



ALEA

Bulletin

Associazione per lo studio del gioco d'azzardo
e dei comportamenti a rischio

XI
1/2023

ALEA è una associazione scientifica senza fini di lucro. La sua missione è studiare e promuovere interventi sul fenomeno del gioco d'azzardo e le sue ricadute personali, familiari e sociali, prima fra tutte lo sviluppo della patologia di dipendenza correlata (Disturbo da Gioco D'azzardo, DGA). Promuove la formazione degli operatori, lo scambio scientifico e la diffusione di una cultura responsabile e prudente in tema di gioco d'azzardo

S O M M A R I O

- 3 **Editoriale**
di A. Fiorin
- 8 **DSM-5 TR: non solo una Text Revision**
di G. Bellio
- 12 **Pane, gioco, e...: il controtransfert in un difficile caso di terapia con un paziente giocatore**
di G. Costanza, F. Picone
- 19 **Il complesso percorso di terapia di una giocatrice all'interno di un Ser.D. ad alta intensità della città di Palermo**
di R. Rundo, F. Picone
- 26 **Nel gioco degli specchi: riflessi di luce per sostare nell'area transizionale estetica e per riemergere dalle acque infernali della dipendenza da gioco d'azzardo**
di C. Guarnieri Bina, F. Picone
- 38 **Storia di G.: la crisi come occasione. Dalla frattura all'apertura a una vita nuova**
di C. Strambi
- 46 **Gli assistenti sociali dei servizi non specialistici e il gioco d'azzardo**
di B. Longoni
- 51 **I ventisette sette**
di S. Leone, R. Moro, M. Urban

Editoriale

Amelia Fiorin
Presidente di ALEA

Questo è il primo numero che esce dopo il decennale. Tra le righe dei vari contributi ospitati in questo numero si possono cogliere delle trasformazioni. Capita molto spesso che i comitati scientifici delle riviste proponano dei cambiamenti, degli approfondimenti, delle rivisitazioni degli itinerari tematici. È ciò che, nell'ultimo biennio il comitato di redazione del Bulletin ha cercato di coltivare e, visto il prodotto finale, mi sembra anche che ci sia riuscito. Sono quindi grata per questo lavoro ai colleghi della redazione.

Leggendo i contributi ho composto un indice che risente del mio senso pratico.

Aprirei la lettura con il contributo di Graziano Bellio che dedica alcune pagine al lavoro di rivisitazione del DSM 5 uscito nel 2013. Un articolo, asciutto, tecnico e importante per le prospettive della nostra associazione. Lo colloco in principio perché offre una cornice di riferimento, punto di congiunzione tra i traguardi diagnostici raggiunti con la pubblicazione del DSM5 e le nuove problematiche in ambito di dipendenze comportamentali. Vado subito

al cuore dell'articolo. L'approfondimento dedicato al Disturbo da Gioco d'Azzardo e al Disturbo da Gioco su Internet ci dovrebbe, da una parte, incuriosire e, dall'altra, confermare ciò che stiamo già vivendo nella vita dei Dipartimenti per le Dipendenze, dove incontriamo diversi giocatori che sono transitati da un gioco d'azzardo fisico a quello online oppure genitori di adolescenti che si affacciano al servizio per segnalare comportamenti problematici legati ai videogiochi o, più in generale, all'uso di Internet.

Due sono le riflessioni che sono scaturite dalla lettura di questo articolo. La prima riguarda l'importanza, per noi clinici, che la comunità scientifica che si raccoglie attorno alla nuova edizione del DSM, con la giusta cautela e l'attesa di "ulteriori studi" e dati epidemiologici, possa comunque anticipare e segnalare che la psicopatologia cambia in funzione anche dei cambiamenti culturali e delle abitudini di vita della comunità. La seconda riflessione è rivolta alla nostra associazione. Tra le righe di questo articolo, si scorge l'invito ad includere nelle prossime iniziative di Alea

tematiche collegate ai cambiamenti che stanno avvenendo: il suggerimento, che faccio anche mio, è quello di aprire un dibattito, una riflessione e in prospettiva anche delle ricerche rispetto a come si sta modificando la richiesta di aiuto dei giocatori d'azzardo.

Seguono quattro articoli pregni di materiale clinico. Tutti gli articoli presentano uno stile narrativo, coinvolgente, caldo, che spinge il lettore ad una vicinanza emotiva con il paziente. Si potrebbe dire che l'abilità e la competenza degli autori è stata quella di descrivere il trattamento rivolto ai giocatori ma, nello stesso tempo, tra le righe di far trasparire la tecnica del trattamento e gli strumenti di lavoro come il transfert ed il controtransfert. Parliamo infatti di storie di vita, di storie traumatiche, parliamo, per citare un noto titolo di un film di "(Il) capitale umano". In questo senso trovo che i singoli contributi, pur rifacendosi ad approcci diversi, vuoi quello sistemico-relazionale, vuoi quello psicoanalitico, vuoi in un'ottica gestaltica o gruppale, sono accomunati dall'attenzione posta nel riscrivere la storia di vita dei giocatori, aiutarli a trovare un significato al sintomo, incontrare il giocatore proprio nel punto di inizio del gioco, per svelare il significato che il gioco d'azzardo ha ricoperto per molti anni (spesso il gioco entra nella mente emozionale del paziente per "risanare il dolore depressivo").

Questi elaborati rappresentano un affondo sulla vita professionale anche dei Dipartimenti per le Dipendenze. Situazioni complesse, situazioni traumatiche, situazioni multiproblematiche, talvolta una diversa dall'altra. La flessibilità dei setting presentati nei contributi, la descrizione della metodologia di presa in carico ed i percorsi descritti rappresentano un precipitato fertile e ricco sedimento di pratiche cliniche che hanno dimostrato la loro utilità.

Altri due aspetti vengono ripresi in questi scritti, restituendo una analisi a tutto tondo dell'assetto terapeutico che richiede il Disturbo da Gioco d'Azzardo. Nello specifico l'importanza degli interventi di monitoraggio economico, ed eventualmente l'attivazione dell'Amministratore di Sostegno, e l'attenzione alla differenza di genere. L'articolo di Claudia Strambi pone l'attenzione sull'importanza di indagare la presenza di un disturbo post-traumatico nella storia del paziente, integrando così gli approcci tradizionali e consueti con la teoria dell'Attaccamento portata avanti in Italia da Liotti.

Per chiudere il cerchio l'articolo di Beatrice Longoni. L'esperienza riportata dall'autrice ci offre sia dei contenuti metodologici sia degli aspetti organizzativi legati al ruolo dell'Assistente Sociale nel trattamento dei giocatori e delle loro famiglie. Se da una parte l'articolo di Bellio ci fornisce una cornice di riferimento

all'interno della quale trovano spazio i contenuti clinici e le storie terapeutiche dei giocatori, a buon diritto, si può considerare il lavoro della collega Longoni un richiamo alla multiprofessionalità degli operatori coinvolti nel percorso di cura delle dipendenze comportamentali.

Approfondisce il ruolo dell'Assistente Sociale sia come "sentinelle professionali", che possono intercettare precocemente le richieste di aiuto economico sottese ad un problema di gioco d'azzardo, sia il ruolo di promotori di stili di vita sani. Tuttavia, l'aspetto che ho trovato estremamente interessante è l'attenzione posta dall'autrice ai processi formativi, cioè alla necessità, ormai irrinunciabile, di programmare dei percorsi formativi sul gioco d'azzardo rivolti alle Istituzioni, agli Ordini dei Professionisti, alla Comunità Locale.

Il nostro Paese ha avuto vicende diverse rispetto ad un impegno politico e amministrativo di sensibilizzazione verso la popolazione generale in tema di Gioco d'Azzardo. Seppur la comunità scientifica, di cui fa parte anche Alea, ha movimentato un discreto dibattito sui rischi di

questa dipendenza, ancora molto c'è da fare e speriamo che il prossimo Osservatorio possa stressare l'ambito della prevenzione e della formazione. Chi si trova ai confini, come potrebbe essere l'Assistente Sociale del piccolo comune, a contatto con le richieste giornaliere di contributi economici, può sentirsi maggiormente sostenuta se ha una preparazione nell'ambito dell'azzardo.

Concludo con un ringraziamento ai colleghi che hanno raccolto l'invito a partecipare attivamente alla stesura di questo numero del Bulletin. L'augurio è di continuare questa collaborazione anche nei prossimi numeri.

Sempre rimanendo in tema di inviti, desideravo condividere con tutti i soci l'emozione provata per l'invito rivolto ad Alea, al ricevimento in occasione della Festa Nazionale della Repubblica. Il 1° giugno il Presidente Mattarella riceve al Quirinale i referenti di alcune Associazioni che si sono distinte per l'impegno sociale e scientifico, tra le quali è inclusa Alea. Questa ricorrenza è ripresa quest'anno dopo la sospensione dovuta alla pandemia.



L'incontro del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, con la Presidente di Alea, Amelia Fiorin



ALEA



Ministero della salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO 6

Ricostituzione *Osservatorio per il contrasto per la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave*, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. o), del DI 30 gennaio 2023.

Con il Decreto del Ministero della salute del 30 gennaio 2023, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato ricostituito l'*Osservatorio per il contrasto per la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave* (di seguito *Osservatorio*);

L'articolo 2, comma 1, lett. o), del DI 30 gennaio 2023 prevede che al predetto *Osservatorio* sono invitati a partecipare anche cinque rappresentanti delle Associazioni maggiormente rappresentative in materia di disturbo da gioco d'azzardo, così ripartiti:

- 1) Un rappresentante di un'associazione scientifica;
- 2) Un rappresentante di un'associazione del terzo settore;
- 3) Un rappresentante di un'associazione rappresentativa delle famiglie;
- 4) Un rappresentante di un'associazione dei consumatori;
- 5) Un rappresentante di un'associazione rappresentativa dei giovani.

Tenuto conto che al fine di individuare le predette Associazioni interessate a far parte dell'*Osservatorio*, selezionate fino a un massimo di cinque, è stato indetto un avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni d'interesse rivolto alle Associazioni rappresentative del mondo scientifico, del terzo settore, delle famiglie, dei consumatori e dei giovani che operano a livello nazionale, che abbiano competenza ed esperienza in materia di disturbo del gioco d'azzardo e che siano in possesso dei seguenti requisiti da comprovare mediante autocertificazione: documentata attività in materia di disturbo del gioco d'azzardo, nonché rappresentatività sul territorio nazionale e dislocazione delle sedi sul territorio stesso;

Considerato che con decreto del Direttore generale della Prevenzione sanitaria pro tempore del 4 aprile 2023, è stato nominato il Gruppo di valutazione incaricato di procedere alla valutazione delle domande pervenute da parte delle Associazioni che hanno manifestato l'interesse a partecipare all'*Osservatorio*;

SI RENDE NOTO CHE

Le Associazioni chiamate a far parte dell'*Osservatorio* sono così individuate:

- 1) Associazione scientifica: ALEA
- 2) associazione del terzo settore: CNCA
- 3) associazione rappresentativa delle famiglie: FICT

IL DIRETTORE GENERALE

Francesco Vaia

Firmato
digitalmente da

Francesco Vaia

CN = Vaia Francesco
C = IT

Il dirigente: Maria Assunta Gianuni
Il funzionario estensore: Sarah Caputo

Siamo lieti di comunicare che il Ministero della Salute ha accettato la candidatura di Alea in rappresentanza delle Associazioni scientifiche nella ricostituzione dell'*Osservatorio per il contrasto per la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave*.

