

ISSN 2532-7318
Numero 12 del 30 dicembre 2023

Monografie di Gestalt

Gestalt monographies

In questo numero:

Tesi di laurea di Marco Falco

Autorizzazione del Tribunale di Siena n. 4 del 5/7/2016

EDIZIONI CSTG



FACOLTÀ DI ECONOMIA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI**

Tesi di Laurea in
PSICODINAMICA DEI GRUPPI E DELLE ISTITUZIONI
Orthos: programma residenziale intensivo
per il trattamento del gioco d'azzardo patologico

RELATORE
Chiar.ma
Prof.ssa Irene Messina

CANDIDATO
MARCO FALVO
MATR. 0512100295

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione.....	4
Capitolo 1. La dipendenza da gioco d'azzardo.....	6
1.1 Condannati a dipendere.....	6
1.2 Dipende da che dipende.....	7
1.3 <i>Homo Ludens</i>	8
1.4 Il gioco... d'azzardo.....	9
1.5 Il gioco d'azzardo in Italia.....	11
1.6 Psicologia del giocatore.....	12
1.7 Il giocatore d'azzardo e i suoi sottotipi.....	14
1.8 GAP e DSM.....	18
1.9 Trattamenti clinici.....	20
Capitolo 2: Orthos: Programma Residenziale Intensivo Breve per Giocatori d'Azzardo.....	26
2.1 Introduzione a Orthos.....	26
2.2 Quadro epistemologico e filosofia di riferimento.....	28
2.3 Obiettivi dell'intervento terapeutico.....	31
2.4 Metodologia.....	32
2.5 Le fasi del processo terapeutico.....	35
2.5.1 Fase dell' <i>intake</i>	35
2.5.2 Fase del trattamento residenziale.....	36
2.5.3 Fase dell'accompagnamento e dei richiami.....	36
2.6 Le componenti strutturali dell'intervento terapeutico e lo svolgimento della giornata in comunità.....	37
2.6.1 Prendersi cura di sé.....	37

2.6.2 Il dare e il ricevere.....	37
2.6.3 Pratica di auto-ascolto e auto-osservazione.....	38
2.6.4 Programmare la giornata.....	39
2.6.5 Lo studio.....	39
2.6.6 Il lavoro.....	39
2.6.7 Il pranzo.....	40
2.6.8 Il riposo.....	41
2.6.9 <i>Life project</i>	41
2.6.10 La terapia in gruppo.....	41
2.6.11 Il gioco creativo.....	43
2.6.12 Il lavoro con le famiglie.....	44
2.6.13 La solidarietà nel gruppo.....	44
2.6.14 Follow-up.....	45
2.6.15 Lo staff.....	45
2.7 Studi sull'efficacia del programma residenziale Orthos.....	46
2.7.1 Efficacia sul gioco d'azzardo.....	49
2.7.2 Efficacia sul funzionamento psicologico.....	50
2.7.3 Riflessioni sui risultati.....	51
Capitolo 3: La ricerca.....	52
3.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca.....	52
3.2 Metodo.....	54
3.2.1 Partecipanti.....	54
3.2.2 Raccolta dei dati.....	55
3.3 Risultati.....	56
3.3.1 Soggetti che non giocano al momento dell'intervista.....	56
3.3.2 Ricadute.....	58

3.4 Discussione dei risultati.....	59
3.5 Limiti dello studio e sviluppi futuri.....	62
Conclusioni.....	64
Bibliografia.....	67
Sitografia.....	72

Introduzione

Da che mondo è mondo gli esseri umani giocano e, oltre a giocare, amano il rischio, il brivido che si corre nel rischiare. Non di meno la bramosia e la sete di ricchezza abitano i loro cuori.

L'unione di questi elementi fa sì che esista il gioco d'azzardo che, in quanto tale, appunto, prevede il rischiare. L'elemento di rischio tuttavia non è rappresentato solamente dalla possibilità di perdere, ma anche dalla trappola che il gioco d'azzardo di per sé sottende, ovvero il pericolo di sviluppare una dipendenza.

Il tema della tesi è proprio questo, il gioco d'azzardo patologico e chi, non più soggetto del gioco, ne è ormai oggetto. Più precisamente, questo elaborato pone al centro il programma Orthos (un progetto terapeutico residenziale intensivo ideato per aiutare i giocatori a capire la loro dipendenza, a gestirla e auspicabilmente a lasciarsela alle spalle) con l'obiettivo di verificarne l'efficacia alla luce dei dati raccolti sui soggetti che via via ne hanno preso parte.

Nel primo capitolo, al fine di fornire un contesto teorico di riferimento sul quale sviluppare il focus vero e proprio della tesi, si parlerà, dopo un breve cenno sul concetto di dipendenza, di cosa ha rappresentato il gioco nella storia, in particolare quello d'azzardo, di come se ne può dipendere, della situazione in Italia, della psicologia del giocatore, dei tipi di giocatore che sono stati categorizzati e degli approcci terapeutici esistenti nei suoi confronti.

Successivamente, nel secondo capitolo, verrà fornita una presentazione del progetto Orthos e degli elementi che lo contraddistinguono come il quadro epistemologico e la filosofia che lo anima, gli obiettivi dell'intervento terapeutico, la metodologia, le fasi del processo terapeutico, le componenti strutturali dell'intervento terapeutico e lo svolgimento della giornata in comunità, e, nella parte dedicata alle prove di efficacia, due studi effettuati

su giocatori d'azzardo patologici che avevano partecipato al programma Orthos.

L'ultimo capitolo è dedicato alla ricerca ed è rappresentato da uno studio che, attraverso l'utilizzo di dati inediti raccolti nel 2019, ha l'obiettivo di verificare l'efficacia del programma residenziale intensivo Orthos nel corso del tempo cercando di osservare che differenza ci sia nella presenza di attività di gioco d'azzardo patologico nei soggetti tra il momento della partecipazione al programma Orthos, dove tutti i soggetti giocavano, e il momento dell'intervista e indagando se il passare degli anni abbia o meno influenza sull'efficacia del trattamento.

Capitolo 1

La dipendenza da gioco d'azzardo

In questo capitolo verrà introdotto brevemente il concetto di dipendenza per poi passare a una focalizzazione maggiore sulla dipendenza da gioco d'azzardo e sulle tematiche che riguardano tale ambito, cercando in tal modo di fornire un contesto teorico di riferimento sul quale innestare l'analisi vera e propria che troverà spazio successivamente.

1.1 Condannati a dipendere

Fin da quando veniamo al mondo ci troviamo già nelle condizioni di dipendere, anzi ancor prima, quando iniziamo a prendere forma nel grembo materno e dipendiamo così tanto dalle nostre madri che nemmeno ci rendiamo conto di essere entità distinte e separate da esse.

Secondo Riccardo Zerbetto¹ “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 fattone da Freud, rappresenterebbe l'origine di quella *fissazione primaria* alla madre che, se non superata, sarebbe all'origine della nevrosi come *rimozione originaria*”.

Successivamente a questa separazione che ci sottrae a quell'eden prenatale, dove il nutrimento arriva senza chiedere attraverso il cordone ombelicale e il calore ci avvolge completamente e senza soluzione di continuità all'interno del grembo materno, ci troviamo costretti a chiedere e in un certo senso ci ritroviamo bisognosi, o dipendenti, dal ricevere le attenzioni, il calore e il nutrimento da chi si prende cura di noi.

Dunque tutti dipendiamo, chi più e chi meno, con le nostre modalità differenti, alcune più sane, altre maggiormente problematiche.

¹ Zerbetto R., *La madre di tutte le dipendenze*, da *Craving*, a cura di U. Nizzoli, R. Zerbetto, V. Caretti e P. Lorenzi, di Mucchi Editore, Reggio Emilia, 200

Nell'ottica generale le persone dipendenti vengono usualmente identificate con soggetti che presentano tutta una serie di problemi, individui inaffidabili, propensi alla delinquenza o a finire ai margini della società; in ogni caso individui diversi, non-normali. I concetti espressi poco sopra, tuttavia, ci suggeriscono una visione opposta, ovvero che la dipendenza è la normalità, è ontologicamente correlata alla nostra condizione ordinaria sulla Terra, poiché siamo, sostanzialmente, *condannati a dipendere*.

Non appena ci affacciamo nel mondo ci troviamo separati da esso e tuttavia dipendenti da esso. Dal rapporto con il nutrimento e il cibo a quello con gli altri esseri umani e con le altre specie, dalle relazioni biologiche a quelle affettive, l'individuo non può eludere l'ambiente² da cui dipenderà finché avrà vita.

1.2 Dipende da che dipende

Se dunque in un certo senso siamo tutti dipendenti da qualcosa, non si può negare che alcuni umani lo sono più di altri, o quantomeno hanno forme di dipendenza maggiormente disfunzionali se non propriamente patologiche. D'altro canto, non è solamente il "come" si dipende, ma anche "da che cosa", a fare la differenza; non a caso sotto il cappello delle dipendenze al giorno d'oggi si possono contare innumerevoli tipologie alle quali se ne vanno aggiungendo sempre di nuove. Una macro-distinzione che può essere fatta in prima istanza è quella tra dipendenza da sostanze (droghe, farmaci, alcol, tabacco, cibo...) e dipendenza comportamentale (ovvero tutti quei casi in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza bensì un comportamento, un agire). Rientra tra queste ultime la dipendenza da gioco d'azzardo.

² Anche secondo la *Teoria del Campo* sviluppata da K. Lewin, uno dei più eminenti pensatori della Psicologia della Gestalt, ogni oggetto o soggetto non può intendersi che in relazione all'intero contesto in cui è incluso.

1.3 *Homo Ludens*

Perché si gioca? Perché giochiamo? Una risposta interessante la si può trovare nel pensiero di Huzinga (1938), che apre il proprio libro, *Homo Ludens*³, con queste parole:

“Secondo un’idea ormai secolare, spingendo il nostro pensiero fino alle ultime conseguenze del processo conoscitivo umano, si deve giungere a riconoscere che ogni azione umana appare un mero gioco [...] Da molto tempo sono sempre più saldamente convinto che la civiltà umana sorge e si sviluppa nel gioco, come gioco”.

Secondo questo autore l’essere umano oltre che *homo sapiens* o *homo faber* sarebbe *homo ludens*, emblematicizzando con tale espressione l’intrinsecità della componente giocosa nella natura umana. Il gioco, secondo la visione di Huzinga (1938), rappresenterebbe un fattore pre-culturale⁴, situato alle fondamenta della cultura e dell’organizzazione sociale. Il gioco non è una delle varie componenti della cultura, bensì ne è la base in quanto connaturato all’umano (così come ad altri esseri viventi non culturali).

Concorda con Huzinga anche R. Zerbetto⁵ quando afferma: “l’uomo gioca. Gioca da sempre”. E aggiunge che “il tema del gioco, oltre che pervasivo, nelle narrazioni mitiche è intrinsecamente collegato a quello religioso tanto che legittimo sarebbe chiamare l’*homo*, oltre che *sapiens-faber*, *ludens-religiosus*”, ricordando come il gioco - considerato in quanto visione, astrazione, disposizione significativa di pietre e corpi -

³ Huizinga J. (1938), *Homo ludens*, (tr. it) Einaudi, Torino, 2002.

⁴ A sostegno di questa teoria Huzinga sottolinea che anche gli animali giocano, mettendo in luce come il gioco prima ancora che nella cultura esista nella natura.

⁵ Zerbetto R., *Il gioco nel mito e il mito del gioco*, da *Il gioco&l’azzardo* a cura di Mauro Croce e Riccardo Zerbetto, FrancoAngeli Ed. 2001

fosse intimamente collegato alla dimensione spirituale e al tema della morte.

1.4 Il gioco... d'azzardo

Come si è visto il tema del gioco è un argomento molto ampio e per tale ragione risulta per nulla scontato suddividerlo chiaramente tra “salute, vizio e malattia; tra intenzione, abitudine e compulsione anancastica; tra coraggio, pericolosa inclinazione al rischio e temerarietà; tra comportamento autenticamente ludico, tendenza ad un comportamento problematico o francamente patologico”⁶. La difficoltà nel poter tracciare confini netti, quindi non semplici da prevedere o diagnosticare, fanno sì che l’argomento sia al centro di infiniti dibattiti sia per quanto riguarda il discorso clinico ma anche antropologico, storico, culturale, economico, etico, politico e sociale.

Stando a quanto riportato dall’Enciclopedia Treccani⁷ il gioco d’azzardo può essere definito una “attività ludica in cui ricorre il fine di lucro e nella quale la vincita o la perdita è in prevalenza aleatoria, avendovi l’abilità un’importanza trascurabile”.

La parola “azzardo” deriva dall’arabo *az-zahr*⁸, che significa dado, e si riferisce a quei giochi, dai più antichi (come i dadi appunto) ai più moderni (elettronici o virtuali), in cui si diano tendenzialmente tre presupposti: una posta (denaro o oggetto di valore) messa in palio dal giocatore; l’impossibilità di ritirare dal gioco tale posta; infine, l’ultimo presupposto, punto centrale dei giochi d’azzardo, è che il risultato si basa sul caso.

Le prime forme di gioco d’azzardo dell’umanità sono riscontrabili a partire dal 3000 a.C. circa, in Egitto, dove ancora assumevano manifestazioni

⁶ Zerbetto R., *Orthos: programma di intervento di psicoterapia intensiva in ambito residenziale per giocatori d’azzardo patologici*, Pubblicato su: La Torre e l’Arca. *Pagine di Psichiatria, Cultura, Attualità* a cura di Francesco Tornesello, postato il 27 febbraio 2011

⁷ <https://www.treccani.it/enciclopedia/gioco-d-azzardo/>

⁸ *Az-zahr* è originariamente il nome di un antico gioco orientale con tre dadi.

strettamente collegate alla sfera magico-religiosa⁹. Successivamente, sganciandosi dalla sacralità e dal divino, il gioco d'azzardo si è diffuso su tutto il pianeta, presso i sumeri, i babilonesi e nelle antiche civiltà orientali (cinese ed indiana).

Il gioco d'azzardo era presente anche nella Grecia antica, soprattutto tra gli aristocratici e i gruppi più abbienti. Era ampiamente diffuso pure nell'antica Roma, principalmente nel periodo imperiale, sia nei ceti più elevati che tra le persone più umili del popolo. Infatti si scommetteva sulle battaglie tra gladiatori, sulle corse dei carri, o nelle sfide con gli animali; si praticavano altresì giochi di scommesse molto noti come ad esempio il gioco dei dadi (*alea*) e il testa o croce (*navia aut capita*).

È impossibile definire il numero di tutti i giochi di scommesse potenzialmente esistenti, in quanto a tutti gli effetti si potrebbe scommettere su tutto. Al giorno d'oggi in tutto il mondo esistono varie categorie di gioco d'azzardo legalizzato fra cui le scommesse sulle corse (ad esempio cavalli), sullo sport (principalmente il calcio), e i cosiddetti giochi di lotteria.

È emerso da varie ricerche che in tutti i paesi che abbiano talune tipologie di gioco d'azzardo legalizzato, vi sia un'affluenza al gioco da parte della popolazione tra l'ottanta e il novanta per cento (Dickerson 1993)¹⁰. Va ricordato ad ogni modo che più del sessanta per cento di queste persone gioca d'azzardo di rado e non in maniera problematica. Per concludere, non sarebbe un errore se dicessimo che praticamente in tutto il mondo globalizzato, otto persone su dieci, fanno perlomeno una scommessa ogni anno.

