

Monografie di Gestalt

Numero 11 del 10 Dicembre 2022

Aut. Tribunale di Siena N 4 del 05/07/2016

ORTHOS: PROGRAMMA RESIDENZIALE INTENSIVO BREVE PER IL TRATTAMENTO DI GIOCATORI D'AZZARDO

A cura di Riccardo Zerbetto

IL QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

PSICODINAMICA DEL GIOCATORE COMPULSIVO.....3

Tra vizio e malattia, un incerto confine.....	3
Il gioco d'azzardo patologico tra discontrollo degli impulsi a dipendenza senza sostanze.....	5
Aspetti psicodinamici sulla personalità del giocatore.....	8
Il contributo di Sigmund Freud.....	8
Giocare ed essere giocati.....	11
Alea.....	11
Il contributo di Bergler.....	13
Bergler e il giocatore. Tra criminologia e nevrosi.....	14
Tornare ad Edipo e al suo tragico gioco.....	16
Fortuna Madre e matrigna.....	16
Saper perdere.....	16
Il pensiero magico.....	18
Tra calcolo e pensiero magico.....	19
Cara Dea Fortuna. Una testimonianza da Orthos.....	20
Il carattere orale nella dipendenza da gioco e da droghe.....	21
Caratteristiche delle famiglie sotto il profilo relazionale.....	26
Approccio Sistemico.....	26
L'approccio cognitivo-comportamentale.....	27
Per una lettura archetipico-antropologica.....	29
Gli dèi giocano.....	29
Puer aeternus.....	30
Quell'incerto confine tra il vivere ed il morire.....	31
Ethos andropo daimon.....	32
Al confine tra gioco divino e gioco diabolico.....	32
Atena Alea.....	33
Archetipi e dinamica polare.....	34
Integrare le parti scisse.....	35
A proposito del gioco d'azzardo di "curare" i giocatori d'azzardo	36
Alessitimia.....	38
Gli studi finlandesi.....	39
Alessitimia e struttura di personalità.....	40
Fuga dalla depressione.....	41

Alessitimia e limiti della psicoterapia analitica.....	42
Trattamento e la cura dell'alessitimia.....	43
L'approccio psicosomatico al gambling: quale terapia?.....	43
Considerazioni di carattere terapeutico sull'approccio relazionale.....	44
Interventi multifamiliari o di gruppo.....	46
***Sedurre Necessità. Ovvero quando gli dei giocano d'azzardo.....	47
***Ordine-dis-ordine.....	47
***Un tragico splitting.....	48
***Ordalia e sacralità individualistica	50
Azzardando conclusioni molto provvisorie.....	51
PER UN APPROCCIO UMANISTICO-ESISTENZIALE ALLE DIPENDENZE.....	55
Premesse.....	55
Elementi teorico-metodologici dell'approccio umanistico.....	60
ORTHOS ARTICOLO RICERCA.....	64
ORTHOS DENARO E GAP.....	66
Premessa.....	66
1. L'uso quotidiano del denaro.....	68
2. Rapporto "antico" con il denaro: il rapporto del denaro nella propria famiglia d'origine.....	70
3. Gestione individuale e familiare del denaro:.....	71
5. Gestione consapevole del denaro.....	71
ORTHOS ARTICOLO PUNTELLINI - DE FELICE.....	74
Gioco D'azzardo e Dipendenza Affettiva: l'esperienza di Progetto Orthos.....	74
Modelli di approccio alle dipendenze patologiche.....	74
ORTHOS ARTICOLO DEI	
Tipi psicologici e gioco d'azzardo compulsivo	

PSICODINAMICA DEL GIOCATORE COMPULSIVO

Di Riccardo Zerbetto

Dio muove il giocatore, questi il pezzo.

Quale dio dietro Dio la trama ordisce

di tempo e polvere, sogno e agonia?

Jorge Luis Borges

Tra vizio e malattia, un incerto confine

Ci sono forse pochi ambiti nei quali il confine tra salute, vizio e malattia, tra intenzione, abitudine e *compulsione anancastica*, tra coraggio, pericolosa inclinazione al rischio e temerarietà è incerto come nel gioco. 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” (J. Huizinga, 1938).

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. È 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 *acme* vengono riprodotte seppure surrettiziamente, come nel caso del gioco d’azzardo.

Nota

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.

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 all’educazione e alla civile convivenza.

Nella sua fondamentale classificazione ludica, *I giochi e gli uomini* (1958), Callois distingue **quattro tipologie di giochi: Agòn** (competizione), **Mimicry** (imitazione), **Alea** (rischio) e, per finire, **Ilinx** (vertigine).

Immagina che essi si trovino in una grande piattaforma ruotante che permette loro diverse combinazioni e quindi infinite varietà di giochi. “*se i giochi di competizione, o di Agon, sono una rivendicazione del merito e della responsabilità personale, quelli di rischio, o di Alea, sono un’abdicazione della volontà e un abbandono al destino*”.

Non è quindi l'inclinazione in sé il problema, quanto la modalità costruttiva o distruttiva che di tale inclinazione si riesce a sviluppare.

Tale sfida attende ogni individuo stando al noto assioma eracliteo secondo cui il carattere è il destino dell'uomo (*ethos andropo daimon*). L'espressione della nostra natura potenziale, sotto forma di carattere, può incontrare varie vicissitudini – talvolta tragiche – prima di esprimersi compiutamente ma che, secondo una prospettiva evolutiva di tipo sapienziale, dovrebbero portarci ad “assumerci il nostro destino” attraverso un percorso che consenta di mettere a frutto le doti potenziali e di attenuare aspetti caricaturali e stereotipi.

Il gioco d'azzardo patologico tra discontrollo degli impulsi a dipendenza senza sostanze
Nella terza edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Mental Disorders), quella del 1980, l'American Psychiatric Association ha introdotto il concetto di **dipendenza da gioco d'azzardo** (gambling), inquadrandolo come una **nuova categoria diagnostica** e, quindi, come disturbo psichiatrico a sé stante. Venne, così, **riconosciuto ufficialmente il pathological gambling** e classificato all'interno della sezione comprendente i "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove".

Rispetto a quell'edizione, nel DSM-IV (1994) sono stati inseriti ben sei disturbi: la Piromania, il Disturbo Esplosivo Intermittente, la Cleptomania, la Tricotillomania, il Disturbo degli Impulsi non Altrimenti Specificato e, naturalmente, il Gioco d'Azzardo Patologico.

Tra le caratteristiche fondamentali dei Disturbi del Controllo degli Impulsi, figurano:

- ! l'impossibilità di resistere agli impulsi, ai desideri o alla tentazione di compiere atti nocivi per sé stesso o per gli altri;
- ! un senso crescente di tensione o eccitazione affettiva prima di compiere l'azione;
- ! un senso di piacere, di gratificazione o di liberazione mentre si commette l'azione;
- ! atti notevoli compiuti senza pensare ai loro effetti negativi sulla vita.

Si tratta di criteri generali che ci consentono, comunque, di delineare la problematica del gioco

d'azzardo patologico all'interno di una categoria diagnostica più ampia.

Facciamo notare come: l'inquadramento del gambling compulsivo tra i disturbi del controllo degli impulsi, operata circa venti anni or sono nella terza edizione del DSM, ha evidenziato grossolani limiti di inquadramento nosografico mentre sono emerse progressivamente analogie e sovrapposizioni stringenti con le patologie da dipendenze, in particolare da alcol e droghe, con le quali il gioco compulsivo si intreccia frequentemente sia nella forma sincronica della sovrapposizione e reciproco potenziamento di comportamenti che nella forma diacronica della alternanza, in periodi di tempo successivo, tra condotte eccessive in un ambito o nell'altro.

Il collegamento tra dipendenza da sostanze e da gioco d'azzardo trova quindi un elemento di conferma, oltre alla fenomenica quasi del tutto sovrapponibile in termini di modalità di rapporto con la "sostanza" e per le implicazioni di carattere psicologico e sociale, anche per un motivo piuttosto evidente ma al quale è stato dato sino ad ora un rilievo esplicito insufficiente: mi riferisco al **fenomeno della elicitation**, dell'effetto prodotto dai due comportamenti seppure attraverso modalità diverse:

- ! Nel caso delle **tossicodipendenze** il comportamento in oggetto contempla la ricerca di sostanze esogene per evocare stati di coscienza non ordinari.
- ! Nel caso del **gambling** si tratta di situazioni che producono comunque una dose di ilinx, per usare un termine introdotto felicemente da R. Callois (1983), di un eccitamento mediato da sostanze endogene.

Tutti i comportamenti di addiction, vuoi che si riferiscano ad alcol, droghe, gioco, sesso, internet o altro, **presentano un quadro fenomenologico sovrapponibile** che già Goodman (1980) ha descritto come contraddistinto da:

- a) impossibilità di resistere all'impulso di impegnarsi nel comportamento;
- b) tensione interna crescente prima di iniziare il comportamento;
- c) piacere o sollievo al momento dell'azione;
- d) perdita del controllo già all'inizio del comportamento;
- e) presenza di almeno 5 degli 8 criteri seguenti:
 1. preoccupazione frequente per il comportamento;
 2. impegno più intenso o più lungo del previsto;
 3. sforzi ripetuti per ridurre o smettere;
 4. tempo considerevole passato a realizzare il comportamento o a rimettersi dai suoi effetti;
 5. riduzione delle attività sociali, professionali, familiari determinata dal comportamento;
 6. l'impegno nel comportamento impedisce di assolvere gli obblighi sociali, familiari o professionali;
 7. perseveranza nonostante i problemi sociali, finanziari o fisici;
 8. agitazione o irritabilità se è impossibile attuare il comportamento.

È noto ancora come ben 8 dei 10 criteri diagnostici individuati per le tossicodipendenze descritti dal DSM-IV si ritrovano puntualmente anche nel GAP con la sola esclusione del **“rincorrere la perdita”** e del dissesto finanziario, caratteristici del gioco d'azzardo e che pure non sono estranei alla fenomenologia del tossicodipendente.

Il bisogno di indurre stato di attivazione, o arousal, suffragata da frequenti vissuti improntati a noia o depressione del tono vitale e dell'umore, comporterebbe quindi la tendenza reiterata e potenzialmente auto-amplificantesi alla ricerca di stimolazioni neurochimiche indotte o attraverso la autosomministrazione di sostanze esogene o attraverso la stimolazione di neuromediatori endogeni mediante attività motorie (come nel caso degli sport ad alto rischio) emotive (rapporti sessuali a rischio) o intellettive (come nelle sfide che accompagnano ogni forma di attività di gioco) con il fine di incrementare il livello psicoemotivo di arousal.

Tra i contributi più originali ed accreditati sull'argomento ci sono infatti i dati desunti da indagini con test psicologici messi a punto da Zuckermann (1994, 1999) sul sensation seeking behavior nonché di tipo genetico-neurobiologico inerenti la presenza di un deficit enzimatico i quali deporrebbero con supporto di dati accreditabili per una disregolazione dei circuiti neurofisiologici del piacere con bisogno di attivazione amplificata dei circuiti adrenergici e dopaminergici per compensare un ipotizzato livello di ipostimolazione di base agli stimoli eccitatori .

Si tratta quindi di identificare la presenza di un addiction prone personality che rappresenta l'anima delle condotte di abuso.

Seppure la popolazione dei giocatori sia stata opportunamente suddivisa in sottogruppi in funzione dei diversi "stili" nel rapportarsi al gioco (E. Bergler, 1970), è ovviamente la percentuale dei giocatori patologici quella che ci interessa maggiormente in questa sede. Di questi, a loro volta, non ci interessa tanto la componente che evidenzia un tasso di grave comorbilità con quadri sociopatici o distimici – di cui la tendenza al gioco patologico rappresenterebbe in fondo essenzialmente un sintomo di copertura - quanto le caratteristiche che maggiormente ci permettono di identificarla come problematica specifica.

Anche in questo caso, trova ampio riscontro la messe di dati raccolti sulle personalità dipendenti, studiate in particolare in relazione a droghe e alcol, che mettono in evidenza tratti di personalità presenti anche in epoche antecedenti la manifestazione clinica collegata all'esordio della dipendenza e che – richiamando una revisione critica di H. Margaron e M. Pini (2001) – si presentano sotto forma di: elevata ricerca di sensazioni (Zuckerman, 1994; 1999), ricerca di condotte a rischio (Gaerling e Romanus, 1999), impulsività (Steel e Blaszczyński, 1998), alessitimia (Brown, 1999), tendenza alla promiscuità sessuale e ai rapporti sessuali a rischio (Petry, 2000b) come pure la coesistenza con altre forme di abuso di oppiacei (Agus, 1998), di cocaina (Hall, Carriero, et al, 2000), tabagismo, ma soprattutto l'alcool (Koski e Turner, 1999; Guerreschi, 2000) .

Al di là dell'inquadramento nosografico è comunque interessante chiedersi la dinamica che sottende un comportamento così incomprensibile, in taluni casi, connotato come appare da elementi di apparente benessere e contatto con la realtà con aspetti francamente derealistici, bizzarri, irrazionali e, nei fatti, francamente autolesionistici.

Il "demone" del giuoco è stato oggetto di riflessione e di tentativi di coglierne i misteriosi aspetti paradossali più in ambito letterario che scientifico, almeno sino all'ultimo ventennio dacché la diffusione della patologia da gioco ha fatto registrare un significativo

incremento, almeno nei paesi occidentali, conducendo alla sua rubricazione tra gli inquadramenti nosografici ufficiali, primo fra tutti il DSM.

Possiamo tuttavia riconoscere che, accanto a più recenti contributi forniti dall'approccio sistemico, cognitivo-comportamentale e umanistico, **rimangono capisaldi di estremo interesse, a giudizio di chi scrive, gli apporti ormai classici del corpus dottrinale del pensiero psicoanalitico.**

Nell'esposizione che segue, cercherò di sintetizzare inizialmente **i contributi di Freud di Bergler** facendo seguire successivamente una sintesi di contributi successivi collegati in particolare ad una configurazione interpretativa che **riconde il nucleo portante della patologia in oggetto al carattere orale** che rappresenta, a mio modo di vedere, il modello interpretativo più pregnante all'origine delle dipendenze di vario tipo, non ultima quella da gioco.

Tale quadro, come vedremo, si ricollega in particolare alla **componente magica, presente nel modus operandi del giocatore.** Tale modalità rimanda a sua volta ad una dimensione arcaica del pensiero e, a livello di ricostruzione ontogenetica, ad una verisimile fissazione-regressione a fasi dello sviluppo precoce che, nella concezione psicoanalitica, richiamano la fase orale.

Mi avvarrò, in tale prospettiva, di contributi sviluppati anche in precedenti approfondimenti sul tema a proposito della clinica delle tossicodipendenze e della problematica adolescenziale ((Zerbetto et al. 1983, Zerbetto et al. 1994, Zerbetto, 2001).

Aspetti psicodinamici sulla personalità del giocatore

Gli scarsi risultati, ottenuti adottando la tecnica tradizionale della psicoanalisi a questo tipo di patologie, hanno di fatto adombrato negli ultimi decenni l'attenzione su questi apporti. In realtà, seppure sia comprensibile un atteggiamento *disilluso* rispetto alle aspettative che un quadro teorico di riferimento così ricco sembrasse poter alimentare, è pur vero che teoria e metodologia, seppur circolarmente interconnessi, non coincidono e non possono essere confusi. La modifica del *setting*, l'allargamento dell'intervento al sistema familiare, l'adozione di prescrizioni ed altre tecniche di monitoraggio del comportamento, l'adozione di strategie di contenimento del sintomo, come è stato fatto attraverso le cosiddette *terapie di ambiente* in regime comunitario residenziale, hanno favorito un ampliamento del contesto di intervento che ha consentito un recupero strutturale di importanti premesse di derivazione psicodinamica all'interno di una nuova metodologia di intervento che ne ha reso più efficaci i risultati.

Al di là dei delle enfattizzazioni su specifici aspetti sottolineati dai diversi indirizzi è comunque dato osservare un progressivo orientamento verso l'adozione di un ***modello multimodale che tiene generalmente conto dei diversi contributi sia a livello interpretativo che di metodologia di intervento terapeutico.*** A questo aspetto dedicheremo una sezione specifica più avanti, ma ho ritenuto utile riservare uno spazio sufficiente all'approfondimento di una tematica che considero "patognomonica" della problematica in oggetto e che di seguito cercherò di riassumere.

Il contributo che segue rappresenta un tentativo di integrare la prospettiva di derivazione analitica, con particolare riferimento al tema della fase e del carattere orale, con quella di derivazione relazionale-sistemica con il fine di meglio definire il profilo di personalità prevalente nelle dipendenze e di desumerne conseguenti modelli di lettura psicodinamica e di intervento terapeutico.

Il contributo di Sigmund Freud

Il **saggio su *Dostoevskij e il parricidio*** pubblicato nel 1927 (trad. it. 1978) rappresenta notoriamente il contributo più esplicito dato da S. Freud al tema del gioco d'azzardo. Nello stesso (Op. cit., p. 522 e segg.) vengono espressi in modo magistrale e pregnante alcuni concetti chiave che rappresenteranno le idee-guida a successive elaborazioni sul tema e che, richiamando un mio precedente contributo sul tema (Zerbetto, 2001, p. 81 e segg.) si possono così riassumere:

- la **coazione al gioco d'azzardo**, di cui lo scrittore soffrì in sotto una forma assai grave in particolare nel periodo in cui si trovava in esilio in Germania, viene interpretata come espressione di un grave **forma di nevrosi isterica** (di cui anche i fenomeni istero-epilettici di cui notoriamente Dostoevskij soffriva, sarebbero stati espressione);
- tale forma di nevrosi si accompagnava anche a **tratti di "carattere pulsionale" con tratti sadici**, eccitabilità, fenomeni di intolleranza per le persone amate tipiche di una personalità a forte tendenza delinquenziale (comprovata dall'interesse letterario al limite del morboso per delinquenti omicidi) connotata da egoismo illimitato (coesistente con altrettanta estrema generosità) e forte tendenze distruttive;
- tali aspetti patologici sarebbero da mettere in relazione ad un grave **evento traumatico** ("qualcosa di tremendo, indimenticabile e straziante") che lo scrittore ebbe a subire nella giovinezza, e riguardante in particolare la figura paterna, riportato allusivamente da biografi senza precisazioni sulla natura dell'evento stesso;
- **il padre, di temperamento violento ed autoritario**, venne assassinato allorché Dostoevskij aveva diciotto anni;
- nell'interpretazione freudiana, **lo scrittore si identifica proiettivamente con l'omicida sviluppando un tormentoso senso di colpa** come "autopunizione per il desiderio di morte nei confronti del padre odiato". Prova ne sarebbero la sensazione di euforia-eccitazione (totemica) provati nella fase dell'aura che precedevano le crisi epilettiche e lo stato di prostrazione-morte che a queste seguivano, l'espiazione supinamente accettata dal Piccolo Padre (lo zar) che pur immeritadamente lo condannò per motivi politici nonché "La simpatia senza limiti per il criminale" parricida confessata nei *Fratelli Karamazov* dove, unitamente all'Edipo sofocleo e all'Amleto shakespeariano, si ripropone il tema del parricidio come espressione di un passaggio evolutivo considerato universale, almeno a livello simbolico;
- **il parricidio**, coerentemente alla concezione sul complesso edipico, viene collegato alla "rivalità sessuale per il possesso della donna" intendendo la madre verso cui si indirizzano gli investimenti libidici originari;
- **il senso di colpa collegato all'incesto e al parricidio fantasmaticizzato** comporterebbe il delirio di castrazione da parte del padre con conseguente

- scatenamento della rabbia rivolta all'esterno (sotto forma di impulsività aggressiva e sadismo) o all'interno (sotto forma di autopunizione e masochismo);
- nel tentativo di esorcizzare il fantasma punitivo (Super-egoico) e di propiziarsi il favore paterno il soggetto può propendere per una femminilizzazione con conseguente sviluppo di tratti omosessuali o bisessuali che lo mettano al riparo dalla competizione per la conquista della donna-madre. Si svilupperebbero, in tal caso, atteggiamenti passivo-masochistici improntati a scarsa incisività ed affermazione sul mondo esterno;
 - **il complesso edipico**, laddove non risolto, tenderebbe a riprodursi traslativamente su successivi investimenti libidici. Per il biografo S. Zweig (nel suo *Unbekannte Dostoevskij* riportato dallo stesso Freud nel saggio in oggetto) lo scrittore "non si arresta davanti al limite della morale borghese (il sospetto si riferisce in particolare ad un episodio di possibile abuso sessuale di una fanciulla) e nessuno è in grado di dire con precisione fino a che punto egli abbia trasgredito nella sua vita i confini giuridici, quanta parte dei suoi istinti criminosi dei suoi eroi sia diventata realtà in lui medesimo";
 - la **"febbre del gioco"** si manifestò in modo esplicito durante l'esilio in Germania dello scrittore. "Come accade non di rado nei nevrotici, il senso di colpa si era creato un sostituto palpabile in un carico di debiti, e Dostoevskij poteva addurre come pretesto che le vincite al gioco gli avrebbero consentito di tornare in Russia senza venire imprigionato su richiesta dei suoi creditori". L'aspetto autodistruttivo collegato al gioco compulsivo (che si manifestava nello scrittore nel modo più drammatico) esprimerebbe quindi un pretesto di copertura per sensi di colpa di altra origine e ben più intollerabili per la coscienza morale del soggetto;
 - "Egli non trovava pace finché non aveva perduto tutto"; a seguito di tali **episodi "autopunitivi"** lo scrittore si liberava dalla inibizione intellettuale e "la produzione letteraria non procedeva mai così bene come quando aveva perduto tutto e ipotecato anche gli ultimi averi" (motivo questo che induceva nella moglie una relativa tolleranza nei confronti dei comportamenti problematici dello scrittore);
 - vani risultavano i tentativi di controllare l'impulso a giocare le cui conseguenze estreme mettevano a serio repentaglio la relazione affettiva con la moglie e addirittura la sopravvivenza della piccola figlia cui mancavano persino gli alimenti e la legna per il riscaldamento, come risulta dal diario postumo della moglie stessa. Tale comportamento evidenziava sia una forte componente narcisistica con "mancanza di amore, assenza di apprezzamento affettivo degli oggetti (umani)",

che una forte ambivalenza e sadomasochismo: “Poteva coprirsi di ingiurie al suo cospetto, umiliarsi, intimarle di disprezzarlo, recriminare che ella avesse sposato lui, vecchio peccatore e, dopo così essersi sgravato la coscienza, ricominciare da capo il giorno successivo”.

Coerentemente alla impostazione freudiana classica, **il nucleo centrale del conflitto va ricondotto**, in questo caso e sotto una forma quanto mai paradigmatica, **alla tematica edipica**.

Nell’ultima parte del saggio il tema edipico, evocato ad interpretazione della compulsione al gioco, viene rinforzato attraverso la sintesi di un racconto di Stefan Zweig (Op. cit., p. 537 e segg.) nel quale una giovane vedova che, trovandosi al casinò di Montecarlo “fu di colpo affascinata dalla vista di due mani che sembravano tradire con sconvolgente sincerità e intensità tutte le sensazioni del giocatore sfortunato. Le mani appartenevano a un bel giovane – il narratore gli attribuisce quasi inavvertitamente l’età del figlio maggiore della donna – il quale, dopo aver perso tutto, abbandona la sala in preda a profondissima disperazione, presumibilmente per porre fine, nel parco, alla sua vita ormai senza speranza”. Presa da un materno impulso salvifico la donna presta dei soldi al giovane e, invaghitasi dello stesso, decide di partire con lui. Qualcosa, tuttavia, non funziona ed il giovane, dopo aver perso nuovamente al gioco e rifiutato la donna in modo sprezzante, si suiciderà mettendo fine al sogno edipico. Nell’interpretazione di Freud quelle mani evocano la fantasia puberale “che peraltro parecchie persone ricordano con piena coscienza” che “la madre sarebbe pronta ad avviarlo lei stessa alla vita sessuale pur di salvarlo dai temuti danni dell’onanismo” da cui il noto corollario secondo il quale “Il “vizio” dell’onanismo è sostituito da quello del gioco” per cui “l’irresistibilità della tentazione, i solenni proponimenti mai mantenuti di non farlo mai più, il piacere che stordisce e la cattiva coscienza che ci si sta rovinando (si commette suicidio), si sono conservati immutati nel “gioco” sostitutivo”.

Ho ritenuto utile riportare alcuni passaggi chiave del saggio perché mi pare esprimano in sintesi lo schema base dell’interpretazione analitica, ben al di là del citato collegamento – fatto generalmente in maniera quanto mai riduttiva – con la tematica dell’onanismo e della colpa collegata al parricidio. 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 al *complesso edipico*, cui si ispira.

Giocare ed essere giocati

L'attività ludica, così come viene concepita dall'autore, può essere così descritta:

...è un'azione libera, conscia di non essere presa sul serio e situata al di fuori della vita consueta che può impossessarsi totalmente della vita del giocatore, è un'azione a cui non è legato un interesse materiale, da cui non proviene vantaggio e che si compie entro un tempo e uno spazio magico, secondo date regole, suscitando rapporti sociali che si circondano di mistero (*op. cit.*).

Entrare nello *spazio magico* del gioco significa sospendere i modi e le regole della vita quotidiana.

Particolare attenzione egli attribuisce a queste tipologie di giochi: in quelli di *Agon* è presente la padronanza del sé, l'affidamento alle proprie capacità e responsabilità; mentre in quelli di *Alea* l'individuo assume un ruolo di passività e la sua stessa soggettività scompare quasi del tutto dinanzi alla "cecità della sorte". L'*Alea* rappresenta la negazione del lavoro, della pazienza, della qualificazione personale e appare come un'"insolente derisione del merito" proprio perché reca al giocatore fortunato infinitamente più di quanto gli può procurare il lavoro e la fatica.

Agon e *Alea* esprimono entrambi atteggiamenti opposti e simmetrici, pur obbedendo ad una stessa legge: la creazione artificiale fra i giocatori di un'uguaglianza assoluta che nella realtà è negata agli uomini.

Alea

L'origine di questa parola non è certa (Chartraine). Di certo Alea corrisponde al nome di una città dell'Argolide e ad un'epiclesi della omonima Atena in onore della quale si tenevano dei giochi chiamati Aléaia e menzionati sia da Pausania (II 17,7) che da Strabone (VIII, 388) (Pauly Wissowa 1970, II, col 1793-95). *Alea*, in latino, designa il dado (Meillet, 1961) anche se il collegamento tra la parola greca e quella latina non è certo.

A proposito del giocare ai dadi (*ludere alea*) Umberto Eco (1982), nel suo saggio introduttivo alla traduzione italiana di *Homo ludens* di Huizinga, sottolinea come il gioco dei dadi, nella civiltà romana "non appare solo come un gioco combinatorio ma come una combinatoria che si gioca al di là dell'intervento del soggetto. Il soggetto innesca il processo (*alea iacta est*) ma non sa cosa succederà: il gioco si articola da solo. A tal punto che esso assume lo stesso nome della fortuna, della sorte, dell'azzardo, talché nel corso della cultura posteriore giunge a

significare tecnicamente la casualità, nell'arte come nelle teorie della probabilità, nelle scienze dell'informazione". Il gioco combinatorio finisce quindi per favorire una "totale esautorazione del soggetto, pura oggettività che si fa in un luogo che non è quello delle decisioni responsabili" (op. cit.).

L'aspetto di deresponsabilizzazione verso cui conducono i giochi di tipologia Alea porta a una rappresentazione dello stesso sempre più lontana dalla realtà, sino quasi a sostituirsi ad essa incorre nella stessa logica del delirio per quanto affascinante e ben costruito. Questa dimensione del "come se", del rispecchiare in piccolo qualcosa che ha luogo in grande nel grande disegno del mondo e nelle leggi della vita stessa implica tuttavia un rischio. Il pericolo cioè di non indovinare le leggi del cosmo (siano esse stesse leggi della natura o sapienziali, distinzione che è solo moderna) o di spostarsi pericolosamente sul versante della virtualità, della rappresentabilità del mondo **perdendo contatto con il mondo reale** per quello che esso è nelle attinenze anche incombenti e di fronte alle quali si esige attenzione e vigilanza per non sbagliare e, in taluni casi, per non soccombere.

Emblematica è la storia raccontata da Borges che riferisce della regina del regno del Madagascar che, allorché era in corso l'assedio da parte dei francesi nel 1893, lei fosse più presa dal seguire i suoi sacerdoti che della battaglia facevano premonizioni attraverso il gioco della Fanorona.

La dimensione rappresentativa, e quindi "magica", nella misura che della realtà rappresenta una simulazione solo illusoriamente manipolabile a livello virtuale, ha quindi il sopravvento sulla realtà stessa con possibili conseguenze nefaste.

Ecco che il gioco non si presenta più come preludio, simulazione, allenamento, palestra al confronto con la realtà ma sostituto, ambito metaforico allusivo ma potenzialmente evitativo.

Tale dinamica non inerisce solo la dimensione individuale ma anche quella sociale. Come ricorda Imbucci (1997, p.111) *"Febbre del gioco e fuga dalla realtà coincidono perché segnalano l'impotenza dell'uomo e l'ingovernabilità del reale"*. Interessante il dato storico, riportato dallo stesso Autore, relativo al sisma a Napoli nel 1980 a seguito del quale le giocate al lotto quintuplicò a riprova della possibile funzione autogratificante e compensativa del gioco nei confronti della realtà, specie se minacciata da elementi di insicurezza.

“Il gioco fondato sull’alea costituisce una vera democrazia del caso perché ciascun giocatore deve avere probabilità di vincita assolutamente uguali e tutti allora sono uguali innanzi al caso” (Imbucci, 1997, p. 94)”.

Il contributo di Bergler

Nel suo importante contributo di orientamento psicoanalitico, *Psicologia del giocatore*, Bergler (1957) sviluppa alcune idee proposte da Freud, approfondendo in particolare l'importanza del pensiero magico-onnipotente del bambino che, nella nevrosi del giocatore, resta "fissato" anche in età adulta.

L'intuizione, già avanzata da Freud nel saggio citato, secondo cui "il Fato, infine, non è altro che una proiezione paterna", viene ripresa nel senso che "ogni bambino crede nell'amore esclusivo dei suoi genitori, che è una perpetuazione proiettata dell'amore per sé stesso".

La sequenza storica: amore per sé stesso senza limite – proiettato sui genitori – successivamente proiettato sul destino, spiega pure perché interpretazioni che il giocatore dà di questa approvazione e disapprovazione siano tanto infantili". Riporta al proposito un'affermazione di un suo paziente per il quale "vincere significa che il destino annuisce, approva col capo e sorride amorevolmente. Perdere significa un avvertimento ed un dito minaccioso".

Il "vantaggio" che il giocatore trae da questa forma di **transferenza delle aspettative genitoriali sul Fato** starebbe nel fatto che egli non si percepisce più come "libero agente perché una potenza più alta lo domina".

Il giocare con il destino, nella pretesa megalomania di controllarlo, si traduce quindi 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.**

È, quindi, il **masochismo il burattinaio cui i giocatori sono inconsapevolmente soggetti**, pur considerandosi degli edonisti. A tale desiderio inconscio debbono, quindi, attribuirsi gli "errori" tipicamente reiterati dai giocatori. Nel riferire di un suo paziente, Bergler riporta come lo stesso "non aveva accettato l'indubbio fatto che i suoi errori erano stati determinati dalla sua nevrosi e che l'esperienza – per quanto amara – non può influenzare un masochista perché le difese e i desideri continuano ad operare finché la base di tali desideri e la difesa non venga eliminata mediante l'analisi. Senza la cura il masochista

psichico necessariamente si impiglierà in una serie senza fine di catastrofi nevrotiche” (op. cit.).

Riguardo al tipo di patologia in oggetto, citando Bergler (1957) “a causa della sua struttura psichica, il giocatore dev’essere superstizioso, per intima necessità – dal momento che – esiste un rapporto fondamentale tra superstizione e desiderio di onnipotenza”. La risposta, quindi, alla domanda del giocatore di Dostoevskij se “Veramente è impossibile stare al tavolo da giuoco senza essere immediatamente infettati dalla superstizione?” è, inequivocabilmente, secondo lo stesso Autore: “Sì. La superstizione è l’altra faccia del desiderio infantile di onnipotenza” (1866).

Tale tratto infantile, come per vari aspetti lo sono diversi aspetti della nevrosi in quanto sostenuti da elementi di “fissazione” e di mancata evoluzione psicoaffettiva della personalità, viene da Bergler (1957, tr. it. 1974) puntualmente individuato alla radice del comportamento compulsivo collegato al gioco. “Si deve rammentare che il giocatore agisce sempre irrazionalmente. Egli permette a sé stesso di cacciarsi in una lotta ineguale contro forze superiori, forze che egli non può controllare e che lo trasformano in un oggetto. È il fatto che il giocatore preferisce essere l’oggetto, e non il soggetto dello schema di gioco, a dimostrare le tendenze passive fortemente radicate”.

Bergler e il giocatore. Tra criminologia e nevrosi

Ma l’interpretazione del **ricorso al gioco quale risposta a un conflitto intrapsichico non risolto** troverà in altri autori successive articolazioni e interpretazioni. Tra i vari contributi vale certamente la pena di riprendere quello di Bergler e questo per ragioni anche di tipo storico.

Bergler pubblicò nel 1958 *The Psychology of Gambling* che rimane, a tutt’oggi, un caposaldo per la comprensione dei meccanismi profondi all’origine del GAP.

Il suo contributo non solo si colloca nella linea tracciata da Freud nell’interpretazione del caso di Dostoevskij, ma sembra rifarsi al corpo centrale di un precedente lavoro di Freud del 1916: *Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico* (1916). Egli però pubblicò precedentemente nel 1943 un articolo nel “*Journal of Criminal Psychopathology*” dal titolo *Il giocatore d’azzardo. Un nevrotico frainteso* (tr. it. 1971). Tale nevrotico presenta secondo Bergler **sei caratteristiche**:

1. corre rischi e gioca con regolarità. Ciò che distingue il giocatore nevrotico da altri che possono giocare è l’aspetto quantitativo. Come infatti precisa Bergler, così come non si può considerare alcolista chi beve un cocktail prima di cena anche «not everyone that gamble is a gambler»

2. il gioco preclude ogni altro interesse;
3. non impara mai dalle perdite. «Non vi è nulla di più tragico del giocatore che ha perduto l'ultimo dollaro e ancora è assolutamente convinto che se solo avesse il denaro per superare il "momento sfortunato", "sicuramente vincerebbe una fortuna". È come avesse stipulato "un contratto con il Fato" che gli permette di pensare che potrà essere ricompensato. «Con tale immaginario contratto in tasca, egli è al di sopra di ogni obiezione e argomento logico» (tr. it. 1971, pp. 252-253);
4. non si ferma mai quando vince. Egli infatti «non considera il denaro che ha vinto come risultato del caso ma come pagamento diretto in base al suo contratto con il Fato» (**ibidem, p.?**);
5. nonostante una iniziale cautela finisce con il rischiare somme troppo alte. Essendo il gioco associato a un senso di colpa cosciente o inconscio, il giocatore deve usare certi meccanismi per pacificare la sua coscienza, ad esempio: "Non importa se perdo quella somma; me la posso permettere". Tuttavia, con la progressione del gioco ricorda Bergler come «ogni giocatore ha familiarità con la situazione di perdere la testa e, malgrado le buone intenzioni, di rischiare tutto su una carta e perdere». Questa situazione dimostrerebbe "l'importanza decisiva dei motivi inconsci";
6. prova una tensione piacevole-dolorosa (Pleasurable Painful tension), fra momento della scommessa e risultato del gioco. Ed è proprio questa sensazione d'incertezza che il giocatore cercherebbe a differenziarlo dalle molte persone che fanno di tutto per evitare l'incertezza.