Il past president, Maurizio Fiasco, continuerà a portare all'*Osservatorio* il contributo di Alea sulle implicazioni sociali e sanitarie delle politiche istituzionali su gambling e analoghi comportamenti a rischio.

Con il Bulletin vi terremo informati sulla prosecuzione dell'attività dell'associazione in seno all'*Osservatorio*, avviata fin dalla costituzione di tale organismo e descritta negli articoli dei soci Fiasco e Casciani del numero 2/2022, ai quali vi rinviamo per un approfondimento.

DSM-5 TR:

non solo una Text Revision

Graziano Bellio
Psichiatra psicoterapeuta

Il nuovo DSM-5-TR

Nel marzo 2022, a distanza di 9 anni dalla pubblicazione della sua quinta edizione (APA, 2013), l'American Psychiatric Association ha dato alle stampe il nuovo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, versione Text Revision, DSM-5 TR (APA, 2022a). I lavori di revisione del testo sono partiti nel 2019 e hanno coinvolto più di 200 esperti nei diversi settori delle patologie psichiatriche (APA, 2022b). Il risultato finale di questo enorme lavoro non si è limitato ad un "semplice" aggiornamento del testo descrittivo dei singoli disturbi mentali, ma è andato a toccare ulteriori aspetti del Manuale, in ciò differenziandosi dall'analoga edizione TR del vecchio DSM-IV.

Più specificamente, i cambiamenti apportati riguardano:

- aggiunta di nuove entità diagnostiche;
- modificazioni nella formulazione di diversi criteri diagnostici e specificazioni;
- aggiornamento della terminologia;
- revisione e aggiornamento del testo.

Nuove entità diagnostiche. Una nuova entità diagnostica è stata aggiunta: il *Disturbo da*

Lutto Persistente, precedentemente inserito nel capitolo provvisorio delle "condizioni che richiedono ulteriori studi". Inoltre sono stati aggiunti il *Disturbo Neurocognitivo Lieve Indotto da Stimolanti*, che va a integrarsi ad altri disturbi neurocognitivi indotti da altre sostanze, e il *Disturbo dell'Umore non Specificato*.

Il DSM-5 TR inoltre consente di codificare in modo autonomo, indipendentemente da altre diagnosi psichiatriche, sia i comportamenti suicidari che l'autolesionismo non suicidaio: ciò al fine di evidenziare adeguatamente e meglio documentare questi comportamenti cruciali. Essi non vengono considerati dei disturbi mentali propriamente detti, essendo tuttora ricompresi tra le "condizioni che richiedono ulteriori studi".

Modifiche di criteri diagnostici e specificazioni. Più di 70 disturbi hanno visto modifiche ai criteri diagnostici. Si tratta tuttavia di modifiche minori miranti a chiarire meglio i criteri stessi, eliminando ambiguità, contraddizioni ed errori. L'impianto fondamentale dei criteri diagnostici resta pertanto quello del DSM-5 e ci si può continuare a riferire ad essi come "criteri diagnostici del DSM-5".

Un esempio di revisione dei criteri diagnostici lo possiamo trovare nel Disturbo dello Spettro Autistico, laddove la precedente formulazione del criterio A, “...come manifestato dai seguenti fattori” viene modificata in “...come manifestato da tutti i seguenti fattori”.

Aggiornamento della terminologia. Alcuni termini sono stati modificati per aggiornarli alle attuali conoscenze scientifiche e all’uso corrente. Farmaci neurolettici sono così diventati farmaci antipsicotici; la disabilità intellettiva è stata modificata in disturbo dello sviluppo intellettivo; il disturbo di conversione è stato rinominato come sindrome neurologica funzionale.

Revisione del testo. Il testo del manuale ha subito una attenta revisione allo scopo di aggiornarlo alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche. In aggiunta, tutto il testo è stato sottoposto anche ad un riesame che ha tenuto in debito conto sia gli aspetti culturali che l’effetto della discriminazione sociale di gruppi o categorie di soggetti, soprattutto su base razziale e di genere. A tal fine era stato costituito uno specifico gruppo di lavoro su equità etnorazziale e inclusività. Molta attenzione è stata quindi posta nel rivedere nel testo tutte quelle espressioni che potevano essere interpretate come stigmatizzanti, discriminatorie, o che avevano l’effetto di perpetuare stereotipi culturali. Quindi, sono stati modificate espressioni e termini come “non bianchi”, “minoranza”, “caucasico”. Sono state infine incluse, laddove disponibili in

letteratura, informazioni, dati epidemiologici e differenti espressioni sintomatologiche osservate in gruppi etnici differenti. È interessante sottolineare anche l’ampliamento del capitolo dedicato alle forme di espressione del disagio su base culturale, che include ora anche il noto quadro di isolamento sociale dell’Hikikomori.

Ci soffermeremo ora sui cambiamenti apportati ai paragrafi dedicati al Disturbo da Gioco d’Azzardo e al Disturbo da Gioco su Internet.

Il Disturbo da Gioco d’Azzardo nel DSM-5-TR

I criteri diagnostici e le specificazioni di decorso, remissione e gravità del Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) restano del tutto immutati. Esso rimane l’unico disturbo di dipendenza comportamentale con sufficienti e convincenti evidenze tali da giustificare l’inserimento nel capitolo delle addiction. Sono state comunque apportate alcune modifiche al testo, frutto delle conoscenze accumulate negli ultimi anni: ad esempio vengono ritoccate le note relative alla comorbilità psichiatrica. I dati di prevalenza lifetime in alcune etnie statunitensi vengono sostituiti con i valori della prevalenza nei 12 mesi, come riflesso del cambiamento operato dal DSM-5 che nel 2013 aveva introdotto il criterio temporale dei 12 mesi necessario per la diagnosi di DGA.

La revisione inoltre sottolinea la sempre maggiore importanza del gioco d’azzardo online come attrattore delle nuove generazioni, evidenziando la tendenza alla convergenza

tecnologica con il gaming grazie ad alcuni meccanismi introdotti nei videogiochi, primi fra tutti le loot box. Questi meccanismi potrebbero influenzare il decorso di un eventuale DGA concomitante. Viene esplicitata la rilevanza del Disturbo da Deficit d'Attenzione e Iperattività, ma anche della psicopatologia in generale, come fattore di rischio per l'esordio e il mantenimento del DGA.

Coerentemente con le premesse metodologiche alla revisione del testo, vengono maggiormente dettagliati i paragrafi relativi agli aspetti culturali, etnorazziali e legati al genere. La novità più rilevante apportata dall'edizione TR, rispetto al precedente DSM-5, riguarda la associazione del gioco eccessivo con il morbo di Parkinson. Infatti, il DSM-5 del 2013 affermava che la diagnosi di DGA non andava fatta nel caso in cui i comportamenti problematici di gioco d'azzardo fossero collegati all'uso di farmaci dopaminergici. Al contrario, l'edizione TR ribadisce più volte che la diagnosi di DGA deve essere garantita nel caso in cui il paziente parkinsoniano in trattamento manifesti i criteri sufficienti.

Il Disturbo da Gioco su Internet nel DSM-5 TR

Il Disturbo da Gioco (videogioco, gaming) su Internet (DGI) rimane nella sezione III, ovvero nel capitolo dedicato alle “condizioni che necessitano di ulteriori studi”. Nonostante il testo venga ampiamente riveduto e rimaneggiato, segno delle sempre più numerose ricerche dedicate a questo fenomeno,

non si è ritenuto di aver raggiunto la soglia critica di evidenze necessarie al suo ingresso ufficiale nella classificazione nosografica del DSM, al contrario di quanto invece avvenuto nell'ICD-11.

Non è un mistero che attorno al DGI (o Gaming Disorder) siano in corso accese discussioni tra gli esperti (Bellio, 2022), sia relativamente alle sue principali caratteristiche cliniche sulle quali costruire un sistema di criteri diagnostici condivisi, sia sulla opportunità o meno di inserire ufficialmente il fenomeno nella classificazione dei disturbi mentali. Gli stessi DSM-5 e DSM-5 TR dedicano ampio spazio a questo dibattito, puntualizzando come ancora manchino molti dati per fare chiarezza non solamente sulla sua rilevanza clinica, ma anche su quale collocazione, nell'ambito della classificazione dei disturbi mentali, sarebbe più corretta.

Comunque, il set di criteri diagnostici non è stato oggetto di alcuna revisione, rimanendo quindi immutato nella sostanza e nella forma. Molti esperti concordano nel ritenere che alcuni criteri DSM-5 siano poco rilevanti ai fini della diagnosi (Castro-Calvo, King, Stein, et al., 2021). Pertanto, anche se sarebbe stato lecito aspettarsene una riscrittura, forse ciò sarebbe andato contro l'impostazione generale del lavoro di revisione del testo.

Anche il DSM-5 TR, come il precedente DSM-5, ribadisce che, nonostante il disturbo sia riferito all'attività ludica su Internet, esso ricomprende anche i videogiochi offline. Vengono ampliate le parti dedicate alla

epidemiologia, ai fattori legati al genere, ai dati epidemiologici. Infine, viene introdotto un ampio paragrafo dedicato al rischio suicidario.

Osservazioni conclusive

A distanza di nove anni dalla precedente edizione, indubbiamente era arrivato il momento di un aggiornamento del Manuale. Approntare una nuova edizione del DSM rappresenta uno sforzo organizzativo notevolissimo che prevede l'attivazione di molteplici gruppi di lavoro tematici e di coordinamenti a più livelli. Oltre allo sforzo organizzativo, va aggiunto lo sforzo editoriale per giungere a un prodotto omogeneo nella struttura, nei contenuti e nella grafica.

A proposito della veste grafica, il DSM-5 TR, almeno nella versione originale americana, è senza alcun dubbio molto più curato del precedente che, a mio giudizio, era piuttosto brutto a vedersi e disagiata da usarsi. La stampa a due colori della TR ne facilita e rende piacevole l'uso. È auspicabile che la versione italiana, la cui uscita sta avvenendo in parallelo alla stesura di questa presentazione, riproduca la medesima veste grafica. Ci si augura, inoltre, che certe traduzioni poco felici della precedente edizione vengano riviste e corrette.

Bibliografia

- APA - American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Trad. ital., Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.
- APA - American Psychiatric Association (2022a). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Text Revision.* American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Trad. ital., Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione Text Revision, DSM-5-TR. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023.
- APA - American Psychiatric Association (2022b). *From Planning to Publication: Developing DSM-5-TR.*
<https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-FromPlanningtoPublication.pdf>. Verificato il 06.04.2023.
- Bellio G. (2022). Il disturbo da videogioco nel nuovo IDC-11. *Alea Bulletin*, X/1:(28-32).
- Castro-Calvo, J., King, D. L., Stein, D. J., et al. (2021). Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: an international Delphi study. *Addiction*, 116(9), 2463–2475.
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases - Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva.
<https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>. Verificato il 06.04.2023.

