

RICCARDO ZERBETTO – Orthos: programma di intervento di psicoterapia intensiva in ambito residenziale per giocatori d'azzardo patologici

Publicato su: **La Torre e l'Arca. Pagine di Psichiatria, Cultura, Attualità** a cura di **FRANCESCO TORNESELLO**
Postato il 27 febbraio 2011

*“Scherzate e giocate sempre! Dovete farlo! Amici,
questa è una cosa che mi sconvolge l'anima:
perché solo i disperati sono costretti a giocare sempre”*

Hoelderlin

Premessa

Questo contributo si propone di fornire un aggiornamento sulla evoluzione del Progetto Orthos, sia sotto il profilo della elaborazione teorico-metodologica, come pure degli strumenti di analisi dei risultati a circa quattro anni dal suo avvio e di cui sono compaiono alcune anticipazioni in precedenti pubblicazioni anche sul primo numero di questa rivista (Zerbetto 2008, 2009).

1. Il quadro epistemologico di riferimento per l'intervento terapeutico

Nella sezione che segue, compatibilmente con la limitazione dello spazio consentito, accennerò ad alcuni elementi di carattere teorico sui quali si è delineato il Progetto clinico di intervento.

Tali contributi attingono ad un quadro composito di riferimenti epistemologici di cui, in questa occasione, verranno identificati principalmente quello di derivazione antropologica, quello psicoanalitico e quello ispirato alla psicologia archetipica. Tralascierò, in questa sede, i contributi di derivazione analitica, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale che rappresentano orientamenti più conosciuti e sui quali mi ero già soffermati nella precedente pubblicazione. Tale scelta riflette sia un interesse personale per tali discipline per quanto collegate, nello specifico, al tema in oggetto, sia l'esigenza di ampliare il quadro di riferimento epistemologico la cui limitazione, a giudizio di chi scrive, risulta spesso penalizzante sulla possibilità di comprendere aspetti così complessi collegati al tema specifico come pure di poter incidere in modo che non si riduca al contenimento del sintomo.

1.1 Alcune premesse di carattere antropologico

1.1.1 homo ludens

Non vi è dubbio sul fatto che ci sono forse pochi ambiti, come nel gioco, nei quali è difficile stabilire un confine tra salute, vizio e malattia; tra intenzione, abitudine e compulsione anancastica; tra coraggio, pericolosa inclinazione al rischio e temerarietà; tra comportamento autenticamente ludico, tendenza ad un comportamento problematico o francamente patologico. Esistono infatti confini incerti, mobili, mai del tutto prevedibili ed anche mai diagnosticabili in modo certo. Forse per questo il tema, per sua natura, non cessa di animare dibattiti infiniti, non solo a livello clinico, ma antropologico, storico, culturale, economico, etico, politico e sociale. Ambiti che hanno tutti una legittimità a tutto spessore e che si embricano

indissolubilmente se dei comportamenti collegati al tema del gioco vogliamo cogliere, almeno in parte, la infinita poliedricità in quanto fenomeno tipicamente umano se, con Huizinga, concordiamo con l'osservazione – difficilmente confutabile – per la quale l'essere umano è ludens non meno che faber e sapiens, se “la “civiltà umana sorge e si sviluppa nel gioco, come gioco” (Huizinga, tr. it. 1973). A ben vedere, in quanto simulazione della realtà, i giochi possono rappresentare una formidabile occasione di crescita della personalità laddove il rapporto tra competenza (agon) e rischio (alea) sia adeguato. Gli scacchi, ad esempio, secondo Benjamin Franklin insegnano “il senso della previsione, quando sia utile spingere lo sguardo un po' nel futuro ... e la cautela, in quanto è indispensabile osservare il gioco dell'avversario .. l'attenzione, per non agire precipitosamente ... e, infine, la consuetudine a saper aspettare i cambiamenti favorevoli e ad insistere nella ricerca delle soluzioni” (da Caroli e Marinello, p. 38). Ma infinite potrebbero essere le citazioni e le testimonianze a sostegno dell'importanza di attività di gioco adeguate per l'educazione e la civile convivenza.

1.1.2 Panem et circenses

Le profonde motivazioni antropologiche alla base della propensione al gioco e al rischio (che, messi insieme, producono il gioco d'azzardo) negli esseri umani si esprimono, in una percentuale valutata tra lo 0,5 (in Svizzera) e il 6% (in Australia) degli individui, in aspetti di tipo problematico o francamente patologico.

Non stupiscono quindi le forme di inibizione di tali pratiche messe in atto, in particolare, da culture improntate alla tutela dei valori dell'ordine sociale, della morigeratezza dei costumi e della conservazione di un “bene comune” pur a scapito della discrezionalità di scelta dei singoli individui.

Tale complessa analisi esula dal tema di questo contributo. Per sommi capi, tuttavia, mentre si può concordare con il fatto che “la società ellenica era così profondamente imbevuta dell'elemento ludico, in tutte le sue manifestazioni, che questo riaffiorava ormai a malapena alla coscienza come cosa eccezionale... [e che] per la società romana i giochi (panem et circenses) erano una ragione di vita quanto il pane, perché i giochi erano sacri, e sacri i diritti che il popolo riconosceva loro” (Huizinga, 1938), giova ricordare la forte condanna contro il gioco d'azzardo che ha accompagnato la storia dell'Occidente (ma anche del mondo islamico) sino a tempi recenti e anche, seppure in misura meno estrema, tuttora. Il primo segnale di legittimazione del gioco può forse essere ricondotto al re di Castiglia, Alfonso X detto “il Saggio” il quale, nel 1283, fece pubblicare una serie di libri sulle discipline più importanti per l'epoca. Oltre alla matematica e all'astronomia non mancò un volume sui giochi a dimostrazione dell'importanza riconosciuta a tale ambito della vita civile.

Della documentata rassegna fattane da Zdekauer nel *Gioco d'azzardo nel Medioevo italiano* (1993), a cui si rimanda, emerge tuttavia sia la posizione chiara e inequivoca di principio a condanna del gioco d'azzardo come anche la pratica nel concreto che consentiva, già nell'età dei Comuni, l'esercizio della baratteria a patto di una tassa da versare a favore dello Stato. La perentorietà delle leggi proibizionistiche è in genere direttamente proporzionale alla loro difficile applicabilità. Le vicissitudini degli sviluppi legislativi verranno affrontate da altri autori, ma appare importante, alla luce di quanto detto, accennare all'ipotesi di una

gestione controllata – al posto di una irrealistica inibizione – delle pratiche di gioco come viene abitualmente adottato nelle esperienze che si ispirano alla politica del cosiddetto “gioco responsabile. Secondo tale filosofia, stando a quanto riferisce Imbucci (1997), nel caso ad esempio di Las Vegas “non si consentono mai perdite sproporzionate o eccessivamente vistose. In questi casi i croupier intervengono sempre prima e paternamente per dissuadere dall’insistere nel gioco. L’intento è meramente di mercato, ma è pieno di saggezza e buon senso. Las Vegas non deve essere immagine di perdizione ma di divertimento” (da Zerbetto 2001,a).

