

### Introduzione

Il nostro Paese si distingue per la ricchezza di trattamenti ambulatoriali e residenziali mirati al superamento delle condizioni di tossicodipendenza. Tale condizione patologica è collegata nella stragrande maggioranza dei casi alla dipendenza da eroina e, in minor misura e alcool. Mancano allo stato attuale risorse di trattamento per altre patologie che, pur avendo all'origine una struttura di personalità predisposta alla dipendenza (addiction prone personality), si diversificano in una gamma di diverse espressioni fenomeniche che vanno dal gioco d'azzardo patologico, alla sex addiction, all'abuso di Internet, all'abuso di ecstasy, cocaina ed altri stimolanti. Per tali condizioni morbose, risultano talvolta insufficienti sia interventi medico-psicologici offerti dai Ser.T. sia di tipo comunitario a causa dei lunghi periodi generalmente previsti per i programmi di recupero. La tipologia dei "nuovi dipendenti" si esprime inoltre in una gamma estremamente diversificata a livello sociale, culturale, di età e di censo rendendo difficile un inserimento in contesti terapeutici predisposti per popolazioni target assai più omogenee e quindi meno adatte ad immersioni da parte di soggetti con storie personali e problematiche socio-adattive diverse e fortemente diversificate. Ne deriva un forte disagio nella possibilità di offrire utili e realistici sbocchi terapeutici in situazioni che, seppure non ricalcano la devastante drammaticità di quadri di eroinomania primaria, comportano comunque forti elementi di sofferenza psico-adattiva ai singoli, alle famiglie ed alla collettività. Si rende pertanto urgente sviluppare nuove forme di intervento che si confrontino con la recente evoluzione dei quadri patologico collegati alle nuove forme di dipendenza e che abbiano, a mio parere le seguenti caratteristiche:

1. Essere di durata più breve e comunque tale da rendersi compatibile con la permanenza di un inserimento nel tessuto sociale, lavorativo e familiare del soggetto
2. Avere una alta specificità di intervento sulla patologia specifica
3. Dotarsi di programmi a prevalente orientamento psicoterapico, più che medico, e strutturarsi in modelli intensivi e fortemente strutturati al fine di poter incidere in profondità, pur in un arco di tempo limitato, sul comportamento disadattivo e sui nuclei problematici della personalità del soggetto
4. Prevedere una fase diagnostica accurata di intake in collegamento con i servizi sul territorio
5. Prevedere una fase di accompagnamento e consolidamento del lavoro psicoterapeutico collegato alla fase residenziale che sia sufficientemente strutturata e tale da non vanificare i risultati ottenuti.

Su tali linee progettuali è stata presentata alla Regione Toscana il Progetto che ha ottenuto il finanziamento nel contesto delle misure previste dal capitolo "PREVENZIONE E CONTENIMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico E PROMOZIONE DI AZIONI MIRATE AL SOSTEGNO DI UNA ADEGUATA CULTURA DEL GIOCO" nella seduta del 13-09-2004 (punto N. 49 ) Delibera N .918 del 13-09-2004 successivamente integrate nella Azione programmatica sul Gioco d'azzardo patologico promosso dalla stessa Regione.

Il nome del progetto, Orthos, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. Orthos è "colui che sta in piedi" che non è reclinato (da cui cliente) o abbandonato passivamente (da cui paziente) a se stesso e non dipende quindi da altri nel reggersi sulle proprie gambe. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica inoltre la scelta filosofica di fondo, all'origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere (attraverso il ricorso a sostanze inebrianti, gioco o sesso che siano) quanto l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori e non di disvalori tale legittima aspirazione dell'essere umano. C'è tuttavia un passaggio critico nel quale il piacere sconfina nel dis-piacere. Legge questa che possiamo riscontrare puntualmente nei disturbi alimentari,

---

<sup>1</sup> Psichiatra e Psicoterapeuta, Presidente di ALEA, Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio

nell'uso di bevande inebrianti, del gioco e della pratica sessuale. Non è quindi nel perpetuare una ontologica contrapposizione, ma nell'esplorare ed affinare l'arte del buon vivere che possiamo perseguire quella pratica di autoapprendimento, di messa a fuoco del confine critico che ognuno porta in sé inconsciamente e che dobbiamo far emergere a livello adulto e consapevole. Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o 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. A questa sapienza millenaria si deve attingere superando il tragico empasse nel quale ci costringe una mentalità di derivazione prioritariamente statunitense all'insegna di un insanabile contrapposizione tra eccesso e rigorismo proibizionistico. In altre parole non è necessario introdurre ed enfatizzare un ontologica contrapposizione tra principio del piacere e "di realtà, secondo una prospettiva che la stessa psicoanalisi fa propria salvo rispecchiare una tradizione millenaria di orientamento spiritualistico a partire dalla contrapposizione tra anima (psychè) e corpo (soma) di platonica memoria sino a S. Paolo ("vedo ciò che vorrei fare e faccio ciò che non voglio") e all'esistenzialismo kierkegaardiano. Giova, semmai, ricordare l'indicazione del filosofo Epicuro—in genere ingiustamente sottovalutato—che ci ricorda come il senso della misura (coerentemente all'etica greca del "metron ariston", del fatto cioè che la cosa migliore sta appunto nella misura) è intrinseco alla logica del piacere e non ad essa contrapposto. C'è infatti un acmè nella curva di Gauss delle esperienze di piacere (vedi l'assunzione di alcolici) oltre la quale il piacere, appunto, si trasforma in sofferenza. Nella sintesi che segue vengono riportati gli elementi costitutivi di un approccio terapeutico innovativo sia nella filosofia di riferimento che nei metodi adottati

#### Filosofia di riferimento

Se il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell'uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile eradicarlo completamente dall'individuo. Se tale discorso è vero in generale, lo è in particolare per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socio-culturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco. L'unica strategia realistica in nostro possesso è quindi quella di non estremizzare una dialettica gioco-non gioco che, seppure utile ed inevitabile in certe fasi della vita (come lo può essere il digiuno) non può realisticamente rappresentare la soluzione definitiva. Si tratta quindi di confrontarsi con il tema del "giusto equilibrio" in una ricerca sofferta e paziente che consenta di riportare sotto controllo un comportamento che tendenzialmente a questo controllo sfugge. In casi estremi questo tentativo è destinato a fallire e, analogamente a quanto può dirsi per un diabetico grave, non c'è nessuna possibilità di "convivere con gli zuccheri". In molti casi, tuttavia, tale riequilibrio è possibile e risulta quindi più appropriata una strategia terapeutica che si propone obiettivi più realistici e moderati che più irrealistici e radicali. Anche laddove l'obiettivo di conseguire una piena astinenza viene raggiunta, infatti, resta la minaccia di poter ricadere in un comportamento fuori controllo. Si tratta quindi, di privilegiare un lavoro terapeutico che miri a favorire, rinforzare e strutturare un comportamento orientato al "gioco sociale" che non ad una ambiziosa quanto precaria condizione di totale astinenza. Non possiamo nascondere l'elemento innovativo (e quindi "a rischio" in quanto suffragato da una minore messe di dati statistici) di una tale strategia, nei confronti di quella più corrente che si ispira alla filosofia dei Gamblers anonymous, espressioni fedeli, a loro volta, di quella degli Alcoholic anonymous. Secondo tale orientamento, recepito anche da molti programmi di recupero, non esiste nessuna possibilità di mediazione tra comportamento astinente e comportamento orientato al gioco eccessivo dal momento che, sempre secondo questa impostazione, anche un minimo compromesso con una attività di gioco, come anche giocare una schedina al totocalcio, farebbe scattare la molla di un ritorno a forme di gioco incontrollate analogamente a quanto un mezzo bicchiere di vino farebbe ripiombare l'alcolista nel baratro del bere fuori controllo. Le ricerche sulle risultanze di interventi terapeutici su giocatori, tuttavia, rivelano dati su cui riflettere. Studi sul trattamento di giocatori d'azzardo compulsivi in programmi di cura professionali, ottenuti da González Ibáñez ed altri (1990, 1995 e 2001), McCormick e Ramirez (1988) con interventi di counselling e trattamento cognitivo-comportamentale (con tecniche di controllo degli stimoli, esposizione in "vivo", ristrutturazione cognitiva, risoluzione dei problemi, rafforzamento, auto-rafforzamento, auto-

