

## Area tematica 7

# GIOCO D'AZZARDO, IAD E ALTRE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

7.1

## GAP GEOGRAFIE DELL'AZZARDO PATOLOGICO

### STORIA DI UN TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DENTRO LA SEMANTICA DEL GIOCO

Riccardi A.\*<sup>[1]</sup>, Manfredini S.P.<sup>[1]</sup>, Maccarini B.<sup>[1]</sup>, Brambilla G.<sup>[2]</sup>, Scopelliti C.<sup>[3]</sup>

<sup>[1]</sup>ASST Santi Paolo e Carlo - SC Area Penale e Penitenziaria -SS SerD Carcere di Bollate e Tribunale ~ Milano ~ Italy,

<sup>[2]</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore Facoltà di Psicologia ~ Milano ~ Italy,

<sup>[3]</sup>Università Vita Salute San Raffaele Facoltà di Psicologia ~ Milano ~ Italy

**Sottotitolo:** Il progetto nasce con l'obiettivo di intercettare pazienti GAP e, attraverso un trattamento intramurario multidisciplinare, aumentare le competenze emotive, sostenere un processo di responsabilizzazione rispetto alle proprie condotte, individuare i bias cognitivi e gli errori di pensiero connessi, per provare a ristrutturare la semantica del gioco.

#### Testo Abstract

Il progetto GAP del SerD Carcere di Bollate e Tribunale è attivo nella seconda casa di Reclusione di Milano - Bollate da aprile 2021. Il progetto nasce con l'obiettivo di intercettare i pazienti che riferiscano problematiche di gioco d'azzardo. Le fasi operative del progetto si possono così riassumere:

#### 1. Fase di insediamento

Costruzione di una rete con figure professionali interne al carcere (nello specifico Educatori Ministeriali, Psicologi ex art 80, Area Sanitaria e referente Nuovi

Giunti, interno all'èquipe SerD) per intercettare pazienti che riferiscono e/o evidenziano un DGA.

#### 2. Fase di valutazione a fini diagnostici

La fase di insediamento del progetto ha portato a numerose segnalazioni di detenuti giocatori d'azzardo meritevoli di approfondimento. I pazienti intercettati vengono presi in carico dal SerD interno e iniziano un percorso valutativo che consta di quattro colloqui clinici di assessment. È stato costruito un questionario per la raccolta anamnestica arricchito in corso d'opera, fino a comprendere le seguenti sezioni: dati anagrafici della persona, anamnesi familiare, anamnesi della famiglia nucleare, sezione riguardante il reato, sezione riguardante le altre eventuali dipendenze, area psicopatologica, sezione specifica sul gioco d'azzardo (inizio, durata, modalità di gioco, ultima giocata, indagine sulle tipologie di gioco e sul denaro speso, tempo settimanale deputato al comportamento di gioco e alla ricerca di denaro) e area economica-debitoria.

Ad ogni paziente è somministrata una batteria di test specifici per DGA: Canadian-SOGS, GRCS e BIS 11, e quando necessario sono stati effettuati approfondimenti con SCL-90, GPQ, TAS 20 e SCID V.

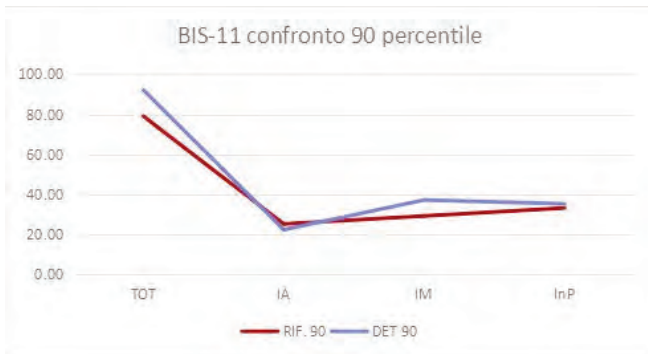
A conclusione dell'iter diagnostico, quando l'insieme delle risultanze lo ha permesso, è stata posta diagnosi di DGA con specifico livello di gravità e indicazione su eventuale remissione. Nel corso dei primi mesi di operatività, il progetto ha inoltre portato alla definizione di procedure per l'intercettazione precoce dei giocatori in carcere, poi rese stabili attraverso la collaborazione con l'area Nuovi Giunti del nostro Servizio: nel corso dei primi due anni di operatività sono stati segnalati 239 giocatori, di cui 157 risultano ad oggi valutati e diagnosticati GAP. I restanti 82 soggetti sono ancora in fase di valutazione.