⁹ Masi M., *Storia ed evoluzione del gioco d'azzardo*, <https://www.marcomasipsicologo.it/2019/07/29/storia-ed-evoluzione-del-gioco-dazzardo/>

¹⁰ Dickerson M.G. (1993), *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere.*, EGA Edizioni Gruppo Abele, Torino.

1.5 Il gioco d'azzardo in Italia

Secondo Di Maria F., Lavanco G., Lo Re T. (2000)¹¹, almeno una volta nella propria vita l'80% degli italiani ha scommesso o giocato d'azzardo, il 30% lo ha fatto con una certa frequenza e per la maggior parte degli scommettitori è stata un'attività vissuta tendenzialmente in maniera positiva.

In altri casi però il gioco d'azzardo ha catturato il giocatore fino a mettere in crisi la sua vita; stando a quanto riporta Lavanco (2006)¹², infatti, il 3% degli italiani ha maturato una forma patologica del gioco d'azzardo, ovvero gioca in maniera compulsiva e senza limiti, perde, contrae debiti, arriva a mentire a parenti ed amici, può capitare che rubi, insomma paga gravissimi costi economici, familiari, lavorativi e sociali.

Anche Guerreschi (2000)¹³, presidente della Società italiana interventi sulle patologie compulsive, già a inizio millennio affermava in un'articolo sul quotidiano Repubblica che "in Italia, oggi, l'80% delle persone scommette: più di 700.000 persone però sono già affette dalla grave sindrome patologica del gioco d'azzardo, che è una malattia ossessivo-compulsiva paragonabile alla cleptomania o alla piromania".

Da allora, beneficiando anche dell'esplosione della virtualità e dell'interattività come mezzo per scommettere, i numeri del gioco d'azzardo hanno continuato a crescere. Il 26 ottobre 2022 l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli ha presentato il *Libro Blu*¹⁴ per il 2021, pubblicazione con cadenza annuale che riporta i dati principali sul mercato del gioco d'azzardo legale in Italia, e ha riportato che il volume del gioco d'azzardo in Italia è in aumento e si attesta su un valore di 111,17 miliardi

¹¹ Di Maria F., Lavanco G., Lo Re T. (2000), *Azzardosamente. Giochi d'azzardo e bisogni di identità*, in *Psicologia Contemporanea*, 162.

¹² Lavanco G. (2006), *Le nuove forme dell'azzardo*, in *Psicologia Contemporanea*, 194

¹³ Guerreschi, C. (2000), *I malati delle scommesse in Italia sono 700000*, In *Giornale Repubblica*, 16 febbraio 2000

¹⁴ <https://adm.gov.it/portale/web/guest/libro-blu-organizzazione-statistiche-e-attivita-anno-2021>

di euro, segnando così un nuovo record storico. Di questi, 44 miliardi sono stati spesi su “rete fisica”, mentre il restante 60%, ossia ben 67,17 miliardi di euro hanno toccato la “raccolta online”¹⁵.

Emergono alcuni dati interessanti anche dall'*Osservatorio Gioco d'azzardo 2021*¹⁶, realizzato da Nomisma in cui ci sono state prese in considerazione la fascia dei giovani e quella degli anziani. In tale studio si legge che “nel 2020 il 42% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni ha fatto giochi d'azzardo/di fortuna, sviluppando nel 9% dei casi pratiche di gioco problematiche, con ripercussioni negative sulla sfera socio-emotiva e relazionale. È stato invece il 25% degli over 65 a giocare d'azzardo negli ultimi 12 mesi”. Colpisce anche un altro dato che emerge dallo studio ovvero che “il 9% dei giocatori ha sviluppato nell'ultimo anno attitudini al gioco problematiche, nelle quali si ravvisano sintomi in grado di generare effetti negativi sia sulla sfera psico-emotiva (ansia, agitazione, perdita di controllo) che su quella delle relazioni (famiglia, amici, scuola)”.

1.6 Psicologia del giocatore

Nel suo *Psicodinamica del giocatore d'azzardo*¹⁷, Zerbetto ricorda come già Freud tracci alcune linee del profilo del “giocatore” nel saggio su *Dostoevskij e il parricidio*¹⁸ in cui espone interessanti idee che poi saranno alla base di ulteriori sviluppi per quanto riguarda il discorso sul gioco d'azzardo. L'irrefrenabile desiderio, o bisogno, di giocare è associato a quella che può essere definita nevrosi isterica dove si riscontra impulsività, rabbia e distruttività. Altri elementi che emergono dalla visione freudiana,

¹⁵ Il Covid-19 ha imposto una forte accelerazione ad un trend già in atto prima della pandemia: il progressivo aumento del gioco d'azzardo online. Il confronto tra i dati del 2019 e del 2021 sottolinea questo “effetto Covid”

¹⁶ <https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/>

¹⁷ Zerbetto R. (2001), *Psicodinamica del giocatore d'azzardo*, in Lavanco G., *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano.

¹⁸ Freud, S. (1927): *Dostoevskij e il parricidio*. Trad. it. Opere, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.

in particolare legata al complesso edipico, sono la presenza di un trauma o di un vissuto segnante alla base degli aspetti patologici; il padre dal temperamento violento e autoritario e la componente autopunitiva del giocatore che si può tradurre in un paradossale desiderio di perdere.

Tra le idee suggerite da Sigmund Freud riguardo al gioco d'azzardo va rilevata la centralità destinata al pensiero magico-onnipotente del bambino che si cristallizza nel caso dei giocatori patologici anche quando il bambino è cresciuto; tali argomentazioni vengono poi recuperate da Bergler in *Psicologia del giocatore*¹⁹.

La proposta di Freud che affermerebbe che il “fato” è solamente una proiezione della figura paterna nella vita, per Bergler si traduce nel concetto che “ogni bambino crede nell’amore esclusivo dei suoi genitori, che è una perpetuazione proiettata dell’amore per sé stesso”, ipotizzando in questa maniera una linearità temporale di questa traiettoria che comincia con l’amore verso sé stesso senza limite, successivamente proiettato sulle figure genitoriali e in ultima istanza sul fato.

“Vincere significa che il destino annuisce, approva col capo e sorride amorevolmente. Perdere significa un avvertimento ed un dito minaccioso” riporta Bergler come affermazione di un soggetto che seguiva, affermazione emblematica nel sottolineare il procedimento inconscio che l’individuo agisce tramite la trasposizione proiettiva di quelle che potevano essere le attese dei genitori o *caregiver* sul destino, dal momento che l’individuo che gioca non vede più se stesso come “libero agente” bensì dominato da una “potenza più alta”.

Gioca con il destino così, il giocatore, pretendendo di controllarlo, ma finendo per mettere in atto un “progetto per perdere”, progetto inconscio autopunitivo che mette in campo l’introiezione di trovarsi nelle mani di una giustizia riparatrice (seppure camuffato da una narrazione che gli

¹⁹ Bergler E. (1974), *Psicologia del giocatore*, Newton Compton, Roma, ed orig.1957

permetta di continuare a dare un senso a ciò che fa, dal proprio ingannare anche stesso nella speranza di vincere). L'individuo che in qualche misura si metterebbe nelle mani del destino, in attesa di una qualche giustizia carnica, inconsapevolmente riproporrebbe l'interruzione temporale "tra la perpetuazione di un qualche misfatto infantile e l'attesa del relativo castigo". Per tale ragione si potrebbe considerare il giocatore come come un masochista travestito da edonista.

Interessante anche un articolo pubblicato nel 1943 da Bergler, *Il giocatore d'azzardo. Un nevrotico frainteso*²⁰, nel quale si presenta il nevrotico frainteso secondo le seguenti caratteristiche:

- 1) È un *risk-taker* e gioca regolarmente.
- 2) Il gioco viene prima di ogni altra cosa.
- 3) Non apprende dalle perdite²¹.
- 4) Non ha limiti e non smette di giocare quando sta vincendo.
- 5) Malgrado possa iniziare a giocare piano termina con lo scommettere somme troppo elevate.
- 6) Avverte una sorta di tensione al tempo stesso piacevole e dolorosa (*pleasurable painful tension*).

1.7 Il giocatore d'azzardo e i suoi sottotipi

Vari sono stati i tentativi di categorizzare i differenti tipi di giocatori d'azzardo, come ad esempio quello di Guerreschi (2000)²², presidente della S.I.I.Pa.C. (Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive), che ne propone una suddivisione in sei categorie:

²⁰ Bergler E, (1943), *Il giocatore d'azzardo. Un nevrotico frainteso* (tr. it. 1971), in *Journal of Criminal Psychopathology*.

²¹ Secondo Bergler, anzi, la perdita rappresenterebbe lo scopo profondo del gioco giacché, malgrado sia camuffato dal perseguimento della vincita, il vero progetto del giocatore è masochistico e finalizzato al perdere.

²² Guerreschi, C. (2000), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*, Ed. San Paolo, Milano.

- 1) *Giocatori d'azione* con sindrome da dipendenza: sono quei giocatori che non riescono più a regolarsi nel loro rapporto con il gioco e le scommesse. L'attività ludopatica è il centro del loro mondo, il vero motore delle loro scelte, il metronomo delle loro vite. Piano piano la ludopatia si espande a macchia d'olio nella vita del giocatore e fa sentire il suo impatto nelle relazioni, più o meno strette che siano ma soprattutto con i parenti, nell'attività professionale e pressoché in ogni parte dell'esistenza dei soggetti in questione. Il giocatore compulsivo non può smettere di giocare, indipendentemente da quanto lo desidera o da quanto duramente ci provi.
- 2) *Giocatori per fuga* con sindrome da dipendenza. Sono quei giocatori che magari soffrono di condizioni ansiose, stati depressivi, o malumori di altro genere e si rifugiano nel gioco. Per loro giocare diventa il mezzo per sottrarsi ai problemi o alle situazioni che gli generano stress conferendo all'attività ludopatica un valore lenitivo, come un antidolorifico.
- 3) *Giocatori sociali costanti*. Sono quei giocatori a cui piace molto giocare, lo considerano un hobby, un'attività più ludica che ludopatica anche se frequente nel tempo. Tuttavia i soggetti in questione non sono in balia della loro dipendenza e in queste vite il gioco non ha conquistato la priorità assoluta che invece è mantenuta dagli affetti e dalla carriera.
- 4) *Giocatori sociali adeguati*. Sono i giocatori probabilmente più diffusi in termini numerici in quanto rappresentano tutte le persone comuni che giocano così per distrarsi una volta ogni tanto, o giocano la schedina con gli amici per condividere un brivido. Le loro vite non sono toccate dal problema del gioco d'azzardo a livello relazionale né professionale.
- 5) *Giocatori antisociali*. Si tratta di soggetti che operano in maniera illecita o criminale al fine di arricchirsi con attività legate al gioco.
- 6) *Giocatori professionisti non-patologici*. Sono quei giocatori che hanno fatto carriera nel gioco d'azzardo, è il loro lavoro e sono degli specialisti che non solo hanno imparato a essere padroni del gioco ma spesso sono riusciti anche ad arricchirsi attraverso tale attività.

Un'altra suddivisione in tre diverse tipologie di giocatori è il risultato di una ricerca italiana (Di Maria, Lavanco & Lo Re, 2000)²³, che ha coinvolto mille giocatori che erano in procinto di giocare, sotto varie forme, nelle ricevitorie, bar, tabacchi, sale corse ed ippodromi.

1) Appartengono al *primo gruppo* i giocatori che attribuiscono alla propria *abilità e competenza* l'azzeccare il pronostico, la vincita o la perdita. Questa forma di percepire il gioco è tipica degli scommettitori di corse di cavalli. Si differenziano dagli altri giocatori proprio per la convinzione di aver maturato particolari capacità in merito al gioco attraverso la pratica, la preparazione, lo studio e le discussioni con altri scommettitori.

2) Il *secondo gruppo* è composto dai giocatori che percepiscono il gioco come un fenomeno nelle mani della *Dea Fortuna*. Per loro, tutto dipende dalla fortuna, che può essere dalla loro parte, o meno, negli esiti delle scommesse. Tale forma di percepire il gioco si trova principalmente nei giocatori di lotto, lotterie e derivati. Usualmente da sola, ma non per forza, la persona gioca con la Dea Fortuna in molti casi orientato dalla superstizione o dai sogni.

3) Nel *terzo gruppo* rientrano i giocatori che percepiscono il gioco come risultato di un mix tra *abilità e fortuna*. Tale percezione dei due fattori compare generalmente nei giocatori di totocalcio i quali confidano nell'intervento della fortuna ma si reputano anche preparati e competenti nel valutare la situazione calcistica, le squadre favorite ed altri aspetti legati alle scommesse in questione.

²³ Di Maria F., Lavanco G., Lo Re T. (2000), *Azzardosamente. Giochi d'azzardo e bisogni di identità*, in *Psicologia Contemporanea*, 162.

Un' altra tripartizione delle categorie di giocatori d'azzardo è stata codificata da Blaszczynski (2000)²⁴, che una volta analizzati i risultati di un precedente studio (Blaszczynski, McConaghy & Frankova, 1991)²⁵ circa i risultati dei trattamenti a lungo termine dei giocatori d'azzardo, ha formulato un'ipotesi interessante sia per quanto riguarda la suddivisione dei gruppi di giocatori patologici sia sulle indicazioni trattamentali.

1) *Giocatori patologici non patologici*. Di questo gruppo fanno parte quegli individui che hanno le caratteristiche del giocatore d'azzardo patologico ma non presentano condizioni psicopatologiche preesistenti. Preoccupazione per il gioco, rincorrere le perdite, depressione o ansia sono elementi del gioco d'azzardo patologico che si manifestano come conseguenza e non all'origine dell'attività ludopatica. Non manifestando la presenza di psicopatologie pregresse, utilizzo di droghe o comportamenti impulsivi, dal punto di vista clinico tali soggetti appaiono come i meno gravi tra tutti i giocatori patologici; al contrario, sembrerebbero i più motivati nell'avvicinarsi alla terapia e maggiormente in grado di ottenere benefici da essa, fino a poter ottenere un livello di gioco controllato.

2) *Giocatori emotivamente disturbati*. Sono giocatori caratterizzati da fattori di vulnerabilità psicologica che li spingono a ricercare nel gioco la modulazione degli stati affettivi. Si collocano a metà strada tra i giocatori in grado di controllarsi e quelli incapaci di farlo, presentano spesso elementi riconducibili a nevrosi ed esperienze legate a traumi durante la crescita. In tali soggetti depressione, ansia, utilizzo di droghe sono principalmente eventi che vengono prima del gioco, che, tuttavia, li rinforza. L'intervento terapeutico richiesto è più intenso e mirato a

²⁴ Blaszczynski, A. (2000), *Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling*, in The electronic Journal of Gambling Issues.

²⁵ Blaszczynski, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1991), *A comparison of relapsed and nonrelapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment*, in British Journal of Addictions.

risolvere i conflitti interni e a rafforzare l'autostima e la capacità di fronteggiare le difficoltà. Tali giocatori propendono all'astinenza come soluzione, poiché si rivelano in molti casi non abbastanza forti per poter mantenere attività di gioco responsabili e controllate, destinate a sfociare nel gioco compulsivo.