Pane, gioco, e...: il controtransfert in un difficile caso di terapia con un paziente giocatore

Costanza Giuseppe *, Picone Francesca **

*Psicologo - psicoterapeuta – Ser.D. Montelepre

**Psichiatra, Direttore UOC MDSM9, Resp. Scientifico Progetto: “Una scommessa su di noi: interventi di prevenzione e percorsi di cura GAP e delle dipendenze patologiche delle nuove tecnologie”

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA - ASP Palermo

Abstract

Verrà presentato il lavoro clinico con un paziente giocatore, il cui mestiere è quello di panettiere, che si snoderà attraverso il significato di perverso nutrimento salvifico attribuito al “gioco” e la sua progressiva rielaborazione. Tale esperienza clinica sarà nelle sue tappe particolarmente complessa in quanto attuata all'interno di un setting di un servizio pubblico e prevederà il coinvolgimento attivo della moglie e della madre del paziente. Inoltre, nel corso del lavoro, emergerà il controtransfert del terapeuta, padre di due bambini e orfano di padre sin da piccolo, come in fondo lo sono i figli del paziente: questo elemento emozionale riuscirà ad agganciarsi a certe risonanze di figlio/padre del terapeuta nella sua funzione terapeutica, permettendo

nel paziente la trasformazione del significato del gioco e il recupero del suo ruolo affettivo e “nutritivo” di padre.

Primo contatto e prime ipotesi di lavoro

Il primo contatto avviene telefonicamente, la chiamata arriva al Ser.D dalla moglie di Tommaso¹ per il quale chiede un intervento terapeutico. La signora si presenta, racconta una lunga storia di giocatore patologico del marito, che lei è arrivata al limite di sopportazione e sta pensando seriamente di lasciarlo e cacciarlo da casa: lui gioca d'azzardo da circa 10 anni ma la scoperta, con relativa *flagranza di colpa* del marito, è avvenuta da circa un anno. Quella che doveva essere una “semplice” chiamata per fissare un appuntamento diventa in realtà un vero e proprio colloquio.

¹ Nome di fantasia

La signora premette di non sapere perché abbia deciso di chiamare e chiedere aiuto, crede poco nella possibilità che il marito possa davvero essere aiutato, soprattutto perché ripone pochissime speranze nella reale motivazione al cambiamento di quest'ultimo. Le prime ipotesi di lavoro riguardano la necessità di valutare il reale livello motivazionale del paziente, tratteggiando la linea di confine che c'è tra il suo reale bisogno di aiuto e consapevolezza del problema, e la forte paura di perdere realmente tutta la sua famiglia.

Il primo incontro, anamnesi, stili di vita, relazioni significative

Il giorno dell'appuntamento si presenta Tommaso, accompagnato dai suoi genitori e dalla moglie; per motivi di spazi e protocolli anti-Covid, non è possibile in questo primo incontro riceverli tutti insieme, e quindi entrano il paziente e la moglie. Gli stati d'animo sono molto diversi: Tommaso appare scocciato e molto chiuso, sembra propenso a rimanere sullo sfondo rispetto a quello che sta accadendo attorno a lui, di contro la moglie con gli occhi lucidi, prende subito la parola, è molto tesa, ribadisce di non sapere perché sia venuta, poiché per lei il marito ormai è irrecuperabile come il loro rapporto e mette subito le mani avanti dicendo che anche se il marito cominciasse un percorso, lei se ne tirerebbe fuori delegando tutto ai suoi suoceri perché ormai è finita. Il marito, sguardo basso, sembra impassibile e alla domanda di raccontare che effetto gli fanno le parole della moglie, dopo un primo momento di

silenzio misto a fastidio, risponde di capire adesso quanto male abbia fatto alla sua famiglia, definendosi un poveretto che è stato vittima delle difficoltà della vita e che nel tentativo di aiutare la sua famiglia ha fatto delle scelte sbagliate. La moglie ha uno sfogo di rabbia, senza mai guardarlo in faccia, gli vomita addosso tutte le bugie dette e quanti soldi ha tolto a lei e ai suoi figli in questi anni portandoli a dover chiedere aiuto ai loro genitori. Tommaso, impietrito, è incapace di ribattere e cerca di alleggerire la sua situazione parlando di un racconto da parte della moglie un po' esagerato seppur fondato su eventi realmente accaduti. Tommaso è padre di due bambini di 12 e 8 anni; sta con la moglie da quando entrambi erano quindicenni, fidanzati prima, sposati poi poco più che ventenni. *Prime riflessioni della mente di un terapeuta al lavoro:*

La sensazione suscitata in questo primo colloquio è quella di una famiglia che è stata dilaniata dal gioco d'azzardo, una moglie distrutta e totalmente delusa dall'aver scoperto un uomo che è diventato totalmente diverso da quello di cui si era innamorata all'età di 15 anni e con il quale, nonostante tutto, continua a stare e da qualche parte, forse dentro di sé, in cui continua a credere. Dall'altra parte c'è Tommaso che ammette la sua dipendenza, ma che ancora non si rende conto fino in fondo di tutto il male fatto alla moglie e ai suoi piccoli figli. C'è un enorme quota di rabbia e aggressività nella moglie, ma anche tanta confusione tra i due, che

rende entrambi poco netti nella messa a fuoco della situazione.

Continuando il colloquio, Tommaso racconta di essere un panettiere che lavora circa 12 ore al giorno prettamente di notte e di aver cominciato a giocare, quando si sono trasferiti in Toscana per lavoro: lui lavorava in un laboratorio industriale con orari, a suo dire, disumani e con ritmi alienanti. I soldi non erano mai del tutto sufficienti e lui non era riuscito a legare con nessuno, vivendo male la nuova realtà lavorativa e l'ambiente in generale; li scatta "la scintilla" del gioco che comincia a procurargli sempre più momenti di adrenalina ed eccitazione, soprattutto dopo quella grossa vincita che gli diede l'illusione di poter cambiare la sua situazione familiare, ma chiaramente si stava sbagliando. Durante il racconto quasi remissivo di Tommaso, la moglie comincia, pur rimanendo con un atteggiamento distaccato, ad allentare la sua agitazione, mettendosi quasi in una posizione di ascolto come se ascoltasse una storia che conosce, ma raccontata con un coinvolgimento emotivo a lei sconosciuto.

La forte emotività espressa ed il diverso coinvolgimento emotivo mostrato durante il racconto di Tommaso fa riflettere sul significato da attribuire al "gioco" vissuto probabilmente come tentativo di riscatto e strada per "regalare" alla sua famiglia quel benessere tanto ricercato, ma ad oggi mai realizzato. Ovviamente questa era la molla di partenza, poi per ammissione stessa di Tommaso, l'eccitazione al gioco veniva fuori a prescindere

dalle eventuali vincite, che quasi passavano in secondo piano rispetto al voler giocare, verosimilmente solo per sentirsi vivo.

Nel corso del colloquio, la moglie continuerà ad attaccare Tommaso con tanta rabbia e quest'ultimo incasserà tutti gli attacchi senza neanche provare a ribattere; sembra che Tommaso abbia un po' messo da parte le flebili difese messe in atto all'inizio per accettare, quasi comprendendo, il diritto della moglie di attaccarlo e demolirlo, davanti al terapeuta.

Il difficile colloquio si avvia alla conclusione tirando le fila e il terapeuta precisa che per poter iniziare un percorso terapeutico è fondamentale la motivazione di Tommaso ad affrontare tale percorso con tutte le difficoltà che ciò comporterà, ma viene fatto presente alla moglie come sia fondamentale avere un riscontro ed un alleato fondamentale in lei per poter lavorare insieme verso un'attività sinergica di controllo e di cura. La moglie a parole se ne tira subito fuori, sostenendo di non volerne sapere più niente del paziente, demanda subito questo compito ai suoi suoceri, persone per bene e delle quali si fida poiché consapevoli delle *colpe e della malattia* del figlio. Chiaramente risulta impossibile imporre una scelta alla signora, ma si cerca di tirarla dentro, spiegandole che al di là della cura di Tommaso, ha tutto l'interesse affinché lui mantenga gli impegni presi, a cominciare dal prossimo stipendio che riceverà, dato che si è impegnato a darlo per intero nelle mani della moglie senza chiedere un centesimo, al di là di qualche spicchio per pagarsi il

carburante e le sigarette. Questo dello stipendio è un passaggio cruciale per agganciare anche la moglie in un processo di cura di Tommaso, poiché negli ultimi anni è stata proprio tale paga ad essere sottratta alla famiglia e poiché si è sempre fatto canalizzare gli emolumenti in una carta prepagata, carta tramite la quale dilapidava i soldi per il gioco, portando a casa ben poco.

Osservando ed ascoltando la dinamica di coppia, il terapeuta riflette sul fatto che, da una parte, di Tommaso arriva forte la sua fragilità emotiva: sentendo tutta la rabbia e disperazione della moglie, il suo flebile atteggiamento difensivo, all'inizio messo in atto, si è sgretolato sotto i colpi della sua coscienza che, al di là di tutto, sia ancora tangibile e raggiungibile e sulla quale bisognerà lavorare e fare leva per aiutarlo a districarsi dalle sue difficoltà. Dall'altra parte, c'è una moglie totalmente devastata da anni di menzogne ad opera del paziente, molto confusa e che dà l'impressione di non avere preso in realtà una decisione così netta rispetto alla separazione definitiva dal marito.

A questo punto del colloquio, la moglie chiede di uscire poiché ritiene di aver esaurito il suo "compito", anzi è stupita di essere rimasta così tanto poiché, nelle sue intenzioni, c'era quella di fermarsi ben poco e di lasciare solo il marito. Le viene rimandato che in realtà il tempo che si è preso forse è stato utile anche a lei. Tommaso rimane solo con il terapeuta: sembra molto colpito da tutto quello che si è detto e con capo chino

ripete quasi ossessivamente che vuole rimediare a tutto il male che ha fatto alla sua famiglia, famiglia che vuole riprendersi in pieno, moglie compresa.

Altri elementi utili alla comprensione del contesto

Il livello di scolarizzazione di Tommaso e della moglie è medio basso; il paziente non ha completato le scuole superiori cominciando presto a lavorare; inoltre, le famiglie di origine sono una presenza quasi eccessiva, in particolare, la madre di lui ha un rapporto ancora quasi simbiotico con il figlio insinuandosi inevitabilmente nelle dinamiche di coppia.

Intervento

Basi teoriche e metodologiche

In un'ottica gestaltica, l'esperienza della dipendenza è una sorta di rifugio dalla novità, dal contatto con il "campo attuale" ed è il desiderio che si ripeta una esperienza precedente, il campo come era. È una Gestalt fissa ed in quanto tale genera una componente di delusione, poiché è come se il paziente percepisse qualcosa che in realtà non è veramente presente.

Da un punto di vista metodologico il processo terapeutico tenderà a far provare cose nuove al paziente, spingendolo a diventare più creativo e a sperimentarsi nel soddisfare i propri bisogni in maniera nuova.

Sviluppare la capacità di entrare più in contatto con il proprio corpo e coi sensi per avere informazioni su come entrare in contatto con l'ambiente in maniera diversa. Ampliare le

proprie abilità nel riconoscere e apprezzare la propria esperienza di sé ed entrare in relazione con l'altro. Assumersi le proprie responsabilità rispetto alla propria esperienza, incluse le scelte che il paziente fa e le conseguenze naturali di tali scelte.