1.1.3 quell’incerto confine

C’è tuttavia un aspetto che ci interessa più da vicino in questo contesto: il gioco collegato al rischio e che, nella nostra cultura, si associa in particolare al denaro in quanto simbolo universale di potere e di status sociale. E’ infatti l’attitudine nei confronti del rischio l’anima dei comportamenti osservabili nelle diverse forme del gioco d’azzardo e che rimandano a strutture di personalità che nei comportamenti di gambling eccessivo esprimono uno dei molteplici aspetti fenomenici nei quali le stesse personalità possono esprimersi.

Scorgere il confine tra la virtù ed il vizio, specie in situazioni estreme dove alla prudenza deve associarsi l’ardimento al limite della temerarietà, è assai difficile. Se non impossibile. Si tratta di momenti nei quali tutto viene messo “in gioco” nella scelta fatale di un istante nel quale destini personali, ma anche di imperi, sono appesi alla valutazione di uno scenario che richiede capacità di analisi, ma anche una capacità di scelta lucida e adamantina.

In questo “giocare il tutto per tutto” si “scoprono le carte” e la successione degli eventi rivela se nel determinare la scelta in una direzione o nell’altra hanno prevalso il retto consiglio e la determinazione o un’incauta presunzione foriera di sventura. C’è quindi un’etica, immanente alle situazioni di rischio, che spesso viene dimenticata ma che, a parer mio, sottende l’attitudine degli umani a ricreare situazioni nelle quali il brivido di tali situazioni di acmè vengono riprodotte seppure surrettiziamente, come nel caso del gioco d’azzardo.

Il gioco fu, in origine, un’attività divinatoria e si accostavano a pratiche di gioco – cui si richiamavano in qualche modo le scelte importanti da prendere – coloro da cui dipendevano le sorti comuni. Nel processo di democratizzazione e redistribuzione del potere, tipico delle culture più evolute, è facile supporre che tale “brivido decisionale” voglia essere vieppiù condiviso e sperimentato sulla propria pelle anziché delegato ad altri. Questa potrebbe essere tra le ragioni che giustificano la crescente estensione delle pratiche di gioco a rischio osservabile nelle società contemporanee.

1.1.4 Il masochismo

Il giocare con il destino, nella pretesa megalomania di controllarlo, si traduce quindi – sempre riprendendo Bergler – in un “progetto per perdere” fine questo, autopunitivo e riparativo, che rappresenta il vero obiettivo inconscio del giocatore seppure camuffato del suo autoinganno teso alla sete spasmodica per la vincita.

La stessa “tensione piacevolmente penosa” del giocatore che attende il verdetto del fato non farebbe altro che richiamare, a livello inconscio, il tempo che intercorre “tra la perpetuazione di un qualche misfatto infantile e l’attesa del relativo castigo” il suo desiderio di essere punito. E’ quindi il masochismo il burattinaio cui i giocatori sono inconsapevolmente soggetti, pur considerandosi degli edonisti.

Se a parlare debbono essere i fatti e non le parole o i vani propositi è certo difficile dare torto alla interpretazione di Bergler. Su tale duro confronto è importante avviare un lavoro specifico con i giocatori con il fine di “far parlare i fatti” e potersi confrontare con gli stessi assumendo sino in fondo quel “principio di responsabilità” (intesa etimologicamente come “abilità a rispondere”) sui propri comportamenti così spesso elusi da cortine fumogene fatte di menzogne e manipolazioni seduttive con le quali i giocatori eludono la realtà dei fatti e della tragica esistenza a cui condannano se stessi e le persone che a loro sono vicine.

1.1.5 Gioco e perdita del principio di realtà

La costruzione di situazioni di “analogia” con la realtà, rappresentata da varie forme di gioco, rischia in molti casi, di definirsi e svilupparsi come realtà a se stante non più rapportata alla dimensione del concreto con l’evenienza di creare un mondo virtuale “parallelo” e scollegato da quello reale.

Per riprendere una geniale intuizione di Frobenius ripresa da J. Huinziga (op. cit., p.21) l’impulso al gioco (spieltrieb) non sarebbe governato da un latente principio di utilità ma dal “sentimento di essere afferrati (ergriffenheit) da un meccanismo misterioso per il quale le leggi che governano l’universo si rispecchiano, anche ad insaputa del soggetto, nella gestualità ripetitiva, ma ricca di varianti, riproposta dallo schema di gioco”.

Al di là di aspetti di “gratuità” dell’attività giocosa rispetto al “reale” – che svolge indubbiamente una funzione utile in quanto autenticamente “ricreativa” e ludica – è indubbio che il rifugio nella dimensione del gioco può rappresentare una dimensione allettante in particolare per persone che sostengono con ansia e difficoltà il cosiddetto principio di realtà e che sono quindi portate a rifugiarsi con la mente – e attraverso comportamenti tesi ad inseguire facili soluzioni al “problema della vita” – in un mondo idealizzato, in un ritrovato Eden dove nostalgicamente scorrono ancora latte e miele, in un mondo dei balocchi che, nella versione per adulti, spesso ha le luci e le fantasmagorie di un casinò come nel successo e nei benefici che le vincite al gioco potrebbero concedere. Tali persone trovano notoriamente nel gioco (come anche nelle droghe, nell’alcol ed altre forme di dipendenza) una facile quanto fallace risposta a tali ingenue aspirazioni.

1.2.6 Il carattere orale nella dipendenza da gioco

Se quindi si debba considerare la presenza di una forma di “infantilismo psichico” (non a caso ... si continua appunto a “giocare”) dobbiamo ora chiederci il perché alcuni individui permangono “fissati” in questa situazione edipica non riuscendo ad approdare ad una fase maturativa della personalità nella quale la costellazione genitoriale “introiettata” (sotto forma di “funzione genitoriale”) risulta più equilibrata e favorevole al perseguimento di livelli più evoluti della struttura personologica. Tale “fissazione”, seguendo

una impostazione freudiana alla quale personalmente continuo ad aderire, è del resto riscontrabile immancabilmente nella maggior parte delle condizioni nevrotiche, e più ancora in quelle psicotiche.

La ricerca sulle caratteristiche del carattere orale rappresenta una prospettiva a cui ho dedicato precedenti contributi sul tema delle tossicodipendenze (1983 e 1993) ma che ho ritrovato calzanti in riferimento alla patologia collegata al gioco compulsivo. Con soddisfazione ho trovato un esplicito riferimento in tal senso in una nota a fondo pagina del citato lavoro di Bergler nella quale si precisa come “il fatto che spesso i giocatori presentino sintomi ossessivi ha condotto all’erronea conclusione che essi siano nevrotici ossessivi. L’errore deriva dal confondere le “stazioni di soccorso” secondarie con l’originale punto pericoloso, che ha sempre natura orale” (op. cit., p. 213).

1.2.7 Gioco e disregolazione affettiva

Tale tratto orale, come per vari aspetti sostenuti da elementi di “fissazione” e di mancata evoluzione psicoaffettiva della personalità, viene da puntualmente individuato alla radice del comportamento compulsivo collegato al gioco.