Ma soprattutto, e qui sta il succo del contributo di Bergler, nonostante sia mascherato dalla ricerca della vincita il vero progetto del giocatore è masochistico e finalizzato al perdere.

Infatti, giocare con il destino pretendendo megalomane di controllarlo non si può che tradurre in un "progetto per perdere". E «perdere è necessario al suo equilibrio psichico – è il prezzo che paga per la sua aggressione nevrotica – e che al tempo stesso rende possibile la continuazione del gioco».

Basta che sostituiamo al Destino la rappresentazione genitoriale per il bambino e abbiamo la rappresentazione psichica del giocatore (*ibidem*, p. 257).

Al di là dell'irrinunciabile importanza di Bergler (e di altri studiosi in campo psicoanalitico) nel comprendere i bisogni inconsci nel ricorso al gioco d'azzardo da parte di molte persone (e che ora in verità sembrano piuttosto trascurati dalla recente letteratura scientifica), **il contributo di Bergler merita una riflessione particolare dal punto di vista storico per l'evoluzione data dal passaggio da un paradigma morale e legale a uno di tipo psicopatologico.**

Il periodo durante il quale Bergler si occupava di giocatori d'azzardo e il luogo (gli Stati Uniti) erano infatti non solo dominati dal paradigma morale, ma soprattutto il gioco d'azzardo era – con alcune eccezioni: si pensi a Las Vegas – una attività illegale. Pertanto «chiunque si fosse fatto beccare a giocare d'azzardo sarebbe stato visto come un criminale» (Castellani, 2000).

Non è forse un caso allora che Bergler scriva il suo primo contributo in una rivista di **criminologia**. Perché probabilmente voleva aprire il discorso e l'interesse agli aspetti e alle motivazioni psicologiche agli uomini di legge. E quindici anni dopo, nella premessa al suo libro più noto, cercherà ancora di operare una distinzione tra gli ambiti, precisando di riferirsi al giocatore nevrotico (*neurotic-gambler*) rivendicandone l'appartenenza al campo della psicopatologia a differenza del giocatore che ottiene denaro con mezzi illegali (*gambler-rackeeter*) che appartiene invece al campo della criminologia. Il contributo di Bergler avrà un effetto molto importante e dirompente nel sensibilizzare i politici «e i giudici che il giocatore patologico che si trovavano di fronte e che si è inconsciamente appropriato in maniera indebita di cinquecentomila dollari lo ha fatto a causa delle fantasie infantili che lo portavano a distruggere la propria vita e pertanto avrà bisogno di anni di analisi e di partecipare ai gruppi dei giocatori anonimi anziché scontare il suo reato in prigione» (Castellani, 2000).

Tornare ad Edipo e al suo tragico gioco

A riprova della scarsa importanza attribuita a Tyche in una visione religiosa del mondo sta il fatto che Omero (o chi per esso) la nomina solo di sfuggita (come sorella di Core) nell'Inno a Demetra mentre Pausania, vissuto nel II secolo D.C. sottolinea come lo stesso Poeta "niente altro dice su come questa dea sia la più potente tra gli dèi nelle vicende umane e disponga di grandissima forza". Templi dedicati a Tyche si trovano infatti in età ellenistica dove viene raffigurata con la cornucopia (corno di Amaltea, la capra che nutrì Zeus bambino) e come dea turrita protettrice di città (famosa quella di Antiochia). Parlando di Egira in Acaia, nella sua *Descrizione della Grecia*, Pausania (VII, 26, 8) descrive una statua nella quale la dea sta accanto ad un Eros alato (con una associazione frequente per la quale anche la dea viene spesso rappresentata come cieca) "a significare che il successo degli uomini in amore è dovuto più alla fortuna che alla bellezza" e conclude "perciò io concordo con l'ode di Pindaro quando dice che la Fortuna è una delle Moire ed è la più potente delle sorelle" riferendosi ad una concezione a favore di una visione più ottimistica della vita rispetto a quella più arcaica dominata dalle tre ineluttabili e fatali figlie di Notte, spesso connesse all'idea del destino di morte cui i viventi sono condannati. Fortuna, la corrispondente dea romana, godeva di una antica devozione a Preneste (dove veniva venerata come Primigenia). La leggenda vuole che l'iniziatore del culto fosse stato Servo Tullio in quanto dalla dea singolarmente amato mentre in età imperiale esisteva addirittura un *Fortuna equestris* cui i cavalieri di Tiberio, (Tacito, Ann, III, 71) offrivano doni augurali (Bindelli, 1998).

Ho ritenuto utile riportare questi riferimenti a sostegno della maggiore propensione data al fattore imprevedibilità-fortuna (e quindi alea) in situazioni, individuali o sociali, nelle quali si attenua la convinzione che le sorti dell'individuo o della società siano governate da leggi non causali, vuoi di natura religiosa che scientifica. L'elemento magico, in tali casi, finisce per svolgere una funzione sostitutiva che si esprime, anziché attraverso forme celebrative collettive, maggiormente attraverso riti individuali (anche se condivisi, come nell'usanza riscontrabile nei casinò a non salutarsi, nonostante la condivisione di una sorte comune) nelle forme del pensiero magico e delle pratiche superstiziose.

#togliere????

Fortuna Madre e matrigna

Autori come Galdston (1960), da un lato, e Matussek (1953) e Ashton (1979), dall'altro, sono stati affascinati dalla lettura degli *elementi materni nel gioco d'azzardo*. Il primo in relazione alla fortuna rappresentata come donna, i secondi in rapporto ai soldi come simbolo della figura materna.

Secondo Greenberg (1980), questo quadro teorico implica che la Fortuna sia simbolicamente la madre cattiva che il giocatore compulsivo si sforza, attraverso la sua sofferenza, di incolpare e costringere così a fornirgli un eterno e beato nutrimento. Anche Fenichel (1945) enfatizzò le *aspettative grandiose del giocatore nei confronti di un Fato genitoriale di cui crede di godere, consciamente o inconsciamente, di diritti speciali di protezione*. Giocare è un tentativo per costringere magicamente il Fato a fare il suo “dovere”.

Saper perdere

Secondo Custer (1982) il comportamento di *risk-taking* presenta un pattern tipico nel giocatore d'azzardo, che è il “giocare alla rincorsa”. Proprio quest'elemento, secondo Lesieur (1979), delimita il **confine tra il giocatore sociale e quello patologico** e questo pattern corrisponde ad un'estensione della “fallacia del giocatore”.

Il giocatore compulsivo mette in atto un tipico comportamento quando si trova in una fase di perdita e, a volte, rappresenta per lui l'unica via d'uscita dalla situazione disperata in cui viene a trovarsi: si tratta dell'“inseguimento”. Ovvero, in seguito ad una sequenza di scommesse perse, il giocatore che rincorre la vincita scommette sempre con maggiore frequenza, rischiando somme sempre più alte. Quest'idea è rafforzata dall'osservazione di alcuni giocatori che escono regolarmente da una crisi pensando “ce la farò, magari domani”, anche quando questo significa puntare soldi prestati o rubati.

Dostoevskij farà dire al protagonista del suo romanzo: “(...) *la cosa principale è il gioco medesimo, giuro che non è la brama di vincere del denaro, sebbene ne abbia un bisogno grandissimo*”. “(...) *provavo soltanto un piacere incredibile dovuto al successo, alla vittoria, al potere*” (1866).

La perdita, unica vera vincita

E come non pensare, pensando a questo caso, a Landolfi ed al suo riferimento alla passione dello squallore: “Un senso voluttuoso che soltanto per sperimentarlo varrebbe la pena di perdere al gioco”.

Il pensiero magico

Il concetto di *pensiero magico* viene utilizzato da Freud per dare ragione delle forme ritualizzate ed irrazionali frequentemente riscontrabili come modalità autorassicurativa e di controllo nei disturbi ossessivi, mentre in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1914 o 1905) si riferisce ad operazioni “magiche” allorché il soggetto rende “non avvenute” esperienze traumatiche da cui inconsciamente tende a difendersi.

Tale modalità di percepire la relazione individuo-mondo connota una modalità considerata più arcaica dello psichismo che si riscontra sia nel bambino – importanti al proposito gli studi di J. Piaget - che nelle culture meno evolute sotto il profilo del pensiero logico-formale come, infine, in aspetti regressivi o dismaturativi di carattere nevrotico o psicotico.

Nella sua essenza il pensiero magico affonda verisimilmente le sue radici nel bisogno dell'essere umano, specie in condizioni di maggiore precarietà e vulnerabilità, per neutralizzare, almeno in parte, la penosa condizione di inadeguatezza (*hilflosigkeit*) di fronte agli elementi strapotenti con cui si deve confrontare.

A proposito del pensiero magico nelle culture arcaiche H. Hubert e M. Mauss (tr. it. 1981, p. 21) si chiedono se l'efficacia delle pratiche che si ispirano al pensiero magico abbiano la stessa efficacia di quelle determinate da nessi causali tipici della scienza e della tecnica e ne concludono che, rifacendosi anche a Frazer e Jevons, “L'intero meccanismo era costituito da associazioni di idee, ragionamenti analogici e false applicazioni del principio di causalità”, ma che tuttavia “trovavano efficacia nel momento in cui la tradizione a cui si ispirano garantisce l'efficacia dei gesti e l'autorità delle idee” .

Come è noto, le attività di gioco sono spesso strutturate in modo da mimare, con graduazioni variabili di imitazione (*mimicry*, per Callois) aspetti della realtà. Avrebbero, in altri termini, la funzione di allenarci, ad un livello analogico o rappresentativo, per affrontare aspetti di realtà. In tale prospettiva avrebbero, come il gioco nell'infanzia, un'indispensabile funzione preparatoria che ci aiuta a confrontarci successivamente con situazioni non simulate.

La costruzione di situazioni di “analogia” rischia tuttavia, 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.

Su tale nesso tra mondo della virtualità e della realtà si “gioca” verosimilmente la potenzialità creativa o distruttiva del gioco. Tale nesso, come il delirio, può perdere

qualsiasi ancoraggio ed autoalimentarsi come forma di vita e di pensiero dotata di una sua relativa autonomia.

A proposito del “ludere alea” come già citato sopra, Umberto Eco, nel suo saggio introduttivo all’*Homo ludens* di J. Huizinga (tr. it. 1973, p. XX), sottolinea come il giuoco dei dadi, nella civiltà romana

non appare solo come un gioco combinatorio ma come una combinatoria che *si* gioca al di là dell’intervento del soggetto. Il soggetto innesca il processo (“*alea iacta est*”) ma non sa cosa succederà: il gioco si articola da solo. A tal punto che esso assume lo stesso nome della fortuna, della sorte, dell’azzardo, talché nel corso della cultura posteriore giunge a significare tecnicamente la casualità, nell’arte come nelle teorie della probabilità, nelle scienze dell’informazione”. Il gioco combinatorio finisce quindi per favorire una “totale esautorazione del soggetto, pura oggettività che si fa in un luogo che non è quello delle decisioni responsabili.

Per riprendere una geniale intuizione di Frobenius ripresa da J. Huizinga (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.

Tale tratto infantile, come per vari aspetti lo sono diversi aspetti della nevrosi in quanto sostenuti da elementi di “fissazione” e di mancata evoluzione psicoaffettiva della personalità, viene da E. Bergler (tr. it. 1974, p. 216.) puntualmente individuato alla radice del comportamento compulsivo collegato al gioco. “*Si deve rammentare che il giocatore agisce sempre irrazionalmente. Egli permette a sé stesso di cacciarsi in una lotta ineguale contro forze superiori, forze che egli non può controllare e che lo trasformano in un oggetto. È il fatto che il*

giocatore preferisce essere l'oggetto, e non il soggetto dello schema di gioco, a dimostrare le tendenze passive fortemente radicate".

Ingannevole, sempre seguendo questo autore, sarebbero le distinzioni tra giochi di alea e di capacità nei quali solo illusoriamente il giocatore si nasconde sotto l'alibi della competenza e della confidenza nelle proprie capacità intellettuali e di previsione ragionata. "Nei giochi di pura alea, la tecnica del perdere – per quanto possa apparire paradossale – consiste nella convinzione irrazionalmente ottimistica del giocatore, di dover assolutamente vincere" (op. cit. 217).

Essendo certo del successo il giocatore ricerca una 'immagine infantile dei genitori (soprattutto la madre) in quanto essi vengono considerati persone "che danno".

La dimensione magica, in sintesi, rimanderebbe all'aspettativa di ricevere favori e predilezione materna – posizione che se caratterialmente fissata possiamo chiamare orale - che il giocatore proietta sulla dea bendata. Tale relazione privilegiata – accompagnata dalla fallace percezione di dover essere baciato dalla sorte eludendo un più sano e realistico principio di realtà – evoca la colpa collegata al parricidio – essendo il principio di realtà collegato strutturalmente alla funzione paterna – e quindi al desiderio inconscio di espiazione attraverso comportamenti tendenti inconsciamente alla autopunizione attraverso le perdite e il rigetto affettivo e sociale a queste collegate" (Zerbetto 2001, p.88).

In questa prospettiva, possiamo dire di ritrovarci di fronte ad una esemplare riproposizione della tematica edipico trasposta su una proiezione fantasmatica che si avvale della rappresentazione (che potremmo definire archetipa) proiettata sulla *dea Fortuna* e sull'uccisione del *Principio di realtà*.

Tra calcolo e pensiero magico

A conferma della componente magica, recentemente valorizzata anche in trattamenti di orientamento cognitivo-comportamentale (Laduceur, 1996) stanno le osservazioni empiriche delle modalità operative dei giocatori come la **microanalisi dei procedimenti mentali che sostengono le pratiche di gioco**, specie nelle sue forme più anacastiche che sfuggono, in quanto tali, ad un "esame di realtà" sino a configurarsi in caso estremi informi parafreniche.

Rientrano tra queste modalità **l'illusione di controllo** definita come "un'aspettativa di successo personale erroneamente alta rispetto a quanto l'obiettivo possa garantire" (Langer, 1975).

Si tratta di una **distorsione cognitiva** che concerne le situazioni in cui le persone trattano gli eventi di tipo aleatorio come se fossero sotto il loro controllo. In tale forma di

dispercezione i risultati positivi vengono sovrastimati (emergono in figura) mentre quelli negativi vengono deenfattizzati (lasciati sullo sfondo) con il risultato di perpetuare comportamenti sfavorevoli ma che non producono autoapprendimento.

Un fenomeno analogo, indicato come “fallacia di Montecarlo” (Cohen; cit. in Dickerson, 1984) si verifica quando il giocatore tende a sopravvalutare la propria probabilità di successo in seguito ad una sequenza di previsioni inesatte o di scommesse perse. In tale direzione si muovono le teorie che vedono nel *sensation seeking* (Zuckerman 1994) il tratto di personalità che sta alla base del comportamento di ricerca del rischio.

La ricerca dell’emozione collegata al rischio tende ad incrementarsi e a farsi ripetitiva in soggetti che non traggono sufficienti motivi di gratificazione in altri ambiti esistenziali, quali quello affettivo o lavorativo-creativo, e che sono affetti da una alta soglia di *arousal* per la quale necessitano di stimoli più intensi.

Vale la pena riportare nel paragrafo successivo la testimonianza di un paziente di Orthos.

Cara Dea Fortuna. Una testimonianza da Orthos

“La fortuna dà troppo a molti, a nessuno abbastanza”

Marziale, Epigrammi

“Quando Fortuna vien, prendila a man salva, dinanzi dico, perché dietro è calva.”

Leonardo da Vinci

Di Massimo, Orthos 29

“Cara Dea Fortuna,

amica prima e amante dopo...questi 15-16 anni con te sono stati bellissimi. Abbiamo condiviso quasi tutto il nostro-mio tempo libero, la gioia di un bonus o il rammarico di un giorno di merda, ma quando entravo in sala tu eri lì ad aspettarmi a braccia aperte ed io non potevo fare a meno della tua anima che entrava nella mia.

Che bei momenti quelli passati insieme, hai tolto spesso dalla mia mente tutti i problemi che avevo fuori dalla sala, eri un rifugio, sempre caldo e accogliente...finché, dopo aver fatto l’amore con te, tornavo a casa mia salutandoti a volte con un sorriso, altre volte con delusione, sconforto, rabbia e ansia. Mi dicevo che dovevo lasciarti e non vederti mai più, ma poi l’adrenalina e i soldi in tasca mi riportavano da te e tu fedelmente mi riabbracciavi e mi facevi tuo ancora una volta e poi ancora e poi ancora sempre più....

Adesso, caro amore mio, devo dirti una cosa: ho trovato un nuovo amore in carne ed ossa. Anche lei con tanta anima sa trasmettere tanto calore e amore, e sa starmi vicina. Tu la conosci, vi siete acciuffate due o tre volte. I suoi baci sono dolci e pieni.

Quindi, penso che questa nostra storia d’amore sia finita ma il ricordo di te non potrà svanire in un attimo...tu resterai ancora con me ed io non ti rifiuterò mai un sorriso o un abbraccio ma la mia anima appartiene ad un’altra.

Ti mando un grosso bacio e un abbraccio, spero che qualcuno possa volerti bene e amarti ancora, da oggi io non posso e non voglio più farlo.

Ciao e Buona Fortuna a te!

T.V.T.B.

Il carattere orale nella dipendenza da gioco e da droghe

Il quesito a cui rispondere ora è quello di porci l'interrogativo sul perché alcuni individui permangono "fissati" in questa situazione edipica non riuscendo ad approdare ad una fase maturativa della personalità nella quale la costellazione genitoriale risulta più equilibrata e favorevole al perseguimento di livelli più evoluti della struttura personologica.

Risulterà quindi importante, a questo punto, ricostruire, sempre seguendo la tradizione analitica, il collegamento tra pensiero magico e fase orale.

La ricerca sulle caratteristiche del carattere orale rappresenta una prospettiva a cui ho dedicato precedenti contributi sul tema delle tossicodipendenze 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 presentano 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).

Nel paragrafo che segue cercherò di sintetizzare lo sviluppo di tale concetto nel pensiero analitico nell'intento di evidenziarne le potenzialità per meglio cogliere la struttura del carattere dipendente di cui, a giudizio dello scrivente, anche la personalità del giocatore è espressione. Alcuni momenti significativi dello sviluppo di tale concetto possono riassumersi nei seguenti:

- 1) Individuazione da parte di S. Freud (1905) della "fase orale" nei tre "Saggi sullo sviluppo della sessualità" quale prima modalità passivo-recettiva di interazione con lo "ambiente primario" rappresentato dalla madre. Anche se Freud aveva stabilito una base teorica per il significato della fase orale con la sua seconda teoria dell'angoscia, che sottolineava come la separazione dalla madre fosse il prototipo di ogni tipo di angoscia, nella letteratura analitica precedente alla Seconda guerra mondiale si è fatto riferimento solo sporadicamente alla madre e alla fase orale.
- 2) l'approfondimento da parte di O. Fenichel (1955), sulla fase orale, come modalità di "incorporazione del mondo esterno" attraverso modalità di pensiero magico-arcaico che permangono come tracce di successive modalità di interazione Io/mondo. La prima forma di rapporto con gli oggetti definita di *"amore passivo"* completa il fatto che "Il fanciullo vuole avere qualcosa dall'oggetto senza dar nulla in cambio. Fino a questo momento, l'oggetto non ha una personalità come tale, ma è uno strumento che provvede a soddisfare";
- 3) identificazione, da parte di K. Abraham (1975), di una componente orale contraddistinta da valenze sadico-disruttive concomitanti alle vicissitudini collegate alla dentizione e ai fantasmi di distruzione degli oggetti incorporati;

- 4) distinzione della fase orale, fatta da M. Klein (1969), in una “posizione schizo-paranoide” ed una “depressiva” in funzione della incapacità/capacità da parte del bambino di integrare gli aspetti “persecutori” del “seno cattivo” (in quanto non adeguatamente capace di soddisfacimento) con il “seno buono” con possibilità, quindi, di tollerare la frustrazione grazie ad una interiorizzazione sufficientemente positiva delle esperienze gratificanti;
- 5) identificazione da parte di H. Rosenfeld (1970) di una collocazione “ai limiti” delle due “posizioni” individuate dalla Klein nei casi di tossicodipendenza;
- 6) identificazione da parte di E. Glover (1932) di tipologie tossicomane sul versante prioritariamente depressivo o paranoide con sottolineatura di componenti autodistruttive sostenute da tematiche di colpa;
- 7) funzione compensatoria fornita dalla droga, sostenuta da S. Rado (1957), nel sostenere la negazione maniacale della perdita dello “oggetto ideale”;
- 8) regressione, attraverso la droga, ad una forma di “identificazione primaria” con la madre sottolineata da G. Clark (cfr: Bergeret 1967);
- 9) sottrazione alla istanza persecutoria rappresentata da un Super-Io rigido ed iperesigente sottolineata;
- 10) distruzione simbolica del padre e riunificazione eternizzata con la madre sintetizzata da S. Weijl (1963) con scatenamento della “colpa primaria”;
- 11) identificazione del “carattere orale” fatta da A. Lowen (1978) sulla scorta della caratteroanalisi di W. Reich (1973);
- 12) individuazione di aspetti “psicotossici” nella relazione madre-bambino individuati da R. Spitz;
- 13) mancato superamento della simbiosi originaria madre-bambino sottolineata da M. Mahler, Schoenberger F. Pine F. Bergman A. (1978);
- 14) conseguenze negative di un atteggiamento materno “iperprotettivo” individuate da parte di D. Levy (1943) e “possessivo” da parte di Fairbairn;
- 15) potenzialità “fissanti” e quindi ostacolanti la crescita nell’atteggiamento genitoriale ipergratificante identificate da S. Ferenczi e da Fenichel (1955);
- 16) individuazione di un ruolo carente (freddo e anaffettivo, severo o iperindulgente) a carico della figura paterna sottolineato da C. Rosenberg (1971), A. Friedman (1987).

Con il termine di *triade orale* vengono ancora definite da B. Lewin (1950) e da E. Bergler (1949) dei quadri personologici rispettivamente descritti come:

- a) mania e rifiuto, in cui l'iperassunzione di cibo e di suoi analoghi viene adottata come difesa maniacale per negare «l'essere mangiato» e la perdita di controllo legata al sonno;
- b) regressione orale con la comparsa della triade masochistica del provocare, dell'essere rifiutato e nell'utilizzare il rifiuto a scopi rivendicativi nei confronti della madre.

Il *carattere orale* è stato oggetto di uno specifico contributo da parte di A. Lowen (1958) sulla scorta della caratteroanalisi introdotta da W. Reich e che si riporta in forma estensiva per la esaustiva descrizione che ne viene fatta.

Si poteva addirittura definire orale la struttura caratteriale complessiva. Ciò significa che il modello dominante di comportamento è determinato da tendenze orali. Da una parte, abbiamo le osservazioni del paziente sui sentimenti, radicati in profondità, di solitudine, di delusione e d'impotenza; dall'altra c'è il narcisismo, l'evidente bisogno di attenzione e di approvazione (la ricerca di soddisfazioni narcisistiche) e il desiderio di essere nutrito: «Il mondo mi deve il necessario sostentamento». Sempre per Lowen il carattere orale è caratterizzato da un intenso bisogno di parlare, nonché dall'incapacità di conservare un'attività lavorativa stabile.

I rapporti amorosi del carattere orale presentano gli stessi disturbi che troviamo nella sua funzione lavorativa. Il suo interesse è narcisistico, grandi sono le sue esigenze e limitata la sua reazione. Si aspetta comprensione, simpatia e amore ed è oltremodo sensibile alla freddezza del partner o dell'ambiente. Poiché nel rapporto con l'altro non è in grado di soddisfare queste esigenze narcisistiche il carattere orale sviluppa sentimenti di rifiuto, risentimento ed ostilità. Dato che anche il partner ha esigenze proprie che il carattere orale non può facilmente soddisfare, la situazione è di quasi costante conflitto. La dipendenza è grande, ma è spesso mascherata dall'ostilità. La paura del rifiuto che, nel caso del carattere orale, è la paura di perdere l'oggetto d'amore, rimane latente nell'inconscio come grande pericolo e grave minaccia. Il pensiero analitico collega la depressione a questa paura. Questo bisogno di espressione verbale si accompagna ad un alto livello di intelligenza verbale. Le sue capacità intellettuali non si riflettono affatto nelle realizzazioni pratiche, ma, nonostante ciò, il carattere orale sopravvaluta sé stesso. Invero, questo gonfiarsi dell'Io si produce in concomitanza con periodi di benessere e di eccitazione.

Nei momenti di depressione e di disperazione a dominare il quadro sono i sentimenti di impotenza e di inadeguatezza. La tendenza alla depressione non va trascurata. Dovunque esista, è patognomica per le tendenze orali. Laddove domina la personalità, determina la struttura caratteriale orale. La depressione generalmente segue un periodo di accresciuta attività e di apparente benessere; il modello dell'esaltazione e della depressione tende ad essere ciclico, sebbene ciò non sempre sia evidente».

Ad un livello più profondo si nota una difficoltà nella percezione del desiderio: «il carattere orale ripete: non so cosa voglio... Prova riluttanza ad accettare la realtà e la necessità di lottare nella vita.

L'incapacità di lottare si collega ad una carente spinta aggressiva.

L'aggressività e i sentimenti aggressivi sono deboli nella struttura caratteriale orale. Il carattere orale non si sforza molto per ottenere ciò che vuole e in parte ciò è dovuto alla mancanza di un forte desiderio, in parte alla paura di realizzarlo. La paura di soddisfarlo può essere facilmente resa manifesta. La giustificazione offerta è l'esperienza di una costante delusione. Egli spera di ottenere ciò che vuole in qualche modo, senza muovere un dito.

A proposito del "giocatore classico" Bergler (op. cit. p. 79) asserisce come "la nevrosi del giocatore s'incentra sull'onnipotenza infantile e sulla elaborazione narcisistica. Caratterologicamente tale tipo è contraddistinto dal meccanismo orale, costituito da: Costruzione inconscia delle sconfitte; furia vendicatrice, ad apparente scopo di autodifesa; autocommiserazione. **La domanda che nella sua coazione a ripetere il giocatore pone al destino (su cui proietta inconsciamente il fantasma genitoriale ed in particolare materno) è quindi "sono io il tuo prediletto oppure no?"**. Tale domanda non può avere risposta positiva e pacificatrice in quanto, sempre riprendendo Berger che riporta la testimonianza di un suo paziente "quando vinco, sento di essere il favorito; quando perdo, sento che presto o tardi la mia preghiera di essere amato verrà esaudita.

Riguardo al rapporto con la madre fantasmaticizzata afferma ancora come "geneticamente, il giocatore è regredito al più primitivo livello di sviluppo psichico. Il suo conflitto s'incentra sulla madre della sua prima infanzia che più tardi - mediante sostituti proiettati - egli riduce all'assurdo in quanto persona che dà pretendendo di presentarla invece come malvagia e maliziosa, come un "mostro" che gli rifiuta tutto" (p. 75). Inevitabile, in questo caso, il rimando alla tematica kleiniana contraddistinta dal noto splitting tra "seno buono" e "seno cattivo.

Sulla stessa linea si muove Galdson, citato da Bergler (op. cit. pag. 78) che del pari riconduce la coazione a perdere del giocatore alla insicurezza di fondo del giocatore che compulsivamente interroga la "Signora fortuna" per ottenere quel segnale di attenzione privilegiata alla quale, verisimilmente, non venne mai data una risposta adeguata per cui "*questi bambini ormai cresciuti restano fissati ed incapaci di rendersi conto che esistono altri mezzi per ottenere una risposta adeguata; ad esempio mettere alla*

prova il proprio valore nell'ambito delle relazioni tra gli adulti.

Al ruolo della figura paterna viene generalmente riconosciuto un più incisivo significato in fasi successive dello sviluppo del bambino ed in particolare nei passaggi che interessano il processo di separazione dalla fusione diadica originaria, del progressivo confronto con il principio di realtà e la fase della socializzazione al di fuori del nucleo familiare.

Questa differenziazione sul significato dei ruoli delle figure genitoriali e della loro rilevanza nelle diverse fasi dello sviluppo si fonda su innegabili presupposti psicobiologici: è la madre il primo contenitore del bambino, l'ambiente originario, il primo oggetto di relazione, il primo mediatore con la realtà esterna. Appare tuttavia evidente come un più recente orientamento interpretativo tende ad evidenziare come il sistema di relazioni oggettuali è comunque *triadico*, non foss'altro che per le innegabili implicazioni che il rapporto donna-uomo riveste sotto diversi aspetti sul rapporto madre-figlio.

In una approfondita riconsiderazione della figura del *Giocatore* di Dostoevskij, operata dal R. Rosenthal (1997, p.613), vengono confermate le caratteristiche di questo tipo di patologia improntate sinteticamente a:

- eccessiva richiesta di approvazione esterna;
- pensiero orientato alla modalità riduttiva tutto-nulla, vincitore-perdente con totalizzazione delle posizioni estreme e perdita delle modalità dialettiche e di mediazione;
- timore delle relazioni intime e conseguente ricerca di sensazioni forti e rischiose come forma di esitamento dal "rischio dell'intimità";
- attitudine autoingannevole come fuga da sentimenti profondi di disagio e rifugio in una illusione di controllo onnipotente;
- atteggiamento ipersocievole ed arrogante con sentimento inscalfibile di onnipotenza e rifiuto di riconoscere i sensi di colpa se non in situazioni catastrofiche cui tuttavia si reagisce spesso con operazioni di sostituzione, proiezione e negazione.

Contrariamente all'istanza parricida, evidenziata primariamente da Freud, Begler e Rosenthal identificano l'attentato distruttivo come rivolto prioritariamente nei confronti della figura materna e dei suoi sostituti.

Il paragrafo che segue raccoglie alcuni contributi che si riferiscono ad una chiave interpretativa della tossicomania alla luce dell'ottica sistemico-relazionale che ha sicuramente contribuito a sottolineare l'insufficienza della funzione svolta dalla figura paterna.

È interessante notare come uno psicanalista come Pierre Male (fondatore della Società Psicoanalitica di Parigi) non esiti ad affermare a proposito dell'approccio analitico come nei disturbi adolescenziali "la cura-tipo non può essere assolutamente presa in considerazione a causa del carattere evolutivo del soggetto e della fragilità del suo *Io* (Male, 1980, p. 169)" e come "la famiglia, con la sua struttura disturbata, è la chiave del problema anche nell'attualità" (ibid. p. 172).

Caratteristiche delle famiglie sotto il profilo relazionale

I primi studiosi che in campo sistemico si sono interessati alle caratteristiche relazionali delle famiglie dei giovani tossicomani sono stati Minuchin e Haley. Minuchin in *Families of the Slums* (1967) si è occupato delle famiglie in cui il sintomo del giovane è la delinquenza.

Haley con *Il distacco della famiglia* (1980), ha fornito un importante contributo soprattutto rispetto alle strategie terapeutiche adatte con famiglie in cui il ritorno rappresenta il fallimento di un figlio giovane adulto nel portare a compimento il proprio processo di autonomizzazione dalla famiglia.

Nel campo delle dipendenze, negli anni Settanta, si è lavorato molto su alcune ipotesi:

- ⊖) quelle che vedevano il paziente all'interno di famiglie disimpegnate, dove i singoli membri sembrano ignorarsi e muoversi all'interno di orbite isolate, oppure eccessivamente invischiati, dove i confini generazionali non vengono definiti provocando una grossa confusione di ruoli (Minuchin 1974);
- ⊖) quelle che focalizzavano il coinvolgimento del paziente e la funzionalità della tossicomania all'interno del conflitto della coppia genitoriale: coppia generalmente caratterizzata da perifericità (Wolk e Diskirk, 1961), inefficienza (Wellish, Gay e Mc Entre, 1970), distanza (Schwartzmann, 1975) o autoritarismo (Bergeret, Fain e Bandelier, 1983) del padre, controbilanciati dal coinvolgimento eccessivo e dalla centralità della madre.

La struttura tipica della famiglia del tossicodipendente, individuata da Stanton e Todd (1982) nei loro lavori di ricerca, è quella di un gruppo in cui il *paziente designato* è strettamente coinvolto con il genitore di sesso opposto, mentre esiste una frattura di tipo conflittuale con il genitore dello stesso sesso e tra i due genitori.

I comportamenti legati alla tossicomania danno la possibilità di una "pseudoindividuazione" a vari livelli, creando una sorta di mediazione tra il livello dell'autonomia e l'invischiamento con la famiglia d'origine. Il paziente dipendente presenta infatti, all'interno della famiglia un comportamento ambivalente: indipendente, chiuso in se stesso, aggressivo, in una serie di manifestazioni, mentre in altre si mostra infantile e dipendente (Stanton e Todd, 1982).

Approccio Sistemico

L'approccio sistemico rappresenta uno degli strumenti di maggiore efficacia in un campo notoriamente resistente ad interventi di psicoterapia individuale di derivazione analitica. Tale constatazione, a livello di prassi terapeutica, ha portato spesso a sottovalutare gli importanti contributi alla comprensione dei comportamenti tossicomani che la tradizione di studi ad orientamento analitico aveva consentito di raccogliere. Allo stato attuale sembra emergere da più parti (L. Cancrini 1986, A. M. Nicolò 1990) un rinnovato interesse per tali apporti che, anziché contrapporsi ad una ottica sistemica, introducono al contrario elementi di decodifica da cui appare indispensabile non prescindere.

Il percorso di ricostruzione della storia personale di giocatori patologici e di tossicodipendenti, che tradizionalmente rappresenta uno degli obiettivi dell'approccio ad orientamento analitico, conduce invero a conclusioni che si avvicinano molto, a giudizio di chi scrive, a quanto osservabile nell'approccio ai sistemi familiari consentendo una conoscenza *dal di dentro* che risulta complementare ed integrativa a quella *dal di fuori* che risulta più familiare ai terapeuti di orientamento sistemico più orientati, specie nell'approccio strategico, a **valorizzare i fenomeni interattivi obiettivamente osservabili**.

