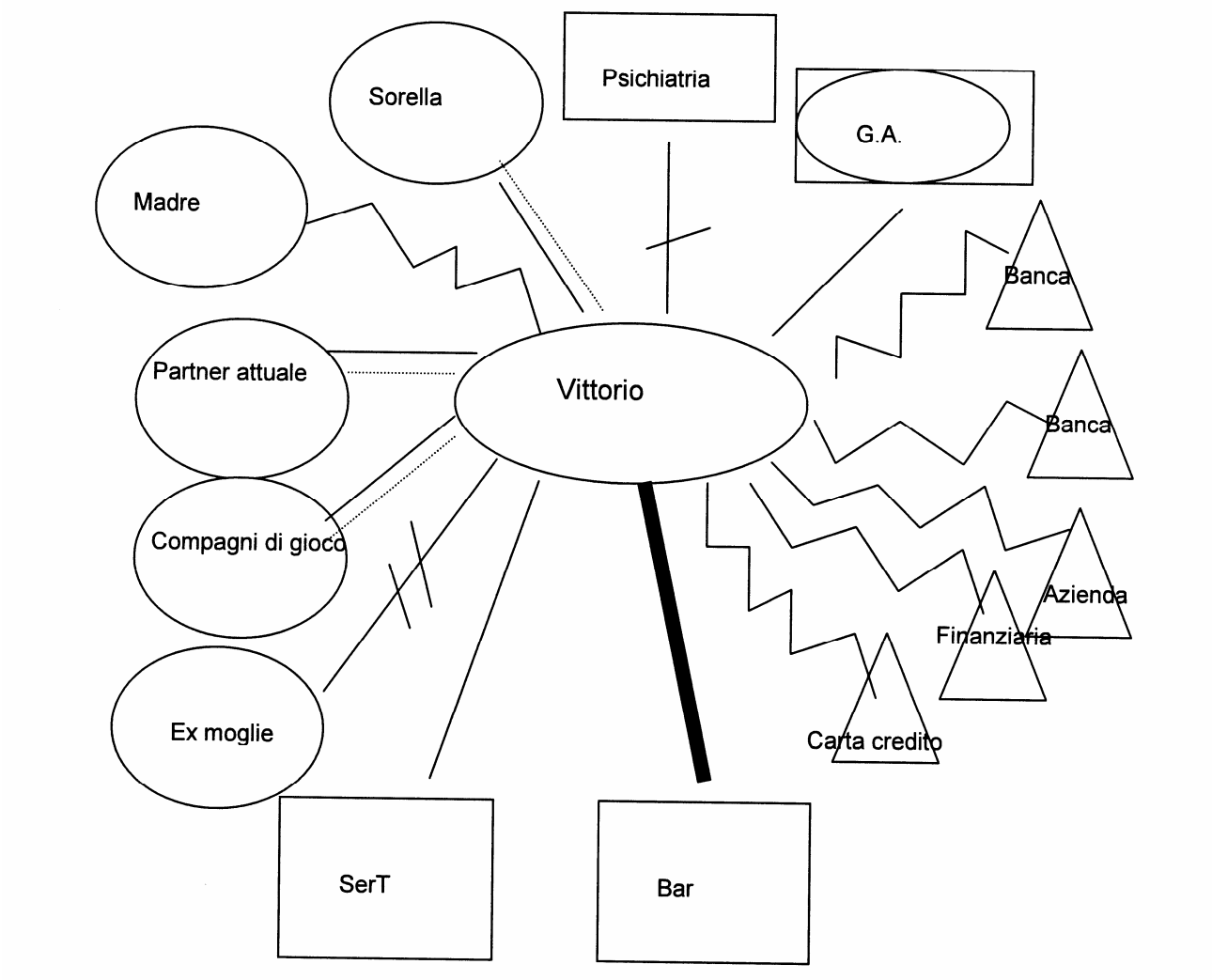
Al termine di questa indagine, si ottiene la rappresentazione delle risorse esistenti nel campo di vita del giocatore. Con tale strumento, è possibile studiare in modo realistico un trattamento che tenga conto delle risorse esistenti e dei punti critici.

Ecco un esempio

Il caso di Vittorio

Vittorio è un uomo di 45 anni. La passione sfrenata per il videopoker lo ha messo in una serie di difficoltà per le quali chiede aiuto al Servizio, invitato da una sorella esasperata dai prestiti piú volte elargiti e dalle proteste della madre, con cui Vittorio vive dopo la separazione dalla moglie. Pur avendo una eccellente posizione lavorativa, i recenti ritardi e le continue richieste di anticipi sullo stipendio stanno mettendo a rischio il suo lavoro. Vittorio ha numerosi debiti aperti con banche, finanziarie e carte di credito. Prima di arrivare al SerT, ha tentato il suicidio (e per questo è stato ricoverato nel reparto di psichiatria) e di recente ha iniziato a frequentare il gruppo dei Giocatori Anonimi. Le uniche relazioni attuali sono con i compagni di gioco e con una partner. Non riesce a smettere di giocare.

Carta di rete di Vittorio:



Allo stesso modo, possono essere rappresentati i rapporti che legano tra di loro i vari agenti delle reti in cui Vittorio si muove.
L'esplorazione delle reti può essere condotta avvalendosi delle griglie di analisi seguenti.

Esplorazione del supporto sociale delle reti primarie[1]

1. *Tipi di supporto* (per settori o sottogruppi)

	Famiglia	Famiglia estesa	Colleghi di lavoro	Compagni di gioco	Amici, conoscenti	Altro	Altro
Aiuto quotidiano materiale / domestico: cose, denaro, servizi							
Aiuto nell'emergenza							
Supporto emotivo-affettivo							
Consiglio, informazione							
Ospitalità							
Socializzazione, svago							

2. *Conseguenze psicologiche*

			Famiglia	Famiglia estesa	Colleghi di lavoro	Compagni di gioco	Amici e conoscenti	Altro
Stato psicologico generale		Positivo benessere Sicurezza						
		Negativo tensione malessere						
Stima di se stessi (relazionale, statud)		Positivo crescita mantenimento						
		Negativo minaccia						
Normativo		Influenza positiva						
		Influenza negativa						
Motivazionale		Incoraggiamento a persistere Speranza						
		Scoraggiamento; Pessimismo aiuto discontinuo						

[1] Equipe di ricerca sull'intervento di rete presso il Corso di Laurea in Servizio sociale dell'Università di Parma. Coordinatore: Prof.ssa Lia Sanicola.

Esplorazione delle funzioni delle reti secondarie

1. *Tipi di supporto* (per settori o sottogruppi)

	Reti secondarie (servizi – organizzazioni statali	Reti secondarie di terzo settore	Reti secondarie di mercato

Informazione e collaborazione							
Flusso monetario							
Progettualità comune							
Assunzione di obblighi e impegni							
Connessioni e dipendenze burocratiche							

2. *Conseguenze psicologiche*

	Reti secondarie (servizi – organizzazioni statali)	Reti secondarie di terzo settore	Reti secondarie di mercato

Stato psicologico generale	Positivo benessere sicurezza							
	Negativo tensione malessere							
Stima di se stessi (relazionale, status)	Positivo crescita mantenimento							
	Negativo minaccia							
Normativo	Influenza positiva							
	Influenza negativa							
Motivazionale	Incoraggiamento a persistere speranza							
	Scoraggiamento pessimismo aiuto discontinuo							

Indagine di personalità e psicopatologia

Personalità e psicopatologia

Di Tazio Carlevaro[1]

Le scienze *nomotetiche* esplorano (verificano, modificano) leggi quantitative e semiquantitative reperibili nel loro campo. Permettono previsioni (a volte di natura probabilistica), e quindi eventuali falsificazioni. Gli esperimenti sono riproducibili. Cercano dunque tutto quanto è comune, ed eventualmente quanto variano, rispettivamente l'una verso l'altra, due osservazioni (sono quindi correlate). In questo quadro troviamo la psicologia (clinica e no), l'economia, la sociologia, la psichiatria.
Le scienze *idiografiche*, invece, si occupano di chiarire il singolo esemplare, la particolarità, nella sua irripetibilità. Caso mai, danno le leggi come stabilite, e nel singolo caso osservano la singolarità, la particolarità di come si ritrovano nel singolo. È il campo della psicologia fenomenologica, della geografia, della storia dei popoli, dell'etnologia, e della storia dell'arte.

L'indagine diagnostica nel campo psicologico e psichiatrico richiede dunque una serie di interventi che permettono una valutazione del singolo sia qualitativa che quantitativa. Perlopiú, a tale scopo si utilizzano strumenti testistici (Bakur M: 1977; Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ: 1989; Bouvard M, Cottraux J: 2000[2]; Cottraux J., Bouvard M., Légeron P: 1985).

L'indagine testistica nel caso di giocatori eccessivi

L'indagine relativa all'area affettiva e relazionale del giocatore eccessivo si rende necessaria, perché spesso questi chiede una consultazione quando ormai le sue relazioni hanno già subito danni spesso irreparabili. Un fatto che porta a sentimenti di colpa, di impotenza e di angoscia cosí profondi da minare la possibilità stessa di beneficiare di un trattamento.
È dunque indispensabile anche approfondire in modo accurato la presenza di eventuali patologie comorbili, che renderebbero necessaria l'implementazione di trattamenti specifici ancor prima di iniziare la presa in carico per la problematica del gioco patologico.
Ci riferiamo dunque al rilevamento di comportamenti di abuso di sostanze e altri comportamenti di *addiction*, di depressione con eventuali rischi suicidari, di stati ansiosi gravi, di condotte di tipo ossessivo-compulsivo e disturbi psichici piú severi.
Ci riferiamo anche ad aspetti che riguardano la diagnosi di carattere, e i tratti della personalità.

Gli strumenti di valutazione proposti di seguito possono essere utilizzati nella ricerca clinica e psicosociale, solo se sono stati validati per la popolazione mirata. Se invece si richiede allo strumento un orientamento e un approfondimento di natura esclusivamente clinica, ossia se si opera piuttosto sul piano idiografico, allora il test può essere utilizzato anche senza una validazione specifica per il tipo di popolazione considerata.

Strumenti che si riferiscono alle dimensioni di base della personalità

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Il MMPI, elaborato da S.R. Hathaway e da J.C. McKinlay (1996), è uno strumento atto piuttosto a misurare alcuni tratti psicopatologici tipici dell'asse I del DSM-IV, ed alcuni tratti dell'Asse II (personalità). Permette di controllare la validità delle risposte dei soggetti. Permette la costruzione di al-

[1] Con i contributi di Daniela Capitanucci e di Angela Biganzoli, in: Capitanucci D, Biganzoli A, Carlevaro T (2001).

cune scale "cliniche", come ipocondria, depressione, isteria di conversione, deviazione psicopatica, mascolinità / femminilità, paranoida, psicastenia, schizofrenia, ipomania, introversione sociale. Altre scale sono utilizzate.

Eysenck Personality Inventory (EPI); Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

L'Inventario di personalità di H.J. Eysenck (1968) misura la personalità secondo due dimensioni *fondamentali*. La prima è bipolare, l'extraversione – introversione, mentre la seconda è unipolare, il neuroticismo. Il Questionario di personalità di Eysenck, piú recente (1975), aggiunge una terza dimensione, lo psicoticismo. I due questionari, peraltro, non hanno le stesse domande.

19 PF (Personality Factors) di Cattell

R.B. Cattell (1970) ha descritto sedici tratti "sorgente" della personalità normale. I fattori sono: cordialità e calore, ragionamento, stabilità emotiva, dominanza, vivacità (da riservatezza ad entusiasmo), rispetto delle convenzioni, sicurezza, sensibilità, vigilanza (da fiducia a diffidenza), immaginazione, interioriazzazione, inquietudine, apertura al cambiamento, autonomia rispetto al gruppo, perfezionismo, tensione.

Inventari generali di psicopatologia

Inventari dell'*Arbeitsgruppe für Methodologie und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)*

La ricerca psicopatologica ha portato a sistemi sempre piú affinati, che trovano nell'AMDP (2000 - Gruppo di lavoro per metodologia e documentazione nella psichiatria) un riflesso importante. L'AMDP presenta una griglia di sintomi psicopatologici pregressi e attuali, divisi in gruppi: Disturbi della consapevolezza, Disturbi dell'attenzione e della memoria, Disturbi formali del pensiero, Timori ed ossessioni; Delirio, Allucinazioni, Disturbi del senso dell'Io, Disturbi dell'affettività, Disturbi energetici (*Antrieb*), Disturbi psicovegetativi (sonno, appetito, ecc.). L'elaborazione elettronica permette la creazione di scale sindromatiche (Sindrome paranoide-allucinatoria, Sindrome depressiva, Sindrome psicoorganica, Sindrome maniacale, Sindrome di ostilità, Sindrome vegetativa, Sindrome apatica, Sindrome ossessivo-compulsiva, Sindrome neurologica). Scharfetter (trad. it. 1992) ha elaborato in profondità gli aspetti psicopatologici descrittivi alla base di quest'inventario.

Structured Clinical Interview for Disorders (SCID)

La seconda versione dello SCID (Structured Clinical Interview for Disorders, 1994, 1997) messa a punto in francese da M. Bouvard et al. (1999) è un questionario a colloquio semi-strutturato che nel 1994 segue il DSM-IV. È un ottimo misuratore per l'asse II (l'asse della struttura di personalità).

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

La Brief Psychiatric Rating Scale, di J.E. Overall e di D.R. Gorham (1976), permette in un intervista di 18 minuti una valutazione psichiatrica del paziente, dopo una sufficiente introduzione al sistema. È pensato per essere ripetuto, e quindi è in grado di evidenziare cambiamenti. Le scale prevedono Ansia / Depressione, Anergia, Disturbi del pensiero, Attivazione, Ostilità / Sospettosità, calibrabili (da "non presente" a "molto intenso", con 7 punti).

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

La diagnosi fenomenologica proposta da DSM-IV e da ICD-10 fanno scomparire le considerazioni psicodinamiche, importanti, invece, per chi si occupa di psicopatologia, psicodiagnosi e psicoterapia di orientamento dinamico. Il sistema dell'*Arbeitskreis* OPD (1998) si basa su osservazioni psicodinamiche, organizzato in un sistema multiassiale. Mira a mediare tra sistemi esclusivamente fenomenologici e sistemi psicodinamici. Si basa sugli assi del Vissuto di malattia e di motivazione alla terapia (1), delle Relazioni (2), del Conflitto (3), della Struttura (4), e dei Disturbi psichici e psi-

cosomatici (5). Oggi viene insegnato ed utilizzato in particolare in Svizzera, in Francia ed in Germania.

Disturbi di personalità

Si tratta della diagnosi sull'Asse II del DSM-IV e dell'ICD-10 non allo scopo di trovare un tratto della personalità, ma un quadro diagnostico di carattere.
Esistono però anche altri inventari (M. Bouvard: 2002).

DSM-IV

La diagnosi sull'Asse II (F60-69), condotta secondo il Manuale Diagnostico Statistico dell'Associazione Americana di Psichiatria (APA: 1994), prevede il Disturbo paranoide di personalità, il D. schizoide, il D. schizotipico, il D. antisociale, il D. borderline, il D. istrionico, il D. narcisistico, il D. evitante, il D. dipendente, il D. ossessivo-compulsivo.

ICD-10

La diagnosi sull'Asse II (F60-69), condotta secondo la Classificazione Internazionale delle sindromi e dei Disturbi psichici e comportamentali proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO: 1992), prevede il Disturbo di personalità paranoide; Disturbo di personalità schizoide; Disturbo di personalità antisociale, Disturbo di personalità emotivamente instabile (tipo impulsivo e tipo borderline), Disturbo di personalità istrionico, Disturbo di personalità anancastico, Disturbo di personalità ansioso (di evitamento).

Disturbi attuali

I Disturbi attuali sono diagnosticabili con l'AMDP, sotto forma di questionario di indici di psicopatologia, o sotto forma di quadri (sindromi) diagnostici precisi, come previsti sull'Asse I dell'ICD-10 e del DSM-IV. Esistono però anche altri questionari, che facilitano sia l'uso del DSM-IV, sia la messa in evidenza di sindromi specifiche. Con l'AMDP conviene utilizzare il manuale di psicopatologia di C. Scharfetter (trad. it. 1992).

Ansia

Hamilton Anxiety Scale (HAMA)

La scala di ansia di Hamilton (1959) misura l'ansia generalizzata. Si compone di 14 domande, da rispondere in modo graduale (5 scalini). Misura l'insieme dell'ansia, può essere risomministrata.

State Trait Anxiety Inventory (STAI)

Valuta da un canto l'ansia come tratto, e d'altro canto l'ansia come stato (D.B. Spielberger, 1983). L'ansia come stato si riferisce all'ansietà risentita ad un momento particolare. L'ansia come tratto è la valutazione della tendenza del soggetto ad essere ansioso (Bouvard M., Cottraux J: 2000[2]).

Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

La Self-Rating Anxiety Scale (SAS) di W.W.K. Zung (1971) è un semplice questionario auto-risposto, con 20 domande, che permettono anche una valutazione quantitativa dell'ansia.

Depressione

Hamilton Depression Scale (HAMD)

La Scala della depressione di Hamilton (1960) è un questionario con 17 domande che il diagnostico riempie dopo un colloquio clinico. Si tratta di una lista completa della sintomatologia depressiva, che permette di identificare la sindrome e la sua gravità. I sintomi considerati sono: Umore

depressivo, Sentimenti di colpevolezza, Suicidio, Disturbi del sonno, Attività e lavoro, Rallentamento, Agitazione, Ansietà, Sintomi somatici, Ipocondria, Peso, Consapevolezza.

Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La scala di Montgomery e di Asberg (1979), da riempire dal diagnostico dopo un colloquio clinico, permette di valutare la gravità della depressione. I tratti sono Tristezza apparente, Tristezza espressa, Tristezza interna, Riduzione del sonno, Riduzione dell'appetito, Difficoltà di concentrazione, Lassitudine, Incapacità di percepire, Pensieri pessimisti, Idee di suicidio.

Self-Rating Depression Scale (SDS)

La Self-Rating Depressione Scale, di W.W.K. Zung (1965), è una scala autocompilata dal paziente, con 20 frasi che egli deve approvare o no. Permette una valutazione della gravità della situazione, e permette una ripetizione della misura.

Circostanze di vita influenti sullo stato psichico

I questionari multiassiali facilitano anche una messa in evidenza dei fattori che incidono sui comportamenti di malattia.

Nell'ICD-10 notiamo i Fattori da Z00-Z99. Sono chiamati *Fattori influenzanti lo stato di salute* e il *contatto con i servizi sanitari*.

Nel DSM-IV notiamo i Fattori Z, che corrispondono a quelli dell'ICD, sia poi anche la *Scala di valutazione globale del funzionamento relazionale*, e la *Scala di valutazione del funzionamento sociale e lavorativo*.

Strumenti di tutoraggio

1. Progetto di tutoraggio nel gioco d'azzardo patologico

A cura di Angela Biganzoli

La figura del *tutor* nasce con la funzione di affiancare il lavoro del terapeuta nell'ambito del processo di riabilitazione del giocatore d'azzardo patologico[1].
Lo scopo del lavoro di tutoraggio è quello di fare recuperare al giocatore un rapporto sano con il denaro, che nella maggior parte dei casi perde il suo valore concreto e viene cosí "sperperato" senza criteri o regole.

Con tale obiettivo, il lavoro del tutor ha una connotazione prevalentemente di tipo educativo.
I suoi compiti infatti sono i seguenti.

- Tracciare la situazione finanziaria in cui si trova il giocatore nel modo piú preciso possibile: indagare l'esistenza di debiti e la loro entità e conoscere i creditori, per ipotizzare un piano di risanamento debiti, ed essere al corrente delle fonti di reddito (entrate legali e, per quanto è possibile sapere, illegali).
- Individuare un referente interno alla famiglia che accetti di prendersi carico della situazione economica e dell'amministrazione del flusso di denaro del giocatore; naturalmente ciò deve avvenire in accordo con le strategie previste dal tutor del Servizio, a cui il referente familiare può rivolgersi per qualsiasi necessità o difficoltà di gestione.
- Raccogliere gli scontrini e le ricevute di spesa del giocatore, in modo da ricostruire il piú precisamente possibile (anche attraverso l'uso di una tabella studiata ad hoc) i movimenti in termini di denaro del giocatore; questo compito in particolare ha la finalità di valutare il senso di responsabilità del giocatore rispetto alla gestione del denaro che gli viene affidato giorno per giorno o settimanalmente.
- Fungere da punto di riferimento nel caso in cui il giocatore sia indeciso rispetto all'ordine di priorità delle spese o per qualsiasi altra difficoltà.
- Fare in modo che il giocatore maneggi poco denaro al giorno e in vista di spese già definite (ad esempio la spesa per il pranzo o per il caffè o per il cinema) o necessarie (per esempio l'assicurazione o il bollo auto o l'affitto ecc ....), in modo da evitare "tentazioni" al gioco oppure spese inutili e superflue. Come detto prima, tutte le spese devono essere sostenute da ricevute o prove di pagamento. Questa precauzione non è definitiva, ma è utile per i primi periodi di trattamento o comunque finché lo si ritiene opportuno (valutazione che spetta al terapeuta e al tutor).
- Restituire al giocatore la totale responsabilità di ciò che fa. I familiari, i parenti e gli amici devono essere avvisati del fatto che in futuro non verranno loro restituiti i soldi chiesti in prestito dal giocatore (ciò significa che la famiglia non coprirà piú i suoi debiti, anche se in passato ciò è capitato) e che lui stesso sarà responsabile in prima persona del ripianamento dei debiti.

Oltre a questi compiti concreti e di tipo educativo, il tutor è coinvolto in processi psicologici significativi e delicati; infatti deve creare le condizioni per un rapporto di alleanza con il giocatore, sia per motivi pratici, in quanto il giocatore dovrebbe essere coinvolto il piú attivamente possibile nella ricerca di strategie adatte a risolvere i suoi problemi economici, sia perché parlare del denaro e del suo uso "nei minimi particolari", in una patologia basata, a livello comportamentale, sull'uso impro-

[1] L'autrice ringrazia il Dr Cesare Guerreschi per gli spunti forniti in merito al tutoraggio.

prio del denaro, richiede delicatezza e attenzione ai processi che si scatenano nel corso del tempo. Se all'inizio infatti il giocatore può essere contento e pienamente d'accordo del fatto che una persona esterna alla sua famiglia lo controlli e lo aiuti a gestire il denaro, in una fase successiva può vivere questo controllo come invadente, inutile, fastidioso e possono evidenziarsi nella relazione meccanismi di difesa di vario tipo, che è opportuno individuare per non compromettere il rapporto esistente.

Questo può accadere anche con il referente familiare, che a un certo punto del trattamento può essere stanco del suo ruolo e, senza esplicitarlo verbalmente perché non ne ha il coraggio o perché non ne è consapevole, può creare delle difficoltà concrete nell'ambito dei colloqui di tutorship (ad esempio potrebbe dare piú denaro di quello pattuito al giocatore, oppure non controllare le spese, agendo con maggiore superficialità). La capacità di riconoscere e gestire queste dinamiche è indispensabile per svolgere nel modo piú proficuo il lavoro di tutorship.

Il tutor ha inoltre un ruolo delicato anche rispetto alla gestione delle ricadute, che non devono essere demonizzate, ma al contrario dovrebbero assumere una valenza positiva: al giocatore infatti deve essere restituito che esiste la possibilità di parlarne in famiglia, in quanto bugie, menzogne e sotterfugi impediscono di recuperare un rapporto di fiducia e comprensione.

Le motivazioni che hanno portato il giocatore alla ricaduta non vengono affrontate all'interno del colloquio di tutorship, ma con il terapeuta; il tutor può però proporre l'uso di un diario su cui il giocatore può annotare i momenti della giornata o della settimana in cui gli capita di sentire l'impulso a giocare, specificando gli elementi piú significativi (il momento della giornata, se è solo o in compagnia, a cosa pensa, come si sente, se è successo qualcosa di particolare, ecc.).

Le riflessioni, le osservazioni, i problemi sorti nel percorso di tutorship vengono condivise con il terapeuta e ciò permette di procedere in modo sinergico nel lavoro di riabilitazione.

Gli strumenti proposti all'interno di un percorso di tutorship, quindi, sono:
- Diario giornaliero
- Scheda delle entrate e delle uscite.

Il Mediatore Legale
(a cura di D. Capitanucci)

Sarebbe auspicabile, specialmente in quelle situazioni dove sussiste una grave situazione debitoria che coinvolge istituti di credito, finanziarie, e similari enti creditori "forti", la figura affine al tutor del "mediatore legale". Questi avrebbe il compito, dopo avere formulato un quadro accurato della situazione patrimoniale e debitoria del giocatore, di prendere contatto con i creditori allo scopo di conciliare piani di rientro compatibili con la situazione economica del giocatore per evitargli condanne penali. La permanenza in trattamento del giocatore è ovviamente conditio sine qua non indispensabile per attivare e proseguire questo tipo di intervento, che non vuole essere "deresponsabilizzante", bensí rinviare ad un momento piú opportuno della cura il fronteggiamento degli impegni e degli obblighi avventatamente assunti nella fase di gioco eccessivo.