Obiettivi terapeutici:

Gli obiettivi terapeutici guardano, intanto, al breve termine: il paziente è quasi del tutto arrivato a varcare quella sottile linea di confine che c'è tra il rimanere totalmente fuori dalla sua famiglia ed il restarci aggrappato con tutte le sue forze. La priorità è interrompere il comportamento di gioco d'azzardo, bloccando l'emorragia economica-affettiva che ciò ha provocato, provare a non far perdere del tutto a Tommaso il suo ruolo genitoriale e lavorare per recuperare un minimo di credibilità agli occhi della moglie che, seppur avviata ad una separazione, è chiaramente ancora legata affettivamente al marito.

Si è cercato di lavorare sul livello motivazionale di Tommaso, innanzitutto andando ad esplorare le risorse presenti e valorizzandole per metterle al servizio di un percorso di reale cambiamento. I passi successivi nel lungo termine sono stati legati all'eventuale riuscita di questa prima fase e consisteranno poi in un lavoro terapeutico improntato alla riduzione del danno che, anziché puntare alla totale astinenza dal gioco e quindi dall'elemento di dipendenza, cercherà di puntare ad un processo graduale di interiorizzazione delle istanze di autocontrollo, anche al prezzo di possibili ricadute, poiché puntare ad una

totale astinenza, di fronte ad una possibile futura ricaduta, potrebbe far cadere nella logica autopunitiva di azzerare il lavoro fatto. Per veicolare tutto ciò si è cercato al contempo di comprendere bene il campo all'interno del quale si muove Tommaso, per poter intervenire deliberatamente e strategicamente, per dare sostegno al campo stesso, mentre si lavora in modo da ampliare la gamma di atteggiamenti, orizzonti e mondi che il paziente conosce e mette in atto, al fine di fornire le risorse necessarie al cambiamento.

Passaggi significativi:

Il primo passaggio è stato quello della gestione economica che è passata totalmente nelle mani della moglie, cominciando dal blocco delle carte prepagate, usate dal paziente sia per le giocate online che per gli acquisti fisici, cosa che Tommaso inizialmente ha accettato con non poca ambivalenza. Successivamente è stata creata una nuova carta, dove è stato canalizzato per intero lo stipendio ad uso esclusivo della moglie, la quale ha avuto la gestione economica completa, garantendo al paziente l'essenziale per i bisogni quotidiani utili per poter andare a lavorare e gestire le spese correnti, tutte documentate dalle ricevute e dagli scontrini fiscali. Sono state eliminate tutte le applicazioni riconducibili a giochi online anche non a pagamento. È stato necessario coinvolgere anche la madre del paziente, presso la quale in questa fase si è deciso che Tommaso andasse a vivere, e che si è interfacciata nel corso di 8 mesi con il terapeuta nel controllo del

comportamento del figlio. Successivamente è diventato importante lavorare con il paziente sulla valutazione realistica circa il proprio percorso, lavorando sull'acquisizione di quote crescenti di “soggettività” e responsabilità, anche a prezzo di percorsi di consapevolezza talvolta dolorosi, per promuovere un processo maturativo attualmente deficitario.

Difficoltà o problemi emersi

Ritornato in Sicilia, dopo alcuni anni, trova lavoro sempre da panificatore, ma ormai quella delle scommesse è diventata una valanga incontrollabile. Il disadattamento sociale palesato dal paziente in Toscana prima, ma in parte anche in Sicilia, dopo il loro ritorno, pone forte l'accento sul significato che ha ormai acquisito il gioco nella sua vita. La difficoltà più grossa diventa quindi andare a scalfire il valore simbolico di riscatto economico e sociale che viene erroneamente dato al gioco d'azzardo. Il problema diviene anche andare ad indagare il significato attribuito al “gioco” e il suo reale peso.

Inizialmente il “gioco” veniva vissuto da Tommaso come un tentativo di riscatto, come scorciatoia per assicurare a Sé e alla propria famiglia quel benessere ossessivamente ricercato, ma mai ottenuto.

Lentamente si è insinuata in lui la dipendenza da quella eccitazione che gli dava il solo pensiero di giocare, a prescindere dalle eventuali vincite, che passavano quindi quasi in secondo piano rispetto all'ebbrezza di “sentirsi vivo” attraverso la scommessa ed il sapore del rischio.

Riflessioni conclusive della mente di un terapeuta al lavoro

Pane, gioco, e...: Più volte, nel corso del lavoro terapeutico con Tommaso, nella mente del terapeuta è comparso il titolo del film *Pane, amore e fantasia* di L. Comencini, film del 1953; alla ricerca del perché di questa personale fantasia del terapeuta, è apparso improvvisamente chiaro che la storia del film, ambientato nel dopoguerra, è una storia di speranza e di rinascita, di un Paese che, dopo aver vissuto cupezza e tragedie, desidera distaccarsi da una realtà che perfetta non è e non è mai stata. Il film esprime, quindi, la voglia di prendersi una pausa dalla crudezza del vero, per poter ricominciare a sognare quel mondo idilliaco che può esistere solo nella finzione. Il rimando è proprio attinente alla vita di Tommaso, che preferisce vivere nel mondo illusorio del giocatore e sognare per sé e per la sua famiglia una vita diversa, prendendosi nell'esperienza della giocata quella pausa dalla vita reale, pesante e di sacrifici, propria del panettiere. Inoltre, nel corso del lavoro terapeutico, nella mente del terapeuta, è comparsa la connessione tra il mestiere di chi fa il pane, alimento nutritivo per eccellenza sul piano simbolico e il significato di perverso nutrimento salvifico attribuito al “gioco” da Tommaso. In un saggio intitolato *La figura del giocatore in Dostoevskij: analisi storico-psicologica di un caso esemplare*, scrive Mauro Fornaro, riferendosi al significato del comportamento compulsivo: “Nel gioco trovava soddisfazione, un piacere trasgressivo e, simultaneamente,

nell'umiliazione di perdere tutto fino a ridursi letteralmente alla fame – una forma di autopunizione – trovava soddisfazione il senso di colpa per quella trasgressione” (p. 215).

La progressiva rielaborazione di questa dinamica di nutrimento perverso, che ha rappresentato per Tommaso il gioco, è stata possibile grazie ad un lento e impercettibile vissuto della coppia terapeutica per cui si è aperta la dimensione del *syn-ballein*², e quindi del simbolo, verso la speranza e la rinascita, proprio come nel film di Comencini. Nel corso del lavoro terapeutico, è inoltre, emerso il controtransfert del terapeuta, padre di due bambini e orfano di padre sin da piccolo, come lo sono stati in fondo anche i figli del paziente: questo elemento emozionale riuscendo ad agganciarsi a certe risonanze di figlio/padre del terapeuta nella sua funzione terapeutica, ha permesso nel paziente, su un altro versante, la trasformazione del significato del gioco e il recupero del suo ruolo affettivo e “nutritivo” di padre, per ritrovare infine la trama della propria vita e mettersi in sintonia con essa.

Bibliografia

Fornaro, M. La figura del giocatore in Dostoevskij: analisi storico-psicologica di un caso esemplare, in AA. VV., *Psicoterapie e scienze umane*, a. XXXVIII, n.2, Roma, Bolzoni, 2004, pp. 211-221

² il verbo greco *syn-ballein* significa unire, armonizzare, mettere insieme. Da *syn-ballein* deriva il termine "simbolo" che nel linguaggio comune è inteso come

una immagine che ci riconduce, che ci unisce ad una realtà più grande.

Il complesso percorso di terapia di una giocatrice all'interno di un Ser.D. ad alta intensità della città di Palermo

Rundo Rosario*, Picone Francesca **

*Psicologo - psicoterapeuta - SerD.Pa1

** Psichiatra Direttore UOC MDSM9, Resp. Scientifico Progetto: “Una scommessa su di noi: interventi di prevenzione e percorsi di cura GAP e delle dipendenze patologiche delle nuove tecnologie”

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA -ASP Palermo

Abstract

Verrà presentato un caso clinico, dall'accoglienza alle dimissioni, e quindi, nel suo complesso, il percorso terapeutico del giocatore e/o dei familiari ed il sistema di cura adottato per i giocatori d'azzardo, all'interno dell'organizzazione di uno dei Ser.D ad alta intensità della città di Palermo. Nel caso specifico si illustra la storia di una donna con disturbo da gioco d'azzardo, la richiesta d'aiuto, la valutazione dell'equipe multidisciplinare e la proposta di trattamento basato prevalentemente sulla psicoterapia.

Vengono descritti i momenti più significativi e critici del percorso clinico, quali la consapevolezza della malattia, le distorsioni cognitive e le “credenze”, la gestione economica personale. Ciò che caratterizza la donna è l'intolleranza alla frustrazione, il desiderio di

fuga, la dipendenza da persone e cose, e l'immaturità emotiva. La terapia ha consentito di costituire uno spazio in cui è stato possibile recuperare il significato della propria storia, l'insieme delle proprie relazioni, delle proprie appartenenze, configurandosi dunque come un luogo di trasformazione di quelle modalità relazionali che generavano una grave sofferenza psichica e sostenevano il desiderio compulsivo di rivolgersi verso il gioco d'azzardo. Viene infine aperta una riflessione rispetto alla conclusione della terapia, ai criteri per le dimissioni e ai rischi di drop-out dei giocatori d'azzardo, che costituiscono una sfida aperta.

Anna³ è una donna di 46 anni, architetto, che vive in casa insieme al fratello e ai genitori anziani. Si presenta al nostro ambulatorio GAP, all'interno di un Ser.D ad alta intensità della città di Palermo, il giorno 5 del mese di settembre, appena 24 h ore dopo aver ritirato alla posta e giocato la pensione sociale del padre. Chiede di poter essere aiutata a smettere di giocare, ad interrompere ciò che dopo alcuni mesi chiamerà il suo "rituale magico". ... *"Appena ho una piccola disponibilità economica, mi reco nella mia tabaccheria preferita e inizio a puntare i miei numeri al 10elotto. Stabilisco un tetto, che non riesco mai a rispettare, allora in preda all'ansia, dopo aver perso alcune centinaia di euro, passo ai gratta e vinci per cercare di recuperare il denaro perso... così fino alla fine dei soldi a mia disposizione, della pensione di papà o del pagamento di un cliente... soldi con cui avrei dovuto affrontare le spese mediche o semplicemente le necessità familiari"*.

Riferisce che le condotte di gioco d'azzardo sarebbero esordite 10 anni prima, accompagnando uno zio affetto, a suo dire, da GAP e che sarebbero andate incontro ad una graduale ingravescenza, in concomitanza di alcune difficoltà lavorative e con l'emergere di problemi di salute personali. Solo dopo alcune settimane Anna riuscirà a fare chiarezza su questo punto. In realtà il primo giocatore che ha frequentato è il padre, con il quale

tutta la famiglia ha ingaggiato una lotta per contenere le continue richieste di denaro e di gestione "autonoma" della pensione. Quando erano ancora adolescenti il padre decise di vendere la propria attività commerciale in attesa del pensionamento, che ottenne solo molti anni dopo e che aggravò la condizione economica della famiglia, costringendo i figli ad andare a lavorare per contribuire, come spesso ricordava a tutti, alle spese di *"vitto, alloggio ...e stiratura"*. Anna adolescente, a quel tempo si appoggiò emotivamente e concretamente agli zii materni, che gestivano un panificio. Li aiutava nel lavoro, nella contabilità e in cambio riceveva degli spazi dove poter crescere serena, studiare e condurre la sua vita da adolescente.