Nel citato saggio su Dostoevskij, come abbiamo visto nel mio precedente contributo, Freud stabilisce già una connessione tra gioco d’azzardo e immaturità affettiva sotto forma di “una forte componente narcisistica” con “mancanza di amore, assenza di apprezzamento affettivo degli oggetti (umani)” collegata ad un complesso edipico non risolto. Interessante, a sostegno della stessa impostazione, il collegamento fatto da Freud con la tematica dell’onanismo. Un’interpretazione che può risultare discutibile per alcune posizioni

estreme, proprie della metapsicologia freudiana classica (vedi la conclusione dell’opera citata nella quale si afferma (p. 538) perentoriamente come “Non conosciamo un solo caso di nevrosi grave in cui non abbia avuto la sua parte il soddisfacimento autoerotico in età precoce e nella pubertà, e le relazioni tra gli sforzi di reprimerlo e la paura del padre”) ma che mantiene la sua pregnanza di significato in relazione alla riferito collegamento tra patologia specifica e dismaturazione affettiva.

L’equivalenza simbolica tra gioco e modalità relazionali perverse viene anche ripresa da autori recenti alla luce della teoria delle relazioni oggettuali. “il gambling offre una fuga dall’intimità e rappresenta una via per negare sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa” (Rosenthal, 199, p. 612).

La fenomenologia narcisistico-masturbatoria è del resto molto evidente nei casi da noi osservati. Il rapporto con la “macchinetta” viene spesso descritto come una infatuazione fatale che denota caratteristiche molto sovrapponibili a quelle riscontrabili per trasporti passionali fuori controllo. Anche le ricerche sui circuiti neuronali collegati alle esperienze del piacere nonché i neuromediatrici maggiormente implicati (in particolare la dopamina) depongono per una sostanziale sovrapposizione dei meccanismi in gioco.

Anche i dati tratti dalla ricerca testistica a cui di seguito si farà riferimento depongono per tale isomorfismo. Una conclusione, questa, che, se da un lato ci permette di cogliere il nucleo portante di questa forma di dipendenza (come del resto anche di altre) apre uno scenario di estrema complessità a livello terapeutico. Al

di là del sintomo collegato al gioco d'azzardo, si tratta infatti di affrontare un tratto dismaturativo le cui origini e le cui componenti affondano nella storia più remota ed intima dell'individuo. Una storia costellata di elementi traumatici, di abbandono o contraddistinta da ferite narcisistiche che richiedono un lavoro lungo e paziente per anni prima che dei risultati apprezzabili possano venir conseguiti a livello più profondo e strutturale nella personalità del giocatore.

2. Sintesi del Programma di psicoterapia in ambito residenziale intensivo "Orthos" per giocatori d'azzardo patologici

Le premesse teoriche di cui abbiamo accennato hanno ispirato un lavoro su specifiche aree di criticità sulle quali non ci è possibile addentrare in questa occasione ma che si presentano come tipiche della personalità dei giocatori che è dato desumere dalla letteratura scientifica e che mi è stato possibile riscontrare in questi tre anni di lavoro clinico su un centinaio di casi seguiti più in profondità e lungo un sufficiente arco di tempo. I dati sono ovviamente preliminari e richiedono ulteriori approfondimenti, ma la sensazione che ci siamo creati, all'interno del gruppo di lavoro che opera sul Progetto Orthos, è che questa impostazione conduca a direzionare con efficacia l'intervento di psicoterapia ottenendo dei risultati che ci confermano sulla strada intrapresa. Inizierò quindi con la presentazione in sintesi del programma terapeutico di Orthos, facendo seguire alcuni dati, seppur preliminari, sui criteri di ricerca sugli outcomes, per soffermarmi in chiusura su alcune contributi teorici sui quali abbiamo cercato di mirare interventi più strutturati inerenti le citate aree di criticità.

Rare sono le proposte di tipo residenziale per giocatori patologici in confronto alle diverse esperienze di trattamento ambulatoriale vuoi di tipo individuale (psicoterapico e/o farmacologico), che familiare o gruppal. Una delle esperienze maggiormente significative è costituita dalla Comunità Gordon nei pressi di Londra che rimane, a tuttora, tra le uniche al mondo. Un progetto che prevede un periodo di permanenza di molti mesi, coerentemente allo schema classico di intervento comunitario sulle dipendenze. Il progetto che di seguito viene presentato muove, invece, dalla premessa che un programma residenziale per giocatori non possa eccedere il periodo di tre settimane per non risultare incompatibile con un inserimento nel mondo lavorativo, familiare e sociale che va, per quanto possibile, tutelato ed anzi rinforzato. All'interno di tale limitato spazio temporale è tuttavia organizzato un programma intensivo fondato su un quadro di riferimento teorico e metodologico di tipo psicoterapeutico che consente di lavorare in profondità sulle menzionate aree di criticità presentate dai giocatori patologici. Su tali linee progettuali la Regione Toscana ha finanziato il Progetto nel contesto delle misure previste dal capitolo "Prevenzione e contenimento del gioco d'azzardo problematico e promozione di azioni mirate al sostegno di una adeguata cultura del gioco" (con Delibera N. 918 del 2004). Il Progetto sperimentale, che ha avuto il suo avvio nel marzo del 2007, è stato successivamente confermato per il 2008 ed ancora per il successivo biennio 2008-2010.

2.1 Gli obiettivi terapeutici sono sintetizzabili nei seguenti punti:

1. esplorazione della storia personale e identificazione di eventuali disturbi della personalità che hanno messo in atto e successivamente perpetuato l'incapacità di regolare i propri impulsi e di realizzazione di un soddisfacente progetto di vita;

2.1.1 riappropriazione delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali disfunzionali, assumendone la personale responsabilità come individui adulti e evitando l'attribuzione a situazioni esterne, al mondo, agli altri;

2.1.2 rivisitazione della storia affettiva e analisi dei possibili meccanismi di compensazione – attraverso il gioco compulsivo ed altri comportamenti di dipendenza o a rischio – della possibilità di strutturare soddisfacenti rapporti di intimità e di relazione costruttiva;

2.1.3 messa a punto della situazione economico-lavorativa con programma di rientro di eventuali situazioni debitorie e di reinvestimento su possibili prospettive di lavoro.

2.2 Filosofia di riferimento

Il nome Orthos, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. Orthos è “colui che sta in piedi”, che non è reclinato (da cui “cliente”) o abbandonato passivamente (da cui “paziente”) a se stesso e non dipende, quindi, da altri nel reggersi sulle proprie gambe. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica inoltre la scelta filosofica di fondo, all'origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere quanto l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori tale legittima aspirazione dell'essere umano. Se, infatti, il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell'uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile sradicarlo completamente dall'individuo e dalla società. Tale discorso è in particolar modo importante per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socio-culturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco. Si tratta, quindi, di confrontarsi con il tema del “giusto equilibrio” in una ricerca sofferta e paziente che consenta di riportare sotto controllo un comportamento che tendenzialmente a questo controllo sfugge.

In una prospettiva che privilegia la persona nel suo insieme più che un suo sintomo, non è quindi tanto importante un superficiale mutamento del comportamento quanto una più profonda, anche se dolorosa, consapevolezza del “destino” che si porta dentro. L'obiettivo è quindi quello di fare emergere quel “daimon” che si è tramutato in demone distruttivo forse anche per il fatto di non essere mai stato accolto nella sua più profonda unicità.