istruzione e prevenzione delle ricadute) hanno osservato, con risultati che coincidono nella maggior parte degli studi, che circa un terzo dei soggetti ha abbandonato durante la fase di follow-up che è durata un anno e che circa la metà dei rimanenti è rimasto in astinenza. Di questi, in un follow-up tra i 2 e i 9 anni, McConaghy, Blaszczynski e Frankova (1991) hanno riportato che il 45% dei pazienti ha continuato a giocare ma in maniera controllata. González Ibáñez ed altri (2001) ha osservato che in un campione di 60 pazienti il 56% ha abbandonato la terapia durante il trattamento. L'80% di coloro che hanno partecipato agli incontri di follow-up a distanza di 1, 3,6 e 12 mesi è rimasto in astinenza. A distanza di 4 anni, il 33% era rimasto in astinenza totale, il 20% era ritornato al gambling incontrollato e il 47% giocava in maniera controllata con modalità diverse dal gambling problematico di partenza. Questo sta ad indicare che, oltre alla astinenza definitiva, anche la riduzione dell'urgenza del gioco e lo sviluppo di un maggiore autocontrollo può rappresentare un importante obiettivo terapeutico. Tale risultato si rende più realistico se si accompagna ad un sensibile cambiamento nello stile di vita, ad una maggiore consapevolezza sulle situazioni di rischio e ad una ristrutturazione della situazione familiare, occupazionale, sociale. Per tali aspetti, che implicano una giù generale filosofia di intervento, si rimanda agli approfondimenti di carattere terapeutico e metodologico in allegato.

### **1. Obiettivi dell'intervento terapeutico**

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

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

### **2. Metodologia**

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

2.1 **Ricostruzione "narrativa"**, attraverso della storia personale, di quei fenomeni di fissazione nella crescita psico-emotiva utilizzando l'ampia messe di ricerche ed applicazioni cliniche inerenti il tema dei disturbi di personalità collegati alle dipendenze. Una pratica di introspezione e ricostruzione delle tappe della propria evoluzione personale offre stimoli importanti per ricostruire quel percorso evolutivo che permette di ottimizzare le risorse positive e di identificare nel contempo quegli aspetti carenti, disfunzionali o disturbanti che possono aver interferito negativamente in una più armonica maturazione della personalità. Precedenti riconducibili a maltrattamenti nell'infanzia sono frequentemente all'origine di comportamenti additivi successivi (Patry e Steinberg, 2005)

2.2 Tale obiettivo si realizzerà sia attraverso **incontri terapeutici personalizzati sia in un contesto grupppale** al fine di sviluppare quel senso di appartenenza e di solidarietà al percorso terapeutico che tanta parte svolge nell'accelerare le dinamiche psicoemotive in simili problematiche

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

2.4 **Al lavoro sul versante emozionale segue un lavoro sul versante cognitivo** teso a ricostruire quei basic beliefs, quelle "concezioni del mondo" su cui consciamente o, più spesso, inconsciamente

l'individui si è costruito la sua particolare weltanschauung. L'identificazione di tali nuclei cognitivi, identificati da A. Beck nella depressione e da Laduceur (2003) nel gioco d'azzardo patologico, consente all'interessato di essere meno "agitato" da tali "intrusetti" e di riprendere gradualmente le redini del proprio destino sottraendosi alla compulsione anancastica che lo ha portato a ripetere con infernale ripetitività gli stessi errori.

2.5 **La sola comprensione di tali meccanismi ripetitivi non è sempre sufficiente a determinare un reale cambiamento delle capacità autoregolative**, ma rappresenta comunque lo strumento maggiormente efficace, alla distanza, nel favorire un autentica trasformazione evolutiva della personalità.

2.6 L'identificazione di fattori che hanno perpetuato meccanismi disregolativi della capacità di adattamento creativo verranno successivamente collegati alle interferenze nella **realizzazione di un soddisfacente life project**

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

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

2.9 Ad una fase di ricostruzione della storia personale e familiare, da condursi parzialmente nella fase dell'intake e della primo periodo della residenzialità, segue una **fase progettuale che inizia nella seconda fase residenziale e si proietterà nella fase post-residenziale e dell'accompagnamento**

2.10 La metodologia prevede quindi una successione di fasi di intervento sintetizzabili come:

- fase dell'intake
- fase del trattamento residenziale
- fase dell'accompagnamento e dei richiami

### **3. Le fasi del processo terapeutico**

#### **3.1 la fase dell'intake**

Tale fase viene svolta presso

3.1.1 i SerT della regione Toscana o di altre regioni da cui sono stati inviati i primi utenti.

3.1.2 Per coloro che hanno avuto le informazioni tramite Internet o dalla stampa, la sede ambulatoriale del progetto Orthos che, allo stata attuale, dispone di riferimenti a Roma, Milano e Siena.

3.1.3 la sede della programma residenziale di "Noceto" nel comune di Monteroni d'Arbia (Siena)

Tale fase prevede uno o più colloqui necessari per raccogliere

3.2.1 Dati socio-anagrafici

3.2.2 Anamnesi personale e familiare

3.2.3 Test di personalità e specifici sul gambling

3.2.4 Analisi motivazionale ad intraprendere il programma in oggetto

#### **3.3 fase del trattamento residenziale di 21 giorni**

Tale programma prevede un intervento intensivo di tre settimane ed un lavoro di full immersion estremamente strutturato in ambito residenziale nel quale le diverse fasi del percorso terapeutico vengono condensate in sessioni long-lasting. Sono candidati a tale forma intensiva di intervento soggetti con residuo inserimento nel tessuto socio-economico e con legami familiari tuttora integri o realisticamente recuperabili. Si richiede inoltre una struttura di personalità non fortemente compromessa da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. Tale programma è destinato in particolare ai "giocatori patologici non patologici" secondo la classificazione di Blaszczynski (2000, vedi all.) Tale formula è destinata anche a forme di patologia intermedia. Più rilevante rispetto a quella descritta precedentemente ma inferiore a quella riportata di seguito. Tale programma è destinato in particolare ai "giocatori emotivamente disturbati" secondo la classificazione di Blaszczynski (2000, vedi all.)