... *"Ad un certo punto mio padre smise di lavorare, si mise comodo nella sua poltrona, iniziando a raccontare a tutti quanto fosse sfortunato, quanto male avesse ricevuto dalla vita e chiedendo a noi di lavorare per mantenere la famiglia. Mio fratello, spesso completava lavori che venivano offerti a mio padre, ma che però lui non riusciva a portare avanti; lavori che mio fratello odiava, perché lui è un bravo idraulico, ma non poteva far sfigurare il padre e la famiglia di fronte a chi veniva a darci un'opportunità. Da molto tempo mio fratello soffre di attacchi di panico e ansia. Io mi rifugiai da quegli zii, che per anni ho considerato molto più sicuri della mia famiglia, poi mio zio, a causa del*

3 Nome di fantasia

gioco, iniziò a indebitarsi e, non so bene come, iniziarono problemi e conflitti anche con loro, e ad un certo punto mi ritrovai a vivere di nuovo a casa, con quel dittatore di mio padre.”

Dalla valutazione psichiatrica emerge condizione psicopatologica caratterizzata da ansietà a prevalente espressione somatoforme, alterazioni dell'umore di tipo disforico con facile irritabilità nel periodo perimenzstruale e polarizzazione dei contenuti ideici su temi ipocondriaci, per i quali ha più volte fatto accesso al PS (con diagnosi di dimissione di “iperemia faringo-laringea o di vertigini”). Riferisce l'emergenza nel periodo pre- e post-menzstruale di sintomatologia caratterizzata da rinite, algie intestinali, dispepsia con eruttazioni e gastrite con reflusso.

Il profilo psicodiagnostico di Anna (ottenuto dalla somministrazione dei test Rorschach e WAIS) evidenzia uno stile cognitivo segnato da un'inibizione dei processi ideici. Tale inibizione, di probabile origine affettiva, determina una rigidità conformistica e stereotipata dei processi associativi e di pensiero. La rigidità cognitiva appare legata alla necessità di un ancoraggio alla realtà esterna, al fine di sfuggire al contatto col proprio mondo affettivo. Ciò sembra esprimere una necessità di controllo attraverso meccanismi di distanziamento e difese cognitive (razionalizzazioni, intellettualizzazioni). Il controllo intellettuale, seppur desiderato e ricercato, appare, tuttavia, incostante ed ansioso.

L'affettività risulta immatura e coartata, segnata da difficoltà ad instaurare modalità affettive adeguate nelle relazioni interpersonali: l'inibizione delle proprie emozioni sembra determinare nei rapporti interpersonali una mancanza di contatto emotivo. Tali sentimenti sembrano sostenuti da un senso di sé inadeguato e da una eccessiva sensibilità alle sollecitazioni ambientali e relazionali che esita nella necessità di mascherare i propri bisogni e desideri e di ridurre, qualitativamente o quantitativamente, le relazioni interpersonali e la partecipazione alla vita sociale.

La signora esprime, inoltre, un fondamentale contrasto tra un atteggiamento esteriore tendenzialmente compiacente e conformistico e la presenza di una condizione interiore di disagio emotivo. È presente una polarizzazione ideativa sulle proprie funzioni somatiche che può rivestire il significato di un equivalente depressivo, e segnalare la presenza di difese ossessive (ipocondriache) che si esprimono principalmente in preoccupazioni di tipo somatico, rimuginazioni, stati d'ansia e scarsa capacità di concentrazione.

La paziente sembra mettere in dubbio, e non riuscire a cogliere, la correlazione tra la sintomatologia somatica e fattori di natura psicologica mostrando un'insufficiente consapevolezza (“insight”) del legame intercorrente tra le proprie emozioni, la loro qualità ed intensità, il modo di esperirle ed esprimerle, e i processi somatici che le veicolano, mentre tende ad utilizzare un “linguaggio somatico” per esprimere i propri conflitti

psicologici ed emotivi e per soddisfare indistintamente i bisogni di dipendenza.

In questo senso può mostrarsi passiva e richiedente nelle relazioni sociali, in cui tende a stabilire rapporti improntati alla passività e nei quali segnala la necessità di rinforzi e di gratificazioni esterne ad un fragile sentimento di autostima. Sembra evidenziarsi, inoltre, una accentuata sensibilità e suscettibilità nei rapporti interpersonali, con facile risentimento verso chi sembra non offrire sufficiente attenzione e supporto emotivo.

Anna riferisce in età giovanile una condizione di obesità (peso corporeo raggiunto 96 kg a 24 anni) poi sottoposta a trattamento dietologico, frequenti irregolarità mestruali con cicli abbondanti e verosimile disturbo ansioso-disforico perimenzstruale...

“ricordo che adoravo mangiare due o tre cornetti durante la mattina e poi verso l’ora di pranzo le pizzette e il pane caldo ... erano coccole dei miei zii che mi facevano sentire bene...”

Il nucleo familiare si caratterizza per la figura autoritaria di un padre, tradizionalista ed egocentrico ed una madre incapace di reagire a tale figura, con verosimile sindrome ansioso-depressiva non trattata. I due figli sono cresciuti in un contesto saturante e invadente che ha limitato le loro capacità di scelta e autodeterminazione a favore di impegno e dedizione al bene della “famiglia”.

... *“Mia madre odia profondamente mio padre, e chiede a noi di lottare contro lui. In realtà lei non è mai stata in grado di*

difenderci e neanche di permetterci di andare via per paura di rimanere sola con lui. Mio fratello avrebbe potuto vivere la propria vita, sposarsi ed essere felice... glielo hanno impedito ed oggi si ritrova solo. Sono rimasta la sua unica amica. Io avrei voluto fare l’artista, avrei potuto lavorare come ricercatrice all’Università... ma questi lavori non portavano soldi. Ho dovuto scegliere di fare la libera professione, che avrebbe fatturato molto di più! ... Oggi mi ritrovo con una partita Iva che non riesco a mantenere, con clienti insolventi, tasse da pagare e uno studio ricavato in una nicchia sotto la scala di casa dei miei genitori... e infine il ghigno di mio padre pronto a sottolineare il mio fallimento!”

Anna individua in suo fratello Salvatore il familiare di riferimento con il quale si prende visione del consenso informato, coinvolgendolo come tutor referente dell’andamento del percorso terapeutico e garante della gestione economica della famiglia, e in particolare della sorella. È necessario valutare la situazione socio-economica (eventuali debiti, lavoro), e la capacità di gestione del denaro.

... *“Il mio lavoro è una continua fonte di stress... Ho pochi clienti che spesso inseguo per anni prima di poter essere pagata, i momenti peggiori sono quando sono in attesa di denaro, quando penso che merito un piccolo premio... oppure se devo ritirare la pensione dei miei. So che quei soldi servono a tutta la famiglia, ma mi illudo che ne spenderò pochi e che possa addirittura vincere! Il risultato è*

sempre lo stesso: ho speso un terzo dei miei incassi in gioco d'azzardo e ora non so come pagare le tasse!"

Al termine della fase di valutazione, l'equipe propone ad Anna di iniziare un percorso di cura caratterizzato da una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, con frequenza bisettimanale, una terapia psico-farmacologica per il trattamento e la gestione dell'umore e dell'ansia, e consulenza familiare ad orientamento sistemico-relazionale.

Nelle prime fasi è stato necessario lavorare sulla tendenza a negare o minimizzare il problema "... non gioco ormai da tre settimane. Al massimo accompagno mia madre che si gioca i "suoi numeri" ... silenzio, e improvvisa espressione di sorpresa... Oh mio Dio! Crede che questo sia come giocare?! O se mio fratello mi chiede di prendere un gratta e vinci, ma che io non gratto, anche se vorrei vedere fino alla fine... forse non dovrei?"

Ciò ha consentito il passaggio dal pensare il proprio disagio come un vizio, con problemi legati alla sfortuna o al denaro perso, al concepirlo come "dipendenza", una malattia che può essere curata....

"Io credo di essere passata dalla dipendenza dal cibo a quella del gioco, ho sempre avuto bisogno di immaginarmi in un luogo felice, dove potevo godere del mio tempo, dove essere padrona delle mie scelte. Ho paura che dovrò fare i conti con questa storia per sempre".

Rispetto alle distorsioni cognitive, Anna conosceva le regole della probabilità che

governano il gioco, tuttavia era meno capace di controllare le "credenze" e le suggestioni che l'attivavano in determinate situazioni o eventi.

... "Sono molto tesa oggi, perché in questo giorno, per me speciale, l'anno scorso ho giocato e vinto una bella cifra. Stamattina prima di venire qui sono passata dal mio tabacchino preferito ed ero tentata di sbirciare per vedere se i "miei numeri" fossero usciti... solo il timore e l'eventuale stress di vederli nel tabellone mi ha fatto desistere."

L'aspetto più significativo e critico del lavoro clinico di Anna è stato la gestione della propria emotività con il "pensiero", e non solo nei termini di un "agito". Nelle prime fasi della terapia Anna riusciva a concentrarsi solo sui propri problemi fisici, sui dolori mestruali, sulle vertigini o la nausea; in un secondo momento, siamo, invece, riusciti a spostare il vertice di osservazione al rapporto tra ciò che accade intorno a sé e le emozioni che prova, riuscendo a gestire quella tensione che doveva essere evacuata attraverso il gioco.

... "Ero molto tesa, avevo un appuntamento di lavoro con una persona che mi ha messo in difficoltà, un vero perfezionista... ero in anticipo e decido di fare una puntatina... smetterò dopo due ore e neanche a dirlo ho perso denaro e cliente".

Capire che quel comportamento, proprio della carenza del controllo dell'impulso, inibiva la capacità di comprendere le proprie emozioni, intollerabili e disagevoli in

occasione dell'agito, le ha consentito di rafforzare il legame con la terapia, compresa quella farmacologica, che assumeva con ambivalenza. Anna ha cominciato a riflettere sulle questioni legate alla propria vita, alle relazioni interpersonali, e smesso di usare il corpo come amplificatore delle proprie ansie. Parallelamente, durante i colloqui insieme al fratello, è stato possibile affrontare i temi legati alla dimensione familiare, allo svincolo dal nucleo originale e non ultimo il rapporto con il padre che, da dittatore, può trasformarsi in una persona sofferente e malata da aiutare, come sta avvenendo con lei.

Ciò che caratterizza Anna è la difficoltà a tollerare la frustrazione, il desiderio di fuga, la dipendenza da persone e cose e l'immaturità emotiva. Spesso non è in grado di strutturare soddisfacenti relazioni sociali e tale carenza esistenziale la rende incapace di assumersi responsabilità da "adulto" e di indirizzare il proprio agire verso aspetti utili della vita, quali lavoro, relazioni affettive ed amicali.

"C'è una novità... mi hanno contattata da un Comune del Veneto, perché sono vincitrice di un concorso a tempo indeterminato. Non so come mi sento... tremo dalla paura. Sarò in grado di affrontare tutto questo da sola? E le mie paure, i miei dolori riuscirò a gestire il mio stipendio? Oppure sono destinata alla sconfitta e lascerò perdere per timore di diventare grande?"