2.3 Alcune componenti del programma terapeutico

Si riportano in sintesi gli elementi costitutivi del Programma:

2.3.1 Interrompere i comportamenti compulsivi: ovvero interrompere, a livello concreto oltre che simbolico, il ripetersi di comportamenti coattivi ed autolesivi; questo attraverso la creazione di un contesto

teso a favorire l'auto-osservazione, la analisi esistenziale, il confronto con i compagni di corso. Trova senso in questa prospettiva la collocazione in una casa colonica della campagna senese. La sua particolare ubicazione consente un piacevole soggiorno ai pazienti in un ambiente tranquillo e confortevole dotato di stanze da letto, spazi comuni, biblioteca specializzata e ambienti per lo studio, ambiente per le attività terapeutiche, atelier per le attività di espressione artistica e corporea, spazi per attività occupazionale e lavoro al computer;

2.3.2 Vivere secondo natura: dove vivere 'secondo natura' rappresenta la metafora di una ricerca di elementi essenziali e 'costitutivi' del vivere al di là dei moduli spesso alienanti della urbanizzazione; un ritorno al 'naturale' per sottrarsi ad un eccesso di 'virtualità', tipica del nostro tempo, dove le simulazioni del gioco, di realtà virtuali e fittizie hanno spesso il sopravvento sulla dimensione reale. Ritrovare, inoltre, un contesto dove riassaporare aspetti della vita da cui ci siamo allontanati ed ai quali merita forse riaccostarsi;

2.3.3 Affrontare il vuoto e la nostra "ombra": in tale contesto è infatti possibile affrontare quell'horror vacui, a cui tanti comportamenti assuntivi si riconducono, perché stare con il 'vuoto' può rappresentare quel punto di svolta da una continua fuga dalla propria ombra verso una ritrovata familiarità con se stessi, le proprie paure, i propri mostri persecutori che tali non sono più se solo c'è la possibilità di essere aiutati ad affrontarli e a conoscerli con l'aiuto di un terapeuta formato e di compagni di viaggio con cui condividere l'esperienza di un nuovo incontro con se stessi;

2.3.4 Una più agevole possibilità di impegno lavorativo per alcune ore al giorno, a contatto con aspetti della natura da cui trarre un nutrimento estetico, emozionale e, perché no, spirituale;

2.3.5 Fermarsi e fare il punto sul personale percorso esistenziale; di qui la possibilità di affrontare i nodi esistenziali irrisolti, avendo a disposizione finalmente quel tempo e quella concentrazione che servono con l'aiuto di persone che a questo compito hanno dedicato la loro professione; rivisitare il proprio percorso di vita cogliendone luci ed ombre per farne un bilancio che permetta al giocatore di sanare 'il rosso' che è stato accumulato non solo a livello economico, ma soprattutto affettivo e recuperare quei valori su cui poter reimpostare una esistenza piena e soddisfacente;

2.3.6 Per non ripetere gli stessi errori e poter riprendere un percorso evolutivo: gli obiettivi terapeutici si possono sintetizzare in un'esplorazione della storia personale e nell'identificazione di **eventuali disturbi della personalità** che hanno originato e successivamente perpetuato l'incapacità di regolare i propri impulsi e di realizzare un soddisfacente progetto di vita, nella riappropriazione delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali assumendone la personale responsabilità come individui adulti e evitando l'attribuzione a situazioni esterne (locus of control esterno);

2.3.7 Focalizzazione sulla situazione economico-lavorativa con un programma di rientro da eventuali situazioni debitorie e di reinvestimento su possibili prospettive di lavoro; tale compito consiste in un vero lavoro applicato alla analisi, ristrutturazione, riprogrammazione di diversi aspetti inerenti la

propria vita personale, passando da quello lavorativo a quello affettivo o dell'uso del tempo libero. Il life project viene progressivamente elaborato sotto forma di testo scritto che il giocatore ha l'opportunità di rivedere e modificare con lo scopo di renderlo sempre più aderente ad un plausibile compromesso tra ambizioni e realistiche stime di realizzazione. Tale testo diventa anche oggetto del confronto nelle successive verifiche previste per il periodo post-residenziale;

2.3.8 Uno specifico lavoro sul pensiero magico: tra le varie attività di gruppo, una è dedicata ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche, etc.), come ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi. Sia le ricerche in ambito analitico di Freud (1927) e di Bergler (1957) che di Ladouceur in ambito cognitivistico (Ladouceur e Walker, 1996; Ladouceur et al., 2003), hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le scelte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza.

2.3.9 Rivisitazione della storia affettiva ed analisi dei possibili meccanismi di compensazione della possibilità di impostare soddisfacenti rapporti di intimità o relazioni costruttive; il giocatore patologico risulta spesso solo (single o separato) o coinvolto da relazioni intense ma tempestose e prive di quelle caratteristiche che consentano la costruzione di relazioni affettive profonde e durature. In alcuni casi, si evidenziano situazioni di dipendenza affettiva con elementi di forte ambivalenza e conflittualità. In sintesi, sembra che il gioco tenda a compensare quell'elemento di gratificazione che può giungere, più naturalmente, dall'eros e dagli affetti. L'opportunità per una riflessione sulla vita affettiva rappresenta così uno degli elementi più importanti del programma, come pure quello di verificare la componente di "alessitimia", di difficoltà, cioè, a familiarizzare con il mondo emozionale e degli affetti. In questa prospettiva seppur muovendosi in un contesto (setting) di gruppo, l'attenzione è quella di mantenere una metodologia che privilegia la traiettoria di ogni singolo individuo nel percorso terapeutico. Accanto alle attività condivise, viene quindi riservato uno spazio che favorisce la auto-riflessione assistita, la ricostruzione del proprio percorso esistenziale attraverso una relazione duale con un operatore che finalizzato ad un accompagnamento personalizzato del processo di auto-esplorazione e progettualità.

2.3.10 Anche il gioco ha un suo spazio ed una sua funzione terapeutica all'interno della comunità e la serata viene talvolta dedicata al gioco creativo. Si intende con questo termine un'attività di gioco che esplori una gamma ampia e diversificata di possibilità di gioco che non abbia implicazioni di denaro, che privilegi l'aspetto della competenza-competizione rispetto alla componente aleatoria, che implichi un forte elemento di socializzazione e che consenta al giocatore di confrontarsi con le sue dinamiche problematiche (pensiero magico, incapacità di perdere, sopravvalutazione dell'elemento-denaro, perdita della attitudine giocosa a favore di una competitività esasperata, etc.).

2.3.11 Le persone inserite nel progetto sono invitate ad impegnarsi come protagoniste attive del processo di cambiamento e pertanto sono chiaramente ed approfonditamente informate del fatto che il loro progresso terapeutico avviene non solo in misura di come sanno recepire passivamente (come pazienti) le varie forme di intervento terapeutico, ma anche da come sanno a loro volta metterli a frutto a vantaggio dei compagni. Essere "agenti" attivi e partecipi del processo di cambiamento rappresenta, infatti,

la chiave di volta nel delicato passaggio da una posizione “orale passiva” ad una posizione attiva e generativa, in altre parole, adulta. Di qui l’uso del termine “ortienti”, di persone cioè che si propongono in modo esplicito l’intento di “stare sulle proprie gambe” e di assumere quindi la piena responsabilità della propria esistenza anche se contraddistinta da ricorrenti cadute.