2. Diario del tutor

A cura di Angela Biganzoli

È il *Diario* in cui annotare i momenti in cui si sente il desiderio di giocare. Questi sono i punti da fissare per iscritto.

- GIORNO: annotare data e giorno della settimana in cui si sente il desiderio di giocare;
- ORA: segnare l'ora del giorno in cui si sente il desiderio di giocare;
- LUOGO: annotare il luogo in cui ci si trova;
- SOLO / IN COMPAGNIA DI CHI: annotare se, al momento in cui prova il desiderio di giocare, si è soli o in compagnia (specificare di chi);
- BISOGNO: i numeri valutano l'importanza che ha il gioco in quel particolare momento:
  1 = importantissimo e inderogabile
  2 = molto importante
  3 = abbastanza importante
  4 = poco importante
- MOTIVO: indicare il motivo per cui, secondo il proprio parere, si sente il bisogno di giocare in quel particolare momento (ad esempio per noia, solitudine, ansia, rabbia, ecc...);
- ESITO: indicare se si è effettivamente giocato, annotando la cifra esatta che si è utilizzata per giocare.

Sul foglio in allegato si può annotare qualsiasi riflessione o considerazione di cui si avrebbe piacere di parlare con il terapeuta al momento del colloquio (stati d'animo particolari, riflessioni, avvenimenti importanti, problemi, difficoltà, ecc.).

Tutorship
Diario del Tutor

Desiderio di giocare	**Giorno**	**Ora**	**Luogo**	**Solo /in compagnia di chi**	**Bisogno 1 – 2 – 3 - 4**	**Motivo**	**Esito (denaro giocato)**
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOTE:

3. Scheda del tutor: entrate / uscite

Data	Entrate (in €)	Fonte d'entrata	Spese (in €)	Motivo	Saldo restante (in €)

Cartelle cliniche

SIIPAC

1. Cartella clinica S.I.I.PA.C.

Dr Cesare Guerreschi, Bolzano[1]

N.: . . . . . .

Data di compilazione: . . . . . .

Dati generali

1. Dati anagrafici

Cognome: . . . . Nome: . . . . . .

Nato il: . . . . . Età: . . . . . A: . . . . . .

Residente a: . . . . . In: . . . . . .

Altro recapito: . . . . . .

Telefono: . . . . Altro numero: . . . .

Stato civile: . . . . . Titolo di studio: . . . .

Gruppo linguistico / madrelingua: . . . . . .

Situazione lavorativa: ❒ Studente ❑ Stabilmente occupato ❑ Precario

❑ Disoccupato dal: . . . . . ❑ Pensionato dal: . . . . . ❑ Possidente ❑ Non occupato

❑ Altro: . . . . . .

Medico di base: . . . . . Struttura inviante: . . . .

Altri soggetti di riferimento: . . . . . .

2. Diritto all'informazione / privacy

L'utente ê stato informato dei suoi diritti e sui modi dell'intervento? ❑ Sí ❑ No

Ha rilasciato il consenso? ❑ Sí

Ha autorizzato a consultare l'inviante? ❑ Sí ❑ No Se No, perché: . . . . . .

[1] S.I.I.PA.C (Società Italiana d'Intervento sulle Patologie Compulsive). Ringraziamo il Dr Cesare Guerreschi che ci ha permesso la riproduzione della cartella clinica utilizzata nel Centro per la terapia dei giocatori eccessivi, da lui fondato, a Bolzano e a Roma.

SIIPAC

3. Primo contatto

Data: . . . . . .

Modalità: ❑ Alcotel ❑ Di persona ❑ Per iniziativa di: . . . . . .

❑ Altro: . . . . . .
Precedenti contatti: . . . . . .
. . . . . .

Tipo di richiesta: ❑ Consulenza ❑ Diagnosi ❑ Sostegno ❑ Terapia

❑ Altro: . . . . . .

Azione proposta: ❑ Invio ad un operatore / psicologo ❑ Segnalare ad altra struttura

❑ Altro: . . . . . .

4. Assunzione

Presa in carico il: . . . . . Da: . . . . . .

5. Stato della relazione

Conclusa il: . . . . . Totale incontri: . . . . . .

Modalità conclusione: . . . . . .

. . . . . .

Osservazioni: . . . . . .

. . . . . .

SIIPAC

Guida al primo colloquio clinico

Data del primo colloquio: . . . . . Con: . . . . . .

1. Area personale

Diagnosi anteriori: ❑ Riferite ❑ Documentate

. . . . . .

. . . . . .

Data inizio dei problemi: . . . . . .

. . . . . .

Disturbi / problemi attuali: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

C'è stato un fattore scatenante / concomitante? ❑ No ❑ Sí Se Sí, indicare quale

. . . . . .

. . . . . .

Breve evoluzione del problema: . . . . . .

. . . . . .

Un esempio di comportamento / pensiero / affetto disturbato: . . . . . .

. . . . . .

Che cosa prevedere per il futuro: . . . . . .

. . . . . .

2. Area relazionale

(famiglia / scuola/lavoro/amicizia/affetti)

Con chi vive: . . . . . .

. . . . . .

Con chi ha il rapporto migliore/peggiore: . . . . . .

. . . . . .

Con chi trascorre la maggior parte del suo tempo: . . . . . .

. . . . . .

SIIPAC

3. Area soluzioni

Con chi ne ha parlato? . . . . . .

. . . . . .

Tentativi spontanei: . . . . . .

. . . . . .

Terapie specifiche: . . . . . .

. . . . . .

Terapie farmacologiche: . . . . . .

. . . . . .

Terapie psicologiche: . . . . . .

. . . . . .

Progetti: . . . . . .

. . . . . .

Altro: . . . . . .

. . . . . .

SIIPAC

Valutazione del 1° colloquio clinico

1. Impressioni sul soggetto

Il soggetto si è presentato:	❑ In anticipo	❑ Puntuale	❑ In ritardo	❑ Non si è presentato
Abbigliamento:	❑ Sportivo	❑ Elegante	❑ Da lavoro	❑ Trasandato ❑ Estroso
Verbalizzazione:	❑ Lenta	❑ Normale	❑ Logorroica	❑ Stile: . . . . .
Gestualità	❑ Bloccata	❑ Normale	❑ Incontrollata	
Relazione oggettuale:	❑ Adeguata	❑ Immatura	❑ Altro:	
Senso di realtà:	❑ Adeguato	❑ Qui ed ora	❑ Altro:	
Stato emotivo prevalente:	❑ Nervoso	❑ Rilassato	❑ Altro:	
Stato mentale	❑ Lucido	❑ Confuso	❑ Altro:	

2. Sui problemi / sintomi emersi

➔ Il problema come lo vede lui

Cause:	❑ Ereditarie	❑ Psicologiche	❑ Ambientali	❑ Altro: . . . . .
Prognosi:	❑ Ottimista	❑ Pessimista	❑ Altro: . . . . . :	
Sua gravità	❑ Leggera	❑ Media	❑ Altra: . . . . . :	
Sua transitorietà	❑ Sí	❑ No	❑ Altro:	

3. Fantasie del soggetto sull'incontro

Come se lo immaginava: . . . . . .

Perché il soggetto ci ha scelto: . . . . . .

. . . . . .

Che cosa si aspetta: ❑ Soluzione totale ❑ Mitigazione ❑ Altro: . . . . . .

4. Sulla domanda

Alla fine ha riconfermato la domanda iniziale? ❑ Sí ❑ No

Perché è venuto in questo momento della sua vita? ❑ Ultimo tentativo ❑ Curiosità

❑ Spinto da altri ❑ Disponibilità di tempo ❑ Fortemente determinato

❑ Altro: . . . . . .

Chiarezza della domanda? ❑ Sí ❑ No

5. Sui suoi bisogni

Quali bisogni vuole soddisfare? . . . . . .

. . . . . :

Che cosa vuol cambiare di sé? . . . . . .

. . . . . .

Chi deve fare lo sforzo per cambiare: ❑ Il soggetto ❑ L'ambiente ❑ Il terapeuta

A che cosa non vuole rinunciare (vantaggi secondari)? . . . . . .

. . . . . .

Che cosa può essere modificato? ❑ Comportamento ❑ Pensieri ❑ Affetti ❑ Sintomi

❑ Altro: . . . . . .

Chi è il paziente? . . . . . .

. . . . . .

Manca qualcosa al racconto? . . . . . .

. . . . . .

6. Motivazione al trattamento

. . . . . .

. . . . . .

7. Prime ipotesi diagnostiche

➔ Peso dei diversi fattori

Somatici / ereditari:	❑ Alto	❑ basso
Elementi di sostegno	❑ Alto	❑ basso
Generalizzazione:	❑ Alto	❑ basso
Familiari:	❑ Alto	❑ basso
Ambientali culturali:	❑ Alto	❑ basso
Affettivi:	❑ Alto	❑ basso
Cognitivi:	❑ Alto	❑ basso

➔ Importanza delle diverse componenti psicopatologiche

Orientamento sessuale:	❑ Molto importante	❑ Poco importante
Turbe post traumatiche:	❑ Molto importante	❑ Poco importante
Alimentazione:	❑ Molto importante	❑ Poco importante
Dipendenza da sostanze:	❑ Molto importante	❑ Poco importante
Ansia:	❑ Molto importante	❑ Poco importante
Rabbia / aggressività:	❑ Molto importante	❑ Poco importante
Depressioni:	❑ Molto importante	❑ Poco importante

Fobie sociali/agorafobia: ❑ Molto importante ❑ Poco importante

Compulsioni/ossessioni: ❑ Molto importante ❑ Poco importante

Altro: . . . . . .

➔ Valutazione del significato dato al comportamento di gioco d'azzardo eccessivo:

❑ Reattivo ❑ Esistenziale ❑ Altro: . . . . . .

➔ Valutazione dei processi cognitivi

Processi di pensiero: ❑ Lucidità ❑ Opacità ❑ Distraenti ❑ Altro: . . . . . .

Livello intellettivo: ❑ Basso ❑ Medio ❑ Alto

Memoria: ❑ Bassa ❑ Normale ❑ Alta

➔ Valutazione dei tratti di personalità

❑ Normali ❑ Nevrotici ❑ Borderline ❑ Psicotici

8. Proporre ulteriori approfondimenti su

❑ Fattori antecedenti ❑ Fattori di mantenimento ❑ Sulle motivazioni iniziali ❑ Eventi precipitanti

Assessment generali: ❑ CBA ❑ MMPI ❑ Altro: . . . . . .

Test di personalità: ❑ TAT ❑ Rorschach ❑ Altro: . . . . . .

Testi di livello: ❑ Matrici di Raven ❑ WAIS ❑ Altro: . . . . . .

Test clinici: . . . .

. . . . . .

9. Progetto d'intervento

❑ Sedute di sostegno ❑ Colloqui ❑ Programma terapeutico ❑ Intervento d'assistenza

❑ Coinvolgimento dei familiari ❑ Altro: . . . . . .

Anamnesi

1. Anamnesi obiettiva

➔ Breve descrizione del soggetto

Aspetto fisico: . . . . . .

. . . . . .

Statura: . . . . . Peso: . . . . . .

Colore (capelli / occhi): . . . . . Barba: . . . . . .

Segni particolari: . . . . . .

Stato generale: . . . . . .

. . . . . .

2. Anamnesi familiare

Attualmente vive ❑ Da solo ❑ Con la famiglia d'origine ❑ Con la nuova famiglia

❑ Con il partner ❑ Da amici ❑ In struttura

➔ Composizione della famiglia d'origine

Nome/posizione	età	scolarità	professione	Importante
Padre				
Madre				

Breve storia della vita in famiglia: . . . . . .

. . . . . .

Fantasie sulle sue origini: . . . . . .

. . . . . .

➔ Composizione della famiglia attuale

Nome	Età	scolarità	professione	Importante
Coniuge/ conviventi				Data matrimonio
Padre				
Madre				

Breve storia dell'attuale famiglia: . . . . . .

. . . . . .

Alcune notizie sul coniuge/convivente: . . . . . .

. . . . . .

Fantasie sul suo futuro: . . . . . .

. . . . . .

3. Anamnesi socio-culturale

➔ Abitazione: ❑ In affitto ❑ Di proprietà Dimensioni: . . . . . .

Stato appartamento: . . . . . Quartiere: . . . . . Anni di residenza attuale: . . . . . .

➔ Occupazione

Attività attuale: . . . . . .

Attività precedenti se pensionato: . . . . . .

Impegno lavorativo: ❑ Tempo pieno ❑ Part time ❑ Altro: . . . . . .

Soddisfazione sul lavoro: ❑ Bassa ❑ Normale ❑ Altra: . . . . . .

➔ Situazione economica: ❑ Brillante ❑ Adeguata ❑ Con debiti

Causa dei debiti: . . . . . .

➔ Problemi con la giustizia:

Per cause civili: ❑ No ❑ Sí
❑ Per insolvenze ❑ Truffe ❑ Altro

Condanne? . . . . . .

Per procedimenti penali? ❑ No ❑ Si

Per reati contro ❑ Patrimonio ❑ Le persone

Condanne? . . . . . .

4. Anamnesi patologica

➔ Disturbi organici

. . . . . .

Con ricovero

. . . . . .

Con intervento chirurgico

. . . . . .

➔ Traumatismi: ❑ No ❑ Si

Se Sí, quali: . . . . . .

Frequenza? . . . . . Luogo: ❑ Casa ❑ Lavoro ❑ Strada ❑ Altro: . . . . . .

➔ Disturbi psichici

Antecedenti (con date d'inizio): . . . . . .

. . . . . .

Attuali: . . . . . .

Loro gravità: . . . . . Persistenza: . . . . . .

Disturbi associati: . . . . . .

5. Anamnesi fisiologica

➔ Tappe dello sviluppo biologico

Gravidanza: ❑ Voluta ❑ Non voluta

Eventuali interferenze prenatali/perinatali: . . . . . .

.. . .

Eventuali fantasie del paziente, sulla propria nascita: . . . . . .

. . . . . .

Età della madre alla nascita del paziente: . . . . . .

Presenza del padre: ❑ Sí ❑ No

Alimentazione: ❑ Nella norma ❑ Con problemi ❑ Altro: . . . . . .

Sviluppo motorio: ❑ Nella norma ❑ Con problemi ❑ Altro:. . . . . .

6. Anamnesi psicologica

➔ Tappe dello sviluppo psicologico

Linguaggio: ❑ Nella norma ❑ Con problemi ❑ Altro: .. . . . .

Separazione/perdita: ❑ Nella norma ❑ Con problemi ❑ Altro: .. . .

Crisi:
❑ Oggetto transizionale
❑ Episodi di caparbietà
❑ Gelosia
❑ Malumore
❑ Diffidenza
❑ Reazioni affettive / emozionali anormali
❑ Crisi di collera
❑ Invidia
❑ Tristezza

Paure/fobie
Tipo: . . . . . .

Sessualità

❑ Investimento libidico: . . . . . .

❑ Attività: . . . . . .

❑ Problemi: . . . . . .

❑ Curiosità/informazioni: . . . . . .

Età del menarca: . . . . . .

Carattere/temperamento:

❑ Timido/isolato ❑ Aggressivo/spavaldo

Atteggiamento verso gli animali: . . . . . .

Stato d'animo prevalente: . . . . . .

Atteggiamento verso la sofferenza: . . . . . .

Esperienziali della sofferenza depressiva, malinconica: . . . .

Tentativi estremi di soluzione: ❑ No ❑ Sí

Se SÍ, quali e con quali conseguenze: . . . . . .

Problemi alimentari: ❑ Anoressia ❑ Obesità ❑ Rifiuti elettivi ❑ Altro: . . . . . .

Problemi con il sonno: ❑ Insonnia ❑ Letargia ❑ Altro: . . ..

7. Anamnesi socio-affettiva

➔ Frequentazione abituale

❑ Familiari ❑ Parenti ❑ Amici ❑ Colleghi ❑ Gruppi/club

❑ Altro: . . . . . .

➔ Luogo d'incontro

❑ Casa propria ❑ Presso amici ❑ Bar ❑ Club ❑ Centri sportivi/associazioni

❑ Altro: . . . .

➔ Frequenza incontri

❑ Nessuna ❑ Saltuaria ❑ Settimanale ❑ Giornaliera ❑ Altro: . . . . . .

➔ Credo religioso

❑ Sí ❑ No ❑ Praticato ❑ Sí ❑ No

➔ Ideale politico ❑ Sí ❑ No

❑ Impegno attivo ❑ Sí ❑ No

Passatempi: . . . . . .

Interessi: . . . . . .

Sport: . . . . . .

Diagnosi

1. Diagnosi DSM-IV

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

2. Diagnosi differenziale

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

3. Diagnosi clinica

. . . . . .

. . . . . .

4. Personalità di tipo

. . . . . .

. . . . . .

5. Indicazioni / controindicazioni
per un rapporto reciprocamente soddisfacente

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

6. Prospettive d'intervento (prognosi)

Durata: ❑ Breve ❑ Media ❑ Lunga

Frequenza: ❑ Settimanale ❑ Mensile

Probabilità efficacia: ❑ Modesta ❑ Media ❑ Alta

❑ Altro: . . . .

Tecnica terapeutica proposta: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

7. Diagnosi DSM IV

(Impulso patologico dall'uso di sostanze psicoattive)

	Sostanze	Codice dipendenza DSM-IV	Codice di abuso DSM-IV
❑	Alcol	F10.2x	F10.1
❑	Anfetamine (simpaticomimetici)	F15.2x	F15.1
❑	Cannabis	F12.2x	F12.1
❑	Cocaina	F14.2x	F14.1
❑	Allucinogeni	F16.2x	F16.1
❑	Inalanti	F18.2x	F18.1
❑	Nicotina	F17.2x	
❑	Oppiacei	F11.2x	F11.1
❑	Fenciclidina (PCP), Arilcicloexilaminici	F19.2x	F19.1
❑	Sedativi, ipnotici, ansiolitici	F13.2x	F13.1
❑	Piú sostanze	F19.2x	F19.1
❑	Sostanze psicoattive NAS	F19.2x	F19.1

8. Criteri diagnostici

(Almeno tre sintomi)

	Domanda	Sí	No
1.	La sostanza è usata in quantità maggiori?	❑	❑
2.	La sostanza è usata per periodo piú prolungati rispetto a questo previsto	❑	❑
3.	Desiderio persistente?	❑	❑
4.	Tentativi infruttuosi di sospendere o controllare l'uso?	❑	❑
5.	Una gran quantità di tempo è spesa in attività per procacciarsi la sostanza?	❑	❑
6.	Frequenti sintomi d'intossicazione o d'astinenza sul luogo di lavoro	❑	❑
7.	Interruzione/riduzione d'importanti attività sociali, lavorative	❑	❑
8.	Uso continuo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema esacerbato dall'uso della sostanza	❑	❑
9.	Tolleranza marcata (bisogno di quantità piú elevate di sostanza)?	❑	❑
10.	Sintomi di astinenza tipici della cannabis, allucinogeni, fenciclidina (PCP)?	❑	❑
11.	Altro? _____	❑	❑

Scheda valutazione

❑ Un mese ❑ Tre mesi ❑ Sei mesi ❑ Dodici mesi ❑ 18 mesi

Atteggiamento sviluppato: ❑ Rifiuto ❑ Difesa ❑ Collaborativo ❑ Altro: . . . . . .

. . . . . .

Problemi emersi: . . . . . .

. . . . . .

Rapporto con il terapeuta: . . . . . .

. . . . . .

Rapporto con un gruppo: ❑ D'informazione ❑ Film terapia ❑ Gruppo di auto-aiuto

❑ Di musico-terapia ❑ Di training ❑ Di sostegno ❑ Coi familiari ❑ Di coppia

. . . . . .

Eventuali ricadute: . . . . . .

. . . . . .

Interruzioni non concordate per: ❑ Abbandono ❑ Malattia ❑ Altro: . . . . . .

. . . . . .

Cambiamenti notati: ❑ Comportamentali ❑ Cognitivi ❑ Personalità ❑ Affettivi

❑ Relazionali ❑ Altro: . . . . . .

Conclusioni: . . . . . .

. . . . . .

Catamnesi

Aggiornamenti a
❑ Sei mesi ❑ 24 mesi ❑ 26 mesi ❑ 36 mesi ❑ 48 mesi ❑ 60 mesi

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

SIIPAC

Screening gioco d'azzardo

1. Gioco abituale

Tipi/preferenze: . . . . . .

❑ Gioco solitario ❑ Gioco di gruppo

2. Fattori temporali

Età dei primi interessi: . . . . . .

Inizio della dipendenza: . . . . . .

Inizio degli abusi: . . . . . .

Frequenza: ❑ Giornaliera ❑ Settimanale ❑ Mensile

. . . . . .

Complicanze derivate dal gioco: . . . . . .

. . . . . .

Abusi collegati al gioco: ❑ Sesso ❑ Alcol ❑ Stupefacenti ❑ Farmaci

❑ Altro: . . . . . .

Frequentazioni pericolose collegate al gioco: . . . . . .

Tentativi di abbandono: . . . . . .

Periodi di astinenza: . . . . . .

3. Fattori predisponenti

Atteggiamento della famiglia vs. il gioco del paziente: . . . . . .

. . . . . .

Precedenti nella famiglia: . . . . . .

. . . . . .

4. Fattori cognitivi

Consapevolezza della gravità della situazione: ❑ Sí ❑ No

Motivazioni sulla scelta del gioco: . . . . . .

. . . . . .

5. Fattori economici

Situazione economica di partenza: . . . . . .

Situazione economica attuale: ❑ Peggiorata ❑ Migliorata ❑ Invariata

Quantità di denaro investito: ❑ Modesta ❑ Alta ❑ Spropositata

❑ Altro: . . . . . .

Modalità di procacciamento: ❑ Risparmi personali ❑ Risparmi familiari ❑ Denaro prestato

❑ Denaro di dubbia provenienza ❑ Altro: . . . . . .

6. Fattori concomitanti

❑ Durante un episodio maniacale ❑ Durante una fase depressiva ❑ Associato a disturbo antisociale.

7. Diagnosi DSM-IV F63.0

"Impulso patologico al gioco d'azzardo"
(Almeno 5 sintomi; se 4 sintomi: gioco problematico)

Sintomo	**Sí**	**No**
Viene rispettato un livello di perdite predeterminate e accettabili?	❑	❑
Frequente preoccupazione per l'attività di gioco?	❑	❑
Frequente pensiero sull'approvvigionamento del denaro?	❑	❑
Tendenza a giocare somme maggiori di quelle preventivate?	❑	❑
Tendenza a giocare per periodi piú lunghi di quelli preventivati?	❑	❑
Bisogno di aumentare le somme giocate per mantenere lo stimolo?	❑	❑
Irrequietezza per l'impossibilità a giocare?	❑	❑
Ripetuti tentativi di rivincite in giorni successivi?	❑	❑
Reiterati tentativi di interrompere?	❑	❑
Abitudine a giocare anche in presenza di obblighi professionali o sociali?	❑	❑
Tendenza a sacrificare al gioco aree importanti di attività sociale, lavorativa, ricreativa?	❑	❑
Persistenza anche in assenza di fonti di denaro o di debiti?	❑	❑

SIIPAC

Screening abuso / dipendenza da sostanze psico-attive

1. Sostanze usate abitualmente

➔ Stimolanti del SNC

❑ Caffeina ❑ Nicotina ❑ Cocaina ❑ Anfetamine ❑ Antidepressivi

➔ Droghe psichedeliche

❑ Mescalina ❑ Psilocibina ❑ LSD ❑ Marijuana ❑ Hashish ❑ Ecstasy

➔ Sostanze deprimenti il SNC

❑ Alcol ❑ Barbiturici ❑ Anestetici ❑ Ansiolitici ❑ Ipnotici ❑ Tranquillanti ❑ Sonniferi
❑ Analgesici ❑ Antiemicranici ❑ Narcotici ❑ Prodotti di sintesi industriale (solventi)

➔ Droghe stupefacenti

❑ Oppio ❑ Morfina ❑ Eroina ❑ Metadone ❑ Cannabis ❑ Fenciclidina

2. Fattori temporali

Età d'inizio: .. . . . .

Modalità d'inizio: . . . . . .

Cause / concomitanze: . . . . . .

Modalità del consumo: ❑ Ai pasti ❑ Fuori pasto

Dosi abituali: . . . . . .

Frequenza dell'assunzione: ❑ Ogni ora ❑ Giornaliera ❑ Settimanale ❑ Mensile

Variazioni negli ultimi tre mesi: ❑ Invariata ❑ Diminuita ❑ Aumentata di: . . . . . .
❑ Cessata

Interruzioni: ❑ Sí ❑ No

Ricadute: .. . . . .

3. Motivazioni

❑ Sentirsi bene ❑ Per risolver problemi fisici / psichici / sociali ❑ Altro: . . . . . .