È comunque interessante, a conclusione del breve excursus sulle risultanze dei due approcci, osservare la sostanziale convergenza delle prospettive che riportano alla tesi di fondo che ha rappresentato il filo conduttore di tale orientamento interpretativo.

Ne emerge una chiave di **lettura del fenomeno che riconduce le forme di dipendenza** – sia che si esprimano nell'abuso di sostanze che nel gioco patologico - ad una modalità difensivo-adattiva *relativamente specifica* di modulazione delle funzioni di contatto Io/mondo (Zerbetto 1993) collegata ad uno squilibrato rapporto e conseguente disturbata integrazione e introiezione dei due principali elementi in gioco nel processo evolutivo: la "funzione materna" e la "funzione paterna".

Nei casi meno inquinati da elementi psicopatologici di diversa natura, sembra infatti riscontrabile una distorta ed ipertrofica presenza della prima accompagnata ad una carenza parimenti specifica di elementi normativo-strutturanti riconducibili ad aspetti lacunosi della figura paterna vuoi in senso stretto che "strutturale" più ampio (stile educativo, clima culturale, costellazione valoriale, rete di significati e patrimonio delle risorse disponibili atti a favorire la crescita dell'individuo adulto).

Pur nella sostanziale convergenza sulla chiave interpretativa di fondo – sia derivanti da una indagine di derivazione psicoanalitica che relazionale - relativa a tali quadri personologici, si tratterà di stabilire quale modalità concreta sia meglio adottare a livello terapeutico. Se privilegiare cioè un approccio individuale (ma che pure tenga conto di un'ottica sistemica) o, al contrario, di coppia o familiare.

In tale scelta – condizionata ovviamente anche dalla formazione del terapeuta – sarà importante tener conto dell'età, delle condizioni socioculturali e di autonomia economica nonché della gravità del quadro clinico presentato.

L'approccio cognitivo-comportamentale

Tale orientamento rappresenta **attualmente il modello di intervento più frequentemente utilizzato**, stando almeno alla pubblicistica specializzata sull'argomento. La fortuna di tale approccio nasce dal taglio fortemente pragmatico, definito nei presupposti teorici e nella metodologia adottata, nei tempi di intervento e nelle valutazioni sugli outcomes.

La premessa di base sta nella vistosa incongruenza tra la motivazione primaria, identificata in questo approccio nel desiderio di ottenere denaro una parte e l'inconfutabile dato statistico, o di realtà, che depone ovviamente per l'assurdità di un investimento economico che prevede un "ritorno" al giocatore mediamente oscillante tra il 30 e il 70% a seconda dei vari tipi di gioco.

In tale prospettiva l'errore cognitivo, che pure si annida in persone dotate spesso di buone capacità razionali e di critica, si avvicina nei fatti alla interpretazione di derivazione analitica che fa appello al pensiero magico o, in altri termini, di carattere irrazionale (inconscio).

Dando la parola a Ladouceur, uno degli studiosi più rappresentativi di questo tipo di approccio "Gli studi effettuati nel nostro laboratorio dimostrano che **i fattori cognitivi svolgono un ruolo determinante nello sviluppo e nel mantenimento dei problemi di gioco**. In uno di questi studi i partecipanti erano invitati a pensare a voce alta mentre giocavano alla roulette, alle slot-machine, al black jack e al video-poker. I risultati hanno evidenziato che il 75% delle loro percezioni erano erranee, e che la maggior parte di esse derivavano dalla nozione di azzardo. L'incomprensione dell'azzardo portava i giocatori ad alimentare illusioni di controllo e favoriva l'idea che potessero predire il risultato di questi giochi. Queste concezioni errate li spingevano inoltre a sviluppare delle strategie e a credere che la loro abilità avrebbe aumentato le possibilità di vincita (Ladouceur, Walker, 1996). Nella tab. 1 riportiamo alcuni esempi di pensieri errati riscontrati di

frequente nei giocatori. Più specificamente, i legami stabiliti dai giocatori tra gli eventi di tipo aleatorio sembrano rappresentare il nocciolo delle percezioni erranee". Di qui l'impostazione di un percorso terapeutico mirante ad "aitare il giocatore a identificare e correggere le sue concezioni errate nei confronti del gioco".

Tab. 1 – Esempi di pensieri erronei diffusi tra i giocatori

1. Sento che sto per vincere, aumento la scommessa al prossimo turno
2. Mi sento ispirato. Vado a scegliere la macchina buona
3. Sono tre volte di seguito che perdo, vincerò al prossimo giro
4. Mantengo gli stessi numeri. Finiranno per uscire
5. Vinco sempre di più quando gioco la notte
6. È chiaro, vinco sempre di più quando gioco sulle macchinette qui in zona
7. Ora cambio la macchinetta, questa non paga
8. Cambio mano (del gioco); questo mi porta fortuna
9. Vincerò tra poco
10. A furia di giocare, la fortuna finirà per arrivare

La specificità di tale intervento viene accompagnata ovviamente da un approccio allargato alla personalità del giocatore. "Nel protocollo utilizzato ai fini del trattamento cognitivo-comportamentale del gioco vengono preliminarmente valutate: depressione, ansia, credenze relative al gioco, comportamenti superstiziosi (Ladouceur, Arsenault, Dubé, Jacques, Freeston, 1997), le abilità di risoluzione di problemi, la storia delle attività di gioco, la motivazione a richiedere aiuto, il primo contatto con il gioco, i problemi emotivi, familiari, professionali e coniugali, le perdite economiche, e i criteri diagnostici del gioco patologico.

Il trattamento cognitivo-comportamentale si basa sulla combinazione di *quattro componenti*:

- la correzione cognitiva
- lo sviluppo della competenza nella soluzione dei problemi
- lo sviluppo della competenza nelle abilità sociali
- lo sviluppo della sensibilizzazione alla prevenzione delle ricadute" (ibid. p. 178).

Per una lettura archetipico-antropologica

Abbiamo visto sinora alcune prospettive interpretative che si rifanno alla tradizione delle maggiori correnti di pensiero in ambito analitico, relazionale e cognitivo.

Vorrei riservare ora alcune pagine ad una dimensione generalmente meno considerata e per certi aspetti più antica ed insieme innovativa.

Mi riferisco al tentativo di cogliere **la gestalt** (come *struttura-forma* che dà significato alle parti costitutive), **il complesso** (in senso freudiano, anche se applicato in questo caso solo a quello edipico) **il mitologema** (per Jung) o **il rispecchiamento archetipico** (per Hillman) nel tentativo di cogliere uno o più nuclei centrali e costitutivi da cui non è possibile prescindere se vogliamo accostarci alla complessità del tema e alla sua più intima natura.

Per *psicologia archetipica*, della quale non mi è stato possibile rinvenire una definizione soddisfacente nello stesso Hillman) si intende una prospettiva mirante a cogliere le archai, per usare un pregnante termine greco, gli elementi costitutivi, ontologici di una determinata configurazione di vissuto e/o di comportamento.

Nel nostro caso, i rispecchiamenti archetipi tra rappresentazioni mitiche e comportamenti improntati al gioco, nelle sue varie forme, sono abbondantissimi, per quanto mi è dato di sapere, in molte culture come ho cercato di evidenziare in un mio precedente lavoro su *Il mito del gioco e il gioco nel mito* (Zerbetto, 2001) che in sintesi mi permetterò di richiamare ed in parte sviluppare in questo contributo.

Tra queste, e premettendo che si tratta solo di idee non ancora sistematizzate, vorrei citare alcune a cui farò riferimento nelle pagine che seguono.

Gli dèi giocano

Nonostante, stando a quanto sostiene Huizinga nel suo magistrale *Homo ludens* “in nessuna delle mitologie da me conosciute il gioco è incorporato in una figura di dio o di demone; mentre, d’altra parte, si rappresenta spesso una divinità in atto di giocare” (op. cit., p. 36) è comunque un *Deus ludens*, il creatore dell’universo che non per rispondere a necessità esteriori, ma soltanto interiori trasforma le sue intuizioni in nuovi mondi e giocando con le infinite combinazioni degli elementi compone nuove creature e sempre più complesse espressioni di vita.

Oltre alla **tradizione greca**, nella quale il tema del fanciullo divino riecheggia nei racconti su Dioniso, Ermete, Apollo, Ercole, Dioniso e i Curati (ed anche Venere ed Eros giocano a palla (Apollo Rodio) seppure in un divertimento foriero di destini fatali) puntuali sono i riferimenti nella **cosmogonia induista** nella quale compare il simbolismo di *lila*, il “gioco” che esprime la “*attività creatrice divina, per quel suo aspetto di spontaneità, di leggerezza mista a serietà, di azione che agisce di per sé, senza costrizioni, che non bada ai frutti e che in se stessa trova la sua giustificazione, quasi come il compimento di un atto rituale*” (Coomaraswamy, da D’Anna, 1999, p. 31) o nella stessa **Bibbia** nella quale la giocosità creatrice non manca di

accompagnare la descrizione della cosmo genesi come "*Quando (Dio) fissava i cieli io (Hokma, la Sapienza divina) ero presente (...) Quando gettava le fondamenta della terra io ero al suo fianco, figlia diletta rallegrandolo giorno dopo giorno. E giocavo di continuo in sua presenza, giocavo sul globo della terra compiacendomi dei figli degli uomini* (Proverbi, 8:27-31).

La giocosità rappresenta quindi una rappresentazione archetipica che esprime nella sua forma più alta e sublime l'attitudine libera e creativa delle Forze generative dell'universo, quale sia il nome che nelle diverse culture si è voluto dar loro.

Vano sarebbe quindi demonizzare *tout court* una propensione al gioco che affonda le sue radici divine nelle rappresentazioni archetipiche che, consciamente o inconsciamente, ciascuno di noi, custodisce nell'intimo delle costellazioni di valore che ci contraddistinguono come "umani". Anche un filosofo-politico così rigoroso, come Platone, non manca di ricordarci come "*Si deve vivere giocando, facendo dati giochi e dati sacrifici, cantando e ballando, per poter rendere propizi gli dèi, respingere i nemici e vincerli nella battaglia*" (Leggi, VII, 796).

Puer aeternus

Una delle configurazioni archetipe più interessanti è quella che ci richiama all'eterno (e quindi divino) fanciullo che si nasconde (anche troppo ... talvolta) in ciascuno di noi. I bambini giocano.... Per definizione e lo fanno naturalmente in modo creativo, leggero, intenso, totale. **Il fanciullo divino che è in noi** (Jung e Kerényi, 1941, von Franz, 1970) fa capolino, di tanto in tanto, tra le pieghe lasciate dalle esigenze pressanti imposte da Necessità (che noi, con Freud, chiamiamo Principio di Realtà) anche nella vita dell'adulto, e ci mette in contatto con questa attività edenica che, come nessun'altra, ci mette in contatto con la natura divina dei nostri albori. Echeggiando un passaggio evangelico, non sono forse i bambini ad "*entrare nel regno dei cieli*"? Di qui la rappresentazione di un paradiso come luogo del gioco eterno, della danza dello spirito, dell'inesausta scoperta e riscoperta del nuovo e dell'insondabile. La mancanza di *necessità* non implica la mancanza di *significato* che anzi in modo autentico si esprime e conferisce quindi a questo gioco il suo pieno valore di consistenza e di serietà seppure svincolato, nella sua essenza, da un *dover essere* a favore di una inesauribile *possibilità di essere*.

Eugen Fink nel suo saggio *Oasi della gioia* (1957), descrive acutamente tale dimensione che rimane latente (e augurabile, se ben gestita) nella nostra vita "*Il gioco rassomiglia ad un'oasi di gioia, raggiunta nel deserto del nostro tendere e della nostra tantalica ricerca. Il gioco ci rapisce. Giocando siamo per un po' liberati dall'ingranaggio della vita, come trasferiti su un altro mondo dove la vita appare più leggera, più aerea, più felice*".

L'elemento patologico, si annida ovviamente in un meccanismo regressivo, per certi versi sovrapponibile a quello riscontrabile nell'uso di sostanze "stupefacenti" che si attiva nel vagheggiare una condizione di Eden primario come fuga da una realtà difficile da fronteggiare. L'elemento di patologia, potenziale o in atto, non deve tuttavia farci perdere di vista l'elemento in positivo evocato dal rispecchiamento archetipico che conserva comunque la sua valenza positiva e che sarebbe inopportuno negare a priori con il rischio, come si dice (singolarmente a proposito, nel nostro caso) di "gettare il bambino con l'acqua sporca". Ma su questo aspetto torneremo in chiusura.

Quell'incerto confine tra il vivere ed il morire

Abbiamo fatto riferimento, in premessa, all'aspetto collegato al rischio, alla scelta fatale, al brivido della decisione da cui può dipendere la nostra sorte. Inevitabile, a questo punto, è riferirsi alla dimensione ordalica, a quella prova estrema al cui esito collegare il volere degli dei, a quella partita definitiva giocata con lo stesso Fato. David Le Breton, nel suo importante contributo sulla *Passione del rischio* (1991), ricorda come *"il sacro compare spesso come prossimità con la morte"*. Forse per questo, attraverso la ricerca di situazioni estreme e che rasentano situazioni reali o fantasmatiche di pericolo l'individuo (ed alcuni individui più che altri) inseguono una forma di religiosità (o para religiosità) individuale. *"Sempre di più il rischio di perdere la vita si configura come il mezzo più radicale e più immediato per produrre del sacro intimo, per generare la metamorfosi individuale"* (op. cit., p. 179). La struttura ordalica richiama infatti **il tema del descensus ad inferos** (*nekia*, per i greci) **nel quale "l'associazione del dolore e della prova iniziatica è una costante antropologica (...)** *L'oggetto del morire assume improvvisamente il volto del nascere. La prossimità della morte partorisce un'altra messa al mondo"* (op. cit., p. 169).

Se è vero che ognuno sancisce la propria differenza attraverso la sua scelta personale (vedi l'importanza della intenzionalità sottolineata dalla filosofia fenomenologico-esistenziale), *"questo andare incontro al fato, anziché attenderlo o evitarlo"* (Goffman, 1971, p.195) giustifica, anche nelle attività di gioco estremo, l'ebbrezza del sentirsi eroicamente (anche se spesso, tragicamente) unici ed irripetibili dal momento che *"l'ordalia è una prova individuale nella quale è in gioco soltanto il soggetto di fronte ad una potenza provocata per lo più inconsciamente"* (ibid. p. 128).

Recentemente Zuckermann (19894) ha enfatizzato la propensione di alcuni individui (forse anche in relazione ad una componente genetica come più dettagliatamente verrà detto di seguito) a ricercare sensazioni forti per sentirsi vivi evidenziando quindi uno

spiccato sensation seeking behavior. Tale componente potrebbe quindi essere collegata con il fatto che *“la sensazione di forza che scaturisce dal sopravvivere è fondamentalmente più forte di ogni afflizione: è la sensazione d’essere eletti fra molti che hanno un comune destino.* (Le Breton, p. 173). *“La soddisfazione di sopravvivere, che è una sorta di piacere, può diventare passione pericolosa e insaziabile – aggiunge Canetti in Massa e potenza (p.273, da op. cit) – Le carriere degli eroi e dei mercenari (e, potremmo aggiungere, dei giocatori d’azzardo) mostrano che simile bisogno diviene morboso ed insaziabile”.*

Quella indomabile ed oscura attrazione per l’abisso (sicuramente l’aspetto più misterioso con cui ci troviamo a confrontarci) viene acutamente colta da Italo Calvino a proposito del rapporto con il caso di Tommaso Landolfi (da Croce e Zerbetto, 2001, b) *“Forse nel suo rapporto appassionato col caso – corteggiamento e sfida – egli alternava strategie così sofisticate da non rivelarsi agli occhi altrui, e raptus di dissoluzione in un gorgo ove tutte le perdite rimandano alla perdita di sé, come unica vincita possibile”.*

Ethos andropo daimon

“Il nostro comportamento è espressione del nostro daimon”, sancisce Eraclito. Tale *“agente”* interiore può portarci a mete sublimi o a conseguenze tragiche, in funzione di molte variabili che nell’esistenza di ciascuno è possibile vedere *“in trasparenza”*, come ancora Hillman ci invita a fare.

Nel nostro caso, tale daimon, se non orientato in senso creativo, può acquistare la forma di un vero demone la cui potenzialità distruttiva è ben nota. La inclinazione al gioco in alcune persone fa parte del patrimonio genetico (si rimanda a tutte le ricerche in tal senso che la mancanza di spazio non mi consente di riassumere) e *memetico*, inteso come condizionamento precoce derivante dal clima educativo e costellazione valoriale di una cultura di appartenenza. Una sufficiente esperienza nel settore, sia di approfondimento dei singoli casi che di accompagnamento lungo un sufficiente arco di tempo, mette in evidenza come la propensione per il rischio faccia parte intrinseca ed ontologica di alcune persone (generalmente una minoranza) in misura maggiore che di altre. Tale inclinazione si manifesta in giovane età e permane come una costante lungo l’intero corso della vita anche se può manifestarsi solo in alcuni periodi nel comportamento che potremmo definire come *game-addicted*. La persona rimane comunque incline ad altre manifestazioni come l’eccesso nell’uso di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, stimolanti etc), attività erotica esuberante e promiscua, sport (o stile di guida) pericolosi, gestione del danaro spericolata e inclinazione ad una imprenditorialità ad alto rischio. Queste modalità condottuali, anche in assenza del sintomo specifico, vengono attualmente definite come tipiche del *“covert gambling”*, identificative cioè di una modalità di essere-nel-mondo – per

usare una terminologia di derivazione fenomenologia – comunque orientata alla assunzione di quote di rischio estremo. Il caso di Dostoevskij, ancora una volta, risulta emblematico. Il suo stesso modo di scrivere – affrontando gli abissi più oscuri dell’animo umano come leggiamo ne’ *I demoni* o in *Delitto e castigo*, rappresenta un gioco d’azzardo, come sottolinea Piero Citati (2002). Nello stesso scrivere *Il giocatore* si impegnò nella sfida estrema a consegnare il testo all’editore entro 226 giorni pena la perdita dei diritti d’autore per i successivi otto anni. Come testimonia lui stesso “*mi sono sentito ad un tratto dominato da una folle sete di rischio. Può darsi che l’animo, dopo aver provato tante sensazioni, non solo non se ne sazi, ma la contrario ne ricavi un’eccitazione che lo spinga ad esigerne sempre di nuove e più forti, fino a restarne definitivamente spossato*”.

Al confine tra gioco divino e gioco diabolico

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. E c’è un racconto mitico che di tali tematiche rappresenta una espressione puntuale ed emblematica. Mi riferisco alla “**partita a dadi**” narrata nel *Mahabharata*, il grande poema mitico della tradizione induista. Vi si narra la sfida fatta da Dhararastra, rappresentante della potente famiglia dei Kundhava al cugino Yudhisthira rappresentante della ancor più nobile e potente famiglia dei Pandhava. L’insostenibile invidia per le fortune ed il credito goduto dai Pandava suggerisce a Dhratarastra di sfidare Yudhisthira noto per la insuperabile nobiltà d’animo e “incarnazione del Dharma (la legge divina che regola il mondo)” ma anche “*il peggiore giocatore ai dadi che si possa immaginare*”. Yudhisthira, pur ritenendo che “*il gioco d’azzardo è immorale, alimenta acredine e dissidi*” conclude tuttavia che “*declinare l’invito a prendere parte al gioco è contrario al codice degli ksatriya (la casta di nobili guerrieri di cui era insigne rappresentante)*”. E continua “*il male sta nella puntata. Commette peccato chi scommette alla cieca, in modo irresponsabile*”. Interessante, in questo arguto passaggio, appare l’abusivo accostamento della competizione fondata su *agon* (che implica capacità di carattere fisico, intellettuale o spirituale) con quella fondata su *alea*, il puro caso. Tale confusione sta verosimilmente alla base della inesausta ricerca di rivale inseguita da una categoria di giocatori problematici che, svantaggiati sul piano della competizione agonistica, tendono a rifarsi sul piano di quella “aleatoria”.

Yudhisthira si siede al tavolo dei dadi accettando tutte le conseguenze che ne potranno derivare “*L’esordio fu modesto, una manciata di perle* – continua il racconto nella puntuale descrizione della partita - *ma in seguito le puntate si fecero più consistenti. Yudhisthira si fece prendere dalla frenesia del giocatore, del tutto incurante d’ogni conseguenza*”. In poco tempo Yudhisthira perde tutte le sue ricchezze, tutto il suo regno con palazzi, eserciti, sudditi e

financo i suoi amati fratelli e, in ultimo, sé stesso. *“Scommetterò me stesso e farò ciò che andrà fatto; sono pronto a tutto”*. È tragica e scultorea questa espressione che evidenzia l'elemento anancastico, di ineluttabile “necessità” cui il giocatore si sente “condannato” senza più possibilità di resa o di ritirata. Avendo *“totalmente smarrito il senno”* Yudhithira giocherà infine anche la amata moglie Pancali *“tale e quale la dea Laksmi per grazia ... la moglie ideale per guidare, servire, sostenere un uomo in ogni circostanza”* ed i fratelli per cui si vedranno costretti, da una clausola dell'ultima giocata, a trascorrere 13 anni di vita fuggiasca, nascosti nella foresta e vestiti solo di pelle di animali.

Atena Alea

Atena in India c'entra poco, ma gli archetipi hanno stamne parentele. Mi colpì molto, in un viaggio in Grecia, sulle orme di Pausania, incontrare i resti di un maestoso tempio dedicato ad Atena Alea.

L'origine di questa parola non è certa (Chartraine). Di certo Alea corrisponde al nome di una città dell'Argolide e ad un'epiclesi della omonima Atena in onore della quale si tenevano dei giochi chiamati Aléaia e menzionati sia da Pausania (II 17,7) che da Strabone (VIII, 388) (Pauly Wissowa 1970, II, col 1793-95). *Aléomai* in greco significa schivo, allontano da me, evito (da ciò l'epiclesi di Atena "Aléa", come rifugio) mentre *aléa-as* vuol dire rifugio, scampo, mentre *alàomai* vuol dire andare errando e, per traslato, essere agitato, incerto, come nella follia (*Aleòs-òn* vuol dire insensato).

Alea, in latino, designa il dado (Meillet, 1961) e, per traslato, gioco d'azzardo, gioco di dadi, rischio, pericolo, incertezza, fortuna, sorte (Cicerone, Livio, Svetonio). In realtà i riferimenti linguistici, per quanto suggestivi, non sono certi come non è certo il collegamento tra la parola greca e quella latina.

È interessante riportare come, a proposito del *“ludere alea”* Umberto Eco (1982), nel suo saggio introduttivo alla traduzione italiana di *Homo ludens* di Huizinga, sottolinea come il gioco dei dadi, nella civiltà romana *“non appare solo come un gioco combinatorio ma come una combinatoria che si gioca al di là dell'intervento del soggetto. Il soggetto innesca il processo (alea iacta est) ma non sa cosa succederà: il gioco si articola da solo. A tal punto che esso assume lo stesso nome della fortuna, della sorte, dell'azzardo, talchè nel corso della cultura posteriore giunge a significare tecnicamente la casualità, nell'arte come nelle teorie della probabilità, nelle scienze dell'informazione”*. Il gioco combinatorio finisce quindi per favorire una *“totale esautorazione del soggetto, pura oggettività che si fa in un luogo che non è quello delle decisioni responsabili”* (op. cit.).

Dico questo perché ritengo che un elemento archetipico forte del gioco d'azzardo sia collegato a qualcosa di insperato che si può manifestare quando tutto sembra perduto. Si

tratta di qualcosa di estremo, di provvidenziale, di salvifico, qualcosa che evoca l'associazione di un intervento divino in un momento di totale disperazione. Il passaggio dall'abisso dell'angoscia più totale alla radiosità della gloria e della salvezza rappresenta un salto energetico che non ha pari e che alimenta, a mio parere la reiterata esposizione a tali situazioni così tipiche del gioco d'azzardo estremo.

Per riprendere il nostro racconto, è interessante notare come il nostro eroe rimanesse, nella vita come nella partita ai dadi, un "giocatore d'azzardo" con tutte le implicazioni nobili e tragiche che tale condizione, anche ad un livello di idealizzazione estrema, comporta. Nella rivisitazione fattane da Roberto Calasso in *Ka* (1996) si legge infatti come, nel suo ultimo pellegrinaggio prima di morire, si avviò con i fratelli, la moglie ed il cane Dharma verso il Monte Meru "che unisce il cielo e la terra, verso il paradiso di Indra". Nel fragore del suo carro fulgente questi lo accolse dicendogli che lui e solo lui sarebbe potuto ascendere con il suo corpo. "In quel momento il cane saltò sul carro di Indra, goffo e allegro. Indra lo scaraventò fuori con un calcio. Yudhisthira ebbe un cenno d'ira. Ho passato la vita sulla terra praticando la giustizia – disse Yudhisthira – non posso varcare i confini della terra commettendo un atto ingiusto" (op. cit., p. 397). Dopo un lungo silenzio si udì la voce stessa del Dharma (la legge divina) "Sono il tuo cane. E tu, Yudhisthira, sei una porzione di me. Mi compiaccio in te. Molte prove dure hai passato, ma nessuna più dura di questa. Hai rifiutato di mettere piede sul carro dei Celesti senza il tuo cane. Per questo tu sei ora uno dei Celesti" (p.400). Nell'estremo "lascia o raddoppia", nella scelta tra essere escluso dal cielo o entrarvi con il suo cane (e quindi, simbolicamente, con la creazione) Yudhisthira vinse la partita finale. Ma è chiaro che più aumenta la posta in gioco, maggiore è la saggezza che si richiede. Che non sia questa, appunto, che manca al giocatore? Nella sterile contrapposizione tra l'essere o meno religiosi (o credenti) si è perso il valore di una saggezza (*sofrosune*) di fondo capace di indirizzare le nostre scelte e che certo non può essere surrogata da poche manovre, per quanto abili, in un ambito psicoterapico o da leggi dello stato cui delegare l'incapacità dei singoli a prendersi cura di se stessi in modo adulto e responsabile.

Archetipi e dinamica polare

Nella prospettiva del divino gioco, serietà e leggerezza, lungi dal contrapporsi, si uniscono in una mirabile *conjunctio oppositorum*. Se quindi l'uomo ama specchiarsi nella *imago dei*, può farlo solo unendo serietà, disciplina, accortezza a fantasia ed apertura al nuovo si realizza la figura dell'*homo vere ludens*, come prefigurato da H. Hesse nel suo libro *Il gioco delle perle di vetro* (1943) nel quale, nel personaggio di Albertus Secundus, presenta la figura di un vero *Ludi Magister* che, esprime i paradigma di un uomo colto e

consapevole, ma insieme bonario, rilassato e che riesce a trasformare la propria vita in gioco.

Tale giocosità non ha nulla a che fare con la trasandatezza e con la superficialità del perditempo. È gaiezza e compitezza insieme, è quella mistura di scherzo e tragicità che i greci chiamavano *spoudogeloios* (seriallegro). Il dio greco è sorridente e assorto. Questa acquisizione che potremmo definire strutturale dello spirito greco trova in Eraclito una sua espressione sublime ed enigmatica: *“il tempo è un bimbo che gioca, con le tessere di una scacchiera: di un bimbo è il regno”* (frammento 48, tr. it di Diano e Serra).

La dimensione del seriallegro, come *modus vivendi* idealizzato, viene implicitamente suggerita anche da J. Hillmann che nel suo mirabile saggio sul *Puer aeternus* identifica nell'equilibrio tra i due archetipi del *Puer* e del *Senex* la vera possibilità realizzativa dell'uomo. *“insieme essi conferiscono all'Io la sua Gestaltungskraft, la sua forza creativa, come è stata definita, ovvero la sua intenzionalità o pienezza di senso nello spirito”* (Hillman, 1994, p.90).

La nevrosi, di converso, risulterebbe dal prevalere di una istanza archetipa a sfavore dell'altra. *Senex*, infatti, che identifica Cronos-Saturno il Vecchio Re, condensa elementi positivi come il potere, l'accumulazione dell'esperienza e del sapere, la ricchezza e la capacità di misurare ed ordinare il mondo secondo leggi ferree e durature. Se tuttavia si chiude al Nuovo e uccide i suoi figli (come il mito di Cronos ci ricorda) viene emarginato ai confini del mondo assumendo un'immagine cupa, fredda, isolata e rancorosa. *Puer*, dal suo canto, rappresenta sì in positivo ciò che è nuovo, l'evoluzione verso un futuro gravido di promesse, la possibilità di cambiamento ed anche di insubordinazione ad un ordine divenuto statico e persecutorio. La mobilità e la leggerezza, simbolizzata dalle ali di Mercurio, che consente di superare vecchi ostacoli e rendere possibile il volo verso nuovi orizzonti, unita alla spregiudicatezza così propria dell'età giovanile, potranno tuttavia condurre a situazioni catastrofiche laddove non temperate dall'esperienza della maggiore età e dalla conoscenza dei limiti intrinseci alla natura.

Ogni polarità archetipa esprime quindi il meglio delle sue potenzialità non in quanto contrapposta a quella contropolare, ma al contrario se saprà interagire dialetticamente con essa.

“Per questo motivo – riprende Hillman - diventa estremamente importante cercare di risanare l'archetipo scisso che divide il Puer dal Senex”. Tale armonizzazione non potrà passare infatti attraverso un semplice riconoscimento di “sconfitta” e di autoeliminazione di una parte, laddove giunta alle conseguenze negative di una sua estremizzazione. Se è vero che una infantile mobilità non potrà essere costruttiva senza un proporzionato elemento di ordine e disciplina, così anche *“senza l'entusiasmo e l'eros del figlio l'autorità perde il suo idealismo. Non aspira ad altro che alla propria perpetuazione, non può condurre ad*

altro che al dispotismo e al cinismo; perché il significato non può reggersi soltanto sulla struttura e sull'ordine" (op. cit. p.91).

Integrare le parti scisse

L'incapacità-impossibilità di cambiamento e di evoluzione sta quindi nell'irrigidirsi dei tratti di una delle due facce della divinità bifronte che, chiudendosi all'altro-da-sé, nel rifiutarlo svalutandolo, condanna sé stesso alla fissazione, ad un perfezionismo caricaturale e privo di occasioni di trasformazione. La fedeltà ad un passato da cui non sappiamo evolverci ci preclude un futuro che non sia all'insegna della conservazione e del conflitto, del vincere-perdere in cui, in realtà, nessuna parte può vincere in assenza di processi di integrazione-evoluzione.

Se da questa "scissione è la nostra sofferenza" ne consegue, sempre per Hillman, **un percorso di cura teso a superare la contrapposizione, mentre "la divaricazione non può offrire alcuna cura"**. Riportando Kluckhahn e Lévi-Strauss *"Il pensiero mitico muove sempre dalla consapevolezza di contrapposizioni binarie verso la progressiva mediazione. Il contributo della mitologia, cioè, consiste nel fornire un modello logico capace di superare le contraddizioni"* (op. cit. p. 127).

Puntuali appaiono le corrispondenze di tale impostazione con la clinica. Nella personalità del giocatore, spesso se eccessivo, come pure all'intero delle dinamiche relazionali tra le quali si muove e delle quali è espressione, risulta immancabile la presenza di estremi in forte contrasto. Da una famiglia che ha esasperatamente privilegiato il valore dell'accumulazione e conservazione dei beni – con spirito che potremmo chiamare "saturnino" - esce spesso un rampollo che si farà carico, con altrettanto impegno, nel dilapidarli "fanciullescamente", come si trattasse di un gioco. Tale contrapposizione, che alimenterà poi un inevitabile processo di rinforzo circolare e di autoperpetuazione, potrà estendersi sovente anche ai personaggi progressivamente coinvolti nella vicenda, non ultimi i terapeuti. In tale logica, non si tratterà di sconfiggere squalificandolo il "bambino interiore", quando di facilitare possibilità di crescita e di evoluzione. Tale processo di integrazione si renderà, a sua volta, più agevole allorché anche il "partito ludofobo" saprà alleggerire i temi della colpevolizzazione sistematica ed anzi acquisire elementi di leggerezza e diciamo pure di ... giocosità. Tale prospettiva appare irrealistica di fronte a catastrofi familiari apparentemente irreversibili. Tali situazioni limite non debbono farci perdere tuttavia – per lo meno a giudizio di chi scrive – il primato dell'obiettivo

terapeutico all'insegna dell'integrazione e non della scissione-demonizzazione di un elemento archetipo da parte di quello contropolare.

A proposito del gioco d'azzardo di "curare" i giocatori d'azzardo

I limiti di spazio di questo contributo non consentono di approfondire questo tema. Riporto, in breve sintesi, quanto riferito in un mio precedente contributo (Zerbetto, 2001 a) nel quale ho tentato di delineare alcuni aspetti nella gestione terapeutica di giocatori problematici nell'ambito di trattamenti psicoterapeutici o di counseling.

Aggiungo questa dizione, a quella più tradizionale della psicoterapia, in considerazione del fatto che solo raramente si presentano le condizioni per una terapia più approfondita e che permetta di intaccare gli elementi caratteriali del giocatore problematico in profondità. Più spesso, specie in ambito pubblico e di iniziative di volontariato sociale, si pone il quesito sulle possibilità di "accompagnamento" di situazioni patologiche che consenta almeno una mitigazione sintomatica della problematica presentata.

Mentre va dato sicuramente credito a quanto riferito da E. Bergler a seguito della sua personale esperienza nel trattamento di un sessantina di casi sul fatto che un giocatore patologico non possa guarire senza un'adeguata cura psicoanalitica che intacchi in profondità le strutture caratteriali all'origine del comportamento patologico, va anche riconosciuto che un significativo numero di casi riescono a moderare, dopo un intervento terapeutico, il comportamento patologico e riportare la condotta negli ambiti del cosiddetto "gioco sociale".

Studi sul trattamento di giocatori d'azzardo compulsivi in programmi di cura professionali, ottenuti da González Ibáñez ed altri (1990, 1995 e 1997), McCormick e Taber (1987), Aymamì ed altri (1996) 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.

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.

Alessitimia

L'*alexithymia* (letteralmente, mancanza di parole per le emozioni) è un costrutto introdotto da Peter Sifneos e John Nemiah agli inizi degli anni '70 per indicare una costellazione di caratteristiche di personalità, quali difficoltà cognitiva di identificare le emozioni e distinguerle dalle componenti fisiche dell'arousal emotivo, difficoltà nel descrivere le proprie emozioni agli altri, stile di vita affettivamente povero (testimoniato, ad esempio, dall'assenza di materiale onirico), stile cognitivo orientato verso la realtà esterna, mancanza di introspezione e adattamento alla realtà sociale di tipo conformistico. Naturalmente vi sono diversi livelli di alessitimia: a volte l'incapacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni non è assoluta, ma limitata ad alcuni particolari contenuti, situazioni, emozioni.