Di seguito alcuni grafici che riportano le nostre prime analisi descrittive sul campione:

Grafico 1 - giocatori intercettati



Grafico 2 – BIS-11 90°percentile



Legenda

- IA: impulsività attentiva
- IM: impulsività motoria
- InP: impulsività da non programmazione

Grafico 3 – GRCS confronto campione italiano e SerT intramurario +

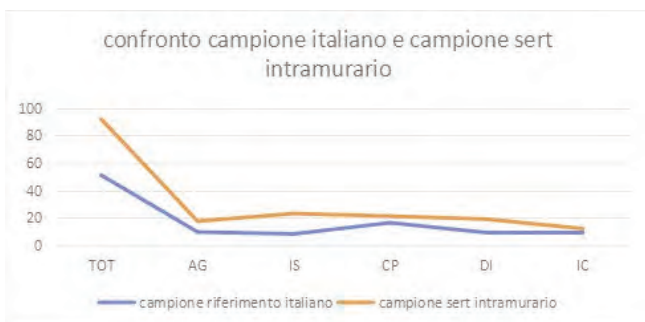
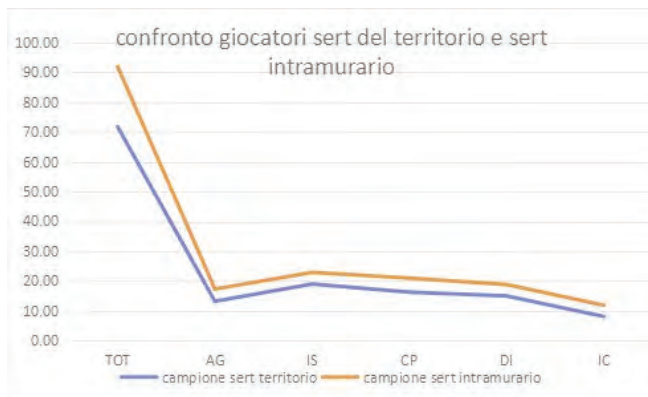


Grafico 4 – GRCS confronto giocatori SerT territorio e SerT intramurario



Legenda grafico 3 e 4

- AG: aspettative dal gioco
- IS: incapacità a smettere
- CP: controllo predittivo
- DI: distorsioni interpretative
- IC: illusione di controllo

L'importante numero di pazienti intercettati e l'evidenza di un alto livello di impulsività motoria, insieme alla presenza di un pensiero contaminato da convinzioni erranee e a livelli di gravità elevati rispetto a giocatori in trattamento ma privi di misure restrittive

della libertà, ha reso urgente la progettazione di un intervento che si è realizzato in forma gruppale, a partire da novembre 2021.

3. Fase degli interventi di trattamento intramurario  
La proposta trattamentale intramuraria si è sviluppata in itinere implementando quando necessario, con nuovi contenuti e nuove proposte:

**Livello trattamentale 1 -IL GRUPPO PSICOEDUCATIVO**  
Tale livello trattamentale prevede un percorso di Psicoeducazione in un contesto gruppale, al quale i pazienti possono accedere solo dopo aver concluso il percorso valutativo-diagnostico. Il livello trattamentale 1 ha una durata complessiva di 8-10 incontri a cadenza settimanale. Gli incontri sono condotti, anche in virtù della numerosità dei gruppi, da due psicologhe psicoterapeute. Durante questi incontri si sostengono i pazienti in un processo di comprensione della problematica che gli permetta di uscire dallo stigma del "vizio". Infatti i primi incontri sono esclusivamente volti ad aiutare i pazienti a comprendere il concetto di patologia-dipendenza, e a poterlo adeguatamente utilizzare. Vengono poi fornite informazioni sul funzionamento della mente e sugli errori cognitivi che si generano i quali, se non riconosciuti, conducono a una scorretta interpretazione del dato di realtà, perpetuando in questo modo il comportamento di gioco. Si sostengono i pazienti in un percorso motivazionale, che li possa aiutare a scegliere o mantenere un comportamento di astensione.