##### **3.3.1 La temporalizzazione del programma prevede, a regime:**

Quattro corsi di programma standard in un anno. Nei mesi liberi inframezzati si svolgono gli incontri di verifica. Nel 2007 i moduli si sono svolti nei mesi di marzo, maggio, agosto e dicembre.

### **3.4 Fase dell'accompagnamento e dei richiami**

Tale fase, comune a tutti e tre i moduli previsti, prevede un attento monitoraggio sulla fase del reinserimento sociale, familiare e lavorativo.

3.4.1 Al completamento del programma residenziale segue un incontro di 3 giornate, dopo 2 mesi dal trattamento intensivo, di richiamo per l'approfondimento di problematiche residue o sopravvenute e, per ultimo, di tre giornate di trattamento intensivo di mantenimento a distanza di ulteriori 3 mesi.

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

## **4 Le componenti strutturali dell'intervento terapeutico e lo svolgimento della giornata in comunità**

### **4.1 Prendersi cura di sé**

La giornata, con sveglia alle ore 7 e 30, inizierà con la cura della persona, del posto letto e della stanza unitamente ad altri compagni se condivisa nel periodo di tempo tra le 7,30 e le 8,15. La cura di sé, nei due aspetti citati, ha un valore metaforico oltre che pratico ed economico (nel senso di consentire una riduzione dei costi di ospitalità). Ha infatti il significato di verificare e rinforzare lo stato di crescita personale inteso come condizione di autonomia e non-dipendenza da persone cui delegare il compito l'onere dell'accudimento. In quanto espressione di tale componente essenziale, a tale fase viene riservata una grande attenzione da parte degli operatori di comunità che richiedono ai residenti puntualità, decoro ed efficienza nell'impegno assunto.

### **4.2 Il dare-e-il-ricevere**

Segue la colazione con la partecipazione di tutti i residenti. Secondo un programma concordato in precedenza, ognuno si occupa dell'apparecchiatura, della preparazione degli ingredienti e del lavaggio delle stoviglie. Anche questo momento ha il significato di "rito augurale collettivo" sull'inizio del nuovo giorno. Ognuno dei residenti si trova nella condizione di *dare-e-ricevere* avendo la possibilità di rispecchiarsi nella tendenza a isolarsi pensando solo a se stesso evitando di prendersi cura anche degli altri realizzando, nel piccolo, la dimensione del "noi" come condizione essenziale per una dimensione solidale e condivisa del vivere.

### **4.3 Pratica di autoascolto e autoosservazione**

Dalle 9 si tiene una pratica meditativa di autoascolto e autoosservazione. Ognuno sarà invitato ad esplorare la possibilità di *stare con se stesso* o a sostenere la fatica e la paura del farlo nel caso non avesse sviluppato nella sua vita una consuetudine minimale a "stare con le proprie cose" (sentimenti, fantasie, timori, emozioni negative, pensieri). A tale momento viene riservato un grande significato e non potrà quindi essere eluso se non in casi effettivamente eccezionali. Molti dei comportamenti assuntivi sono determinati dalla compulsione a "riempire un vuoto" psichico. Tale *horror vacui* è quindi all'origine di acting out sotto forma di comportamenti maniacali e anancastici (determinati da meccanismi coattivi e non determinati da libera scelta) con le conseguenze ben note. Fondamentale è quindi tendere ad invertire tale meccanismo e coltivare una pratica che consenta lo sviluppo di una più equilibrata capacità di stare con se stessi o per lo meno di non fuggire dalla propria ombra. In questa esperienza vengono anche introdotti esercizi corporei che facilitano il contatto con parti contratte e con posture disfunzionali abitualmente collegate a ratti caratteriali problematici. Segue una condivisione dei vissuti. In tale esperienza emergono generalmente contenuti di coscienza molto personali che verranno elaborati nell'arco delle successive occasioni di incontro e lavoro terapeutico.

### **4.3 Programmare la giornata**

Segue un breve incontro di programmazione della giornata. Anche in questo caso, al di là degli aspetti organizzativi che si presentano imprescindibili in una dimensione associativa di vita, si tratta di mettere a

fuoco la capacità di non “vivere alla giornata” ma di strutturare il tempo in modo utile e produttivo evitando spazi morti ed inutili perdite di tempo. Se l’ozio è il padre dei vizi, come un antico proverbio ricorda, è nella capacità di non lasciare tempi “morti” (da non confondere con quelli dedicati al piacere ed al relax) la possibilità di non sciupare il dono prezioso del tempo che ci è dato da vivere. In tale riunione si sperimenterà inoltre la capacità di confrontare le proprie posizioni con quelli degli operatori e dei compagni di corso esercitando l’arte di essere propositivi, di sostenere il proprio punto di vista ed insieme di articolarlo con quello degli altri alla ricerca di un giusto punto di mediazione e di equilibrio.

#### **4.4 Lo studio**

Occasionalmente viene riservato un tempo allo studio. Da soli o in piccoli gruppi, se non assistendo a lezioni o conferenze di esperti su diversi temi inerenti la problematica in oggetto, viene prevista l’opportunità di una crescita anche culturale ed informativa sui molti aspetti collegati alla patologia da affrontare. Tale aspetto ha anche il significato di favorire un percorso autonomo di affrancamento da aiuti esterni e quindi di assimilazione di strumenti utili a procedere con risorse autonome. Da parte dei responsabili della comunità vengono forniti testi, utili a sostenere tale processo di apprendimento. La sede residenziale è dotata di una biblioteca fornita di testi-chiave che gli operatori suggeriscono ai residenti tenendo conto ovviamente del loro livello di studi e dei diversi interesse. Una serie di indicazioni bibliografiche verranno fornite dagli operatori anche per la fase successiva a quella residenziale. Nell’esperienza raccolta sino ad ora abbiamo constatato il ruolo significativo svolto dalla lettura nel sostenere il processo di rinnovamento nello stile di vita degli utenti. Una constatazione, questa, che ci orienta a sviluppare un intervento di bibio-terapia, come viene attualmente chiamata, di sostegno al processo terapeutico.