Il **paziente-tipo che soffre di alessitimia** si presenta come una persona:

- ! incapace di discriminare le emozioni l'una dall'altra;
- ! incapace di distinguere le emozioni dagli stati somatici che le accompagnano;
- ! incapace di comunicare verbalmente i propri sentimenti;
- ! incapace di 'pensare ai sentimenti', di mentalizzare le emozioni;
- ! incapace di usare il linguaggio come mezzo simbolico di espressione dei sentimenti, con tendenza a sostituire il parlare con l'azione fisica diretta;
- ! povera di fantasia e di fantasticherie per cercare di appagare i propri desideri;
- ! con scarsa capacità di ricordare i propri sogni;
- ! con scarsa disposizione a provare emozioni positive come gioia, felicità e amore;
- ! passiva, dipendente e tendente al conformismo sociale, scarsamente adattata all'ambiente;
- ! con uno stile di pensiero piuttosto infantile, egoistico ed utilitaristico;
- ! con postura rigida e scarse espressioni facciali;
- ! che ricorre spesso all'imitazione sociale nelle sue azioni;
- ! con una coscienza morale piuttosto rigida;
- ! tendente ad attribuire gli eventi della sua vita a cause esterne (caso-destino-altri potenti).

In un'approfondita riconsiderazione della figura del Giocatore di Dostoevskij, operata da Rosenthal (1997), vengono confermate le caratteristiche di questo tipo di patologia di seguito sintetizzate:

- ! eccessiva richiesta di approvazione esterna;
- ! pensiero orientato alla modalità riduttiva tutto-nulla, vincitore-perdente con totalizzazione delle posizioni estreme e perdita delle modalità dialettiche e di mediazione;
- ! timore delle relazioni intime e conseguente ricerca di sensazioni forti e rischiose come forma di esitamento dal "rischio dell'intimità";
- ! attitudine autoingannevole come fuga da sentimenti profondi di disagio e rifugio in un'illusione di controllo onnipotente;

- ! atteggiamento ipersocievole ed arrogante con sentimento inscalfibile di onnipotenza e rifiuto di riconoscere i sensi di colpa se non in situazioni catastrofiche cui tuttavia si reagisce, spesso, con operazioni di sostituzione, proiezione e negazione.

Secondo molti ricercatori, gli 'psic' sono ormai talmente abituati ad inquadrare i comportamenti secondo criteri medici e psichiatrici ben definiti, che non riconoscono questa espressione di un più ampio e comprensivo disturbo della regolazione affettiva, rappresentato dalla alessitimia.

Per questo recentemente è stata costruita anche una **scala di valutazione dell'alessitimia** da parte di Graeme Taylor, Mike Bagby e Jim Parker, che costituiscono il così detto "gruppo di Toronto", particolarmente noto fra coloro che si interessano di psicosomatica, proprio per le loro ricerche in questo campo.

Gli studi finlandesi

Generalmente, l'alexithymia è stata studiata in alcuni gruppi clinici, nell'ipotesi iniziale che fosse associata alle classiche malattie psicosomatiche ed attualmente a disturbi più variegati della regolazione degli affetti. Alcuni ricercatori hanno però anche ipotizzato che possa essere presente nella popolazione generale normale.

Finora l'alexithymia nella popolazione sana è stata studiata solo su piccoli gruppi, e mancava un più ampio studio epidemiologico che ne mostrasse prevalenza e caratteristiche sociodemografiche nella popolazione generale. Fra gli studi finora effettuati, a parte uno studio italiano di Pasini e coll. del 1992, **spiccano gli studi finlandesi** dei gruppi di ricerca delle Università di Turku e di Kuopio.

Ve ne sono già tre (del 1990, 1993 e 1996) i quali hanno però mostrato alcune debolezze metodologiche, quali la bassa numerosità del campione, la scarsa rappresentatività del campione rispetto alla popolazione di riferimento o l'uso di strumenti di valutazione dell'alexithymia psicometricamente deboli. I risultati di questi studi sono controversi: l'alexithymia è risultata associata a questa o a quella variabile sociodemografica a seconda

d e l l o s t u d i o .

Questo studio di **Salminen** e coll. costituisce finalmente il primo studio epidemiologico effettuato su una corte di soggetti rappresentativa della popolazione finlandese generale mediante un questionario di valutazione dell'alexithymia psicometricamente ben validato, la *Toronto Alexithymia Scale* a 20 items (TAS-20). Sono state selezionati in modo random 2000 soggetti in età lavorativa (18-64 anni) dal registro nazionale finlandese della

previdenza sociale ed è stata loro inviata per posta la TAS-20 (insieme ad un questionario su dati sociodemografici). Il tasso di risposta è stato elevato (circa il 77%), con un campione finale di circa 1300 soggetti, di cui il 44.7% maschi.

I risultati hanno mostrato che:

- 1) Il tasso generale di prevalenza dell'alexithymia nella popolazione generale è stato del 13%, con una prevalenza negli uomini (17%) che è circa il doppio di quella nelle donne (9%). Questo risultato è coerente con quanto già trovato da altri autori con la stessa scala di valutazione. Non sono state trovate interazioni statisticamente significative fra genere ed altre variabili sociodemografiche;
- 2) Il modello di analisi multivariata (secondo la procedura dei modelli lineari generali) ha mostrato che l'alexithymia è significativamente associata oltre che al genere maschile anche ad un basso livello di istruzione e ad un basso livello socioeconomico. Questa associazione positiva fra alexithymia, istruzione e status socioeconomico è spiegabile in entrambe le direzioni di causalità. Poiché istruzione e status socioeconomico sono associati, è probabile che soggetti di scarsa istruzione e basso livello sociale trovino maggiori difficoltà nell'elaborazione cognitiva e nella comunicazione interpersonale dei propri stati affettivi. È però anche possibile una relazione causale inversa, per cui l'alexithymia influenza negativamente il successo sociale personale. Inoltre, è anche possibile che soggetti con basso livello socioculturale-economico provengano da ambienti familiari di origine del medesimo livello e che quindi le tre variabili siano casualmente associate a problemi psicosociali di tipo evolutivo.
- 3) Il modello multivariato ha mostrato anche che l'alexithymia è significativamente associata all'età avanzata. Anche questo dato trova conferma in studi precedenti. È possibile che l'alexithymia sia un fenomeno secondario reattivo all'aumento dei problemi di salute fisica che progrediscono con l'avanzare dell'età. È però anche da ipotizzare che le persone più avanti con l'età siano vissute in un ambiente culturale diverso da quello delle generazioni più giovani, ambiente nel quale l'espressione e la comunicazione delle emozioni era scoraggiata.
- 4) Contrariamente a quanto riscontrato in qualche altro studio precedente, non è stata trovata alcuna associazione fra l'alexithymia e lo stato civile.

Restano aperte ancora molte domande sulla natura dell'alexithymia, ma questo studio fornisce almeno alcune prime risposte sulle caratteristiche dell'alexithymia in una popolazione generale. Non è ancora chiaro se l'alexithymia sia un fenomeno culturalmente caratterizzato a causa della mancanza di studi transculturali. Sarebbe infatti interessante verificare se le cifre riscontrate nella popolazione finlandese siano sovrapponibili a popolazioni culturalmente ed antropologicamente diverse, anche se ugualmente occidentali, come ad esempio gli abitanti dell'Italia meridionale.

Juoko K. Salminen
Research and Development Unit of the Social Insurance Institution
Peltolantie 3
FIN-20720 Turku
Finland
Phone: +358 2 264 6411
Fax: +358 2 264 6450
E-mail: jouko.salminen@kela.memonet.fi

Alessitimia e struttura di personalità

L'**alessitimia**, concetto inizialmente confinato alla descrizione di alcune caratteristiche dei pazienti psicosomatici, si ritiene oggi molto diffusa e caratteristica di molte patologie, se non proprio alla base delle difficoltà affettive delle personalità dei nostri tempi (Cantelmi e Sarto, 1999; Goleman 1997). Sono infatti **sempre più numerose le ricerche cliniche che evidenziano tratti alexitemici in pazienti psichiatrici**; in particolare l'alexitimia è stata riscontrata in tossicodipendenti, in personalità abnormi, in soggetti che hanno subito traumi (ad esempio, i reduci della guerra del Vietnam), in pazienti affetti da depressione mascherata, dolore psicogeno, alcolismo (o soggetti con abuso di altre sostanze, come le benzodiazepine), disturbi alimentari psicogeni o disturbi di panico o somatoformi.

In un campione di 1147 giocatori d'azzardo patologici il 31,4% presentava aspetti alexitemici, sia affettivi che cognitivi (Lumley e Roby, 1995). **I valori di alexitimia possono essere considerati indicativi della presenza di un tratto di personalità stabile**, piuttosto che di transitorie elevazioni legate all'ansia e alla depressione. Ciò fa pensare che questa struttura alexitemica possa rappresentare un importante fattore di predisposizione allo sviluppo della condotta patologica. Infatti, mentre nei soggetti normali lo sviluppo di sintomi somatici funzionali e di uno stile di pensiero scarsamente introspettivo rappresentano le conseguenze più caratteristiche alla presenza di elevati punteggi di alexitimia, nei *giocatori d'azzardo*, al contrario, la conseguenza più tipica potrebbe essere quella dell'incremento del desiderio di ricorrere al gioco, unita probabilmente allo sviluppo di un comportamento impulsivo.

Come osservava Sifneos (1996), nella società attuale gli individui predisposti a sviluppare alexitimia, quando divengono consapevoli dei loro deficit affettivi, possono sperimentare stati di alienazione sociale e disagio psichico tanto intollerabili da provocare il ricorso a condotte patologiche.

L'alexitemico, privo dunque di quelle risonanze affettive nei confronti degli eventi della vita, è un soggetto a rischio il cui incontro con alcune caratteristiche della nostra società sembra dare spazio a nuovi e inesplorati percorsi psicopatologici. Inoltre, come vedremo, la presenza di tratti alexitemici, unitamente al quadro clinico complessivo, rendono particolarmente difficile un qualsiasi approccio terapeutico.

Accanto all'alexitimia è frequente in questi soggetti la presenza di una struttura di personalità disfunzionale e a volte francamente patologica.

Sono presenti tratti di *dipendenza*, a specchio di una profonda *immaturità*, intesa come scarsa definizione dei confini dell'Io con assenza di autonomia funzionale; si tratta infatti di **soggetti incapaci di assumersi le responsabilità della vita e di definire un proprio e chiaro progetto esistenziale, con bassa tolleranza alle frustrazioni;** nei confronti dei familiari e di quanti si prendono cura di loro utilizzano ogni forma di ricatto pur di raggiungere il loro obiettivo, secondo una modalità *compulsiva*, senza curarsi dei *danni* che ne conseguono per sé e per gli altri.

Fuga dalla depressione

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica, è stata già segnalata **l'elevata incidenza di sintomi depressivi in soggetti con gambling.**

Spesso il gambling si associa a disturbi depressivi (Moravec e Munley, 1983; Cusak et al., 1993; Templer et al., 1993; Crockford e El-Guebaly, 1998; DeCaria et al., 1996). In uno studio condotto negli Stati Uniti su un campione di pazienti ospedalizzati per gioco d'azzardo patologico sono stati rilevati tassi di comorbidità *lifetime* elevati per disturbi dell'umore (il 76% dei pazienti aveva avuto una depressione maggiore, il 38% un episodio ipomaniacale e l'8% un episodio maniacale) (McCormick et al., 1984). In un campione di Gamblers Anonymous il 72% aveva avuto, nel corso della vita, almeno un episodio depressivo maggiore e l'8% un episodio maniacale (Linden et al., 1986). Studi recenti confermano un alto tasso di comorbidità *lifetime* tra gioco d'azzardo patologico e depressione (Black e Moyer, 1998). Sembra che non ci siano differenze significative nella prevalenza di sintomi depressivi nelle varie forme di gioco d'azzardo (poker computerizzato, corse di cavalli, ecc.) (Blaszczynski e McConaghy, 1989).

Tra i disturbi affettivi e il gambling è stata riportata anche una elevata percentuale di comorbidità attuale. Spesso è stato riscontrato che i sintomi depressivi coesistono con questo disturbo e i punteggi alle scale di valutazione della depressione risultano correlati positivamente con la severità del gioco d'azzardo (Becona et al., 1996).

Circa il 50% dei pazienti con gioco d'azzardo patologico riporta una ideazione suicidaria (Beaudoin e Cox, 1999) e si ritiene che tra il 17 % e il 24 % di essi abbia tentato almeno una volta il suicidio (DeCaria et al., 1998).

Vi sono fondamentalmente tre modi di interpretare gli elevati tassi di comorbidità tra gambling e depressione:

- ! la depressione sarebbe secondaria, ed emergerebbe nel tentativo del paziente di far fronte a problemi familiari, socio-lavorativi, legali, finanziari. È stato riportato che rispetto ai controlli normali, i giocatori d'azzardo patologico con depressione avevano sperimentato più eventi di vita stressanti nei sei mesi precedenti l'esordio della depressione (Roy et al., 1988). Altri studi hanno riportato un miglioramento della depressione concomitantemente a una risposta favorevole del gioco d'azzardo patologico al trattamento (Blaszczynski et al., 1991; Russo et al., 1984).
- ! Il gioco d'azzardo patologico sarebbe secondario alla depressione. Soprattutto le donne svilupperebbero il disturbo nel tentativo di "sfuggire" a un disturbo dell'umore, tipicamente a un episodio depressivo maggiore (giocatrici per fuga) (Marazziti e Ravizza, 2000; Ohtsuka et al., 1997).
- ! Il gioco d'azzardo patologico, così come altri disturbi del controllo degli impulsi (cleptomania, bulimia, ecc.), farebbe parte dello spettro dei disturbi affettivi (Wacker, 2000; McElroy et al., 1992). In particolare, i sintomi depressivi precederebbero lo stato di addiction riducendosi con il peggiorare dello stesso. In uno studio recente molti giocatori d'azzardo patologico riportavano il gioco proprio come un modo per alleviare l'umore disforico (Beaudoin e Cox, 1999). In tal senso è stato suggerito un "effetto antidepressivo" di tali comportamenti di addiction (25).

Tuttavia, indipendentemente dalla presenza di un disturbo dell'umore che soddisfa i criteri del DSM-IV, in questi soggetti è frequente il riscontro di uno "stile di vita depressogeno", in cui vi è una completa apatia nei confronti di ogni progetto esistenziale e un profondo pessimismo; uno stile di vita che si integra con quanto sinora esposto e che ha profonde radici nella personalità di questi soggetti (Pellegrino, 2000).

#spostare

Alessitimia e limiti della psicoterapia analitica

Data l'incapacità di riflettere sui sentimenti, oppure di provare sentimenti empatici, una psicoterapia di tipo analitico per chi soffre di questo disturbo non sarebbe risolutiva. La psicoanalista Mc Dougall, ad esempio, considera questi soggetti assolutamente 'non analizzabili', a causa del loro deficit di rappresentabilità all'interno della mente.

Secondo la psicoanalista i tentativi di terapia in questi casi sono solo dei lavori lunghi e inconcludenti, che portano quasi sempre all'abbandono: i soggetti alessitimici, infatti, non partecipano emozionalmente alla seduta, non collaborano col terapeuta, sono piuttosto ripetitivi nel riproporre sempre gli stessi argomenti, mostrano di annoiarsi durante gli incontri.

Altri studiosi invece ammettono la possibilità che i soggetti alessitimici possano essere curati con un trattamento psicoanalitico, ma solo dopo un lavoro preliminare, centrato sulla differenziazione dei vissuti emozionali e sulla loro tollerabilità da parte del soggetto.

Trattamento e la cura dell'alessitimia

Nel trattamento dell'alessitimia viene spesso utilizzato un approccio psicoanalitico al fine di elevare le emozioni da un livello di esperienza strettamente legato alla percezione (un mondo di sensazioni e di azioni) a un livello di rappresentazione concettuale (un mondo di sentimenti e di pensieri) in cui le emozioni possono essere utilizzate come segnali che veicolano un'informazione, possono essere oggetto di riflessione e a volte possono essere comunicate agli altri.

La terapia di gruppo (in gruppi con non più di un paio di pazienti alessitimici e comunque in fasi diverse del trattamento) è considerata per molti pazienti alessitimici una valida alternativa o un'aggiunta importante, in quanto offrono una gamma più ampia di situazioni interpersonali che permettono loro di esperire ed imparare a conoscere le emozioni.

Naturalmente, è spesso necessario integrare il trattamento psicoterapeutico con una psicofarmacoterapia (trattamento integrato).

Dott. Maria Concetta Cirrincione

L'approccio psicosomatico al gambling: quale terapia?

Ciò premesso, si può comprendere come l'approccio psicosomatico vada ben oltre una visione del gambling come "patologia psichiatrica o medica", puntando a una comprensione dell'uomo nella sua globalità, e modulando gli interventi in relazione al grado di conoscenza del singolo individuo.

In linea generale l'invio di questi pazienti a operatori specializzati rappresenta l'unica strada da percorrere per un qualsiasi tipo di programma terapeutico, unitamente alla possibilità di un intervento integrato sulla famiglia.

È nota poi la difficoltà di entrare in relazione con questi pazienti; è difficile, infatti, stabilire un buon rapporto medico-paziente sia per la presenza di tratti alexitemici, sia per la inadeguata capacità propria di questi pazienti di stabilire un rapporto con gli altri empaticamente significativo, sia per il ruolo che il gioco riveste per l'individuo.

In molti casi il medico non può fare altro che constatare l'esistenza del problema, trovandosi nell'impossibilità di farsi carico del paziente in quanto questi non accetta alcun percorso terapeutico.

Questo "atteggiamento tecnico", se aiuta da un lato a limitare il senso di frustrazione che può avere un operatore nel vedere fallire i propri tentativi di proporre un idoneo programma terapeutico, non deve comunque far rinunciare a un "**atteggiamento di attesa**" che consente di cogliere il momento opportuno – laddove possibile – per entrare in relazione con il paziente.

Nel corso del colloquio clinico alcune problematiche emergono con maggiore frequenza e possono essere così elencate:

- ! prevalenza del linguaggio non verbale;
- ! intolleranza delle figure genitoriali;
- ! debolezza e immaturità dell'Io;
- ! assenza capacità introspettiva;
- ! indeterminatezza nel descrivere lo stato psicofisico;
- ! sottostima e negazione del proprio problema;
- ! mancanza di fiducia in tutti;
- ! mancanza di fiducia nella struttura sanitaria, difficoltà a chiedere aiuto;
- ! vissuti di rabbia, aggressività;
- ! atteggiamento falsamente dimesso;
- ! scarsa o illusoria progettualità.

Indubbiamente lo **sforzo maggiore** sarà tuttavia quello di **identificare l'eventuale presenza di valenze positive** su cui poter far leva; tanto più sarà compromessa la

funzionalità globale del soggetto, il suo grado di inserimento sociale, i suoi affetti, il suo sistema relazionale, tanto più sarà difficile attuare un intervento adeguato.

In definitiva l'approccio psicosomatico alle problematiche connesse al gambling mira a integrare tutte le conoscenze del settore e a ridare unità a un progetto di vita, spesso inesistente. Non appare possibile alcun tipo di intervento senza considerare lo stile di vita del paziente, il grado di sviluppo del suo Io e dell'autostima, la propria propensione alla vita, come benessere psicofisico.

Considerazioni di carattere terapeutico sull'approccio relazionale

Nella gestione di patologia giovanili ed ancora fortemente inserite nel sistema familiare di provenienza un intervento di impostazione sistemica, coerentemente ai concetti riportati, si tenderà quindi ad impostare una strategia mirante a favorire il superamento di una condizione di invischiamento-dipendenza del paziente dalla figura materna (allorché si tratti di soggetti di sesso maschile mentre analoghe considerazioni possono farsi per i casi di genere inverso seppure in tali casi si attivino più di frequente dinamiche ad estrinsecazione sintomatologica sul versante dei disturbi alimentari psicogeni) e la attivazione-valorizzazione della figura paterna come "polo" di riferimento più atto a sostenere il processo di crescita nella fase dello svincolo dal sistema familiare e di inserimento nella dimensione adulta. Tale evenienza è resa problematica dalla frequente situazione di assenza della figura paterna (morte, separazione) o dal contemporaneo invischiamento della stessa in comportamenti problematici come abuso di alcol e droghe e di gioco d'azzardo. Fondamentale, in questi casi, sarà attivare le risorse potenziali nella figura paterna, laddove disponibili, o reperire risorse alternative nel sistema microsociale allargato che includa altre figure di riferimento significativo, insegnanti, operatori etc.

L'approccio alla famiglia, in tale prospettiva, avrà esito soddisfacente allorché la triangolazione perversa (simbiosi perdurante madre-figlio con posizione marginale della figura paterna) evidenzierà possibilità di evoluzione delle dinamiche interpersonali nel senso di:

⊖ favorire un "disinvestimento libidico" eccessivo della madre nei confronti di un figlio "fissato" in una posizione infantile "orale" (improntata a passività, dipendenza, ostilità cronica e scarsa attivazione delle risorse potenziali) grazie ad una aumentata capacità di sostenere l'angoscia di separazione dal figlio dalla figura materna. Tale "sovrainvestimento libidico" nella diade madre-figlio risulterà spesso collegato ad un coesistente scarso investimento libidico all'interno della coppia genitoriale;

La predisposizione di un percorso coerente che preveda, in funzione della gravità delle disfunzioni presentate, la possibilità di un intervento sul microsistema familiare o, in alternativa, il ricorso ad un “sistema intermedio” (tra il micro ed il macro-sociale) rappresentato da un contesto terapeutico-comunitario ad impostazione professionale consente la possibilità di gestire in modo più efficace problematiche tradizionalmente refrattarie ai tradizionali interventi psicoterapici. Il programma offerto dal Centro Riabilitativo della S.I.I.Pa.C. di Bolzano su iniziativa di Cesare Guerreschi (op. cit., 2000), seguito da altre iniziative che a questa si ispirano, si muove appunto in questa direzione.

Interventi multifamiliari o di gruppo

È importante segnalare ancora come il coinvolgimento delle famiglie dei giocatori può configurarsi anche nella forma di un approccio multifamiliare che prevede la partecipazione di più nuclei familiari ad incontri periodici di gruppo nei quali le dinamiche collegate al gioco patologico vengono affrontate o nello stile dei gruppi di aiuto-aiuto, secondo il modello dei Giocatori Anonimi, o con l'intervento di un professionista competente. Il legame di solidarietà e di coinvolgimento reciproco nel processo terapeutico rappresentano in questo caso una potente opportunità che rende possibile il “contenimento” delle resistenze al cambiamento dello stile di vita ed il sostegno nella ricerca di alternative evolutive. Interessante in tal senso è l'esperienza promossa da R. De Luca a Campofornido (UD) dove, a seguito di una pluriennale e consolidata esperienza, è nata anche una associazione di ex giocatori d'azzardo e delle loro famiglie.

Fattore essenziale, nello svolgimento di questa interessante esperienza, è la definizione di un codice normativo ben definito nella conduzione dei gruppi terapeutici. Tali regole prevedono, tra l'altro che:

- la partecipazione al gruppo terapeutico da parte del giocatore e dei suoi familiari sia costante e che eventuali assenze siano comunicate prima dell'inizio di ogni singolo incontro;
- il giocatore e i componenti della famiglia che partecipano alla terapia s'impegnino a non giocare d'azzardo in alcun modo e che le eventuali ricadute vengano comunicate ed analizzate all'interno del gruppo terapeutico;
- il giocatore e i familiari stabiliscano l'ammontare dei debiti onde prevenire, se possibile, il risarcimento degli stessi con i modi e i tempi ritenuti possibili;
- il giocatore accetti il controllo da parte dei familiari sulle entrate finanziarie e disponga solo di piccole somme.

Come si legge nei documenti dell'Associazione "Il coinvolgimento nella terapia di gruppo dei familiari parte dalla constatazione che **il giocatore coinvolga nelle proprie perdite l'intera famiglia** (con conseguenti problematiche economiche, sociali e relazionali); l'analisi e l'obiettivo del cambiamento non sono rivolti al solo portatore del sintomo ma a tutto il nucleo familiare; questo fa sì che i familiari che partecipano alla terapia di gruppo (con o senza il giocatore d'azzardo) si rendano conto che il problema del gioco d'azzardo non è del solo giocatore, ma di tutti i componenti il nucleo familiare; gradatamente con l'analisi delle relazioni la famiglia consegue dei cambiamenti "permettendo" al giocatore (se ancora non è presente al gruppo) di entrare nel gruppo terapeutico".

Nei casi di soggetti adulti che già hanno sviluppato un relativo grado di autonomia e di indipendenza dal nucleo familiare di origine, si potrà esplorare la possibilità di tipo individuale.

Anche in questo caso si evidenzierà tuttavia, sia nei casi di dipendenza da sostanze che da gioco, come le modalità della relazione *orale* si presenteranno puntualmente, anche se orientate nei confronti del coniuge o di altre figure significative, come riedizione delle relazioni primarie con i genitori interiorizzati.

Tale modalità relazionale, di orientamento fortemente narcisistico, sarà ancora alla base delle forti resistenze al lavoro terapeutico che solo eccezionalmente potrà aggredire la struttura personologica di fondo e non limitarsi a fornire un aiuto temporaneo, e di carattere sintomatico, nei periodi maggiormente critici. Per riprendere ancora E. Bergler (op. cit.), "il compito di trasformare un paziente potenziale restio e poco convinto in un paziente volenteroso e pronto a collaborare è frequentemente un compito impossibile".

All'approccio terapeutico individuale verrà dedicata la parte che segue.

Sedurre Necessità. Ovvero quando gli dei giocano d'azzardo

Nel succedere a Cronos, creatore della misura e ordinatore dell'universo, Zeus introdusse un nuovo ordine che mirabilmente rese compatibili e coesistenti principi (divinità) estremamente dissimili e potenzialmente contrastanti (Dioniso- Apollo, Era-Afrodite, Ermes-Ares etc.). Ad un ordine monolitico, immutabile ed autoperpetuantesi fece **seguire**

il rischio della dialettica tra opposti, della competizione e del gioco seduttivo oltre che del brutale scontro di potere.

Di tale nuova apertura ci dà testimonianza il mito che ci narra come Zeus sedusse la Ananke-necessità, impresa che, ci ricorda acutamente Roberto Calasso *“non poteva che essere la più difficile fra le imprese amorose”* (1988, p.149). Sempre per Calasso *“per le sue avventure galanti Zeus era molto più attratto dalle donne mortali ... ma con Nemese fu diverso. Qualcosa di immane doveva essere in gioco, in quella conquista erotica. Mai Zeus si sottomise per una donna a così lunghe peregrinazioni, per tutti i mari sino ai confini della terra, per lei trasformandosi in pesci ed animali sinchè la possedette come cigno che costrinse l’oca all’amplesso. (op. cit., p. 148). Da questa unione, oltre a Clitennestra e ai gemelli Castore e Polluce, “ne uscì Elena: equilibrio instabile e fugace in cui necessità e bellezza si sovrapposero grazie all’astuzia di Zeus (...) nell’ estremo azzardo teologico del suo regno”* (op. cit. p. 150). Sempre per Calasso *L’Olimpo è una rivolta della leggerezza contro la precisione della legge (Cronos) Rivolta vana ma divina (157)”*.

Il *“rischio evolutivo”* risultò in un certo senso estremo e forse insostenibile, guardando alla rottura prodottasi nel mondo post-classico dove l’equilibrio tra ordine e disordine, richiamata anche da Nietzsche nella apologia dell’equilibrio tra principio apollineo e dionisiaco raggiunto dalla greccità, non ebbe più a riprodursi.

Ordine-dis-ordine

Un’altra coppia archetipa in rapporto dinamico-polare può essere vista infatti nella relazione tra Apollo e Dioniso che, di Zeus, rappresentano le due facce. Se Apollo, infatti, esprime di Zeus l’elemento solare e tutore dell’ordine, risanatore e capace di mettere confini, chi più di Dioniso ne esprime l’inesausta vitalità, il giocatore a tutti i tavoli verdi dell’esistenza, il contaminatore che esplora tutte le possibili combinazioni, che intreccia tutte le opposte polarità? Da una ricerca condotta da Croce e Azzimondi (2001) in una sala di corse emerge con evidenza la *“si respirava un clima di ottima convivenza tra extracomunitari, giovani, adulti e anziani; molti stranieri frequentavano assiduamente la sala corse anche venendo senza giocare. La forte impressione che si è ricavata è che questi luoghi rappresentino un’alternativa ad ambiti di socialità, sopperendo alla carenza/scarsità di questi ultimi soprattutto nelle zone più periferiche”*.

È interessante notare che mentre si tende a vedere in Apollo il naturale erede di Zeus (colui che scaglia le frecce come il padre le saette) è a Dioniso che Zeus, nella concezione orfica, consegna le chiavi del regno *“E Dioniso è l’ultimo re degli dei, investito da Zeus; il*

padre lo pone sul trono regale, gli dà lo scettro e lo fa re di tutti gli dei del mondo" (frammento 182). E ancora *"Tutto fece Zeus padre, ma Bacco lo portò a compimento"* (frammento 191).

Avvenne qualcosa tuttavia. Dioniso giocava alla trottola nel paese dei Cureti. Il girare vorticoso di questo gioco lo aveva probabilmente rapito nella dimensione estatica che è la sua per eccellenza, facendogli dimenticare le ineluttabili leggi di Necessità cui gli stessi dèi si assoggettano.

I Titani, che il nuovo ordine instaurato da Giove aveva relativamente liberato dopo averli imprigionati insieme a Cronos, si sciolgono dalle catene. Queste forze primordiali irrompono ancora incontrollate sul mondo e fanno a pezzi Dioniso. Solo l'intervento di Apollo (il taumaturgo per eccellenza, e padre di Asclepio-Esculapio) e la sua paziente opera nel raccogliere le sparse membra ne consentirà il ritorno alla vita (frammento 187) *"Ma Apollo lo riunisce e lo riconduce, nella sua qualità di dio purificatore e vero salvatore di Dioniso, e per questo viene chiamato Dionisodote"*.

Ancora una volta, al di là di una impercorribile contrapposizione, sta forse nell'alternanza, nella oscillazione, nella pulsazione tra queste due dimensioni del vivere, la possibilità esistenziale che ci viene offerta dall'essere al mondo. *"Apollo non poteva vivere senza Dioniso"* ci ricorda Nietzsche che, nella conclusione alla *Nascita della tragedia* afferma come *"la riconciliazione (tra i due principi) è il momento più importante nella storia del culto greco"*.

Anche se esula dalle competenze di questo contributo approfondire gli aspetti patologici che inevitabilmente caratterizzano lo sbilanciamento del sé, allorché la citata *conjunctio oppositorum* non trova una sufficiente realizzazione è evidente come una personalità esasperatamente "apollinea" sarà contraddistinta da quelle caratteristiche di perfezionismo, di rigido perbenismo che porteranno ad atteggiamenti di intolleranza per ogni aspetto della vita, riscontrabile in sé come negli altri, che non si inscrivano in un'immagine di ordine idealizzato.

Sull'opposto versante, il rifiuto del limite, di qualsivoglia norma sociale che si opponga all'esperienza estatico-orgiastica dell'appagamento *tutto e subito* del desiderio porterà, laddove non temperata dal principio polare, a forme auto-eterodistruttive.

*****Un tragico splitting**

Il perenne conflitto tra queste istanze polari, nell'ambito della nevrosi, trova del resto una puntuale formulazione nella concezione freudiana riferita all'Es e al Super-Io. Non sono forse le alterne vicende di questa lotta a narrare le "vicissitudini" di quella libido che in ultima analisi segna il destino degli umani? Laddove una soluzione "negoziale" non trova sbocco abbiamo la tragedia, la folle presunzione di una delle "parti" di poter, una volta per tutte, annientare la parte percepita come nemica e minacciosa.

Nella estrema “negazione” dell’altro, dell’altro-da-sé, del diverso per antonomasia (anche all’interno della stessa personalità) si apre la voragine della spaccatura e della malattia nella sua forma più disperata. **Lo *splitting* tra le due parti o scissione della personalità conduce infatti a quella “inconoscibilità” tra le parti del sé** così acutamente colta dal neo-mito del dottor Jekyll e del mister Hyde di Stevenson e che, non casualmente, tanto successo ha avuto. Al di là di strutture di personalità orientate nell’uno o nell’altro senso, è dato osservare spesso una compresenza o alternanza tra le due modalità. A periodi di sobrietà e di rigore anche esasperati possono infatti alternarsi fasi di eccesso ed incapacità di rispettare il limite altrettanto estremi. In un caso emblematico descritto da Croce (2000) un ingegnere si confessava in questi termini: *“Quello che non riesco a capire è come mai ho due vite. Una dove sono molto impegnato, assolutamente razionale e programmato ed invece un’altra vita in cui butto via il denaro, perdo il mio tempo, la mia faccia e la mia stima in luoghi squallidi dai quali però non riesco a staccarmi”*. Tale sbilanciamento produce una pendolarità comportamentale e del tono dell’umore che in genere viene interpretata, ad un livello clinico-descrittivo, come disturbo bipolare dell’umore. La tensione dinamica degli elementi strutturali in gioco non andrebbe, a parer mio, sottovalutata per non cadere in una logica riduzionista che si ferma a descrivere la fenomenologia del quadro clinico eludendo interrogativi di carattere esistenziale ed antropologico di fondo. Tale povertà nel bagaglio concettuale di riferimento comporta inoltre l’impossibilità di fornire all’interessato delle chiavi di lettura che possano aiutarlo nel lavoro di ristrutturazione della personalità e che rappresenta il fine ultimo di un lavoro causale e non solo sintomatico sulla patologia in gioco.

La demonizzazione del principio dionisiaco osservabile nell’era cristiana, ma originatosi già a partire da Platone come Umberto Galimberti ha lucidamente messo in evidenza anche in relazione alla svalutazione della corporeità (1979), in quanto maggiormente legato agli aspetti della naturalezza e quindi della istintualità, rispetto a quello logico-apollineo, ha portato ad una esasperazione della logica conflittiva a livello sociale prima ancora che individuale creando le premesse per una dicotomia di tipo manicheo dalla quale gradualmente le società più evolute si stanno riscattando.

*** Ordalia e sacralità individualistica

Inevitabile, a questo punto, è riferirsi alla dimensione ordalica, a quella prova estrema al cui esito collegare il volere degli dèi, a quella partita definitiva giocata con lo stesso Fato. David Le Breton, nel suo importante contributo sulla *Passione del rischio* (1991), ricorda come *“il sacro compare spesso come prossimità con la morte”*. Forse per questo, attraverso la ricerca di situazioni estreme e che rasentano situazioni reali o fantasmatiche di pericolo l'individuo (ed alcuni individui più che altri) inseguono una forma di religiosità (o parareligiosità) individuale. *“Sempe di più il rischio di perdere la vita si configura come il mezzo più radicale e più immediato per produrre del sacro intimo, per generare la metamorfosi individuale”* (op. cit., p. 179). La struttura ordalica richiama infatti il tema del *descensus ad inferos* (*nekia*, per i greci) nel quale *“l'associazione del dolore e della prova iniziatica è una costante antropologica (...) L'oggetto del morire assume improvvisamente il volto del nascere. La prossimità della morte partorisce un'altra messa al mondo”* (op. cit., p. 169).