4. Che cosa cambia con l'uso dei farmaci

❑ Comportamenti ❑ Aggressività ❑ Sicurezza ❑ Altro: . . . . . .

❑ Affetti (il farmaco diventa la cosa piú importante): . . . . . .

❑ Pensieri: ❑ Mentire ❑ Giustificare ❑ Pensieri fissi

Altro: . . . . . .

Valori: . . . . . .

5. Comportamenti illeciti

❑ Aumento delle dosi prescritte dal medico ❑ Prescrizione da diversi medici

❑ Falsificazione di ricette ❑ Bugie

6. Co-fattori

❑ alcoldipendenza ❑ abusi di sostanze in famiglia. ❑ Padre ❑ Madre

❑ Fratelli / sorelle ❑ Altri: . . . . . .

❑ Ansia / nevrosi d'angoscia / fobie ❑ Essere già stato dipendente da altri farmaci

❑ Tossicodipendenza

7. Atteggiamenti cognitivi

Consapevolezza: ❑ Piena ❑ Assente ❑ Parziale

La dipendenza ❑ Non viene ammessa ❑ Viene ammessa ❑ Illusione di smetter quando si desidera

❑ Illudersi di controllarsi

I danni ❑ Non sono ammessi ❑ Sono sminuiti ❑ Sono accettati ❑ Ci si ritiene immuni

Le informazioni ❑ Sono rifiutate ❑ Contestate ❑ Accolte

8. Sintomi specifici d'astinenza

❑ Dolori ❑ Allucinazioni

9. Sintomi associati

❑ Alterazioni dell'umore ❑ Diminuzione autocritica / autocontrollo ❑ Irritabilità

❑ Aggressività ❑ Mal di stomaco ❑ Vomito ❑ Mal di testa ❑ Bassa pressione

❑ Perdita di peso ❑ Insonnia ❑ Apatia ❑ Rallentamento

❑ Vitalità seguita da passività

10. Atteggiamento dei familiari verso il problema

❑ Negazione ❑ Consapevolezza ❑ Colpevolezza ❑ Disponibilità a: . . . . . .

2. GIGP: Questionario clinico

Di Tazio Carlevaro, coordinatore del Gruppo d'Interesse per il Gioco Problematico[1]

Questo questionario è pensato per un vasto lavoro di ricerca epidemiologica, e di seguito catamnestico, come la legislazione svizzera prescrive nel caso dei giocatori patologici. È dunque stato costruito specificatamente per l'elaborazione elettronica dei dati.

1 Note introduttive

Si tratta d'un questionario che viene aperto ***ogni volta in cui viene attivata*** una domanda di presa a carico, per ragioni legate al gioco patologico. Quindi, viene aperto all'entrata del caso, e viene riempito al primo follow up, al secondo, e cosí via. Quando hanno luogo i vari follow up, è una cosa da vedere. Nel programma di sensibilizzazione al gioco eccessivo, i momenti di follow up sono determinati.

Il ***primo follow up*** si fa dopo tre mesi dalla chiusura del caso (parlo di chiusura, ma può essere un'interruzione unilaterale, senza avere terminato le tre opre previste), e il ***secondo*** ha luogo dopo un anno dalla chiusura del caso.
Una volta chiuso il caso, esso si riapre solo con un nuovo questionario. Indica, infatti la precedente presa a carico, e il numero d'entrata facilita il riconoscimento. Viene chiesto, in caso di follow up, se ha comunque avuto altre consultazioni per il gioco, dopo queste.

2 Capitoli del questionario

Dati del questionario e della presa in carico

La prima parte del questionario può essere riempito dalla segretaria. Comprende i dati che riguardano il paziente: sia per il suo riconoscimento, sia per la sua collocazione demografica.
1-2: I primi due punti, il **codice identificativo (2)** del paziente e **L'entrata del caso nell'istituzione (1)**, sono quelli "originari", che servono a identificare il paziente nei suoi percorsi terapeutici. Essi devono essere ripresi per ogni riapertura. Si sa infatti che è possibile che un paziente si veda riaprire il proprio caso per gioco d'azzardo, quando però era stato paziente in precedenza, magari per altri motivi. La chiusura di un caso dipende dall'istituzione: di solito, si fa dopo un anno dall'ultima consultazione, anche per le prese a carico interrotte, ma può essere fatta prima (per decisione presa dal paziente e dal terapeuta). Va ricordato che se il caso è chiuso, e poi viene riaperto per ragioni collegate con il gioco, i dati vengono ripresi, ma il questionario è nuovo. Si riapre dunque un nuovo caso.
3-8: Tutto il resto del capitolo sui dati del questionario dev'essere riempito alla riapertura per via del gioco, e nei follow up, a seconda di chi apre, e a seconda della situazione alla riapertura. Abbiamo lasciato degli spazi per i casinò di Lugano, Locarno, Mendrisio e Campione, cosa che forse creerà dei problemi di segretezza dei dati, ma si tratta di una necessità prevista anche dalla legge sul gioco d'azzardo. per l'estero, si può creare una casella speciale.
Il punto **3** chiede ***quando*** si sia attivata la presa a carico attuale, dovuta al gioco d'azzardo, e il punto **4** chiede ***chi sia*** **il responsabile** della presa a carico.

[1] Un gruppo non ufficiale, ma molto attivo, che opera nel Cantone Ticino (Svizzera).

Il punto **5** chiede ***dove*** si sia attivata la domanda di presa a carico. Se qualcuno usa questo questionario all'estero, deve cambiarne e adattare il contenuto alla sua situazione.
Al punto **6**, notiamo che è possibile segnare anche **il momento attuale** della presa a carico: in particolare, non servirà per futuri follow up i dati che dovessimo raccogliere nel caso di una consulenza o di una perizia, a meno che non ne sia seguita una terapia (primo colloquio, colloquio di chiusura, primo e secondo follow up, consulenza, perizia, altro).
Il punto **7** indica la **data** del colloquio; iscriveremo la data iniziale dell'apertura del caso, se si tratta di un primo colloquio d'apertura del caso.
Il punto **8** ci dice quale sia la **posizione del paziente** rispetto alla richiesta di colloquio per un follow up. Vogliamo sapere se ha ricevuto la lettera (in particolare potrebbe aver ricevuto la lettera, ma rifiutarsi di partecipare), e se è venuto al colloquio di follow up. Anche rifiutare di venire è comunque un segnale! Importante è distinguere il tipo di follow up: eseguito con una consultazione, oppure con una telefonata.

Dati del paziente

9-25: Chiara è la necessità di iscrivere i **dati del paziente**, dal punto 9 al punto 24. Alcuni di questi punti possono mutare a seconda del momento: possono cambiare a seconda della data del follow up: oppure possono mutare tra un'iscrizione in un registro iniziale, e un'altra apertura piú tardiva, magari per altre ragioni che non il gioco.
il punto **9** indica la **data di nascita** (non cambia di certo né nei confronti dell'apertura originaria della cartella, né nei futuro follow up).
Per quanto attiene al punto **10**, sul **sesso**, cambia solo se cambia il sesso, appunto, come modernamente può succedere.
Il punto **11** chiede dove **abiti** il paziente. C'è una lista di comuni che distingue tra comuni "urbani", comuni "semiurbani" o "di cintura", e comuni "rurali". Anche in funzione dei km dalla città (la lista, per il Ticino, è stata elaborata dal Centro di Documentazione e Ricerca dell'Organizzazione Socio-Psichiatrica Cantonale – OSC).
Invece, i dati del punto **12** possono cambiare ("naturalizzazione"). Se qualcuno ha due **nazionalità**, tra cui una è quella svizzera, viene indicata la nazionalità svizzera. Se si usa questo questionario al di fuori della Svizzera, questa domanda va adattata.
Variabili sono i dati del punto **13**, in cui si chiede dove resieda il paziente. Quando si indica che "non risiede nel Ticino", si vuole indicare che **non abita** nel Cantone, e che vi si trova per caso, o per turismo.
Il punto **14** chiede dati sul **tipo di statuto del paziente rispetto all'immigrazione** (stagionale, frontaliero, rifugiato, turista, oppure "non concerne", ossia da dimorante o domiciliato, svizzero oppure no).
Rilevante per il follow up è il punto **15**, sullo **stato civile**: che può cambiare. Ne possiamo seguire l'evoluzione nel tempo.
Il punto **16** chiede il numero di **figli** (compresi quelli deceduti).
Il punto **17** chiede ragguagli **sulla formazione scolastica** (nessuna formazione, formazione interrotta, formazione conclusa oppure ancora in corso). Serve a indicare la scolarità.
Se la formazione è in corso, interrotta o conclusa, quale **livello** ha raggiunto? È il punto **18**. E qui ci sono i vari livelli di scuola. Sono difficili da standardizzare nel resto della Svizzera, e nei paesi stranieri.
Il punto **19** chiede quale sia il **grado di occupazione**: dal tempo pieno a una mancanza di attività professionale (non necessariamente è però un disoccupato!).
Il punto **20**, sull'attività svolta, chiede **in quale professione**, negli ultimi sei mesi, si è stati attivi. Ci sono anche domande sullo stato p.es. sul pensionamento. Il termine "casalinga" è da utilizzare in piú, per una donna che lavora in parte come casalinga, ed in parte ha un lavoro di tipo lucrativo. Si dà la possibilità di rispondere con due indicazioni, quando qualcuno svolge due lavori (p.es. a metà tempo: impiegata e casalinga, o docente e giornalista).
Il punto **20a** è stato aggiunto piú tardi, perché gli psichiatri, di solito, sono poco inclini a porla. Si chiede **quanto guadagna il paziente**, ossia qual è la media dei suoi ultimi tre stipendi (è meglio chiedere la somma netta dalle deduzioni). È invece una domanda indispensabile, nella terapia dei giocatori, e specialmente al momento del colloquio di sensibilizzazione, nel Casinò.
Il punto **21**, sulla **situazione abitativa**; distingue le varie possibilità di vita con altri: dalla famiglia all'istituzione.

Il punto **22**, sulla segnalazione: **chi ha segnalato** il paziente? Che, naturalmente, può segnalarsi da solo.
Il punto **23** tratta le **ragioni della segnalazione** (vanno indicati soltanto **tre ragioni, le principali**): va messa una crocetta, al massimo, dunque, tre. Sono segnalazioni di disagio.
Il punto **24** chiede **chi ha dato informazioni al paziente** circa il procedere di segnalazione o auto-segnalazione. Ci dice chi è attento alle situazioni nuove.
Il punto **25** chiede **le ragioni per cui uno viene**, ossia le motivazioni personali: per esigenze del tribunale, per curiosità, per avere giocato in passato - in modo eccessivo, come prevenzione di una futura eventuale uscita di strada, per riprendere in mano la situazione. Indica il tipo di motivazione. Se fosse possibile, sarebbe utile **una sola** indicazione. Al massimo, comunque, **tre**.

Gioco d'azzardo

26-43: Il capitolo su **gioco d'azzardo**, dal punto 26 al punto 43, indica la situazione al momento del colloquio, ed eventualmente la situazione al momento delle precedenti settimane. In altre parole, chi dovesse aver avuto, al momento del primo colloquio, sei mesi di astinenza dal gioco, verrebbe ritenuto già in stato di remissione. Ma naturalmente si prenderebbero normalmente i dati che si riferiscono a prima dei sei mesi. Se uno ha "smesso" ma a volte giochicchia ancora. Questo è considerato "gioco", e viene misurato come tale.
Distinguiamo i grandi giochi (roulette, buole, black jack, baccarà, trenta quaranta, ruota della fortuna), le slot machines (fruit machine, videopoker), i giochi a carte e dadi (pocker, dadi), le lotterie (lotto, gratta e vinci, tombola e bingo, altre), le scommesse sullo sport o su animali, i giochi d'abilità a soldi (biliardi, bocce, Internet). Probabilmente non tutto dev'essere indicato, e d'altra parte il questionario è lungo, ma la gente gioca difficilmente piú di 2 giochi.
Magari il paziente **non gioca piú**, ma giocava (**26**). Lo deve indicare. Se ha smesso sei mesi prima o piú, riferirà del gioco a quel momento. Invece, se non ha smesso, la registrazione rispecchia la situazione attuale.
Inoltre (**27**), qui deve dire anche ***dove* gioca** (in che Casinò, in che Kursaal, o altrove). Può dare anche parecchie risposte. In particolare, se gioca su Internet!
Alla domanda **28** si chiede **qual è il gioco praticato**. Si risponde anche se il giocatore ha smesso da oltre sei mesi. Si possono dare parecchie risposte, tutte quelle necessarie.
Al punto **29** si indica l'ordine di **preferenza** dei giochi, se è possibile, su tre giochi, se è il caso.
Al punto **30** si chiede la **frequenza** del gioco (ossia quante volte al giorno, alla settimana, e al mese), e al punto **31** si chiede **quante ore** si dedicano al gioco, per settimana, e per ogni singolo gioco praticato. Infine, al punto **32** si chiede **quanto si spende**, settimanalmente, per il gioco. Si indichi se sono CHF o Euro. Comunque, se il questionario viene dall'Italia, si calcolerà in euro.
Sono dati importanti in genere, che risultano poi bene al momento del follow up, quando fosse un arresto del gioco, e quindi una diminuzione della spesa, e del tempo utilizzato. L'ultima possibilità di risposta è "attualmente non gioca". È da indicare per quei pazienti che attualmente non giocano quel gioco lí, pur avendolo giocato, ma che NON hanno spesso di giocare per tutto.
Com'è il tipo di gioco del paziente? Lo chiede il punto **33**, che distingue tra gioco in crescita, in diminuzione, ad andamento stabile, o con frequenza caotica, o a *binge*, ossia a abbuffata. Ma che permette anche d'indicare chi non gioca (piú).
Quando è cominciata la **rincorsa** si chiede alla domanda **34**. La rincorsa è il meccanismo che si attiva in cui il paziente ormai perde, e crede di dover aumentare la propria attività di gioco anche per ricuperare il denaro perso (e che non poteva perdere, per ragioni sociali e familiari). Dopo aver perso, torna alla sala giochi per "ricuperare" quanto il giorno prima aveva perso. Perdendo, evidentemente, quello che avrebbe potuto risparmiare.
Quando (**a che età**) il paziente ha **cominciato** in assoluto a giocare? Lo chiede il punto **35**. Si deve dare l'indicazione dell'età d'inizio, e riguarda tutti i giochi praticati dal paziente. Si calcola in anni (A.D.), o in anni di età, ma bisogna indicarlo.
La domanda **36** chiede se il paziente ha avuto una **vincita iniziale** rilevante.
La domanda **37** chiede se il paziente è stato diffidato, o ha chiesto **l'autodiffida**. Essa prevede anche la possibilità che il paziente non abbia ancora fatto una scelta. La domanda **38** approfondisce: **quando** è stata chiesta o è stata data?
Poi, se il tempo passa (follow up!), può anche darsi che il paziente abbia chiesto la **riammissione** al gioco, ossia una revoca (punto **39**). Lasciare in bianco indica che non è avvenuto. La domanda

40 indica se il paziente ha ricevuto il **permesso di ritornare** al gioco, oppure no. Ma in certi casi non riguarda (perizia), oppure se si tratta di giochi dove non è possibile una esclusione.
I **debiti** spesso sono una conseguenza del gioco sregolato. Lo chiede il punto **41**. A quanto ammonta la **somma globale** (piú o meno, ben s'intende: di solito è difficile fare una somma precisa, almeno all'inizio). Lo chiede il punto **42**: nel follow up è interessante vederne la diminuzione. Bisogna indicare la valuta (CH, Euri). Ma **da dove veniva il denaro** utilizzato per giocare? ecco la domanda del punto **43**. Insomma, ci sono varie possibilità, tutte da repertoriare.

Dipendenze

44-48: Misuriamo anche le dipendenze: il tabagismo, oppiacei e cocaina, ed eventualmente anche altre dipendenze. Lo facciamo soltanto su indicazione del paziente. Invece, per l'alcol ci basiamo sul Cage-test. Si tratta di stabilire se la dipendenza è *attuale*.
Il punto **44** chiede il **numero di** sigarette fumante al giorno. Poi si chiede se sono presenti uso di **oppiacei** (**45**) e uso di **cocaina** (**46**). Segue il **Cage-test**, per l'alcol (**47**), e la possibilità di tenere conto **d'altri abusi, o di altre dipendenze** (**48**).

Esami testistici

49-54: Gli esami testistici, dal 48 al 53, richiedono l'applicazione di due test, uno per **l'ansia** (**49**) e uno per la **depressione** (**50**), di cui vanno iscritti di volta in volta i valori in punti. Vanno eventualmente rifatti, specialmente nel momento del follow up. Raccomandiamo i test più noti, come i due test di Hamilton, o i due test di Zung.
Il punto **51**: chiede il valore in punti del **Fisher DSM-IV Screen**, che va rifatto anche ad ogni momento del follow up. È indicata la possibilità di rispondere *sí* oppure *no*, oppure di suddividere la risposta secondo *never* ("mai"), *sometime* ("ogni tanto"), oppure *often* ("spesso"). Il mio suggerimento è quello di riprendere la suddivisione in 4 punti, che può essere facilmente trasformata in quella in 2 punti, specialmente se il numero di pazienti è scarso. Invece, sarà interessante calcolare su d'un alto numero di pazienti, dopo qualche anno, i dati differenziati.
È possibile anche fare altri test, come il test di **Beaudoin e Cox** (**52**), o il **SOGS** (**53**), o altri test ritenuti utili (da indicare per nome: **54**).

Problemi antecedenti

55-56: Nella famiglia **ci sono stati problemi di gioco**? È la domanda **55**. Si può lasciare semplicemente la risposta, con un sí o un no, oppure anche completare, dal punto 1 al punto 9, ma *non è obbligatorio*. L'ultima domanda richiede informazioni su altre dipendenze in famiglia. La domanda è ristretta ai genitori, ed ai fratelli e sorelle.
Si chiede poi (**56**) se il paziente ha già avuto una precedente presa a carico psichiatrica, nel senso dell'Istituzione che l'ha preso a carico. All'estero, bisognerà pensare a istituzioni analoghe. Non è necessario completare la domanda. *Basta indicare se sí o se no.*
57: Questa è la **diagnosi precedente**, concernente il paziente. Evidentemente, lo si può fare solo se si conosce la storia clinica, e se l'estensore del questionario è un medico o un infermiere specialista, o uno psicologo clinico. Può essere tralasciata.

Diagnosi attuale

58-59: La domanda **58 ha riferimento alla** diagnosi corrente, fatta dal medico o dallo psicologo. Per cominciare, bisogna indicare quale è il punto di riferimento (ICD-10, DSM-IV). Si prevede una prima diagnosi psichiatrica (in questi casi, di solito, è *Disturbo di gioco d'azzardo patologico* F63.0 - ICD-10). Ma c'è anche la possibilità di indicare una *depressione*, o altro, e una o due malattie *somatiche*. In caso di follow up, e se il paziente va meglio, la diagnosi può cambiare, o addirittura non porsi neppure piú. Allora si ricorre ai codici Z: p.es. Z02).
Il punto **59** fa riferimento alla **diagnosi di personalità**. Queste corrispondono al capitolo F60-69 (ICD-10). Le diagnosi si debbono porre secondo il sistema ICD-10 o DSM-IV. Se nella domanda 58 si è risposto con ICD, anche qui bisogna utilizzare l'ICD.

Presa in carico

60-64: Qui si presentano le domande sulla presa in carico (**60**). Per il primo incontro, si nota solo se il caso è **stato preso in carico, oppure no**. Nel *follow up* seguono ulteriori domande. Dap-

prima, se la presa in carico continua o è terminata. Poi, se è psicoeducazione, presa in carico in genere, presa in carico con psicoterapia, presa in carico nel gruppo, solo assistenza sociale, o in Ospedale. Evidentemente, conta anche la segnalazione ad uno specialista del ramo.
La domanda **61** chiede se la presa in carico è **terminata** in modo concordato, oppure con rottura. Magari anche dopo una prima consultazione, o con una prima consultazione, dopo la quale il paziente non si presenta piú, neanche per il follow up (per quello la possibilità di rispondere è data anche nella prima colonna).
La domanda **62** chiede **quante ore** (ossia sedute) di presa a carico siano state effettuate.
Tra le varie possibilità di presa in carico, abbiamo chiesto una differenziazione della **farmacoterapia** (**63**): nessun farmaco, neurolettici, ansiolitici, antidepressivi, litio, sonniferi, farmaci anti-craving, o altri farmaci.
Utile è la domanda (**64**), su che cosa sia davvero servito della presa in carico. È una ***domanda aperta***, rivolta al **terapeuta**.

Conseguenze in famiglia

65-66: Segue un gruppo di domande **sull'accordo** in famiglia (**64**): è buono, passabile o non buono. Segue una domanda sul **controllo *attuale* delle finanze** (**66**): ricuperato, ricuperato in parte, non ricuperato. Da seguire con cura, specialmente nel follow up.

Ricaduta

La ricaduta è un evento centrale della presa a carico (**67-68**).
La ricaduta è qui definita (**67**) come una **ripresa del gioco**, anche se limitata nel tempo, ***dopo un arresto del gioco di 6 settimane almeno***. Se le settimane sono meno di sei, è semplicemente un paziente che non ha raggiunto l'astinenza dal gioco. Vale beninteso per il follow up. Si misurano il numero delle ricadute, e il tempo globale in cui sono durate.
Magari qualcuno, dopo l'interruzione o la fine della terapia, e in seguito a qualche ricaduta, ha **dovuto ricorrere altrove** a una presa a carico (**68**).

Valutazioni globali

Terminiamo con valutazioni (**69-71**), espresse dal paziente.
Dapprima (**69**), chiediamo come si sente, **come va globalmente**, rispetto al gioco. Poi c'è una domanda incrociata, che riguarda le **condizioni al *momento*** specifico della chiusura e del follow up (**70**).
La domanda **71** permette la **valutazione del programma di psico-educazione**, al primo ed al secondo follow up ("Sono del parere che il programma sul gioco eccessivo mi sia stato d'aiuto"), secondo cinque punti: da "niente" a "moltissimo".
La domanda **72** permette di chiedere al paziente (evidentemente solo nel follow up), liberamente, **che cosa a suo parere sia stato davvero utile** nel suo caso.

Conclusione

Al punto **73**, possiamo lasciar parlare liberamente il paziente. Che possa dire qualcosa, che sia almeno qui libero di esprimersi.