#### **4.5 Il lavoro**

Due ore dalle giornata, a seconda della stagione, vengono riservate ad una applicazione lavorativa di carattere prevalentemente fisico. Osservando un programma di lavoro settimanale, i residenti si occupano di:

- lavori domestici (manutenzione degli spazi comuni)
- partecipazione alla preparazione dei pasti
- giardinaggio
- accudimento degli animali domestici o di allevamento
- manutenzione degli immobili (tinteggiatura, riparazioni etc.)
- lavori di segreteria (fotocopiatura, scrittura, ricerche su Internet etc)

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

#### **4.6 Il pranzo**

Un’occasione non solo necessaria alla propria alimentazione, ma anche di scambio, di confronto, di gioco e di crescita nelle relazioni interpersonali. Anche in questo caso si tratta di dare “anima” alle cose che si fanno, fossero anche semplici e routinarie. Anche la cura del cibo viene affidato all’apporto creativo dei residenti che, sotto il coordinamento di un operatore a questo designato, si impegnano a turno per proporre ricette conosciute e tipiche della terra da cui provengono. Finito il pranzo, tutti a turno danno un contributo a sparecchiare, lavare le stoviglie e rimettere a posto gli spazi comuni. E’ interessante notare come nelle faccende collegate alla preparazione dei pasti e alla sistemazione della cucina sono emerse le dinamiche maggiormente conflittuali tra i residenti. La gestione di queste dinamiche ha rappresentato un im-

portante strumento per affrontare aspetti problematici della personalità che, nella convivenza, vengono inevitabilmente in evidenza.

#### **4.7 Il riposo**

Dopo il pranzo si prevede un'ora di riposo che ognuno gestisce a piacere, vuoi ritirandosi nella propria stanza per una "pennica", vuoi scrivendo ai familiari, chiacchierando o sentendo musica. Questo periodo viene anche utilizzato per le telefonate con i familiari. Le stesse vengono consentite, anche se si ricorda l'invito a fare un uso sobrio del cellulare e delle comunicazioni con esterni. Tale indicazione è stata generalmente rispettata tranne in alcuni casi nei quali, a seguito di un serrato confronto con il gruppo, si è addivenuti alla decisione di stabilire norme più restrittive. In un caso, per decisione del gruppo, si è anche deciso di sperimentare una settimana di black out telefonico. Con l'eccezione di due casi, tale indicazione è stata scrupolosamente osservata. Anche a questa occasione di utilizzazione di uno spazio-tempo autogestito viene riservata attenzione. E' proprio nei "tempi morti", come si è accennato, che si rivela la capacità o meno dell'individuo di trarre giovamento alla propria "qualità di vita" o, al contrario, di crearsi motivi di sofferenza e di stress. Viene quindi messa a fuoco l'attitudine di ciascuno ad "autoregolarsi" e a confrontarsi con le sue capacità di autogestione di spazi vitali.

#### **4.8 Life project**

Nella seconda fase del periodo residenziale, i residenti sono invece impegnati nella elaborazione del proprio **Progetto di vita**. Tale compito consiste in un vero lavoro applicato alla analisi, ristrutturazione, riprogrammazione di diversi aspetti inerenti la propria vita personale, passando da quello lavorativo a quello affettivo o dell'uso del tempo libero. Per tale compito si utilizza un lavoro in "triadi" con la supervisione di un operatore. Il life project viene progressivamente elaborato sotto forma di testo scritto che il residente avrà l'opportunità di rivedere e modificare con lo scopo di renderlo sempre più aderente ad un plausibile compromesso tra ambizioni e realistiche stime di realizzazione. Tale testo è anche oggetto, in taluni casi, del confronto nelle successive verifiche previste per il periodo post-residenziale.

#### **4.9 La terapia in gruppo**

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

**4.9.1 gruppo di psicoterapia e autonarrazione.** A turno ognuno dei residenti ha l'opportunità di "raccontarsi" al gruppo facendo emergere sia gli aspetti di luce che di ombra della propria esperienza personale. Viene inoltre invitato ad evidenziare i passaggi critici che possono essere identificati all'origine dei propri comportamenti problematici nonché le situazioni di rinforzo o di mancato superamento. Ai membri del gruppo viene chiesto di partecipare coltivando la attitudine dell'ascolto attivo, ma anche di porre domande su particolari "passaggi" significativi. I partecipanti, nella fase conclusiva, possono anche esprimere un loro feed back sulle percezioni emotive o sulle considerazioni attivate dal racconto, come pure le loro intuizioni su elementi elusi o non correttamente messi a fuoco. Attraverso il lavoro del rispecchiamento reciproco, ognuno ha la possibilità di riconoscersi nell'esperienza dell'altro e di mettere a fuoco il meccanismo della identificazione proiettiva, della differenziazione e del confronto.

**4.9.2 Gruppo di arte terapia.** Questa attività avrà due versanti privilegiati:

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

Tali attività rivestono una grande importanza dal momento che offrono l'opportunità di esplorare percorsi di carattere creativo-espressivo che spesso restano latenti ed inespressi in quanto soffocati dal comportamento compulsivo collegato ai meccanismi della dipendenza. Si tratta, in altri termini, di riallargare il ventaglio delle esperienze di ricerca e di gratificazione liberandosi progressivamente dall'appiattimento e dalle stereotipie collegate da comportamenti anancastici e ripetitivi che non lasciano spazio reale e mentale a nessun altro interesse o stimolo evolutivo. Tutte le forme espressive, che saranno esplorate dall'arteterapeuta insieme ai residenti favoriscono inoltre il percorso di "individuazione" e quindi di definizione e rafforzamento del sé. Forme espressive e musicali vengono inoltre selezionate con l'intento di

favorire l'espressione di contenuti fantastico-emozionali latenti con la possibilità di "dare forma" ad aspetti della personalità che ancora non hanno avuto modo di esprimersi. Interessante si è rivelato, in particolare, il lavoro sull'ombra. La possibilità cioè di evocare e dare forma e contenuti espressivi alla parte oscura della personalità che così spesso irrompe nella vita del giocatore portandolo a quegli "agiti" incontrollabili e dai quali dipende tanta parte della dimensione tragica della sua esistenza. Per quanto riguarda la drammaterapia, in particolare, vengono previste sessioni con la possibilità di lavorare su testi densi di significato evocativo sulle tematiche inerenti la problematica in oggetto. Particolare significato ha avuto l'allestimento della rappresentazione teatrale di "Gradus" di Giulio Capanna che tocca in modo specifico la problematica del gioco d'azzardo.