Un ulteriore elemento di lavoro riguarda il poter far comprendere quali sono ad oggi le possibilità di cura e i diversi percorsi terapeutici attuabili, aiutando i pazienti a comprendere come la remissione, anche se prolungata e/o in ambiente controllato, non debba essere intesa come indice di guarigione. Proprio sulla base della necessità di trattare queste tematiche si è pensato di concludere il percorso di primo livello con l'inserimento di due incontri con le Assistenti Sociali del Servizio, in modo da poter avere uno spazio dedicato ad approfondire le possibilità trattamentali esterne, a fronte di una diagnosi di DGA. Vengono fornite informazioni sulle misure terapeutiche alternative alla detenzione e alla possibilità di accesso alle Comunità terapeutiche con modulo sul Gioco D'azzardo.

**Livello trattamentale 2 - IL GRUPPO PSICOLOGICO**

La psicoeducazione ha suscitato molto interesse e si è dimostrata strumento utile nella comunicazione di temi significativi e facilitante la comprensione e l'interesse dei partecipanti. I temi che hanno colpito i

giocatori e che sono stati snodo di insight riguardano il livello cognitivo di approccio al problema e, nello specifico, il meccanismo comportamentale della dipendenza, le distorsioni cognitive e il loro impatto sul comportamento, l'irrealismo del pensiero, il funzionamento per schemi e l'importanza di correggere le proprie mappe mentali. Dopo i primi 8 mesi di gruppi, sulla base del lavoro svolto e sulla base dei feedback dei partecipanti, abbiamo riflettuto sulla opportunità di proporre un intervento di secondo livello per accogliere ai bisogni emersi durante la psicoeducazione e rispondervi con un ascolto psicologico in un tempo più lungo; abbiamo quindi introdotto un percorso psicologico di gruppo, a cadenza settimanale, della durata di 6-7 mesi, a cui possono accedere solo i pazienti che abbiano completato i precedenti cicli trattamentali. Tale percorso si pone come obiettivo quello di poter aiutare i pazienti ad affrontare gli aspetti di natura emotiva connessi alla dipendenza da gioco, una volta chiariti quali siano i bias cognitivi e in generale gli errori di pensiero che concorrono a perpetuare il comportamento di gioco. A seguito dell'aver lavorato in gruppo su tali aspetti, all'aver formato un gruppo di lavoro in cui si sia ridotta la componente dello stigma, dell'isolamento e della vergogna, (elementi estremamente presenti in questa tipologia di pazienti), si assiste a una maggior disponibilità ad affrontare aspetti più intimi e personali legati alla propria storia. Tale livello trattamentale vuole procedere nel fornire corrette informazioni sul tema della dipendenza da gioco (lettura congiunta del DSM V, fornire elementi scientifici sulla dipendenza, craving, tolleranza e astinenza) in modo che i pazienti possano usare criteri scientifici per leggere e interpretare la propria problematica e i propri comportamenti, in sostituzione di un sapere soggettivamente costruito su credenze e idee erranee. Due elementi su cui si lavora in questo percorso attengono l'impulsività e le scarse competenze emotive di questi pazienti, di cui si ha corrispondenza a partire dalle risultanze della somministrazione delle batterie di test (BIS 11, GRCS e TAS 20). In una quota questo percorso vuole sostenere i pazienti nell'analisi più approfondita dei propri comportamenti legati al gioco, esplorando gli aspetti emotivi e affettivi che sottendono il comportamento. In questo modo risulta possibile far emergere bisogni psicologici importanti non riconosciuti o negati che, alla stregua delle cognizioni errate e delle false credenze in materia, concorrono a perpetuare il comportamento di gioco.

Di fondamentale importanza è affrontare tale percorso in gruppo, in modo che l'esperienza dell'Altro, inteso come altro da Sé, possa funzionare da vettore di

rispecchiamento, incrementando i processi di mentalizzazione, elaborazione e riduzione della vergogna e dell'isolamento ad essa collegata. Nel corso dei gruppi abbiamo assistito a vere e proprie "illuminazioni" che aprivano a considerazioni su aspetti emotivi, quelli che abbiamo chiamato "l'altra gamba su cui cammina il GAP" e che ci hanno permesso di soffermarci sulle emozioni sottese ai momenti di craving, a quelli di gioco e a quelli dell'evidenza della perdita per risalire ai momenti significativi della vita del paziente attraverso cui quelle stesse emozioni trovano un significato.