GIGP

GIGP: Questionario clinico

Di Tazio Carlevaro, coordinatore del Gruppo d'Interesse per il gioco eccessivo

Domanda	***Apertura caso***	***1° Follow up***	***2° Follow up***	***Eventuale***
Dati del questionario				
1. Entrata "assoluta" del caso (ggmmaa)	/____:____:____/			
2. Codice identificativo del paziente	/____:____:____/			
3. Data della presa a carico attuale (ggmmaa)	/____:____:____/			
4. Operatore	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
5. Servizio 1= SPS Mendrisio 2= SPS Lugano 3= SPS Bellinzona 4= SPS Locarno 5= CPC Mendrisio 6= SPPM all'EOC 7= Casinò Lugano	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑

Domanda	***Apertura caso***	***1° Follow up***	***2° Follow up***	***Eventuale***
8= Casinò Locarno 9= Casinò Mendrisio 10= Casinò Campione 11= Altro (specificare)	8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 /_____/	8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 /_____/	8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 /_____/	8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 /_____/
6. Stato attuale della presa a carico 1= primo colloquio 2= colloquio di chiusura 3= 1° colloquio di follow up 4= 2° colloquio di follow up 5= consulenza 6= perizia 7= altro (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/
7. Data di questo colloquio (ggmmaa)	/____:____:____/	/____:____:____/	/____:____:____/	/____:____:____/
8. Se si tratta di follow up: 1= ha ricevuto la lettera di convocazione 2= è venuto al colloquio 3= oppure ha risposto al telefono		 1 ❑ Sí 2 ❑ No 2 ❑ Sí 2 ❑ No 3 ❑ Sí 2 ❑ No	 1 ❑ Sí 2 ❑ No 2 ❑ Sí 2 ❑ No 3 ❑ Sí 2 ❑ No	 1 ❑ Sí 2 ❑ No 2 ❑ Sí 2 ❑ No 3 ❑ Sí 2 ❑ No
Dati del paziente				
9. Data di nascita (ggmmaa)	/____:____:____/			
10. Sesso	1 ❑ M 2 ❑ F	1 ❑ M 2 ❑ F	1 ❑ M 2 ❑ F	1 ❑ M 2 ❑ F

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
11. Domicilio (Comune in cui abita)	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
12. Nazionalità attuale	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
13. Da quanto risiede nel Paese / Cantone 1= meno di 5 anni 2= 5-10 anni 3= 11-20 anni 4= piú di 20 anni 5= dalla nascita 6= non risiede nel Paese / Cantone	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑
14. Tipo di statuto, se straniero 1= domiciliato 2= residente 3= stagionale 4= frontaliero/a 5= rifugiato/a 6= clandestino 7= turista 8= altro (es. diplomatico)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑
15. Stato civile 1= celibe / nubile 2= sposato/a 3= vedovo/a 4= separato/a 5= divorziato/a	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑
16. Numero dei figli (0= nessun figlio)	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
17. Formazione (scolastica e professionale) 1= nessuna formazione 2= formazione interrotta 3= formazione conclusa 4= formazione in corso	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑
18. Se “formazione in corso, interrotta o conclusa”, indicare il livello piú alto raggiunto 1= scuola elementare (primi cinque anni) 2= ginnasio / maggiori / scuole medie inferiori (3-4 anni) 3= scuola professionale / propedeutica, apprendistato 4= Scuola media superiore: magistrale / liceo / scuola cantonale di commercio (Bellinzona, Chiasso), istituti tecnici 5= università, scuola universitaria professionale 6= scuola di specializzazione post-universitaria 7= scuola senza determinazione di livello, scuola speciale 8= tirocinio empirico	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑
19. Occupazione professionale 1= a tempo pieno 2= a tempo parziale 3= senza attività professionale 4= altro (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 /_____/
20. Attività svolta negli ultimi sei mesi (anche due risposte) 1= aiuto operaio/a, o operaio/a non qualificato/a in attività manuale 2= operaio/a qualificato/a o artigiano/a senza funzione direttiva 3= operaio/a o artigiano/a con funzioni direttive 4= lavoratore agricolo, contadino/a 5= impiegato/a con attività semplice (attività d’ufficio senza diploma; es. impiegato in genere, commessa)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
6= impiegato/a con attività qualificata (es. infermiere, operatore sociale, maestra elementare) 7= impiegato/a con funzione direttiva (es. capo ufficio) 8= professione accademica (es. docente scuole medie, medico, avvocato) 9= indipendente (es. esercente, commerciante con al max. 5 dipendenti, commerciante in genere) 10= direttore/direttrice, gerente di un'impresa con piú di 5 impiegati 11= casalinga 12= in formazione (es. studente, apprendista) 13= pensionato AVS (vecchiaia) 14= beneficiario di una rendita (es. invalido AI) 15= disoccupato/a 16= altro (p.es. Assistenza pubblica)	6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 ❑ 12 ❑ 13 ❑ 14 ❑ 15 ❑ 16 /_____/	6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 ❑ 12 ❑ 13 ❑ 14 ❑ 15 ❑ 16 /_____/	6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 ❑ 12 ❑ 13 ❑ 14 ❑ 15 ❑ 16 /_____/	6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 ❑ 12 ❑ 13 ❑ 14 ❑ 15 ❑ 16 /_____/
20a. Guadagno medio mensile degli ultimi tre mesi	Valuta: /___/ Valore: /_____/	Valuta: /___/ Valore: /_____/	Valuta: /___/ Valore: /_____/	Valuta: /___/ Valore: /_____/
21. Situazione abitativa attuale 1= vive al domicilio da solo/a 2= vive al domiclio con il partner/coniuge 3= vive al domicilio con i figli 4= vive al domicilio con i figli e partner/coniuge 5= vive al domiclio con i genitori 6= struttura protetta (foyer, appartamento protetto, istituto) 7= Istituzione medicalizzata (CPE, CTA) 8= altro (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/
22. Segnalazione: chi o quale ente ha inviato il/la paziente (all'apertura di questo caso) 1= medico privato *non* psichiatra ("medico di base") 2= medico della psichiatria pubblica (es. OSC) 3= medico della psichiatria privata 4= psicologo o psicoterapeuta privato 5= medico ospedaliero (pronto soccorso, reparto, clinica privata)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑			

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
6= medico perito 7= organi di giustizia e ordine pubblico (polizia, magistratura, pretura, centro di servizio sociale, avvocati, procuratori legali) 8= servizi sociali, servizi per alcolisti, servizi per tossicomani 9= organi tutori 10= assicurazioni (pubbliche: AI, SUVA, AM; e private: al di là della mutua) 11= parenti o amicii 12= autosegnalazione 13= altro (specificare)	6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 ❑ 11 ❑ 12 ❑ 13 /_____/			
23. Ragioni della segnalazione (solo **tre**, le principali) 1= problemi finanziari 2= problemi lavorativi 3= problemi legali 4= comportamento compulsivo nel gioco d'azzardo 5= problemi familiari e di relazione 6= problemi legati all'umore (ansia, depressione) 7= problemi somatici 8= altro (specificare)	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/			
24. Da chi il/la paziente ha avuto informazioni su chi rivolgersi 1= famiglia 2= amici 3= datore di lavoro, colleghi di lavoro 4= medico o psicoterapeuta 5= mezzi di comunicazione 6= Telefono di servizio (143, Numero verde) 7= operatori del Casinò 8= altri giocatori, o frequentatori del posto dove gioca 9= lo sapeva già lui stesso 10= altro (specificare)	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 /_____/			

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
25. Perché viene qui (meglio **una**, **max. tre**) 1= per curiosità 2= in precedenza, ha giocato in modo compulsivo 3= come misura preventiva rispetto al giocare 4= perché deve riprendere in mano il problema del gioco 5= per esigenze del tribunale 6= per poter magari continuare a giocare 7= per altri motivi (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/			
Gioco d'azzardo				
26. *Se sono passati sei mesi o piú dalla fine del gioco*, indicatelo, e rispondete ugualmente alle domande seguenti. 1= Ho smesso di giocare da sei mesi o piú	 1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No
27. *Dove giochi o hai giocato?* (possibili parecchie risposte): 1= Casinò dove? (specificare) 2= bar 3= sala giochi 4= sala bingo 5= sala scommesse lotterie / Ricevitorie del lotto 6= sala scommesse sportive / Sala corse 7= ippodromo 8= altro (dove)	 1 ❑ /_____/ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	1 ❑ /_____/ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	1 ❑ /_____/ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	1 ❑ /_____/ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
28. Tipo di gioco d'azzardo praticato negli ultimi sei mesi, o prima di smettere. Indicare con una crocetta il nome.				
Grandi giochi al Casinò 1= roulette 2= boule 3= blackjack 4= baccarà 5= trente et quarante 6= ruota della fortuna 7= altro (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/
Slot machines 8= fruit machine 9= videopoker 10= altro (specificare)	 8 ❑ 9 ❑ 10 /_____/	 8 ❑ 9 ❑ 10 /_____/	 8 ❑ 9 ❑ 10 /_____/	 8 ❑ 9 ❑ 10 /_____/
Giochi a carte o a dadi 11= poker 12= dadi 13= altro (specificare)	 11 ❑ 12 ❑ 13 /_____/	 11 ❑ 12 ❑ 13 /_____/	 11 ❑ 12 ❑ 13 /_____/	 11 ❑ 12 ❑ 13 /_____/
Lotterie 14= lotto 15= gratta e vinci 16= tombola (e bingo) 17= altre lotterie	 14 ❑ 15 ❑ 16 ❑ 17 ❑	 14 ❑ 15 ❑ 16 ❑ 17 ❑	 14 ❑ 15 ❑ 16 ❑ 17 ❑	 14 ❑ 15 ❑ 16 ❑ 17 ❑
Scommesse su sport o animali 18= totocalcio/totogol/schedina 19= totip 20= scommesse sullo sport 21= scommesse sui cavalli 22= altre scommesse	 18 ❑ 19 ❑ 20 ❑ 21 ❑ 22 ❑	 18 ❑ 19 ❑ 20 ❑ 21 ❑ 22 ❑	 18 ❑ 19 ❑ 20 ❑ 21 ❑ 22 ❑	 18 ❑ 19 ❑ 20 ❑ 21 ❑ 22 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
Giochi d'abilità a soldi 23= biliardo 24= bocce 25= giochi a soldi su Internet 26= altri giochi a soldi (specificare)	 23 ❑ 24 ❑ 25 ❑ 26 /_____/	 23 ❑ 24 ❑ 25 ❑ 26 /_____/	 23 ❑ 24 ❑ 25 ❑ 26 /_____/	 23 ❑ 24 ❑ 25 ❑ 26 /_____/
29. I tre giochi preferiti (in ordine d'importanza) 1= primo gioco preferito 2= secondo gioco preferito 3= terzo gioco preferito	 1 /_____/ 2 /_____/ 3 /_____/	 1 /_____/ 2 /_____/ 3 /_____/	 1 /_____/ 2 /_____/ 3 /_____/	 1 /_____/ 2 /_____/ 3 /_____/
30. Con che frequenza gioca d'azzardo negli ultimi mesi (o prima, se ha smesso da sei mesi o piú?)				
Grandi giochi al Casinò 1= tutti i giorni 2= 3-6 volte a settimana 3= 1-2 volte a settimana 4= 2-3 volte al mese 5= 1 volta al mese 6= meno di una volta al mese 7= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑
Slot machines 1= tutti i giorni 2= 3-6 volte a settimana 3= 1-2 volte a settimana 4= 2-3 volte al mese 5= 1 volta al mese 6= meno di una volta al mese 7= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑
Giochi a carte o a dadi 1= tutti i giorni 2= 3-6 volte a settimana 3= 1-2 volte a settimana 4= 2-3 volte al mese 5= 1 volta al mese 6= meno di una volta al mese	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
7= attualmente non gioca	7 ❑	7 ❑	7 ❑	7 ❑
Lotterie 1= tutti i giorni 2= 3-6 volte a settimana 3= 1-2 volte a settimana 4= 2-3 volte al mese 5= 1 volta al mese 6= meno di una volta al mese 7= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑
Scommesse su sport o animali 1= tutti i giorni 2= 3-6 volte a settimana 3= 1-2 volte a settimana 4= 2-3 volte al mese 5= 1 volta al mese 6= meno di una volta al mese 7= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑
Giochi d'abilità a soldi 1= tutti i giorni 2= 3-6 volte a settimana 3= 1-2 volte a settimana 4= 2-3 volte al mese 5= 1 volta al mese 6= meno di una volta al mese 7= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑
31. Tempo dedicato al gioco d'azzardo in una settimana, o, se ha smesso da sei mesi almeno, in precedenza				
Grandi giochi al Casinò 1= 50 ore o piú 2= 30-50 ore a settimana 3= 10-30 ore a settimana 4= 5-10 ore a settimana 5= 1-5 ore a a settimana 6= meno di 1 ora a settimana 7= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
Slot machines				
1= 50 ore o piú	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= 30-50 ore a settimana	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= 10-30 ore a settimana	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= 5-10 ore a settimana	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= 1-5 ore a a settimana	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= meno di 1 ora a settimana	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
7= attualmente non gioca	7 ❑	7 ❑	7 ❑	7 ❑
Giochi a carte o a dadi				
1= 50 ore o piú	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= 30-50 ore a settimana	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= 10-30 ore a settimana	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= 5-10 ore a settimana	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= 1-5 ore a a settimana	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= meno di 1 ora a settimana	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
7= attualmente non gioca	7 ❑	7 ❑	7 ❑	7 ❑
Lotterie				
1= 50 ore o piú	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= 30-50 ore a settimana	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= 10-30 ore a settimana	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= 5-10 ore a settimana	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= 1-5 ore a a settimana	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= meno di 1 ora a settimana	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
7= attualmente non gioca	7 ❑	7 ❑	7 ❑	7 ❑
Scommesse su sport o animali				
1= 50 ore o piú	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= 30-50 ore a settimana	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= 10-30 ore a settimana	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= 5-10 ore a settimana	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= 1-5 ore a a settimana	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= meno di 1 ora a settimana	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
7= attualmente non gioca	7 ❑	7 ❑	7 ❑	7 ❑
Giochi d'abilità a soldi				
1= 50 ore o piú	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= 30-50 ore a settimana	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= 10-30 ore a settimana	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= 5-10 ore a settimana	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= 1-5 ore a a settimana	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= meno di 1 ora a settimana	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
7= attualmente non gioca	7 ❑	7 ❑	7 ❑	7 ❑
32. Quanto spende settimanalmente per il gioco d'azzardo? (o in precedenza, se ha smesso da sei mesi o piú)				
Grandi giochi al Casinò				
1= CHF 1000, o piú (€)	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= CHF 500-1000 (€)	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= CHF100-500 (€)	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= CHF 50-100 (€)	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= CHF 0-50 (€)	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= attualmente non gioca	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
Slot machines				
1= CHF 1000, o piú (€)	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= CHF 500-1000 (€)	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= CHF100-500 (€)	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= CHF 50-100 (€)	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= CHF 0-50 (€)	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= attualmente non gioca	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
Giochi a carte o a dadi				
1= CHF 1000, o piú (€)	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= CHF 500-1000 (€)	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= CHF100-500 (€)	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= CHF 50-100 (€)	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= CHF 0-50 (€)	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= attualmente non gioca	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
Lotterie				
1= CHF 1000, o piú (€)	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= CHF 500-1000 (€)	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= CHF100-500 (€)	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= CHF 50-100 (€)	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= CHF 0-50 (€)	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑
6= attualmente non gioca	6 ❑	6 ❑	6 ❑❑	6 ❑
Scommesse su sport o animali				
1= CHF 1000, o piú (€)	1 ❑	1 ❑	1 ❑	1 ❑
2= CHF 500-1000 (€)	2 ❑	2 ❑	2 ❑	2 ❑
3= CHF100-500 (€)	3 ❑	3 ❑	3 ❑	3 ❑
4= CHF 50-100 (€)	4 ❑	4 ❑	4 ❑	4 ❑
5= CHF 0-50 (€)	5 ❑	5 ❑	5 ❑	5 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
6= attualmente non gioca	6 ❑	6 ❑	6 ❑	6 ❑
Giochi d'abilità a soldi 1= CHF 1000, o piú (€) 2= CHF 500-1000 (€) 3= CHF100-500 (€) 4= CHF 50-100 (€) 5= CHF 0-50 (€) 6= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑
33. Tipo di fasi di gioco 1= gioco in crescita 2= gioco in diminuzione 3= gioco stabile 4= gioco con frequenza caotica 5= gioco a *binge* 6= attualmente non gioca	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑
34. La "rincorsa" Quando hai cominciato la "rincorsa" (in mesi, rispetto al presente)?	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
35. A che età hai cominciato a giocare?				
Grandi giochi al Casinò 1= roulette 2= boule 3= black jack 4= baccarà 5= trente-et-quarante 6= ruota della fortuna 7= altro (specificare) /_____/	 1= /_____/ 2= /_____/ 3= /_____/ 4= /_____/ 5= /_____/ 6= /_____/ 7= /_____/			
Slot machines 8= fruit machine 9= videopoker 10= altro (specificare) /_____/	 8= /_____/ 9= /_____/ 10= /_____/			
Giochi a carte o a dadi 11= poker	 11= /_____/			

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
12= dadi 13= altro (specificare) /_____/	12= /_____/ 13= /_____/			
Lotterie 14= lotto 15= gratta e vinci 16= tombola (e bingo) 17= altre lotterie	 14= /_____/ 15= /_____/ 16= /_____/ 17= /_____/			
Scommesse su sport o animali 18= totocalcio/totogol/schedina 19= totip 20= scommesse sullo sport 21= scommesse sui cavalli 22= altre scommesse	 18= /_____/ 19= /_____/ 20= /_____/ 21= /_____/ 22= /_____/			
Giochi d'abilità a soldi 23= biliardo 24= bocce 25= giochi a soldi su Internet 26= altri giochi a soldi (specificare)	 23= /_____/ 24= /_____/ 25= /_____/ 26= /_____/			
36. Ha avuto una vincita iniziale consistente?	1 ❑ Sí 2 ❑ No			
37. Ha chiesto l'autodiffida, o è stato diffidato? 1= autodiffida 2= diffida 3= presenza limitata in sala 4= né l'una, né l'altra 5= non concerne	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑
38. In che data ha richiesto l'autodiffida, o è stato diffidato? (ggmmaa)	/____:____:____/	/____:____:____/	/____:____:____/	/____:____:____/
39. Ha chiesto la revoca della diffida o dell'autodiffida? (ggmmaa)	/____:____:____/	/____:____:____/	/____:____:____/	/____:____:____/

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
40. Ha ottenuto la revoca dell'autodiffida o della diffida? 1= autodiffida 2= diffida 3= né l'una né l'altra 4= non concerne	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑
41. Il paziente ha debiti di gioco?	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No
42. Ammontare dei debiti di gioco in CHF (€)	/__/ /_____/	/__/ /_____/	/__/ /_____/	/__/ /_____/
43. Origine del denaro utilizzato per il gioco (anche parecchie risposte) 1= budget preventivato 2= tolto alle normali spese di casa 3= risparmi 4= vendita di beni 5= prestiti da familiari e amici 6= prestiti da altre forme 7= attività illecite 8= altro (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 /_____/
Dipendenze				
44. Tabagismo Numero di sigarette fumate al giorno	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
45. Oppiacei	Presente ❑	Presente ❑	Presente ❑	Presente ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
46. Cocaina	Presente ❑	Presente ❑	Presente ❑	Presente ❑
47. Cage Test (alcol) 1= Avete pensato recentemente alla necessità di diminuire il vostro bere? 2= Vi siete sentiti infastiditi dalle osservazioni che vi sono state fatte nel vostro ambiente di vita riguardo al bere, e dai consigli di diminuire o di smettere di bere? 3= Vi sentite in colpa per quanto riguarda il vostro consumo alcolico? 4= Avete bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farvi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑
48. Altro problema di dipendenza da sostanza (specificare)	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
Esami testistici				
49. Scala dell'ansia. Valore in punti.	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
50. Scala della depressione. Valore in punti	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
51. Fisher-DSM-IV-Screen. Valore in punti	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
52. Test di Beaudoin e Cox. Valore in punti	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
53. SOGS. Valore in punti	/_____/	/_____/	/_____/	/_____/
54. Altri test (specificare) /_____/ valore in punti /_____/ valore in punti	/_____/ /_____/	/_____/ /_____/	/_____/ /_____/	/_____/ /_____/
Problemi antecedenti				
55. Antecedenti famigliari con il gioco eccessivo: 1= Nella famiglia del/la paziente ci sono o ci sono stati problemi di gioco eccessivo? 2= Il padre ha o ha avuto problemi di gioco? 3= La madre ha o ha avuto problemi di gioco? 4= Entrambi i genitori hanno o hanno avuto problemi di gioco? 5= Uno piú fratelli/sorelle hanno o hanno avuto problemi di gioco? 6= Il padre e uno o piú fratelli/sorelle hanno o hanno avuto problemi di gioco? 7= La madre e uno o piú fratelli/sorelle hanno o hanno avuto problemi di gioco? 8= Entrambi i genitori e uno o piú fratelli/sorelle hanno o hanno avuto problemi di gioco? 9= Padre, madre, fratello o sorella hanno avuto altri problemi di dipendenze (alcol, droga, o altro)?	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑			
56. Precedenti prese in carico di natura psicologica o psichiatrica (anche piú d'una) *Sí o no* Se "sí", 1= Servizi psichiatrici pubblici ambulatoriali	 1 ❑ Sí 2 ❑ No 1 ❑			

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
2= Clinica psichiatria pubblica 3= Medico psichiatra ambulatoriale 4= Clinica privata 5= psicologo e psicoterapeuta privato 6= medico generico per cure psichiatriche 7= altro (specificare)	2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 /_____/			
57. Diagnosi antecedenti (anche piú d'una) 1= gioco d'azzardo patologico *Disturbi dell'umore* 2= Episodio maniacale 3= Episodio depressivo *Disturbi d'ansia* 4= Disturbi d'ansia (fobia, attacchi di panico) 5= Disturbi ossessivi compulsivi *Abuso* o dipendenza da sostanze 6= Alcol 7= Eroina 8= Cocaina *Altro* 9= Disturbi da deficit dell'attenzione 10= Altro antecedente (specificare)	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10 /_____/			
Diagnosi attuale				
58. Ipotesi diagnostica Psichiatrica: ICD-10 Psichiatrica: DSM-IV 1= prima diagnosi 2= seconda diagnosi 3= terza diagnosi (*Diagnosi* somatica)	 ❑ Sí ❑ Sí 1 /F__.___/ 2 /F__.___/ 3 /F__.___/	 ❑ Sí ❑ Sí 1 /F__.___/ 2 /F__.___/ 3 /F__.___/	 ❑ Sí ❑ Sí 1 /F__.___/ 2 /F__.___/ 3 /F__.___/	 ❑ Sí ❑ Sí 1 /F__.___/ 2 /F__.___/ 3 /F__.___/

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
4= prima diagnosi 5= seconda diagnosi	4 /_____/ 5 /_____/	4 /_____/ 5 /_____/	4 /_____/ 5 /_____/	4 /_____/ 5 /_____/
59. Diagnosi di personalità ICD-10 o DSM-IV 1= Disturbo da personalità antisociale 2= Disturbo narcvisistico di personalità 3= Disturbo borderliine di personalità 4= Altro	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑
Presa in carico				
60. Presa in carico 1= è stata decisa una presa in carico? 3= psico-educazione 4= presa in carico non specifica (d'appoggio) 5= presa in carico con psicoterapia 6= presa in carico in gruppo 7= presa in carico di tipo esclusivamente sociale 8= presa in carico in clinica o in ospedale 9= segnalazione ad uno specialista	 1 ❑ Sí 2 ❑ No	 1 ❑ aperta 2 ❑ chiusa 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑	 1 ❑ aperta 2 ❑ chiusa 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑	 1 ❑ aperta 2 ❑ chiusa 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑
61. Conclusione concordata della presa in carico?		1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No
62. Numero di consultazioni nel periodo della presa in carico		/_____/	/_____/	/_____/
63. Farmacoterapia (anche parecchie risposte) 1= nessun farmaco	 1 ❑	 1 ❑	 1 ❑	 1 ❑

Domanda	***Apertura caso***	***1° Follow up***	***2° Follow up***	***Eventuale***
2= neurolettici 3= ansiolitici 4= antidepressivi 5= litio 6= sonniferi 7= anti-craving 8= altro	2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑	2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑
64. Che cos'è servito maggiormente? (*domanda aperta*, per il terapeuta)	1. 2. 3-	1. 2. 3-	1. 2. 3-	1. 2. 3-
Conseguenze in famiglia				
65. Accordo in famiglia 1= buono 2= passabile 2= non buono	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑
66. Controllo sulle finanze 1= ricuperato 2= ricuperato in parte 3= non ricuperato	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
Ricaduta				
67. Ricadute (dopo un arresto del gioco, di almeno sei settimane) 1= Numero 2= Durata in giorni /d/, o settimane /s/		1 /_____/ 2 /_____/	1 /_____/ 2 /_____/	1 /_____/ 2 /_____/
68. Altre consultazioni fatte altrove, per ragioni collegate al gioco	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No	1 ❑ Sí 2 ❑ No
Valutazioni globali				
69. Valutazione globale 1= vado meglio 2= vado peggio 3= non è cambiato nulla		1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑
70. Condizione alla chiusura, all'interruzione dei colloquio, o al follow up 1= peggiorata 2= stazionaria 3= lievemente migliorata 4= notevolmente migliorata		1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑	1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑

Domanda	*Apertura caso*	*1° Follow up*	*2° Follow up*	*Eventuale*
71. Valutazione del **programma di psico-educazione**, al momento del follow up *Sono del parere che il programma di sensibilizzazione sul gioco eccessivo mi sia stato d'aiuto.*		1 ❑ per niente 2 ❑ solo un po' 3 ❑ mediamente 4 ❑ parecchio 5 ❑ moltissimo	1 ❑ per niente 2 ❑ solo un po' 3 ❑ mediamente 4 ❑ parecchio 5 ❑ moltissimo	1 ❑ per niente 2 ❑ solo un po' 3 ❑ mediamente 4 ❑ parecchio 5 ❑ moltissimo
72. Che **cos'è servito maggiormente**? (domanda aperta, per il paziente)				
73. Altre considerazioni				

3. Cartella clinica GAP
Dipartimento delle Dipendenze: ASL – Varese

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese

Direttore: Dr Vincenzo Marino[1]

Il Gruppo Clinico Gioco d'Azzardo dell'ASL della Provincia di Varese[2] ha messo a punto una *Cartella clinica*, attualmente in fase di sperimentazione negli ambulatori del Dipartimento delle Dipendenze che si occupano di Gioco d'azzardo eccessivo.

La Cartella sperimentale è composta da due sessioni principali.

A. Parte generale

- *Sezione generale:* che contiene tutte le notizie anagrafiche e la modulistica essenziale.
- *Sezione anamnestica*: anamnesi medica, psicologica e sociale, individuale e familiare.

B. Cartella specifica
Suddivisa in due sezioni.

- *Sezione specifica* relativa al gioco comprendente la storia del gioco, l'indagine motivazionale, e l'indagine sui comportamenti correlati al gioco.
- Una seconda parte, che raccoglie tutti gli *strumenti utili alla valutazione e alla diagnosi* del paziente: ad es. SOGS, MAC-G, intensità del *craving*, ecc.