2.3.12 Attraverso l’adozione di tecniche specifiche viene, quindi, **enfaticamente l’importanza di procedere in cordata** nel difficile percorso “sul ghiacciaio” pieno di insidie e di possibilità di perdere il controllo e ricadere. Lo stesso programma terapeutico inizia e si conclude con gruppi di utenti ben definiti i quali compiono in modo solidale e sincrono il percorso previsto e non prima di un esplicito commitment reciproco sulla determinazione di portare a compimento il percorso che si intende intraprendere.

2.4 Metodologia

Per il perseguimento degli obiettivi indicati si rende coerente il ricorso a tecniche e modalità operative che possono così riassumersi:

2.4.1 **Ricostruzione “narrativa”, attraverso della storia personale**, di quei fenomeni di fissazione nella crescita psico-emotiva utilizzando l’ampia messe di ricerche ed applicazioni cliniche inerenti il tema dei disturbi di personalità collegati alle dipendenze. Una pratica di introspezione e ricostruzione delle tappe della propria evoluzione personale offre stimoli importanti per ricostruire quel percorso evolutivo che permette di ottimizzare le risorse positive e di identificare nel contempo quegli aspetti carenti, disfunzionali o disturbanti che possono aver interferito negativamente in una più armonica maturazione della personalità. Precedenti riconducibili a maltrattamenti nell’infanzia, anche nella nostra esperienza, sono frequentemente all’origine di comportamenti additivi successivi (Petry e Steinberg, 2005). Tale obiettivo si realizzerà sia attraverso incontri terapeutici personalizzati sia in un contesto grupppale al fine di sviluppare quel senso di appartenenza e di solidarietà al percorso terapeutico che tanta parte svolge nell’accelerare le dinamiche psicoemotive in simili problematiche

2.4.2 Fondamentale sarà il **ricorso all’uso di tecniche di drammatizzazione e di espressione delle emozioni negative e del “non detto”** per produrre quella catarsi emozionale (abreazione nel linguaggio analitico) che consente di alleggerire la pressione emotiva conscia ma soprattutto inconscia) da sentimenti di ostilità cronica, di rabbia inespressa, di delusione mai confessata che si trasformano frequentemente in comportamenti auto-eterodistruttivi manifesti o latenti.

2.4.3 **Al lavoro sul versante emozionale segue un lavoro sul versante cognitivo** teso a ricostruire quei basic beliefs, quelle “concezioni del mondo” su cui consciamente o, più spesso, inconsciamente l’individui si è costruito la sua particolare weltanschauung. L’identificazione di tali nuclei cognitivi, identificati da A. Beck nella depressione e da Laduceur (tr. it., 2003) nel gioco d’azzardo patologico, consente all’interessato di essere meno “agitato” da tali “introietti” e di riprendere gradualmente le redini del proprio destino sottraendosi alla compulsione anancastica che lo ha portato a ripetere con infernale ripetitività gli stessi errori.

2.4.4 Verrà quindi sottolineata l'importanza di una **concreta riappropriazione (reowning) dei comportamentali disfunzionali assumendone la personale responsabilità** come individui adulti (seppur affetti da elementi disarmonici e dismaturativi) evitando la proiezione di comodo su situazioni esterne, il mondo o gli altri (esternalizzazione del locus of control)

2.4.5 **Analisi della attuale situazione disregolativa negli investimenti libidici ed** esplorazione delle alternative da perseguire per elaborare un più soddisfacente progetto di vita.

2.5 Le fasi del programma

Il processo terapeutico prevede 3 fasi.

2.5.1 **Accoglienza.** Viene svolta presso la sede ambulatoriale del progetto a Siena, la sede della comunità, o presso le sedi collegate che si attivano mano a mano che sul territorio nazionale operano professionisti formati alla filosofia ed alla metodologia applicativa del Programma.

2.5.2 **Comunità residenziale o semi-residenziale.** Tre settimane intensive estremamente strutturate. Segue un incontro di 2 giornate, dopo 3 mesi dal trattamento intensivo di richiamo, per l'approfondimento di problematiche residue o sopravvenute, e 2 giornate di trattamento intensivo di mantenimento a distanza di ulteriori 3 mesi ed infine una giornata di verifica di fine programma. Il programma prevede quindi, complessivamente 30 giornate di lavoro. A queste seguono, auspicabilmente, incontri periodici per un più ampio arco di tempo al fine di consolidare risultati positivi ottenuti o per rinforzare aspetti che permangono problematici.

2.5.3 **Accompagnamento e richiami.** E' previsto un attento monitoraggio sulla fase del reinserimento sociale, familiare e lavorativo che comporta l'impegno ad essere inseriti in un programma che preveda la partecipazione ad un gruppo terapeutico di auto-aiuto con operatori che collaborano con Orthos e la partecipazione alle giornate di trattamento intensivo di richiamo.

2.6 Destinatari

Il Programma è aperto a soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socio-economico e che ancora dispongono di una rete minima di legami familiari.

Il Progetto si rivolge a soggetti con personalità non fortemente compromesse da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. La eventuale rilevanza dei carichi penali viene valutata caso per caso. L'impostazione fortemente orientata alla responsabilizzazione dei residenti non consente l'accettazione di soggetti affetti da patologie di tipo grave, sia sul versante delle dipendenze multiple che dei disturbi di personalità dal momento che l'intervento terapeutico si definisce di tipo prettamente psicoterapico e non socio-sanitario.

2.7 Le figure professionali sono rappresentate, oltre al direttore scientifico e supervisore, da un direttore della comunità, un consulente organizzativo-gestionale, due psicologi psicoterapeuti, un consulente psichiatra, educatori o counselors, un ludo-arteterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative e di manutenzione, un operatore culturale per l'aspetto psicoeducativo, di stimolo alla crescita culturale, un responsabile amministrativo e consulente finanziario.

3. Dati preliminari di una ricerca

Questa parte prenderà in considerazione, inizialmente, alcuni dati sugli utenti. Seguirà una analisi su risultati testologici tesi ad investigare le correlazioni tra alessitimia, impulsività, dissociazione e regressione per terminare con alcune considerazioni sugli outcomes.

3.1 Alcuni dati sugli utenti

Il numero dei giocatori che, a fine 2010, hanno seguito il progetto Orthos è pari a 142, mentre i dati qui riportati si riferiscono ad un campione più limitato (82 soggetti, ad Agosto 2009).

La popolazione che risulta essere maggiormente coinvolta è quella maschile, attestandosi al 93%, a fronte del 7% femmine; l'età media è di 47 anni (DS 11,93) con una oscillazione che va da 24 anni a 75 anni. e si presentano assai eterogenei rispetto a diverse variabili di natura socio-demografica e clinica, evidenziando, quindi, come il GAP sia un disturbo che si può manifestare in diversi contesti culturali, economici e relazionali.

Anche le tipologie di professionalità sono molto varie: 12,5% disoccupato; 16,25% pensionato ; 32,5% operaio; 13,75% impiegato; 8,75% imprenditore; 11,25% libero professionista; 5% altro.

La maggior parte dei soggetti risulta coniugata, ma è elevata anche la percentuale dei soggetti separati, divorziati o privi di partner.