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

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

#### **4.9.5 Il gioco creativo**

Nel dopo-cena viene previsto uno spazio dedicato alla socializzazione informale nella quale riemergono spesso le tematiche affrontate nel corso del giorno ma anche al gioco creativo. Si intende con questo termine un'attività di gioco:

- che esplori una gamma ampia e diversificata di possibilità di gioco
- che non abbia implicazioni di denaro
- che privilegi l'aspetto della competenza-competizione rispetto alla componente aleatoria
- che implichi un forte elemento di socializzazione
- che consenta al giocatore di confrontarsi con le sue dinamiche problematiche (pensiero magico, incapacità di perdere, sopravvalutazione dell'elemento-denaro, perdita della attitudine giocosa a favore di una competitività esasperata, etc)

Tale attività si rende importante in particolare per un programma che, per quanto concerne l'aspetto collegato al gioco d'azzardo patologico, non si propone una radicale e spesso irrealistica interruzione delle attività di gioco di qualsiasi tipo, quanto un riorientamento di tale inclinazione in direzione di attività meno autodistruttive. Solo attraverso una sperimentazione "in vivo" di tali meccanismi potremo avere l'opportunità di analizzare i diversi patterns condottali e verificarne l'impatto sui comportamenti che generalmente vengono messi in atto. Si tratta in altri termini di far evolvere tale inclinazione verso forme maggiormente creative e socializzanti e non unicamente di reprimere rinforzando i meccanismi della colpevolizzazione, della frustrazione vittimistica e della disistima. Si tratta ancora di invertire la rotta e *trasformare un giocatore patologico in un promotore attivo di cultura del gioco*. Si tratta di correre il rischio di passare da una strategia di difesa e di fuga ad una di attacco nella quale ogni "paziente" (termine collegato al senso di sofferenza-passività) si converta in un "agente di cambiamento" non solo personale ma anche sociale che ritrova nell'attività ludica correttamente intesa una espressione positiva dell'esistenza e non diabolicamente minacciosa. La graduale e differenziata possibilità di ritorno ad attività di gioco sarà oggetto di un monitoraggio attento che avrà luogo nel periodo della fase di accompagnamento e verifica. In una prima fase, e comunque sino a copertura di eventuali debiti di gioco o soluzione di situazioni di forte disagio lavorativo o di relazioni familiari, verrà richiesta una assoluta e rigorosa astensione da qual-

siasi attività di gioco d'azzardo, anche nelle forme attenuate e socialmente accettate. Il ricorso alla metafora del diabete mellito suggerisce il fatto che, in assenza di mezzi per metabolizzare gli zuccheri, questi (pur innocui ed anzi utili di per sé) possono trasformarsi in fattori fortemente tossici per la salute del diabetico. Solo una razionalizzazione delle risorse autogene ed esterne (in termini di dieta e antidiabetici, nella metafora) potrà consentire un "regime" in grado di non trasformare una predisposizione in malattia conclamata.

### **5 Il lavoro con le famiglie**

Risulta assai improbabile attendersi un cambiamento durevole nei comportamenti di un dipendente senza un contemporaneo cambiamento delle modalità relazionali che coinvolgono le persone a lui più strettamente legate da vincoli familiari (Scardina, Lipari e Picone, 2006). L'esperienza sino ad ora maturata insegna che tale lavoro, in parallelo, riveste una importanza ineludibile e strutturale. Si richiede quindi, che sia nella fase di intake, che residenziale che infine dell'accompagnamento, i familiari maggiormente legati al soggetto problematico partecipino ad incontri di verifica sulle dinamiche in atto nell'ottica di un progressivo superamento degli aspetti comunicativi disfunzionali. Tale compito viene generalmente svolto da operatori competenti nel territorio e che seguono il processo lungo tutto l'arco del programma terapeutico attraverso incontri periodici con i familiari con o senza la presenza del soggetto sintomatico. Al lavoro propriamente terapeutico si affianca una logica di intervento ispirata all'esperienza della Associazione dei Familiari dei giocatori d'azzardo e delle loro famiglie di Campofornido e con il supporto di figure che abbiano maturato nel tempo la capacità di sostenere il processo evolutivo di altri soggetti vittime di comportamenti patologici e delle loro famiglie. La peculiarità dell'intervento di Orthos prevede tuttavia un forte elemento di responsabilizzazione personale nel processo terapeutico che, solo secondariamente, contempla il coinvolgimento dei familiari.

### **6 La solidarietà nel gruppo**

La patologia collegata alle diverse forme di dipendenza è notoriamente di difficile soluzione, almeno nel breve periodo. Trattandosi di quadri che sottendono generalmente aspetti dismaturativi della personalità non è difficile comprendere come possano richiedere tempi lunghi per essere efficacemente o, almeno in parte, superati. Di tale difficoltà debbono essere consapevoli non solo gli operatori - che vengono chiamati ad esprimere il massimo delle loro potenzialità con simili patologie - che gli utenti ai quali, del pari, va prospettata la realistica difficoltà nel perseguire risultati soddisfacenti e durevoli. Proprio per la coscienza della difficoltà del compito terapeutico che si intende intraprendere è fondamentale una chiara motivazione ad affrontare il nucleo duro della patologia all'origine dei comportamenti di dipendenza con forte valenza autodistruttiva. Si rende del pari fondamentale una stretta collaborazione-solidarietà non solo tra utenti ed operatori ma anche all'interno dello stesso gruppo degli utenti. La pluridecennale esperienza raccolta nell'ambito degli interventi terapeutico-comunitari ha evidenziato come la grande risorsa di questo tipo di approccio sta appunto nel forte senso di solidarietà che si crea nel gruppo nonché nell'impostazione del trattamento che prevede il fatto che ciascun residente non sia solo oggetto, ma anche *soggetto* di cura. Gli utenti debbono essere chiaramente ed approfonditamente informati del fatto che il loro progresso terapeutico avverrà non solo in misura di come sapranno recepire passivamente (come pazienti) le varie forme di intervento terapeutico, ma da come sapranno a loro volta metterli a frutto a vantaggio dei compagni. Essere "agenti" attivi e partecipi del processo di cambiamento rappresenterà infatti la chiave di volta nel delicato passaggio da una posizione "orale passiva" ad una posizione attiva e generativa, in altre parole adulta. Attraverso l'adozione di tecniche specifiche verrà quindi enfatizzata l'importanza di procedere "in cordata" nel difficile percorso "sul ghiacciaio" pieno di insidie e di possibilità di ricadere a valle. Lo stesso programma terapeutico inizierà e si concluderà con gruppi di utenti ben definiti i quali compieranno in modo solidale e sincrono il percorso previsto e non prima di un esplicito *commitment* reciproco sulla determinazione di portare a compimento il percorso che si intende intraprendere. Tale analisi motivazionale verrà iniziata nel lavoro pre-residenziale e verificata all'inizio del percorso residenziale intensivo. Lo stesso gruppo - cui viene connotato con il termine di "corso" onde sottolineare

re con forza l'elemento di apprendimento oltre che di terapia-mantiene anche nel periodo successivo alla fase residenziale una sua unitarietà che si svilupperà nel tempo per almeno un triennio, che rappresenta il tempo medio nel quale poter effettivamente valutare il cambiamento dello stile di vita del soggetto. Attraverso incontri di richiamo in comunità e al di fuori della comunità, nonché attraverso altre forme di contatto, viene rinforzata e mantenuta la risorsa del mutuo aiuto che, da un certo punto in poi, riveste un valore pari, se non superiore, a quello che si può ricevere da un terapeuta. L'esperienza insegna come la "cordata" va continuamente verificata dal momento che alcune "smagliature" possono comprometterne ad ogni istante la "tenuta" e quindi la potenziale efficacia. A seguito di alcune defaillance verificatesi nel percorso, è stato anche deciso di assegnare ogni utente ad un operatore al fine di garantire una continuità di riferimento che si rende particolarmente necessaria nell'attraversamento di fasi delicate e che contemplan spesso delle ricadute.