3) *Giocatori con correlati biologici*. A questa categoria appartengono quei giocatori patologici che presentano elementi disfunzionali nel cervello. Tali problematiche implicherebbero impulsività e deficit dell'attenzione, probabilmente riconducibili all'infanzia e per tale motivo precedenti a e indipendenti dal gioco. Dal punto di vista clinico questi soggetti presenterebbero tutta una serie di condizioni debilitanti indipendenti dal gioco come uso di droghe, depressione, ansietà, irascibilità, incapacità di posticipare la gratificazione e attitudini antisociali.

1.8 GAP e DSM

Quando si parla di *gioco d'azzardo patologico* (GAP) ci stiamo riferendo a qualcosa di non perfettamente chiaro o delineato da confini certi, bensì di un fenomeno tutt'altro che omogeneo, dai molti volti e non semplice da classificare. Malgrado, infatti, siano state effettuate varie ricerche (di cui alcune sopra), in particolar modo dopo il suo inserimento nel DSM-3²⁶ nel 1980, le questioni aperte restano tuttora numerose.

Nell'ultima versione del DSM²⁷, ovvero il DSM-5, il *gioco d'azzardo patologico* ha cambiato nome in *disturbo da gioco d'azzardo* e presenta

²⁶ Il *gioco d'azzardo patologico* è stato riconosciuto definitivamente come una patologia a sé stante nel 1980, quando venne introdotto nella III versione del DSM, classificandolo nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi.

²⁷ Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, noto anche con la sigla DSM derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca, redatto dall'American Psychiatric Association (A.P.A.).

una serie di criteri diagnostici. L'individuo per essere diagnosticato deve presentare almeno 4 delle seguenti caratteristiche:

- 1) Nel gioco d'azzardo necessita di sempre maggior denaro per ottenere l'effetto eccitante desiderato.
- 2) Manifesta sintomi di irrequietezza e irritabilità qualora provi a diminuire o interrompere le attività di gioco d'azzardo.
- 3) Ha tentato invano numerose volte di gestire, diminuire o interrompere le attività di gioco d'azzardo.
- 4) Ha spesso preoccupazioni e pensieri legati al giocare d'azzardo, come ripensare a scommesse effettuate e immaginarsi strategie per rifarsi o pensare a come trovare i soldi per giocare d'azzardo.
- 5) Molte volte gioca d'azzardo nei momenti in cui può sentirsi impaurito, in colpa, in ansia o in uno stato depressivo.
- 6) In seguito alla perdita di denaro al gioco tende a "rincorrere" le perdite, ovvero torna a giocare ancora per rifarsi.
- 7) Tende a mentire per nascondere il reale grado di invischiamento nel gioco d'azzardo.
- 8) Ha compromesso la stabilità di alcuni tra gli aspetti più importanti della propria vita (relazioni, carriera, formazione) per colpa del gioco d'azzardo.
- 9) Si appoggia ad altri per recuperare il denaro che gli serve per rialzarsi da perdite importanti e da condizioni economiche debitorie dovute al gioco d'azzardo.

Inoltre il comportamento legato al gioco d'azzardo può essere:

Nel corso degli anni il manuale è arrivato nel 2013 alla quinta edizione e nel 2023 alla quinta edizione revisionata.

- *Episodico*: presenta i criteri diagnostici più di una volta, con segni di cedimento fra periodi di disturbo da gioco d'azzardo perlomeno per vari mesi.

- *Persistente*: manifesta sintomi continui, tali da soddisfare i criteri diagnostici per vari anni.

Specificare se:

- *In remissione precoce*: in seguito alla precedente e totale soddisfazione dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo, nessuno di essi è stato soddisfatto per un minimo di tre mesi ma non più di dodici.

- *In remissione protratta*: in seguito alla precedente e totale soddisfazione dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo, nessuno di essi è stato mai soddisfatto per un periodo pari o superiore a dodici mesi.

1.9 Trattamenti clinici

Uno degli approcci clinici più importanti per quanto riguarda il trattamento del gioco d'azzardo patologico è quello ideato da Custer²⁸; tale modello si fonda sull'uso simultaneo di diverse componenti che si sostengono e si completano tra di loro: colloqui con lo psichiatra, terapie di gruppo con o senza la presenza del partner e la partecipazione ai *Giocatori Anonimi*²⁹. In questo approccio il focus viene concentrato sugli aspetti dell'individuo in cui il gioco d'azzardo patologico ha creato problemi, sostenendo il paziente nel tentativo di ristabilire le priorità delle proprie problematiche e assistendolo nello sviluppare maggiore razionalità e responsabilità nel processo per risolverle. L'invio ai *Giocatori Anonimi* e le terapie di gruppo sarebbero per l'individuo una possibilità per alleviare le sofferenze immediate e un'occasione per socializzare e diminuire la sensazione di

²⁸ Custer R. L., Milt H. (1985), *When luck runs: Help for compulsive gamblers and their families*, New York: Fact on File Publications.

²⁹ *Giocatori Anonimi*: sono gruppi di auto mutuo aiuto sul modello degli *Alcolisti Anonimi*.

solitudine, mentre un percorso di psicoterapia individuale o familiare rappresenterebbero una strada per fare i conti con i propri stati emotivi più difficili e disfunzionali. Determinante, infine, un sostegno con un follow-up di accompagnamento onde evitare che l'accumulo di tensione durante il processo di recupero provochi al giocatore pericolose ricadute³⁰.

Un altro tipo di approccio è quello di carattere psicoanalitico. Bolen e Boyd (1968)³¹ prendono in esame, insieme ad altri, l'imponente contributo di Bergler³² che espone il percorso terapeutico di 60 giocatori e che rimane attualmente uno degli studi più completi sui giocatori d'azzardo, e affermano che la psicoanalisi è uno degli approcci più comuni nella terapia per il gioco d'azzardo e che "la percentuale dei successi è piuttosto elevata". Nelle ricerche di Bergler, infatti, sui sessanta giocatori che presero parte al trattamento, la percentuale di successo fu all'incirca del cinquanta per cento.

Un'altra possibilità di trattamento è quella psichiatrica. Va ricordato tuttavia che gli studi effettuati sul trattamento del gioco d'azzardo patologico attraverso l'uso di farmaci non raggiungono quantità significative e si basano principalmente sulla somministrazione di antidepressivi serotoninergici (clomipramina e fluvoxamina), stabilizzanti del tono dell'umore (litio e carbamazepina) e farmaci antagonisti dei recettori per gli oppiacei (naltrexone). La risposta selettiva nel disturbo ossessivo-compulsivo con l'evidenza di una disregolazione

³⁰ Custer ha sottolineato come in molti casi sussistano emergenze psichiatriche che necessitano di ricovero immediato giacché i giocatori, spinti dalla disperazione, possono essere a rischio di compiere gesti estremi autolesivi (anche suicidarsi) o sull'orlo di commettere crimini nel tentativo irrazionale di risolvere i loro problemi economici.

³¹ Bolen D. W., Boyd W. H. (1968), *Gambling and the gambler: a review and preliminary findings*, in *Archives General Psychiatry*, 18, pp. 617-630.

³² Bergler, E (1957), *The Psychology of Gambling*, in *Journal of Criminal Psychopathology*. International University Press, New York; tr. it. *Psicologia del giocatore*. Vicenza: Newton Compton, (1974).

serotoninergica, noradrenergica e dopaminergica, oltre alle frequenti comorbilità psichiatriche presenti nei giocatori d'azzardo patologici, suggeriscono come il gioco patologico possa essere un bersaglio specifico di queste classi di farmaci (Pallanti, Baldini Rossi & Hollander, 2001)³³.

Un'altra possibilità di approccio riguarda i trattamenti comportamentisti³⁴, che si fondavano in particolare sull'associazione di un input che provocasse dolore, come una scarica elettrica, a stimoli legati al gioco d'azzardo. Barker e Miller (1966)³⁵ per esempio trattarono due giocatori con delle scariche elettriche inviate random durante le sessioni di gioco al *videopocker* con cadenza di quasi una scossa al minuto. Con uno dei soggetti il trattamento non ebbe successo, mentre l'altro dopo un anno aveva smesso di giocare. Successivamente gli venne applicata una sessione di rinforzo in seguito a una ricaduta e non giocò per un ulteriore anno.

Dello stesso genere il caso di Seager (1970)³⁶ che trattò 16 giocatori in sedute dove si somministravano scariche elettriche associate a immagini relative al gioco o mentre scommettevano.

Un altro tipo di trattamento è quello cognitivo-comportamentale, approccio questo che si pone l'obiettivo di modificare i modelli cognitivi

³³ Pallanti S., Baldini Rossi N., Hollander E. (2001), *Terapia farmacologia del gioco d'azzardo patologico*, In Croce M., Zerbetto R. (2001). *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano.

³⁴ La teoria comportamentista, ideata da Skinner nel 1953 (fu Skinner che adottò il termine "patologico" per la descrizione del gioco d'azzardo), sostiene che la predisposizione a giocare dipenderebbe da uno schema di rinforzo dovuto a vincite sporadiche per cui il giocatore verrebbe spinto a rigiocare, poiché più tentativi equivalgono a maggiori possibilità di vincita. Ovvero, sarebbe un meccanismo simile a quello che si studia in laboratorio con gli animali, quando stimoli positivi innescano il comportamento cercato. Relazionando ciò al gioco d'azzardo si ipotizza che la vincita occasionale in denaro potrebbe avere la funzione di rinforzo intermittente favorendo il mantenimento del comportamento di gioco.

³⁵ Barker J. C., Miller, M. (1966), *Aversion therapy for compulsive gambling*, in *British Medical Journal*, 2, p. 115.

³⁶ Seager C. P., Pokorny M. R., Biack D. (1970), *Aversion therapy for compulsive gambling*, in *Lancet*, 1, p. 546.

e correggere gli errori cognitivi commessi dal giocatore. Laudouceur (2000)³⁷ propone quattro punti fondamentali:

- la modificazione cognitiva
- allenarsi al *problem solving*
- allenarsi a migliorare le proprie abilità sociali
- prevenire le ricadute

Molto importante il punto della *modificazione cognitiva* che nel trattamento si sviluppa secondo quattro componenti principali:

- la comprensione dell'azzardo
- l'identificazione delle false credenze
- l'insegnamento di verbalizzazioni adeguate
- la pratica della rivalutazione cognitiva propria del gioco

Secondo ciò che risulta dagli studi di Laudouceur (2003³⁸;2001³⁹) l'80 per cento dei giocatori trattati con tale approccio al termine del trattamento non presentavano più un quadro clinico diagnosticabile come giocatore patologico.

Caso interessante è infine quello dei *Giocatori Anonimi*, consistente in gruppi di auto mutuo aiuto nati nel 1957 a Los Angeles, diffusosi in varie

³⁷ Laudouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000), *Les jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*. Canada, Les Edition de l'homme. (trad. It. *Il gioco d'azzardo eccessivo; vincere il gambling*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003).

³⁸ Laudouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J. (2003), *Group Therapy for Pathological Gamblers: A Cognitive Approach*, in *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.

³⁹ Laudouceur R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., Jacques, C. (2001). *Cognitive treatment of pathological gambling*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, pp.766-773.

parti del mondo e arrivato alla fine del secolo scorso in Italia a Milano. Secondo la loro visione il gioco d'azzardo è una patologia progressiva da cui non si guarisce. Ciò che si può fare è arrestarla, interromperla, attraverso l'astinenza dal gioco, vero grande obiettivo dei gruppi. Gli incontri sono settimanali e aperti a chiunque voglia interrompere le attività legate al gioco d'azzardo e consistono nelle condivisioni dei partecipanti. Questi, quando si presentano, informano il gruppo del numero dei propri giorni di astinenza e leggono a turno i *Dodici Passi* in cui riconoscono la propria incapacità di resistere al gioco e si affidano a una "forza superiore", rivedono la propria vita e i propri errori e si prefiggono di cambiare con impegno e perseveranza.

Interessante che esistano anche gruppi in cui si danno sostegno reciproco i parenti dei giocatori, i *Gam Anon*, separati ma in collaborazione con i *Giocatori Anonimi*.

Il tasso di successo dei gruppi di *Giocatori Anonimi* non è facilmente calcolabile dato che essi non raccolgono dati utili ai fini di un'analisi quantitativa, tuttavia alcuni studi sono stati fatti come lo studio retrospettivo e predittivo compiuto da Stewart e Brown (1988)⁴⁰ su un campione di 232 "giocatori anonimi" in cui risultò che molti giocatori, in particolare nelle tre settimane dopo il primo contatto, smettevano di frequentare i gruppi e che solo l'8% riusciva a mantenere un'astinenza totale dal gioco dopo un anno e il 7% dopo due. Oltre all'invito di estendere e rafforzare il ruolo dei *Giocatori Anonimi*, tali autori suggeriscono ideare e integrare altre modalità di trattamento residenziale e comunitario con o senza elementi di auto mutuo aiuto.

In conclusione alla carrellata di approcci esposti sopra, occorre tuttavia ricordare che la letteratura relativa alla valutazione dei trattamenti non

⁴⁰ Stewart, R. M., Brown, R. I. F. (1988), *An outcome study of Gamblers Anonymous*, in *British Journal of Psychiatry*, 152, pp.284-288.

risulta esaustiva e presenta ancora limiti importanti (campioni poco numerosi, scarsità di gruppi di controllo, pochi riscontri *follow-up*), perciò risulta complicato anche trarre conclusioni circa gli approcci terapeutici per il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

Capitolo 2

Orthos: Programma Residenziale Intensivo Breve per Giocatori d'Azzardo

In questo capitolo verrà descritto Orthos, Programma Residenziale Intensivo Breve per Giocatori d'Azzardo così come presentato dal suo ideatore Riccardo Zerbetto⁴¹.

Nello specifico verranno trattati il quadro epistemologico e la filosofia di riferimento, gli obiettivi dell'intervento terapeutico, la metodologia, le fasi del processo terapeutico, le componenti fondamentali del processo e come si svolge l'attività quotidiana in comunità, il lavoro con le famiglie, la solidarietà nel gruppo, eccetera...

2.1 Introduzione a Orthos

In Italia si può constatare una certa ricchezza per quanto riguarda l'offerta di trattamenti ambulatoriali e residenziali finalizzati a curare e superare le condizioni di dipendenza collegata all'utilizzo di droghe e, in minor misura, al consumo di bevande alcoliche. Ciò che parrebbe mancare, tuttavia, sono le risorse per trattare tutta una serie di comportamenti patologici radicati in quella che viene chiamata *addiction prone personality* (struttura di personalità predisposta alla dipendenza) e che si manifestano in un ventaglio di comportamenti che vanno dalla ludopatia, alla dipendenza dal sesso, alla net-addiction, all'utilizzo di droghe ed altri stimolanti.

Nondimeno, tra le cosiddette "nuove dipendenze" si può riscontrare una forte eterogeneità a livello sociale, culturale e generazionale, cosa che rende più complicata la partecipazione a programmi di terapia pensati per

⁴¹ Zerbetto R., *Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo*, parte del contributo: *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*, a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto in "*Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche*" a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore.

destinatari maggiormente categorizzati e per tale ragione genera difficoltà maggiori nell'organizzazione di programmi capaci di accogliere una richiesta di utenti tanto variegata.