La peculiartà dello strumento è di essere *modulare*, in modo da consentire all'operatore (fatto salvo le informazioni di base indispensabili) di selezionare caso per caso il materiale necessario a supporto del suo lavoro di anamnesi, costruendo il percorso diagnostico piú indicato alla situazione.

Anche le griglie proposte possono essere utilizzate o sostituite da appunti dell'operatore, a seconda del metodo di lavoro.

---

[1] Gli autori ringraziano il Dr Vincenzo Marino per averne concesso la riproduzione in quest'opera.

[2] Membri del gruppo di lavoro, coordinato da Daniela Capitanucci dal settembre 2000 al dicembre 2002, che hanno contribuito alla stesura della presente bozza di cartella sperimentale sono A. Anglani, E. Arrigoni, A. Biganzoli, R. Cantú, A. Capo, T. Cavalieri, M.G. Crespi , G.P. De Micco, R. Guzzetti, G. Mamolo, P. Martignoni, A. Meloni, F.Reina, E. Occhipinti, M. Scalas, A. Seraffi, R. Smaniotto.

ASL-VA

CARTELLA GIOCO D'AZZARDO

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE
DIRETTORE DOTT. VINCENZO MARINO

SER.D. NR. _____

U.O. Ser.T.: _____

1. SEZIONE ANAGRAFICA E DIARIO

Cartella clinica N. _____

ASL-VA

Cartella clinica Nr. . . . . .

Data……

COGNOME……..NOME……..

Nato il……a……Prov……

Residente a…… ..Prov……

Domiciliato a……..Prov…….

Tel……SESSO □ M □ F

Cittadinanza……

Nr. Tessera sanitaria…….Es.ticket……

Codice fiscale nr……..

Medico di base……

Tipo di richiesta:

- ❑ Consulenza
- ❑ Presa in carico

Presa in carico il……..

OPERATORI DI RIFERIMENTO:

- ❑ Medico……
- ❑ Psicologo……
- ❑ Assistente sociale……
- ❑ Educatore professionale……..
- ❑ Infermiere professionale…….

ASL-VA

Modulo B

TIPOLOGIA UTENZA: GIOCATORI PATOLOGICI

Cognome_____ Nome_____ Data di nascita I_I_II_I_II_I_I Comune di residenza_____ Sesso M Í F Í Nr cartella I_I_I_I_I_I	ASL VARESE (201) U.O. Territoriale di: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Operatore I_I_I_I Data I_I_II_I_II_I_I

Dati socio-anagrafici

Titolo di studio
- ❑ Nessuno
- ❑ Licenza elementare
- ❑ Media inferiore
- ❑ Scuola Professionale
- ❑ Media Superiore
- ❑ Titolo parauniversitario
- ❑ Laurea
- ❑ Sconosciuto
- ❑ Non rilevato

Occupazione
- ❑ Disoccupato
- ❑ Occupato stabilmente
- ❑ Occupato saltuariamente
- ❑ Sottoccupato
- ❑ In cerca di prima occupazione
- ❑ Casalinga
- ❑ Studente
- ❑ Pensionato
- ❑ Militare di leva o OdC
- ❑ Altro
- ❑ Non rilevato

Stato civile
- ❑ Celibe/nubile
- ❑ Coniugato/a
- ❑ Separato-a/Divorziato-a
- ❑ Vedovo/a
- ❑ Convivente
- ❑ Non rilevato

Tipologia di gioco prevalente e dipendenza da sostanze stupefacenti, alcol e farmaci

Tipologia di gioco:
- ❑ Video poker
- ❑ Cavalli
- ❑ Giochi da casinò
- ❑ Bingo
- ❑ Lotto
- ❑ Altro_____

Dipendente da altre sostanze: Sí Í No Í
Se sí :Í alcol Í sostanze stupefacenti Ípsicofarmaci
Í tabacco

Trattamento:
- ❑ Medico-farmacologico ambulatoriale
- ❑ Psicoterapia individuale
- ❑ Psicoterapia di gruppo o familiare
- ❑ Trattamento socio-riabilitativo
- ❑ Inserimento in comunità
- ❑ Inserimento nei gruppi di auto-mutuo aiuto
- ❑ Altro

Esito del programma:
- ❑ Ancora in corso
- ❑ Completato
- ❑ Interrotto (dopo 30 giorni)
- ❑ Interrotto dall'utente*
- ❑ Interrotto in accordo col servizio*
- ❑ Deceduto
- ❑ Trattato in carcere

*dopo almeno 2 mesi di programma terapeutico

ASL-VA

Cognome e nome……..Cartella nr……..

Data…….....

Modalità primo contatto:

- ❑ Telefonico
- ❑ Di persona
- ❑ Familiare

Non preso in carico per:

- ❑ Invio ad altro servizio
- ❑ Motivazione soggettiva
- ❑ Consulenza per terzi
- ❑ Altra patologia
- ❑ Liste d'attesa
- ❑ altro

Segnalazione

- ❑ Il paziente stesso
- ❑ Familiare
- ❑ Ospedale
- ❑ Medico di base
- ❑ Volontario
- ❑ Servizi sociali comunali
- ❑ Autorità giudiziaria
- ❑ Altri servizi ASL
- ❑ Altro……..

Note……

……

……

…….....

Cognome e nome…….Cartella nr……..

DIARIO GIORNALIERO

DATA	ATTIVITA'	OSSERVAZIONI

Cognome e nome……..Cartella nr……..

DIARIO GIORNALIERO

DATA	

Cognome e nome……Cartella nr……..

NOTE

ASL-VA

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a……
Avvalendosi della facoltà concessa dall'art.2 Legge n.15/1968, come modificato dall'art.3, comma 10 della legge 127/97, sotto la propria responsabilità dichiara:

- Di essere nato/a a…….il……...
- Di essere residente a ……

in via……tel…….....
e autorizza gli operatori del SerT a verificare la veridicità di quanto dichiarato presso il/i Comune/i indicati.

Firma……

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a……autorizzo gli operatori di questo servizio, del quale sono utente, in deroga all'obbligo del rispetto del segreto professionale d'ufficio e della tutela dei dati sensibili(CPP art.200, DPR 309/90 art 120, L.675/96) a trasmettere:

- ☐ sí ☐ no i miei dati anagrafici
- ☐ sí ☐ no mie notizie di carattere personale
- ☐ sí ☐ no dati relativi al mio stato di salute
- ☐ sí ☐ no informazioni sull'andamento del trattamento

ai seguenti soggetti.

- Genitori (specificare……)
- Familiare (specificare……..)
- Operatori di altri servizi (specificare…….....)
- Operatori di comunità terapeutica (specificare……..)
- Altri soggetti (specificare……....)

Data……..

Il/La paziente

……..

☐ Revoca dell'autorizzazione

Data……..Il/La paziente……..

2. SEZIONE ANAMNESTICA

La *Sezione anamnestica* è suddivisa in quattro sezioni:

- *Anamnesi medica*, stesa dal sottogruppo di lavoro composto da G. Mamolo, R. Guzzetti, A. Seraffi, G.P. De Micco[1], con l'obiettivo di stendere una cartella sanitaria approfondita.

- *Anamnesi sociale*, *Anamnesi familiare e Anamnesi psicologica*, stese dal sottogruppo di lavoro composto da A. Anglani, M. Scalas, T. Cavaleri, P. Martignoni, R. Cantú, A. Biganzoli, E. Arrigoni, A. Meloni[2], con l'obiettivo di approntare quella parte della cartella clinica inerente l'approfondimento degli aspetti anagrafici del soggetto, quali storia personale, familiare, di coppia, ecc., dal punto di vista sia psicologico che sociale-relazionale

[1] Medici del Dipartimento delle Dipendenze.

[2] Operatori (psicologi, assistenti sociali, infermieri ed educatori professionali, medici) afferenti al progetto "La vita in gioco" dell'ASL di Varese.

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI MEDICA

Data……..

Anamnesi familiare

Padre	Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……) □ sano, □ patologie……. ……...
Madre	Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……....) □ sano, □ patologie…….. …….…...
Fratelli, sorelle	**Sesso M □ F □** Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……..…) □ sano, □ patologie…….. …….... **Sesso M □ F □** Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……....) □ sano, □ patologie…….…. ……..... Sesso M □ F □ Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……) □ sano, □ patologie…….. ……..... Sesso M □ F □ Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……..…) □ sano, □ patologie…….…. …….
Figli	No □ Sí □ Sesso M □ F □ Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……..…) □ sano, □ patologie…….…. Sesso M □ F □ Età…….□ vivente, □ deceduto (causa……) □ sano, □ patologie……
Parenti –fam.	□ tossicodipendente, □ alcoldipendente, □ farmacodipendenze altre patologie…….....

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI MEDICA

Data……..

Anamnesi familiare

DATA	

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI MEDICA

Data……

Anamnesi fisiologica

Nascita e periodo neonatale	Nato a termine □ pretermine □, Parto eutocico □, distocico □…… Patologie neonatali……..
Scolarità	❑ Titolo di studio ❑ Interruzione studi (specificare)……..... ……......
Servizio militare	❑ Espletato (corpo…….....) ❑ Riformato per…….. ❑ Obiettore
Carcere	No □ Sí □
Occupazione	Occupazione attuale…….…..... ……..... Pregresse attività lavorative……..... ……..... …….
Sviluppo psicomotorio	❑ Regolare ❑ Patologie……..... ……..... ……
Appetito, alimentazione	□ regolare, □ abnorme, □ scarso, □ assente □ regolare, □ incongrua
Digestione	□ regolare, □ irregolare…….…..... ……
Alvo	□ regolare, □ alterno, □ stitico, □ diarroico
Diuresi	□ regolare, □ irregolare…….…..... ……
Ciclo mestruale	Menarca età……Menopausa età……..... □ regolare, □ patologie……..... Uso di contraccettivi orali……..... ……
Gravidanze Aborti	□ nessuna □ a termine nr……..□ patologie……..... □ nessuno □ IVG nr……..□ altri cause……..... ……
Vita sessuale	□ nessuna, □ eterosex , □ omosex, □ bisex……..... stato civile attuale……..... nr figli……..... ……
Allergie	□ assenti, □ iatrogene……..... □ alimentari……..... ……
Sonno	□ regolare, □ disturbi……..... Legati ad uso di sostanze □ no, □ sí ……

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI MEDICA

Anamnesi fisiologica

DATA	

ASL-VA

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI MEDICA

Anamnesi patologica remota

DATA	

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI MEDICA

Anamnesi patologica prossima

(specificare le terapie in atto)

DATA	

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ESAME OBIETTIVO

DATA	
Notizie generali	Statura cm……..peso Kg……..PA……FC……. Facies……. Decubito…….. Respiro…….. Sensorio e psiche……..
Cute e annessi □ normale	□ anomalie , patologie colorito…….. Cicatrici, ecchimosi, edemi, nevi…….. Flebiti, venopunture……..
Capo e collo □ normale	□ normale □ alito…….. □mucosa orale…….. □ lingua…….. □ denti…….. □ tiroide……..
Linfonodi □ normale	□ anomalie, patologie …….. ……..
Torace	 Respiro…….. FVT…….. MV…….. Fonesi…….. Mobilità basi…….. .
Cuore	 Toni cardiaci…….. Ritmo…….. Soffi e/o sfregamenti……..
Addome	 Conformazione…….. Peristalsi…….. Dolenza…….. Masse, versamenti, ernie……..
Organi ipocondriaci	 Fegato…….. Milza……..
Arti e polsi □ normale	□ anomalie, patologie …….. ……..
App. muscoloscheletrico □ normale	□ anomalie, patologie …….. ……..
Esame neurologico	Pupille □ miotiche □ midriatiche Riflessi fotomotori conservati □ torpidi □ vivaci □ Nervi cranici…….. R.O.T…….. Babinsky…….. Mingazzini…….. Romberg…….. Nistagmo…….. Postura, deambulazione …….. ……..

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ESAME OBIETTIVO

DATA	

Cognome e nome……Cartella nr……..

ANAMNESI SOCIALE

Data……

ATTIVITA' LAVORATIVA ATTUALE:……

IMPEGNO LAVORATIVO

- ❑ Tempo pieno
- ❑ Part Time
- ❑ Altro…….....

SODDISFAZIONE LAVORATIVA
Bassa
Normale
Altro…….....

STORIA LAVORATIVA
……
……
……

INVALIDITA'

Si
No

Se si: □ Civile □ Da lavoro Percentuale di invalidità…….%

SERVIZIO MILITARE O CIVILE

Esito visita di leva
- ❑ Abile
- ❑ Rivedibile
- ❑ Esonerato

Servizio di leva □ SI' □ NO Perché…….....

Se sí
- ❑ Servizio militare
- ❑ Servizio civile
- ❑ Congedo anticipato
- ❑ Altro…….....

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI SOCIALE

Data……

SITUAZIONE ECONOMICA

- ❑ Brillante
- ❑ Adeguata
- ❑ Con debiti

Causa debiti……

MEZZI DI SOSTENTAMENTO

- ❑ Reddito da lavoro
- ❑ Reddito del partner o della famiglia di origine
- ❑ Integrazioni familiari
- ❑ Pensione
- ❑ Sussidi da enti comunali
- ❑ Sussidi da associazioni
- ❑ Attività saltuarie
- ❑ Non rilevato
- ❑ Altro……

ABITAZIONE

- ❑ In affitto
- ❑ Di proprietà
- ❑ Altro……

ATTUALMENTE VIVE

- ❑ Da solo
- ❑ Con la famiglia di origine
- ❑ Con nuova famiglia
- ❑ Con partner
- ❑ Da amici
- ❑ In struttura
- ❑ Altro……

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI SOCIALE

Data……

PROBLEMI CON LA GIUSTIZIA

- ❑ Sí
- ❑ No

Se sí

Per cause civili

- ❑ Insolvenze
- ❑ Truffe
- ❑ Altro……

Per procedimenti penali in atto

- ❑ Reati contro il patrimonio
- ❑ Reati contro le persone
- ❑ Assegni falsi
- ❑ Frodi
- ❑ Furti
- ❑ Fallimento di impresa
- ❑ Uso di soldi destinati ad altro
- ❑ Altro……

<u>Condanne riportate:</u>

……

……

……

……

PATENTE DI GUIDA

Conseguita □ SI' □ NO

Sospensioni/Revoche:

I data……..II data……..

Motivazione delle sospensioni/revoche:

……

……

……

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI SOCIALE

DATA	

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI FAMILIARE

Data……

FAMIGLIA DI ORIGINE

- ❑ Famiglia di origine
- ❑ Famiglia di adozione (età adozione…….....)

GENITORI

- ❑ Conviventi
- ❑ Sposati
- ❑ Separati
- ❑ Divorziati
- ❑ Altro……

Composizione della famiglia di origine:

	Nome e cognome	**M/F**	**Età**	**Anno decesso**	**Occupazione**	**Titolo di studio**
Padre						
Madre						

Note:
……
……
……
…….

ASL-VA

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI FAMILIARE

Data…….....

Coniugato/Convivente dal…….....

Separato/Divorziato dal…….....

Nr. figli di cui M nr…….F nr…….

Composizione della famiglia attuale

	Nome e cognome	M/F	Età	Anno decesso	Occupazione	Titolo di studio
Partner						
Figlio/a						

Note:

……

……

……

…….....

PRINCIPALI PROBLEMATICHE FAMILIARI

Esistenza dei seguenti problemi nei:

	Genitori	Partner	Figli
❑ Gioco ❑			
❑ Alcol ❑			
❑ Sostanze stupefacenti ❑			
❑ Anoressia/bulimia ❑			
❑ Problemi psichiatrici ❑			
❑ Problemi con la giustizia ❑			

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI FAMILIARE

DATA	

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI PSICOLOGICA

Data……

(da compilarsi in relazione all'età del soggetto)

PRIMA INFANZIA

- Relazione con la figura di attaccamento……
- Sviluppo del linguaggio…….....
- Sviluppo motorio……....
- Prime separazioni…….....
- Gioco…….....
- Altro…….....

SECONDA INFANZIA

- ❑ Relazione con la famiglia…….....
- ❑ Inserimento scolastico:
  - Rendimento…….....
  - Socializzazione…….....
  - Relazione con gli insegnanti…….....
  - Altro…….....
- ❑ Gioco…….....
- ❑ Relazione gruppo dei pari…….....

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI PSICOLOGICA

Data……

ADOLESCENZA

-Relazione con la famiglia……..

-Scuola/Lavoro…….....

-Interessi……....

-Relazioni con i pari…….....

luoghi d'incontro:

- ❑ Casa propria
- ❑ Presso amici
- ❑ Sala giochi
- ❑ Centri sportivi/associazioni
- ❑ Altro……..

-Prime relazioni affettive…….....

-Aspetti problematici

- ❑ Alimentazione…….....
- ❑ Sonno…….....
- ❑ Sostanze stupefacenti / alcol…….....
- ❑ Propensione al rischio (velocità, sport estremi)……...
- ❑ Altro…….....

Cognome e nome…….Cartella nr……..

ANAMNESI PSICOLOGICA

Data……

ETA' ADULTA

-Vita affettiva:

- Partner……
- Figli……..
- Genitori…….....
- Altro……....

-Attività lavorativa……...

-Attività sociale:

- Amici…….....
- Sport…….....
- Interessi…….....
- Associazioni e/o volontariato……..
- Altro…….....

MATURITA' AVANZATA

-Vita affettiva:

- Partner…….....
- Figli…….....
- Altro…….....

-Pensionamento

-Attività sociale:

- Amici…….....
- Sport…….....
- Interessi…….....
- Associazioni e/o volontariato…….....
- Altro…….....

Cognome e nome……..Cartella nr……..

ANAMNESI PSICOLOGICA

DATA	

3. CARTELLA SPECIFICA

La sezione specifica relativa al Gioco d'azzardo è stata stesa dal sottogruppo di lavoro composto da D. Capitanucci, F. Reina, E. Occhipinti, A. Capo, R. Smaniotto, M.G. Crespi[1], con l'obiettivo di dotare gli operatori di uno strumento utile ad indagare sul gioco patologico del paziente, sulla sua evoluzione e fasi dello stesso, come pure sulla valutazione della richiesta di aiuto.

[1] Operatori (psicologi, medici, infermieri professionali, afferenti al progetto *La vita in gioco*, dell'ASL di Varese).

ASL-VA

Cognome e nome……..Cartella nr……..

Data……..

STORIA DEL GIOCO

Diagnosi anteriori

- ❑ Riferite
- ❑ Documentate

Data di inizio dei problemi:…….....

Disturbi / problemi attuali

_____

_____

C'è stato un fattore scatenante / concomitante: I__I No I__I Si
Se sí indicare quale:

_____

_____

Breve evoluzione del problema:

_____

_____

Con chi ne ha parlato?

_____

Precedenti trattamenti:

_____

Tentativi spontanei di interruzione:

_____

Motivi per cui non è riuscito a lungo termine ad astenersi dal gioco:

_____

_____

_____

Cognome e nome……..Cartella nr……..

Data……..

STORIA DEL GIOCO

Cosa è avvenuto nei periodi in cui è riuscito a non giocare?

_____

_____

Ha mai richiesto l'esclusione da Casinò esteri? □ SI' □ NO
È mai stato diffidato da Casinò ? □ SI' □ NO

Perché ci consulta e perché proprio ora?

_____

_____

_____

Quali motivazioni lo inducono a smettere di giocare?

_____

_____

_____

In quali situazioni si scatenano i comportamenti di gioco?

_____

_____

_____

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

Data……..

INDAGINE SUI COMPORTAMENTI DI GIOCO

(da svolgersi dopo avere somministrato il SOGS)

- Che età aveva quando il gioco è diventato un problema? _____ anni

- Qual è il tipo di gioco d'azzardo nel quale fa piú fatica a controllarsi?

_____

- Si ricorda se nelle sue prime esperienze con questo/i gioco/chi aveva fatto una vincita importante?
  (Non è necessario che sia accaduto alla prima esperienza, ma piuttosto nell'ambito del primo periodo di gioco.)

  SI_____ NO_____

  Se SI, quanto aveva vinto? _____
  A quanto ammontava la posta? _____
  Quanto tempo fa è accaduto? _____

- Con che frequenza attuale e passata lo ha praticato (regolare, occasionale, a binge, o assente)?

_____
_____

- Gioca da solo o con altri? (con chi?)

_____

- Si è mai sentito distaccato dal contesto mentre gioca, come in trance?

_____

- Di media, quanto tempo passa giocando? (*L'informazione cercata è molto generale. Se la persona dichiara di avere recentemente diminuito le sue attività di gioco, rifatevi a quello che fa abitualmente.)*

Alla settimana? _____ (numero di giorni)
Al giorno? _____ (ore)

- Di media, quando Lei gioca, quanto denaro spende in una settimana (escludendo i guadagni)?

In una settimana_____ £ / €

- Qual è il totale del denaro perso al gioco, fino ad ora?

Totale delle perdite _____£ / €

- Qual è il suo reddito mensile individuale?_____ E familiare?_____
- Il denaro che gioca che percentuale del suo budget rappresenta?

_____

- Attualmente ha debiti di gioco? Se si, qual è l'importo totale?
  NO _____ SI _____ Importo:_____

- Quali conseguenze economiche si sono verificate a causa della sua attività di gioco?

_____
_____
_____

- Cosa è cambiato nella sua vita da quando gioca?

_____
_____
_____

- Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento familiare (□ problemi di coppia, □ problemi di famiglia, □ problemi con i familiari, □ altro……...)?

_____
_____

- Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento sociale (□ diminuzione del numero di amici, □ isolamento, □ abbandono delle attività sociali, □ altro……...)?

_____
_____

- Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento professionale (□ minore efficacia sul lavoro, □ assenze, □ ritardi, □ mancanza di concentrazione, □ altro…….)?

_____
_____

- Al momento attuale, in che misura il Suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento psicologico (□ sbalzi di umore, □ ansia, □ depressione, □ altro…….)?

_____
_____

- Ha, o aveva, altri interessi oltre al gioco?

_____
_____

- Attualmente, quali sono le principali ragioni che La portano a giocare?
(Lasciate parlare la persona, ponendo domande solo alla fine, per identificare l'una o l'altra categoria, tra quelle che ci interessano. Inducetela a scegliere, se non sembra avere preferenze).

. Attualmente non gioca	_____	_____
. Per distrarsi, distogliersi dai pensieri o sfuggire ai problemi quotidiani	_____	_____
. Per fare soldi o per risolvere un problema finanziario	_____	_____
. Altri motivi	_____	_____

ASL-VA

Cognome e nome…….Cartella nr……..

Data……..

INDAGINE DEI CORRELATI AL GIOCO

- Che tipo di problemi sono centrali nella sua vita specialmente negli ultimi tempi?

_____
_____
_____

- Il denaro secondo lei è la soluzione di tutti i suoi problemi?

_____

- Si descriverebbe come uno “spendaccione”?

_____
_____

- Pensa di essere una persona competitiva?

_____
_____

- Ritiene di essere una persona che si annoia facilmente?

_____
_____

- Le piace rischiare nella vita?

_____
_____

- Ricerca l’approvazione degli altri?

_____

- (Indagine di rischio suicidario)

. Nel corso degli ultimi 12 mesi, le è già capitato di arrivare a pensare SERIAMENTE di suicidarsi (ossia di togliersi la vita)?

SI_____ NO _____

. Questo pensiero era legato principalmente ai Suoi problemi di gioco?

SI_____ NO _____

. (Se “Sí”) Se Lei ha pensato SERIAMENTE al suicidio negli ultimi 12 mesi, aveva previsto un modo per attuarlo?

SI_____ NO _____ Quale?_____

. Nel corso degli ultimi 12 mesi, ha fatto un tentativo di suicidio (ossia un tentativo di togliersi la vita)?

SI_____ NO _____

. Attualmente, sta pensando al suicidio?

SI_____ NO _____

- Nello stesso senso per cui il gioco è per Lei un problema, quali dei diversi elementi sottoelencati, le pongono problemi?

	Attualmente?	Oppure, hanno fatto problema in passato?	Commenti, se è il caso
Consumo di sigarette?			
Consumo di droghe?			
Consumo di alcol?			
Consumo di farmaci?			
I suoi comportamenti alimentari?			
Il tempo passato in Internet?			
Suoi comportamenti sessuali?			
Il Suo comportamento negli acquisti (shopping compulsivo)?			
Altro (specificare)?			

- Si descriverebbe come un lavoro-dipendente?

_____
_____

- Le capita di giocare sotto l'effetto dell'alcol?
SI_____ NO _____
Se SI, in che proporzione del suo tempo di gioco?
_____
(Per es. 1/10; rapportato in %)

- Le è capitato di giocare sotto l'effetto di sostanze stupefacenti?
SI_____ NO _____
Se SI, in che proporzione del suo tempo di gioco?
_____
(Per es. 1/10; rapportato in %)

4. STRUMENTI DI CARTELLA

All'interno della cartella clinica di base, vengono resi disponibili i seguenti strumenti di uso comune:

- SOGS
- Questionario DSM-IV di Ladouceur
- MAC-G
- PG-YBOCS Scale e PG-CGI
- CAGE-Test
- Craving Scale

All'interno della cartella vengono messi a disposizione anche gli strumenti di tutoraggio descritti nel capitolo apposito (Strumenti di tutoraggio). Quindi, in questo capitolo, nella cartella clinica seguono proprio gli strumenti proposti ivi.