Se è vero che ognuno sancisce la propria differenza attraverso la sua scelta personale (vedi l'importanza della intenzionalità sottolineata dalla filosofia fenomenologico-esistenziale), *“questo andare incontro al fato, anziché attenderlo o evitarlo”* (Goffman, 1971, p.195) giustifica, anche nelle attività di gioco estremo, l'ebbrezza del sentirsi eroicamente (anche se spesso, tragicamente) unici e irripetibili dal momento che *“l'ordalia è una prova individuale nella quale è in gioco soltanto il soggetto di fronte ad una potenza provocata per lo più inconsciamente”*. Recentemente Zuckermann (1983) ha enfatizzato la propensione di alcuni individui (forse anche in relazione ad una componente genetica come più dettagliatamente verrà detto di seguito) a ricercare sensazioni forti per sentirsi vivi evidenziando quindi uno spiccato *sensation seeking behavior*. Tale componente potrebbe quindi essere collegata con il fatto che *“la sensazione di forza che scaturisce dal sopravvivere è fondamentalmente più forte di ogni afflizione: è la sensazione d'essere eletti fra molti che hanno un comune destino.* (op. cit. p. 173). *“La soddisfazione di sopravvivere, che è una sorta di piacere, può diventare passione pericolosa e insaziabile – aggiunge Canetti in Massa e potenza (p.273, da op. cit) – Le carriere degli eroi e dei mercenari (e, potremmo aggiungere, dei giocatori d'azzardo) mostrano che simile bisogno diviene morboso ed insaziabile”*.

Se un elemento sacrificale è così fortemente legato all'idea (e, più ancora, alla realtà) del sacro (vedi anche *La violenza e il sacro* di Renè Girard) non stupisce come la dissolvenza di riti collettivi che consentivano di canalizzare tale componente possa produrre espressioni individualizzate di ritualità, come sono appunto le forme di gioco d'azzardo e di sport estremo oltre che l'uso di droghe.

Ancora Breton (op. cit. p. 173) sottolinea come *“Nei comportamenti rischiosi o ordalici, o nell'avversità accettata e trasformata in sfida, si esprime una sorta di liturgia personale.*

L'individuo, sollevato dai suoi intimi riferimenti, viene trasportato al di fuori dell'esperienza ordinaria. Questo supplemento impalpabile, che dipende solo dallo spessore dello sguardo portato su se stessi, costituisce il giacimento personale del sacro, che per chiunque altro non sarà che l'irrisoria facciata destinata a mascherare la paura, il dolore, o persino l'indigenza (...) Questo ricorso avviene attraverso un rito individuale la cui dimensione sociale risiede nella congiunzione di una potente istanza antropologica e di un modello sociale sempre più valorizzato che ispira e orienta innumerevoli ricerche individuali" (op. cit., 181).

Tale prospettiva porta a riesaminare il concetto ampiamente sviluppato da Bergler (1957) nella sua *Psicologia del giocatore* nella quale sostiene la tesi, fondata su premesse di carattere psicanalitico, secondo la quale il gioco d'azzardo patologico sia sostenuto essenzialmente da una nevrosi di tipo masochistico anche se non può sfuggire, come lucidamente conclude Breton (op. cit., p. 180) come *"l'effrazione che rompe gli argini de sacro comporta il rischio di essere inghiottiti durante la prova"*. L'ingiunzione di Gesù al diavolo che lo invitava a mettere a prova l'essere caro a Dio gettandosi dal pinnacolo del tempio con il perentorio *"non tenterai il Signore Dio tuo"* trova in tali congiunture la sua emblematica conferma.

Quella indomabile ed oscura attrazione per l'abisso (sicuramente l'aspetto più misterioso con cui ci troviamo a confrontarci) viene acutamente colta da Italo Calvino a proposito del rapporto con il caso di Tommaso Landolfi (da Croce, 2001) *"Forse nel suo rapporto appassionato col caso – corteggiamento e sfida – egli alternava strategie così sofisticate da non rivelarsi agli occhi altrui, e raptus di dissoluzione in un gorgo ove tutte le perdite rimandano alla perdita di sé, come unica vincita possibile"*.

Azzardando conclusioni molto provvisorie

Se non vi è dubbio circa la necessità di intervenire a livello terapeutico, e quindi preventivo e riabilitativo, di fronte a situazioni chiaramente autodistruttive collegate al gioco d'azzardo, meno chiaro risulta l'atteggiamento di politica sociale da tenersi di fronte ad un fenomeno che, almeno in Italia, interessa nelle sue diverse forme circa i due terzi della popolazione. La tradizionale contrapposizione tra politiche di repressione o tolleranza non può infatti prescindere da una riflessione su quanto il gioco, anche nella sua forma dell'azzardo, corrisponda o meno ad una istanza primaria (e quindi ad un diritto) dell'uomo-cittadino ovvero ad un abusivo comportamento indotto.

A conclusione di questo sintetico excursus, che tiene conto anche di molti altri apporti che non è possibile riassumere ma che trovano anche nel presente volume ampio sviluppo,

credo si possano avanzare alcune formulazioni generali, anche se ovviamente provvisorie, e che riassumerei come segue:

- a) il gioco, nelle sue diverse forme, sembra esprimere un elemento strutturale e non marginale nell'uomo e si manifesta come parte intrinseca del processo di culturalizzazione e come tale va considerato da parte di una società civile;
- b) la disposizione ad assumersi quote di rischio si è dimostrata essenziale nei processi evolutivi sia a livello individuale che sociale mentre una propensione per il rischio a livello compulsivo denota aspetti problematici della personalità che possono portare a situazioni di grave sofferenza per l'individuo, i familiari o il gruppo sociale a lui collegato;
- c) la propensione per la componente di alea, rispetto a quella agonistica, specie se accentuata ed unilaterale, evidenzia spesso un atteggiamento di fuga dalla realtà e rifugio in una dimensione magica con conseguenze negative sul rapporto con la realtà, vuoi a livello lavorativo che affettivo e sociale;
- d) nella misura in cui lo Stato si assume il potere di controllo e di regolamentazione delle attività di gioco e ne ha dei vantaggi economici è anche tenuto ad elaborare una politica di contenimento da forme di abuso e di tutela dei cittadini ed in particolare dei giovani e delle classi sociali deboli;
- e) la promozione di una costruttiva "cultura del gioco" implicherebbe il sostegno di iniziative educative tese a favorire elementi potenzialmente evolutivi connessi alle diverse attività di gioco e a scoraggiare quelle involutive e di ostacolo ad un efficace confronto con la realtà.

Riferimenti bibliografici

- Abbott, Douglas A; Cramer, Sheran L; Sherrets, Steven *Pathological gambling and the family: Practice implications*. Families in Society. 1995 Apr; Vol 76(4): 213-219.
- Ainsworth M.D.S., Bell S.M., Stayton D., Individual differences in the strange situation behaviour of one year old, in Schaffer H.R., (a cura di) *The Origins of Human Social relations*, Academic Press, 1971, London.
- Codispoti, M., Codispoti, O. (1996). La definizione operativa del costrutto "alessitimia". *Rassegna critica della letteratura*. *Giornale Italiano di Psicologia*, XXIII, 4, 547-569.
- Lucia Boncori, *Costrutto dell'alessitimia: concettualizzazione, validazione e relazione*, 1999, F. Angeli.
- Groeme J.R., Michal Bagby, James D.A. Parker., *I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche.*, (a cura di) Mario Speranza, 2000, Edizione Italiana, Roma.
- K. ABRAHAM: (1975) *Opere*, Trad. It. Boringhieri
- J. BERGERET, M. FAIN, M. BANDECIERE: (1983) *Lo psicanalista in ascolto del tossicomane*, Ed. It. Borca
- CANCRINI L., CAROSI L., MAZZONI S.: (1986) *Tossicomanie: verso un'integrazione degli interventi*, Practitioner, vol. 94
- S. CIRILLO, R. BERRINI, G. CAMBIASO, G. VINCI: (1991) *Ipotesi sulla patogenesi relazionale della tossicodipendenza*, Atti del II Congr. Naz. della Sirtis.
- O. FENICHEL: (1955) *Trattato di Psicanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi*, Trad. It. Astrolabio
- S. FREUD: (1905) *Tre saggi sulla sessualità*, "Opere", vol. IV, Trad. It. Ed. Boringhieri
- A.S. FRIEDMAN: (1987) *Families of Adolescent Drug Abusers are "Rigid". Are These Families either Disengaged or Enmeshed or Both?* Fam. Proc. vol. 26, N.1
- E. GLOVER: (1932) *On the ethiology of drug addiction*, Journal int. Psychoanalysis, XIII, 16
- J. HALEY: (1976) *la terapia del problem-solving*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985
- A. KIELHOLZ: (1965) *Einige betrachtungen zur psychoanalytischen auffassung des alkoholismus* in L. Psychoanal
- M. KLEIN: (1969) *La Psicanalisi dei bambini*, Trad. It. Ed. Martinelli
- R. D. KNIGHT: (1937) *The psychonidamics of chronic alcoholism*, J. Nerv. Ment. Dis.

D. LEVY: (1943) *Maternal over protection*, Norton, New York

A. LOWEN: (1978) *Il linguaggio del corpo*, Ed. It. Feltrinelli

M. MAHLER, SCHOENBERGER, F. PINE, A. BERGMAN: (1978) *La nascita psicologica del bambino*, Ed. It. Boringhieri

S. MINOUCHIN : (1974) tr. it. Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio, Roma

A.M. NICOLÒ CORIGLIANO: (1990) Verso una prospettiva psicoanalitica per lo studio della famiglia e della coppia, da: Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, 8, 1

S. RADO: (1957-58) Narcotic bondage e general theory of the dependence on narcotic drugs, From Am. J. of Psychiatry

W. REICH: (1973) *Analisi del carattere*, Ed. It. Sugar

C. M. ROSEMBERG: (1971) The Young Addict and his family, Br. J. Psychiat., vol. 118

H. ROSENFELD: (1970) *Stati psicotici*, Trad. It. Armando

D. STANTON, T.C. TODD: (1989) *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford N.Y.

S. WEJIL (1958): *On the psychology of alcoholism*, "Psicoanal. Rev.", XV

R. ZERBETTO: (1982) *Struttura dell'immaginario e tossicomania*, da "La Psicanalisi, un itinerario di frontiera", a cura di M. Pissacroia, Ed. Vallecchi

R. ZERBETTO e A. BALLATI: (1983) *Oralità e tossicomania*, Energia, Carattere e Società, N° 3 e 4

R. ZERBETTO, O. CASCIANI: (1989) *Le comunità terapeutiche pubbliche per tossicodipendenti*. Atti del I Congresso nazionale delle comunità terapeutiche pubbliche per tossicodipendenti - Città della Pieve 1988 a cura del Comune di Roma.

R. ZERBETTO (1994) *Il Sé come membrana: modello, metafora, episteme* dagli Atti del IV Congr Internaz di Psicoterap. della Gestalt - Siena a cura di R. Zerbetto, Edizione Studi Psicosomatica.

Bergler E. (1957), tr. it., *Psicologia del giocatore*, New Compton, 1970

Callois R. (tr. it 1981), *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Bompiani Ed. Milano

Cancrini, L., (1996) *Una tossicomania senza farmaci. Saggio introduttivo al Giocatore di F. Dostoevskij*, Ediz. Dell'Università Popolare

Carlevaro T., *L'esperienza di un Servizio psichiatrico svizzero in Croce e Zerbetto* (2001)

Caroli R. e Marinello D. (1990) *Il grande libro dei giochi*, DVE Ed.

M. Coletti, *L'impatto del gambling compulsivo sulle dinamiche relazionali da Croce e Zerbetto* (2001)

Croce M., Zerbetto R. (2001), *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli Ed. Milano

Davies (tr. it. 1998) *Il Cosmo intelligente*, Oscar Mondadori-Scienza

Dickerson, M., G. (1983), *La dipendenza da gioco*, Edizioni gruppo Abele, Torino, 1993

Eraclito *I frammenti e le testimonianze* a cura di C. Diano e G. Serra, Fondazione Lorenzo Valla, A. Mondadori Ed. (p. 179)

Fink E. (1969), *Il gioco come simbolo del mondo*, tr. it. Lerici, Milano

Freud S (1927) *Dostoevskij e il parricidio*, "Opere", vol X, trad it. Ed Boringhieri (1978)

Galimberti U. (1999), *Dizionario di Psicologia*, Garzanti Ed.

Greenberg H.R. (1980), *Psychology of gambling*, in Kaplan H.I., Freedman A.M., Wilkins, Baltimore, London.

Hillman J. (trad. it. 1999), *Puer aeternus*, Adelphi, Milano

Huizinga J. (1946), *Homo ludens*, tr. It. G. Einaudi 1973

Imbucci G. (1997), *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Marsilio Ed.

Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). *A cognitive perspective on gambling*. In P. Salkovskis (Ed.) *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies* U.K.: John Wiley and Sons.

Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill

Le Breton D. (tr. it. 1995) *La passione del rischio*, Ed. Gruppo Abele, Torino

Monod. J. (tr. it 1970), *Il caso e la necessità. Saggio sulla filosofia naturale della biologia contemporanea*, A. Mondadori Ed.

Ortalli G (1993), *Fra interdizione e tolleranza. L'azzardo e la politica dei comuni nell'analisi di Ludovico Zdekauer*, da Zdekauer (op. cit.)

- P. Remmers, L'esperienza olandese sul gioco compulsivo e promozione del "gioco responsabile" in Croce e Zerbetto (2001)
- 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.
- Rovatti A. e Dal Lago P. A. (1993), Per gioco. Piccolo manuale dell'esperienza ludica, R. Cortina Ed.
- Winnicott D. (tr. it. 1990), *Il gioco e la realtà*, Armando, Roma
- Zdekauer L. (1993), *Il gioco d'azzardo nel medioevo italiano*, Salimbeni Ed. Firenze
- Zerbetto R (2001, a), Dall'intervento terapeutico a una politica di gioco responsabile da Lavanco op. cit.
- Zerbetto R. (2001, b) *Il gioco nel mito e il mito del gioco* da *Il gioco & l'azzardo* a cura di M. Croce e R. Zerbetto, Franco Angeli Ed.
- Zerbetto R. (1994) *Riflessioni su carattere orale e tossicodipendenza*. Atti 3a Conferenza Europea degli Operatori delle Tossicodipendenze, Bologna.
- Zuckerman M. (1994), *Behavioural expressions and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge University Press.

Bibliografia aggiuntiva

- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano 1976
- Cancrini L.: Quei temerari sulle macchine volanti, NIS, Roma, 1982.
- Cancrini L. *Il Giocatore, una tossicomania senza farmaci*, EdUP, Roma 1996
- Cancrini L., (a cura di) *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milano, 1973.
- Cancrini L.: *Tossicodipendenze*, Editori Riuniti, Roma, 1980.
- Cirillo S., Berrini, R., Cambiaso G., Mazza R. *La famiglia del tossicodipendente*. Cortina Editore, Milano 1996
- Coletti M.: *Family Therapy of Drug Addiction; Drug Issues*, 1994
- D. Losasso, F. Mastrangelo e M. Clerici: *Interventi informativi e terapeutici per familiari nei Ser.T*. Itaca. Anno 3 n° 8 1999 pp. 48-66
- Elkaim Mony, *Se mi ami, non amarmi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Federman, Edward J.; Drebing, Charles E.; Krebs, Christopher *Don't leave it to chance: A guide for families of problem gamblers*. New Harbinger Publications, Inc. 2000., viii, 224 pp Oakland, CA, US.
- Hammond, Greg *Problematic gambling patterns: Approaching a systemic view*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 1997 Dec; Vol 18(4): 203-209.
- Haustein, Jochen; Schuergers, Georg *Therapy with male pathological gamblers: Between self-help group and group therapy: Report of a developmental process*. Journal of Gambling Studies. 1992 Sum; Vol 8(2): 131-142
- Heineman, Mary *Compulsive gambling: Structured family intervention*. Journal of Gambling Studies. 1994 Spr; Vol 10(1): 67-76.
- Heineman, Mary *Parents of male compulsive gamblers: Clinical issues/treatment approaches*. Journal of Gambling Behavior. 1989 Win; Vol 5(4): 321-333
- Mc Goldrick M e Carter E. *Il ciclo vitale della famiglia*, in: *Stili di funzionamento familiare*, a cura di Walsh F., F. Angeli, Milano, 1986
- McCown, William G; Chamberlain, Linda L *Best possible odds: Contemporary treatment strategies for gambling disorders*, John Wiley and Sons, Inc. 2000. xi, 260 pp New York, NY, US.
- Neuburger R. (1987), *La domanda in terapia familiare ed in psicoanalisi*, in *Terapia Familiare* n°3/87.
- #spostare

PER UN APPROCCIO UMANISTICO-ESISTENZIALE ALLE DIPENDENZE

Premesse

1) La Rottura della simbiosi primaria

La nostra stessa esistenza individuale inizia con una traumatica separazione: il trauma della nascita, come appunto si intitola una storica pubblicazione di Otto Rank - Il trauma della nascita - che, per citare lo stesso riferimento fatto da Freud (tr. it. 1991), rappresenterebbe l'origine di quella "fissazione primaria" alla madre che, se non superata, sarebbe all'origine della nevrosi come "rimozione originaria". La verità biologica di questo evento inaugurale dell'esser-ci - o dell'essere "gettati nel mondo" per usare una espressione di Sartre - si proietta emblematicamente in un racconto delle origini, che rappresenta il mito fondativo della concezione giudaico-cristiana. Un angelo di fuoco cacerà i nostri progenitori da quell'Eden primario dove tutto veniva concesso senza sforzo alcuno ad una dimensione fatta di fatica - "guadagnerai il pane con il sudore della fronte" e di dolore "partorirai con dolore".

L'unità originaria si è ormai irreversibilmente rotta. Ne deriverà una nuova realtà: quella "oggettuale". La separazione cioè tra un soggetto ed un oggetto da cui inevitabilmente siamo condannati a dipendere. Il cibo, prima ineludibile fonte di sostentamento, non ci verrà più fornito in una beatifica appartenenza ad una unione simbiotica (come avveniva quando la nostra alimentazione avveniva attraverso un cordone ombelicale) ma attraverso una separazione tra soggetto desiderante/bisognoso ed un oggetto-seno materno che ci può venire offerto nei modi e nei tempi opportuni. O meno.

Questa stessa divaricazione tra soggetto e oggetto (oltre e più che la stessa traumaticità del parto) rappresenta l'incrinatura tragica a cui ogni essere vivente è condannato nell'affacciarsi al mondo. Una dimensione traumatica che, come sappiamo, disperatamente cercheremo di neutralizzare regredendo a uno stato di coscienza (se non di realtà) non-oggettuale attraverso gli infiniti tentativi di ricerca coscienziale che puntano elettivamente a trascendere la dimensione "oggettuale" per recuperare quel beatifico "perdersi nel tutto" in cui la realtà individuale - o ego - possa ancora dissolversi nel "tutto" da cui originariamente si è separato. Questa è la prospettiva non solo della mistica paolina in quel "cupio dissolvi et esse cum Cristo", ma anche - e soprattutto - della tradizione orientale che nella tradizione dell'Advaita Vedanta e del Buddhismo ci invita a coltivare stati meditativi attraverso cui poter trascendere l'ego per confluire in uno stato coscienziale percepito come espressione della coscienza cosmica e definito, appunto, "non oggettuale".

2) Separazione e Colpa

Nella tradizione ebraica questa rottura viene ricondotta ad una "colpa primaria" imputabile alla disubbidienza dei nostri progenitori. Non stupisce riscontrare un analogo paradigma anche nella tradizione vedica per la quale, all'origine della creazione, viene posto il dramma di Brahma. Il creatore dell'universo, infatti, decisisi a uscire dallo stato meditativo autoreferenziale e di dare vita al mondo, crea, come prima creatura, una figura di donna. Una figlia, quindi. Ma l'immagine della creatura è talmente sensuale ed irresistibile che lui stesso se ne innamora. Si macchia così di un peccato nefando: l'incesto. Questa ineludibile colpa gli attirerà lo sdegno degli altri dei e la decapitazione da parte di Shiva (per sua fortuna aveva cinque teste ...) che porterà con se il suo cranio usandolo come ciotola del mendicante-asceta.

Il collegamento tra separazione e colpa, su cui si fonda la concezione del mondo in queste culture, seppur discutibile, non stupisce. La sofferenza stessa, ineludibilmente collegata ad ogni processo di separazione (non a caso dia-ballo - separo in greco), rappresenta la radice di ciò che "dia-bolicamente" produce separazione e evoca una colpa all'origine della sofferenza che produce. Questo basic belief si connette verosimilmente ad una concezione molto diffusa per la quale il mondo, nella sua primaria concezione, rappresentava una creazione perfetta (vedi anche età dell'oro dei greci e luogo dove scorrevano latte e miele dei germani), nata da divinità onniscenti e che solo per intervento di fattori non previsti o comunque interferenti si è corrotto nelle forme di cui l'umanità ha esperienza e connotate da elementi di catastrofici e conflittuali.

Il “tradimento”, legato al vissuto di separazione ed emblematicamente rappresentato nella disubbidienza alla autorità paterna da parte dei nostri progenitori nel racconto della Genesi, viene sottolineato da vari autori (tra cui Eschilo nel “Prometeo”, E. Fromm in “Sarete dei”, James Hillman in “Puer Aeternus” e Aldo Carotenuto in “Amare tradire”) e rappresenta la “prova del fuoco” per l’individuo, il processo di separazione della propria individualità da quell’appartenenza al nucleo genitoriale da cui deriva la sua venuta al mondo.

Interessante, in proposito, il dato clinico riscontrabile nell’anoressia. “Cadere” nell’abbuffata o anche semplicemente nel concedersi una tregua ad un regime di digiuno esasperato, viene inevitabilmente accompagnato da un vissuto di colpa. L’etica della contro-dipendenza, in questo caso, implica il tentativo eroico di non cedere a nessuna seduzione collegata al dover dipendere da un cibo che, verosimilmente, rimanda ad una comunicazione simbiotico-regressiva con la figura materna dalla quale il vissuto adolescenziale tende disperatamente a distaccarsi. In questo caso la colpa non accompagna il tentativo di sottrarsi allo stato primario di dipendenza, ma alla tentazione di rientrarvi e la tendenza ascetica (vedi l’importante contributo di Mario Reda su *Le sante anoressiche*, 1996) evidenzia il disperato tentativo di affermare uno stato di in-dipendenza dai bisogni primari che, notoriamente, ci collegano allo stato di dipendenza ineludibilmente connesso al legame con le figure genitoriali.

Ci soffermeremo più avanti sul collegamento tra il trauma della separazione ed il ricorso alle droghe come forma di evitamento della stessa sofferenza. Vorrei piuttosto fermarmi sulla esperienza privativa collegata alle esperienze amorose e di forti vincoli affettivi che, di tutte le forme carenziali, rappresenta verosimilmente il paradigma originario di riferimento.

3) Il ricorso alla droga tra dipendenza e contro-dipendenza

Nell’accostamento tra droga e vicende amorose è interessante osservare come, negli stessi miti della creazione, compaia, quasi senza eccezione, la tematica collegata alle sostanze. I sette saggi della cultura vedica sono infatti “ebberi di soma” (una droga la cui identificazione è oggetto di ipotesi diverse) e lo stesso Shiva viene spesso rimproverato dalla paredra Parvati di eccedere nel fumo dell’Hashish che lo porta “altrove” e lontano dalle incombenze che una donna si aspetta da un virtuoso marito.

Anche rispetto alla “mela” di cui ci narra il racconto della Genesi, si tratta di un “frutto” i cui poteri dovevano essere molto speciali se conseguenze furono quelle che sappiamo: “Il Signore Iddio disse: “Ecco, l’uomo è divenuto come uno di noi, avendo la conoscenza del bene e del male: che non stenda ora la sua mano e non colga dell’albero della vita, per mangiarne e vivere in eterno” (Genesi, 5. 22).

Interessanti sono le ipotesi che accostano l’Albero della vita descritto nella Bibbia a quello delle Esperidi della tradizione greca dove Eracle si recò sfidando, anche in questo caso, il serpente posto in prossimità dello stesso (con la interessante “variante” collegata al fatto che, mentre il serpente della Genesi offre il frutto ad Eva, quello delle Esperidi custodisce l’albero e può essere ingannato solo dopo aver assunto una pozione magica fornitagli dall’Eroe). Nella tradizione caucasico-shamanica l’albero sembra essere una betulla attorno alla quale crescono i funghi dalla cappella rossa (simile quindi ad un frutto caduto): l’amanita muscaria il cui contenuto, la muscarina, rappresenta forse l’allucinogeno maggiormente diffuso nel pianeta e presente nelle tradizioni di un incredibile numero di tradizioni sviluppatesi sotto la più distanti latitudini del pianeta (vedi sul tema il pregevole compendio su “I funghi allucinogeni” di Giorgio Samorini, 2001).

Anche Ulisse deve infatti “sdrogarsi” dagli effetti narcotici dei frutti del loto – che avevano trasformato in porci i suoi compagni per volere di Circe e riprendere il proprio cammino di individuo adulto (capace di raggiungere il suo telos, il ritorno ad Itaca) solo dopo il descensus ad inferos dove incontrerà il saggio Tiresia che gli predirà le condizioni per poter tornare in patria.

Come a dire che, seppure sotto diverse forme, il passaggio da una condizione di simbiosi primaria ad una di individualismo-adultità contempla non raramente il ricorso a sostanze inebrianti che, in vario modo, mediano tale difficile transizione. L’assunzione di sostanze allucinogene si ritrova, in effetti, in molti “riti di passaggio” adolescenziale e, non a caso, anche nei rituali autogestiti dei giovani delle società industrializzate.

4) **Droga e angoscia di separazione**

Che le droghe svolgano, da che mondo è mondo, la funzione di attenuare la fatica e il dolore intrinsecamente connessi alla umana esistenza emerge chiaramente anche dal mito della creazione della tradizione incaica dove il re mitico Manco Chapac riceve dal cielo la foglia di coca sotto forma di cometa accompagnata da una voce che la definisce "rimedio alle sofferenze dei mortali".

Ma non serve andare così lontani: anche nella tradizione greca, Dioniso condensa nella sua figura poliedrica i temi della tragicità della condizione umana, della inesausta ricerca del piacere e della condivisione come della consolazione dalle affezioni cui la vita inevitabilmente ci condanna.

Come ci ricorda il coro delle Baccanti di Euripide (vv. 282-4): "Il figlio di Semele che insegnò il succo tratto dall'uva, la bevanda che agli esseri infelici che sono gli uomini, e muoiono, acquieta ogni dolore, quando dentro il frutto della vite li inonda, e dà il sonno, e col sonno l'oblio di tutti i mali della giornata; non v'è medicina altra che questa per chi soffre e pena".

Seppure in forme diverse appare evidente come il ricorso alle droghe si collega intimamente sia a momenti celebrativi di gioia (specie in ricorrenze di condivisione. Valga fra tutti il miracolo della trasformazione dell'acqua in vino fatta da Gesù a Canaan) che di compensazione per il dolore-fatica collegati alla esistenza umana ed in particolare alle fatiche connotate da lutto e separazione. Quella di "bere il calice sino alle feccie" fu l'espressione di Cristo nell'orto del Getzemani in vista del sacrificio ultimo. Polarità – piacere/dolore – che si ritrova nello stesso rito eucaristico dove la celebrazione simposiale si unisce a quel "bevete il mio sangue" rappresentato da quel "succo della vite" di cui già i riti dionisiaci furono anticipazione stando alla geniale ricostruzione di Macchioro (1929) nel suo "Studi intorno all'orfismo". Interessante, al proposito, l'accostamento con un altro passaggio di Euripide, sempre da "Le baccanti": "Due sono, mio caro giovane, le cose essenziali al mondo: Demetra, ossia la terra (chiamala così se vuoi): è lei a nutrire con i cereali, con il cibo asciutto. Poi è venuto il figlio di Semele e ha trovato un corrispettivo, l'umido succo della vite, e lo ha introdotto tra i mortali. Il vino spegne i dolori delle persone che soffrono".

5) **La realizzazione del potenziale umano**

Primum vivere deinde filosofari, cita un detto latino che ci ricorda come le speculazioni sulla esistenza non debbono farci perdere le premesse di fondo su cui la nostra vita si fonda. Nel nostro caso, come è emerso a più riprese nei testi riportati, è un dato di fatto che la nostra esistenza nasce dall'incontro di due esseri umani, si sviluppa come emanazione da un rapporto simbiotico per poi acquisire progressivamente una maggiore autonomia pur rimanendo interconnessa con il mondo, uno o più gruppi di appartenenza e con un "compagno/a" con cui intessere una relazione privilegiata che rappresenta, soddisfatte le necessità primarie di sopravvivenza, l'aspetto più importante della nostra esistenza pur con le sue "vicissitudini" per usare un termine caro a Freud che ha richiamato su questo aspetto la priorità del significato della nostra vita. In questo ontologico "Con-esserci" (miteinander sein) l'uomo è esistenzialmente con gli altri anche quando è solo" come ci ricorda M. Heidegger nel suo Essere e tempo.

Se il principio-guida della Psicologia umanistica (PU) può identificarsi nella realizzazione delle potenzialità umane, si pone quindi il quesito se tale realizzazione si riferisce maggiormente ad una dimensione individuale, come può essere nel lavoro o comunque nella possibilità di esprimere le proprie attitudini e ambizioni (e) realizzare una relazione di amore-scambio-conoscenza che solo nella relazione di profondo scambio interpersonale è dato conseguire. E questo non solo per arricchire la nostra conoscenza-esperienza del Mondo e dell'Altro-da-sé ma per poter incontrare anche più pienamente noi stessi.

Sappiamo bene che la possibilità di conseguire una dimensione relazionale appagante rappresenta più l'eccezione che la regola, ma questo non toglie che ben difficilmente ci rassegniamo a questa realistica accettazione del "principio di realtà" e che lo sbocco alla elaborazione di questo lutto ontologico si apre ai due scenari fondamentali: quello di accettare un processo di sublimazione nell'orientare le nostre potenzialità

amoroze verso un ambito più ampio di investimenti libidici (interessi affettivi di tipo familiare o amicale sociale, culturale, economico o spirituale) o convivendo, spesso in modo sofferto come inevitabilmente avviene per ogni lutto inelaborato o ... inelaborabile.

Accanto ai contributi a orientamento analitico, relazionale, cognitivo e psicologico-transpersonale cercherò, nelle poche pagine a disposizione di mettere a fuoco alcuni elementi che aiutino a riportare il tema nell'ambito umanistico-esistenziale come "Terza forza", tra gli orientamenti di tipo analitico e quelli di tipo comportamentistico. La stessa fu avanzata nel 1962 da un gruppo di psicologi sotto la guida di Abraham Maslow in occasione della fondazione dell'Associazione di Psicologia Umanistica il cui "manifesto" prevedeva alcuni punti fondanti tra cui:

- ! identificazione nell'essere umano, concepito nella sua interezza come oggetto di interesse prima che i suoi sintomi o le categorie diagnostiche nelle quali costringerlo in modo impersonale e corrispondente ad un metodo di indagine adeguato alle scienze della natura più che alle "scienze umane";
- ! superamento di una concezione scientifico-deterministica dell'essere umano che lo concepisce essenzialmente come oggetto di pulsioni o di condizionamenti sociali a favore di un recupero della sua capacità di scelta, di assunzione di responsabilità di fronte al suo destino che attivamente contribuisce ad autodeterminare;
- ! valorizzazione della unicità e della dignità di ciascun essere umano che, in modo più o meno consapevole, è chiamato alla realizzazione del suo potenziale come autentica via di superamento di una condizione di non-realizzazione nevrotica ed autolimitante;

Ispirato alla filosofia fenomenologico-esistenziale, il movimento umanistico si sviluppa inizialmente ad opera di Abraham Maslow (1971), di Carl Rogers (1970) e di Rollo May (1978). Al primo si deve il tentativo di definire un nuovo concetto di "salute" che non coincide necessariamente con il benessere e con l'assenza di sintomi. Mettendosi nei panni dei nazisti ad Auschwitz o a Dachau si chiede se sarebbe stato segno di salute non avvertite alcun malessere e di malattia provare angoscia o semmai il contrario considerata la situazione inumana a cui erano condannati tanti suoi simili.

Un secondo apporto significativo alla PU viene dall'opera di Carl Rogers che, nel 1951, pubblica il suo noto libro *La terapia centrata sul cliente* nel quale indica gli atteggiamenti e le attitudini di un terapeuta che sa andare oltre l'applicazione di schemi concettuali prestabiliti nell'avvicinarsi alla unicità di ogni essere umano condensandoli in 3 elementi: la genuinità per la quale il terapeuta deve mostrarsi per quello che è senza trincerarsi dietro il proprio ruolo, l'empatia con il vissuto del cliente e l'accettazione positiva incondizionata che dà fiducia nelle potenzialità auto-realizzative del cliente e si pone in una posizione di "epochè" (non giudizio) sui vissuti che gli vengono presentati.

Questi elementi si fondano sulla premesse elaborate all'interno della psicologia fenomenologico-esistenziale di Ludwig Binswanger (2007) e si fondono progressivamente con altri orientamenti che ne condividono gli assunti di base contribuendo ad arricchirne il patrimonio concettuale e metodologico ai quali possiamo affiancare la Psicologia individuale di Carl G. Jung e la Psicologia archetipica di James Hillman.

Tuttavia come sintetizza Mario Mastropaolo (2012, p. 7) si tratta di una

Prospettiva che «non può né deve essere identificata nei postulati di una delle sue scuole. E nessuna scuola ha il copyright della conoscenza dell'uomo. Perché la psicologia è nata con l'uomo, per l'uomo e morirà con l'uomo; e il luogo della sua nascita non fu certo il laboratorio dell'artificio, né lo sterilizzato biancore di un ospedale. La psicologia è parte integrante, anzi la vita stessa dello speculare filosofico, l'aspetto che più di ogni cosa partecipa del dolore dell'uomo, non solo a livello teoretico e speculativo, ma è lo stesso cuore della filosofia perché intrisa di quella profonda valenza affettiva che nasce dalle interazioni umane». Nelle pagine che seguono si cercherà di trasmettere il senso di un "minimo comune denominatore" che lega i diversi orientamenti che si riconoscono nell'approccio umanistico-esistenziale attingendo primariamente alla Terapia della Gestalt che sembra intercettare in modo più coerente sia a livello teorico che metodologico l'essenza della

“intermedietà” tra l’orientamento di derivazione analitica, più interessato ai vissuti intrapsichici e quello comportamentista, più interessato all’agire osservabile e obiettivamente misurabile. L’identificazione del “sé” come esperienza di “contatto” al confine tra Mondo interno e Mondo esterno intercetta l’esperienza dell’essere-al-mondo come dimensione perennemente “al confine” tra vissuti e agiti nel “duplice contatto” tra dimensione intrapsichica e relazionale.