Per tali ragioni si ha a che fare con la grande difficoltà di proporre percorsi di terapia proficui ed efficaci, mirati a situazioni che, seppur spesso meno evidenti nel carattere degenerativo dei casi di tossicomania, comportano comunque forti elementi di sofferenza agli individui, ai loro familiari e a chi li circonda.

Date queste condizioni, si fa sentire l'urgente necessità di ideare e mettere in pratica metodologie innovative che siano in grado di fronteggiare il continuo svilupparsi e modificarsi delle problematiche e delle modalità legate alle dipendenze e che abbiano, secondo Riccardo Zerbetto⁴² (psichiatra e psicoterapeuta, fondatore e direttore scientifico del Progetto Orthos) le seguenti caratteristiche:

- non durare troppo nel tempo in modo da lasciare agli utenti la possibilità di mantenere il lavoro e non stravolgere le situazioni relazionali dei partecipanti
- mantenere, quando possibile, un focus mirato alla dipendenza particolare dei soggetti partecipanti
- proporre, quando possibile, un focus mirato più all'intervento di psicoterapia che all'utilizzo di farmaci, cercando di lavorare, in un periodo di tempo relativamente breve ma estremamente intensivo, i

⁴² Riccardo Zerbetto è Direttore Scientifico del Progetto Orthos, Psichiatra, Psicoterapeuta Didatta, Fondatore delle Comunità Terapeutiche del Comune di Roma, già consulente del Ministero della Sanità e membro della Commissione Dipendenze Patologiche dello stesso, supervisore del Progetto *Cocaine Counseling* (RE), già docente incaricato di Psicopatologia all'Università di Siena. Direttore CSTG con corsi di psicoterapia riconosciuti dal MIUR presso le sedi di Milano e Siena e corsi riconosciuti da Assocounseling.

Riccardo Zerbetto è fondatore e Presidente Onorario di *ALEA - Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio*. Con Mauro Croce, Riccardo Zerbetto ha organizzato nel 2000, a Forte dei Marmi, il primo convegno internazionale in Italia sul tema, intitolato *"Il gioco e l'azzardo"*.

punti nevralgici che potrebbero essere alla base dei comportamenti disfunzionali degli individui in questione

- Fare rete con le strutture territoriali nella fase di *intake* e di presa in carico dei soggetti
- Non abbandonare i soggetti a loro stessi una volta terminato il programma ma riservare appuntamenti successivi che possano accompagnare e solidificare gli sforzi fatti e le conquiste raggiunte durante la fase intensiva e il lavoro di psicoterapia.

Seguendo questi criteri fondamentali, nel 2007, prende vita il Progetto Orthos. In tale anno, infatti, è iniziato un programma sperimentale proposto dell'Associazione Orthos e realizzato coi fondi della Regione Toscana al fine della "*prevenzione e contenimento del gioco d'azzardo problematico e promozione di azioni mirate al sostegno di una adeguata cultura del gioco*".

Il progetto Orthos può essere altresì consultato sul sito: www.orthos.biz⁴³.

2.2 Quadro epistemologico e filosofia di riferimento

La parola *Orthos* viene dal greco e deriva da un nome attribuito a Dioniso nell'antica Grecia. *Orthos* è significa qualcuno che sta in piedi e che appunto non è sdraiato, o reclinato (da cui *cliente*), e neppure lasciato a se stesso passivamente (da cui *paziente*) e non è perciò dipendente da terzi nello *stare in piedi sulle proprie gambe*.

Il riferimento a tale divinità accompagna il progetto anche sotto altri punti di vista e sfumature. Infatti si è scelto questo riferimento in quanto coinvolgere anche solo idealmente la divinità dell'ebbrezza (ma pure del gioco e degli eccessi in generale) sta anche a significare la scelta ideologica di base che consiste nel non voler condannare completamente una tendenza edonistica bensì di equilibrarla e renderla compatibile con la

⁴³ <https://www.orthos.biz/>

vita delle persone in modo tale che queste, perché no, possano anche mantenere la libertà di concedersi qualche giocata, sempre che siano loro, e non la dipendenza, a sceglierlo.

Non si può negare d'altronde che esista una soglia critica oltre la quale il *piacere* va a finire nel *dis-piacere*. Questo è un fenomeno tipico dei disturbi dell'alimentazione, dell'abuso di droghe o alcolici, del gioco e della *sex-addiction*. Dunque più che cercare di eliminare il piacere in quanto pericoloso, secondo tale prospettiva risulta più interessante conoscere e perfezionare, ognuno secondo il proprio equilibrio interno, l'arte del vivere bene, quanto più possibile in armonia, conoscendo la propria interiorità, i propri limiti (che sarebbe pericoloso superare) e facendoli emergere a livello adulto e consapevole. Come prosegue Zerbetto⁴⁴:

“Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o peggio ancora di malattia incurabile (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”.

Tale sapere, che ha tradizionalmente accompagnato gli umani, può ancora oggi ispirare nuove forme di rapportarsi a quella contrapposizione tra opposti che vede da un lato gli eccessi esasperati e dall'altro forme proibizioniste rigorose e che in tal modo trascura la possibilità di una più verosimile scala di grigi tra il bianco e il nero.

Ad esempio gli antichi greci avevano già compreso l'importanza della giusta misura, *metron ariston*, come auspicabile approccio alle cose della

⁴⁴ Zerbetto R., *Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo*, parte del contributo: *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*, a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto in "Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche" a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore.

vita e perciò anche nei confronti del piacere, al fine di non cadere in un edonismo senza limiti ma neppure in un doverismo fondamentalista.

Il gioco, come si è visto nel primo capitolo, rappresenta un aspetto connaturato all'uomo e per tale ragione pressoché impossibile da sopprimere completamente, soprattutto in casi di individui che, per differenti ragioni di ordine psicologico, genetico, sociale o culturale, si rivelano particolarmente predisposte alle attività di gioco.

Si rivela perciò utile come piano d'azione superare la dicotomia giocare o non giocare e promuovere al contrario la ricerca di un equilibrio più sano, una giusta misura appunto, nel gioco e una ricerca di affrontare tale attività con maggiore controllo.

Tale è la filosofia alla base dell'approccio proposto ma ciò non toglie che esistano casi in cui una astinenza totale sia fortemente raccomandata ed altri in cui invece, vista l'incapacità di raggiungerla, è più congruo incoraggiare uno scalaggio più graduale.

È inoltre utile ricordare che pur quando si raggiunga un totale allontanamento dal gioco è elevatissimo il rischio di incorrere, per un periodo particolarmente stressante o altri fattori, in una ricaduta.

Si rivela perciò importante durante il trattamento educare il giocatore a forme di giocare più sane e più orientate socialmente.

Occorre ricordare che questa modalità di intervento è relativamente nuova e non ancora supportata da una mole significativa di dati, dal momento che l'approccio più classico ispirato ai "giocatori anonimi", che si rifanno agli alcolisti anonimi, considera il gioco come qualcosa da estirpare completamente e ogni minima giocata come l'atto che fa ripiombare il giocatore nella precedente condizione di giocatore d'azzardo patologico.

Tuttavia, le indagini sui risultati dei trattamenti a scopo terapeutico sui giocatori d'azzardo lasciano emergere dati su cui pare opportuno soffermarsi un attimo. Alcune ricerche in questo campo condotte da

González Ibáñez ed altri (1990⁴⁵, 1995⁴⁶ e 2001⁴⁷), McCormick e Ramirez (1988)⁴⁸, Blaszczynski, McConaghy e Frankova (1991)⁴⁹ hanno evidenziato che, non solo l'eliminazione completa dei comportamenti ludopatici può essere salvifica, ma che anche la diminuzione della fame da gioco e l'allenamento nel riuscire a porsi dei limiti e rispettarli garantisce degli ottimi vantaggi per i soggetti e una valida direzione da seguire per gli addetti ai lavori. Ovviamente per far sì che tutto ciò possa accadere, verosimilmente si abbisogna anche di una trasformazione esistenziale e pratica del modo di stare al mondo dei soggetti in questione che dovranno lavorare sulla propria realtà interna, sui propri impulsi, sulle relazioni e più in generale il modo di affrontare problemi e difficoltà.

2.3 Obiettivi dell'intervento terapeutico

Una volta chiariti il quadro epistemologico e le idee che ispirano il progetto Orthos pare opportuno presentare gli obiettivi dell'intervento terapeutico, che possono essere schematizzati come segue:

1. ripercorrere le vicende personali e familiari andando alla ricerca di elementi più o meno critici che possano aver condizionato lo sviluppo psicologico ed emotivo dei soggetti, elementi che cristallizzati nel tempo possono aver dato vita a modalità disfunzionali nella conduzione della propria esistenza nei vari aspetti che la compongono,

⁴⁵ Gonzalez-Ibanez A., Pastor C., Mercadé P.V., Aymami N. (1990), *Un programa de modificaciòn y terapia deconducta para el tratamiento del juego patológico*, Libro de ponencias Socidrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales, Barcelona.

⁴⁶ Gonzalez-Ibanez A., Saldana C., Jimènez-Murcia S., Vallejo J. (1995), *Psychological and behavioural features of pathological fruit machine gamblers*. Papers presented at the First European Conference on Gambling and Policy Issues, Cambridge University, Cambridge.

⁴⁷ Gonzalez-Ibanez A. (2001), *Esperienze di valutazione sui trattamenti*. In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001), *Il gioco e l'azzardo*. Franco Angeli, Milano.

⁴⁸ McCormick R.A., Ramirez L.F. (1988), *Pathological Gambling. Reprint from Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.

⁴⁹ Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. (1991), *A comparison of relapsed and nonrelapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment*, in British Journal of Addictions.

2. processo di riappropriazione degli aspetti legati al modo di pensare e di vivere le emozioni, i rapporti con gli altri e le modalità disadattive attraverso la presa di coscienza e di responsabilità, senza cadere nella trappola per cui la colpa è sempre esterna, del caso o di qualcun altro,
3. focus sugli elementi della vita dei soggetti nei quali essi riversano il proprio entusiasmo e le proprie energie e ipotesi di nuove aree o interessi che potrebbero convogliarle in virtù di un equilibrio più armonico nella propria esistenza.

2.4 Metodologia

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra elencati gli operatori di Orthos hanno trovato opportuno avvalersi della metodologia che viene di seguito descritta:

- In primis, usufruendo delle numerose ricerche e attuazioni terapeutiche relative ai disturbi di personalità concernenti le dipendenze, sarà utile ripercorrere le vicende personali e familiari andando alla ricerca di elementi più o meno critici che possano aver condizionato lo sviluppo psicologico ed emotivo dei soggetti, elementi che cristallizzati nel tempo possono aver dato vita a modalità disfunzionali nella conduzione della propria esistenza nei vari aspetti che la compongono. Il rivolgimento dello sguardo al proprio interno e il viaggio dentro alle vicende personali e familiari rappresentano preziose occasioni per stimolare progresso ed evoluzione nei soggetti che, in tal modo, possono riappropriarsi consapevolmente delle proprie risorse e dei propri punti di forza e allo stesso tempo riconoscere le proprie lacune e gli ambiti in cui possono ancora lavorare per migliorarsi o che in qualche maniera hanno contribuito negativamente allo sviluppo dei soggetti. Infatti non

sono rari i casi di dipendenze legate a traumi o situazioni ombrose avvenute in tenera età (Patry e Steinberg, 2005)⁵⁰.

- L'attività di terapia sarà svolta secondo modalità individuali, e quindi maggiormente mirate ad affrontare le specificità di ognuno, così come in sessioni gruppali nelle quali si potrà usufruire dell'esperienza altrui come di uno specchio e grazie alle quali si andrà anche a sviluppare affiatamento e motivazione verso un processo di trasformazione comune che stimolerà i soggetti e funzionerà come acceleratore del processo di liberazione dalle proprie catene.
- Essendo l'approccio clinico-terapeutico di Orthos ispirato alla Terapia della Gestalt sarà naturalmente centrale l'avvalersi di tecniche quali la drammatizzazione e l'espressione del proprio sentire e di emozioni come la rabbia (spesso repressa o comunque disfunzionale), ma anche l'invito a tirare fuori tutte quelle cose che non si è mai avuto il coraggio o l'accortezza di dire alle persone che ci vogliono bene, così come a quelle che ci hanno ferito, permettendo così di liberarsi da quegli ingorghi emotivi che tanto condizionano, più o meno consapevolmente, il cammino degli esseri umani. Per tale ragione l'aspetto catartico della terapia è tenuto in grande considerazione quando non esplicitamente incoraggiato.
- Una volta esplorato l'orizzonte emozionale dei soggetti, che avranno così maturato già un ottimo miglioramento nella consapevolezza del proprio mondo interno, l'attenzione viene posta nella riorganizzazione cognitiva tesa a sviluppare un pensiero più retto ed equilibrato, al riparo da quelle false credenze a cui il giocatore d'azzardo si appiglia per

⁵⁰ Petry N.M., Steinberg K.L. (2005), *Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers*, in *Psychol. Addict. Behav.*, 19 (2), pp.226-9.

tenere in piedi la sua visione delle cose, la sua *weltanschauung*⁵¹. Rendersi conto di tutto ciò a livello cognitivo permette all'individuo di responsabilizzarsi per ciò che gli accade e di ridurre il rischio di giocare il ruolo della vittima dei propri stessi condizionamenti cognitivi che lo tengono, come in un labirinto, intrappolato nelle solite dinamiche disfunzionali.

- La mera presa di consapevolezza di tali dinamiche che si ripetono non è sinonimo di una reale trasformazione dei comportamenti o di un'evoluzione sostanziale nel modo di stare al mondo di chi la sperimenta, ma è comunque il fattore considerato maggiormente utile al fine di ottenere risultati più autentici e duraturi in prospettiva futura.
- Lo svelamento e il riconoscimento dei fattori che hanno fatto sì che venissero portate avanti dinamiche disfunzionali nella vita dei soggetti e nel rapporto tra loro e l'ambiente in cui si muovono, saranno poi associati alla difficoltà di cambiare pagina o di cercare alternative valide per il proprio destino e per il proprio progetto di vita.
- Successivamente verrà enfatizzata la necessità del processo di riappropriazione (assunzione della piena responsabilità) degli aspetti legati al modo di pensare e di vivere le emozioni, i rapporti con gli altri e le modalità disadattive attraverso la presa di coscienza e di responsabilità, senza cadere nella trappola per cui la colpa è sempre esterna, del caso o di qualcun altro.
- Successivamente verrà posto il focus sugli elementi della vita dei soggetti nei quali essi riversano il proprio entusiasmo e le proprie

⁵¹ Il termine *Weltanschauung* appartiene alla lingua tedesca e non è letteralmente traducibile in lingua italiana perché non esiste nel suo lessico una parola che le corrisponda appieno. Essa esprime un concetto di pura astrazione che può essere restrittivamente tradotto con "visione del mondo", "immagine del mondo" o "concezione del mondo" e può essere riferito a una persona, a un gruppo umano o a un popolo, come a un indirizzo culturale o filosofico o a un'istituzione ideologica in generale e religiosa in particolare.

energie e ipotesi di nuove aree o interessi che potrebbero convogliarle in virtù di un equilibrio più armonico nella propria esistenza.