## 7 Follow up

La consistenza dei processi di cambiamento viene attentamente monitorata nel periodo post-residenziale attraverso:

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

7.2 incontri periodici con le famiglie

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

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

7.5 a ciascun "corsista" viene anche consegnata una "schedina" con un punteggio relativo a diversi aspetti della vita come:

- attività lavorativa
- relazioni familiari
- vita associativa
- situazione economica
- modalità di rapportarsi al denaro
- stato di salute fisica
- condizioni psicologiche
- costruzione di una "rete di sostegno", come terapeuti, amici, familiari
- ricorso ad altre forme di dipendenza
- rapporti con la legge (in forma generica)
- ricerca delle alternative all'elemento dipendentogeno primario
- uso dei "tempi morti" e del tempo libero
- impegno sociale eventualmente in attività di aiuto a giocatori patologici

A queste voci l'utente viene chiamato a dare un sintetico punteggio autovalutativo (orientativamente: 1 – 2 – X a seconda che, sui diversi items, possa registrarsi un peggioramento, miglioramento o mantenimento di una condizione stazionaria). Tale forma di "gioco a punti" si propone di far leva sulla inclinazione alla sfida, tipica del giocatore, nonché della sua riluttanza ad accettare le sconfitte e che, in questo caso, sarebbe rappresentata dal fallimento nel suo percorso terapeutico. Tale scheda di autovalutazione è oggetto di confronto negli incontri di verifica. La autenticità della auto-valutazione non verrà messa in dubbio, salvo l'emergere di fondati elementi che depongano per il contrario. Tale confronto avverrà in gran parte sulla base della conoscenza che i corsisti hanno l'uno dell'altro rappresentando essi stessi i giudici più se-

veri del progresso che ognuno dimostra di aver fatto. Tale scheda di autovalutazione verrà confrontata anche con protocolli standardizzati di rilevamento dati abitualmente impiegati in ambito specifico.

## **8 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 ludo-arteterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative e di manutenzione, un operatore culturale per l'aspetto psicoeducativo, di stimolo alla crescita culturale e di allargamento della prospettiva esistenziale, un responsabile amministrativo e consulente finanziario.

## **9 Valutazione da parte della Commissione regionale toscana**

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del primo modulo intensivo dei 21 giorni. Per la valutazione dei successivi tre moduli, che hanno avuto luogo nel maggio, agosto e dicembre 2007, dovremo quindi attendere la fine del 2008. Dal documento prodotto dalla Commissione di Valutazione composta da quattro operatori professionali su incarico della Regione Toscana sono emerse le seguenti indicazioni:

1. Il 51.5% degli utenti proviene dalla Regione Toscana, mentre il 48.5% da fuori Regione. Il 63.3% dell'utenza è stata inviata dai SerT, mentre altri utenti hanno appreso dell'esistenza del programma da Internet o da organi di stampa.
2. Il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona *retention rate* ed una buona *compliance* nei confronti del programma.
3. Di questi ultimi utenti, ad una stima condotta a fine 2007, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute. Tali stime, con il passare dei mesi, hanno avuto un modesto peggioramento percentuale. E' pur vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente "tenuta" nei confronti delle ricadute. Una valutazione che tenga conto di un arco di tempo necessariamente più ampio è tuttora in corso.
4. Il 54.5% degli utenti che hanno completato il programma sono stati inviati ai SerT per essere sostenuti nel programma di mantenimento. Nelle sedi di Siena, Milano e Roma vengono condotti incontri periodici di sostegno per gli utenti che hanno completato il programma. In taluni casi si è avviato o confermato un inserimento in gruppi per Giocatori anonimi o di Auto-mutuo-aiuto.
5. Si è confermata l'importanza del coinvolgimento della famiglia per una migliore riuscita del trattamento, spesso in collegamento con i servizi territoriali o liberi professionisti.

Quali elementi di criticità sono stati evidenziati:

- a. La inadeguatezza del programma ad ospitare situazioni più gravemente compromesse per problemi di comorbilità con problematiche psichiatriche o abuso di alcol e droghe illegali.
- b. una carenza di raccordo tra la Comunità e i SerT sia nella fase di invio (con valutazione diagnostica) sia nella fase delle dimissioni del giocatore per una migliore impostazione della fase di mantenimento.

A seguito di tale valutazione è stata comunque confermata l'utilità di proseguire con il programma sperimentale.

## **10 Da una ricerca preliminare sugli utenti**

La ricerca è stata effettuata sui 32 soggetti con GAP trattati nel 2007 (29 maschi, 90,6%; 3 femmine, 9,4%), afferenti al programma Orthos nei primi quattro moduli del 2007. I soggetti di questo gruppo hanno un'età media di 47,38 anni (ds= 10,4), e si presentano assai eterogenei rispetto a diverse variabili di natura sociodemografica e clinica, evidenziando, quindi, come il GAP sia un disturbo che si può manifestare in diversi contesti culturali, economici e relazionali. Infatti, la maggior parte dei soggetti risulta co-

niugata, ma è elevata anche la percentuale dei soggetti separati, divorziati o privi di partner. La metà dei soggetti ha un livello di istruzione medio-basso (scuola media inferiore), e solo 2 (6,25%) hanno un'istruzione universitaria. Anche rispetto all'attività professionale è presente un ampio range di variabilità, sebbene si osservi complessivamente un'elevata percentuale di soggetti con probabile reddito medio-basso (disoccupati, operai e pensionati). La tipologia di gioco d'azzardo più comune è quella da scommesse, con ben il 43,75% dei casi che presentano una dipendenza da SNAI; elevata anche la prevalenza della dipendenza da slot-machine (15,6%). Tuttavia, nel campione si osservano diversi "oggetti" su cui si orienta il GAP (casinò, giochi di carte, gratta e vinci, lotto). I soggetti afferenti al programma Orthos hanno un debito medio di 101.966 euro. Tuttavia può essere più utile osservare il valore mediano (25.000 euro), poiché la variabilità del debito è piuttosto alta ( $ds=368.758$  euro), in relazione al fatto che due partecipanti non hanno situazioni debitorie in corso, mentre un soggetto, un broker finanziario, ha un debito pari addirittura a 2.000.000 di euro. Undici soggetti (34,4%) mostrano anche altre diagnosi psichiatriche in comorbidità, con un'elevata prevalenza della depressione, che riguarda ben 7 di loro (63,6% degli 11 soggetti con comorbidità psichiatrica). Le altre diagnosi in comorbidità osservate sono: disturbo d'ansia, dipendenza da alcol, disturbo borderline di personalità e sindrome di Parkinson. Questi soggetti ricevono anche un trattamento farmacologico per i loro disturbi. Al campione di soggetti GAP qui descritto è stata somministrata una batteria di test, comprendente i seguenti reattivi self-report:

- a) SOGS (South Oaks Gambling Screen: Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;
- b) BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività (Caretti e coll, 2007);
- c) DES-II (Dissociative Experiences Scale – Revised: Bernstein Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative (Caretti e coll, 2007, Lumley 1995);
- d) TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20 items: Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alessitimia e della disregolazione affettiva (Caretti e coll, 2007).