Con questo modello sono stati condotti 10 gruppi: 7 gruppi di primo livello e 3 di secondo livello. I gruppi hanno riscontrato una buona partecipazione da parte dei pazienti e minimi casi di drop-out (<10%) per lo più dovuti a scarcerazioni per accoglimento istanze di misure alternative o per concessione di art.21.

Tracce di alcuni dei temi trattati nei gruppi di 2° livello:

#### GIOCO

Si basa sulle mie abilità\capacità

Posso migliorare tramite l'allenamento\apprendimento

Ha delle regole

Miglioro se imparo delle strategie

Lo si pratica per divertimento

C'è una competizione positiva

Si basa sulle mie abilità\capacità

Posso migliorare tramite l'allenamento\apprendimento

Ha delle regole

Miglioro se imparo delle strategie

Lo si pratica per divertimento

C'è una competizione positiva

C'è sempre una posta in palio

La posta in palio è irreversibile

Si fonda sul caso

La mia vincita o perdita non è prevedibile

La sorte della partita non è influenzabile

Diventa un'attività assidua ("quasi un lavoro").

Coinvolge dei bias cognitivi che si basano sulle strategie che abbiamo appreso sul gioco

Stimola il circuito della gratificazione e produce piacere

Comporta il mentire, agli altri e spesso a sé stessi

Irrefrenabile, perdere il controllo su sé stessi

#### GIOCO D'AZZARDO

C'è sempre una posta in palio

La posta in palio è irreversibile

Si fonda sul caso

La mia vincita o perdita non è prevedibile

La sorte della partita non è influenzabile

#### GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Diventa un'attività assidua ("quasi un lavoro").  
Coinvolge dei bias cognitivi che si basano sulle strategie che abbiamo appreso sul gioco  
Stimola il circuito della gratificazione e produce piacere  
Comporta il mentire, agli altri e spesso a sé stessi  
Irrefrenabile, perdere il controllo su sé stessi

#### TRIADE DELLA DIPENDENZA

#### CRAVING

#### ASTINENZA TOLLERANZA

#### CRITERI DSM-5 G.A.P.

Il DSM-5 classifica il disturbo in lieve, moderato e grave.

I criteri diagnostici sono:

**Criterio 1:** Necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata.

**Criterio 2:** È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

**Criterio 3:** Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

**Criterio 4:** È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare).

**Criterio 5:** Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso).

**Criterio 6:** Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite "inseguite").

**Criterio 7:** Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

**Criterio 8:** Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o un'opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo.

**Criterio 9:** Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

Immaginando di entrare in una sala slot... quali sono i pensieri e le emozioni collegati?

Emozioni:

- eccitazione, felicità, lasciare fuori tutti i problemi
- euforia, pronto alla sfida, ottimismo
- ansia

Pensieri:

- pochi e ovattati
- quanti sono i miei sfidanti?
- penso solo a me: "essere egoista"
- non penso nemmeno un attimo

Ricorriamo al sistema P.E.C. Pensieri + Emozioni + Comportamenti

Se fossi un attore e dovessi recitare nel ruolo dell'uomo che entra in sala slot, come faresti? Roleplay

#### • PENSIERO

- Non c'è pensiero

#### • EMOZIONE

- ansia perché voglio giocare subito
- paura di quello che succede quando perdo soldi
- agitazione
- nervoso perché c'è nessun pensiero fila e non voglio aspettare

- gioia perché sono arrivato al mio obiettivo

#### • COMPORTAMENTO

- non guardo nemmeno chi c'è intorno
- mi preparo per l'isolamento
- non vedo nemmeno la porta

Cosa vi scollega dall'esterno? Desiderio di evadere dai problemi, soddisfare un bisogno.

Cosa vi colpisce delle tre colonne?

Le emozioni sono molto simili per noi, proviamo cose simili; c'è solo un pensiero manca la componente cognitiva, è un automatismo, c'è una quantità ridotta di pensiero su di me sulle esperienze e sul comportamento sono istinto puro.

Questa descrizione in termini di PEC, raccolta in gruppo, è particolarmente congrua alle risultanze della valutazione nella dimensione dell'impulsività motoria ed evidenzia la carenza della funzione cognitiva e della programmazione dell'azione.