Il livello di istruzione vede coinvolte quasi tutte le fasce con variazioni per la modalità e la somma di denaro investita nel gioco. I nostri dati evidenziano: scuola elementare: 1,2 %; istruzione media inferiore: 35%; istruzione media superiore: 53%; istruzione universitaria: 6% (nessun dato disponibile: 4,8%) evidenziando come i giocatori si presentano assai eterogenei rispetto al livello socio-economico evidenziando, quindi, come il GAP sia un disturbo che si può manifestare in diversi contesti culturali, economici e relazionali. Le zone di provenienza degli utenti vedono un primato del Centro Italia, 58,75%, questo è dovuto soprattutto alla convenzione tra Orthos e la Regione Toscana; Nord Italia 22,5% e Sud Italia.

Invio degli utenti è così determinato: 63,75% giunge ad Orthos attraverso i SerT; il 25% conosce la struttura grazie al sito di Orthos; il 7,5% arriva con un invio dal servizio di psichiatria e infine il 3,75% conosce Orthos in altro modo (articoli di giornale, interviste radiofoniche, volantini, conoscenti, ecc).

Riguardo alla tipologia dei giochi d'azzardo praticati emerge una forte prevalenza di scommesse (43,3%) e slotmachine (37,5%), seguite da gioco delle carte (4,8%), casinò (4,8%), lotto (4,8%), gratta e vinci (4%) e *trade on line* (2,4%).

Riguardo alla co-morbilità, circa un terzo mostrano anche altre diagnosi psichiatriche, con un'elevata prevalenza della depressione. Le altre diagnosi in comorbilità osservate sono: disturbo d'ansia, dipendenza da alcol, disturbo borderline di personalità e sindrome di Parkinson. Questi soggetti hanno ricevuto anche un trattamento farmacologico per i loro disturbi con le note difficoltà nel dosare opportunamente i farmaci dopaminergici che, notoriamente, amplificano il craving per il gioco d'azzardo.

3.2 Dati preliminari su una ricerca

I dati che di seguito vengono riportati si riferiscono ad una ricerca condotta dal sottoscritto con la consulenza di Vincenzo Caretti e Adriano Schimmenti e sono pubblicati in forma più estensiva nell'articolo *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto nel testo su: *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia* a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore Caretti V., La Barbera D. (a cura di). La ricerca è stata condotta su un campione iniziale di 32 di soggetti è stata somministrata una batteria di test, comprendente, oltre all'MMPI, i seguenti reattivi self-report:

- a) SOGS (South Oaks Gambling Screen: Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;
- b) BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività;
- c) DES-II (Dissociative Experiences Scale – Revised: Bernstein, Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative;
- d) TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20 items: Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alestitimia e della disregolazione affettiva.
- e) Sono, quindi, stati estrapolati i punteggi medi ottenuti ai reattivi dai soggetti del campione come riportati nella Tabella 1 che segue.

Media		Ds
SOGS	14,00	3,13
BIS-11	75,53	8,35
DES-II	20,13	11,27
TAS-20	57,09	9,77

Le statistiche descrittive ci informano, dunque, di alcune peculiari caratteristiche di questo gruppo. Innanzitutto, se si considera che il cut-off del SOGS suggerito dagli autori per lo screening del GAP è

di 5 punti, è evidente la grave condizione patologica di questi soggetti, che presentano invece un punteggio medio di 14. Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di 64,11 (\pm 10,08). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il cut-off di 30 suggerito dagli autori per lo screening della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti di questo gruppo si classificano come "borderline per l'alessitimia", ottenendo un punteggio medio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici.

f) Gli studi di correlazione ci offrono invece risultati singolari, che possono essere riassunti come segue: meritano un approfondimento. Da una parte, i punteggi al SOGS non correlano significativamente con le altre variabili indagate. Se, da una parte, ciò può essere dovuto alla non elevata ampiezza campionaria, che 3.2.1 l'impulsività, correla con l'alessitimia, evidenzia come il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento.

3.2.2 la dissociazione mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II. Questo elemento è già stato rilevato in letteratura rispetto ad altre forme di dipendenza patologica (Caretti, Craparo, Schimmenti, 2006; Caretti et al., 2007) e mostra nuovamente che nella TAS-20 è il primo fattore l'indicatore del grado di disregolazione affettiva maggiormente convergente con altre misure della psicopatologia nelle addiction.

3.2.3 Altrettanto interessanti sono i risultati degli studi di regressione che evidenziano come all'incremento delle difficoltà nell'identificare le emozioni ed al decrescere dell'età corrisponde un significativo aumento dell'impulsività, almeno rispetto a questo gruppo.

3.2.4. In relazione al SOGS, l'unica variabile selezionata dagli studi di regressione è stata la dissociazione strutturale, ovvero la variabile dicotomica (presenza/assenza) che distingue le esperienze dissociative non pervasive da quelle patologiche. Questo aspetto è molto importante, per cui ci sembra utile approfondirlo brevemente. Esistono numerosi modi di intendere la dissociazione (Caretti, Schimmenti, 2007): essa può essere intesa nel senso di sistema o unità mentale non integrata alla coscienza, di alterazione della coscienza che comporta una disconnessione dal Sé o dalla realtà esterna (è questo il caso dei disturbi dissociativi descritti nei manuali di diagnosi psichiatrica), e di meccanismo di difesa. I sintomi psichiatrici della dissociazione inoltre presentano diverse sfumature (anche di gravità) che vanno da forme abbastanza comuni di assorbimento immaginativo, presenti anche nei soggetti normali o con diagnosi meno severe, a manifestazioni eclatanti di processi di "compartimentalizzazione" del Sé (Putnam, 1997), come quelli che caratterizzano i disturbi dissociativi di identità. Tale forma di "dissociazione" rappresenta un dato clinico abitualmente osservato, seppure con gradienti diversi di gravità, nel lavoro clinico con i giocatori compulsivi con i quali si approfondisce abitualmente un lavoro mirato definito sindrome del Dr. Jeckill e Mr Hyde.

3.2.5. Uno studio sulla covariazione della dissociazione e dell'alessitimia ha evidenziato un significativo effetto di interazione tra le due variabili rispetto ai punteggi SOGS. Abbiamo, quindi, ritenuto che la bassa percentuale di varianza dei punteggi SOGS spiegata dalle esperienze dissociative patologiche potesse essere meglio approfondita in base alla presenza o meno di una condizione alessitimica.

In sintesi, dunque, quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano. Possiamo, quindi, ipotizzare che, quando non sono in grado di autoregolare i propri affetti e di utilizzarli adeguatamente nei contesti interpersonali, i soggetti GAP ricorrono al comportamento dipendente, e che questa condotta sia essa stessa in qualche modo un sintomo dissociativo volto a modulare gli stati affettivi ed allontanare emozioni non elaborabili, avvertite come traumatiche e sopraffacenti. Quando, invece, i soggetti GAP mostrano un minore deficit della regolazione affettiva, la causa del comportamento di dipendenza è da cercare altrove rispetto al funzionamento della dissociazione. Questo dato ci informa, comunque, che sia la dissociazione (in particolare quella patologica e strutturale) che l'alessitimia sono variabili importanti per comprendere i meccanismi della dipendenza dal gioco d'azzardo. Chiaramente, i risultati ottenuti in questo lavoro non possono essere estesi all'intera popolazione dei giocatori d'azzardo patologici, a causa dell'ampiezza e della specificità del campione; ci sembra, tuttavia, che le indicazioni fornite da questo studio, in particolare quelle inerenti all'interazione tra alessitimia e dissociazione rispetto al grado di severità del gioco d'azzardo compulsivo, siano da approfondire ulteriormente, ed eventualmente da tenere in considerazione per meglio comprendere e trattare i meccanismi psicopatologici che caratterizzano questo disturbo.