Sono, quindi, stati estrapolati i punteggi medi ottenuti ai reattivi dai soggetti del campione (vedi Tabella 1).

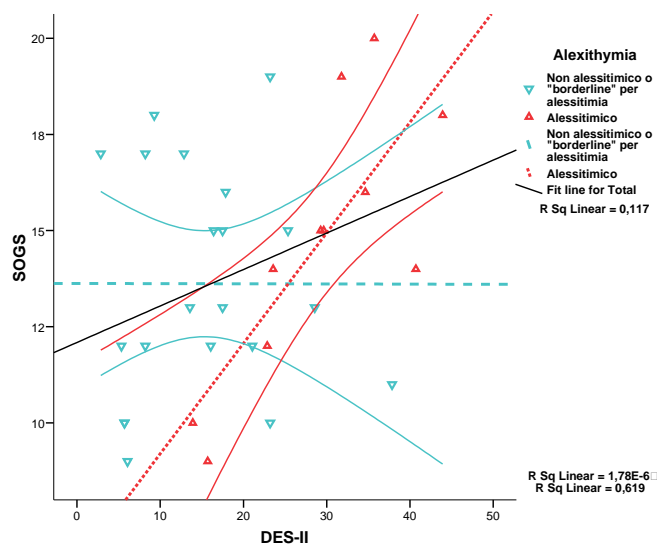
**Tabella 1**

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

Le statistiche descrittive ci informano, dunque, di alcune peculiari caratteristiche di questo gruppo. Innanzitutto, se si considera che il cut-off del SOGS suggerito dagli autori per lo screening del GAP è di 5 punti, è evidente la grave condizione patologica di questi soggetti, che presentano invece un punteggio medio di 14 (Lesieur e Blume 1991). Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di  $64,11 \pm 10,08$  (Blaszczynski e coll. 1991). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il cut-off di 30 suggerito dagli autori per lo screening della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti di questo gruppo si classificano come "borderline per l'alessitimia", ottenendo un punteggio me-

dio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici (Ragby e coll, 1994, Bernstein e coll. 1993, Carlson e Putman, 1988, Kofoed e coll, 1997). Gli studi di correlazione ci offrono invece risultati singolari, che meritano un approfondimento. Da una parte, i punteggi al SOGS non correlano significativamente con le altre variabili indagate. Se, da una parte, ciò può essere dovuto alla non elevata ampiezza campionaria, che riduce certamente la potenza statistica del test di correlazione, dall'altra, questo dato evidenzia che le misure comportamentali del GAP sono solo parzialmente sovrapponibili al costrutto di impulsività come misurato dalla BIS-11, che sembra indagare maggiormente una variabile latente di tratto. L'impulsività, a sua volta correla a livello di trend ( $r=0,34$ ;  $p<0,06$ ) con l'alessitimia, segnalando come *il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento* (vedi anche Taylor, 1997). Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia ( $r=0,53$ ;  $p<0,01$ ), ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ). Questo elemento è già stato rilevato in letteratura rispetto ad altre forme di dipendenza patologica (Caretto, Craparo, Schimmenti, 2006; Caretti et al., 2007) e mostra nuovamente che nella TAS-20 è il primo fattore l'indicatore del grado di disregolazione affettiva maggiormente convergente con altre misure della psicopatologia nelle addiction. Altrettanto interessanti sono i risultati degli studi di regressione. Essi ci informano che i migliori stimatori dell'impulsività, misurata attraverso BIS-11, risultano l'età ( $Beta = -0,34$ ,  $t = -2,12$ ;  $p<0,05$ ) e, ancora una volta, il primo fattore della TAS-20 ( $Beta=0,40$ ,  $t=2,48$ ;  $p<0,02$ ), ad ulteriore conferma della sua capacità di predire diversi deficit connessi all'incapacità di individuare gli stati emotivi connessi all'attivazione fisiologica e quindi di autoregolare gli affetti. Dunque, il modello complessivo ( $R^2$  corretto=0,143,  $F_{2,29} = 4,73$ ,  $p<0,02$ ;  $t=9,98$ ,  $p<0,01$ ) ci suggerisce che all'incremento delle difficoltà nell'identificare le emozioni ed al decrescere dell'età corrisponde un significativo aumento dell'impulsività, almeno rispetto a questo gruppo. In relazione al SOGS, l'unica variabile selezionata dagli studi di regressione *stepwise* è stata la dissociazione strutturale ( $Beta=0,36$ ,  $t=2,14$ ;  $p<0,05$ ), ovvero la variabile dicotomica (presenza/assenza) che distingue le esperienze dissociative non pervasive da quelle patologiche, individuata attraverso il valore di cut-off di 30 alla scala DES-II, come suggerito da Carlson e Putnam nel loro articolo del 1993 ( $R^2$  corretto=0,10,  $F_{1,30} = 4,57$ ,  $p<0,05$ ;  $t=23,15$ ,  $p<0,01$ ). Questo aspetto è molto importante, per cui ci sembra utile approfondirlo brevemente. Esistono numerosi modi di intendere la dissociazione (Caretto, Schimmenti, 2007): essa può essere intesa nel senso di *sistema o unità mentale non integrata alla coscienza, di alterazione della coscienza che comporta una disconnessione dal Sé o dalla realtà esterna* (è questo il caso dei disturbi dissociativi descritti nei manuali di diagnosi psichiatrica), e di *meccanismo di difesa*. I sintomi psichiatrici della dissociazione inoltre presentano diverse sfumature (anche di gravità) che vanno da forme abbastanza comuni di assorbimento immaginativo, presenti anche nei soggetti normali o con diagnosi meno severe, a manifestazioni eclatanti di processi di "compartimentalizzazione" del Sé (Putnam, 1997), come quelli che caratterizzano i disturbi dissociativi di identità. Analizzando la capacità diagnostica della DES-II, gli autori hanno individuato che valori pari o superiori a 30 discriminano al meglio tra i casi che presentano un disturbo dissociativo di interesse psichiatrico (dissociazione strutturale), e quelli che invece, pur potendo presentare alcuni sintomi dissociativi, non hanno comunque un disturbo dissociativo (cioè che non presentano diagnosi di disturbo dissociativo di identità, depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia e fuga dissociativa o DDNAS). Nonostante il dato ottenuto fosse significativo, comunque, la bassa percentuale di varianza spiegata dal modello e l'elevato valore della somma dei residui quadratici mostrava la necessità di analizzare più accuratamente questo risultato. Abbiamo, quindi, effettuato uno studio sulla covariazione della dissociazione e dell'alessitimia, e abbiamo osservato un significativo effetto di interazione tra le due variabili rispetto ai punteggi SOGS ( $F=3,42$ ,  $gdl=3$ ,  $p<0,05$ ;  $\eta^2=0,268$ ). In particolare, la condizione di alessitimia incrementava di molto le medie marginali stimate al SOGS in rapporto alla presenza o meno di dissociazione strutturale (17,4 versus 12,5). Abbiamo, quindi, ritenuto che la bassa percentuale di varianza dei punteggi SOGS spiegata dalle esperienze dissociative patologiche potesse essere meglio approfondita in

base alla presenza o meno di una condizione Alessitimica. Il modello di regressione totale e per sottogruppi che abbiamo sviluppato è mostrato nel **Grafico**.