Elementi teorico-metodologici dell’approccio umanistico

- 1) **La autoregolazione organismica.** La tendenza fondamentale alla crescita dei viventi implica una continua negoziazione tra individuo e ambiente tendente alla attualizzazione delle risorse potenziali ed al raggiungimento di una situazione di equilibrio energetico (Goldstein, 1939). Tale principio rappresenta forse l’assunto epistemologico fondante dell’approccio gestaltico e fa dire a Perls (Perls et al., 1951) «L’organismo sano raccoglie tutte le proprie potenzialità per la gratificazione dei bisogni in primo piano. Immediatamente, appena un compito è terminato, recede sullo sfondo e permette a quello, che nel frattempo è diventato il più importante, di venire in primo piano. Questo è il principio dell’autoregolazione organismica».

- 2) **Il principio auto-realizzativo.** Commentando la nota espressione di Gertrude Stein «una rosa è una rosa è una rosa» Perls asserisce come «ogni individuo, ogni pianta, ogni animale, ha solo una meta implicita, un ruolo obiettivo innato: attualizzarsi per quello che è!». In una visione olistica di interazione tra i diversi livelli di complessità tra loro circolarmente interagenti si struttura in modo autogeno un processo teso alla attualizzazione delle potenzialità immanenti dell’individuo. Di qui la vicinanza con il concetto di daimon della tradizione filosofico-sapienziale greca ed il concetto junghiano di “guida interiore” nella sua funzione di “rettifica” nei confronti delle deformazioni autopercettive dell’Ego (vedi anche Hillman, 1998).

- 3) **Il potenziale umano.** Il processo di crescita che un intervento di psicoterapia è chiamato a facilitare dovrebbe svolgere una funzione riparativa (secondo il paradigma di Ferenczi) di qualcosa che presumibilmente non ha funzionato nel processo educativo (inteso etimologicamente come e-ducere, come accompagnamento da una condizione infantile ad una condizione adulta). Ciò che veniva considerato solo un disturbo da eliminare (depressione, angoscia, senso di colpa, senso di inferiorità) viene reinterpretato dalla PU come un segnale di lotta interna verso una qualità di vita più alta. Il terapeuta si avvicina ad un disagio non come ad un male da eliminare, ma come ad un messaggio da decodificare, meglio se investendo in questa ricerca lo stesso “portatore del disagio” che da “paziente” può diventare soggetto e protagonista attivo del processo di auto-conoscimento e cura del sé. «Si può essere liberi di essere ciò che si vuole solo riconoscendosi come vero protagonista e modellatore della propria vita» (Maslow, 1971).

- 4) **Il nucleo tragico.** E’ importante aiutare il paziente a contattare il nucleo tragico nel quale la sua esistenza rischia di restare intrappolata (spesso attraverso una intensificazione del pathos collegato a questa presa di coscienza): grande sarà il sostegno che il terapeuta è chiamato a dare per aiutarlo a non eludere un fronteggiamento consapevole del nucleo (o mitologema nella terminologia junghiana) “tragico” della sua esistenza e accompagnarlo verso la ricerca di una diversa prospettiva che offra vie di uscita all’empasse incontrato. Richiamando Simkin (1978, p. 65) «L’empasse è contrassegnata dall’atteggiamento fobico cioè dalla fuga. Abbiamo paura, ed evitiamo la sofferenza, specialmente la sofferenza della frustrazione. (...) Pur di non

soportare i dolori della crescita, preferiamo restare degli immaturi, preferiamo continuare a manipolare il mondo».

- 5) **La struttura di personalità.** Nel descensus ad inferos descritto da Dante nella Divina Commedia tre animali sbarrano la strada alla sua possibilità di procedere nel suo percorso di anima-psychè: la lince, la leonessa e la lupa, intendendo i tre vizi capitali dai quali si sentiva minacciato, invidia, orgoglio e bramosia. Analogamente, ognuno di noi – specie se non abbiamo un “dolce duca” (che nel racconto di Dante è Virgilio) a rassicurarci ed impedirci di tornare indietro, può interrompere il proprio progresso nel percorso di crescita se non affronta quei tratti caratteriali che possono imprigionarci in schemi comportamentali ripetitivi e caricaturali (Zerbetto, 2009). Di qui l’importanza di individuare quei “buchi della personalità” per i quali si rimanda, tra le tante possibilità di approfondimento, al lavoro di auto-esplorazione introdotto da Claudio Naranjo (1997; Zerbetto 2010) sulle “strutture enneatipiche.

- 6) **L’io “purificato” e la proiezione all’esterno del locus of control.** E’ nota la tendenza a “negare” o “rimuovere” contenuti di coscienza che percepiamo come sgradevoli. Tale meccanismo osserva il principio dell’“Io purificato” introdotto da Freud per il quale la funzione egoica pone delle resistenze ad accogliere parti del sé che percepisce come minacciose e tende quindi a proiettarle fuori dal sé. Tali fenomeni proiettivi, tuttavia, “alienano” parti del sé che vengono quindi disconosciute e percepite come minacce esterne da cui proteggersi. E’ quindi importante, nel lavoro terapeutico, identificare tali meccanismi di rimozione per procedere in senso inverso e cioè della riappropriazione delle parti scisse.

- 7) **Il lavoro sulla consapevolezza.** Il termine di awareness (consapevolezza) rimanda ad una presa di coscienza non solo a livello intellettuale anche sui “processi primari” a livello immaginale, emozionale e senso-percettiva. Ma aprirsi ad un’autentica assunzione di consapevolezza non è per niente ovvio e richiede talvolta molto “coraggio” e fiducia nei processi autoregolativi. Per richiamare Perls «La nostra tecnica per sviluppare l’autoconsapevolezza consiste nell’estendere in ogni direzione le aree della attuale consapevolezza. Per riuscire in questo è necessario portare alla vostra attenzione le vostre esperienze che preferireste evitare e non riconoscerle come vostre. In seguito verrà lentamente alla luce l’intero sistema dei blocchi su cui si basa la vostra abitudine, l’abituale strategia di resistenza alla consapevolezza» (Perls, Hefferline, e Goodman, 1951, p. 91).

- 8) **Dall’analizzare al percorso esperienziale.** Analizzare viene da ana-luo, disseziona, faccio a pezzi. Ma così facendo si uccide l’organismo vivente che vogliamo studiare. Per coglierne i processi vitali dobbiamo, al contrario, osservarli “in vivo”. L’approccio gestaltico-umanistico propone un percorso esperienziale di graduale appropriazione ed integrazione delle parti scisse. Più che la comprensione intellettuale, che naturalmente fiorisce in una seconda parte, è quindi importante lasciare spazio all’esperienza di entrare nel proprio sogno e in qualche modo riappropriarsi di parti che istintivamente siamo portati a disconoscere e, quindi, alienare. Noi siamo noi stessi, tutti noi stessi in ogni gesto, in ogni azione, ogni menzogna, ogni interruzione autoimposta. Importante è acquistarne consapevolezza, appropriarci responsabilmente di chi siamo e di cosa facciamo e magari, se lo scegliamo, mutare i nostri schemi ripetitivi ed insoddisfacenti (da Zerbetto, 1998).

- 9) **Funzione ad-gressiva ed assimilazione.** Lo stereotipo della persona nevrotica è generalmente collegato ad un quadro di inibizione, di blocco, di auto-interruzione nelle possibilità di espressione, di difesa e di affermazione del proprio spazio vitale, di raggiungimento di legittimi traguardi nell'affermazione delle proprie capacità e potenzialità. Spesso, senza mezzi termini, si può parlare di un difetto della funzione ad-gressiva. Paradossalmente, tale inibizione si accompagna non di rado a gesti di violenza, di disinibizione incontrollata, di perdita dell'autocontrollo emozionale, etc. Il diritto ad esistere e ad esprimersi si deve ovviamente confrontare con il pari diritto di altri esseri viventi in una prospettiva ampiamente eco-sistemica. Anche l'attualizzazione del potenziale umano rischia di rimanere una parola vuota se non viene sostenuta la spinta vitale e implicitamente ad-gressiva necessaria affinché le buone aspirazioni non rimangano fatue speranze.
- 10) **Il principio di respons-abilità.** Quisque faber est fortunae suae (ognuno è artefice del proprio destino) dice un antico adagio. Seppure tenendo conto dei diversi livelli nei quali un individuo risulta in grado di "intendere e di volere", Perls insiste molto su questo punto, fino a fargli sostenere come «Non si sottolinea mai abbastanza l'importanza di questa concezione: senza assumersi piena responsabilità, senza riconvertire i sintomi nevrotici nelle funzioni consapevoli dell'Io non è possibile alcuna guarigione». Era davvero ignaro Edipo di aver ucciso il padre in quel personaggio incrociato sulla strada che portava a Delfi? Ed era inconsapevole la madre Giocasta che sposò il giovane "sconosciuto" che aveva risolto il quesito della sfinge? O forse, come lucidamente precisa Sofocle, «ciò che non viene detto non esiste» e semplicemente non faceva comodo a nessuno sapere che il giovane re di Tebe era l'incestuoso parricida? (Zerbetto 2006).
- 11) **La maieutica, ovvero l'arte di far emergere il daimon.** Nell'approccio umanistico si sottolinea come la terapia debba essere rigorosamente "centrata sul cliente", come ci ricorda Rogers. Fondamentale, in questo senso, il richiamo ad un atteggiamento "maieutico" che non presume di poter insegnare, ma si pone come funzione critica-interrogante a cui l'interessato stesso viene invitato a trovare delle risposte, passando così da una posizione passivo-infantile-dipendente ad una più responsabile, consapevole ed adulta. Si può quindi dire che maieutica ed evocazione del daimon sono in realtà la stessa cosa (Hillman, 1998). L'arte del terapeuta consisterà quindi nel trattenere la spinta a trasmettere la "sua" verità al paziente per aiutarlo ad esplorare e conquistare una sua più autonoma soggettività.
- 12) **Elementi di un programma terapeutico per giocatori patologici ad orientamento umanistico integrato**
L'approccio umanistico trova una importante applicazione nel trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo nel Programma "Orthos" che vede all'origine del progetto la scelta filosofica di fondo, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere (attraverso il ricorso a sostanze inebrianti, gioco o sesso che siano) quanto l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori - e non di disvalori - tale legittima aspirazione dell'essere umano.
C'è tuttavia un passaggio critico nel quale il piacere sconfinava nell'eccesso e nel dis-piacere. Una durevole "soluzione" al dilemma non sta tuttavia nel perpetuare una ontologica contrapposizione tra "principio del piacere e di realtà" per usare una terminologia freudiana che caratterizza la storia dell'Occidente da Platone in poi (Zerbetto, 2001a; 2001b; 2011), ma nell'esplorare ed affinare l'arte del buon vivere che possiamo perseguire quella pratica di autoapprendimento, di messa a fuoco del confine critico che ognuno porta in sé inconsciamente e che dobbiamo far emergere a livello adulto e consapevole.
Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o di malattia insanabile (proposta dalla filosofia degli Alcolisti Anonimi) che può darci le premesse per una ricerca empiricamente scientifica ed antropologicamente coerente con una tradizione millenaria di possibile coesistenza con fattori

dipendentogeni con i quali l'umanità da sempre si è trovata a confrontarsi. A questa sapienza millenaria si deve attingere, superando il tragico empasse nel quale ci costringe una mentalità di derivazione prioritariamente statunitense all'insegna di un insanabile contrapposizione tra eccesso e rigorismo proibizionistico.

La finalità dell'intervento terapeutico non si focalizza tanto sulla rimozione del sintomo, cui pure viene riconosciuta una fondamentale importanza, ma su una profonda revisione dell'esistenza dell'individuo, del suo stile di vita e della costellazione valoriale alla quale si è ispirato, più o meno consapevolmente, e che lo ha portato ad una situazione di grave empasse esistenziale che si esprime sia a livello psicologico, che nelle relazioni affettive ed amicali, che lavorative e sociali.

Risulta infatti precaria una soluzione a livello sintomatico se alla stessa non si accompagna una più profonda rivisitazione del progetto di vita nel suo insieme. Fondamentale sarà anche affrontare quei nodi critici del disturbo di personalità sottostante che, se non conosciuto ed affrontato, rappresenterà la premessa ineludibile per il ripetersi del sintomo che inevitabilmente si ripresenterà (Zerbetto, 2011).

ORTHOS ARTICOLO RICERCA

Ricerca Orthos

Al fine di sottoporre a **verifica empirica l'efficacia del programma trattamentale intensivo ORTHOS**, è stato effettuato uno studio volto a indagare gli effetti clinici del trattamento ad almeno un anno di distanza dal suo termine.

Metodo

I partecipanti al programma ORTHOS sono stati intervistati in fase di accesso al trattamento (T0) per la valutazione del loro funzionamento psichico globale secondo DSM (*Global Assessment of Functioning*, Valutazione Globale del Funzionamento, VGF; APA, 2000).

In quel contesto, sono stati raccolti anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, alla loro storia clinica pregressa, ed è stato loro somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure e Blum, 1987) per la valutazione dei sintomi di gioco d'azzardo patologico (GAP).

I soggetti sono quindi stati contattati per effettuare un'intervista, telefonica o *vis-à-vis*, della durata di circa due ore, ad almeno un anno di distanza dalla fine del trattamento (M=1,7 anni; DS=0,3), in cui è stata nuovamente effettuata la valutazione del funzionamento globale e dei sintomi GAP attuali (T1).

Le valutazioni VGF sono state effettuate in doppio cieco da due clinici esperti e supervisionate dal responsabile della ricerca nella persona del responsabile scientifico del Programma, Riccardo Zerbetto; è stata utilizzata la media di tali valutazioni VGF per le successive analisi statistiche dei dati. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato per il trattamento anonimo dei dati ai fini di ricerca.

Soggetti

Lo studio ha coinvolto inizialmente 164 soggetti che avevano partecipato al programma trattamentale ORTHOS e lo avevano completato da almeno un anno.

I soggetti presentavano un'età media al momento della rilevazione in T0 (inizio del trattamento) di 45,9 anni (DS=11,8; range: 23-75), erano in prevalenza uomini (N=148; 90,2%), coniugati (N=79; 48,2%) o celibi (N=47; 28,7%), con livello di istruzione prevalentemente di licenza media (N=70; 42,7%) o media superiore (N=80; 48,8%).

La maggior parte di loro proveniva dalla regione Toscana (N=89; 54,3%), ma nella distribuzione erano presenti quasi tutte le regioni italiane.

Essi presentavano una comorbidità clinica accertata nel 34,1% dei casi (N=56), in prevalenza depressione (N=39; 69,6%).

I soggetti avevano un debito medio di € 42166 (DS=182379), con individui che arrivavano a circa due milioni di euro di debito.

Di questi soggetti, 140 (83,3%) hanno partecipato alla rilevazione in T1 (tempo di rilevazione da uno a cinque anni di distanza dall'inizio del trattamento).

Attenzione: come è noto, non è facile avviare e mantenere una efficace relazione terapeutica con soggetti appartenenti all'ambito delle dipendenze e, forse in particolare, con giocatori problematici che evidenziano una struttura di personalità fortemente "egosintonica" con scarsa disponibilità a mettersi in discussione, a chiedere aiuto nei momenti difficili o a mantenere un contatto anche nei periodi nei quali "le cose vanno bene".

Tra i casi che non è stato possibile contattare ci sono situazioni, infatti, nelle quali sappiamo di ricadute con conseguente atteggiamento a sottrarsi ad un confronto percepito come frustrante, ma anche situazioni di uscita dal gioco d'azzardo ma nelle quali il soggetto adotta un atteggiamento di rimozione circa il suo passato di giocatore e ne evita ogni possibile rievocazione.

Strumenti

I soggetti sono stati valutati in T0 e T1 attraverso i seguenti strumenti:

- ⊖ South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), questionario *self-report* di *screening* volto a indagare la presenza e la severità del GAP. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, il SOGS

permette di evidenziare la probabile presenza di problemi di gioco, fornendo informazioni su molteplici aspetti: tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, menzogne circa le attività di gioco, giocare più della somma prevista inizialmente, e così via;

-) Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000), scala da 0 a 100 di tipo *clinician-report*, qui codificata secondo i criteri del MGAF-R (Hall, 2000), che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative.

Risultati

L'elaborazione dei dati relativi ai 140 casi che hanno partecipato alla rilevazione T1 mostra un effetto positivo significativo, di elevata ampiezza, del programma di trattamento ORTHOS sulla riduzione dei sintomi GAP e sulla salute mentale generale dei soggetti trattati, a un anno di distanza o più dalla fine del trattamento. Come illustra la Tabella 1, infatti, in questi soggetti si è osservata una riduzione media di 9,04 punti al SOGS ($r=0,58$, $p<0,0001$), con un elevato livello di significatività rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP. Nei 140 soggetti si è osservato anche un incremento ampio e significativo del funzionamento globale. L'incremento medio alla VGF è di 18,34 punti, indicando quindi un miglioramento della salute mentale generale e del funzionamento globale degli individui trattati di quasi il 20% ($r=0,23$, $p<0,01$).

Tabella 1. Sintomi di Gioco d'Azzardo Patologico (SOGS) e Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) all'ingresso (T0) e a un anno o più (T1) dal trattamento ORTHOS (N=140).

	Media T0 (DS)	Media T1 (DS)	t ₍₁₃₉₎	p	d	effect size
SOGS	13,15 (3,23)	4,11 (3,68)	- 24,78	<0,0001	4,20	0,90
VGF	55,06 (8,84)	73,41(10,76)	23,72	<0,0001	4,02	0,89

In sintesi, questi risultati confermano l'efficacia del trattamento ORTHOS rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP, con oltre l'85% del campione in cui i sintomi manifestati non assumono più rilevanza clinica (punteggi al SOGS inferiori a 5). Inoltre, nei 140 soggetti esaminati la partecipazione al programma ORTHOS risulta associata ad un importante miglioramento delle condizioni di salute mentale complessiva anche ad un anno di distanza o più dalla fine del trattamento, con un numero di casi peggiorati inferiore all'1% e un numero di casi migliorati globalmente superiore al 95%.

I dati di ricerca, pur considerando le limitazioni relative alla non verificabilità dei possibili altri fattori intervenienti nel tempo successivo al trattamento, suggeriscono quindi che il programma intensivo di trattamento ORTHOS è efficace, avendo a distanza di un anno o più come effetti principali una riduzione molto importante dei sintomi GAP (qui misurati attraverso i punteggi al SOGS) e un miglioramento nel funzionamento globale (VGF) dei soggetti trattati. Inoltre, se si considera che *effect size* superiori a 0,80 vengono considerati nella ricerca medica e psicologica come effetti di grande rilevanza clinica (Cohen, 1988), i quali di per sé giustificano pienamente l'utilizzo di un particolare trattamento, gli *effect size* riscontrati in questo lavoro di 0,90 per il decremento SOGS e di 0,89 per l'incremento VGF indicano l'utilità del modello trattamentale ORTHOS per la cura del GAP.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2000). DSM – IV – TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision. Tr. it Milano: Masson, 2001.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Hall, R.C. (2000). Global assessment of functioning: A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9),1184-1188.

ORTHOS DENARO E GAP

DENARO E GAP: aspetti psicologici ed interventi clinici sulla dimensione del denaro all'interno del Programma Orthos

Premessa

Il denaro è stato oggetto di ricerche psicologiche orientate ad analizzare ciascuna solo qualche aspetto particolare e parziale; quindi, manca una vera e propria teoria psicologica sul denaro. D'altronde, come notano Ferrari e Romano, la complessità del tema impone che lo si affronti da più punti di vista: "il denaro, nella sua interezza, è un concetto troppo complesso perché possa essere affrontato per pura addizione di argomentazioni, che in successione lineare esauriscano il tema". Indubbiamente la teoria economica che vede il denaro come misura di valore, mezzo di circolazione o riserva di valore è insufficiente; "l'idea che pensare in termini di denaro significhi pensare in termini razionali è radicata tanto profondamente nella nostra vita pratica che sembra impossibile porla in dubbio" (Brown 1986, p. 265).

La complessità dell'argomento è, inoltre, legata **all'ambivalenza cognitiva ed emotiva**; il denaro è contemporaneamente considerato **un'entità sia razionale che irrazionale**, legata ad emozioni positive e negative: per esempio, può assumere un valore sia negativamente che positivamente sacro. Le giustificazioni di questa ambivalenza risiedono forse in due ordini di ragioni: **da una parte il simbolismo**, dovuto in parte ai processi inconsci descritti soprattutto dagli psicoanalisti; **dall'altra il processo di "sedimentazione"** (Ferrari e Romano 1999), ovvero la trasmissione intergenerazionale dei valori, degli atteggiamenti e delle rappresentazioni che nei secoli gli sono stati associati. Il valore che la società e la cultura attribuiscono al denaro, dunque, condiziona fortemente il nostro atteggiamento nei suoi confronti (Francescato, 1999). Altrettanto determinante è il comportamento che abbiamo appreso dall'ambiente familiare; infatti, fin dalla prima infanzia, si è stati educati ad impiegare il denaro con correttezza, a custodirlo e, quasi sempre, ad attribuirgli massima attenzione e considerazione. Spesso i nostri sentimenti verso il denaro sono una reazione, anche inconsapevole, ai comportamenti dell'ambiente in cui siamo cresciuti e, talvolta, parlare di denaro in famiglia può essere un tabù così come il parlare di sesso (Francescato, 1999).

Il denaro è un fenomeno psicologico e non solo economico; è significativo che nel 2002 il premio Nobel per l'economia sia stato assegnato allo psicologo Daniel Kahneman.

Claudio Widaman scrive: “coloro che indagarono la natura del denaro giunsero per diverse vie alla conclusione che esso non è un oggetto solamente reale, ma anche simbolico. Su questa posizione convergono le analisi dell’economia (Keynes, 1931), dell’antropologia (Polany, 1977), della psicologia (Katona, 1951). Sul finire dell’Ottocento il filosofo Georg Simmel (1900) sosteneva che il denaro possiede un “superadditum psicologico”, grazie al quale rappresenta qualcos’altro oltre a sé stesso. La psicologia non può esimersi dall’indagare i contenuti simbolici che compongono il superadditum psicologico del denaro e che gli conferiscono rilevanza non soltanto economica, ma anche simbolica. **Nel denaro si simbolizza il fluire dell’energia psichica; il suo scorrere è vitalità e dinamismo; il suo ristagnare è stasi e immobilismo: una medesima parola designa tanto la depressione economica quanto la depressione psichica”.**

Di tutti i beni materiali il denaro si presenta come il più appetibile perché si tratta del **bene più facilmente alienabile**. Dostoevski affermava che «*la moneta è libertà coniata*».

Non è difficile cogliere il passaggio dall’aspetto funzionale del denaro a quello simbolico: è come se nel suo accumulo si assommassero il maggior numero di simbolizzazioni possibili, esattamente perché il denaro può accedere a tutte. In particolare, Furnham e Argyle raccolgono **quattro istanze psicologiche di cui il denaro rappresenterebbe la simbolizzazione finale**. Sempre riprendendo le frasi di Widman e riportandole alla patologia del gioco d’azzardo è interessante considerare il “*principio di quantità*” in riferimento al quale scrive che: “*la ricerca impronta forme patologiche di avidità che si concretizzano in relazioni distorte con il denaro, quali dipendenza da lavoro, cleptomania, overspending, ma-xing out, appropriazioni indiscriminate, ecc. Un’inestinguibile avidità gravita attorno alla natura quantitativa del denaro, costellando forme attuali di un’antica auri sacra fames*”.

Spesso i soggetti affetti da dipendenza da denaro negano l’importanza che quest’ultimo assume nella loro vita rivelando infantilismo e idealismo, destinati a frantumarsi amaramente nel confronto con la realtà, e l’esame di realtà è uno dei principi fondanti la psicoanalisi.

È proprio a partire da queste riflessioni che riteniamo necessario, nell’ambito del gioco d’azzardo esplorare, durante la pratica del gioco, la dimensione del denaro. Cosa rappresenta o può rappresentare per ognuno dei giocatori d’azzardo patologici il denaro? Potere? Sicurezza? Libertà? Amore? Status? Avidità? Mezzo di scambio e di comunicazione? O solo esclusivamente un mezzo per giocare in modo compulsivo? Probabilmente è una sorta di concentrato di tutto questo e altro ancora.

La strutturazione dell'intervento psicoterapeutico all'interno del Programma Orthos:

1. L'uso quotidiano del denaro
2. Rapporto "antico" con il denaro
3. Gestione individuale e familiare del denaro
4. Gestione consapevole del denaro

L'uso quotidiano del denaro

La prima parte di intervento di psicoterapia è quella di esplorare la **tipica giornata del paziente affetto da G.A.P** focalizzando ponendo l'attenzione sui vari aspetti legati al denaro.

L'intervento è strutturato su cinque livelli di consapevolezza:

- ⊖ il livello verbale - cognitivo
- ∩ il livello immaginativo
- ∪ il livello emotivo
- ∫ il livello sensitivo
- ∫ il livello motorio.

In questa prima fase dell'intervento, ciò che suscita estremo interesse da un punto di vista clinico, risulta essere la **rincorsa alle perdite**, il *fenomeno dell'inseguimento (chasing)*, ovvero lo scommettere con frequenza maggiore rischiando cifre di denaro più elevate, nel tentativo di recuperare le perdite. Durante questa fase critica, il giocatore racconta come la sua vita "gira" esclusivamente intorno all'acquisizione del denaro.

Spesso, durante questa esplorazione, il giocatore si deve confrontare, da una parte, con il dolore, la sofferenza, le paure più profonde, la vergogna, l'angoscia di non farcela, dall'altra, con il pieno di ottimismo dal paziente affetto da G.A.P. e riportando le frasi celebri E. Bergler: *"il giocatore è apparentemente un eterno ottimista. La sua convinzione in una finale vittoria non è scalfita dalle perdite finanziarie, anche se ingenti"*.

È importante in questi casi riportare il dialogo sul livello precedente e non farsi dirottare, dal giocatore patologico, in strade poco fruttifere; pertanto, se emerge uno stato emotivo, come la tristezza, si può aiutare il paziente a rimanere in contatto con questa emozione e di pensare a delle parole in associazione. Potrebbero "uscire" parole tipo: "mi sento solo" oppure "mi manca il gioco" o altro ancora. A questo punto sarebbe necessario **esplorare ciò che queste parole significhino per il paziente.**

Un'altra "strada" percorribile potrebbe essere quella di chiedere al paziente di emettere un suono o un movimento che rappresenti il suo stato emotivo. Il suono o il movimento può aiutare a chiarire la natura e la qualità dell'emozione.

Per sviluppare i quattro livelli è necessario riuscire a sviluppare nel paziente un funzionale processo corporeo a partire da una buona apertura del respiro.

In questa fase può prevalere il sentimento di colpa e di angoscia per aver distrutto o perso relazioni significative e positive, oppure la paura di perdere "la protezione del gioco".

L'ossessione di cercare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere **l'eccitazione** desiderata è diventata negli anni per il giocatore **un modo di stare al mondo**. Vivere il gioco d'azzardo in forma patologica significa costruirsi delle abitudini molto potenti che hanno il proprio ritmo e la loro forza propria: *"è come far muovere la macchina e poi la macchina comincia ad andare da sola indipendentemente da come è partita"*.

Prima di iniziare un lavoro **gestaltico sul tema denaro**, dove spesso emergono **elementi proiettivi ambivalenti di amore e odio nei confronti del denaro stesso**, sarebbe bene creare una cornice iniziale, impostando una serie di domande sull'uso quotidiano del denaro. Le **domande** non devono essere rivolte come in una intervista strutturata ma come un mezzo per "rompere il ghiaccio" e ottenere così maggiori informazioni dal paziente.

Nello scambio tra lo specialista e il giocatore d'azzardo non è necessario rivolgere tutte le domande, ma solo quelle che si ritengono interessanti e rilevanti in quel momento della seduta.

Le domande esplorative possono essere di questo tipo:

1. Quali sono le vostre credenze rispetto a ciò che dovrete spendere in questo periodo della vostra vita?
2. Quanti soldi spendete?
3. Quanto spesso?
4. I soldi sono vostri o di altri?
5. In che percentuale?
6. Durante il giorno quali sono i vostri pensieri riguardo al denaro?
7. Quando spendete del denaro come organizzate e sentite il vostro corpo? Postura, sensazioni ecc.
8. Cosa succede nell'atto di "protendervi" verso il denaro?

9. Come prendete i soldi, con quale mano?
10. Com'è la qualità nel toccare i soldi?
11. E una volta presi i soldi dove li mettete? In tasca, nel portafoglio, ecc.
12. Qual è la vostra sensazione nel toccare i soldi?
13. Quale pensiero vi arriva?
14. Che tipo di azione fate subito dopo?
15. Oltre alle sensazioni fisiche emerge anche una qualità emotiva?
16. Il piacere del denaro: quanta attenzione prestate al piacere del denaro nei vari contesti di vita quotidiana?
17. A seconda dei diversi tipi di ambiente (se siete al bar, al casinò oppure al supermercato a comprare un prodotto per la casa) fate una piccola scultura corporea che rappresenti lo stato emotivo in quello specifico momento.
18. Mentre spendete i soldi, mentre giocate oppure siete al supermarket, qual è la differenza di ritmo? Che intervallo c'è tra una spesa e l'altra?
19. Cosa fate e com'è quando spendete da soli oppure in compagnia di altre persone (es. parenti o amici)?
20. Qual'è la vostra esperienza riguardo alla gestione del denaro di altre persone vicine o lontane? Del loro modo di spendere?
21. Dopo aver speso del denaro, quali sono i vostri pensieri, se ci sono dei pensieri e per quanto tempo continuano questi pensieri?

Tali domande permettono al giocatore patologico di:

1. Notare la propria evoluzione del rapporto con il denaro
2. Acquisire un maggiore "padronanza" della relazione interna-esterna al denaro
3. La possibilità di aprire finestre su altre aree emotive e cognitive del paziente: sessualità, cibo, attaccamenti, emozioni secondarie come la vergogna e il senso di colpa.

Rapporto "antico" con il denaro: il rapporto del denaro nella propria famiglia d'origine

In questa seconda parte è interessante esplorare i **primi contatti con il denaro, a partire dai 4-5 anni** circa, per riuscire ad acquisire maggiori informazioni e accrescere la consapevolezza del giocatore d'azzardo patologico.

È necessario intervenire proponendo al giocatore patologico alcune domande sul suo rapporto con il denaro in relazione alle sue figure di accudimento:

1. Quando eri piccolo che clima si respirava quando i tuoi genitori dialogavano in merito al denaro?
2. Quali immagini hai riguardo a situazioni legate al denaro nella tua famiglia d'origine?
3. Cosa provi nel ricordare quelle immagini?
4. Che età avevi quando per la prima volta ti hanno dato dei soldi per acquistare qualcosa?
5. Com'è stata la prima volta?
6. Com'era lo scambio in queste situazioni tra te e la persona che ti dava del denaro?
7. Com'era il suo sguardo nel momento in cui ti consegnava il denaro?
8. Come ti sentivi nel tuo corpo? Che emozioni prevalevano?
9. Si vivevano, in famiglia, situazioni conflittuali riguardo al tema del denaro?
10. Che differenza c'era tra tuo padre e tua madre nel rapporto con il denaro?
11. Che messaggi ti sono arrivati riguardo al denaro?
12. C'erano messaggi contraddittori?
13. Quando senti che il contatto con il denaro è stato "buono" tra i tuoi genitori e quando senti che è stato meno piacevole o spiacevole?
14. Che rapporto avevi con la tua famiglia allargata (nonni, zii ecc.) in relazione alla distribuzione del denaro?
15. Com'era il tuo rapporto con il denaro durante l'adolescenza?
16. Che possibilità economiche avevi a disposizione nel periodo dell'adolescenza?

È interessante approfondire alcune risposte date dal giocatore patologico riguardo al pensiero legato al denaro, analizzando gli **elementi introiettati dalla propria cultura familiare nella fase infantile e adolescenziale**.

Da un punto di vista gestaltico è importante analizzare gli introietti del giocatore patologico che non sono altro che il mancato riconoscimento di un elemento esterno a noi, che Perls definisce “*introietto*”, che non ci appartiene: un parassita. Non riconoscendolo cerchiamo di assimilarlo o di farlo nostro, ma il risultato sarà sempre incompleto, insoddisfacente, frustrante. Quell’elemento non è nostro, e non è fatto per noi; a quel punto dobbiamo potercene liberare: espellerlo, vomitarlo, estrometterlo. Spesso gli elementi introiettivi che emergono durante le sedute sono le seguenti: *“io devo guadagnare molto perché da poveraccio non ci vivo; io mi sento potente quando vado in giro con macchine potenti; io sto bene quando pago le cene ai miei amici ecc.”*.

Spesso il giocatore si identifica in personaggi “mitologici”, ricchi e potenti, soprattutto per una tipologia di giocatori denominati **giocatori d'azione** come il pokerista, pokerista da hold'em, giocatore di cavalli e di casinò. Queste identificazioni “cattive”, sono quelle che finiscono per deformare o frustrare il giocatore patologico o che danno luogo a un comportamento distruttivo nei confronti dell’ambiente. Il giocatore patologico con il suo comportamento autodistruttivo, non solo rende infelice sé stesso, ma punisce anche tutti coloro che gli vogliono bene. Un altro aspetto da considerare, che si riscontra spesso nelle testimonianze dei giocatori sono i **messaggi contraddittori**, nella fase pre e post adolescenza, da parte della madre o da parte de padre o da entrambi: *“la ricchezza ti fa bella”, oppure “la ricchezza non fanno la felicità”, e un altro gruppo di messaggi “diventare ricchi ti dà fa contare nella vita”; “se sei povero non conti nulla”*.

Nella patologia del gioco d'azzardo accade spesso che il giocatore vive in una continua contraddizione, sviluppando comportamenti estremi anche e soprattutto nell'uso del denaro. In molti casi riferisce che quando è preso dal gioco sta attento nel comprare lo shampoo più economico, oppure la pasta scontata per poi dopo qualche ora spendere, in pochi minuti, centinaia di euro davanti alla slot machine. **Le difficoltà economiche delle proprie famiglie d'origine portano il giocatore a viverci il mondo del gioco d'azzardo come una rivalsa economica.** *“Se vinco posso portare tutti in vacanza o comprarmi la casa e comprarla anche ai miei genitori”*. Ma allo stesso tempo possono presentarsi degli scenari completamente diversi, dove la componente denaro è stata molto presente sin dall'infanzia e come raccontano alcuni giocatori patologici *“non mi mancava nulla sin da subito, in un modo e nell’altro ottenevo quello che desideravo”*.