I risultati di questa ricerca, che verrà aggiornata a breve tenendo conto di un centinaio di casi rispetto ai 32 sino ad ora studiati, rappresenta una importante conferma a livello testologico circa le ipotesi di riferimento epistemologico e di intervento clinico che punta a privilegiare appunto le aree di criticità inerenti l'impulsività, la disregolazione affettiva, l'alessitimia, la tendenza all'acting out come evitamento del contatto con le emozioni, la dissociazione cognitivo-affettiva, la regressione (orale e narcisistica) etc.

3.2 Risultati preliminari

La valutazione dei risultati di un programma di terapia per giocatori rappresenta una delle sfide che si avvicina ad un gioco d'azzardo essa stessa.

Il tema è stato oggetto di un mio contributo all'Expert meeting tenutosi a Torino (Zerbetto, 2009) di cui sintetizzo alcuni dati tratti dalla letteratura.

Da una analisi di 32 articoli sul tema, emerge come generalmente non ci sono standards generalmente omogenei nella valutazione dei risultati. Tale grave lacuna rende tuttora impossibili veri studi di "cross validation" (Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. 2006).

Da una ricerca condotta su 37 programmi di trattamento con valutazioni di self-report o eseguite da operatori risulta del pari la scarsa comparabilità tra le ricerche stesse. In ogni caso emerge una significativa differenza a favore dei soggetti trattati, sia nel breve che nel lungo periodo, rispetto a quelli che non ricevono alcuna forma di terapia psicologica (Pallesen S; Mitsem M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H., 2005).

Ad una prima valutazione sugli outcomes del Programma operata ad un anno di sperimentazione sugli stessi 32 casi di cui si è riferito da parte di una Commissione di Valutazione composta da quattro operatori professionali su incarico della Regione Toscana sono emerse le seguenti indicazioni:

- il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona retention rate ed una buona compliance nei confronti del programma.

- di questi ultimi utenti, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute. Tali stime, con il passare dei mesi, hanno avuto un modesto peggioramento percentuale. E' pur vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente "tenuta" nei confronti delle ricadute. Una valutazione che tenga conto di un arco di tempo necessariamente più ampio è tuttora in corso.

Gli utenti seguiti vengono monitorati con frequenza almeno semestrale e siamo in grado attualmente di poter seguire l'andamento della situazione clinica a distanza di quasi tre anni dall'inizio del Programma per coloro che hanno iniziato per primi. Per periodi inferiori, ovviamente, per coloro che si sono inseriti successivamente. I risultati, nel complesso, restano buoni anche se una ricerca più sistematica è in corso in previsione della conclusione della fase sperimentale finanziata e pari a quattro anni di esperienza.

- il 54.5% degli utenti che hanno completato il programma sono stati inviati ai SerT per essere sostenuti nel programma di mantenimento. Nelle sedi di Siena, Milano e Roma vengono condotti incontri periodici di sostegno per gli utenti che hanno completato il programma. In taluni casi si è avviato o confermato un inserimento in gruppi per Giocatori anonimi o di Auto-mutuo-aiuto.

- si è confermata l'importanza del coinvolgimento della famiglia per una migliore riuscita del trattamento, spesso in collegamento con i servizi territoriali o liberi professionisti.

3.4 Alcune considerazioni sugli *outcomes*

Se il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell'uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile eradicarlo completamente dall'individuo. Se tale discorso è vero in generale, lo è in particolare per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socio-culturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco.

L'unica strategia realistica in nostro possesso è quindi quella di non estremizzare una dialettica gioco-non gioco che, seppure utile ed inevitabile in certe fasi della vita (come lo può essere il digiuno) non può realisticamente rappresentare la soluzione definitiva. Si tratta quindi di confrontarsi con il tema del "giusto equilibrio" in una ricerca sofferta e paziente che consenta di riportare sotto controllo un comportamento che tendenzialmente a questo controllo sfugge.

In casi estremi questo tentativo è destinato a fallire e, analogamente a quanto può dirsi per un diabetico grave, non c'è nessuna possibilità di "convivere con gli zuccheri". In molti casi, tuttavia, tale riequilibrio è possibile e risulta quindi più appropriata una strategia terapeutica che si propone obiettivi più realistici e moderati che più irrealistici e radicali. Anche laddove l'obiettivo di conseguire una piena astinenza viene raggiunta, infatti, resta la minaccia di poter ricadere in un comportamento fuori controllo. Si tratta quindi, di privilegiare un lavoro terapeutico che miri a favorire, rinforzare e strutturare un comportamento orientato al "gioco sociale" che non ad una ambiziosa quanto precaria condizione di totale astinenza.

Non possiamo nascondere l'elemento innovativo (e quindi "a rischio" in quanto suffragato da una minore messe di dati statistici) di una tale strategia, nei confronti di quella più corrente che si ispira alla filosofia dei Gamblers anonymous, espressioni fedeli, a loro volta, di quella degli Alcoholic anonymous. Secondo tale orientamento, recepito anche da molti programmi di recupero, non esiste nessuna possibilità di mediazione tra comportamento astinente e comportamento orientato al gioco eccessivo dal momento che, sempre secondo questa impostazione, anche un minimo compromesso con una attività di gioco, come anche giocare una schedina al totocalcio, farebbe scattare la molla di un ritorno a forme di gioco incontrollate analogamente a quanto un mezzo bicchiere di vino farebbe ripiombare l'alcolista nel baratro del bere fuori controllo.

Le ricerche sulle risultanze di interventi terapeutici su giocatori, tuttavia, rivelano dati su cui riflettere. Studi sul trattamento di giocatori d'azzardo compulsivi in programmi di cura professionali, ottenuti da González Ibáñez ed altri (2001), McCormick e Ramirez (1988) con interventi di counselling e trattamento cognitivo-comportamentale (con tecniche di controllo degli stimoli, esposizione in "vivo", ristrutturazione cognitiva, risoluzione dei problemi, rafforzamento, auto-rafforzamento, auto-istruzione e prevenzione delle ricadute) hanno osservato, con risultati che coincidono nella maggior parte degli studi, che circa un terzo dei soggetti ha abbandonato durante la fase di follow-up che è durata un anno e che circa la metà dei rimanenti è rimasto in astinenza.