II *Follow up*

Alcune osservazioni sulla catamnesi (Follow up)

Di Tazio Carlevaro

I vari tipi di osservazione clinica

Ci sono varie modalità di osservazione clinica, che possono contribuire alla ricerca sulla catamnesi dei casi incontrati, anche nel campo del gioco eccessivo. Non sono sempre possibili da applicare.

Osservazione continua: difficile da effettuare, nel senso che si tenta di registrare l'insieme del repertorio comportamentale d'un soggetto.

Osservazione evenimenziale: Consiste nel registrare la tipologia d'un comportamento (tic, stereotipia, balbuzie). La durata del periodo d'osservazione è la variabile tenuta presente dall'osservatore.

Osservazione per intervallo: permette sono solo di precisare la frequenza d'un comportamento durante un periodo dato, ma anche di definire la proporzione del tempo durante il quale il comportamento è prodotto. È il metodo prescelto per le ricerche catamnestiche.

Osservazione per campionatura di tempo: è il piú economico. Alla fine d'un intervallo di tempo, l'osservatore o gli osservatori noteranno l'assenza o la presenza d'un comportamento. L'osservazione si può fare alcuni secondi prima della fine di ogni intervallo.

La ricerca catamnestica

La ricerca catamnestica serve a verificare l'evoluzione di un disturbo nel tempo, sia per quanto riguarda la sua evoluzione naturale, sia per quanto riguarda l'efficacia dell'intervento terapeutico (e, nel caso del gioco eccessivo, anche dei programmi di psico-educazione). Serve dunque a verificare se il disturbo è rimasto invariato, se è mutato, o se c'è stata una remissione. Si tratta anche di misurare quest'evoluzione tramite tecniche di rilevazione adeguate. Di solito, in una terapia o in una psicoeducazione, si stabiliscono dei fini terapeutici. Si misura allora il grado del raggiungimento di questi fini, e del grado in cui questi raggiungimenti si sono dimostrati stabili dopo un certo tempo.

Il processo di guarigione del gioco eccessivo comincia con l'arresto dell'attività di gioco. Parliamo di *ricaduta* quando osserviamo una riacutizzazione della sintomatologia piena, mentre sono ancora presenti alcuni singoli sintomi. Il disturbo ricompare nella sua forma acuta dopo una remissione solo parziale.

Se la riacutizzazione compare allorquando la sintomatologia è ormai scomparsa del tutto, e il disturbo si trova in remissione, parliamo di *recidiva*.

La ricerca sulla qualità della cura

La ricerca catamnestica rappresenta la verifica sperimentale dei singoli elementi del processo di cura. Come tale, interferisce nel processo di cura. È indispensabile partire da una baseline obiettiva (documentata), con gruppi di dati omogenei d'origine obiettiva e soggettiva. Le catamnesi ricostruite su documenti sono notoriamente meno affidabili.

Il momento della catamnesi dipende dal tipo di disturbo, e dal tipo di domande catamnestiche ci poniamo. Follow up a tre settimane, a tre mesi, a sei mesi, ad un anno o a due anni non sono rari, e non sono equivalenti.

La verifica catamnestica può essere svolta per telefono, per iscritto (p.es. tramite lettera), oppure tramite un colloquio strutturato. Può essere monotematica, ossia mirare ad una sola caratteristica, oppure multitematica.

Se è l'Istituzione che organizza il proprio follow up, i dati riguarderanno tutti coloro che sono passati nell'Istituzione stessa. Se invece si tratta di un rilievo epidemiologico, dovranno essere scelti due campioni significativi della popolazione: un campione della popolazione la cui evoluzione vogliamo misurare, ed un campione della popolazione la cui evoluzione è stata "naturale", oppure la cui evoluzione è stata sottoposta a interventi che sono già stati valutati altrimenti.

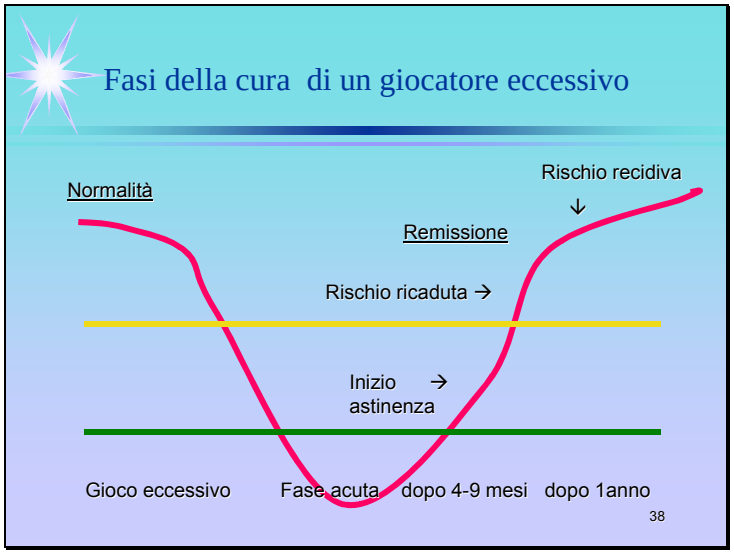
La prevenzione della ricaduta

La cura è in un qualche modo *anche* un processo di apprendimento che mira alla prevenzione della ricaduta. L'evoluzione positiva del caso dipende dalla stabilità dei risultati raggiunti: per questo anche la ricaduta rappresenta la migliore soluzione a disposizione del soggetto, in quel preciso momento. Nel campo del gioco patologico, sappiamo che la ricaduta dipende dal sentimento di efficacia del soggetto (self-efficacy), rapidamente messa in forse da ricadute troppo frequenti e dalla mancanza di supporto da parte dell'ambiente familiare e sociale (Bonvin N.: 2001).

La remissione non è dunque solo la mancanza di sintomi. È anche un miglioramento dell'equilibrio del soggetto, grazie all'aumento delle risorse a disposizione, una migliore consapevolezza, una maggiore motivazione, e quindi una migliore percezione della propria efficacia. Quest'equilibrio piú saldo è centrale nella strategia di riduzione del danno.

La presenza di gruppi d'autoaiuto e "terapeutici" in senso lato, di varia natura, la consulenza mirata (ossia specializzata), e i colloquio motivazionali contribuiscono a indirizzare individuo e ambiente famigliare verso una strategia d'intervento che abbiam maggiore successo rispetto a quella messa in campo fino a quel momento.

Il follow up nel campo del gioco patologico



Ricorreremo al questionario clinico preparato dal *Gruppo d'Interesse per il Gioco Problematico* (GIGP). Si tratta di un questionario clinico (Carlevaro: 2003) che rimane aperto fino alla chiusura del caso, di solito fino alla decisione di concludere o d'interrompere la terapia. Viene riaperto per l'incontro di catamnesi (*follow up*), a sei mesi, e dopo un anno dall'apertura del caso.

Se nel frattempo si presenta una recidiva, si apre un questionario clinico nuovo. Per il secondo follow up, si utilizza l'ultimo questionario aperto. Il nostro questionario clinico, quindi, deve tenere conto sia dell'esigenza di servire in caso di ricaduta, sia dell'esigenza di essere utilizzabile in occasione del follow up specifico.

Il fatto che il cliente sarà chiamato per un incontro di follow up dovrebbe essere annunciato e concordato al momento dell'apertura del caso. La ricerca catamnestica dovrebbe essere d'altronde affidata ad un ente specifico, scientificamente adeguato e accreditato, che non c'entra con quello che ha curato. Non è una richiesta semplice da esaudire.

Si fa un incontro di follow up dopo sei mesi dalla chiusura del caso, e un anno dopo; alcuni continuano poi regolarmente, di anno in anno. Va ricordato che il follow up non è un intervento indifferente: in realtà, è probabile che faccia parte della cura.

Nel questionario clinico proposto dal Gruppo d'Interesse sul gioco problematico (GIGP), il punto "fisso" del questionario è evidentemente il numero che ogni paziente riceve al momento del primo colloquio. O qualunque altro strumento di riconoscimento collegato con l'Istituzione. Gli altri punti possono variare dalla presa in carico al momento del follow up. Le variabili del follow up vi sono rappresentate in un modo adeguato.

La psico-educazione

La psico-educazione nel campo del gioco eccessivo

Di Manola Unida e di Tazio Carlevaro

Ci siamo decisi a elaborare un progetto di psicoeducazione al gioco per giocatori e per familiari di giocatori, della durata di tre ore, perché l'esame catamnestico dei casi seguiti dai collaboratori del GIGP[1] ha dimostrato che sono relativamente pochi i giocatori problematici che si decidono per una terapia.

a) La maggior parte dei giocatori problematici riesce a smettere senza far ricorso a nessuno strumento terapeutico di sorta.
b) In Svizzera, una parte di coloro che intendono interrompere il loro comportamento di gioco ricorre al ***colloquio motivazionale*** offerto dal Casinò; perlopiú accetta di richiedere l'autoesclusione dalla sala da gioco, valida per tutta la Svizzera, e chiude lí con il gioco d'azzardo. Ha risorse sufficienti (personali, familiari, sociali) per affrontare le difficoltà dell'arresto del gioco.
c) *Grosso modo*, sono 600 le persone escluse o auto-esclusesi dalle sale da gioco svizzere, da parte del Casinò di Locarno, e poi da quello di Lugano, dal 1993 in avanti.

- Di queste 600 persone, non piú di 80 sono state segnalate ai collaboratori del GIGP. Cinquecentoventi, dunque, non ne hanno avuto apparentemente bisogno, o hanno desiderato ***che* non *si facesse una segnalazione***.
- Di queste 80 persone segnalate, 24 non andranno oltre il primo colloquio. Di solito, accettano un secondo appuntamento, per poi non presentarsi, spesso adducendo ragioni generiche. Di solito non accettano neppure il colloquio di follow up.
- Delle 46 persone che restano, solo 27 seguiranno una psicoterapia. 19 avranno al massimo 2-3 consultazioni. Poi manifesteranno, il loro desiderio di smettere, perché hanno capito la loro situazione, e “hanno chiuso” con il gioco.
- Dunque, solo una piccola parte viene vista da specialisti di terapia del gioco d'azzardo problematico, per un tempo relativamente prolungato. Non è detto che chi smette subito di consultare siano le persone "meno malate". Spesso sono le persone che hanno un grave conflitto famigliare, che non intendono affrontare, illudendosi di ridurne cosí l’intensità.

Chi consulta per qualche seduta in piú di quella iniziale, spesso ha gravi conflitti famigliari non legati al gioco, è in fase depressiva, o ha problemi collegati all'alcol. Una cura farmacologica, e tre consultazioni bastano a "risolvere" il problema. A volte è necessaria o utile la presenza del coniuge. Raramente il soggetto chiede un aiuto per il riordino dei debiti, almeno in Svizzera. Di solito, sono questioni che si risolvono in famiglia. Praticamente mai chiede una curatela.
Sono dati di fatto che distinguono la nostra clientela, rispetto ad altri centri e ad altre realtà. Per quanto il GIGP operi in una realtà concreta e popolare, di certo non in un ceto sociale d’élite.

Abbiamo dunque pensato di offrire, a chi non se la sente di seguire una psicoterapia, la possibilità d'informarsi sul gioco d'azzardo patologico: sulla sua origine, sulle situazioni che lo intrattengono, e sulla sua terapia. Questo programma di psico-educazione (Carlevaro: 2003) è offerto anche all'intera famiglia, se lo desidera, ed è utilizzabile anche nel caso in cui ci fosse solo un familiare del giocatore, e non il giocatore stesso.

[1] GIGP: Gruppo d’interesse per il gioco problematico. È un gruppo pluridisciplinare di specialisti sul gioco patologico, che opera nella Svizzera Italiana, segnatamente nel Cantone del Ticino.

La psicoeducazione fa parte delle tecniche del campo ***dell'educazione degli adulti***, che, grazie alla strutturazione del contenuto, alla personalizzazione del materiale, alle ripetizioni secondo diverse modalità di presentazione, permette di spiegare ad un adulto come funzionino alcuni aspetti del comportamento umano. La psico-educazione motiva, di solito, alla riflessione su di sé, e, nei casi piú favorevoli, alla terapia.

È una modalità d'intervento facilmente standardizzabile, perché viene preparata "a blocchi", su conoscenze note e già standardizzate loro medesime, ed è facilmente insegnabile.

La psicoeducazione nel campo del gioco eccessivo

Alla luce dei dati sovra presentati, è dunque evidente che gli specialisti di gioco eccessivo e patologico non hanno grandi *chances* di proporre le loro modalità terapeutiche classiche. Anche perché bisogna pure ammettere che, in Svizzera, il giocatore d'azzardo problematico, una volta che si sia autoescluso dal gioco, è praticamente "blindato", fintantoché non decida di richiedere una riammissione al gioco - e non la ottenga. La legge stessa e i regolamenti dei casinò stabiliscono l'impossibilità di accedere a possibilità di gioco legali. Inoltre, il controllo sociale funziona ancora abbastanza bene, almeno da noi, e il 50% dei giocatori d'azzardo patologici, comunque, guariscono da soli.

È quindi importante poter proporre ai giocatori non tanto un intervento che solo pochi richiedono, quanto piuttosto una modalità piú sbrigativa che non una terapia, che però abbia un senso terapeutico in senso lato, e una funzione preventiva in senso stretto. Il programma psicoeducativo descritto in queste pagine si compone di materiale per tre ore, ognuna di 4 quarti d'ora. In 12 quarti d'ora abbiamo riassunto il minimo di conoscenze necessarie per sapere e capire di che cosa il giocatore problematico soffre. È osservazione generale che conoscere le circostanze rende attenti, perché aumenta la capacità di discriminare.
Utilizziamo testi, esercizi a casa, questionari clinici e valutativi, sia per comprendere la gravità della situazione, sia poi per valutarne l'esito (follow-up).
Il programma è stato pensato sostanzialmente per il giocatore, per i suoi familiari, o per ambedue.

Com'è costruito questo programma

Il nostro programma di psicoeducazione, pur essendo sostanzialmente di tipo psico-educativo, nella sua concezione di "disturbo", si rifà al modello psicoterapeutico, non a quello medico.

Si compone di tre "lezioni", ognuna di 4 quarti d'ora, e d'un certo numero di "esercizi", che richiedono del tempo da dedicare al lavoro da fare a casa.
C'è un aspetto particolare che riguarda il linguaggio da noi utilizzato. Troverete molte affermazioni apodittiche ossia affermazioni di tipo *ex cathedra*. Le abbiamo scritte in questo stile, per semplificare il testo. In realtà usiamo una tecnica ***dialogica***, *maieutica*: Poniamo domande spesso "a cascata", e caso mai ci limitiamo a guidare il paziente verso la risposta attesa, che però deve in linea di massima raggiungere lui.

Abbiamo calcolato che il materiale che presentiamo qui è piuttosto completo. Ma è solo una proposta. Non è necessario presentarlo sempre nella stessa maniera. Di certo, a seconda delle varie circostanze, alcuni argomenti vanno appena accennati, specialmente quando ***non*** riguardano il paziente. Ognuno presenterà i vari temi secondo la sua maniera di essere e di fare. C'è dunque spazio per una discussione dei temi specifici del paziente, e per un approfondimento individuale delle tematiche centrali per lui. Ognuno poi farà secondo le sue particolarità, i suoi modi di fare.

Gli ***esercizi a casa*** misurano la ***motivazione***, ma l'esecuzione dei compiti dipende anche dalla cultura del paziente. Sono facili da ottenere nella Svizzera tedesca e in quella francese, dove l'ethos della popolazione motiva i singoli ad attivarsi per risolvere personalmente i propri problemi. Da noi, si sente spesso l'espressione "Sei tu il medico!", oppure, piú gentilmente, "Mah, non ho avuto tempo", oppure "Vedrò, sa, ci sono cose piú importanti". D'altro canto, gli esercizi a casa risparmiano del tempo: facilitano la ripetizione del materiale presentato durante la psico-educazione, e permettono di acquisire altri dati sull'attività di gioco del paziente.

L'esecuzione dei "compiti" dev'essere verificata all’inizio dell'incontro successivo (ossia al secondo e al terzo incontro).
Il questionario clinico ci permette di accumulare dati a fini conoscitivi (scientifici). I questionari di valutazione (che riguardano il programma di psico-educazione) ci permettono di valutarne l’efficacia, e di migliorare il nostro prodotto.

Programma di psicoeducazione

Riassunto preparato da Manola Unida

➔ *Psicoeducazione – prima ora*

1. Quale è la ***posizione del richiedente*** quando arriva ? Che tipo di richiesta porta?

_____
_____
_____
_____

2. Chiedere ***quali conseguenze*** sono derivate dal comportamento di gioco:

- Conseguenze sulla famiglia (perdita di fiducia, situazione di crisi,…)
- Conseguenze sul lavoro
- Conseguenze sulle relazioni sociali
- Conseguenze sulla situazione economica (il giocatore utilizza denaro che deve essere usato per altri scopi oppure usa denaro che non è suo – prestiti, sottrazione da conti altrui?)
- Conseguenze sul tono dell'umore (irritato, depresso, ansioso,..)
- Conseguenze sullo stato di salute (sonno disturbato, fumo, alcol,..)

_____
_____
_____
_____
_____

3. ***Area motivazionale:*** se il comportamento di gioco ha prodotto delle conseguenze, dovrebbe nascere la possibilità nel giocatore di fare qualcosa. Indagare quali possono essere le motivazioni sottostanti la richiesta di aiuto:

_____
_____
_____
_____

4. Gioco prediletto (elencare in ordine di preferenza se ci sono piú giochi):

_____
_____

5. "Gioca ancora oppure ha smesso?"

_____
_____

6. ***Ricostruzione della storia di gioco***:

- Inizio assoluto:

_____
_____

- Inizio attività con i giochi attuali:

_____
_____
_____

- Vincita iniziale: ("Ha avuto una vincita iniziale oppure ne ha vista una, di un amico, che le ha dimostrato che davvero si può vincere?")

_____
_____
_____

- Fase della rincorsa: ("Ora devo smettere di giocare perché non ho piú soldi, ma devo tornare al piú presto per "rifarmi", ossia per recuperare il denaro perso o almeno una parte..con un po' di fortuna dovrei farcela.. non si può solo perdere. Vado domattina, per trovare proprio quella macchinetta, che sarà piena.").

_____
_____
_____
_____

- Intensità del gioco:
  - Quanto spesso ci va / andava alla settimana?

_____
  - Quanto a lungo ci resta / restava ogni volta?

_____
  - Quanto spende / spendeva alla settimana?

_____
  - Dove gioca / giocava?

_____
  - Ha mai pensato di smettere?

_____
  - Come?

_____
  - Ha debiti di gioco?

_____
  - Stima dei debiti:

_____

7. ***Rilevazione del problema di gioco:***

"In qualche modo c'è un problema di gioco. Abbiamo chiarito alcuni aspetti, ma altri richiedono tempo per essere chiariti meglio"

"Si dice che il gioco eccessivo sia una malattia; se anche fosse, ognuno è libero di curarsi oppure no. Chiaramente ci sono delle *conseguenze* sia per l'una che per l'altra decisione. Se una persona decide di non farsi aiutare, deve però tener presente che questa decisione si ripercuoterà su altre persone (famigliari soprattutto) proprio per le conseguenze viste all'inizio".
"Lei cosa ne pensa di ciò?"

_____
_____
_____
_____

Se la persona si mostra reticente o poco convinta, è importante restituire questo aspetto:

"Non ha perso la speranza di poter vincere in qualche modo". È importante riportare il tema sulle conseguenze e sulle proprie responsabilità ("Ognuno è il costruttore non solo della propria fortuna ma anche della propria sventura. Ne discuteremo, ma ci vorrà del tempo").

8. ***Contratto:***

- Durata degli incontri
- Compiti a casa
- Follow-up (dopo 6-12 mesi)

9. ***Restituzione e chiusura***:

- "Oggi abbiamo parlato e imparato a conoscere qualcosa rispetto al suo comportamento di gioco. Abbiamo visto:
    - cosa è successo con il gioco
    - quali sono state le conseguenze
    - quali gli obiettivi e le aspettative per il futuro
    - quali i giochi preferiti
    - come è iniziato il problema e come si è stabilizzato

"Come si sente ora?"

_____
_____
_____
_____

➔ *Psicoeducazione – seconda ora*

1. ***Controllo dei compiti:***

- Se li ha fatti: rinforzare la persona e riprendere il concetto di responsabilità nei confronti di se stesso e degli altri.
- Se non li ha fatti: valutare assieme alla persona le motivazioni e riproporre gli esercizi per la volta seguente.

2. ***Che cos'è l'azzardo***?

Chiedere alla persona una definizione del termine "caso":

_____
_____
_____
_____

Spesso la persona fa riferimento al concetto di "fortuna"; evidenziare al giocatore che a volte il caso non è sempre fortunato (tegola che cade in testa).
Accordarsi sulla seguente definizione:

"Il caso è un avvenimento che deriva da un numero cosí alto di cause, tra di loro in mille modi diverse, da essere imprevedibile".

Focalizzarsi sui seguenti concetti:
- ***un avvenimento è*** imprevedibile
- ***un avvenimento*** non è influenzabile

"***Si possono riconoscere, o scoprire, le regole del caso giocando?"*** (anche se di solito il giocatore è d'accordo che i vari giochi siano imprevedibili e non influenzabili, è dell'idea che il suo gioco abbia delle regole anche se non sempre sono valide, oppure anche se la sua teoria rispetto al suo gioco non è ancora bene a punto).

_____
_____
_____
_____

"E quindi il gioco d'azzardo si può guidare o prevedere?"
Di solito queste regole, secondo il giocatore, hanno a che fare con qualcuno che può barare. La bravura del giocatore sta nel capire dove uno bari, perché una volta che lo si è capito, gli si può giocare contro e vincere.

_____
_____
_____
_____

Bisogna distinguere con il giocatore le seguenti ***illusioni***:

- vi è una *disonestà* (il barista tara le macchinette)
- vi è un *principio intrinseco allo strumento del gioco* (le macchinette danno un flebile segnale e bisogna imparare a riconoscerlo, cosí si può prevedere quando pagherà)
- vi è un *principio intrinseco al soggetto* (c'è gente che vince effettivamente)

- vi è un *fattore intrinseco al gioco stesso* (un numero che manca da tempo diventa sempre piú probabile che appaia)

Se la persona non condivide queste riflessioni, è inutile insistere. Conviene dire:
"Siamo di due opinioni diverse. È normale che sia cosí. Sappia però che la sua opinione non è ammessa dagli specialisti e dagli ex giocatori eccessivi, che si sono resi conto dell'errore che stavano facendo".

3. ***Le particolarità del gioco d'azzardo***
Riflettere sui seguenti dati di realtà:

- *Ogni lancio (ogni giocata) termina con una rimessa a zero: ogni giocata è dunque indipendente da quelle precedenti"*
- *Ne consegue che il gioco d'azzardo è l'unica attività umana in cui l'esperienza non serve; una volta imparate le regole, non c'è altro da fare che seguirle"*
- *Nel casinò o nelle sale da giochi per ogni giocata si paga una percentuale obbligatoria all'organizzazione o allo Stato. Nel caso delle macchinette il 3-4%; nel caso della roulette il 2%; nel caso delle lotterie il 50% circa.*

4. ***Ma se è cosí, allora, perché uno gioca?***

Alcuni giocatori, constatata l'illusione che li ha rovinati, temono di essere stati "stupidi". Ma non è cosí; vale la pena di discuterne.

"Non ci può essere una sola ragione che spinge delle persone a giocare d'azzardo. Di solito si gioca per il piacere di farlo. Queste sono le ragioni emotive; altri giocano anche per ragioni razionali. Quelle emotive sono individuali e quindi non criticabili; le ragioni razionali sono perlopiú sbagliate".

- **Ragioni emotive:**

  "Si può giocare d'azzardo semplicemente perché piace".
  Per il piacere della **tensione** che il gioco provoca, per il gusto della **sfida**, per il piacere di **non pensare** per un po' di tempo.
  Il gioco d'azzardo quindi può essere uno strumento che permette alla persona di divertirsi, di sentirsi bene e di guadagnare qualcosa.

- **Ragioni razionali:**

  "Prima si è evidenziato che il risultato del gioco d'azzardo non è conoscibile prima (non è prevedibile razionalmente). Anzi, una percentuale passa regolarmente e costantemente dalle proprie tasche a quelle dello Stato o all'organizzatore del gioco. Quindi NON È RAZIONALE GIOCARE D'AZZARDO e sperare di vincere o pensare di rifarsi sul lungo periodo".
  "Il problema è che tutto ciò non è per niente evidente al giocatore, non è evidente per le seguenti ragioni:
    - per una tendenza ereditaria il mondo per gli uomini deve essere prevedibile
    - nella misura in cui ci sono delle regole, magari anche complesse, si tende a giudicare che quel gioco debba essere prevedibile
    - la conoscenza di un gioco lo rende alla persona piú vicino, prossimo, famigliare, amico (poco minaccioso).