- In seguito a una prima fase di ricostruzione delle vicende personali e familiari dove si va alla ricerca di elementi più o meno critici che possano aver condizionato lo sviluppo psicologico ed emotivo dei soggetti, vi è una parte dedicata alla progettualità che prende campo nella seconda metà del periodo di residenza e verrà protratta anche successivamente con appuntamenti dedicati.

2.5 Le fasi del processo terapeutico

Il processo terapeutico si suddivide in una successione di fasi di intervento che è possibile riassumere nei seguenti punti:

- 1) fase dell'*intake*,
- 2) fase del trattamento residenziale e
- 3) fase dell'accompagnamento e dei richiami.

2.5.1 Fase dell'*intake*

L'*intake* è la prima fondamentale fase del processo terapeutico e ha luogo direttamente nella sede di Orthos, il Podere Noceto, oppure nelle strutture del territorio associate al Progetto Orthos. In tale fase avranno luogo da uno a tre incontri che serviranno alla raccolta delle informazioni personali, relazionali, sociali, professionali e tecniche dei soggetti; potranno inoltre essere somministrati test di personalità e verrà verificata l'autentica motivazione nei confronti del percorso da affrontare ad Orthos, oltre alla chiarificazione delle informazioni relative alle questioni prettamente amministrative e organizzative.

2.5.2 Fase del trattamento residenziale

La seconda fase è quella del trattamento residenziale vero e proprio. La durata del programma prevista è pari a tre settimane (ventuno giorni) presso la sede di Podere Noceto dove si svolgeranno attività di psicoterapia intensiva, counseling, educazione emotiva, esperienze meditative, ed altre esperienze finalizzate a lavorare tutti gli aspetti importanti della vita dei soggetti in questione. Tale modalità di intervento si rivolge a individui che abbiano ancora un minimo inserimento nel tessuto sociale ed economico e relazioni con parenti e amici non del tutto compromessi o quantomeno in grado di essere ristabiliti. È richiesto altresì possedere una struttura di personalità non esageratamente disturbata da fattori patologici ed un livello di assuefazione non eccessivamente invalidante. È principalmente, infatti, un programma che si rivolge a coloro che possono essere definiti, stando alla classificazione di Blaszczynski (2000)⁵² già presentata nel primo capitolo, “*giocatori patologici non patologici*”.

2.5.3 Fase dell’accompagnamento e dei richiami

Nella terza fase, quella dell’accompagnamento e dei richiami, è prevista un’attenta verifica di quanto riguarda il processo di ricollocamento nella società, nella famiglia e al lavoro. Al fine di non lasciare soli i soggetti che hanno affrontato il periodo residenziale, il programma prevede ulteriori appuntamenti terapeutici di richiamo consistenti in tre weekend: il primo dopo tre mesi, il secondo dopo sei, e l’ultimo dopo un anno dal termine del residenziale). Inoltre, sono fortemente incoraggiati anche percorsi di

⁵² Blaszczynski, A. (2000), *Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling*, in The electronic Journal of Gambling Issues.

terapia individuale o gruppale per il periodo di un anno, anche esternamente ad Orthos.

2.6 Le componenti strutturali dell'intervento terapeutico e lo svolgimento della giornata in comunità

In questo paragrafo verranno descritte le componenti strutturali dell'intervento terapeutico e lo svolgimento della giornata in comunità, nello specifico aspetti come la cura di sé, il dare e il ricevere, la pratica dell'auto-ascolto e auto-osservazione, come programmare la giornata, lo studio, il lavoro, il pranzo, il riposo, le traiettorie di vita (*life project*), i momenti di terapia di gruppo, arte terapia, gruppo sul pensiero magico, il gioco creativo, il lavoro con le famiglie e altri ancora.

2.6.1 Prendersi cura di sé

La sveglia è alle 7 e 30 e la giornata inizia con il prendersi cura di sé, del proprio letto e della stanza, soli o con i compagni se si tratta di ambiente condiviso. Il valore di tale attività è, oltre che pratico, metaforico poiché pone l'individuo nella posizione di assunzione di responsabilità nella cura della persona e del proprio spazio, senza aspettarsi che qualcun altro lo faccia al suo posto, caratteristica questa riscontrabile spesso nelle personalità dipendenti. Questo aspetto della giornata è pertanto ritenuto essenziale e monitorato attentamente dagli operatori che richiedono ai partecipanti di essere puntuali, di mantenere i luoghi decorosamente e di impegnarsi nel percorso.

2.6.2 Il dare e il ricevere

Dopodiché è il momento del pasto mattutino in cui i residenti si incontrano e collaborano per portare a termine tutti i compiti richiesti; secondo i turni, chi apparecchia la tavola, chi prepara da mangiare e chi lava i piatti. Tale appuntamento quotidiano ha il significato di “rito augurale collettivo” per il giorno che viene. Ciascuno si trova nella posizione di *dare* e in quella di *ricevere*, impossibilitato a rifugiarsi nell’isolamento con lo sguardo rivolto solo verso se stesso. Prendendosi invece cura anche delle altre persone, l’individuo realizza in qualche misura la dimensione del “noi” che si rivela condizione essenziale per un *vivere insieme* solidale e condiviso.

2.6.3 Pratica di auto-ascolto e auto-osservazione

Dopo la colazione, si apre uno spazio dedicato alla meditazione, all’auto-ascolto e auto-osservazione. Avverrà nel salone del podere, gli utenti e gli operatori insieme faranno esperienza di cosa significa stare con se stessi e cercheranno di affrontare la paura e lo sforzo di farlo qualora fosse finora sempre fuggito di fronte a certi propri movimenti interiori come sentimenti, fantasie, timori, emozioni negative, pensieri indesiderati. Questo è un appuntamento quotidiano, tenuto in grande considerazione nel programma di Orthos, e a cui è richiesta la partecipazione di ciascuno. È noto che non è semplice affrontare il silenzio; la mente tende ad agitarsi immediatamente e a riempire il senso di vuoto. Questo fenomeno, che può essere definito *horror vacui*, è sovente alla base di comportamenti maniacali e disfunzionali. In questa parte della giornata vengono anche svolti lavori con il corpo, meditazioni dinamiche, posizioni mirate a sciogliere acciacchi posturali spesso riconducibili a tratti del carattere problematici. Dopo una parte più introspettiva e meditativa segue una condivisione del vissuto di ognuno dove in genere emergono contenuti interiori importanti che saranno successivamente presi in carico nei momenti di terapia.

2.6.4 Programmare la giornata

Dopodiché si ha un momento dedicato alla programmazione della giornata dove si cerca di organizzare il tempo in maniera utile e funzionale, cercando di collaborare responsabilmente alla vita comune e a tutto ciò che potrebbe servire durante lo svolgimento della giornata. Questi incontri offriranno inoltre la possibilità di interagire con le altre persone in maniera costruttiva, accogliente e propositiva e al tempo stesso essere in grado di difendere la propria prospettiva cercando una sintesi con quella altrui.

2.6.5 Lo studio

Dato che è auspicabile che un approccio terapeutico sia in un certo senso anche nutritivo dal punto di vista sapienziale e culturale, viene riservato un tempo anche allo studio e alla riflessione collettiva sulla propria dipendenza, su come funziona e come è stata studiata. Imparare risulta utile anche in una prospettiva di responsabilizzazione adulta, di indipendentizzazione rispetto agli aiuti esterni da cui si dipende e dunque di sviluppo di strumenti utili per andare avanti con le proprie forze. Sostenendo l'idea secondo cui i libri possano aiutare nel ristabilimento di un equilibrio, gli utenti vengono incoraggiati a proseguire con lo studio e le letture anche una volta usciti da Orthos e gli vengono suggeriti testi che possano continuare ad aiutarli quando saranno di nuovo immersi nella vita di tutti i giorni.

2.6.6 Il lavoro

Anche l'aspetto del lavoro è ritenuto molto importante e, in base al periodo dell'anno e alle condizioni meteorologiche, due ore al giorno sono dedicate a lavori fisici. Tra le mansioni dei residenti figurano i lavori

domestici (prendersi cura delle aree comuni), tutto quanto riguarda la cucina (apparecchiare, cucinare, lavare i piatti), tagliare l'erba e curare il giardino, sistemare o riparare oggetti o parti della struttura che ne abbisognano, approvvigionamento di legname dal bosco e anche compiti di segreteria come fotocopie o ricerche online. Oltre al valore pratico e concreto dell'incarico svolto, tali momenti metteranno in luce le modalità e eventualmente le resistenze degli individui, di fronte al lavoro, al dovere e al "principio di realtà". Il compito svolto in sé e per sé è meno cruciale del "come" l'individuo lo vive. Nei disturbi in questione osserviamo frequentemente come non sia semplice per l'individuo prendersi carico delle proprie responsabilità e dei propri doveri in maniera equilibrata, presentando una categorizzazione mentale netta secondo cui il gioco è associato al piacere mentre il lavoro o la fatica sono associati al dis-piacere e quindi temuti, sofferti ed evitati.

2.6.7 Il pranzo

Il momento del pranzo, oltre ad essere necessario e gratificante dal punto di vista del nutrimento e del rifocillamento delle energie, offre l'opportunità della condivisione, dello scherzo e del gioco sano, rappresentando uno spazio fondamentale per lo sviluppo dei rapporti umani. In tale occasione i residenti sono invitati a turno a esprimere la propria creatività in cucina e a proporre piatti e ricette tipici del loro luogo di provenienza. Una volta mangiato, sempre secondo dei turni prestabiliti, i residenti si occupano della sistemazione e della pulizia degli spazi conviviali. Uno dei dati più interessanti è che proprio in queste fasi di preparazione e sistemazione pre e post pasto si siano verificati i conflitti maggiori tra gli utenti, la cui gestione ha offerto una preziosa occasione per affrontare aspetti problematici della personalità che, nella vita in comune, escono inevitabilmente allo scoperto.

2.6.8 Il riposo

Una volta mangiato e sistemato è il momento del riposo. È infatti prevista un'ora di pausa in cui i residenti possono stendersi sul letto, chiacchierare nelle aree comuni, fare una passeggiata nel bosco o mettersi in contatto con i familiari. L'uso del telefono è lasciato liberamente alla responsabilità dei residenti fintanto che non diventa "abuso", allorché possono essere previste forme di limitazione o di controllo da parte degli operatori. La gestione del tempo libero viene ritenuta molto importante giacché è proprio nei momenti morti che si può mettere alla prova la propria capacità autoregolativa di gestione del tempo e delle energie, che può orientarsi alla ricerca della qualità di vita oppure allo scivolamento in qualche sorta di sofferenza o comportamento disfunzionale.

2.6.9 *Life project*

Alla fase iniziale ne segue poi una seconda in cui agli utenti viene richiesto di focalizzare l'attenzione sul futuro e sul cosiddetto *life project*, tentando di analizzare, restaurare e riprogrammare differenti aspetti concernenti la vita personale, lavorativa, affettiva o il tempo libero. Tale attività è facilitata da un lavoro in piccoli gruppi coordinati dagli operatori. I residenti sono invitati a mettere per iscritto il "progetto di vita" e tenerlo vicino per poterlo riprendere, riguardare o modificare anche dopo il termine del residenziale.

2.6.10 La terapia in gruppo

Uno dei principali aspetti del lavoro terapeutico proposto è sicuramente quello in gruppo. Questo comprende tutta una serie di possibilità e si sviluppa secondo metodi e scopi differenti che si distribuiscono nel corso

dei giorni. Il primo è il gruppo di psicoterapia e auto-narrazione, dove, uno alla volta i residenti possono prendere la parola e parlare di sé agli altri, senza nascondere o fingere e portando al gruppo sia i pregi che i difetti, sia gli elementi più luminosi che quelli più ombrosi del proprio vissuto. I partecipanti sono anche invitati a sottolineare i passaggi critici delle loro storie e a riflettere sui collegamenti tra questi e i comportamenti problematici e disfunzionali. Gli utenti vengono anche invitati ad ascoltare attivamente gli altri, a esprimersi e intervenire, a fare domande su argomenti sentiti o condividere risonanze con le altre storie. Rispecchiandosi l'uno nell'altro, gli individui possono ritrovarsi nei vissuti altrui e osservare come e perché si identificano o quali emozioni emergono. Poi c'è il gruppo di arte terapia dove gli utenti sono chiamati a cimentarsi nelle arti figurative (disegnare, dipingere, fare piccole sculture in creta, fotografare) ma anche a cantare, a ballare, a scrivere poesie, a recitare. Attività di questo genere sono importanti e fruttuose giacché permettono di utilizzare fantasia e creatività che non di rado restano, nelle vite degli utenti, all'ombra della dipendenza.. L'obiettivo è quello di ampliare la gamma e la tipologia delle esperienze gratificanti al fine di liberarsi e sfuggire a quel meccanismo secondo cui i comportamenti compulsivi e ripetitivi finiscono per occupare tutta la scena impedendo la fioritura di nuovi stimoli evolutivi. L'espressione artistica esplorata dai partecipanti in un contesto terapeutico facilita anche il lavoro interiore e la fuoriuscita di materiale significativo. È stata riscontrata molta utilità nel lavoro sull'ombra, attraverso il quale gli utenti possono rappresentare parti di loro più ombrose, lati in ombra appunto, che molte volte sono alla base di quegli istinti incontrollabili che poi condizionano negativamente la loro vita.

Successivamente c'è il gruppo sul pensiero magico in cui viene posta l'attenzione sul ruolo del pensiero magico nella vita degli utenti, su quanto

sia razionale o irrazionale, su quale modello di pensiero si poggia e su come esso venga mantenuto in piedi anche quando porta a perdite gravi.

Poi vi è il gruppo di verifica, incontro in cui l'obiettivo è quello di verificare il cammino percorso durante la settimana e di tirare le somme sugli obiettivi raggiunti ma anche su cosa non si è riusciti a fare. Il gruppo di verifica è fondamentale nell'incoraggiare e sostenere uno sguardo sincero verso se stessi nel percorso di cambiamento e di crescita intrapreso. Questa capacità di fermarsi a osservare equanimente come vanno le cose sarà molto importante anche per affrontare il ritorno alla vita di tutti i giorni e le difficoltà che esso comporta.

2.6.11 Il gioco creativo

Per quanto riguarda il momento successivo alla cena, esso viene dedicato allo svago, a conversazioni amicali (durante le quali possono molte volte riaffiorare i temi affrontati durante la giornata) anche ad un'altra componente importante che è il gioco creativo. Il gioco creativo rappresenta un modo di giocare diversificato, che non abbia a che fare con lo scommettere soldi, che permetta di avere a che fare con altre persone a livello sociale, che si basi più sull'impegno e il divertimento che sulla fortuna, che permetta agli utenti di porsi di fronte ai propri meccanismi problematici. Questi fattori si rivelano cruciali nella vita dei giocatori per smussare i confini rigidi che rinchiodano l'attività ludica esclusivamente dentro a quella ludopatica e, invece di cessare del tutto di giocare, permettere di esplorare nuovi modi e campi di gioco più sani. Tramite l'osservazione diretta di questi meccanismi si potrà infatti avere la possibilità di vedere i differenti schemi comportamentali e il modo in cui vengono agiti. Lo scopo dell'approccio utilizzato è quello di trasformare in meglio il modo in cui si può vivere il gioco, scoprire che oltre alla compulsione dell'azzardo esiste un aspetto creativo, espressivo e

divertente di condurre le attività ludiche e che tali aspetti migliorano non soltanto il rapporto con il gioco in sé ma la qualità della vita in generale.