Anna deciderà di accettare il lavoro e di trasferirsi in un'altra Regione per aprire un nuovo capitolo della sua vita. Il programma

terapeutico si interrompe dopo 5 mesi attraverso dimissioni condivise, in cui si evidenzia una remissione del sintomo. La cura costituisce un fattore protettivo rispetto alla non esposizione e rappresenta un fattore determinante nel contenimento o nella remissione del sintomo. La terapia ha consentito di costituire uno spazio in cui è possibile recuperare il significato della propria storia, l'insieme delle proprie relazioni, delle proprie appartenenze, configurandosi dunque come un luogo di trasformazione di quelle modalità relazionali che generavano una grave sofferenza psichica e sostenevano il desiderio compulsivo di rivolgersi verso il gioco d'azzardo.

Riflessioni conclusive e questioni aperte

Il caso clinico presentato, al di là dei contenuti relativi alle vicende personali e familiari descritte, pone delle questioni, a nostro avviso, interessanti su cui riflettere, rispetto alla conclusione della terapia e ai criteri per le dimissioni di un paziente giocatore, soprattutto quando ci si trova ad operare all'interno di un servizio pubblico, questioni che verosimilmente non possono che rimanere aperte.

Secondo il DSM 5, infatti, il Disturbo da Gioco d'Azzardo è da considerare in remissione precoce, quando "nessuno dei criteri per il DGA è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi" e in remissione protratta, quando "nessuno dei criteri per il DGA è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più lungo". Ma basta questo per ritenere conclusa una terapia, considerato

soprattutto che le ricadute nei pazienti giocatori avvengono a volte anche dopo anni? Quando siamo all'interno di un Ser.D, soprattutto se ad alta intensità, la presenza di un elevato numero di pazienti da seguire impone dei tempi rispetto alla durata della terapia, che necessitano di fare i conti con criteri stringenti e "restrittivi", quasi sempre purtroppo in modo imprescindibile. La necessità di rispettare questi criteri a volte pone al terapeuta non poche perplessità rispetto alla decisione di concludere un percorso terapeutico e magari accade, come è avvenuto nella terapia di Anna, che subentri un qualche fatto esterno (spesso dei trasferimenti per studio o per lavoro), che decide al posto della coppia terapeutica. Rimane allora forte il dubbio, che rimane anche come questione aperta: si tratta di una vera conclusione di terapia o di un'interruzione della stessa, seppur diversamente dai termini di un drop-out?

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Blaszczynski, A, Nower L. (2002) A pathways model of problem and pathological gambling *Addiction*, 2002, 97: 487-99.
- Blaszczynski A. (2000) Pathways to pathological gambling: identifying typologies. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling 2000*; Issue 1.
- Croce, M. (2001) Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono. *Personalità/Dipendenze*; II: 225-42.
- Fenichel, O. (1945) Trattato di psicoanalisi. Delle nevrosi e delle psicosi. Roma: Astrolabio, 1951.
- Huizinga, J. (1939) *Homo ludens*. Torino: Einaudi; 1973.
- Lavanco, G. Varveri, L (2006) *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa: prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi* Roma: Carocci Faber.
- Picone, F (2010) a cura di *Il gioco d'azzardo patologico*. Carocci editore. Roma

Nel gioco degli specchi: riflessi di luce per sostare nell'area tradizionale estetica e per riemergere dalle acque infernali della dipendenza da gioco d'azzardo

Guarneri Bina Claudia*, Picone Francesca**

*Psicologo-psicoterapeuta - Ser. D Cefalù

** Psichiatra, Direttore UOC MDSM9, Resp. Scientifico Progetto: “Una scommessa su di noi: interventi di prevenzione e percorsi di cura GAP e delle dipendenze patologiche delle nuove tecnologie”

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA -ASP Palermo

Abstract

Nella pratica clinica del gioco d'azzardo patologico incontriamo i nostri pazienti nei momenti di grande discontinuità esistenziale, dominati da una forte vulnerabilità e scanditi da un tempo spietato e divorante. Nella relazione con l'altro, la mente emozionale del terapeuta entra in gioco per risanare il dolore depressivo e per attivare quei processi estetici e trasformativi che consentono al vero Sé di dispiegarsi e di realizzare il disegno individuativo.

Come vedremo attraverso il caso clinico illustrato, il gioco patologico viene usato per regolare le emozioni e contrastare gli aspetti dolorosi dell'esistenza, in solitudine e in uno spazio che divora come un buco nero.

Le emozioni soverchianti spingono il paziente in un rifugio illusorio e accattivante che si trasforma in un mondo infernale dominato dalle ombre, dalla bidimensionalità e dall'oscurità.

Nel percorso terapeutico fare luce sull'oscurità, sulle emozioni e sui “pensieri ciechi” che inchiodano negli oscuri rifugi della mente, può consentire all'altro di “sognare i sogni non sognati” e di riconquistare “una vita non vissuta”.

La sfida terapeutica, in questo caso, è stata aiutare l'altro a costruire uno “spazio tutto per sé” attraverso esperienze edificanti, all'interno di uno spazio transizionale estetico, dove il contatto con la bellezza attiva le basi poietiche della mente e genera emozioni che proteggono la plasticità neuronale.

Si tratta di esperienze che sfiorano la mente emozionale e risvegliano il piacere estetico, il quale è connesso con il sistema della ricompensa.

In psicoterapia l'esperienza estetica può facilitare il passaggio dal pensiero magico a quello trasformativo e regolare le emozioni soverchianti custodendo la "continuità dell'essere".

*"Non ci si mette il proprio passato in tasca;
bisogna avere una casa per sistemarlo"*
(J.P Sartre, 1938)

Nell'accompagnare i nostri pazienti abbandoniamo schemi e copioni, partecipando "alla danza del momento" (Ogden, 2016 p.108) guidati dalla conoscenza intuitiva e dalla spontaneità perché ogni incontro relazionale è unico e diventa un percorso di crescita reciproco.

Il percorso terapeutico implica nuove sfide e invita il paziente a "sognare sogni non sognati" stimolando il terapeuta a "potersi sognare più pienamente nell'esistenza" (ibidem, p. 95).

Il trattamento del gioco d'azzardo patologico è come un viaggio che conduce in luoghi oscuri e tenebrosi, da cui emergere guidati dalla luce del vero Sé.

La luce di questa parte intima e sacra si rivela gradualmente nel corso degli incontri con

Aurelio¹, in un gioco di specchi, per redimerlo dalla sofferenza e dallo stigma del cosiddetto *vizio*.

Aurelio è un giovane adulto di 27 anni con un'identità ferita e delusa, quando arriva presso il SerD, è come un bambino impaurito, in preda a una colpa espiativa che sembra non lasciare spazio ai processi di riparazione.

Arriva con la fidanzata, soverchiato da un profondo senso di vergogna e di inadeguatezza, tormentato dalla ricerca spasmodica dei meccanismi che sono alla base delle condotte che caratterizzano il gioco d'azzardo patologico.

Durante il primo incontro il paziente manifesta una forte preoccupazione nei confronti dei persistenti e reiterati comportamenti di dipendenza da gioco che sfuggono al suo controllo, mettendo a repentaglio la relazione con la sua fidanzata.

Il suo racconto diventa minuzioso, incentra l'attenzione sul periodo dell'esordio e nel raccontarsi prova un forte senso di disagio e di solitudine.

Tutto ebbe inizio sui siti di gioco online, sul casinò live del "Crazy Time", un "non luogo" dove può sentirsi libero e onnipotente, giocare in orari notturni perdendo sonno, energie, denaro e peso. Si sente svuotato di ogni risorsa. Dall'incontro, condotto in modalità integrata², risulta che nel corso degli ultimi

¹ Nome di fantasia

² La consultazione terapeutica integrata psicologo-psichiatra, con una formazione psicoterapica a vertice

psicodinamico-psicoanalitico, ha facilitato il percorso terapeutico e la realizzazione di un incontro profondo con il paziente. I ringraziamenti vanno al dott.

mesi il paziente ha avuto bisogno di crescenti quantità denaro per rincorrere la perdita e di avere mentito ai familiari rispetto all'area del gioco. Si evidenzia un pensiero magico che rinforza motivazioni e aspettative irreali rispetto alla vincita, con errori logici e distorsioni cognitive che sostengono l'illusione del calcolo delle probabilità della vincita. Alla fine dell'incontro il soggetto appare emotivamente turbato, rigido e severo con sé stesso. Si tratta di un incontro che ha suscitato la forte preoccupazione di noi terapeuti, che richiama quella "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1956) che protegge il bambino e permette di immergersi in un clima emotivo di sicurezza e di fiducia.

Emerge la forte preoccupazione di aver inflitto un dolore immenso ai propri cari e alla madre, già provata dai comportamenti di gioco d'azzardo del marito.

Per quanto riguarda l'area familiare, infatti, il padre è un giocatore d'azzardo; durante l'incontro Aurelio esordisce dicendo *"mio padre ha avuto questo problema e io ho fatto la stessa cosa, anche se mio padre non lo ammette. Non so se sono qua perché mi sono finiti i soldi o perché ho un problema.*

Questa situazione mi è arrivata come uno schiaffo e una doccia di dolore. Ho sofferto

come un cane, adesso provo rabbia e non riesco a guardarmi allo specchio".

Nel corso dei primi incontri Aurelio si sente perso, teme di essere risucchiato dal labirinto del gioco d'azzardo patologico ed è sopraffatto dall'angoscia di non trovare una via d'uscita. Inizia a ricordare i giorni del lockdown, vissuti in solitudine nella sua stanza, isolato e senza un lavoro, sopraffatto da un dolore muto che lo ha ancorato saldamente al mondo della playstation e dei videogiochi, un'isola psicotica che in passato, a partire dall'età di 16 anni, sembra averlo "protetto" da un breakdown evolutivo.

Durante la pandemia la sua stanza si trasforma, le ombre del suo mondo sotterraneo prendono forma nel teatro della noia e dell'angoscia senza nome, le emozioni disregolate e soverchianti fanno scivolare Aurelio nelle acque infernali del gioco d'azzardo. Si tratta di acque familiari, scottanti e gelide allo stesso tempo, che hanno risucchiato il padre giocatore, lasciando sulla pelle del paziente segni e ustioni profonde.

Nel ricordare quei momenti il paziente prova disgusto e nausea, i tentativi di superare e di fronteggiare i momenti depressivi e di impotenza con le fughe nella sua stanza, iniziano fin da bambino.

Gerolamo Sallitto, medico psichiatra illuminato che durante il primo incontro, attraverso un pensiero e un sentire comune e condiviso, ha permesso di sperimentare una modalità terapeutica congiunta e non in parallelo, differente da quella combinata. Tale modalità sinergica e vivificante, all'interno di un SerD,

contribuisce alla realizzazione di un lavoro a misura del paziente e potrebbe aumentare l'efficacia del trattamento con differenze significative sul piano clinico e terapeutico.

Non si tratta di una ricerca di solitudine che apre lo spazio all'esperienza creativa, ma di un ritiro nei "rifugi della mente" (Steiner, 1993) che tagliano fuori ogni elemento vivificante, dove non esiste lo stupore e la meraviglia.

Dai racconti di Aurelio affiora un'infanzia trascurata e l'immagine di bambino non pensato e non sognato, che non ha maturato la "capacità di essere solo" (Winnicott, 1958) quale fine dello sviluppo affettivo.