5. ***Si gioca solo per denaro o c'è dell'altro?***

"Non credo che si giochi solo per denaro. Ci sono mezzi piú veloci e piú sicuri per guadagnare. Ma la possibilità di vincere del denaro conta".
Non si gioca per puro divertimento (se non ci fosse la possibilità di vincere dei soldi forse non si giocherebbe!).
Vi è il gusto di affrontare una sfida: alcuni pensano che possa esistere un sistema per "vincere il caso".

Il giocatore d'azzardo ha quindi delle qualità:

- ha molta tenacia (bisogna saper tenere duro!)
- ha molta attenzione (forse la regola è ben nascosta e bisogna osservare, stare attenti)
- ha una buona intelligenza (combina le osservazioni fatte ed elabora delle ipotesi che potrebbero portare a scoprire i segreti del gioco)
- deve avere molto tempo e denaro da investire

6. ***Caderci è facile!***

"Caderci è facile: il gioco stesso stimola il giocatore a porsi la domanda se esistano dei sistemi o delle regole nascoste che permettono di prevedere il risultato del gioco. Se il giocatore inizia a sospettare che esistono, è facile che si metta a ricercar quei sistemi o quelle regole".

"Se si crede che esiste un sistema o delle regole, è logico pensare che, sul lungo periodo si possano scoprire e quindi si possa vincere. Il bisogno determinato dalle prime perdite di denaro acuisce questo meccanismo che spinge la persona a rifarsi delle perdite subite, in nome delle vincite future".

"Impegnarsi nel gioco eccessivo non è un problema di intelligenza: è piuttosto un ***problema di conoscenza: si esagera se non si conoscono le particolarità del gioco d'azzardo o se le si valutano in modo diverso dalla realtà***".
(Riprendere i concetti di imprevedibilità e di non influenzabilità dei risultati).

Regola d'oro: "se oggi per caso dovesse vincere una grossa somma, la ritiri subito e non investa neanche un centesimo in altri giochi e torni a casa. Eviti di tornare di nuovo e di rigiocare".

7. ***Il gioco eccessivo è una malattia?***

"La volta precedente si è parlato di come si è sviluppato il problema del gioco eccessivo. Oggi ci chiediamo se il gioco eccessivo sia una malattia. Gli specialisti lo ritengono una specie di malattia che si caratterizza di alcuni elementi importanti:

- Una **perdita di controllo sui pensieri e sulle azioni** che riguardano l'attività di gioco, una specie di dipendenza che riguarda un comportamento che prima era sotto controllo. Diventa quindi difficile fermarsi
- Una **valutazione errata del concetto di caso**, **ossia di "azzardo"**, che ha facilitato la perdita di controllo
- Il **bisogno nato dea spese eccessive**, che spinge a giocare sempre di piú per recuperare il denaro perso
- Forse esiste anche un **aspetto ereditario** ed uno basato su **abitudini famigliari**
- Quello che era un divertimento diventa una specie di **ossessione**: diventa un tema centrale del pensiero, del desiderio, delle preoccupazioni del giocatore.

8***. I differenti giochi d'azzardo***

"Ogni gioco ha le sue regole, ma le regole servono solo a nascondere il meccanismo di base del gioco d'azzardo, che è uguale per tutti i giochi. Le regole sono solo una varietà di possibilità che attira l'attenzione del pubblico".
"Tutti i giochi sono in fondo uguali. Le differenze fra i vari giochi sono solo superficiali e servono ad attirare i clienti"

"Pensa che qualcuno dei suoi giochi preferiti possa permettere in realtà una conoscenza e quindi una previsione del risultato?"

_____
_____
_____
_____

La roulette:

- I giocatori di roulette sono appassionati dalle combinazioni. Di solito girano con tabelle per il calcolo delle probabilità che in certi casi hanno dato origine a vere e proprie teorie del caso
- Se una simile teoria esistesse e fosse efficace, da tempo i Casinò non esisterebbero piú
- Il giocatore che vi crede non si rende conto che ogni volta che la pallina si mette a girare ricomincia un nuovo gioco che *non ha nessuna relazione con quello precedente.* C'è sempre una rimessa a zero perché la pallina non ha memoria.

C'è un solo modo per vincere con sicurezza: puntare su di un qualunque numero o combinazione di numeri (anche cambiando di volta in volta) e ad ogni puntata (ad ogni giocata) raddoppiare la posta.

Le slot machine (videopoker e fruit machine):

- Il giocatore crede di giocare una partita. In realtà ogni volta che preme il pulsante che mette in moto la macchina, c'è una rimessa a zero del gioco. Ogni volta quindi è un gioco nuovo che dura pochi secondi
- Né la macchina né la pallina né il programma si ricordano quale sia stata la combinazione precedente
- Non c'entra il tempo passato dall'ultimo rilascio di una vincita
- *La macchina non sa quanto denaro ha incassato: anche se è "piena" non lo sa, e la concessione della vincita non dipende in nessun modo da quanto la macchina è carica*

Il blackjack

- Sembra un gioco, una sfida tra croupier e giocatore, mentre invece il giocatore gioca da solo contro il caso. Anche il croupier gioca contro il caso, ma in una posizione "blindata". Non c'è nessun agonismo se non all'apparenza

Ci sarebbe un solo modo per (forse) vincere: se il gioco si svolgesse con un solo mazzo di carte, si potrebbero ricordare tutte le carte uscite per poter prevedere con una certa approssimazione le carte rimanenti e migliorare cos' i risultati della previsione. In realtà i gestori del casinò sanno questa cosa; per questa ragione tale gioco si gioca con parecchi mazzi di carte.

9. ***I pensieri che accompagnano il gioco***

Una serie di pensieri, riflessioni, credenze, idee precedono, accompagnano e seguono l'attività di gioco. I pensieri piú comuni sono i seguenti:

- ***Prima del gioco*** (sono pensieri che a volte precedono la voglia di giocare e che a volte la possono addirittura causare):
  "*Giocare è una specie di investimento: bisogna imparare piano piano, a proprie spese, come funziona".*
  "Oggi è un giornata fortunata, lo sento!".
  "Mi pare che questa possa essere una macchina fortunata/generosa/carica..".
  "quel croupier ha le mani che portano fortuna!".

- ***Durante il gioco****:*
  "Sento che sto per vincere!".
  "Se non vinco, è perché hanno truccato la macchina".
  "Prima o poi la macchina dovrà pagare. Se non paga adesso, quando pagherà?".
  "Sto perdendo,ma non si può solo perdere:c'è la cosiddetta legge della media" (in una estrazione, dopo una serie di numeri estratti è probabile che esca la serie di numeri non ancora estratta; questo e vero ma solo in un'estrazione senza rimessa a zero: nel gioco d'azzardo c'è sempre una rimessa a zero perché ogni puntata è un nuovo gioco).

- ***Dopo il gioco:***
  "Non ho vinto ma devo tenere duro".
  "Domani devo venire in questo bar e giocare con questa macchinetta già la mattina presto perché è carica di soldi e manca poco a che me li restituisca".
  "Sono molto vicino a capire come funzionano le regole delle macchinette (suoni, colori, resistenza,..)".

10. ***Problemi di comorbilità***

Chi soffre di GAP ha un problema nel controllo degli impulsi. È un problema psichico simile alle dipendenze, anche se non è presente la sostanza di abuso che innesca il meccanismo della dipendenza. Spesso però i due problemi coesistono.
Molti giocatori patologici hanno nella loro anamnesi una comorbilità con un abuso di alcol, un uso di sostanze psicoattive (in particolare cocaina, anfetamine, eroina,..) e un abuso di tabacco.
"Il gioco eccessivo assomiglia alla dipendenza, anche se non c'è nessuna sostanza di mezzo".

Sigarette fumate al giorno:
_____

Utilizzo attuale o passato di oppiacei (morfina, eroina):
_____

Utilizzo attuale o passato di cocaina:
_____

Utilizzo di altre sostanze:
_____

Cage test:

a) Avete pensato recentemente alla necessità di diminuire il vostro bere?
_____

b) Vi siete sentiti infastiditi dalle osservazioni che vi sono state fatte nel vostro ambiente di vita riguardo al bere e dai consigli di diminuire o di smettere di bere?
_____

c) Vi sentite in colpa per quanto riguarda il vostro bere?
_____

d) Avete bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farvi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?
_____

12. ***Che fare?***

"Cosa pensa che sia utile fare?"
_____
_____
_____

"La prima parte della cura si basa su tre fondamenti: ***l'astinenza***, il ***controllo finanziario*** e il ***riordino dei debiti***".

- ***Astinenza dal gioco***: evitare di frequentare quei luoghi in cui si può giocare (bar, sala bingo, casinò – auto-esclusione).

- ***Controllo finanziario***: niente carta di credito o libretto degli assegni; firma a due sul conto corrente bancario; niente denaro liquido se non il minimo indispensabile per la giornata.

- ***Riordino dei debiti***: fare una lista dei debiti contratti. È indispensabile fare questo registro perché è utile tener presente che i debiti di gioco vanno sempre pagati (i giocatori spesso si dimenticano di alcuni debiti contratti).

Riassunto dell'ora:

"Oggi abbiamo imparato qualcosa in merito a..
- che cosa siano il caso, la fortuna, l'azzardo
- quali siano le particolarità dei giochi che si fondano sul caso, ossia l'azzardo
- perché la gente gioca d'azzardo: le ragioni emotive e le ragioni razionali
- il ruolo del denaro
- come ha inizio il meccanismo del gioco "non piú libero" (malattia)
- differenze apparenti dei vari giochi d'azzardo
- quali pensieri precedono, accompagnano e seguono il gioco
- problemi di dipendenza e le somiglianze con le dipendenze da sostanze
- le prime misure da prendere: astinenza (auto-esclusione), controllo del denaro (denaro contato, ritiro del libretto degli assegni e della carta di credito, firma a due sul conto corrente bancario), riordino dei debiti.

"Come si sente ora?"
_____
_____
_____
_____

➔ *Psicoeducazione – terza ora*

1. ***Controllo dei compiti:***

- *se li ha fatti*: rinforzare la persona e riprendere il concetto di responsabilità nei confronti di se stesso e degli altri.
- *se non li ha fatti*: valutare assieme alla persona le motivazioni e riproporre gli esercizi per la volta seguente.

Si discute in merito ai compiti eseguiti soffermandosi su alcuni punti:

- cosa vuole dire "toccare il fondo"
- quali erano gli interessi prima di toccare il fondo con il gioco
- se viene la voglia di giocare cosa si può fare
- necessità di ricompensarsi ogni tanto
- "Se lo decidi, vai a giocare"

2. ***Riassunto della seconda ora:***

"Abbiamo visto assieme che cosa sia il gioco d'azzardo eccessivo: in sostanza è un errore di valutazione assai complesso. Si crede che sul lungo periodo si possa vincere attraverso delle regole o delle strategie. Il bisogno poi determinato dalle perdite ha dato vita ad un circolo vizioso caratterizzato da pensieri del tipo 'non posso sempre perdere, quindi, se tengo duro, prima o poi vincerò e recupererò quello che ho perso'".

La volta precedente si è parlato di:
- che cosa è il caso, la fortuna, l'azzardo
- quali sono le particolarità dei giochi che si fondano su caso
- perché la gente gioca d'azzardo: le ragioni emotive e le ragioni razionali
- il ruolo del denaro
- come ha inizio il meccanismo del gioco "non piú libero" (malattia)
- differenze apparenti dei vari giochi d'azzardo
- quali pensieri precedono, accompagnano e seguono il gioco
- problemi di dipendenza e le somiglianze con le dipendenze da sostanze
- le prime misure da prendere: astinenza (auto-esclusione), controllo del denaro (denaro contato, ritiro del libretto degli assegni e della carta di credito, firma a due sul conto corrente bancario), riordino dei debiti.

3. ***Ricominciare a vivere***

"Queste indicazioni sono importanti, però non bastano. È altrettanto importante riuscire a recuperare una serie di aspetti dimenticati con l'attività di gioco: sé stessi, una parte della propria vita, alcune persone che ci sono state vicine".

- La propria famiglia: dedicare ai propri famigliari il tempo che si era messo a disposizione per l'attività di gioco; ricreare la fiducia persa; dare loro delle scuse.
- Ritrovare le amicizie spesso perdute: gli amici veri, quelli che si sono allontanati per diverse ragioni; anche a loro vanno date delle scuse.
- Ritrovare le antiche attività extraprofessionali, gli interessi, gli hobbies…quelle attività che permettono di riempire la giornata di momenti gradevoli, che creano benessere.

"Per diverso tempo questi aspetti della propria esistenza sono stati accantonati; vanno però recuperati. I progressi ci saranno, ma lenti e graduali" (Si può proporre al pz di fare un diario che tenga conto di questi progressi).

"È anche un modo per evitare la ricaduta: se ha deciso di non giocare piú, a volte le giornate potranno sembrare vuote e noiose. Potranno comparire molti pensieri del tipo ' non è meglio andare a giocare?' oppure '..è passato già un mese, ora va meglio, sento che riuscirò a controllarmi'..".

4. ***Come curare il giocatore eccessivo***

La farmacoterapia

Esistono dei farmaci che possono aiutare la persona a stare meglio se si sente nervosa, irritabile, triste, disperata.. (ansiolitici, antidepressivi, farmaci anticraving).

La psicoterapia

"Giocare è il sintomo, ossia il segno di una specie di disagio interiore."

- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia in gruppo
- Gruppi G.A.
- Gruppo Itaca con conduzione di un terapeuta

5. ***Il problema della ricaduta***

La ricaduta è un problema serio, spaventa molto i giocatori d'azzardo che vogliono smettere, le loro famiglie, il terapeuta.
Tutti i giocatori 'pentiti' affermano con certezza che non ricadranno, che 'hanno imparato'. E sono sinceri, perché questa è la loro volontà. Poi magari non ce la fanno, ma non perché sono deboli o perché sono poco convinti. Non è una questione né di carattere, né di personalità, né di forza psichica. La natura umana si caratterizza per una certa contraddittorietà: spesso l'uomo è in conflitto con sé stesso e non è sempre attento a quello che capita dentro lui o attorno a lui.

5.1. ***Che cosa è una ricaduta***

"Molti credono che basti mettere 1euro nella slot machine perché avvenga una ricaduta. Gli specialisti invece ritengono che questo sia un inizio di una ricaduta. Si parlerà di ricaduta solo nel momento in cui la persona condurrà la vita di prima. L'inizio di una ricaduta è facile da fermare; meno facile da arrestare invece è la ricaduta vera e propria."

5.2. ***Quando avviene una ricaduta***

"Ci sono mille circostanze per cui un ex giocatore può ritornar a giocare e cosí dare inizio ad una ricaduta. Spesso accade quando il giocatore non gioca da diverso tempo e 'abbassa la guardia'."

- *Problemi famigliari* (riconquistare la fiducia come processo lungo e graduale);
- *pensier*i e *tentazioni* (frequentazione di bar o sale da gioco);
- eventuali *problemi di tipo economico* (gioco come strumento per sanare debiti);
- desiderio di *mettere alla prova se stessi* ('non sono un debole') ed il proprio *controllo* dopo un periodo significativo di astinenza (possibili tentativi per mettere alla prova la propria forza di volontà e la propria bravura nel controllarsi);
- *utilizzo di alcol* (diminuzione dell'autocritica, della capacità di controllo degli impulsi).

6. ***Che cosa fare se capita una ricaduta?***

"Ci sono alcune indicazioni e suggerimenti che ora vedremo assieme che possono essere utili nel momento in cui si verificasse una ricaduta. Queste frasi le serviranno per ricordarle quello che vuole dalla vita, quello che ha imparato dai suoi sforzi, quello che ha deciso di fare e mantenuto per un po' di tempo" (*dare al pz una copia della pag. 51 del manuale).*

- **"Resti calmo"** (non serve agitarsi, sono cose che capitano e alle quali si può porre rimedio; riflettere sul "Chi sei tu? Cosa vuoi dalla vita?")
- **"Si ricordi che ce l'ha già fatta una volta"** ("Ha dimostrato che ce la può fare; è chiaro, siamo esseri umani, e quindi a volte è difficile. Ma non bisogna arrendersi o avere un'idea di se stessi negativa").
- **"Si ricordi che il gioco non paga"** ("Il gioco prima o poi impoverisce, distrugge la vita. Si diventa infelici e rende infelice chi ci vuole bene. Alla lunga il gioco d'azzardo non premia i giocatori").
- **"Rifletta sulle proprie ragioni per smettere di giocare"** ("Perché ha voluto smettere di giocare? Non solo per ragioni economiche. Di ragioni ce n'erano altre: famigliari, professionali, personali…la sua vita insomma, il suo presente e il suo futuro").
- **"Chieda aiuto"** (per capire assieme agli specialisti il perché della ricaduta).

7. **Ricontrattazione**

- **Terapia supportiva/psicoterapia**

"Le sono state date le principali informazioni ed indicazioni inerenti il gioco problematico. Ma sono solo alcune; non potevamo affrontare tutto in tre ore ed in particolare comprendere ed approfondire dettagliatamente la sua storia di giocatore. Abbiamo visto assieme alcune cose, ma ci sono di certo in lei delle domande che sono già sorte o che si presenteranno in futuro".

"Qualora insorgesse in lei il desiderio di avere delle risposte, potremmo stabilire una serie di incontri successivi per poter meglio comprendere la natura di un disagio interiore che ha preso espressione attraverso il sintomo del gioco".

"Se ha bisogno di tempo per riflettere, mi ricontatti piú avanti. Mi troverà e vedremo assieme che cosa varrà la pena di fare".

- **Follow up**

"Gli incontri fatti avevano l'obiettivo di fornirle alcuni strumenti che permettessero di farla stare un po' meglio, di farla stare lontano dal gioco e di aiutarla a recuperare la sua vita di un tempo. Se questi obiettivi sono stati raggiunti o parzialmente raggiunti significa che anche l'intervento proposto è stato adeguato alla situazione. Solo lei col tempo ce lo potrà dire."
"Quindi, tra sei mesi la ricontatteremo per sapere come sta. Basterà anche una telefonata se non potrà venire di persona. Gli elementi che verranno raccolti ci permetteranno di valutare anche il programma di intervento proposto".

"Nel frattempo, qualsiasi cosa accada o se ne sente il bisogno, può telefonarmi. Per me e per i miei colleghi è importante che lei stia bene".

Riassunto della terza ora

"Oggi abbiamo imparato qualcosa
- sul fatto che lei si chieda che cosa vuole dalla vita
- sul fatto che ora può riprendere una vita soddisfacente
- sulla necessità e l'importanza di ritrovare il suo posto nella sua famiglia, che per troppo tempo ha trascurato
- sulla necessità di coltivare gli interessi di un tempo

- sulla necessità e sulla difficoltà di recuperare la fiducia dei propri famigliari e degli amici
- sulla necessità di chiedere scusa a chi ha ingannato e offeso, e di riparare i danni fatti, in particolare a pagare i debiti contratti
- sull'utilità di una psicoterapia 8e magari di una terapia con farmaci quando vi è l'indicazione
- sull'importanza della ricaduta e sulle misure da prendere in caso di una ricaduta

"Come si sente ora?"

_____
_____
_____

Consegnare il riassunto della terza ora, il questionario di valutazione e il questionario di valutazione del programma (da compilare entrambi in loco).

PSICO-E

Psicoeducazione: "esercizi a casa"

PRIMA ORA

Al termine della prima ora di Psicoeducazione vengono consegnati al paziente una serie di "compiti" da fare a casa che hanno la principale finalità di indurlo a riflettere su alcuni ***temi centrali*** inerenti ai problemi connessi al gioco eccessivo.
Il materiale è suddiviso in:

- Una scheda costituita da una serie di domande centrali che portano la persona ad una riflessione su se stessa, sulla propria famiglia, sul proprio impegno sociale e professionale, sul proprio futuro.
- Una serie di domande che portano ad una riflessione rispetto alle argomentazioni sottostanti al cambiamento ("motivazioni per smettere di giocare" e "motivazioni per continuare a giocare");
- Un questionario clinico costituito da quattro domande volto alla comprensione sia della modalità di invio sia della situazione attuale finanziaria della persona per verificare anche un'eventuale ammontare dei debiti di gioco;
- Un questionario finalizzato alla valutazione da parte della persona della prima ora del programma di sensibilizzazione al gioco d'azzardo eccessivo;
- Per ogni incontro di psicoeducazione, viene fornito al soggetto anche un testo che segue l'andamento del colloquio, e che tiene conto delle riflessioni cui il soggetto stesso è stato motivato a fare. Questo testo, di oltre 50 pagine, rimane al soggetto come *aide-mémoire*.

PRIMO GRUPPO D'ESERCIZI

Questi "compiti a casa" sono affidati in occasione del primo incontro. Saranno discussi in occasione del secondo incontro. Si tratta di riflettere su alcuni temi centrali dei problemi.

Le domande centrali

*Ogni domenica mattina***, per cinque settimane, per un periodo di cinque minuti, assieme a tua moglie, a tuo marito, o al tuo partner,** *poniti alcune delle domande centrali dell'esistenza***, che riguardano te stesso, la tua famiglia, il tuo impegno sociale e professionale, il tuo futuro, la tua dignità.**

Che cosa ti aspetti dalla vita?	
Chi sei?	
Quali sono i tuoi valori?	
Ti va bene così?	
Che cosa cambieresti?	
Che cosa vorresti fare di più	
Che cosa ti ci vuole	
Come lo vorresti fare?	

Perché cambiare?

Perché smettere? Perché continuare? Se vuoi smettere, hai delle ragioni per farlo, ma anche per evitare di farlo. Infatti, è difficile smettere. Vuol dire che ci sono ragioni anche per continuare a giocare. Altrimenti sarebbe facilissimo smettere.

Non si tratta solo d'elencare le ragioni, ma anche di **determinarne il "peso"**, ossia l'importanza, **su di una scala da uno a dieci**. Dieci è il peso massimo, mentre uno è un peso di scarsa importanza.

Alla fine, per ogni colonna, fate la somma. La **somma dei valori della prima colonna** ti dà il "peso" che tu attribuisci a smettere. La somma dei valori della **seconda colonna** ti dà il "peso" che tu attribuisci a *non* smettere, ossia a continuare.

Perché smettere?			
Argomenti *per*	Peso	Argomenti *contro*	Peso
Prima colonna		*Seconda colonna*	

Per esempio:

Argomento per smettere
Mia madre ne soffre (peso: 5, ossia medio)
Non ho più soldi (peso 9: ossia molto)
Argomento per* non *smettere
Potrei perdere un'occasione di vincere (peso: 2, ossia poco)
Mi diverto (peso: 10, ossia molto)

Ogni mattina

Trascrivi queste frasi su di un cartoncino, e mettilo nel bagno, sullo specchio, così che tu possa leggerlo almeno tutte le mattine, quando ti fai la barba, ti lavi il volto, ti spazzoli i capelli, ti fai il trucco. Leggilo ogni mattina… per vivere meglio.

- So resistere alle tensioni e alle tentazioni.
- So dire di no, e so mettere dei limiti
- So spiegarmi, e so anche ascoltare
- Ho voglia di migliorarmi
- Accetto i miei limiti
- So coltivare la mia fantasia, e ritrovare un pizzico di follia
- So rinunciare
- Provo piacere per le piccole cose
- So esprimere i miei sentimenti belli, e quelli brutti
- So rilassarmi e lasciarmi andare
- So chiedere aiuto

ESERCIZI PER LA SECONDA ORA

Il materiale da consegnare al paziente al termine della seconda ora prevede:
Una serie di schede finalizzate:

- ad una riflessione sull' esperienza che spesso la persona nomina con la frase "toccare il fondo";
- all'individuazione di quali erano gli interessi della persona prima dell'inizio dell'attività di gioco eccessivo al fine di aiutarla a meglio comprendere quali saranno le condotte future che permetteranno di attivarla e stimolarla a recuperare quegli stessi interessi ed attività della vita quotidiana spesso promotrici di un benessere psico-fisico;
- a stimolare la persona a mettere in atto dei comportamenti gratificanti che possano dare delle ricompense e che fungano da rinforzi positivi, al fine di far recuperare alla persona l'esperienza della gratificazione e del piacere nella quotidianità della vita;
- a dare alla persona sia una serie di indicazioni per poter gestire la voglia e il desiderio di andare a giocare, sia delle indicazioni da seguire nel momento in cui la persona decidesse di andare a giocare.
- Un questionario clinico volto alla rilevazione degli antecedenti famigliari rispetto all'attività di gioco ed eventuali precedenti prese in carico di natura psichiatrica o psicologica.
- Un questionario finalizzato alla valutazione da parte della persona della seconda ora del programma di sensibilizzazione al gioco d'azzardo eccessivo.