2.6.12 Il lavoro con le famiglie

Lo stile di vita e i comportamenti di una persona con una dipendenza importante non possono cambiare durevolmente senza un concomitante riassetto delle modalità comunicative e relazionali che principalmente riguardano in particolare legate i rapporti con parenti e amici intimi. Ciò che è stato possibile osservare fino ad ora conferma che il lavoro con le famiglie è fondamentale e parte integrante del programma. È pertanto richiesta la partecipazione di parenti e affetti principali dell'utente in appositi appuntamenti mirati a facilitare il modo di comunicare all'interno della famiglia. . La partecipazione dei familiari a questi incontri di verifica è richiesta durante tutte le fasi, dall'*intake*, al periodo intensivo, all'accompagnamento post-residenziale. Occorre tuttavia precisare che l'approccio di intervento adottato ad Orthos tende a responsabilizzare la persona nel proprio cammino di liberazione, cammino la cui riuscita non deve troppo "dipendere", appunto, dai familiari.

2.6.13 La solidarietà nel gruppo

Uscire da una dipendenza, come è ben noto, non è un'impresa semplice, soprattutto nel in poco tempo. Queste condizioni infatti implicano aspetti profondi della personalità e pertanto necessitano di tempi lunghi per essere efficacemente o, almeno parzialmente, superati. Si tratta di un lavoro difficile. Un arduo cammino attende colui che vuole uscire dalla propria dipendenza e ciò deve essere tenuto a mente tanto dagli operatori quanto dai pazienti. Essere consapevoli della grande sfida che li attende, del fatto che ci saranno momenti difficili, è cruciale in quanto servirà essere molto

motivati per andare in fondo ai problemi e cercare di risolverli. Nell'arduo processo di uscita dalla dipendenza molto importante è anche l'aspetto relativo all'auto mutuo aiuto. La collaborazione tra pari all'interno del gruppo degli utenti è infatti molto benefica ed è in grado di generare grande solidarietà tra gli utenti che si trovavano così non solo nella condizione infantilizzante di essere aiutati ma anche in quella più adulta di aiutare. Ogni membro del gruppo dovrà quindi prendersi l'impegno di mettercela tutta per portare a termine il processo che sta per cominciare e dovrà mantenersi in contatto con gli altri anche successivamente al periodo residenziale auspicabilmente per almeno tre anni, che si considerano il tempo medio per poter effettuare una valutazione affidabile del grado di successo.

2.6.14 Follow up

Il periodo successivo a quello residenziale prevede l'osservazione e la verifica dei processi di cambiamento degli utenti attraverso la fase dell'accompagnamento e dei richiami, il mantenimento dei contatti con i familiari, l'incoraggiamento al contatto e all'aiuto reciproco tra utenti.

2.6.15 Lo staff

Le figure professionali, oltre al direttore scientifico e responsabile del Progetto, sono rappresentate da un direttore della comunità, un consulente organizzativo-gestionale, uno psicologo psicoterapeuta, un consulente psichiatra, educatori o counselors, un arteterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative e di manutenzione, un operatore culturale per l'aspetto psicoeducativo, un responsabile amministrativo e consulente finanziario.

2.7 Studi sull'efficacia del trattamento residenziale Orthos

In questo paragrafo verrà presentata una sintesi delle evidenze empiriche emerse dalle ricerche sul progetto Orthos.

Si tratta di due ricerche il cui scopo è stato quello di verificare l'efficacia del programma Orthos e studiare gli effetti clinici del trattamento spalmati nel tempo. Le ricerche hanno altresì funzionato come occasioni per garantire un accompagnamento sul lungo periodo e un monitoraggio degli utenti che hanno terminato il percorso ad Orthos, al fine di consolidare il lavoro psicoterapeutico collegato alla fase residenziale e non rendere vani i risultati ottenuti.

Il primo studio, *Outcomes evaluation of Orthos: an intensive residential program for gambling addiction treatment*⁵³, pubblicato nel 2019 è stato svolto su 165 soggetti che hanno preso parte al programma residenziale intensivo promosso da Orthos ed ha l'obiettivo di verificare l'efficacia del programma nel tempo.

I partecipanti al programma Orthos sono stati intervistati prima dell'accesso al trattamento residenziale per la valutazione globale del funzionamento tramite l'utilizzo della VGF⁵⁴ e, per valutare i parametri specifici riferiti al gioco d'azzardo, utilizzando il SOGS⁵⁵. In questi

⁵³ Re T. S., Bragazzi N. L., Covelli M., Poli D., Dalpiaz C., Benevene P., Zerbetto R. (2019), *Outcomes evaluation of orthos: an intensive residential program for gambling addiction treatment*, in International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología, N°1 - Volumen 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp: 269-276 (https://www.researchgate.net/publication/334218756_Outcomes_evaluation_of_ORTHOS_an_intensive_residential_program_for_gambling_addiction_treatment)

⁵⁴ VGF: Valutazione Globale del Funzionamento, scala da 0 a 100 di tipo clinician-report che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative. La VGF è considerata 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.

⁵⁵ SOGS: *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur e Blume, 1987), probabilmente il più usato tra gli strumenti di rilevazione del gioco patologico in grado di sottolineare rapidamente la situazione relativa ai problemi di gioco, permettendo di osservare abbastanza dettagliatamente le abitudini dei soggetti.

Il valore massimo che si può ottenere è venti punti. Secondo i suoi autori, un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, mentre coloro i quali ottengono un

appuntamenti sono stati raccolti anche dati riguardanti la situazione socio-demografica, la storia clinica passata e altre informazioni utili a fornire un quadro più completo possibile circa la condizione dei giocatori.

Gli utenti sono stati poi ricontattati di persona o al telefono almeno 1 anno dopo la fine del programma ed entro i 10 anni successivi al fine di verificare l'evoluzione della loro condizione.

Lo studio è stato svolto su 165 soggetti, che avevano preso parte al programma residenziale intensivo promosso da Orthos, la maggior parte dei quali di sesso maschile, con età media di 45,9 anni, la maggior parte sposati e perlopiù toscani, sebbene in generale fossero presenti utenti provenienti da tutt'Italia. Per due terzi degli utenti era stata rilevata la presenza di altre condizioni psicologiche debilitanti, principalmente depressione.

Dei 165 soggetti del campione iniziale, 140 hanno partecipato alla rilevazione in T1.

Come si vedrà fra poco, i dati che emergono da questa ricerca mostrano buoni risultati per quanto riguarda l'efficacia dell'esperienza residenziale di Orthos relativamente alla riduzione dei comportamenti problematici legati al gioco d'azzardo patologico e alla situazione psicologica complessiva degli utenti dopo 12 mesi (o più) dalla conclusione del programma.

Il secondo studio, *Outcomes evaluation of orthos for gamblers: impulsivity, attachment styles, alexithymia, and parental bonding*⁵⁶, pubblicato nel 2019 ha lo scopo di valutare su 40 soggetti, su un tempo di

livello di cinque punti o più hanno un problema di gioco manifesto. È così che un punteggio che raggiunge o supera nove testimonierebbe la presenza di un problema grave.

⁵⁶ Re T. S., Bragazzi N. L., Covelli M., Zerbetto R. (2019), *Outcomes evaluation of orthos for gamblers: impulsivity, attachment styles, alexithymia, and parental bonding*, in International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología, N°1 - Volumen 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp: 191-202

(https://www.researchgate.net/publication/334221230_Outcomes_evaluation_of_orthos_for_gamblers_impulsivity_attachment_styles_alexithymia_and_parental_bonding)

24 mesi, gli *outcomes* del programma Orthos in riferimento a costrutti specifici del gioco d'azzardo patologico quali: le caratteristiche del gioco, l'impulsività, l'alessitimia, le dimensioni degli stili d'attaccamento e la qualità delle cure offerte da genitori o *care-giver* durante l'infanzia dei giocatori.

Gli strumenti utilizzati per lo studio in questione sono stati: SOGS, BIS-11⁵⁷, RQ⁵⁸, TAS-20⁵⁹, PBI⁶⁰.

Tali strumenti sono stati somministrati al momento della partecipazione al programma Orthos (T0) e nei follow-up (T1) la cui distanza da T0 varia, a seconda dei soggetti, da 6 a 24 mesi come descritto qui sotto.

Lo studio ha coinvolto appunto 40 soggetti che avevano partecipato al programma di trattamento Orthos a T0. Gli stessi soggetti sono stati ritestati a T1 ad una distanza dalla fine del programma così definita: post 6 mesi (7 soggetti), post 9 mesi (6 soggetti), post 12 mesi (7 soggetti), post 21 mesi (12 soggetti), post 24 mesi (8 soggetti).

I soggetti presentano un'età media all'inizio del trattamento di 43 anni, sono principalmente uomini, sono per la maggior parte dei casi sposati,

⁵⁷ BIS-11: *Barratt Impulsiveness Scale-11*. È una scala di autovalutazione, di rapida e facile compilazione, ampiamente usata sia per valutare il ruolo dell'impulsività nel contesto della psicopatologia, sia per lo studio dell'impulsività nei soggetti non psichiatrici. Lo strumento psicometrico misura l'impulsività nelle sue componenti motoria (agire senza pensare), cognitiva (velocità decisionale-disattenzione) e l'assenza di pianificazione (anticipare e prevedere gli esiti delle azioni, assenza di autocontrollo). Costituito da 30 item valutati con una scala a 4 punti (raramente/mai, occasionalmente, spesso, quasi sempre/sempre), *range* 30-120.

⁵⁸ RQ: *Relational Questionnaire*, un questionario self-report che consente di valutare l'orientamento generale dell'individuo verso le relazioni intime attraverso una classificazione quadripartita: Sicuro, Preoccupato, Evitante di tipo Distanziante/Svalutante, Evitante di tipo Timoroso.

⁵⁹ TAS-20: *Toronto Alexithymia Scale*, questionario composto da 20 item, per la misurazione dell'alessitimia e della disregolazione affettiva che possiede 3 scale fattoriali:

DIF (*Difficulty Identifying Feelings*): difficoltà ad identificare i sentimenti e a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche.

DDF (*Difficulty Describing Feelings*): difficoltà nel descrivere i propri sentimenti agli altri.

EOT (*Externally Oriented Thinking*): stile cognitivo orientato verso la realtà esterna.

⁶⁰ PBI: *Parental Bonding Instrument* è un questionario ad auto-somministrazione di valutazione della qualità delle cure offerte da entrambi i genitori durante l'infanzia fino ai 16 anni di età. Il questionario è composto da 50 item che formano due scale riferite a ciascun genitore e formate da 25 item equivalenti: 12 item si riferiscono alla dimensione "Care" ("Cura"), 13 item alla dimensione "Overprotection" ("Iperprotezione").

con un'educazione media e non presentano una comorbidità clinica nel 38,6% dei casi.

Anche in questo studio, come si vedrà, sono stati riscontrati risultati positivi sia per la riduzione dei comportamenti problematici legati al gioco d'azzardo che per quanto riguarda il funzionamento psicologico degli utenti.

2.7.1 Efficacia sul gioco d'azzardo

L'efficacia del programma Orthos sul gioco d'azzardo è stata osservata in queste ricerche attraverso i punteggi del questionario SOGS prima e dopo la partecipazione dei soggetti al trattamento residenziale. Tale strumento è tra i più utilizzati per rilevare il gioco patologico ed è utile a osservare in maniera rapida ed efficace la situazione relativa ai problemi di gioco, mostrando abbastanza nel dettaglio le abitudini dei soggetti. Il punteggio massimo che si può ottenere è venti punti, dove, un valore di tre o quattro punti indica difficoltà potenziali rispetto al gioco, un livello di cinque punti o più indica un problema di gioco manifesto e un punteggio che raggiunge o supera nove indica la presenza di un problema grave.

I risultati emersi dal primo studio danno conferma dell'efficacia del programma residenziale intensivo promosso da Orthos per quanto riguarda la riduzione dei sintomi relativi al gioco d'azzardo patologico (misurati attraverso il SOGS) rilevando come sui 165 soggetti del campione, oltre l'85% presenta sintomi che non assumono più la rilevanza clinica originaria (punteggi al SOGS inferiori a 5).

Anche dal secondo studio emergono risultati positivi rispetto alla riduzione dei sintomi da gioco, infatti, se prima del trattamento i 40 soggetti erano tutti giocatori patologici, al momento della rilevazione in T1 ben 24 soggetti hanno punteggi al SOGS tra 0 e 2, 16 soggetti hanno

punteggi al SOGS maggiori di 5, risultando ancora patologici, ma non così alti da essere considerati soggetti a rischio.

2.7.2 Efficacia sul funzionamento psicologico

Per quanto riguarda la situazione psicologica generale, valutata nel primo studio attraverso la VGF (Valutazione Globale del Funzionamento), la maggior parte dei soggetti osservati ha tratto grande giovamento dal percorso mostrando un tasso di miglioramento del funzionamento psicologico generale maggiore del 95%, che si è rivelato altresì perdurare nel tempo.

In riferimento al secondo studio, per quanto riguarda gli altri costrutti analizzati riferiti al gioco d'azzardo patologico quali l'impulsività, l'alessitimia, gli stili d'attaccamento e la qualità delle cure offerte da genitori o *care-giver* durante l'infanzia dei giocatori possiamo dire che per quanto riguarda l'alessitimia, valutata attraverso la scala TAS-20, è statisticamente significativo il miglioramento delle due sottoscale:

- DIF: difficoltà ad identificare i sentimenti e a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche.
- DDF: difficoltà nel descrivere i propri sentimenti agli altri.

Non è significativo il miglioramento della sottoscala:

- EOT: stile cognitivo orientato verso la realtà esterna.

Per ciò che concerne l'impulsività, valutata attraverso la scala BIS-11, il miglioramento è statisticamente significativo nelle sue componenti motoria (agire senza pensare) e cognitiva (velocità decisionale-disattenzione) mentre non è risultato statisticamente significativo il miglioramento nell'assenza di pianificazione (anticipare e prevedere gli esiti delle azioni, assenza di autocontrollo).

In riferimento sia agli stili di attaccamento genitoriali originari sia allo stile relazionale adulto, valutati rispettivamente con i test PBI e RQ, non è stata registrata alcuna variazione statisticamente significativa tra T0 e T1.

2.7.3 Riflessioni sui risultati

In sintesi, dai paragrafi precedenti è possibile osservare come la partecipazione al programma Orthos sia di grande beneficio per quanto riguarda la riduzione dei sintomi da gioco d'azzardo ma anche per quel che concerne il funzionamento psicologico generale, dimostrando altresì la profonda connessione che intercorre tra queste due aree degli individui in oggetto.

Se si vogliono ottenere risultati duraturi nel tempo si rivela perciò importante non solo la rimozione del sintomo o la prevenzione del comportamento ludopatico in sé, ma soprattutto un lavoro serio di presa di responsabilità del proprio problema e delle componenti psicologiche ed emotive che ne stanno alla base o che da esso sono state generate, al fine di limare le proprie disfunzionalità così come di ritrovare e fortificare le proprie risorse interiori che si riveleranno fondamentali per affrontare e gestire le inevitabili difficoltà che la vita presenta e che spesso possono spingere gli individui a ricadere nei vecchi schemi o nei propri abissi.