Come evidenziato da questo *scatterplot*, in cui è mostrata anche la retta di regressione totale e quelle parziali per i sottogruppi Alessitimico e non-Alessitimico (con relativo intervallo di confidenza al 95%), la DES-II di per sé non risulterebbe un'efficace stimatore dei punteggi al SOGS, ma quando utilizziamo come variabile di selezione la condizione Alessitimica conclamata (punteggi alla TAS-20 superiori a 60, ovvero al cut-off individuato dagli autori per la diagnosi di Alessitimia), allora la potenza del modello cresce enormemente ( $R^2$  corretto=0,58,  $F_{1,9} = 14,62$ ,  $p < 0,01$ ;  $Beta = 0,79$ ,  $t = 3,82$ ,  $p < 0,01$ ). *In sintesi, dunque, quando è presente l'Alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operativo, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni Alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano.* Possiamo, quindi, ipotizzare che, quando non sono in grado di autoregolare i propri affetti e di utilizzarli adeguatamente nei contesti interpersonali, i soggetti GAP ricorrono al comportamento dipendente, e che questa condotta sia essa stessa in qualche modo un sintomo dissociativo volto a modulare gli stati affettivi ed allontanare emozioni non elaborabili, avvertite come traumatiche e sopraffacenti. Quando, invece, i soggetti GAP mostrano un minore deficit della regolazione affettiva, la causa del comportamento di dipendenza è da cercare altrove rispetto al funzionamento della dissociazione. *Questo dato ci informa, comunque, che sia la dissociazione (in particolare quella patologica e strutturale) che l'Alessitimia sono variabili importanti per comprendere i meccanismi della dipendenza dal gioco d'azzardo.* Chiaramente, i risultati ottenuti in questo lavoro non possono essere estesi all'intera popolazione dei giocatori d'azzardo patologici, a causa dell'ampiezza e della specificità del campione; ci sembra, tuttavia, che le indicazioni fornite da questo studio, in particolare quelle inerenti all'interazione tra Alessitimia e dissociazione rispetto al grado di severità del gioco d'azzardo compulsivo, siano da approfondire ulteriormente, ed eventualmente da tenere in considerazione per meglio comprendere e trattare i meccanismi psicopatologici che caratterizzano questo disturbo. Tali dati sono tratti da un lavoro su test distribuiti e raccolti da Giuseppe Iraci ed elaborati da Adriano Schimmenti in corso di stampa sul contributo dal titolo **La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico a**

*cura di* Mauro Croce<sup>2</sup>, Francesca Picone<sup>3</sup> e Riccardo Zerbetto<sup>4</sup> nel testo su: "Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche" a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore.

## Bibliografia

- Agus A., (1998), "Il gioco d'azzardo nei soggetti in trattamento con metadone". In: Medicina delle Tossicodipendenze, Italian Journal of the Addiction, 6,1 (18).
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC., Ed. It. (2001), Masson, Milano.
- Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): "The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure". *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32.
- Bergler, E. (1957): "The Psychology of Gambling". Hill and Wang Inc., New York.
- Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993): "An update on the Dissociative Experiences Scale". *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Blaszczynski, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment". *British Journal of Addictions*, 86, 11, 1485-9.
- Blaszczynski, A. (1996): "Is pathological gambling an impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder?" Paper presented at the First International Symposium on Pathological Gambling". Ciutat Sanitaria I Universitaria de Bellvitge, Barcelona, Spain.
- Blaszczynski, A. (2000): " Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling". *The Electronic Journal of Gambling Issues*.
- Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007), "Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA". *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, 1/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1988): "Further validation of the Dissociative Experiences Scale". Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988.
- Clerici, M., Bertolotti Ricotti, P., Malagoli, M. (2000): "Epidemiologia e diagnosi della comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze. Un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali". *I Quaderni di Itaca*, n° 6, pp. 40-55.
- Croce, M., Zerbetto, R.: "Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, la possibilità di intervento". F. Angeli, Milano, 2001.
- D'Andrea, G., Di Cristina, A., Lipari, A., Picone, F., Scardina, S., Spinnato, G. (2004): "La "sostanza" della dipendenza: il gioco d'azzardo e l'approccio sistemico". In: *Personalità/Dipendenze*, Vol. 12, Fasc. II, Settembre 2006, pp. 135-144.
- Gonzalez-Ibanez, A., Pastor, C., Mercadé P.V., Aymami N. (1990): "Un programa de modificación y terapia deconducta para el tratamiento del juego patológico". Libro de ponencias Socidrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales, Barcelona.
- Gonzalez-Ibanez, A., Saldana, C., Jiménez-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.
- 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.
- Kofoed, L., Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997): "Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in videopoker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, pp. 58-60.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003): "Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling". Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers". *Am J Psychiatry*, 1987, 144, pp. 1184-1188.
- Lejoyeux, M., Mc Loughlin, M., Adès, J. (2000): "Epidemiology of Behavioral dependence : literature review and results of original studies". In: *European Psychiatry*, 15 (2): 129.
- Lightsey, O.R., Hulsey, C.D. (2002): "Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students". *J Couns Psychol*; 49:202-211.
- Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): "Alexithymia and pathological gambling". *Psychoterap. Psychosom.*, 63 (3-4):201-6.
- McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): "Pathological Gambling. Reprint from *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*". Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.
- Milesi, A., Clerici, M. (2001): "Gioco d'azzardo, comorbilità e struttura di personalità". In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "Il gioco e l'azzardo". Franco Angeli, Milano.

---

<sup>2</sup> Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore Educazione alla Salute ASL VCO Omegna (VB).

<sup>3</sup> Medico, Psichiatra, Ser.T D.S. 13 ASL 6, Palermo.

<sup>4</sup> Medico, Psichiatra, Direttore del Centro Studi di Terapia della Gestalt, Siena, Presidente ALEA.

Il presente lavoro è stato pensato e progettato congiuntamente. Materialmente Mauro Croce e Francesca Picone hanno redatto dal 1° al 6° paragrafo e l'8 ; Riccardo Zerbetto ha redatto il 7° paragrafo.

Si ringraziano per il contributo alla stesura del 7° paragrafo: Giuseppe Iraci per la raccolta dei test ed Adriano Schimmenti per l'elaborazione degli stessi con le conclusioni.

- Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): "Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers". *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9.
- Scardina S., Lipari A, Picone F. (2006): "Quando i servizi si mettono in gioco. L'Ambulatorio interdistrettuale specialistico per il gioco d'azzardo patologico all'interno di un Ser.T. Relazione presentata al Congr. "A carte scoperte. Prevenire il gioco d'azzardo e le Nuove Dipendenze". Palermo, 9-11 Novembre 2006.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997): "Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness". Cambridge, Cambridge University Press.