Gestione individuale e familiare del denaro:

Il trattamento di recupero del giocatore d’azzardo patologico presuppone il coinvolgimento e la collaborazione di familiari o altre figure significative che consapevolmente si impegnano nella tutela del soggetto. Le prime difficoltà che si

incontrano nello strutturare tale tipologia di intervento è quella di “fermare le critiche” da parte dei familiari nei confronti del giocatore.

Obiettivi:

1. non criticare
2. come sostenere il giocatore
3. imparare a negoziare rispetto al denaro
4. tutoraggio

Poi ci sono alcune domande da esplorare con la famiglia del giocatore d'azzardo patologico:

1. In che momento della giornata parlate della cattiva gestione del denaro da parte del giocatore patologico?
2. Chi ne parla e come è il clima familiare, costruttivo o distruttivo?
3. Sono tutti d'accordo sulla gestione economica familiare?
4. Come sono fatte le scelte riguardo alla gestione economica familiare?
5. Chi parla con il giocatore patologico riguardo alla cattiva gestione economica, tutti insieme o solo alcuni?
6. Che qualità emotiva si respira durante la conversazione inerente la gestione economica?
7. Che cosa succede nelle ore dopo la conversazione familiare?

Dopo aver fatto una breve esplorazione con i familiari riguardo alla gestione economica e alle mancanze del familiare affetto da Gap sarebbe bene intervenire cercando di sostenere i familiari nel trovare modi “alternativi” di sostegno.

Gestione consapevole del denaro

Nella fase del “Progetto di Vita” all'interno del programma terapeutico di Orthos è importante strutturare insieme al giocatore patologico un percorso denominato: “consapevolezza del denaro”.

La crisi finanziaria che colpisce il giocatore è spesso la prima motivazione che lo spinge a cercare aiuto ed accettare il trattamento. Pertanto, è necessario un intervento strutturato che utilizzi proficuamente la crisi come risorsa.

È opportuno agire sul riequilibrio della situazione economica al fine di diminuire la pressione finanziaria che minaccia il trattamento stesso per superare la crisi iniziale e riorganizzare la gestione economica quotidiana ridefinendo anche lo stile monetario familiare. È una fase molto concentrata, che offre pochi spazi per altri interventi e gli

obbiettivi devono essere limitati: gestione del denaro regolare, aumentare gradualmente la quantità, gradualmente cominciare ad assumere la giusta gestione del denaro per ridurre gli attacchi di impulsività al gioco.

Bibliografia

- Il denaro. In psicoanalisi e al di là Copertina flessibile, 1996 di Serge Viderman (Autore), A. Serra (Traduttore)
- Mente e denaro. Introduzione alla psicologia economica, 1999 di Luigi Ferrari e Dario F. Romano
- Il denaro e la legge dell'attrazione, 2010 di Esther Hicks e Jerry Hicks
- Denaro e psiche. Valori e significati psicosociali nelle relazioni di scambio, 2013 di Massimo Bustreo e Alberto Zatti
- Il denaro e l'abbondanza, 2001 di Lise Bourbeau e D. Muggia
- Psicologia del giocatore Autori: Edmund Bergler, Renato (Traduttore) Pedio
- Denaro, Destino e Felicità - Ognuno è artefice della propria ricchezza, 2014 di Irina Reylander
- Prospettive di psicologia economica. Le decisioni sul denaro nella vita quotidiana delle famiglie, 2001 di S. Zappalà e G. Sarchielli
- Il mito del denaro, 2009 di Claudio Widmann
- Sesso, denaro, felicità. Il senso della vita (e della morte) per manager e non solo, 2009 di Manfred Kets de Vries e R. Merlini
- La mente, lo spirito e l'anima del denaro (Tu sei la tua vera ricchezza!) 2013 di Sergio Contegiacomo
- Psicogenealogia, relazione con il denaro e successo, 2009 di Marie-Noë
- L'ideologia del denaro. Tra psicoanalisi, letteratura, antropologia Copertina flessibile, 2011, di A. Voltolin (a cura di)
- Fondamenti di psicologia di comunità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione Francescato Donata; Ghirelli Guido; Tomai Manuela, 2002, Carocci

Gioco D'azzardo e Dipendenza Affettiva: l'esperienza di Progetto Orthos

Modelli di approccio alle dipendenze patologiche

Le nuove dipendenze, o "new addictions", comprendono tutte quelle forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica; l'oggetto della dipendenza, infatti, è in questo caso un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata.

In questi ultimi anni si parla sempre più spesso delle cosiddette nuove dipendenze o, per usare un termine inglese, delle "new addictions", cioè di quei comportamenti socialmente accettati, tra i quali la dipendenza dal gioco d'azzardo, da internet, dallo shopping, dal lavoro, dal sesso, dal lavoro e dalle relazioni affettive, che, ripetuti ossessivamente, fino all'estremo o in modo continuamente vano e insensato, smettono di svolgere il loro ruolo sociale per schiavizzare l'essere umano. Le dipendenze comportamentali, pur non comportando l'uso di sostanze psicoattive, hanno effetti che sono altrettanto preoccupanti ed a volte devastanti.

Nel gioco d'azzardo patologico il giocatore mostra una crescente dipendenza nei confronti del gioco d'azzardo, aumentando la frequenza delle giocate, la somma spesa nell'apparente tentativo di recuperare le perdite, il tempo passato a giocare, investendo più delle proprie possibilità economiche (indebitandosi) e trascurando gli impegni che la vita gli richiede.

La funzione socializzante del gioco è solitamente esclusa, con questa premessa il gioco può diventare più facilmente un rituale solitario e una compulsione.

Il tratto magico della fortuna accomuna tutti ma assume aspetti differenti, più o meno superficiali, disperanti o autodistruttivi a secondo della struttura personologica dei soggetti.

Quando il dipendente si abbandona al gioco avverte un momento di sommo piacere, che può raggiungere il livello dell'estasi, motivato dalla sensazione che il tempo si sia fermato e dal fatto che il soggetto esce da sé stesso per entrare in uno stato di coscienza particolarmente alterato.

Il senso di colpa viene completamente nascosto dietro false razionalizzazioni, dall'impulso irresistibile a giocare, che servono al soggetto per auto ingannarsi:

! "Giocherò solo fino a tale ora e a tale momento";

! "Dato che sto vincendo, devo continuare... devo approfittare della fortuna";

! "Ora che sto perdendo non devo smettere... devo rifarmi";

! "Non giocherò più".

È un circolo vizioso: se il giocatore dipendente perde, tenta di continuare il gioco per riguadagnare i soldi persi, e, se vince, continua a giocare perché sente che è il suo giorno fortunato.

Non esiste un profilo di personalità specifico particolarmente predisposto alla dipendenza dal gioco, bensì alcuni tratti che coincidono più o meno con quelli osservati in altri tipi di dipendenza, quali la mancanza di autocontrollo, la bassa autostima e gli elementi che costituiscono la personalità limite, narcisistica e antisociale. Inoltre, il sovraccarico di stress, la sensazione di solitudine e la difficoltà di concentrare la propria attenzione sono fattori caratteriali o situazionali che facilitano l'insorgenza di tale dipendenza.

L'aspetto motivazionale è di fondamentale importanza quando si inizia a trattare una dipendenza. In assenza di motivazione non si può innescare un processo di cambiamento.

L'Associazione Orthos si propone come scopo principale lo studio e la ricerca nel campo della terapia delle dipendenze ed in particolare della dipendenza da gioco d'azzardo; per il raggiungimento dello scopo si avvale di Psicoterapeuti, Psicologi, Counselors, Esperti in comunicazione, Formatori, Ricercatori sociali, Ludoterapeuti, Operatori culturali, Educatori, Medici generici e specialisti. Il responsabile scientifico e supervisore del programma terapeutico è Riccardo Zerbetto, psichiatra e psicoterapeuta didatta.

Un programma innovativo e unico in Italia applicato ai giocatori d'azzardo patologico ma che si sta estendendo, con opportuni adattamenti, anche ai "nuovi dipendenti" (da internet, cibo, sesso, buying compulsivo, social, sesso ecc)

L'intervento di Orthos si definisce, tendenzialmente, con finalità curative di tipo "causali" e non "sintomatiche". Abbiamo infatti verificato per consolidata esperienza come la ricaduta nel GAP rappresenta l'espressione di un disagio o di una perdita di controllo generalmente collegata a periodi di difficoltà, ad una struttura personale, ad uno stile di vita o ad una costellazione valoriale che rappresentano il vero obiettivo dell'intervento terapeutico al di là del sintomo del quale, comunque, è necessario farsi carico in una prima fase dell'intervento terapeutico. Destinatari sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socioeconomico 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. Tale programma è destinato in particolare ai "giocatori patologici non patologici e ai "giocatori emotivamente disturbati" secondo la classificazione di Blaszczynski (2000)

Una delle caratteristiche di Progetto Orthos è la collaborazione di più figure professionali durante il trattamento intensivo residenziale, soprattutto l'alternanza di interventi di psicoterapia e counseling di gruppo durante le giornate di comunità: se si parla di diagnosi, clinica, patologia, cura in che ambito di lavoro si collocano i counselor che per deontologia, oltre che per responsabilità, non si devono occupare di questi aspetti? Per la persona che è colpita da questo tipo di dipendenze è importante incominciare da un lavoro di consapevolezza: si parte dal presupposto che voglia attuare un cambiamento nella sua vita, e che voglia intraprendere un percorso di conoscenza di sé utilizzando i propri punti di forza e una migliore gestione delle proprie risorse. Un sostegno al fine di aiutare a definire un autosostegno, sollecitando una consapevolezza emotiva e corporea, il più delle volte dimenticata.

Si lavora sull'identificazione del comportamento eccessivo, dando informazioni sugli svantaggi nel perdurare certi schemi abitudinari, sulla motivazione del soggetto a cambiare certe abitudini, sull'identificazione e condivisione degli obiettivi personali dando sostegno alla modalità di raggiungimento, monitorando nel tempo, una volta finito il programma intensivo, le ricadute, sostenendo la ripresa del controllo sulla propria vita e nei diversi ambiti, lavorativi, amicali e familiari. E' su queste aree che si può fare un lavoro di counseling importante, sul progetto di vita che si tende a eludere, sulle costellazioni valoriali, sulla spinta ad-gressiva che molte volte si è interrotta, sul riportare il focus of control dall'ambiente a noi.

Ma che correlazione può avere la dipendenza da gioco d'azzardo patologico con la dipendenza affettiva? La nostra esperienza di 11 anni ci porta a confermare che sono due aspetti molto vicini se non coesistenti: la dipendenza affettiva, diversamente da quanto a volte si manifesta all'evidenza, non è un fenomeno che riguarda una sola persona, ma è una dinamica a due. A volte il partner del "dipendente affettivo" è un soggetto

problematico, che maschera la propria dipendenza affettiva con una dipendenza da droga, alcol o gioco d'azzardo.

In questo caso i problemi del compagno diventano la giustificazione per dedicarsi interamente all'altro bisognoso, non prendendosi il rischio di condurre un'esistenza per sé, altre volte la persona amata è rifiutante, sfuggente o irraggiungibile, e non interessata alla relazione. In entrambi i casi quello che seduce è la lotta: la dipendenza si alimenta del desiderio di essere amati proprio da chi non ci ricambia in modo soddisfacente, e cresce in proporzione al rifiuto, anzi se non ci fosse quest'ultimo, il presunto amore non durerebbe. La dipendenza quindi si aggrava di fronte al rifiuto così come la perdita al gioco genera un "exciting", una scossa adrenalinica e di piacere di fronte alla perdita: " finché non perdo tutto non torno a casa ...", " la vincita è quasi noiosa, sfido l'impossibile...".

Un pensiero magico, nel gioco d'azzardo, una presunzione distorta nella dipendenza affettiva di riuscire prima o poi a farsi amare da chi proprio non vuole saperne di amarci o di amarci nel modo in cui noi pretendiamo. Nella dipendenza affettiva, ciò che viene sperimentato come amore diventa una droga. Nel gioco d'azzardo patologico la sostanza è lo stesso "giocare": la propria vita, o almeno ciò che viene ritenuto importante e valevole di impegno e attenzione nella propria quotidianità, si riduce a ciò che riguarda il 'gioco' ed è nel 'gioco' che ci si sente in vita.

I sintomi delle due dipendenze sono simili: il dipendente affettivo prova una sensazione di piacere solo quando sta con il partner, e non riesce ad ottenere in altri modi o attivare le sue risorse per stare bene; di solito soffoca ogni desiderio e interesse individuale per occuparsi dell'altro ma inevitabilmente viene deluso e il suo amore prende la forma del risentimento. Allo stesso tempo non riesce ad interrompere la relazione, in virtù di ciò che definisce "amare troppo", non rendendosi conto che questo comportamento distrugge l'amore che richiede invece autonomia e reciprocità. Il piacere e l'angoscia che si possono provare sono equiparabili a quelle presenti nel giocatore patologico: quando il dipendente si abbandona al gioco attraversa un momento di sommo piacere, che può raggiungere il livello della sbornia o dell'estasi, causato dalla sensazione che il tempo si sia fermato e dal fatto che il soggetto esce da se stesso per entrare in uno stato di coscienza particolarmente alterato.

L'impulso irresistibile a giocare riesce a cancellare nel gambler il senso di colpa, che viene nascosto dietro false razionalizzazioni, ragionamenti apparentemente veri ma ingannevoli. "Giocherò solo fino a tale ora e a tale momento"; "Dato che sto vincendo, devo continuare... devo approfittare della fortuna"; "Ora che sto perdendo non devo smettere... devo rifarmi"; "Non giocherò più". È un circolo vizioso: se il giocatore

dipendente perde, tenta di continuare il gioco per recuperare i soldi persi, e, se vince, continua a giocare perché sente che è il suo giorno fortunato e non ne può fare a meno.

“Il Nulla.

Ed è in questo nulla che mi perdo e quando riaffioro mi sento un fallito, vedo gli occhi di mia madre carichi di lacrime e la vorrei portare al ristorante e farla ridere come un tempo, vedo mia sorella che mi ama e odia allo stesso tempo, che è stata la mia pusher e la mia inconsapevole alleata: chiedevo soldi come un barbone sulla strada alla mia famiglia, soldi e solo soldi perché la sera dovevo giocarmeli tutti, perché solo attorno a quella roulette io stavo bene e mi perdevo...”

Utente Orthos

Astinenza da gioco

Quando il giocatore patologico tenta di rinunciare al gioco e di resistere a tale impulso cade in preda ad un profondo malessere sotto forma di ansietà o irascibilità, associato a turbe vegetative e disturbi del comportamento (una sintomatologia depressiva) che possono culminare nell'atto suicida, il medesimo del dipendente affettivo “ senza di te non voglio vivere “.In questo caso si sperimenta un tourbillon di cambiamenti di stato che, alla fine dei giochi, non muta nulla nel proprio modo di stare in relazione con l'ambiente circostante. Si entra in una dimensione spazio-temporale, quella del gioco all'interno di un luogo appositamente deputato, dove si prova l'ebbrezza della propria libertà e della propria autonomia decisionale e se ne esce ritrovandosi nella medesima condizione di partenza. Una relazione assoluta :il primo pensiero del mattino e l'ultimo della sera...E' una relazione totalizzante che si stabilisce tra un soggetto ,un oggetto, un comportamento .

“Stavo malissimo: quando ho incominciato a giocare alle slot ho provato una gioia assoluta, ero solo, davanti allo schermo e tutte le tensioni passavano, ero in un mio mondo, le parole di mio padre erano dimenticate, mi sentivo grande, forte, mandavo a quel paese mio padre ogni volta che schiacciavo quel pulsante, ridevo, l'ansia spariva, era un angolo di pace. Scappavo, ora lo capisco, ma la mia fuga mi faceva sopravvivere alla vita di tutti i giorni.”

Utente Orthos

Il dipendente affettivo cerca dosi di tempo sempre maggiori da dedicare al partner, riducendo sempre di più il proprio tempo autonomo e i contatti con l'esterno; il soggetto sente di esistere solo quando c'è l'altro e **la sua mancanza lo getta in uno stato di allarme, pensare la propria vita senza l'altro è inimmaginabile.** L'altro è visto come l'unica fonte di gratificazione, le attività quotidiane sono trascurate, l'unica cosa importante è il tempo trascorso con la persona amata. Il giocatore d'azzardo patologico investe tutta la sua energia, pensieri, tempo e concentrazione sul gioco, su **come recuperare i soldi per giocare,** sull'inventare menzogne, sul recuperare denaro. Tutto ruota intorno al gioco, così come tutto ruota intorno all'oggetto d'amore del dipendente affettivo. Il concentrare il senso della propria vita nel momento del gioco, a poco a poco, conduce ad una situazione caratterizzata dal non aver più il controllo del tempo trascorso a 'giocare' e dei soldi che si perdono, ciò che va ad incidere pesantemente sulla complessità e sulla qualità della vita della persona, condizionandola da diversi punti di vista: possono insorgere problemi dal punto di vista professionale e lavorativo, possono ridursi drasticamente i rapporti sociali, le relazioni familiari si fanno più tese e, anche se si persiste nel dire che tutto va bene, si accentua la distanza tra le parti. Tutto perde di interesse in favore del 'gioco'.

Ambedue le dipendenze rientrano nel discontrollo degli impulsi, ossia l'incapacità di controllare il proprio comportamento: una riduzione di lucidità e capacità critica che crea vergogna e rimorso e che in taluni momenti viene sostituita da una temporanea lucidità, cui segue un senso di prostrante sconfitta e una ricaduta nella dipendenza, che fa sentire più imminenti di prima i propri bisogni legati all'altro. Questi processi si colorano di rabbia e senso di colpa. Inoltre, a differenza delle sostanze, che sono più facilmente disponibili, si può generare una paura ossessiva di perdere la persona amata, espressa con gelosia e possessività, che si alimenta smisuratamente ad ogni piccolo segnale negativo che si percepisce.

La posizione paradossale che caratterizza la dipendenza affettiva è: "non posso stare con te" (per il dolore in seguito a umiliazioni, maltrattamenti, tradimenti) "ne senza di te", (per l'angoscia al solo pensiero di perderti). Il giocatore, come il dipendente affettivo, è come se visse un'esperienza dissociata: per un verso tende a definirsi e vedersi come una persona indipendente e capace di assumersi le proprie responsabilità; dall'altro verso, però, sembra esserci qualcosa che stona e, di fatto, emerge la descrizione di una quotidianità che non rispecchia quel desiderio di autonomia così presente nelle parole enunciate: come se non si ritenesse realmente capace di pensare a se stessa per come vorrebbe. In altri termini, a fronte di dichiarazioni che fanno perno sull'esaltazione delle proprie doti e delle proprie capacità che ne farebbero una persona di provata autonomia,

viene proposta la narrazione di una quotidianità nella quale risulta estremamente forte, costante e ambiguo il rapporto con l'ambiente.

Spero di riuscire a guarire da te, uno di questi giorni.

Devo smettere di fumarti, di berti, di pensarti. È possibile. Seguendo le prescrizioni della morale di turno. Mi prescrivo tempo, astinenza, solitudine.

Ti va bene se ti amo solo una settimana? Non è molto né poco, è abbastanza. In una settimana si possono riunire tutte le parole d'amore che sono state dette sulla terra e gli si può dare fuoco. Ti scalderei con quel falò dell'amore bruciato. E anche il silenzio. **Perché le parole d'amore più belle si trovano tra le persone che non si dicono niente.**

Bisogna bruciare anche quell'altro linguaggio laterale e sovversivo di chi ama. (Tu sai come ti dico che ti amo quando ti dico: «Che caldo che fa», «Dammi l'acqua», «Sai guidare?», «Si è fatta notte» ... **Tra le persone, in mezzo alla tua famiglia e alla mia, ti ho detto «Si è fatto tardi», e tu sapevi che ti dicevo «Ti amo».**

Un'altra settimana per mettere insieme tutto l'amore del tempo. Per dartelo. Perché tu ne faccia quello che vuoi: conservarlo, accarezzarlo, buttarlo nell'immondizia. Non serve, è vero. Voglio solo una settimana per capire le cose. Perché tutto questo è molto simile a uscire da un manicomio per entrare in un cimitero. (JAIME SABINES)

Bibliografia:

Mauro Croce e Riccardo Zerbetto: (2006): Il Gioco e l'azzardo . Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento Franco Angeli

Anneke Bühler, Johannes Thrul (2015): Prevention of addictive behaviours. Updated and expanded edition of Prevention of substance abuse EMCDDA,

Kenneth Paul Rosenberg, Laura Curtiss Feder Edra:(2015) Dipendenze comportamentali. Criteri, evidenze, trattamento.

Raimondo Maria Pavarin, Daniele Virginio Corbetta: (2015) Dipendenze con e senza sostanze. Teoria, ricerca e modelli di intervento, Franco Angeli

Maria Vittoria Crolle Santi, Giancarlo Pintus: (2014) La relazione assoluta. Psicologia della Gestalt e dipendenze patologiche, Aracne

Daniela Capitanucci: (2017) Un coordinamento contro l'overdose da gioco d'azzardo, in Prospettive Sociali e Sanitarie,

Maria Vittoria Crolle Santi, Giancarlo Pintus:(2014) Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti. Franco Angeli

Cesare Guerreschi :(2011) La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore? Franco Angeli

ORTHOS: PROGRAMMA RESIDENZIALE BREVE PER GIOCATORI D'AZZARDO

Riccardo Zerbetto con la collaborazione di

1. PREMESSA

È noto come, nel trattamento degli stati di dipendenza, vengono abitualmente utilizzati interventi a livello ambulatoriale o residenziale. Nel caso delle dipendenze "classiche" o da sostanze, primariamente i narcotici, i trattamenti sostitutivi – ovviamente integrati con quelli medico-psico-sociali - rappresentano lo strumento principale di intervento mentre, in alternativa, vengono utilizzati interventi in ambito residenziale con programmi di durata media annuale, se non superiore.

Nel caso della dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP), che pure il DSM 5 ha incluso a pieno titolo tra le dipendenze, seppure "comportamentali" e senza farmaci, tali strumenti tradizionali di intervento non sono parimenti utilizzabili. Il "gioco sociale" (senza uso della componente "aleatoria" e uso del denaro) non viene generalmente considerato un valido "sostituto" ed anche l'inserimento in programmi comunitari di lungo periodo viene spesso considerato incompatibile con il mantenimento dei rapporti familiari, lavorativi, i quali, ai fini di un accettabile inserimento, è importante poter mantenere e semmai consolidare, piuttosto che indebolire a seguito di un lungo periodo di estraniamento dal contesto sociale di appartenenza.

Mancano, allo stato attuale nel nostro Paese ma anche a livello internazionale, risorse di trattamento per patologie che, pur avendo all'origine una struttura di personalità predisposta alla dipendenza (*addiction prone personality*), si diversificano in una gamma di diverse espressioni fenomeniche che vanno dal gioco d'azzardo patologico, alla sex addiction, all'abuso di Internet, all'abuso di ecstasy, cocaina ed altri stimolanti, specie se assunti in modo saltuario.

La tipologia dei "nuovi dipendenti" si esprime inoltre in una gamma estremamente diversificata a livello sociale, culturale, di età e di censo rendendo difficile un inserimento in contesti terapeutici predisposti per popolazioni target assai relativamente omogenee e quindi meno adatte ad immissioni da parte di soggetti con storie personali e problematiche fortemente diversificate.

Ne deriva un forte disagio nella possibilità di offrire utili e realistici sbocchi terapeutici in situazioni che, seppure non ricalchino la devastante drammaticità di quadri di

eroinomania primaria, comportano comunque forti elementi di sofferenza psico-adattiva ai singoli, alle famiglie ed alla collettività.

Si rende pertanto urgente sviluppare nuove forme di intervento che si confrontino con la recente evoluzione dei quadri patologici collegati alle nuove forme di dipendenza e che abbiano le seguenti caratteristiche:

- a. **Essere di breve durata** e compatibili con il mantenimento di un inserimento sociale e lavorativo
- b. **Dotarsi di una forte specializzazione degli operatori** che in un periodo relativamente breve possano incidere in modo efficace su una patologia comunque difficile da trattare
- c. **Avvalersi di agilità di strutture** che non comportino il sovraccarico di procedure e costi tipici delle strutture sociosanitarie tradizionali, ma che possano replicarsi in modo più agile e differenziato sul territorio
- d. **Prevedere la possibilità di una compartecipazione ai costi da parte degli utenti in grado di contribuire**, almeno per le spese di ospitalità (che può essere offerta, analogamente a interventi non medicalizzati come è la psicoterapia) gravando sui fondi regionali unicamente per quanto concerne il compenso delle prestazioni strettamente professionali
- e. **Essere fortemente integrati nella rete dei servizi territoriali**

2. PRESENTAZIONE DEL PROGETTO ORTHOS

Nella sintesi che segue vengono riportati gli elementi costitutivi di un approccio terapeutico innovativo sia nella filosofia di riferimento che nei metodi adottati.

2.1 Filosofia di riferimento

Il nome del Progetto, 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 e non di disvalori tale legittima aspirazione dell'essere umano. Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o peggio

ancora di malattia incurabile che può darci le premesse per una ricerca empiricamente scientifica ed antropologicamente coerente con una tradizione millenaria di possibile coesistenza con fattori dipendentogeni con i quali l'umanità da sempre si è trovata a confrontarsi. A questa sapienza millenaria si deve attingere superando il tragico empasse nel quale ci costringe una mentalità di derivazione prioritariamente statunitense all'insegna di un insanabile contrapposizione tra eccesso e rigorismo proibizionistico. Giova, semmai, ricordare l'indicazione del filosofo Epicuro – in genere ingiustamente sottovalutato – che ci ricorda come il senso della misura (coerentemente all'etica greca del *"metron ariston"*, del fatto cioè che la cosa migliore sta appunto nella "misura") è intrinseco alla logica del piacere e non ad essa contrapposto. C'è infatti un *acmé* nella curva di Gauss delle esperienze di piacere (vedi l'assunzione di alcolici) oltre la quale il piacere, appunto, si trasforma in sofferenza. Se il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell'uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile eradicarlo completamente dall'individuo o dalla società. Se tale discorso è vero in generale, lo è in particolare per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socioculturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco.

In casi estremi il tentativo di trovare un "giusto equilibrio" 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 proponga obiettivi più realistici e moderati che più irrealistici e radicali. 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.

Nella prospettiva filosofica come nella metodologia applicativa ci siamo quindi orientati alla promozione dei seguenti principi: nella salvaguardia di criteri generali di indirizzo, **la terapia si esprime in modo "personalizzato" e tale da tener conto delle specifiche caratteristiche di ciascun Utente.** L'astinenza totale viene generalmente raccomandata come regola che si giustifica per la vulnerabilità di fondo alle ricadute che comunque permane in un soggetto che è incorso in forme gravi di gioco compulsivo. Abbiamo, infatti, verificato per consolidata esperienza come la ricaduta nel GAP rappresenta l'espressione di un disagio o di una perdita di controllo generalmente collegata a periodi di difficoltà, ad una struttura personologica, ad uno stile di vita o ad una costellazione

valoriale che rappresentano il vero obiettivo dell'intervento terapeutico al di là del sintomo del quale, comunque, è necessario farsi carico in una prima fase dell'intervento terapeutico. Un supporto scientifico *"evidence based"* verrà fornito successivamente su queste pagine che si propongono come ambito di confronto su questo importante aspetto del rapporto tra l'essere umano (ma non solo) ed il gioco a rischio (non solo in denaro) che tocca il cuore del problema, sia a livello di ricerca clinica che antropologica in generale.

3. Destinatari

Sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socioeconomico 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.

Tale programma è destinato in particolare ai *"giocatori patologici non patologici"* e ai *"giocatori emotivamente disturbati"* secondo la classificazione di Blaszczynski (2000).

4. Obiettivi dell'intervento terapeutico

Alla luce di quanto sintetizzato a proposito della filosofia di intervento, gli obiettivi terapeutici si identificano nei seguenti punti:

- ! ■ ricostruire attraverso una rivisitazione della storia personale l'instaurarsi di fenomeni di fissazione nella crescita psico-emotiva che hanno messo in atto e successivamente perpetuato meccanismi disregolativi della capacità di adattamento creativo e di realizzazione di un soddisfacente *life project*
- ! ■ riappropriazione (*reowning*) delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali disfunzionali assumendone la personale responsabilità come individui adulti evitando la proiezione di comodo su situazioni esterne, il mondo o gli altri
- ! ■ analisi della attuale situazione disregolativa negli investimenti libidici ed esplorazione delle alternative da perseguire per elaborare un più soddisfacente *progetto di vita*.

5. Le componenti del programma terapeutico

Si riportano in sintesi alcuni degli elementi peculiari del Programma:

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 (nella fattispecie, 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. *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;
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;
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;
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;

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 (Schimmenti, 2010; Schimmenti e Caretti, 2012) 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);
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 alla 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;
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 & 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;
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 (Pace, Cacioppo e Schimmenti, 2012). 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;

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.);
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;
12. attraverso l'adozione di tecniche specifiche viene, quindi, enfatizzata 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.

6. Metodologia

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

1. *Ricostruzione "narrativa"*, attraverso la storia personale, di quei fenomeni di *fissazione* nella crescita psico-emotiva utilizzando l'ampia messe di ricerche ed applicazioni cliniche inerenti al 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 allo stesso tempo quegli aspetti carenti, disfunzionali o disturbanti che possono aver interferito negativamente in una più armonica maturazione della personalità. Precedenti riconducibili a maltrattamenti nell'infanzia sono frequentemente all'origine di comportamenti additivi successivi (Patry e Steinberg, 2005).
2. *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'individuo si è costruito la sua particolare *Weltanschauung*. L'identificazione di tali nuclei cognitivi, identificati da A. Beck nella depressione e da Laduceur (2003) nel gioco d'azzardo patologico, consente all'interessato di essere meno "agito" da tali "introietti" e di riprendere gradualmente le redini del proprio destino sottraendosi alla compulsione anancastica che lo ha portato a ripetere con infernale ripetitività gli stessi errori.
3. Verrà quindi sottolineata l'importanza di una concreta riappropriazione (*re-owning*) 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*).
4. 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.

5. L'identificazione di fattori che hanno perpetuato meccanismi disregolativi della capacità di adattamento creativo verranno successivamente collegati alle interferenze *nella realizzazione di un soddisfacente life project*. Fondamentale si renderà l'analisi della attuale situazione disregolativa negli investimenti libidici e la *esplorazione delle alternative* da perseguire per elaborare un più soddisfacente progetto di vita.

7 Le FASI DEL PROCESSO TERAPEUTICO

7.1 La fase dell'*intake*

- ! Tale fase viene svolta presso i SerT della regione Toscana o di altre regioni da cui sono stati inviati gli Utenti.
- ! Per coloro che hanno avuto le informazioni tramite Internet o dalla stampa, si svolge presso la sede ambulatoriale del progetto Orthos che, allo stata attuale, dispone di riferimenti a Roma, Milano, Bolzano, Siena e S: Benedetto del Tronto
- ! La sede del programma residenziale di "Noceto" è sita nel comune di Monteroni d'Arbia (Siena)

In questa fase si prevedono uno o più colloqui necessari per raccogliere: dati socio-anagrafici, anamnesi personale e familiare, test di personalità e specifici sul gambling e analisi motivazionale ad intraprendere il programma in oggetto

7.2 Fase del trattamento residenziale di 21 giorni

Tale Programma prevede un intervento intensivo di tre settimane ed un lavoro *di full immersion* estremamente strutturato in ambito residenziale nel quale le diverse fasi del percorso terapeutico vengono condotte con un lavoro specifico sulle 12 *aree di criticità* (riportate in appendice in coda all'articolo) che sono state identificate come connotative del GAP. La scelta per il periodo corrisponde sia alla compatibilità con impegni di lavoro e di inserimento socio-familiare, ma anche con il periodo minimo sufficiente per interrompere comportamenti compulsivi ed instaurare modelli comportamentali alternativi. La scelta di non avviare un inserimento *on going* tra Utenti che entrano ed escono dal programma osserva inoltre il criterio che intende privilegiare una successione organica e strutturata di interventi che, in caso contrario, non sarebbe possibile assicurare. Altro motivo, del pari non trascurabile, è la possibilità di instaurare una modalità di

rapporti “in cordata” tra gli Utenti che consenta la costruzione ed il mantenimento di forti legami di sostegno reciproco anche nel periodo successivo al completamento del programma residenziale.

7.3 Fase dell’accompagnamento e dei richiami

Tale fase prevede un attento monitoraggio sulla fase del reinserimento sociale, familiare e lavorativo.

7.3.1 Al completamento del programma residenziale segue un incontro di 2 giornate, dopo 3 mesi dal trattamento intensivo, di richiamo per l’approfondimento di problematiche residue o sopravvenute e, per ultimo, incontri di una o due giornate di trattamento intensivo di mantenimento a distanza per un periodo minimo di un anno.

7.3.2 Con l’esperienza, si è deciso di garantire agli utenti anche degli incontri mensili presso la sede della comunità nei pressi di Siena, a Milano per gli utenti del Nord Italia e a Roma per il Centro-Sud. Questo, ovviamente, in aggiunta agli incontri regolari che gli utenti portano avanti con gli operatori dei SerT laddove si sia stabilito un soddisfacente rapporto terapeutico, cosa che ovviamente gli operatori di Orthos raccomandano strenuamente di perseguire.

8. LE COMPONENTI STRUTTURALI DELL’INTERVENTO TERAPEUTICO E LO SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA IN COMUNITÀ

8.1 Pratica di autoascolto e autoosservazione

Ognuno sarà invitato ad esplorare la possibilità di *stare con sé stesso* o a sostenere la fatica e la paura del farlo nel caso non avesse sviluppato nella sua vita una consuetudine minimale a “stare con le proprie “cose” (sentimenti, fantasie, timori, emozioni negative, pensieri). A tale momento viene riservato un grande significato e non potrà quindi essere eluso se non in casi effettivamente eccezionali. Molti dei comportamenti assuntivi sono determinati dalla compulsione a “riempire un vuoto” psichico. Tale *horror vacui* è quindi all’origine di *acting out* sotto forma di comportamenti compulsivi (agiti) e anancastici (determinati da meccanismi coattivi e non determinati da libera scelta) con le conseguenze ben note. Fondamentale è quindi tendere ad invertire tale meccanismo e coltivare una

pratica che consenta lo sviluppo di una più equilibrata capacità di *stare con sé stessi* o per lo meno di *non fuggire dalla propria ombra*. In questa esperienza vengono anche introdotti esercizi corporei che facilitano il contatto con parti contratte e con posture disfunzionali abitualmente collegate a tratti caratteriali problematici. Segue una condivisione dei vissuti. In tale esperienza emergono generalmente contenuti di coscienza molto personali che verranno elaborati nell'arco delle successive occasioni di incontro e lavoro terapeutico.