Ad ogni modo, i risultati emersi dagli studi sopracitati, senza dimenticare la possibile presenza di ulteriori fattori sopravvenuti dopo il trattamento, sembrano indicare chiaramente l'efficacia del programma.

Capitolo 3

La ricerca

Questo capitolo è dedicato alla ricerca ed è rappresentato da uno studio che ha l'obiettivo di osservare l'efficacia del programma residenziale intensivo Orthos nel corso del tempo.

3.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Negli studi descritti nel capitolo precedente (*Outcomes evaluation of Orthos: an intensive residential program for gambling addiction treatment*⁶¹ e *Outcomes evaluation of orthos for gamblers: impulsivity, attachment styles, alexithymia, and parental bonding*⁶²) si è potuto osservare come la partecipazione al programma Orthos abbia sortito buoni risultati per i giocatori patologici, mostrando una riduzione dei comportamenti problematici legati al gioco d'azzardo patologico (con oltre l'85% del campione in cui i sintomi presentati non assumevano più la rilevanza clinica originaria) e rilevando come anche il funzionamento psicologico complessivo sia migliorato per la quasi totalità del campione. Nondimeno si è rilevato un miglioramento in alcuni aspetti tipici del giocatore d'azzardo patologico quali l'impulsività e l'alestitimia. Malgrado questi studi dimostrino l'efficacia del programma Orthos, non ci è ancora dato sapere con certezza se e quanto tali risultati possano

⁶¹ Re T. S., Bragazzi N. L., Covelli M., Poli D., Dalpiaz C., Benevene P., Zerbetto R. (2019), *Outcomes evaluation of orthos: an intensive residential program for gambling addiction treatment*, in International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología, N°1 - Volumen 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp: 269-276 (https://www.researchgate.net/publication/334218756_Outcomes_evaluation_of_ORTHOS_an_intensive_residential_program_for_gambling_addiction_treatment)

⁶² Re T. S., Bragazzi N. L., Covelli M., Zerbetto R. (2019), *Outcomes evaluation of orthos for gamblers: impulsivity, attachment styles, alexithymia, and parental bonding*, in International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología, N°1 - Volumen 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp: 191-202 (https://www.researchgate.net/publication/334221230_Outcomes_evaluation_of_orthos_for_gamblers_impulsivity_attachment_styles_alexithymia_and_parental_bonding)

mantenersi nel lungo periodo. Per tale ragione, il presente lavoro mira a documentare il mantenimento dei risultati attraverso un follow-up, che, come si vedrà, a seconda dei soggetti, arriva fino a 12 anni di distanza dal momento della partecipazione al programma.

Riccardo Zerbetto⁶³ ricorda che “anche laddove l’obiettivo di conseguire una piena astinenza viene raggiunto [...] resta la minaccia di poter ricadere in un comportamento fuori controllo” e che tuttavia “è pur vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente tenuta nei confronti delle ricadute”. Alla luce di tali affermazioni risulta di particolare interesse una ricerca che permetta di verificare l’andamento protratto nel tempo della condizione dei giocatori, delle ricadute subite, ma anche della tenuta nei confronti di esse, osservando quanti, malgrado le ricadute, non giochino al momento dell’intervista.

La prima ipotesi che si pone lo studio è che i risultati dell'intervento si siano mantenuti anche a distanza di tempo e che quindi il trattamento Orthos ha un'efficacia a lungo termine. Per verificare ciò lo studio mira a documentare che differenza ci sia nella presenza di attività di gioco d'azzardo patologico nei soggetti tra il momento della partecipazione al programma, dove tutti i soggetti giocavano, e il momento dell'intervista, cercando da un lato di osservare quanti soggetti non giochino e dall'altro quale sia il tasso di ricadute subito.

La seconda ipotesi è quella secondo cui il fattore tempo non avrebbe influenza sull'efficacia del trattamento per i soggetti in questione (che

⁶³ Zerbetto R., *Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo*, parte del contributo: *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*, a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto in "*Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche*" a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore.

hanno partecipato al programma in anni differenti e di conseguenza a distanze temporali diverse dal momento dell'intervista). Per verificare ciò lo studio mira a documentare se alle differenti distanze temporali tra la partecipazione al programma e il momento dell'intervista corrispondano o meno differenze coerenti nell'andamento dei comportamenti di gioco dei soggetti.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

Il campione preso in esame si compone di 95 soggetti che avevano preso parte al programma residenziale intensivo Orthos per il trattamento del gioco d'azzardo patologico dal 2007 al 2017 (si veda Tabella 1).

Tabella 1: Distribuzione dei partecipanti

Anno di partecipazione e al programma	Numero di soggetti	Genere maschile	Genere femminile	Età media al momento della partecipazione	Soggetti con comorbilità
2007	15	12	3	48,2	4
2008	12	12		45,9	9
2009	14	12	2	47	6
2010	10	10		40,9	5
2011	8	7	1	46,3	
2012	7	6	1	46,4	2
2014	6	6		48,4	3
2015	7	7		41,1	3
2016	8	7	1	52,2	5
2017	8	8		47,7	2
Totale	95	87	8	46,4	39

I soggetti hanno un'età media al momento della partecipazione di 46,4 anni, sono principalmente uomini (87 di genere maschile, 8 di genere femminile), prevalentemente coniugati (50,5%), con un livello di istruzione di licenza media (37,8%) o licenza superiore (52,5%).

Al momento della partecipazione al programma i soggetti erano giocatori d'azzardo patologici (principalmente di *slot machine* ma anche gratta e vinci, lotto, scommesse sui cavalli o sportive in generale, videopoker, casino, *trading online*, spesso combinate tra loro) e il 41% di essi, 39 su 95, presentava comorbidità, nella maggior parte dei casi depressione (71%), seppur non di entità tale da risultare disabilitanti. Infatti, la modalità di intervento di Orthos si rivolge a individui che abbiano ancora un minimo inserimento nel tessuto sociale ed economico e relazioni con parenti e amici non del tutto compromesse o quantomeno in grado di essere ristabilite. È richiesto altresì possedere una struttura di personalità non esageratamente disturbata da fattori patologici.

3.2.2 Raccolta dei dati

La raccolta dei dati è avvenuta tramite intervista telefonica ed è stata eseguita, sotto supervisione del direttore scientifico del progetto Orthos, da due membri dello staff di Orthos⁶⁴, nel 2019⁶⁵, quando si è cercato di ricontattare tutti i soggetti che avevano preso parte al programma fino a quel momento al fine di monitorare la loro condizione relativa al gioco. Sono stati messi a disposizione da Orthos anche i dati relativi ai dettagli del campione, contenenti anche annotazioni sulle ricadute (registrate in

⁶⁴ Una counselor gestaltica e un ex giocatore che, dopo aver partecipato al programma Orthos, si è proposto di aiutare altri come lui collaborando come supporto per le attività lavorative.

⁶⁵ Il momento della partecipazione al programma è differente per i vari soggetti che hanno partecipato in anni diversi dal 2007 al 2017 e di conseguenza, come verrà esposto nel prossimo paragrafo, a distanze temporali diverse dal momento dell'intervista, ovvero il 2019.

precedenti follow-up) che si sono rivelate molto utili al fine di perfezionare la presente ricerca⁶⁶.

Le interviste telefoniche sono state condotte seguendo le sottostanti domande relative al gioco:

- Dopo la sua permanenza ad Orthos ha giocato d'azzardo?
- Quanto è durato il periodo di distanza/astinenza del gioco d'azzardo dopo la fine del programma residenziale Orthos?
- Nel caso di ricaduta anche episodica, come ha reagito personalmente alla ricaduta? Come hanno reagito i suoi familiari?
- Attualmente sta giocando?
- Se ha attraversato momenti di crisi a chi ha chiesto aiuto?

Pare opportuno precisare che nei resoconti delle interviste telefoniche non sempre vi sono risposte chiare a tutti i punti, cosa che, come si vedrà fra poco, ha in parte limitato l'accuratezza dei risultati.

3.3 Risultati

3.3.1 Soggetti che non giocano al momento dell'intervista

Come si può osservare dalla Tabella 2, sul totale dei soggetti intervistati, ovvero 95, sono 60 ad aver dichiarato di non giocare in quel momento, pari al 63% del campione.

In linea con questa media è anche quella del totale dei soggetti appartenenti al genere maschile; infatti, 56 su 87, quindi il 64%, hanno dichiarato di non giocare al momento dell'intervista, mentre per il genere femminile, campione rappresentato da soli 8 soggetti, la media è leggermente inferiore essendo pari al 50%.

⁶⁶ Infatti in alcune delle risposte non era chiaro se il soggetto, che dichiarava di non giocare, avesse avuto delle ricadute o mantenuto l'astinenza. Pertanto, si è rivelato utile poter verificare nei dati sul campione forniti da Orthos se per questi soggetti erano già state riscontrate ricadute in follow-up precedenti e ottenere così risultati più accurati.

Tabella 2: Soggetti che non giocano al momento dell'intervista

	Numero di soggetti a T0	Numero di soggetti che non giocano a T1
Totale	95	60 (63%)
Maschi	87	56 (64%)
Femmine	8	4 (50%)

Dalla Tabella 3 si può osservare il numero di anni di distanza tra il momento della partecipazione al programma e il momento dell'intervista e il numero dei soggetti suddivisi per anno di partecipazione.

La media dei soggetti che hanno dichiarato di non giocare a T1 è tendenzialmente superiore al 50%, con un minimo del 41% nel 2008, a 11 anni da T1, e un massimo del 90 % nel 2010, a 9 anni da T1.

Tabella 3: Percentuale di quanti non giocano al momento dell'intervista e fattore tempo

Anno di partecipazione al programma	Anni di distanza tra partecipazione e intervista	Numero di soggetti	Non giocano al momento dell'intervista
2007	12	15	9 (60%)
2008	11	12	5 (41%)
2009	10	14	10 (71%)
2010	9	10	9 (90%)
2011	8	8	4 (50%)
2012	7	7	3 (43%)
2014	5	6	5 (83%)
2015	4	7	5 (71%)
2016	3	8	6 (75%)
2017	2	8	4 (50%)

3.3.2 Ricadute

Nella Tabella 4 si possono osservare più nel dettaglio le risposte dei soggetti intervistati che si suddividono come segue:

23 soggetti, pari al 24% del campione, non hanno più giocato dopo la partecipazione al programma Orthos;

37 soggetti (39% del campione) non giocano al momento dell'intervista ma riportano di avere avuto ricadute;

4 soggetti (4,5%) dicono di aver avuto ricadute senza specificare se stiano giocando o meno al momento dell'intervista;

27 soggetti (28%) giocano al momento dell'intervista;

4 soggetti (4,5%) non fanno riferimenti espliciti rispetto al gioco nelle loro risposte.

Tabella 4: Condizione dei soggetti rispetto al gioco al momento dell'intervista

Anno di partecipazione al programma	Numero di soggetti	Non hanno più giocato dopo Orthos	Non giocano al momento dell'intervista, ma hanno avuto ricadute	Hanno avuto ricadute (senza specificare se giocano al momento dell'intervista)	Giocano al momento dell'intervista	Non ci sono riferimenti espliciti rispetto al gioco nelle risposte
2007	15	3	6	4		2
2008	12	3	2		7	
2009	14	4	6		4	
2010	10	3	6		1	
2011	8	1	3		4	
2012	7	1	2		4	
2014	6	1	4		1	
2015	7	1	4		2	
2016	8	3	3		2	

2017	8	3	1		2	2
Totale	95	23 (24%)	37 (39%)	4 (4,5%)	27 (28%)	4 (4,5%)

3.4 Discussione dei risultati

Il primo obiettivo che si poneva lo studio era quello di capire che differenza ci fosse nella presenza di attività di gioco d'azzardo patologico nei soggetti tra il momento della partecipazione al programma, dove tutti i soggetti giocavano, e il momento dell'intervista, cercando da un lato di osservare quanti soggetti non giocassero in quel momento e dall'altro quale fosse il tasso di ricadute subito.

Per quanto riguarda il primo punto la risposta appare a tutti gli effetti positiva, infatti, sul totale dei soggetti intervistati, ovvero 95, sono 60 ad aver dichiarato di non giocare in quel momento, pari al 63% del campione. In linea con questa media è anche quella del totale dei soggetti appartenenti al genere maschile; infatti 56 su 87, quindi il 64%, hanno dichiarato di non giocare, mentre per il genere femminile, campione rappresentato da soli 8 soggetti, la media è leggermente inferiore essendo pari al 50%.

Stando a questi numeri, quasi due su tre dei soggetti intervistati hanno dichiarato di non giocare in quel momento, confermando così la prima ipotesi, ovvero che i risultati dell'intervento si siano mantenuti anche a distanza di tempo e che quindi il trattamento Orthos ha un'efficacia a lungo termine per molti giocatori, alcuni dei quali non hanno più giocato, altri passati attraverso alcune ricadute.

Infatti, come si è potuto osservare dalla Tabella 4, solo 23, pari al 24% del campione totale, non hanno più giocato dopo la partecipazione al programma e ben 37 soggetti (circa il 39% del campione totale) dicono di

non giocare al momento dell'intervista ma riportano di avere avuto ricadute.

Ciò significa che dei 60 soggetti che dichiarano di non giocare, 37, più della metà, hanno subito ricadute.

Si può perciò affermare che due terzi del campione totale non giocano al momento dell'intervista, ma, di questi, circa il 60% ha subito ricadute nel frattempo.

Per quanto riguarda i soggetti che sicuramente giocano, essi sono 27, pari al 28% del campione totale.

4 soggetti (4,5% del campione) dicono di aver avuto ricadute senza specificare se stiano giocando o meno al momento dell'intervista e per tale ragione sono stati esclusi dal conteggio di coloro che non giocano.

4 soggetti (4,5%) non fanno riferimenti espliciti rispetto al gioco nelle risposte e, anche se le risposte potevano lasciare intendere che il soggetto stava bene, non sono stati conteggiati tra coloro che non giocano in quanto non vi si leggeva esplicitamente il fatto di non giocare.

Volendo infine identificare il tasso di ricadute certo emerso dai dati occorre sommare i 37 soggetti che non giocano ma riportano di avere avuto ricadute con i 27 che sicuramente giocano e con i 4 che dicono di aver avuto ricadute senza specificare se stiano giocando o meno al momento dell'intervista.

In tal modo si ottiene il numero dei soggetti che sicuramente hanno rigiocato dopo la partecipazione al programma Orthos che è pari a 68 (circa il 71% del campione totale).

Riassumendo le risposte dei soggetti, nel tentativo di capire da un lato quanti soggetti non giochino al momento dell'intervista e dall'altro quale sia il tasso di ricadute subito, potremo così sintetizzare:

60 soggetti (63% del campione) non giocano al momento dell'intervista;
27 soggetti (28% del campione) giocano al momento dell'intervista;

23 soggetti (24% del campione) non hanno più giocato dopo Orthos;
68 soggetti (71% del campione) hanno avuto ricadute dopo Orthos.

È interessante notare come malgrado una percentuale così alta di ricadute (71% dei casi) vi sia una percentuale quasi altrettanto alta di soggetti che non giocano al momento dell'intervista (63%). Ciò testimonierebbe l'efficacia del programma Orthos non solo relativamente ai casi in cui si riesca davvero a mantenere una completa astensione dal gioco, ma anche per quanto riguarda la capacità di tenuta di fronte alle ricadute, capacità fondamentale al fine di potersi rialzare in seguito agli inevitabili inciampi che la vita sottende, anziché sprofondare, di nuovo, in condizioni senza freni o controllo.