Cosa succede quando vinco o perdo?

#### COSA DICONO DI ME I SOLDI?

Occorre sviluppare un pensiero riguardo ai soldi, perché se si sta nell'idea che "non è importante" interviene una svalutazione che non permette di individuare gli elementi di un rapporto che alimenta il DGA. È necessario capire quali sono le sfumature del proble-

Tabella 5 – *Pensieri Emozioni Comportamenti*

quando vinco...	quando perdo...
<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Come spendo i soldi che ho vinto?"</li> <li>- "Quanti soldi ri gioco?"</li> <li>- "Che debiti ripago?"</li> <li>- Convinzione di essere migliore</li> <li>"Domani vincerò di più perchè ho più soldi"</li> <li>- "Finalmente è arrivata la fortuna che merito"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Come faccio a tornare a giocare?"</li> <li>- "Come recupero i soldi persi?"</li> <li>- Pensare alle bugie da dire</li> <li>- "Cosa ho sbagliato?"</li> <li>- "Come avrei speso diversamente quei soldi?"</li> <li>- "Cosa dico a casa?"</li> <li>- "Chi me lo ha fatto fare?"</li> <li>- "Non me lo merito"</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Euforia</li> <li>- Esaltazione</li> <li>- Felicità</li> <li>- Appagamento</li> <li>- Senso di benessere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rabbia verso sè stessi</li> <li>- Senso di inutilità</li> <li>- Delusione</li> <li>- Depressione</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appetito sessuale</li> <li>- Ascoltare musica ad alto volume</li> <li>- Guidare spericolatamente</li> <li>- Fare shopping compulsivo</li> <li>- Mangiare in modo disordinato</li> <li>- Andare a pagare debiti di gioco</li> <li>- Andare a fare beneficenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumare</li> <li>- Piangere</li> <li>- Cercare altro denaro</li> <li>- Mangiare in modo disordinato</li> </ul>

ma, ragionare su cosa nella mia storia mi impedisce di capire che il tema del denaro va trattato e perché è un tema così limitato per me.

#### COME LA NOSTRA FAMIGLIA GESTIVA IL TEMA DEL DENARO?

- i soldi sono un segreto, qualcosa da tenere nascosto dagli altri, da non fare vedere
- sentirsi meno di qualcun altro per quello che non ho, "le mie insicurezze sono dovute da quello che non ho avuto in termini di presenza\denaro"
- i soldi sono senza valore
- i soldi vanno e vengono.

Il gruppo di secondo livello ci ha mostrato la pregnanza dei bias cognitivi (spesso caratterizzanti la sottocultura deviante) e quanto essi condizionino la riflessione sul tema del gioco e sul tema dei loro propri comportamenti devianti/delinquenziali. In quest'area si intersecano la psicologia e la criminologia e dunque ci è sembrato necessario portare nei gruppi un contributo criminologico, che potesse fungere da osservatorio in merito a tematiche spesso meno affrontate in ambito trattamentale ma che potessero aprire uno sguardo nuovo in termini di revisione critica del reato e di rielaborazione delle condotte devianti e che, nel corso della loro vita, hanno avuto un ruolo centrale in termini di criminogenesi. In particolare, nel campo del gioco d'azzardo, si è ritenuto fondamentale garantire un affondo in tema di giustificazioni morali e rapporto con il denaro, partendo dalla convinzione che l'approc-

Tabella 6 – *Diagramma del valore soggettivo del denaro*

cio psicologico sul tema abbia una forte connessione con quello criminologico. La prima esperienza è stata proposta a due gruppi che avevano appena terminato il secondo livello e a breve, in considerazione dell'interesse suscitato, sarà proposta a tutti coloro che hanno frequentato almeno il primo livello.