Che cosa vuol dire per te "toccare il fondo"?

Mettiti tranquillo, prendi una penna, rifletti. La parola "toccare il fondo" è una parola importante, che riguarda anche la vita della nostra anima. Per quanto riguarda le tue emozioni, i tuoi pensieri, e le te sensazioni, che cosa vuole dire "toccare il fondo"?

Ci sono emozioni, pensieri, sensazioni, dovute a quanto capita di definitivo, che trasformano la vita, in meglio o in peggio. A volte è solo quando uno tocca il fondo, che può prendere la rincorsa, e con un colpo di reni tornare in su. Più in basso del fondo, non si può andare.

Quali erano i tuoi interessi prima di metterti a giocare?

Nessuno vive solo per la famiglia, per il lavoro, per la società. Tutti hanno dei momenti di piacere, in cui si godono la loro famiglia, dei loro amici, della loro attività, dei momenti di riposo e di rilassamento. C'è chi ama le attività fisiche, chi ama le attività intellettive, chi ama ambedue, e riesce persino a combinarle. È uguale. Tutto va bene, perché permettono di trovare una nuova spinta nella vita quotidiana, e ristorano sia il corpo sia l'anima.

Il gioco d'azzardo eccessivo occupa moltissimo tempo e moltissima attenzione, da parte di chi gioca. E quindi questi piaceri vengono piano piano trascurati. Quali erano i tuoi interessi, prima che il gioco si prendesse tutto lo spazio a disposizione?

È importante che tu lo sappia, perché bisogna piano piano ricuperare la vita quotidiana, com'era un tempo. Ed è più facile ricominciare con quello che già si conosce.

1.
2.
3.
4.
5:
6:

Trova il modo di ricompensarti

Ogni giorno, facciamo qualcosa di buono. O lo facciamo bene. Due o tre cose, ma sono davvero buone.
Per tre giorni, tieni nota (sotto “attività da premiare”) delle cose buone che fai. Attribuisci loro un “peso”, ossia un valore, da 1 (il meno) a 6 (il massimo).
Attibuisciti ogni giorno un “premio” che sia proporzionato al “peso” dell’azione buona. Come? Osserva che cosa davvero ti piace. Devono essere ricompense che ti piacciono alla vista, che ti piacciono all’udito, che ti piacciono quando le tocchi, che ti piacciono quando le metti in bocca, e così via. Sono ricercate le ricompense che funzionano su parecchi registri.
Discutine con il tuo partner!

Attività da premiare	"Peso"	Premio: vista gustativo, visivo, olfattivo, ecc.

Per esempio:

Attività

Oggi ho pulito a fondo l’automobile. Peso: 8. Mi concedo un bel film.

Oggi ho aiutato mio figlio a fare i compiti. Peso: 10. Mi concedo un’ora di sonno in più la mattina.

Se ti viene la voglia…

Trascrivi queste massime nel tuo diario, oppure trascrivile su di un cartoncino, da tenere nel portamonete o nel portafoglio.

La voglia, se non è ancora venuta, di certo verrà. La tentazione è dietro la porta. La compagnia può aiutare ad evitarla, ma può contribuire ad incontrarla prima. E non riusciremo mai a mettere fuorilegge il gioco d'azzardo. L'unica possibilità aperta di fronte a noi è di diventare più capaci di scegliere quello che davvero va bene per noi.

- Aspetta, prima di gettarti a pesce. Ritarda un pochino, anche di soli dieci minuti per volta.
- Ricordati che hai fatto un calcolo, per sapere se ti conveniva smettere, oppure no. Vai a rivederti il risultato dei tuoi calcoli.
- Va' a cercare qualcuno con cui parlare. Non lasciare che ti convincano gli amici, che non conoscono bene i tuoi problemi.
- Concentra la tua attenzione su altre cose (pulizie, ginnastica, TV, musica).
- Pensa a se stesso, al tuo presente ed al tuo futuro.
- Perché lasciare una vita sana, per qualcosa che ti fa male sul piano fisico, ti riduce a pezzi sul piano morale, e ti toglie ogni libertà di disporre di te e del tuo denaro?
- Offriti una ricompensa, qualcosa che ti faccia piacere.
- Immàginati il tuo futuro, come se per magia tu ti trovassi libero dal gioco d'azzardo.

Se vuoi andare, va'

Nessuno ti obbliga a lasciar perdere il gioco. Se vuoi andare, va'. Ma prima trascrivi queste frasi, e mettile nel portamonete. Non si sa mai: sono una goccia di saggezza che può darti un aiuto, una volta che hai cominciato a giocare.
E quando stai giocando, sforzati di rileggertele almeno una volta ogni ora.

Se decidi di andare, e se trovi di aver delle giustificazioni per farlo, va' pure, ma allunga il tragitto per arrivarci.
Pensa all'esercizio, in cui hai calcolato se ti conviene giocare d'azzardo, oppure no.
Pensa ai tuoi famigliari, ai tuoi piani per il futuro, all'irrazionalità del gioco.

Prima di partire, metti gli euro o i franchi nella tasca sinistra.
Nella tasca destra tieni il denaro per il caffè o per la benzina.
Lascia a casa la carta di credito.
Non toccare la tasca destra.
Se la tasca sinistra si trova vuota, vattene immediatamente.

ESERCIZI PER LA TERZA ORA

Al termine della terza ora si consegnano al paziente il questionario di valutazione della terza ora e il questionario di valutazione dell'intero programma di sensibilizzazione al gioco d'azzardo eccessivo, dando l'indicazione di compilarli prima del congedo dal terapeuta.

Bibliografia

Adler N., Goleman D. (1969), “Gambling and alcoholism: symptom substitution and functional equivalents”, in *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30(3), 733-736.
American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Fourth Edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association; trad. it. *DSM--IV*, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1995.
Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (2000), *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Hogrefe, Göttingen (7-a ed.).
Arbeitskreis OPD (red.), (1998, 2-a ed.), OPD. *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Material*. Huber, Bern.
Bakur M. et al. (1977), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, Berlin.
Barratt E.S. (1959), “Anxiety and impulsiveness related to psychopathology efficiency”, in *Perceptual Motor Skills*, 9, 191-198.
Barratt E.S., Stanfort M.S. (1995), "Impulsiveness", in Costello C.G. (Eds), *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client,* Wiley, New York.
Barron J. (Ed.), (1998), *Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*, American Psychological Association, Washington D.C.
Beaudoin C.M., Cox B.J. (1999), “Characteristics of problem gambling in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-/IV-based questionnaire”, in *Canadian Journal of Psychiatry,* 44, 483-487.
Bech P., Kastrup M., Rafaelsen O.J. (1989), *Echelles d'anxiété, de manie, de dépression, de schizophrénie. Correspondance avec le DSM III*. Masson, Paris.
Bergh C., Eklund T., Sodersten P. e Nordin C. (1997), “Altered dopamine function in pathological gambling”, in *Psychological Medicine*, 27, 473-475.
Bergler E. (1957), *The Psychology of Gambling,* International University Press, New York; trad. it. *Psicologia del giocatore* (1974), New Compton Italiana, Vicenza.
Besson C. (1994), “Gli strumenti dell’operatore di rete”, in Sanicola L. (a cura di), *L’intervento di rete,* Liguori, Napoli.
Besson C. (1995), “Per intervenire in rete. Processi e passaggi”, in Sanicola L. (a cura di), *Reti sociali e intervento professionale,* Liguori, Napoli.
Blaszczynski A.P. (1999), “Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders”, in *Psychological Reports*, 84(1), 107-113.
Blaszczynski A.P., Buhrich N., McConaghy N. (1985), “Pathological gamblers, heroin addicts and controls compared on the E.P.Q. Addiction Scale”, in *British Journal of Addiction,* 80, 315-319.
Blume S. (1987), “Compulsive gambling and the medical model”, in *Journal of Gambling Behavior*, 3, 237-247.

Bolen D.W., Boyd W.H. (1968), “Gambling and the gambler”, in *Archives of General Psychiatry*, 18, 617-630.
Bonvin N. (2001), *Tecniche di prevenzione alle ricadute*, vol. 1 e 2, Editions Ling, Lausanne.
Bouvard M. (2002), *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Masson, Paris.
Bouvard M., Fontaine-Buffe M., Cungi C., Adeleine P., Chapoutier C., Durafour E., Bouchard C., Cottraux J. (1999), "Etude préliminaire d'un entretien structuré de la personnalité, le SCID II", in *L'Encéphale*, 25, 416-421.
Bouvard M., Cottraux J. (2000, 2e éd.), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie,* Masson, Paris.
Bouvard M., Cottraux J. (2002, 2e éd.), "Inventaire d'anxiété état - trait (State trait anxiety inventary)", in *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Masson, Paris, 87-88.
Breen R.B., Zuckerman M. (1999), "Chasing in gambling behavior: Personality and cognitive determinants", in *Personality and individual differences,* 27(6), 1079-1111.
Buss A.H., Durkee A. (1957), “An inventory for assessing different kinds of hostility”, in *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349. Adattamento italiano di Fertonani, Affini e Zaimovic, materiale non pubblicato.
Caillois R. (1981), *I giochi e gli uomini,* Bompiani, Milano.
Cancrini L. (1996), “Una tossicomania senza farmaci”, prefazione a Dostoevskij F., *Il giocatore*, Ed. UP, Roma.
Cancrini L. (1998), “Tossicomani e giocatori: a proposito di temerari”, in *Ecologia della mente*, I, Il Pensiero Scientifico, Roma.
Capitanucci D. (2000), “Il gioco d’azzardo problematico”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie,* 15/16, 9-14.
Capitanucci D. (2003), "Non solo droga: la dipendenza da gioco d’azzardo", in *I comportamenti di addiction e dipendenza: tabacco, alcool, droghe e altre forme (gioco, video, sesso, cibo),* a cura di Marino V., Pellai A., Tosetto C. The McGraw-Hill Companies, Milano.
Capitanucci D., Marino V. (2002), a cura di, *La vita in gioco? Il gioco d’azzardo tra divertimento e problema*, FrancoAngeli, Milano
Capitanucci D., Biganzoli A., Carlevaro T. (2001), "Revisione critica degli strumenti di valutazione del gioco d'azzardo patologico", in: *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità d'intervento*. (a cura di Mauro Croce e di Riccardo Zerbetto). Franco Angeli, Milano.
Carlevaro T. (2000), "Questionario Diagnostico e di Follow-up", materiale non pubblicato.
Carlevaro T. (2004), *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d’azzardo eccessivo*, Hans Dubois, Bellinzona (Svizzera), in CdROM.
Castrogiovanni P., Maremmani I. (1993), "Aggressive behaviour and hostility in depression: clinical aspect", in: *Mood Disorders*, Berlin, Springer, 51-65.
Castrogiovanni P., Andreani M.F., et al. (1982), "Per una valutazione dlel'aggressività nell'uomo: contributo alla validazione di un questionario per la tipizzazione dle comportamento aggressivo", in *Rivista di Psichiatria*, 17: 276.
Cattell R.B., et al. (1970), *Handbook for the 19PF*. IPAT, Champaigne.
Cibin M., Zavan V., Zampieri N. (2000), "Gioco d’azzardo patologico (G.A.P.): storia naturale e possibilità di intervento", in *Alcologia*, 12(3), 163-170.
Comings D.E. (1998), “The molecular genetics of pathological gambling”, in *CNS Spectrums*, 3(6), 20-37.
Consoli A., Bennardo A. (1995), Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell’alcolismo. Addiction Severity Index, Torino, Centro Scientifico Editore.
Conti L. (2000), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, tre tomi, SEE, Firenze.
Cottraux J., Bouvard M., Légeron P. (1985), *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements,* Editions EAP, Paris.
Croce M., Zerbetto R. (2001), a cura di, *Il gioco e l’azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, Franco Angeli, Milano.
Custer R.L. (1982), “Pathological gambling”, in Whitfield A. (a cura di), *Patients with Alcoholism and other Drug Problems*, Year Book Publ., New York.

Custer R.L. (1984), “Profile of the pathological gambler”, in *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12), 35-8.
DeCaria C.M., Hollander E., Begaz T., et al. (1998): "Reliability and validity of a pathological gambling modification of the Yale-Brown Obsessiva Compulsive Scale (PG-YBOCS): preliminary findings". Presented at the 12th National Conference on Problem Gambling. July 17-20, 1998, Las Vegas, Nevada.
DeCaria C.M. (1998), “Serotoninergic and noradrenergic function in pathological gambling”, in *CNS Spectrums*, 3(6), 38-47.
Dell L.J., Ruzicka M.F., Palisi A.T. (1981), “Personality and other factors associated with the gambling addiction”, in *The International Journal of the Addictions*, 16(1), 149-156.
Dickerson M.G. (1984), *Compulsive gamblers*, Longman Group Ltd., London.
Dickerson M.G. (1989), “Gambling: a dependence without a drug”, in *International Review of Psychiatry,* 1, 157-172.
Dickerson M.G. (1993), “Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising form one form of gambling to another”, in *Journal of Gambling Studies*, 6, 3, 225-246.
Dickerson M.G. (1993), *La Dipendenza da Gioco. Come diventare giocatori d’azzardo e come smettere*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
Eurispes – Istituto di Studi Politici Economici e Sociali (1999, 2000), *Giochi, scommesse e lotterie: “italiani d’azzardo”*, Roma.
Ewing J.A., Rouse B.A. (1970), *Identifying the hidden alcoholic. Paper presented at the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence*, Sydney, Australia, February 1970.
Ewing J.A: (1984), "Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire", in *JAMA*, 252 1905.
Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. (1971), *Eysenck personality inventory,* ECPA, Paris (edizione francese).
Eysenck S.B.G.; Eysenck H.J.; Barnett P. (1975), *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire,* Hodder and Stroughton, London.
Fisher S. (2000b), “L’impatto del gambling sul tessuto sociale”, Relazione presentata al primo Congresso Nazionale dell’ALEA, 6-8 aprile 2000, Forte dei Marmi.
Fisher S. (2000c), “Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non clinical populations”, in *Journal of Gambling Studies,* 16(2-3), 253-273.
Fisher S. (1999), “A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents”, in *Addiction Research*. 7(6), 509-538.
Fisher S. (2000a), “Measuring the prevalence of sector-specific problem gambling: A study of casino patrons”, in *Journal of Gambling Studies*, 16(1), 25-51.
Fossati A., Di Ceglie A., Acquarini E., Barratt E.S. (2001), "Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11) in nonclinical subjects", in *General and Clinical Psychology*, 57 (6), 815-28.
Griffiths M. (1994), “An exploratory study of gambling cross addictions”, in *Journal of Gambling Studies*, 10, 371-384.
Gruppo di Lavoro *GAP,* Dipartimento delle Dipendenze, ASL Varese (2001), "La Cartella Clinica per Giocatori Eccessivi", materiale non pubblicato.
Guerreschi C. (2000), *Giocati dal Gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d’azzardo patologico*, San Paolo, Milano.
Guerreschi C. (2003), *Il gioco d’azzardo patologico. “Liberati dal gioco patologico” e dalle altre nuove dipendenze*, Ed. Kappa, Roma.
Guerreschi C., Gander S. (2000), “Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume”, in Guerreschi C., *Giocati dal gioco*, San Paolo, Milano.
Hamilton M. (1959), “The assessment of anxiety states by rating”, in *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
Hamilton M. (1960), “A rating scale for Depression”, in *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry,* 23, 56.

Hamilton M. (1960), “Development of a rating scale for primary depressive illness”, in *British Journal of Social and Clinical Psychology,* 6, 278-296.
Hamilton M. (1959), “The assessment of anxiety states by rating”, in *British Journal of Medical Psychology,* 32, 50-55.
Hamilton M. (1960), “A Rating Scale for Depression”, in *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56.
Hathaway S.R., McKinlay J.C. (1996), *Manuel de l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota,* ECPA, Paris.
Hodgins D. G. (2001), “Processes of changing gambling behavior”, in *Addictive Behaviors*, 26, 121-128.
Hollander E. (1998), “Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs”, in *British Journal of Psychiatry*, 173 (35 S), 7-12.
Hollander E., et al. (1998), “Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling”, in *American Journal of Psychiatry*, 155, 1781-1783.
Hollander E., Wong C.M. (1995), “Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions”, in *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl. 4), 7-12.
Huizinga J. (1982), *Homo ludens,* traduzione italiana, Einaudi,Torino.
Imbucci G. (a cura di) (1999), *Il gioco pubblico in Italia. Storia, Cultura e Mercato.* Marsilio, Venezia.
Johnson E.E., Hamer R., Nora R.M. (1998), "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study", in *Psychological Reports*; 83: 1219-1224.
Johnson E.E., Hamer R., Nora R.M., Tan B. (1997), "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers", in: *Psychological Reports*; 80: 83-88.
Kusyszyn I. (1984), “The psychology of gambling”, in *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 474.
Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2003), *Il gioco d’azzardo eccessivo. Vincere il gambling,* edizione italiana a cura di Carlevaro T. e Capitanucci D., Centro Scientifico Editore, Torino.
Ladouceur R., Sylvain C., Boutin, C., Doucet, C. (2000), *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*, Les Editions de l’homme, Montréal, Canada.
Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d’azzardo,* The McGraw-Hill Companies, Milano.
Le Breton D. (1995), *Passione del rischio,* Edizioni Gruppo Abele, Torino.
Lejoyeux M., Feuche N., Loi S., Solomon J.E., Ades J. (1998), “Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity”, in *Psychiatry Research*, 81, 149-155.
Lesieur H.R. (1994), “Epidemiological Surveys of Pathological Gambling: Critique and Suggestions for Modification”, in *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 385-398.
Lesieur H.R., Blume S.B. (1987), “The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers”, in *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.
Lesieur H.R., Blume S.B. (1992), “Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological gamblers”, in *The American Journal on Addictions*, 1(3), 240-247.
Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. (1986), “Alcoholism, drug abuse and gambling”, in *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10 (1), 33-38.
Lesieur H.R., Blume S.B. (1992), "Modifying the addiction severity index for use with pathological gamblers", in *The American Journal of Addictions*, 1; 3: 240-247.
Lesieur H.R., Blume S.B. (1993), Revising the South Oaks Gambling Screen, in *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223.
Lesieur H.R., Heinman M. (1988), “Pathological gambling among multiple substance abusers in a therapeutic community”, in *British Journal of Addiction*, 83, 765-771.
Lesieur H.R., Wallish L. (1993), “Problematic gambling and problematic drug use: Their interactions”, Paper presented at the annual meeting of the Academy of Criminal Justice Sciences, Kansas City, March.

Lesieur H.R., Blume S.B. (1991), “Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index”, in *British Journal of Addictions*, 86, p. 1017-1028.
Lesieur H.R., Blume S.B. (1992), “Modifying the Addiction Severity Index for use with Pathological Gamblers”, in *The American Journal on Addictions*, 1 (3)), 240-247.
Linden R.D., Pope J.H.G., Jonas J.M. (1986), “Pathological Gambling and major affective disorder: preliminary findings”, in *Journal of Clinical Psychiatry,* 47(4), 201-203.
Marazziti D., Ravizza L. (2000), *Il gioco d’azzardo patologico: ma è davvero un gioco?,*Martin Dunitz ed. (Solvay Pharma), Londra.
Mayfield D., McLeod G., Hall P. (1974), “The C.A.G.E. questionnaire: validation of a new alcoholism instrument”, in *American Journal of Psychiatry,* 131, 1121-1123.
McElroy S.L., Pope H.G., Keck P.E., Hudson J.I., Phillips K.A., Strakowski S.M. (1996), “Are impulse-control disorders related to bipolar disorder?”, in *Comprehensive Psychiatry*, 37, 229-240.
McLellan A.T., Luborsky L., Woody E.G., O’Brien C.P. (1980), “An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index”, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33. Adattamento italiano di Consoli A. e Bennardo A. (1990), Crinos.
Montgomery S., Asberg A. (1979), "A new depressive scale designed to be sensiblle to change", in *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
Nora R.M. (1986), “Substance Abuse, Mental Illness, and Pathological Gambling”, in *American Journal of Psychiatry*, 143(4).
Organizzazione Mondiale della Sanità. ICD-10 (1992). *Decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Edizione italiana a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobrace, L. Magliano, Masson, Milano.
Overall J.E., Gorham D.R. (1976), "047 BPRS, Brief psychiatric rating scale", in *ECDEU Assessment Manual for psychopharmacology*. Rockville (Maryland), 157-169.
Petry J. (1996), *Psychotherapie der Glückspielsucht*, Beltz-Verlag, Weinheim (Deutschland).
Prochaska J.O., Velicer W.F., DiClemente C.C., Fava J.S. (1988), “Measuring the processes of change. Applications to the cessation of smoking”, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
Ramirez L.F., McCormick R.A., Taber J.I. (1984), “Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment”, in *Addictive Behaviors*, 8, 425-428.
Roehrich L., Sorensen J., Good P. (1994), “Opiate dependence, gambling and HIV risk behavior in a low income population”, Paper presented at the annual meeting of the College on Problems of Drug Dependence, June.
Rönnberg S., Volberg R.A. (1999), “Gambling and problem gambling in Sweden”, Report n° 2 of then National Institute of Public Health Series on Gambling, Stoccolma, 97.
Rosenthal R.J. (1992), “Pathological gambling”, in *Psychiatric Annals*, 22, 72-78.
Rozin P., Stoess C. (1993), “Is there a general tendency to become addicted?”, in *Addictive Behaviors*, 18(1), 81-87.
Sanicola L. (a cura di) (1994), *L’intervento di rete*, Liguori, Napoli.
Sanicola L. (a cura di) (1994), *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
Sanicola L. (sous la direction de) (1994), *L'intervention de réseaux*, Bayard, Paris.
Sanicola L. (1995), "L’esplorazione delle reti primarie", in L. Sanicola (a cura di), *Reti sociali e intervento professionale*, Liguori, Napoli.
Sanicola L., Bosio S. (2002), "Un approccio di rete al gioco d'azzardo", in *La Vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. A cura di Capitanucci D. e Marino V., Franco Angeli, Milano.
Scharfetter C. (1992), *Psicopatologia generale. Un'introduzione*. Traduzione dal tedesco: 1976, 1991. Feltrinelli, Milano.
Shaffer H.J. (1996), “Understanding the means and objects of addiction: technology, the Internet, and gambling”, in *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 461-469.

Shaffer H.J. (1997), “The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos”, in *Substance use and misuse*, 32(11), 1573-1580.
Shaffer H.J. (1999), “Strange bedfellows: a critical view of addictions”, in *Addiction*, 94(10), 1445-1448.
Spiller V., Guelfi G.P. (1998), "La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E", in *Bollettino delle farmacodipendenze e alcoolismo*, 21: 2.
Spunt B., Lesieur H., Hunt D., Cahill L. (1995), “Gambling among methadone patients”, in *International Journal of the Addictions*, 30, 929-962.
Spunt B., Lesieur H., Liberty H.J., Hunt D. (1996), “Pathological Gamblers in Methadone Treatment: A comparison between men and women”, in *Journal of Gambling Studies*, 12(4).
Steel Z., Blaszczynski A. (1998), “Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity”, in *Addiction*, 93(6), 895-905.
Stein D.J. (2000), “Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders”, in *Biological Psychiatry*, 47(4), 296-304.
Steinberg M.A., Kosten T.A., Rounsaville B.J. (1992), “Cocaine abuse and pathological gambling”, in *American Journal on Addictions*, 1, 121-132.
Stinchfield R. (2003), “Reliability, validity and classification accuracy of a measure of DSM IV criteria for pathological gambling”, in *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 180-182.
Vitaro F., Arsenault L., Tremblay R.E. (1997), “Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents”, in *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1769-1770.
Widiger T.A., Clark L.A., (2000), “Toward DSM-V and the classification of psychopathology”, in *Psychological Bulletin*, 126(69), 946-963.
Willans A. (2000), *Gioco d’azzardo un affare di famiglia,* Editori Riuniti, Roma.
Wray I., Dickerson M.G. (1981), “Cessation of high frequency gambling and ‘withdrawal’ symptoms”, in *British Journal of Addiction*, 76, 401-405.
Zimmermann M., Meeland T., Krug S. (1985), “Measurement and structure of pathological gambling behaviour”, in *Journal of Personality Assessment*, 1, 76-81.
Zuckerman M. (1983), “La ricerca di forti sensazioni”, in *Psicologia contemporanea*, 59.
Zuckerman M. (1994), *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge University Press, Cambridge.
Zuckerman M. (1999), “Substance abuse and dependence and pathological gambling disorders”, in Zuckerman M., *Vulnerability to psychopathology: a biosocial model*, American Psychological Association, Washington, DC, USA.
Zuckerman M., Eysenck S.B.G., Eysenck H.J. (1978), “Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age and sex comparisons”, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.
Zung, W.W.K. (1965), “A self-rating depression scale”, in *Archives of General Psychiatry,* 12, 63-70.
Zung, W.W.K. (1971): "A rating instrument for anxiety disorders", in: *Psychosomatics*, 12, 371-379.