8.2 Il lavoro

Due ore della giornata, a seconda della stagione, vengono riservate ad una applicazione lavorativa di carattere prevalentemente fisico. Osservando un programma di lavoro settimanale, i residenti si occupano di: lavori domestici (manutenzione degli spazi comuni), partecipazione alla preparazione dei pasti, giardinaggio, accudimento degli animali domestici o di allevamento, manutenzione degli immobili (tinteggiatura, riparazioni etc.), lavori di segreteria (fotocopiatura, scrittura, ricerche su Internet, etc).

Anche in questo caso, al di là della necessità-utilità dei lavori svolti, l'occupazione concreta fornirà importanti elementi per comprendere il livello di crescita personale in relazione al cosiddetto "principio di realtà". Non è tanto importante il valore oggettivo del compito svolto ma il "come" il soggetto dimostra di sapersi relazionare allo stesso. Nelle patologie in oggetto ci troviamo spesso in presenza di una forte difficoltà a rapportarsi in modo equilibrato al principio di realtà, vuoi sotto la forma dell'evitamento, che della compulsione. Si tratta quindi di sviluppare una forma di applicazione lavorativa che si armonizzi con le attitudini del soggetto e che non sia disgiunta da elementi di piacere superando la frequente contrapposizione di fondo tra piacere-gioco (droga, etc) e dovere-lavoro. Le forme di lavoro proposto avranno anche il significato di una riconciliazione con aspetti concreti della vita con cui spesso il soggetto aveva perso la consuetudine rifugiandosi una dimensione di "realtà virtuale" fittizia ed estraniante.

8.3 La terapia in gruppo

Il lavoro in gruppo rappresenta il cardine del processo terapeutico proposto e si sviluppa secondo modalità e obiettivi diversi che si articolano nei diversi giorni della settimana come segue:

8.3.1 Gruppo di psicoterapia e autonarrazione. A turno ognuno dei residenti ha l'opportunità di "raccontarsi" al gruppo facendo emergere sia gli aspetti di luce che di ombra della propria esperienza personale. Viene inoltre invitato ad evidenziare i passaggi critici che possono essere identificati all'origine dei propri comportamenti problematici

nonché le situazioni di rinforzo o di mancato superamento. Ai membri del gruppo viene chiesto di partecipare coltivando la attitudine dell'ascolto attivo, ma anche di porre domande su particolari "passaggi" significativi.

8.3.2 Gruppo di arteterapia. Questa attività avrà due versanti privilegiati:

- a) quello delle tecniche espressive (disegno, acquarello, pittura, modellamento della creta, fotografia, etc);
- b) quello della musica, movimento, poesia e teatro, secondo un calendario di iniziative proposto dall'operatore competente e confrontato con i residenti.

Tali attività rivestono una grande importanza dal momento che offrono l'opportunità di esplorare percorsi di carattere creativo-espressivo che spesso restano latenti ed inespressi in quanto soffocati dal comportamento compulsivo collegato ai meccanismi della dipendenza. Si tratta, in altri termini, di riallargare il ventaglio delle esperienze di ricerca e di gratificazione liberandosi progressivamente dall'appiattimento e dalle stereotipie collegate da comportamenti anancastici e ripetitivi che non lasciano spazio reale e mentale a nessun altro interesse o stimolo evolutivo.

8.3.3 Gruppo sul pensiero magico. Tale gruppo viene riservato sia ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche etc.), sia ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi. Sia le ricerche in ambito analitico di Freud e di Bergler che di Laduceur (2003) in ambito cognitivistico, hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le svelte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza (Zerbetto, 2011).

8.3.4 Gruppo di verifica. Tale riunione ha il significato di valutare il percorso fatto nella settimana di lavoro e di stimare sia gli obiettivi conseguiti che quelli mancati. L'importanza di tale momento sta nel sostenere una attitudine a "consultare la mappa" nel percorso di cambiamento e di crescita intrapreso. In ogni navigazione è infatti importante consultare le stelle di riferimento a darsi un'idea del percorso fatto. L'attitudine a monitorare l'andamento del percorso sarà infatti importante per sostenere la fase di rientro nel periodo post-residenziale.

8.3.5 Il valore del denaro e la verifica sulle situazioni debitorie

Il rapporto con il denaro rappresenta generalmente un elemento problematico nella vita del giocatore, a prescindere dallo specifico coinvolgimento nel gioco d'azzardo che, di questa problematica di fondo, rappresenta generalmente l'espressione ultima e, per certi aspetti, "coerente". Il tema è estremamente complesso e non può essere riassunto in poche righe. Vale menzionare che nel corso del programma residenziale viene previsto un intervento dedicato ad affrontare eventuali problemi in tale senso, in particolare in collaborazione con la Fondazione Antiusura. A livello locale si prevede un collegamento con le sedi decentrate per garantire una forma di "accompagnamento" per il recupero crediti.

8.3.6 Il gioco creativo

Nel dopo-cena viene previsto uno spazio dedicato alla socializzazione informale nella quale riemergono spesso le tematiche affrontate nel corso del giorno ma anche 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
- ! 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.).

8.3.7 Il lavoro con le famiglie

Risulta assai improbabile attendersi un cambiamento durevole nei comportamenti di un dipendente senza un contemporaneo cambiamento delle modalità relazionali che coinvolgono le persone a lui più strettamente legate da vincoli familiari (Scardina, Lipari e Picone, 2006).

L'esperienza sino ad ora maturata insegna che tale lavoro, in parallelo, riveste una importanza ineludibile e strutturale. È comunque impegno primario da parte degli operatori coinvolgere i familiari nella ricostruzione di una rete affettiva.

Si richiede quindi che, sia nella fase di intake che residenziale che infine dell'accompagnamento, i familiari maggiormente legati al soggetto problematico

partecipino ad incontri di verifica sulle dinamiche in atto nell'ottica di un progressivo superamento degli aspetti comunicativi disfunzionali.

E' evidente, tuttavia, che un vero accompagnamento delle situazione a livello sistemico sia possibile solo nel contesto di un intervento strutturato a livello territoriale. Tale compito viene generalmente svolto da operatori competenti nel territorio e che seguono il processo lungo tutto l'arco del programma terapeutico attraverso incontri periodici con i familiari con o senza la presenza del soggetto sintomatico.

8.3.8 La solidarietà nel gruppo e il sistema "a cordata"

La patologia collegata alle diverse forme di dipendenza è notoriamente di difficile soluzione, almeno nel breve periodo. Trattandosi di quadri che sottendono generalmente aspetti dismaturativi della personalità non è difficile comprendere come possano richiedere tempi lunghi per essere efficacemente o, almeno in parte, superati.

Di tale difficoltà debbono essere consapevoli non solo gli operatori – che vengono chiamati ad esprimere il massimo delle loro potenzialità con simili patologie - ma anche gli utenti ai quali, del pari, va prospettata la realistica difficoltà nel perseguire risultati soddisfacenti e durevoli. Proprio per la coscienza della difficoltà del compito terapeutico che si intende intraprendere è fondamentale una chiara motivazione ad affrontare il nucleo duro della patologia all'origine dei comportamenti di dipendenza con forte valenza autodistruttiva. Si rende del pari fondamentale una stretta collaborazione-solidarietà non solo tra utenti ed operatori ma anche all'interno dello stesso gruppo degli utenti. La pluridecennale esperienza raccolta nell'ambito degli interventi terapeutico-comunitari ha evidenziato come la grande risorsa di questo tipo di approccio sta appunto nel forte senso di solidarietà che si crea nel gruppo nonché nell'impostazione del trattamento che prevede il fatto che ciascun residente non sia solo oggetto, ma anche *soggetto* di cura.

Gli utenti debbono essere chiaramente ed approfonditamente informati del fatto che il loro progresso terapeutico avverrà non solo in misura di come sapranno recepire passivamente (come pazienti) le varie forme di intervento terapeutico, ma da come sapranno a loro volta metterli a frutto a vantaggio dei compagni. Essere "agenti" attivi e partecipi del processo di cambiamento rappresenterà infatti la chiave di volta nel delicato passaggio da una posizione "orale passiva" ad una posizione attiva e generativa, in altre parole adulta.

Attraverso incontri di richiamo in comunità e al di fuori della comunità, nonché attraverso altre forme di contatto, viene rinforzata a mantenuta la risorsa del mutuo aiuto che, da un

certo punto in poi, riveste un valore pari, se non superiore, a quello che si può ricevere da un terapeuta.

L'esperienza insegna come la "cordata" va continuamente verificata dal momento che alcune "smagliature" possono comprometterne ad ogni istante la "tenuta" e quindi la potenziale efficacia. A seguito di alcune *defaillance* verificatesi nel percorso, è stato anche deciso di assegnare ogni utente ad un operatore al fine di garantire una continuità di riferimento che si rende particolarmente necessaria nell'attraversamento di fasi delicate e che contemplano spesso delle ricadute.

LA VALUTAZIONE DEGLI *OUTCOMES*

Alcune considerazioni preliminari

Come si è detto in premessa, la filosofia di Orthos contempla un approccio non moralistico e pregiudiziale nei confronti del gioco d'azzardo che, come sappiamo, accompagna nelle sue diverse forme, l'essere umano dai suoi primordi (Zerbetto, 2002). Compito di un programma terapeutico è quindi quello di intervenire sul ricorso a forme disfunzionali ed autodistruttive collegate al gioco d'azzardo e non sul ricorso allo stesso se all'interno di modalità socialmente compatibili. In tale senso appare coerente una strategia di intervento che miri elettivamente a riportare in equilibrio il rapporto dell'Utente con il gioco d'azzardo e non a precluderne la presenza nella sua vita a priori. Analogamente a quanto può dirsi sul consumo di alcolici, viene considerata autentica guarigione il ritorno a fare "normale" uso di alcolici e non lo stato di assoluta astinenza che viene considerata una forma di guarigione "difettuale" seppure ovviamente rispettata laddove rappresenta l'unica possibilità realisticamente perseguibile per non ricadere in forme di accesso autodistruttivo.

Anche nelle valutazioni sugli *outcomes* vengono quindi contemplate le diverse possibilità a seguito di un trattamento sul GAP:

- - quella di una totale astinenza
- - quella di un gioco controllato
- - quella di saltuarie ricadute
- - quella del ritorno ad un gioco gioco incontrollato (GAP).

Alcuni dati dalle ricerche sugli esiti di interventi terapeutici

Anche le ricerche sulle risultanze di interventi terapeutici su giocatori rivelano dati su cui riflettere.

Studi "classici" sul trattamento di giocatori d'azzardo compulsivi in programmi di cura professionali, ottenuti da González Ibáñez ed altri (1990, 1995 e 2001), McCormick e Ramirez (1988) con interventi di counseling 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 (Zerbetto, 2011).

Il monitoraggio sui risultati

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
- f) 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

Seguono in sintesi tre contributi nei quali il Programma Orthos è stato oggetto di ricerche valutative.

1. Una ricerca preliminare sugli outcomes a seguito del primo anno di sperimentazione.

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del Programma che è stato valutato da una Commissione regionale costituita da 4 operatori esperti sul tema del GAP. Dal documento prodotto dalla Commissione, a seguito la valutazione dei primi 4 moduli, si riportano in sintesi alcuni dati più significativi (i dati più descrittivi sono stati pubblicati nel mio contributo su: *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. Dalla raccolta dei dati è risultato che:

- ⊖ Il 51.5% degli utenti proveniva dalla Regione Toscana, mentre il 48.5% da altre parti di Italia. Il 63.3% dell'utenza è stata inviata dai SerT, mentre altri utenti hanno appreso dell'esistenza del programma da Internet o da organi di stampa.
- ⊖ Il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona *retention rate* ed una buona *compliance* nei confronti del programma.
- ⊖ Di questi ultimi utenti, ad una stima condotta a fine 2007, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute più gravi. 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.
- ⊖ 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.

2. La ricerca su tratti di personalità

Con l'intento di evidenziare le risultanze di una indagine sulle componenti psicodinamiche osservabili nei casi studiati al fine di mettere meglio a fuoco la specificità dell'intervento terapeutico, riportiamo di seguito la sintesi del contributo pubblicato su *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* pubblicato da Mauro Croce, Francesca Picone, e Riccardo Zerbetto nel testo su: *Addiction: Aspetti biologici e di ricerca* a cura di Vincenzo Caretti e Daniele la Barbera, Raffaello Cortina Editore 2010 nel quale, al campione di soggetti GAP di cui alla precedente ricerca, è stata somministrata una batteria di test, comprendente i seguenti reattivi *self-report*:

- 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;

- 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 (Caretti e coll, 2007) ;
- 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 (Caretti e coll, 2007, Lumley 1995;
- 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'alessitimia e della disregolazione affettiva (Caretti e coll, 2007).

Le statistiche descrittive relative alla patologia specifica evidenziano un risultato al SOGS una grave condizione patologica di questi soggetti con un punteggio medio di 14 (Lisieur e Blume 1991). Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di $64,11 \pm 10,08$ (Blaszczynski e coll. 1991). 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 (Ragby e coll, 1994, Bernstein e coll. 1993, Carlson e Putman, 1988, Kofoed e coll, 1997).

L'impulsività, a sua volta correla a livello di trend ($r=0,34$; $p<0,06$) con l'alessitimia, segnalando 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* (vedi anche Taylor, 1997).

Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia ($r=0,53$; $p<0,01$), 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 ($r=0,55$; $p<0,01$). 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 *addictions*. 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*. Ad un approfondimento sulla covariazione della dissociazione e

dell'alessitimia, è emerso un significativo effetto di interazione tra le due variabili rispetto ai punteggi SOGS ($F=3,42$, $gdl=3$, $p<0,05$; $\eta^2=0,268$). In particolare, la condizione di alessitimia incrementava di molto le medie marginali stimate al SOGS in rapporto alla presenza o meno di dissociazione strutturale (17,4 versus 12,5).

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.

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.

Tali dati sono tratti da un articolo su: *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto nel testo su: *Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche* a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore

3. Ricerca sugli outcomes del Programma "Orthos" nei primi cinque anni di sperimentazione

Al fine di sottoporre a verifica empirica l'efficacia del programma trattamentale intensivo ORTHOS, è stato effettuato uno studio volto a indagare gli effetti clinici del trattamento ad almeno un anno di distanza dal suo termine e, per l'esattezza, per circa il 50% della popolazione studiata a distanza di un anno, e per pari quota percentuale per due, tre, quattro sino a cinque anni per gli Utenti che hanno frequentato per primi il Programma.

La ricerca, promossa da R. Zerbetto è stata coordinata da Adriano Schimmenti con la supervisione di Vincenzo Caretti. Tutti gli operatori professionali - Giuseppe De Felice, Claudio Dal Piaz, Giovanna Puntellini, Eduardo Santillan, Elena Lunardi e Marie Ange Guisolan - hanno collaborato alla raccolta dei dati dagli Utenti a loro assegnati con il coordinamento e la formazione di Daniela Poli.

Metodo. I partecipanti al programma ORTHOS sono stati intervistati in fase di accesso al trattamento (T0) per la valutazione del loro funzionamento psichico globale secondo DSM tramite la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF; *Global Assessment of Functioning*, APA, 2000). In quel contesto, sono stati raccolti anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, alla storia clinica pregressa, ed è stato loro somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure e Blum, 1987) per la valutazione dei sintomi

di gioco d'azzardo patologico (GAP). I soggetti sono quindi stati contattati per effettuare un'intervista, telefonica o vis-à-vis, della durata di circa due ore, ad almeno un anno di distanza dalla fine del trattamento (M=1,7 anni; DS=0,3), in cui è stata nuovamente effettuata la valutazione del funzionamento globale e dei sintomi GAP attuali (T1). Le valutazioni VGF sono state effettuate in doppio cieco da due clinici esperti e supervisionate dal responsabile della ricerca; è stata utilizzata la media di tali valutazioni VGF per le successive analisi statistiche dei dati. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato per il trattamento anonimo dei dati ai fini di ricerca.

Soggetti. Lo studio ha coinvolto inizialmente 164 soggetti che avevano partecipato al programma trattamentale ORTHOS e lo avevano completato da almeno un anno. I soggetti presentavano un'età media al momento della rilevazione in T0 (inizio del trattamento) di 45,9 anni (DS=11,8; range: 23-75), erano in prevalenza uomini (N=148; 90,2%). I soggetti erano in prevalenza coniugati (N=79; 48,2%) o celibi/nubili (N=47; 28,7%), con livello di istruzione prevalentemente di licenza media (N=70; 42,7%) o media superiore (N=80; 48,8%). La maggior parte di loro proveniva dalla regione Toscana (N=89; 54,3%), ma nella distribuzione erano presenti quasi tutte le regioni italiane. Essi presentavano una comorbidità clinica accertata nel 34,1% dei casi (N=56), in prevalenza depressione (N=39; 69,6%). I soggetti avevano un debito medio di € 42.166,13 con DS 182.379,73 con individui che arrivavano a circa due milioni di euro di debito. Di questi soggetti, 140 (83,3%) hanno partecipato alla rilevazione in T1.

Strumenti. I soggetti sono stati valutati in T0 e T1 attraverso i seguenti strumenti:

- a) South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), questionario self-report di screening volto a indagare la presenza e la severità del GAP. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, il SOGS permette di evidenziare la probabile presenza di problemi di gioco, fornendo informazioni su molteplici aspetti: tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, menzogne circa le attività di gioco, giocare più della somma prevista inizialmente, e così via;
- b) Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000), scala da 0 a 100 di tipo *clinician-report* che rappresenta il V asse del DSM-IV-TR, qui codificata secondo i criteri del MGAF-R (Hall, 2000), che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative. La VGF è considerata in

letteratura come uno degli strumenti di sintesi più efficaci per pianificare il trattamento e misurare il suo impatto, per predire l'esito delle psicoterapie e per seguire i progressi clinici degli individui in termini globali, utilizzando una misura singola.

Risultati. L'elaborazione dei dati relativi ai 140 casi che hanno partecipato alla rilevazione T1 mostra un effetto positivo significativo, di elevata ampiezza, del programma di trattamento ORTHOS sulla riduzione dei sintomi GAP e sulla salute mentale generale dei soggetti trattati, a un anno di distanza o più dalla fine del trattamento.

Come sintetizzato dalla Tabella 1, infatti, in questi soggetti si è osservata una riduzione media di 9,04 punti al SOGS ($r=0,58$, $p<0,0001$), con un elevato livello di significatività rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP. Nei 140 soggetti si è osservato anche un incremento ampio e significativo del funzionamento globale. L'incremento medio alla VGF è di 18,34 punti, indicando quindi un miglioramento della salute mentale generale e del funzionamento globale degli individui trattati di quasi il 20% ($r=0,23$, $p<0,01$).

Tabella 1. Sintomi di Gioco d'Azzardo Patologico (SOGS) e Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) all'ingresso (T0) e a un anno o più (T1) dal trattamento ORTHOS (N=140)

	Media T0 (DS)	Media T1 (DS)	t ₍₁₃₉₎	p	d	effect size
SOGS	13,15 (3,23)	4,11 (3,68)	- 24,78	<0,0001	4,20	0,90
VGF	55,06 (8,84)	73,41(10,76)	23,72	<0,0001	4,02	0,89

Nota: SOGS = South Oaks Gambling Screen; VGF = Valutazione Globale del Funzionamento

In sintesi, questi risultati confermano l'efficacia del trattamento ORTHOS rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP, con oltre l'85% del campione in cui i sintomi manifestati non assumono più rilevanza clinica (punteggi al SOGS inferiori a 5).

Inoltre, nei 140 soggetti esaminati la partecipazione al programma ORTHOS risulta associata ad un importante miglioramento della salute mentale complessiva anche ad un anno di distanza o più dalla fine del trattamento, con un numero di casi peggiorati inferiore all'1% e un numero di casi migliorati globalmente superiore al 95%.

I dati di ricerca, pur considerando le limitazioni relative all'impossibilità di verificare possibili altri fattori successivi al trattamento, indicano con chiarezza che il programma

intensivo di trattamento ORTHOS è efficace, avendo a distanza di un anno o più come effetti principali una riduzione molto importante dei sintomi del gioco d'azzardo patologico (qui misurati attraverso i punteggi al SOGS) e un miglioramento nel funzionamento globale (VGF) dei soggetti trattati. Inoltre, se si considera che *effect size* superiori a 0,80 vengono considerati nella ricerca medica e psicologica come effetti di grande rilevanza clinica (Cohen, 1988), i quali di per sé giustificano pienamente l'utilizzo di un particolare trattamento, gli *effect size* riscontrati in questo lavoro di 0,90 per il decremento SOGS e di 0,89 per l'incremento VGF indicano l'utilità del modello trattamentale ORTHOS per la cura del GAP e per il miglioramento della salute psichica complessiva nei soggetti trattati.

Infatti, se è vero che l'efficacia trattamentale di un modello terapeutico di intervento su peculiari sindromi cliniche si misura attraverso specifici indici indipendenti che misurano tali sindromi (come il SOGS per la misurazione del GAP), è altrettanto vero che i modelli di intervento, in particolare quelli di tipo intensivo, devono mirare a farsi promotori di un miglioramento complessivo della qualità della vita dell'individuo trattato, al fine di promuovere condizioni virtuose di riadattamento sociorelazionale, affettivo e lavorativo, e dunque di evitare potenziali ricadute o l'eventuale insorgenza di altre sindromi che si collocavano su un piano subclinico.

In tal senso, il miglioramento medio complessivo sulla scala VGF di oltre 18 punti nei soggetti trattati, che risulta sul piano statistico di ampia portata, testimonia ancora di più l'importanza del metodo ORTHOS non solo per la cura del GAP ma anche per un più adeguato funzionamento sociale, lavorativo e relazionale degli individui.

Discussione dei risultati e conclusioni

Come è noto, non è facile avviare e mantenere una efficace relazione terapeutica con soggetti appartenenti all'ambito delle dipendenze e, forse in particolare, con giocatori problematici che evidenziano una struttura di personalità spesso disturbata ma comunque fortemente "egosintonica", con scarsa disponibilità a mettersi in discussione, a chiedere aiuto nei momenti difficili o a mantenere un contatto anche nei periodi nei quali "le cose vanno bene". Tra i casi che non è stato possibile contattare ci sono situazioni, infatti, è possibile ipotizzare ricadute con conseguente atteggiamento a sottrarsi ad un confronto percepito come frustrante, oppure situazioni di remissione del GAP ma nelle quali il soggetto adotta un atteggiamento di rimozione circa il suo passato di giocatore e ne evita ogni possibile rievocazione.

Allo stato attuale è in corso una valutazione sugli outcomes a dieci anni di sperimentazione e sono stati già contattati 148 dei 340 casi trattati. I risultati sarebbero stati presentati in

occasione della Giornata di studi sul Decennale del Programma Orthos previsto per ottobre 2017 e che è stata rinviata in attesa del completamento della procedura di accreditamento.

Gli operatori del Progetto Orthos

In merito alla dotazione di operatori si fa riferimento alla normativa attuale che prevede:

1. ALLEGATO ALLA DR DEL 5 AGOSTO 2016-STRUTTURE TERAPEUTICHE PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE destinate a “strutture che erogano percorsi assistenziali differenziati sia per adulti che per minori per dipendenza da sostanze psicotrope e per dipendenze senza sostanze gioco d’azzardo eccetera)” fino a 12 posti, nel quale si dice che:

- ! la presenza di personale deve essere in rapporto al numero di assistiti, alla tipologia del percorso di cura e alle modalità di svolgimento delle attività i percorsi di cura svolte nelle strutture si differenziano nelle seguenti aree di intervento: 1 accoglienza 2 terapeutico riabilitativo, 3 specialistiche (come nel caso in questione), 4 pedagogico-riabilitative
- ! per tutte le aree di intervento devono essere garantite le seguenti figure professionali: educatore professionale e/o educatore di comunità per tossicodipendenti, operatore generico e/o istruttore. Per le Aree di intervento debbono essere garantite le seguenti figure professionali: educatore professionale e/o educatore di comunità per tossicodipendenti, operatore generico e/o istruttore. Per l’Area 3 (specialistiche) in aggiunta al personale di cui sopra debbano essere garantite le seguenti figure professionali: Infermiere, Psichiatra e/o tossicologo, psicologo e/o psicoterapeuta

2. A parziale modifica/integrazione l’ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 06-09-2016 (punto N 29) - Delibera N 882 del 06-09-2016 entra maggiormente nello specifico dei PROGRAMMI RESIDENZIALI INTENSIVI BREVI (PRIB) con uno specifico riferimento alla “sperimentazione denominata “ORTHOS” gestita dall’Associazione ORTHOS di Siena definendo come segue le attività previste:

- *counselling*
- *psicoeducazione individuale e/o di gruppo*
- *psicoterapia individuale e di gruppo*
- *laboratori esperienziali sul gioco*
- *laboratori esperienziali sugli aspetti emozionali*
- *interventi con i familiari*
- *raccordo con il Ser.D.. inviante per monitorare l'andamento del programma terapeutico e/o concordare eventuali variazioni*

Per svolgere le citate attività vengono previste le seguenti figure professionali:

- responsabile del programma
- educatore prof.le e/o educatore di comunità
- operatore generico
- psicoterapeuta
- psicologo

Per la realizzazione del Programma innovativo del PRIB, il Programma Orthos si è mosso in modo sperimentale e anticipativo seguendo i medesimi criteri che in sintesi prevedono:

- ! un intervento terapeutico di carattere essenzialmente psicologico che prevedesse le figure dello psicoterapeuta e, in seconda istanza, del counseling professionale (specificamente menzionato nella citata DR 882/16) che, avendo ricevuto una specifica formazione nella "relazione di aiuto" unita ad un corso di aggiornamento nel GAP, ha potuto corrispondere in maniera più mirata e funzionale alla specifica particolarità del Programma di quanto avrebbe potuto farlo un educatore professionale.
- ! la presenza dello psichiatra per affrontare casi con componenti psichiatriche più marcate
- ! una diversificata presenza di operatori per lo svolgimento della attività lavorative, ludiche, di laboratorio esperienziale
- ! la caratteristica di "intensità" del Programma, che si declina in un lavoro mirato sulle 12 aree di criticità individuate, ha fatto propendere per una pluralità di interventi mirati e specialistici al fine di essere più incisivi su problematiche inveterate e in un breve arco di tempo. Contemplando quindi un lavoro di un minimo di 4 ore al mattino e tre al pomeriggio, in aggiunta a lavoro meditativo-corporeo al mattino presto, lavorativo-occupazionale al pomeriggio e ricreativo-

strutturato serale, si rende necessaria una rotazione degli operatori che non possono ridursi a poche unità come immancabilmente avviene nelle Comunità terapeutiche tradizionali

- ! la periodicità dell'intervento – cadenzata in 3-4 moduli annui di 3-5 settimane – non consente al presente la assunzione di personale con formule continuative di impiego ma solo con rapporto di prestazione libero-professionale o ...
- ! la figura dell'infermiere (non menzionata nella citata DR 882/16) non si è rivelata necessaria, salvo il fatto che la reperibilità medica del paese vicino come pure le competenze mediche del consulente psichiatra hanno dato copertura a problemi di per sé minimi di intervento infermieristico.

Per il Direttore sanitario, nella persona del dr. Riccardo Zerbetto, vengono richiesti, **ai sensi della L 51/2009 Art. 11** di essere *“medico in possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica o in una disciplina equipollente o deve aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private. Nelle strutture monospecialistiche, sia ambulatoriali che di ricovero in fase post-acuta, le funzioni del direttore sanitario possono essere svolte anche da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte o in disciplina equipollente”*.

Ai sensi della citata DR n. 882/16, *“almeno tre anni in comunità per tossicodipendenti a gestione pubblica o privata”* che, nella fattispecie, compie nel 2017 dieci anni di funzionamento. Lo stesso è inoltre medico Specialista in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali e Neuropsichiatria Infantile. Ha lavorato per oltre venti anni in servizi di salute mentale e per le tossicodipendenze per le quali è stato consulente e supervisore delle comunità terapeutiche del Comune di Roma per oltre 15 anni nonché consulente del Ministero della Sanità nel 1980. In tale ambito ha curato quattro pubblicazioni per conto del Ministero della Sanità e svolge tuttora iniziative di formazione e di supervisione a strutture pubbliche e di volontariato sociale. Si occupa di tossicodipendenze dagli inizi degli anni '70, costituendo il primo Centro per le Malattie sociali del Comune di Roma dando contributi di carattere innovativo quali:

- ! l'avvio dei trattamenti con farmaci sostitutivi (svolgendo anche funzioni di consulente del Ministero della Sanità)
- ! la costituzione e la supervisione delle Comunità terapeutiche del Comune di Roma
- ! la ricerca di modalità di intervento sulle “nuove droghe” attraverso esperienze di studio in Olanda e Inghilterra tradottesi nella supervisione di programmi di prevenzione a Roma e Reggio Emilia

- ! sul gioco d'azzardo promuove con Mauro Croce il primo congresso nazionale sul tema con il patrocinio della regione Toscana per la quale coordina i primi programmi di aggiornamento professionale dei Ser.T.
- ! è stato presidente di Alea-Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio (dal 2000 al 2008) che raccoglie attualmente la maggior parte degli studiosi che si sono occupati del problema nel nostro Paese. Attualmente ne è il presidente onorario
- ! Ha svolto e svolge incarichi di insegnamento in Psicopatologia presso la Scuola di specializzazione in Psichiatria, in Psichiatria sociale e Criminologia presso la Cattedra di Medicina legale degli studi di Siena. E' presidente di Orthos, associazione costituita per lo svolgimento di programmi terapeutico-riabilitativi per giocatori d'azzardo
- ! È direttore del Centro Studi di Terapia della Gestalt, istituto riconosciuto dal Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica per lo svolgimento di corsi professionali nella Psicoterapia con sede a Milano.
- ! Già presidente della Associazione Italiana di Psicologia Umanistica e Transpersonale nel 1984, della European Association for Psychotherapy (EAP) nel 1996-7, della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP.) 1998 e della Federazione Italiana delle Scuole e Istituti di Gestalt (FISIG) nel 1996-8, coordina la Sezione su Psicoterapia e mito del World Council for Psychotherapy.
- ! Dal 2007 è presidente e direttore scientifico di Orthos, associazione per lo studio e il trattamento dei giocatori d'azzardo che gestisce un programma intensivo per giocatori in ambito residenziale finanziato dalla regione Toscana.

PRESENTAZIONI, CONGRESSI E ALTRE FONTI DI APPROFONDIMENTO SUL PROGRAMMA ORTHOS

1. Presentazioni e congressi

L'esperienza presentata ha rappresentato un'esperienza pilota nel trattamento dei giocatori compulsivi ed è stata presentata in occasione di molteplici congressi e pubblicazioni tra cui:

1. Contributo pubblicato su: *Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio* a cura della Regione Toscana, Centrostampa Arezzo 2008;
2. capitolo a cura di Zerbetto R., Croce M., Picone F. (2010) *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* pubblicato su *Le dipendenze patologiche. Clinica psicopatologia*, a cura di in V. Caretti e D. La Barbera, Raffaello Cortina ed. 2010;
3. *Ricerca sugli outcomes* pubblicata sull' *Italian Journal of Addiction* Vol.2 Numero 3-4, 2012. 4; i capitoli su: *L'approccio umanistico-esistenziale* e *I trattamenti in ambito residenziale per il trattamento di giocatori compulsivi* pubblicati, a cura di Riccardo Zerbetto, sul *Manuale sul gioco d'azzardo* a cura di M. Croce e G. Bellio del 2015, FrancoAngeli Ed. nel quale sono raccolte anche altre esperienze sviluppatesi in Italia in questa direzione.

Si riportano le iniziative congressuali coordinate dagli operatori di Orthos o a cui gli stessi hanno preso parte portando la loro esperienza:

- ! Sul confronto tra le diverse esperienze avviate nel nostro Paese ha rappresentato una buona occasione la **Giornata di studi sui trattamenti residenziali brevi per**

giocatori tenutasi a Siena nel marzo 2014 e coordinata dalla Associazione Orthos con il patrocinio della regione Toscana ed il Comune di Siena.

- ! Gli stessi dati sono stato inoltre presentati a cura di R. Zerbetto e C. Dal Piaz in occasione dell'**Expert Meeting sugli outcomes nei programmi per giocatori d'azzardo** promosso dalla Associazione ALEA e tenutosi a Montebelluna nel maggio del 2014.
- ! Anche a livello europeo, il Programma Orthos è stato presentato da Riccardo Zerbetto al **Congresso della EASG** (European Association for the Study of Gambling) di Nova Gorica nel 2008 e ad Helsinki dal 9 al 12 settembre 2015.
- ! Il Progetto Orthos è stato presentato anche in occasione della **Giornata di studi su L'azzardo tra gioco, patologia e crimine** tenutasi presso l'Università di Siena nel novembre 2014. La Giornata, promossa dalla Cattedra di Criminologia dell'Università con il patrocinio di Regione Toscana, Comune di Siena, EASG, ALEA, Fondazione antiusura, ha contemplato la partecipazione di rappresentanti di autorevoli enti di carattere istituzionale e privato sociale tra cui Patrizia De Rose, Coordinatore del Dipartimento per le Politiche antidroga alla Presidenza del Consiglio dei ministri.
- ! *Riportare il congresso EASG di Helsinki, quello di Castelfranco veneto (il secondo ci sarà a maggio) e quello in Polonia a cui ha partecipato Claudio*

Il Progetto Orthos è stato presentato di molteplici occasioni, come interviste radio, TV, congressi scientifici anche di alto livello come quello di Varese del dicembre 2008, seminari di aggiornamento tra cui il corso promosso dall'Istituto Superiore di Sanità a Roma e sta producendo risultati interessanti anche a livello di ricerca in particolare per il collegamento tra GAP, Alessitimia e disregolazione affettiva (la cui anticipazione compare nel contributo apparso a seguito del Corso di formazione per operatori dei Sert promosso dalla Regione Toscana). in quest'anno ci sono state richieste tre interviste su programmi televisivi nazionali (Radio Mattina, Speciale TV7 e con il Conduttore Magalli oltre a 4 interviste radiofoniche e due menzioni su Repubblica e Salute di Repubblica e Sole 24 ore oltre a Giornali a distribuzione regionale.

2. Altre fonti di approfondimento

Gli elementi costitutivi dell'intervento (filosofia di riferimento, obiettivi dell'intervento, metodologia applicativa, fasi dell'intervento e composizione dello staff) compaiono **al sito www.orthos.biz** a cui si rinvia.

Una **Newsletter di Orthos** è già uscita nei primi numeri riportando articoli di fondo, notizie sul Progetto, testimonianze e fotografie relative ai Residenziali. Si auspica di conseguire una maggiore stabilizzazione del Programma per poter garantire una maggiore regolarità nella produzione e diffusione dello strumento informativo