Nei successivi colloqui compare un forte vissuto di solitudine, di vuoto e di paura, Aurelio ha paura del futuro, teme di poter perdere il controllo e di non poter dominare l'impulso al gioco anche in una vita futura.

Aurelio afferma che *"il tempo correva e io non me ne accorgevo e adesso sono cosciente del fatto che si tratta di una malattia. Sono situazioni che si ripercuotono, l'ho vissuto fin da bambino. Adesso alterno momenti in cui dico che sono forte e riparto, ad altri momenti in cui c'è un vuoto. C'è una sensazione di solitudine, mi sento solo e non so se ho la forza per reagire a questa cosa, ho paura di non poter dominare questa situazione, anche se adesso ho il rigetto per il gioco, però ho paura perché non so che cosa potrà accadere tra un anno"*.

La bassa autostima viene compensata dall'illusoria fiducia nelle capacità di gestione del gioco. Il rapporto problematico con il gioco d'azzardo è stato alimentato dalla convinzione distorta di potere conseguire la vincita e di risanare le perdite, sotto la spinta del

pensiero magico. Nel corso dei colloqui il paziente acquisisce la consapevolezza delle percezioni erranee sul gioco, delle distorsioni cognitive dominanti, della perdita del limite e del bisogno di trasgredire attraverso un gioco solitario e alienante.

Aurelio si descrive come una persona controllata, *"ligia al dovere, sempre pronta ad accettare e interpretare il ruolo assegnato dagli altri"*.

Spicca un forte controllo delle emozioni, un senso di fallimento personale rispetto agli studi universitari interrotti e una struttura difensiva su base di compiacenza e di adeguamento alle richieste esterne. Domina la paura di mettere a repentaglio le relazioni significative a seguito delle perdite da gioco. Tuttavia, tale paura è sempre stata presente su uno sfondo permeato da un'atmosfera emotiva familiare perturbata e perturbante che espone il soggetto a un perenne stato di allerta.

Inizio notare la carenza di una coppia genitoriale interna "sufficientemente buona", la fragilità di codici materni e paterni. La funzione paterna sembra fortemente danneggiata. Sono venute a mancare le esperienze di sostegno e di sicurezza forniti da quella "base sicura" che consente di spiccare nuovi voli.

Nell'esperienza con la madre Aurelio non ha avuto modo di sperimentare uno scudo protettivo sufficientemente adeguato e quelle esperienze che custodiscono la "continuità dell'essere" (Winnicott, 1969); anche la funzione di mirroring sembra essere stata molto carente.

Nell'esperienza con il padre è mancata quella base che sostiene il percorso di crescita.

Nella storia del paziente, infatti, spicca la figura di un padre inadeguato con grandi difficoltà nell'assumere un ruolo protettivo e di mediatore con il mondo esterno, incapace di assicurare i limiti.

Aurelio non ha avuto modo di sperimentare in pienezza quei "luoghi protettivi paterni" (Pallaoro, 2015) che permettono di immergersi nella realtà, di riconoscere il valore di sé e di investire in una progettualità.

Con il passare del tempo Aurelio esprime la consapevolezza molto profonda di figure genitoriali trascuranti e del suo ruolo da collante e da ago della bilancia della coppia genitoriale. La trama del contesto familiare è fortemente danneggiata, segnata da buchi neri, si assiste a un'inversione di ruolo e al rovesciamento della funzione paterna di "supply and protection" (Meltzer, 1983) nella relazione madre-bambino.

Aurelio ricorda le ore trascorse in solitudine nella sua stanza per sfuggire ai conflitti familiari legati alla dipendenza da gioco d'azzardo del padre e per attenuare i sensi di colpa che nutriva nei confronti dei genitori, spesso si sentiva impotente. Si staglia l'immagine di un bambino trascurato e adultizzato con uno scarso "senso di sicurezza" e di un giovane adulto con un forte vissuto fallimentare.

Nell'adolescenza la sua stanza diventa un luogo dove isolarsi per sfuggire al confronto

con i suoi coetanei e rendere tollerabile il senso di inadeguatezza.

Nel vissuto del paziente il gioco diventa motivo di riscatto in termini di valore di sé.

Durante un colloquio, la fidanzata attacca Aurelio, gli rimanda un senso di fallimento e introduce degli elementi di sadismo di coppia che ledono profondamente il senso di sé e la dignità pre-etica della persona, accentuando il sentimento di indegnità.

Aurelio, tuttavia, ammira la costanza di questa giovane donna *"lei riesce sempre in tutto, io invece ho paura di sbagliare perché prima di fare qualcosa penso sempre alle conseguenze. Io sono uno che pensa sempre, ma nel gioco è come se fossi stata un'altra persona. Non riesco ad avere fiducia in me stesso. Questo dolore non si rimarginerà mai"*.

Nella vita del paziente l'isolamento e il gioco problematico diventano fonte di sollievo e strumento privilegiato di regolazione degli stati emotivi soverchianti e del dolore indicibile.

In questa storia di dolori irrisolti, di delusioni e di adulti poco protettivi, la psicoterapia può diventare un'occasione per sciogliere i grovigli emozionali e per trovare una via d'uscita da quei "rifugi della mente" che rischiano di intrappolare il soggetto in una spirale di sofferenza, di sentimenti di impotenza e di vulnerabilità.

"Voglio fare questo percorso perché non voglio sottovalutare quello che è successo e per dire soprattutto quello che è stato. La ferita è

profonda ed è come se adesso stessi guardando quello che è successo da fuori. Mi scattava il fatto di giocare una partita con la convinzione al 100% di poter vincere. Mi dicevo posso vincere ma se perdo posso risanare la perdita. Mi sono reputato così calcolatore da non capire che non stavo calcolando niente. Mi chiedo che cosa provassi in quel momento. Se penso ai momenti di gioco non saprei dire se provavo un'emozione, non so come definirlo, non so se è un'emozione o se è un'eccitazione. Mentre giocavo non esisteva più niente, rinnegavo ogni stimolo fisiologico perché ogni minuto era vitale, ero convinto che avrei potuto perdere quel giro fantastico della vincita”.

Spesso il paziente parla del tempo sottratto dal gioco ed evidenzia la voracità di un tempo che, come Crono, divora e massacra gli aspetti più vitali di sé.

La mente di Aurelio è attraversata da pensieri di morte, di paura, di inadeguatezza, di fallimento e di vergogna, manca quella fiducia di base che fa prosperare le parti vitali e autentiche.

Spesso la vergogna è la conseguenza dell'esperienza traumatica e tesse trame annihilanti amplificando i fenomeni dissociativi. Inoltre, la vergogna di perdere il controllo nel gioco e di non essere all'altezza delle situazioni eclissano la sua autostima e oscurano i bisogni fondamentali.

Riflettiamo insieme sul valore del suo lavoro, del diploma di maturità, sulla possibilità di

riprendere i progetti interrotti e di poter realizzare un sogno autentico.

Come clinici custodiamo il filo della speranza che può aiutare l'altro a uscire dalle trappole della mente, un filo che viene tessuto con le fibre dell'intuito, della delicatezza, dell'accoglienza, dell'ascolto silenzioso e rispettoso.

Aurelio inizia a sentire lo spazio della psicoterapia come un luogo protetto e afferma che *“uscire dalla dipendenza del gioco non significa diventare più forti del gioco ma accettare la propria vulnerabilità di fronte al gioco, imparare a proteggersi dal rischio di ricadute, avere il coraggio, in ogni caso, di riprendere la giusta direzione e farsi aiutare. Mentre ero nella mia stanza mi è capitato di pensare al gioco e di provare quella sensazione di nausea e al solo pensiero ho staccato. Ho ripensato al gioco in sé e alla sensazione di malessere fisico, di angoscia e di disgusto mentre ero nella mia stanza, mentre giocavo nella mia stanza. Adesso ogni volta che penso al gioco provo nausea. Ho capito che attraverso il gioco avevo bisogno di incanalare un bisogno”.*

Per Aurelio il gioco diventa un mezzo che soddisfa dei bisogni a cui non sa dare un nome. Attraverso le nuove consapevolezza il paziente ha iniziato a sintonizzarsi con il suo sentire e inizia a ricercare esperienze che danno benessere.

Intuisce che deve recuperare aspetti vitali e lo fa parlando del fratello che viene definito un sognatore e un'anima libera e afferma che

“lui non vede il confine con il cielo, sopra di lui non c’è nessuno, se deve fare una cosa non chiede il permesso... la fa e basta, io no! Certe volte mi sono caricato di tutto io”.

Il peso dell’adulterizzazione precoce ha sicuramente devitalizzato e anestetizzato l’immaginazione di Aurelio.

Nel ricordare episodi ed eventi di infanzia dice *“nella guerra degli elefanti chi resta fregato è l’erba, prima mi sentivo erba adesso non più, quando ero piccolo sì e non lo auguro a nessuno”.*

Aurelio non ricorda nulla del periodo dell’età della pre-adolescenza. La rottura traumatica ha creato delle lacerazioni profonde.

Le memorie traumatiche sono state segregate in un’area inaccessibile e tenute sottochiave attraverso la dipendenza del gioco d’azzardo, per anestetizzare un dolore indicibile e per regolare le emozioni soverchianti. Per Blaszynski e Nower (2002) i “giocatori emotivamente vulnerabili”, che hanno storie di trascuratezza e di maltrattamento infantile utilizzano il gioco per regolare stati affettivi soverchianti.

Le ferite bruciano, ma Aurelio sente che c’è ancora una speranza.

Nella fase intermedia della terapia il paziente inizia a guardare dentro di sé e incontra il chiarore delle luci e l’oscurità delle ombre, in uno spazio protetto che lo ripara dai pensieri pesanti, dalle intrusioni familiari e dalle fantasie angoscianti che mettono in scacco. In questo spazio, scopre che può prendersi cura di sé e delle sue ferite, può parlare di sé senza

il timore di essere giudicato e di essere sovrappreso da sguardi intrusivi.

Dice: *“sto ritrovando adesso il fatto di scoprire cose nel mio buio, ho cancellato quelle cose buone che ho fatto e ho incontrato una persona che non conosco”.*

Aurelio incontra il suo lato oscuro e scisso che sente come minaccioso e deplorabile.

Poi parla del grido di dolore, del timore del giudizio e della fiducia che sta riponendo nel percorso terapeutico, successivamente tale fiducia verrà riposta nella relazione terapeutica.

Il paziente afferma: *“nell’ultimo periodo è come se fossi stato dentro un pozzo e ho provato a gridare. Attraverso questo percorso posso dire che si tratta di una malattia, adesso tutti i problemi che sono dentro di me trovano una spiegazione. Voglio guarire e curare le ferite. Per adesso, tutti mi stanno vicino ma sono persone che mi giudicano. Io vengo qui da lei e non mi sento giudicato, sento che mi sta aiutando tanto perché in questo spazio io non mi sento giudicato”.*

La psicoterapia concede ad Aurelio il contatto con le sue parti vitali e la possibilità di fidarsi e di affidarsi in uno spazio dove sentirsi protetto.

Noto che Aurelio sta facendo tanto per migliorare la sua vita, si sente meno vulnerabile agli stimoli esterni e interni relativi all’area del gioco. Secondo il paziente il dolore inflitto dal gioco ha consentito di percorrere nuove strade in particolare quella della compassione nei confronti del padre giocatore,

inizia a rivolgere uno sguardo indulgente nei riguardi di sé stesso.