La seconda ipotesi che si poneva lo studio è quella secondo cui il fattore tempo non avrebbe influenza sull'efficacia del trattamento per i soggetti in questione (che hanno partecipato al programma in anni differenti e di conseguenza a distanze temporali diverse dal momento dell'intervista).

L'ipotesi sembrerebbe poter essere confermata, nel senso che non si osserva una particolare influenza del fattore tempo sulla percentuale di successo.

La media annuale dei soggetti che hanno dichiarato di non giocare al momento dell'intervista è tendenzialmente superiore al 50%, con un minimo del 41% nel 2008, a 11 anni dall'intervista, e un massimo del 90% nel 2010, a 9 anni dall'intervista.

Nel 2009 e nel 2015, ad esempio, abbiamo la stessa media pari al 71%, così come nel 2011 e nel 2017 troviamo una media pari al 50%.

Perciò, il fattore tempo non sembra inficiare molto sull'andamento della percentuale di soggetti che dichiarano di non giocare, percentuale che nel corso degli anni ha delle variazioni ma che non sembrano essere legate a fattori concernenti il tempo.

3.5 Limiti dello studio e sviluppi futuri

Giunti alla conclusione della parte dedicata alla discussione dei risultati pare opportuno ricordare che dal 2007 al 2017 hanno partecipato al programma residenziale intensivo Orthos per il trattamento del gioco d'azzardo patologico 338 giocatori e di questi solamente 95 hanno preso parte alle interviste prese in oggetto in questo studio, il che non lascia escludere che su un campione più completo i risultati sarebbero potuti anche essere differenti.

A maggior ragione, tenendo conto dei limiti del campione, i risultati rilevati da questa ricerca non possono essere automaticamente considerati validi per l'intera popolazione dei giocatori d'azzardo patologici.

Ciononostante, nel rispetto dei propri limiti, tale studio si dimostra di rilevante importanza e testimonia una risposta positiva dei giocatori all'approccio utilizzato ad Orthos, una full immersion in un programma residenziale intensivo (che non durando troppo nel tempo lascia comunque agli individui la possibilità di mantenere la propria carriera e non stravolgere le situazioni relazionali) di lavoro psicoterapeutico e confronto con se stessi, di presa in carico del proprio problema e di ricostruzione delle risorse per superarlo, o quantomeno gestirlo.

L'alto tasso di ricadute emerso dallo studio tuttavia riporta all'attenzione la necessità di non abbandonare i soggetti a loro stessi una volta terminato il programma, ma di riservare appuntamenti successivi che possano accompagnare e solidificare gli sforzi fatti e le conquiste raggiunte durante la fase intensiva e il lavoro di psicoterapia.

Infatti i dati mostrano come sia facile ricadere nel gioco dopo averlo abbandonato, ma anche come il lavoro svolto ad Orthos possa favorire una capacità di tenuta rispetto alle ricadute che permetta ai soggetti di rialzarsi, anziché perdersi nuovamente nel gioco incontrollato.

I risultati della ricerca sono dunque incoraggianti, seppur, essendo tale approccio ancora relativamente nuovo e poco diffuso, al fine di potersi avvalere di una mole maggiore di dati per future valutazioni, si auspicano e ritengono utili nuovi studi e sperimentazioni terapeutiche su queste fila.

Conclusioni

Come si è visto in apertura di tesi, il tema della dipendenza è qualcosa che riguarda ontologicamente gli esseri umani in quanto esseri condannati a dipendere prima ancora di vedere la luce.

Ma non è forse proprio questo nostro dipendere che ci rende esseri relazionali? Non è proprio l'essere in una perpetua relazione con l'ambiente che ci circonda (e con chi lo abita) che ci permette di donare e ricevere, di prendere e restituire?

Dipendere non è di per sé "male". Ad esempio dipendiamo dalle piante che rilasciano ossigeno e loro da noi e dall'anidride carbonica che espiriamo dopo esserci riempiti i polmoni con l'ossigeno che ci hanno generosamente consegnato in questo meraviglioso scambio continuo che è la vita. Nascendo prematuri e incapaci di sopravvivere senza un sostegno esterno, dipendiamo a lungo dai nostri genitori o da chi per loro si prende cura di noi. Dipendiamo da quello che mangiamo, dal sole che ci scalda e che irradia la sua luce sulla terra. Dipendiamo da molte cose che ci appaiono buone e giuste. Tuttavia, come si è visto, non sempre è così.

Esistono infatti dipendenze in grado di rovinare la vita, di far smarrire la via, di portare tanto in basso da far credere che non si riuscirà più a rialzarsi e il gioco d'azzardo è una di queste.

Nel presente lavoro è stata svolta un'analisi quantitativa sui giocatori d'azzardo che sono stati categorizzati e contati, così come lo scopo dello studio richiedeva. Pare giusto tuttavia ricordare, in conclusione al lavoro, che dietro a quei numeri ci sono storie di vita vere, vite messe a dura prova dalla perdita di controllo legata al gioco d'azzardo, famiglie messe in ginocchio, traumi non elaborati, dolore, sofferenza e disperazione.

Tenere a mente questi aspetti può aiutare a mantenersi sul giusto cammino per quanto riguarda l'approcciarsi, anche terapeutico ma soprattutto culturale, a persone che presentano tali difficoltà.

La nostra è una società che manda in onda tutti i giorni pubblicità per invogliare le persone a giocare d'azzardo (come il noto slogan "ti piace vincere facile" dei gratta e vinci o altri spot dove vengono posizionati volti famosi o influenti come testimonial di agenzie di scommesse) e poi stigmatizza le persone dipendenti come soggetti problematici, individui inaffidabili, propensi alla delinquenza o a finire ai margini della società; in ogni caso individui diversi, non-normali.

Per tali ragioni, per cambiare questo tipo di mentalità, si rivela fondamentale la presenza di programmi come Orthos, che siano in grado, oltre che di lavorare direttamente sulla dipendenza, di far riscoprire ai giocatori alcuni aspetti della vita come la sana attività ludica, il piacere delle piccole cose, la convivialità e lo scambio con gli altri, la bellezza della natura di cui fino a prova contraria siamo parte, la capacità di perdonare e perdonarsi, la libertà di credere che sia possibile un lieto fine alla propria storia e la forza per affrontare il processo necessario al superamento del proprio problema. D'altronde, i problemi nella vita ci saranno sempre e la cosa più utile che si possa fare è quella di maturare la capacità di affrontarli, così da non lasciarsi travolgere da essi, ma al contrario accettarli e gestirli al meglio, come nel caso di una ricaduta che può aprire a due strade, da un lato ricadere nel baratro o dall'altro rimettersi sul giusto cammino.

In questa tesi si è potuto osservare l'efficacia del programma Orthos sia attraverso gli studi descritti nel secondo capitolo che tramite la ricerca presentata nel terzo.

Dagli studi precedenti si è potuto osservare come la partecipazione al programma Orthos abbia sortito buoni risultati per i giocatori patologici, mostrando una riduzione dei comportamenti problematici legati al gioco d'azzardo patologico (con oltre l'85% del campione in cui i sintomi presentati non assumevano più la rilevanza clinica originaria) e rilevando come anche il funzionamento psicologico complessivo sia migliorato per

la quasi totalità del campione. Si è inoltre rilevato un miglioramento in alcuni aspetti tipici del giocatore d'azzardo patologico quali l'impulsività e l'alessitimia.

Molto interessanti sono anche i risultati della ricerca oggetto della presente tesi che evidenziano come sul totale dei soggetti intervistati, ovvero 95, sono 60 ad aver dichiarato di non giocare, pari al 63% del campione, dimostrando in tal maniera l'efficacia del programma Orthos per molti giocatori, alcuni dei quali non hanno più giocato, altri passati attraverso ricadute.

Proprio l'alto tasso di ricadute, sperimentate in qualche momento da almeno i due terzi del campione, risuona come un campanello d'allarme e un monito a non abbassare la guardia col passare del tempo, sia da parte dei giocatori che di chi se ne prende cura, al fine di non vanificare gli sforzi fatti e le conquiste raggiunte durante la fase residenziale e il lavoro psicoterapeutico.

Ad ogni modo, è interessante notare come malgrado una percentuale molto alta di ricadute (71% dei casi) vi sia una percentuale quasi altrettanto alta di soggetti che non giocano al momento dell'intervista (63%), a testimonianza del fatto che il programma Orthos si rivela efficace non solo relativamente ai casi in cui si riesca davvero a mantenere una completa astensione dal gioco, ma anche per quanto riguarda la capacità di tenuta di fronte alle ricadute.

Ciò che emerge dagli studi, dunque, lascia ben sperare e, anche se i campioni di riferimento sono ridotti e perciò i risultati non estensibili all'intera popolazione dei giocatori d'azzardo, i dati mostrano la bontà di tale approccio e incoraggiano a proseguire col monitoraggio dei partecipanti e con la promozione di nuove sperimentazioni ispirate a tale modello, al fine di poter osservare una mole sempre maggiore di dati con sempre maggiore accuratezza e su un periodo di tempo sempre più ampio.

Bibliografia

Barker J. C., Miller, M. (1966), *Aversion therapy for compulsive gambling*, in *British Medical Journal*, 2, p. 115.

Bergler E, (1943), *Il giocatore d'azzardo. Un nevrotico frainteso* (tr. it. 1971), in *Journal of Criminal Psychopathology*

Bergler, E (1957), *The Psychology of Gambling*, in *Journal of Criminal Psychopathology*. International University Press, New York; tr. it. *Psicologia del giocatore*. Vicenza: Newton Compton, (1974).

Bergler E. (1974), *Psicologia del giocatore*, Newton Compton, Roma, ed orig.1957

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

Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. (1991), *A comparison of relapsed and nonrelapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment*, in *British Journal of Addictions*.

Bolen D. W., Boyd W. H. (1968), *Gambling and the gambler: a review and preliminary findings*, in *Archives General Psychiatry*, 18, pp. 617-630.

Custer R. L., Milt H. (1985), *When luck runs: Help for compulsive gamblers and their families*, New York: Fact on File Publications.

Di Maria F., Lavanco G., Lo Re T. (2000), *Azzardosamente. Giochi d'azzardo e bisogni di identità*, in *Psicologia Contemporanea*, 162.

Dickerson M.G. (1993), *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere.*, EGA Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Gonzalez-Ibanez A. (2001), *Esperienze di valutazione sui trattamenti*. In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001), *Il gioco e l'azzardo*. Franco Angeli, Milano.

Gonzalez-Ibanez A., Pastor C., Mercadé P.V., Aymami N. (1990), *Un programa de modificaciòn y terapia deconducta para el tratamiento del juego patológico*, Libro de ponencias Socidroalcohol; XVIII Jornadas Nacionales, Barcelona.

Gonzalez-Ibanez A., Saldana, C., Jimènez-Murcia S., Vallejo J. (1995), *Psychological and behavioural features of pathological fruit machine gamblers*. Papers presented at the First European Conference on Gambling and Policy Issues, Cambridge University, Cambridge.

Guerreschi C. (2000), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*, Ed. San Paolo, Milano.

Guerreschi C. (2000), *I malati delle scommesse in Italia sono 700000*, In *Giornale Repubblica*, 16 febbraio 2000

Freud, S. (1927): *Dostoevskij e il parricidio*. Trad. it. Opere, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.

Huizinga J. (1938), *Homo ludens*, (tr. it) Einaudi, Torino, 2002.

Laudouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000), *Les jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*. Canada, Les Edition de l'homme. (trad. It. *Il gioco d'azzardo eccessivo; vincere il gambling*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003).

Laudouceur R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., Jacques, C. (2001). *Cognitive treatment of pathological gambling*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, pp.766-773.

Laudouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J. (2003), *Group Therapy for Pathological Gamblers: A Cognitive Approach*, in *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.

Lesieur, H. R., Blume, S. (1987), *The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers*, in *American Journal of Psychiatry*, 144, pp.1184-1188.

Lavanco G. (2006), *Le nuove forme dell'azzardo*, in *Psicologia Contemporanea*, 194.

Masi M., *Storia ed evoluzione del gioco d'azzardo*, <https://www.marcomasipsicologo.it/2019/07/29/storia-ed-evoluzione-del-gioco-dazzardo/>

McCormick R.A., Ramirez L.F. (1988), *Pathological Gambling. Reprint from Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.

Pallanti S., Baldini Rossi N., Hollander E. (2001), *Terapia farmacologia del gioco d'azzardo patologico*, In Croce M., Zerbetto R. (2001). *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano.

Patton, JM, Stanford, MS, Barratt, ES. (1995), *Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale*, in *Journal of Clinical Psychology*, 51, pp.768-774.

Petry N.M., Steinberg K.L. (2005), *Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers*, in *Psychol. Addict. Behav*, 19 (2), pp.226-9.

Re T. S., Bragazzi N. L., Covelli M., Poli D., Dalpiaz C., Benevene P., Zerbetto R. (2019), *Outcomes evaluation of orthos: an intensive residential program for gambling addiction treatment*, in *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD Revista de Psicología, N°1 - Volumen 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp: 269-276

Re T. S., Bragazzi N. L., Covelli M., Zerbetto R. (2019), *Outcomes evaluation of orthos for gamblers: impulsivity, attachment styles, alexithymia, and parental bonding*, in *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD Revista de Psicología, N°1 - Volumen 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp: 191-202

Seager C. P., Pokorny M. R., Biack D. (1970), *Aversion therapy for compulsive gambling*, in *Lancet*, 1, p. 546.

Stewart, R. M., Brown, R. I. F. (1988), *An outcome study of Gamblers Anonymous*, in *British Journal of Psychiatry*, 152, pp.284-288.

Zerbetto R., *Il gioco nel mito e il mito del gioco*, da *Il gioco&l'azzardo* a cura di Mauro Croce e Riccardo Zerbetto, FrancoAngeli Ed. 2001.

Zerbetto R., *La madre di tutte le dipendenze*, da *Craving*, a cura di U. Nizzoli, R. Zerbetto, V. Caretti e P. Lorenzi, di Mucchi Editore, Reggio Emilia, 200.

Zerbetto R., (2010), *Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo*, parte del contributo: *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*, a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto in "*Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche*" a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore.

Zerbetto R., *Orthos: programma di intervento di psicoterapia intensiva in ambito residenziale per giocatori d'azzardo patologici*, Pubblicato su: *La Torre e l'Arca. Pagine di Psichiatria, Cultura, Attualità* a cura di Francesco Tornesello, postato il 27 febbraio 2011.

Zerbetto R. (2001), *Psicodinamica del giocatore d'azzardo*, in Lavanco G., *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano.

Sitografia

<https://www.treccani.it/enciclopedia/gioco-d-azzardo/>

<https://adm.gov.it/portale/web/guest/libro-blu-organizzazione-statistiche-e-attivita-anno-2021>

<https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/>

<https://www.orthos.biz/>

https://www.researchgate.net/publication/334218756_Outcomes_evaluation_of_ORTHOS_an_intensive_residential_program_for_gambling_addiction_treatment

https://www.researchgate.net/publication/334221230_Outcomes_evaluation_of_orthos_for_gamblers_impulsivity_attachment_styles_alexithymia_and_parental_bonding