Di questi, in un follow-up tra i 2 e i 9 anni, McConaghy, Blaszczynski e Frankova (1991) hanno riportato che il 45% dei pazienti ha continuato a giocare ma in maniera controllata. González Ibáñez ed altri (2001) ha osservato che in un campione di 60 pazienti il 56% ha abbandonato la terapia durante il trattamento. L'80% di coloro che hanno partecipato agli incontri di follow-up a distanza di 1, 3,6 e 12 mesi è rimasto in astinenza. A distanza di 4 anni, il 33% era rimasto in astinenza totale, il 20% era ritornato al gambling incontrollato e il 47% giocava in maniera controllata con modalità diverse dal gambling problematico di partenza. Questo sta ad indicare che, oltre alla astinenza definitiva, anche la riduzione dell'urgenza del gioco e lo sviluppo di un maggiore auto-controllo può rappresentare un importante obiettivo terapeutico. Tale risultato si rende più realistico se si accompagna ad un sensibile cambiamento nello stile di vita, ad una maggiore consapevolezza sulle situazioni di rischio e ad una ristrutturazione della situazione familiare, occupazionale, sociale. La consistenza dei processi di cambiamento viene attentamente monitorata nel periodo post-residenziale attraverso

- la fase dell'accompagnamento e dei richiami che coprirà, con cadenze regolari, il primo anno successivo alla dimissione dalla comunità. Con l'esperienza che stiamo raccogliendo, tale periodo tende tuttavia ad estendersi anche oltre il previsto anno di accompagnamento. La fragilità di alcune strutture di personalità richiede infatti un monitoraggio assai più protratto nel tempo e la cui programmazione è ancora in una fase di messa a punto.

- incontri periodici con le famiglie

- occasioni di incontro con la doppia finalità: socializzante e di auto-aiuto secondo un calendario e modalità stabilite dal gruppo territoriale stesso con il supporto dell'operatore referente sul territorio

- la costituzione di una "rete" di solidarietà reciproca da attivare in situazioni di difficoltà attraverso il coinvolgimento dei compagni di corso, similmente a quanto avviene anche nelle esperienze condotte in campo algologico

- a ciascun "corsista" viene anche consegnata una "schedina" con un punteggio relativo a diversi aspetti della vita come: attività lavorativa, relazioni familiari, vita associativa, situazione economica, modalità di rapportarsi al denaro, stato di salute fisica, condizioni psicologiche, costruzione di una "rete di sostegno", come terapeuti, amici, familiari, ricorso ad altre forme di dipendenza, rapporti con la legge (in forma generica), ricerca delle alternative all'elemento dipendentogeno primario, uso dei "tempi morti" e del tempo libero, impegno sociale eventualmente in attività di aiuto a giocatori patologici. Tale scheda di autovalutazione è oggetto di confronto negli incontri di verifica.

Bibliografia

Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): "The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure". *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32.

Bergler, E. (1957): "The Psychology of Gambling". Hill and Wang Inc., New York (Tr. it., *Psicologia del giocatore*, New Compton, 1979).

Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993): "An update on the Dissociative Experiences Scale". *Dissociation*, 6(1), 16-27.

Blaszczynski A.P., McConaghy N., Frankova A. (1991), "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioral treatment", in *British Journal of Addictions*, 86 (11), 1485-9.

Blaszczynski, A. (2000): " Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling". *The Electronic Journal of Gambling Issues*.

Blaszczynski, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment". *British Journal of Addictions*, 86, 11, 1485-9.

Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007), "Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA". *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, I/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Caretti V., La Barbera D. (a cura di) *Le dipendenze patologiche*. Clinica e psicopatologia, Raffaello Cortina Editore, 2010.

- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1988): "Further validation of the Dissociative Experiences Scale". Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988.
- Caroli R. e Marinello D. (1990) Il grande libro dei giochi, DVE Ed..
- Croce, M., Zerbetto, R.: "Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, la possibilità di intervento". F. Angeli, Milano, 2001.
- De Castro V; Fuentes D; Tavares H. The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(2): 81-86, 2005. (18 refs.)
- Fink E. (1957), *Il gioco come simbolo del mondo*, tr. it. Lerici, Milano (1969)
- Freud S (1927) *Dostoevskij e il parricidio*, "Opere", vol X, trad it. Ed Boringhieri (1978)
- Freud S. [1905], *Tre saggi sulla sessualità*, "Opere", IV, Boringhieri, Torino.
- Gonzalez-Ibanez, A.: (2001): "Esperienze di valutazione sui trattamenti". In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "Il gioco e l'azzardo". Franco Angeli, Milano.
- Greenberg H.R. (1980), *Psychology of gambling*, in Kaplan H.I., Freedman A.M., Wilkins, Baltimore, London.
- Huinziga J. (1946), *Homo ludens*, (tr. it) G. Einaudi, 1973
- Jung C. e Kerenyi K. (1941) *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia*, (tr. it) Ed. Boringhieri
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003): "Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling". Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill
- Le Breton D. (tr. it. 1991) *La passione del rischio*, Ed. Gruppo Abele, Torino (tr. it. 1995)
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers". *Am J Psychiatry*, 1987, 144, pp. 1184-1188.
- Lightsey, O.R., Hulse, C.D. (2002): "Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students". *J Couns Psychol*; 49:202-211.
- Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): "Alexithymia and pathological gambling". *Psychoterap. Psychosom.*, 63 (3-4):201-6.
- McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): "Pathological Gambling. Reprint from *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*". Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.
- Pallesen S; Mitssem M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. (review). *Addiction* 100(10): 1412-1422, 2005. (60 refs.)
- Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): "Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers". *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9.
- Rahner H. (tr. it. 1993), *L'uomo giocatore, da L'uomo ricercatore e giocatore*, RED Ed.
- Rosenthal R.J. (1997), *The Gambler as a case history and literary twin: Dostoevsky's false beauty and the poetics of perversity*, *Psychoanalytic Review*, 503-616.
- Taber J.I., McCormick R.A., Ramirez L.F. (1987), "The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers", in *International Journal of Addiction*, 22, 71-79.
- Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. A framework for reporting

outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus. *Addiction* 101(4): 504-511, 2006. (32 refs.)

Zdekauer L. (1993), *Il gioco d'azzardo nel medioevo italiano*, Salimbeni Ed. Firenze

Zerbetto R. (1993) *Riflessioni su carattere orale e tossicodipendenza*. Atti 3a Conferenza Europea degli Operatori delle Tossicodipendenze, Bologna.

Zerbetto R (2001, a), *Psicodinamica del giocatore d'azzardo e Dall'intervento terapeutico a una politica di gioco responsabile* da Lavanco, *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill

Zerbetto R. (2001, b) *Il gioco nel mito e il mito del gioco* da *Il gioco & l'azzardo* a cura di M. Croce e Zerbetto R., Franco Angeli Ed.

Zerbetto R (2005), *Psicodinamica del giocatore d'azzardo*, pubblicato sulla rivista "La Torre", N. I, Anno Primo. Bari 2005

Zerbetto R. (2008), *Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo su: "Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio"* a cura della regione Toscana, Centrostampa Arezzo 2008.

Zerbetto R. (2009), *Orthos, un programma residenziale. Prima valutazione*. Da *Il gioco d'azzardo in Italia: i dati e la ricerca* a cura di D. Capitanucci, M. Croce, M. Reynaudo, R.

Zerbetto, Ed. *Animazione sociale*, Supplemento al n. 8-9/20

Zerbetto R. (2010), *Quale epistemologia di riferimento per un intervento di psicoterapia con giocatori d'azzardo patologici? L'esperienza di Progetto Orthos*, su: *La terapia del giocatore patologico* a cura di Francesca Picone, Carocci Ed.