#### Livello trattamentale 3 -IL GRUPPO CRIMINOLOGICO

Il terzo livello trattamentale prevede un percorso criminologico in un contesto di gruppo allargato, al quale i pazienti hanno accesso dopo aver concluso almeno uno dei livelli precedenti. Il gruppo criminologico si sviluppa in cinque incontri, che all'occorrenza possono essere estesi a sei, a cadenza settimanale e si è posto come obiettivo quello di fornire alcuni spunti criminologici affinché si potessero aprire dei nuovi canali di riflessione in tema di reato e responsabilità, patologia e sistema penale, percezione del valore del denaro e valutazione delle proprie scelte. Un'occasione di rielaborazione su più livelli che potesse anche stimolare un processo di revisione critica a integrazione del percorso detentivo individuale di ciascuno, nella prospettiva di un futuro reinserimento in società. Nello specifico, gli incontri di gruppo sperimentati, condotti da una criminologa clinica con la co-conduzione di una psicologa psicoterapeuta, si sono concretizzati attraverso lo svolgimento di laboratori pratici e discussioni tematiche, brainstorming, produzione di scritti a seguito della somministrazione di domande ed esercizi individuali e collettivi, per favorire la partecipazione attiva di tutti e la possibilità di mettersi in gioco, garantendo momenti di confronto e condivisione.

Durante gli incontri, obiettivo centrale è quello di orientare i pazienti detenuti a osservarsi anche a partire dal reato compiuto, per conoscere aspetti giuridici poco chiari, scoprire come il sistema penale interagisce e interviene in tema di gioco d'azzardo patologico, provare a riconoscere i punti di connessione esistenti tra reato e dipendenza e guardare alle proprie azioni come dei gesti consapevoli e non circostanze fortuite in balia del caso.

Il lavoro in una dimensione di gruppo consente dunque un confronto e una riflessione in tema di responsabilità e consapevolezza delle proprie scelte, con l'obiettivo di riconoscersi protagonisti delle proprie decisioni. Ciò è possibile facendo emergere e intervenendo sulle cd giustificazioni morali e dunque sugli elementi di neutralizzazione della responsabilità che non di rado mette in atto chi compie gesti antiggiuridici. L'obiettivo dell'intervento su questi aspetti è identificare i rischi dell'utilizzo di tali espressioni e di interiorizzare i processi decisionali al fine di giungere a una descrizione di sé esente da filtri morali, riconoscendo dei possibili linguaggi alternativi che possano orientare un differente approccio comportamentale.

Esempi di giustificazioni morali

"sono caduto in compagnie sbagliate" = DISLOCAMENTO DELLA RESPONSABILITÀ

"si facevano soldi facili" = DISTORSIONE DELLE CONSEGUENZE

"non ero in me, se fossi stato lucido sicuramente non l'avrei fatto" = NEGAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ

"c'è chi commette reati decisamente più gravi" = CONFRONTO VANTAGGIOSO

"è lo stato che si arricchisce sulle nostre spalle/ è colpa dello stato e delle sue leggi" = CONDANNA DI CHI CONDANNA

"se lo meritava" = NEGAZIONE DELLA VITTIMA

"gli ho dato solo una piccola lezione" = MINIMIZZAZIONE DEL DANNO

"non l'ho fatto da solo, io ho iniziato e gli altri hanno continuato" = DIFFUSIONE DELLA RESPONSABILITÀ

"ho fatto solo un piccolo favore" = ETICHETTAMENTO EUFEMISTICO

Altro focus importante per pazienti GAP che hanno intrapreso una carriera delinquenziale riguarda il rapporto con il denaro. Poter affrontare tale tematica in un contesto grupppale consente infatti di esaminare la relazione dei partecipanti con il concetto di denaro e le sue rappresentazioni simboliche, favorendo una riflessione circa il valore emotivo del denaro, a partire dalle motivazioni individuali e dal valore soggettivo che si attribuisce ad esso, in contrapposizione con il suo valore oggettivo e materiale.

Degna di nota, nei detenuti giocatori, risulta essere la tendenza a valutare sé stessi e gli altri a partire da un'identificazione della ricchezza in termini di eccesso (quantità di denaro = qualità della vita e della dignità personale) che rende ancor più necessario un lavoro di costruzione di un pensiero autocritico per allontanarsi da una concezione del denaro dominata da assoluti e rintracciare nuovi significati non totalizzanti ed esenti

da eccessi così sproporzionati.

*Conclusioni e considerazioni finali*

L'approccio dei partecipanti di tutti i livelli di intervento ha dato prova, in termini di gruppo, di una distorsione cognitiva generatrice di un pensiero illusorio, sostenuto da definizioni sporcate da pregiudizi e convinzioni ingannevoli. La sopravvalutazione di un valore soggettivo legato al livello emotivo, infatti, genera un senso di invincibilità (ricchezza come obbligo morale) che, in un gruppo di giocatori d'azzardo, rappresenta inevitabilmente un benessere instabile e transitorio. Tale approccio orienta i comportamenti in ragione di definizioni contaminate da bias ed errori di pensiero che, durante gli incontri si è cercato di identificare, destrutturare e ricomporre insieme al gruppo. Sulla base delle esperienze condotte ad oggi, risulta indispensabile aggiungere due moduli di trattamento (livello 4 e 5) che ad oggi sono in fase di costruzione: il primo riguarda un percorso di educazione finanziaria, volto ad aiutare questi pazienti a costruire un pensiero realistico e sostenibile in materia economica. Un aspetto importante di questo percorso è inerente all'esplorazione delle specifiche storie familiari e di come entro queste famiglie il tema dei soldi è stato vissuto, trattato e gestito e dei significati ad esso attribuiti, tanto da marcare le più importanti relazioni affettive dei pazienti e da orientarne i futuri comportamenti; il secondo è un percorso di psicoterapia di gruppo che possa permettere a questi pazienti di aumentare le competenze emotive e la consapevolezza circa la propria storia, sostenendo un processo di responsabilizzazione delle azioni e in generale rispetto alle proprie condotte.

*Bibliografia*

Bellio G., Fiorin A. (2015). *Il modello di valutazione diagnostica dell'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castel Franco Veneto TECHNICAL PAPER n. 5*

Bellio G., Croce M. (2016). *Manuale sul gioco d'azzardo, Diagnosi Valutazione e Trattamenti (a cura di)*

Capitanucci D., Carlevaro T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico America Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*

Carlevaro T. (2004). *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo -versione 2*

Bianchetti R. (2017). *L'autore di reato con problematiche di dipendenza da gioco d'azzardo: nozioni in tema di imputabilità e di misure alternative alla detenzione" in M. Croce, P. Jarre (a cura di). Il disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica*

Fiorin A., Gaddi R. (2013). *Gioco d'azzardo, Guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore (a cura di). Technical paper n.2*

Capitanucci D., Capitanucci, Smaniotto R. e Colombo A. (2017). "Azzardo: la tua abitudine, la nostra solitudine". *Alea Bulletin*, vol. 5, n. 2 - Pag. 5-6

Capitanucci D., Smaniotto R. (2016). "I danni collaterali del gioco d'azzardo. Riflessioni per l'agenda di ricerca". In: *Matteucci N. e Pavarin R. "L'impatto del gioco d'azzardo in Italia". Prisma. Economia Società Lavoro, anno VII, n. 3. Ed. Franco Angeli. (pubblicato a marzo 2018)*

Capitanucci D. e Bellio G. (2014). *Overdose da gioco d'azzardo: analisi di profili e nodi critici. Psicologia di Comunità, 1, pp. 47-58.*

Capitanucci D. (2010). *Figli d'azzardo. Gioco d'azzardo patologico e trascuratezza dei figli: un tema di cui occuparsi. In: Picone F. (a cura di) "Il Gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche". Carocci Ed.*

Capitanucci, D., & Carlevaro, T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico. Bellinzona, Svizzera: Hans Dubois.*

Matza D. (1976), *Come si diventa devianti, Il Mulino*

Merzagora I., Travaini G. (2015), *Il mestiere del criminologo, il colloquio e la perizia criminologica, Franco Angeli*  
Williams F.P., McShane M. D. (2002), *Devianza e criminalità, Il Mulino*

Per l'assessment sono stati utilizzati i seguenti test:

- Canadian, *Canadian Problem Gambling Index (CPGI; Ferris & Wynne, 2001)*
- SOGS, *South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987)*
- GRCS, *Gambling Related Cognitions Scale (GRCS; Raylu & Oei, 2004)*
- BIS 11, *Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995)*
- SCL-90, *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994)*
- GPQ, *Gambling Pathways Questionnaire (GPQ; Nower & Blaszczynski, 2017)*
- TAS 20, *Toronto Alexithymia Scale (G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992)*
- SCID V, *Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5. (Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna Smith Benjamin e Robert L. Spitzer, Edizione italiana a cura di Andrea Fossati, Serena Borroni, 2017)*