Prima dell'estate Aurelio stacca il percorso terapeutico, si sente molto assorbito dal lavoro, si ritrae ma coltiva il desiderio di poter proseguire il trattamento. Nel frattempo, ho continuato a tenere nella mia mente il giovane paziente e a immaginare per lui.

Ritorna in terapia dopo uno stacco di circa 10 mesi per annodare fili, ritessere nuove trame, contattare risorse e potenzialità vitali.

Quando Aurelio ritorna parla del suo progetto di matrimonio con la sua fidanzata, della ristrutturazione di un appartamento per la giovane coppia, del complesso passaggio alla vita adulta. Aurelio porta dei temi non risolti che potrebbero dare spazio a nuove ricadute e creare ulteriori problemi.

Nel corso dell'incontro il paziente contatta l'emozione della paura, teme di portare nella nuova casa le angosce e le modalità difensive dell'isolamento.

Sente il bisogno di una stanza tutta per sé, ma è tormentato perché immagina che questo spazio possa trasformarsi in un luogo infernale di ritiro e di sofferenza.

Mi parla dei rifugi della sua mente e della sua stanza come luogo di isolamento, quel luogo dove tutto ebbe inizio sopraffatto dalla nausea. Aurelio paventa lo scenario di un mondo infero.

“A casa mia non c'è un dialogo e tendo a isolarmi nella mia stanza. Ma non voglio portare questo mio isolamento dentro la casa che sto costruendo con la mia fidanzata,

perché diventa una sorta di rifugio, un rifugio che mi permette di scappare dalle cose. Purtroppo, in quella stanza ho coltivato il mio malessere e vorrei limitare di portare le cose che mi fanno stare male nella nuova casa. Vorrei lasciare tutto questo e me ne sono reso conto ora. Quella stanza la vivo male, la sento come il mio covo.”

Poi esprime il bisogno di andare a vivere da solo nella casa che stanno ristrutturando per sperimentare spazi di libertà.

Ogni percorso terapeutico pone nuove sfide. Aurelio parla di spazi, di luoghi e di rifugi pericolosi ed esprime, allo stesso tempo, il bisogno di uno spazio protetto dove sperimentare il senso di sicurezza e le sue potenzialità. Mi viene in mente l'immagine del traghettamento e la possibilità di aiutare il paziente a transitare e ad attuare il passaggio dai “rifugi della mente” (Steiner, 1993) all'area “transizionale estetica” (Winnicott, 1971) dove so-stare per edificare, attraverso il “lavoro-gioco” (Bollas, 1989) della psicoterapia ad orientamento psicodinamico, quello “spazio tutto per sé” che permette di conquistare “una vita tutta per sé” (Milner, 1934, 2011). Lo spazio protetto della psicoterapia, inteso come spazio transizionale estetico e come terza area, sostiene una scommessa importante, quella di re-immaginare se stessi, contattare ed esprimere gradualmente il proprio potenziale per realizzare la trasformazione, quale “compito umano fondamentale” (Stein, 2005).

Nell'accompagnare il paziente che sta lottando contro le emozioni soverchianti, per emergere dagli oscuri territori della psiche, propongo l'uso dell'immagine e dell'immaginario confidando nella trasformazione. Praticare la psicoterapia attraverso l'immaginazione consente l'apertura di nuovi canali, "invita a re-immaginare i nostri mostri" (Paris, 2008, p. 166) e nutre la percezione estetica come "capacità che ha il cuore di vedere la bellezza nel quotidiano" (Loewe, 1998, p. 80).

Il linguaggio immaginale, l'uso delle immagini e dell'immaginario in terapia facilita un'immersione nell'area transizionale estetica che suscita emozioni edificanti, le emozioni estetiche, le quali esprimono la vitalità della psiche e possono attivare la forza della connessione e della co-regolazione. Nella terza area il soggetto non solo può attivare i processi riparativi e introiettare qualcosa di buono ma può ricreare qualcosa di nuovo che lo sostiene.

L'espansione di tale area e il contatto con la dimensione estetica primaria, attivano le basi poetiche della mente e facilitano la regolazione degli affetti.

Tali processi, nel riparare i difetti strutturali, promuovono la nascita di organizzazioni psichiche flessibili e possono attivare la

plasticità neuronale che unita a una connessione profonda, contrasta la rottura traumatica e interrompe i tentativi di auto-medica-mento insiti nelle dipendenze patologiche.

Invito Aurelio a rappresentare con colori differenti le emozioni dolorose e complesse che sente nel corpo. Tali emozioni vengono espresse attraverso la potenza del nero, la nebulosità del grigio e il patimento del blu-viola quale "colore inquieto e sofferto della penitenza e della sofferenza" (Widmann, 2000 p. 208), poi individua nel verde il colore della guarigione dove si intravede la forza della "viriditas"³ di Hildegard Von Bingen, quale principio vitale e generatore. Chiedo ad Aurelio di associare un'immagine a questo colore e di rappresentarla, disegna un paesaggio che prende forma attraverso le sensazioni e le coloriture emotive.

L'attenzione va al processo che "permette di stabilire un contatto con le fonti creative" (Harris Williams, 2010) e alla creazione di un'immagine simbolica.

Aurelio dice *"immergermi in questo paesaggio mi dà armonia e vedo in quest'immagine una tranquillità da esplorare. Questo paesaggio mi dà tranquillità e forse inconsciamente ho sempre preferito questo posto ad altri posti. Credo che sia mio il mio posto ideale.*

³ La mistica tedesca Hildegard Von Bingen, nata nel 1098, crea la parola "viriditas" per descrivere l'energia cosmica verdeggiante e vivificante che sostiene l'universo permeandolo d'amore. Nel linguaggio simbolico di Ildegarda, la "viriditas" è una forza virile e materna che viene associata alla rinascita primaverile

e al colore verde della linfa vitale. Tale "suprema forza di fuoco" ardente che accende "tutte le scintille viventi" ricrea un'armonia originaria e consente alle cose di rinascere, fiorire ed effondere "il loro pieno vigore".

Sono votato a partire, proprio perché ricerco queste cose, paesaggi che ti lasciano senza fiato e ti danno emozioni. Grazie a questa immagine so come mi posso compensare, un po' come si fa con un farmaco". Il paziente recupera un importante ricordo degli anni dell'adolescenza, quando usciva da scuola era solito recarsi vicino al mare per ammirarlo da una scalinata e a volte ritardava il suo rientro a casa.

Dice "mi sedevo su una scala rotonda guardando il mare, questa cosa mi aiutava a staccare da tutto, adoro quel posto perché lì è come se tu parlassi con il mare o che i tuoi pensieri siano ascoltati dal mare. Poi non l'ho più fatto. Ogni tanto, ritorno lì in compagnia, da solo non lo faccio dai tempi della scuola. Il mare calma i pensieri".

L'immagine creata da Aurelio rappresenta un luogo dell'anima che consente di riordinare i pensieri caotici.

Poi aggiunge *"questo paesaggio in riva al mare rappresenta il desiderio di benessere e simboleggia l'idea di rinascita"*. Osserva l'immagine stupito e incredulo.

Durante l'incontro il paziente si immerge nell'esperienza estetica, l'informe prende forma e le immagini rivelano forza e bellezza. Il contatto con l'immagine creata, regala ad Aurelio un forte "piacere estetico" (Ramachandran, 2001); come clinici siamo chiamati a riflettere sull'importanza del "piacere estetico" connesso al sistema della ricompensa.

Il piacere estetico nasce quando la bellezza tocca il nostro cervello emozionale e attiva il sistema limbico regolando le emozioni soverchianti e creando nuovi rimodellamenti.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche, l'immersione nell'esperienza estetica e l'esposizione alla bellezza possono rappresentare dei fattori protettivi poiché stimolano in modo costruttivo il circuito dopaminergico del Reward.

Secondo la neuroestetica l'arte e la bellezza regalano emozioni e piacere estetico e rappresentano «una delle condizioni alla base della plasticità neuronale» (Savino, De Clemente 2020).

L'immagine creata da Aurelio, all'interno di uno spazio condiviso dove paziente e terapeuta sono i co-artisti di un processo, inoltre, evoca delle esperienze primarie di vitale importanza, la reciprocità, il rispecchiamento e il riconoscimento custodiscono la "continuità dell'essere" (Winnicott, 1969) e sostengono il bisogno di dare una forma alle esperienze del Sé.

Il ricordo del contatto con la bellezza dei paesaggi, degli scorci e dei tramonti rappresentati nei dipinti del nonno hanno risvegliato un piacere estetico che può riequilibrare il circuito della ricompensa.

Aurelio afferma *"io sono cresciuto con questi quadri e ho sempre vissuto con loro e non l'ho mai dato per scontato, mio nonno è anziano e nonostante tutto continua con la sua passione. Da quando è andato in pensione si dedica anima e corpo alla pittura, mio*

fratello ha preso da mio nonno. Io ho avuto la forte convinzione di non essere capace di disegnare o forse perché non ho mai provato, a pensarci bene tante cose sono state così per me, perché non ho mai provato. Se tornassi indietro farei sport e suonerei uno strumento”.

L’immagine creata e i quadri del nonno rappresentano per Aurelio degli “oggetti evocativi” (Bollas, 1989).

L’immersione nell’area transizionale estetica può arricchire “l’esperienza del Sé” (Bollas, 1989) attraverso un’apertura autentica con sé stessi, con gli altri e con il mondo esterno che si realizza mediante un contatto estetico profondo con gli “oggetti evocativi” (Bollas, 1987). Si tratta di un contatto che rivitalizza la “capacità di esperire il Sé” (Bollas, 1989 op. cit p. 19) e conduce a “una forma di elevazione dal momento che gli incontri con gli oggetti ci sollevano a una certa espressione del Sé disponibile alla conoscenza profonda” (Bollas, 1989 op. cit p. 17). Quando la bellezza e l’amore per la bellezza entrano nello spazio terapeutico l’immaginazione viene rivitalizzata, cadono le scaglie che velano il nucleo più autentico della persona, instillando il desiderio che mette in contatto le parti vitali e facilita il vivere creativo.

Quando “l’artefice silenziosa” (Donfrancesco, 1998) della bellezza entra nello spazio terapeutico inizia a tessere nuove trame e la via dell’immaginazione e del sogno, in divenire, può aprire orizzonti che trascendono la

staticità e conducono alla riconciliazione facilitando il percorso individuativo.

Nasce per il paziente la possibilità di sostare in un’area transizionale estetica e di riedificare un nuovo spazio interiore, per riconnettersi alla vitalità delle emozioni estetiche del vivere creativo.

Ne consegue un risveglio dall’anestesia attraverso i processi riparativi del mondo interno, ferito e deluso, che placano il “senso di solitudine” (Klein, 1959).

I processi di rispecchiamento avviati nello spazio terapeutico consentono di restaurare la rappresentazione del sé e il contatto con gli oggetti estetici che promuovono i processi di simbolizzazione, rimodellano il mondo interno e permettono di aprirsi alla vita e di riemergere dall’oscurità.

Il percorso terapeutico di Aurelio può essere descritto come un processo che mira a nutrire il sentimento di sé, a custodire l’unicità del vero Sé e a svelare quelle parti vitali che si attivano nell’esperienza estetica e nella “pratica della bellezza” (Hillman, 1999)

Bibliografia

- Blaszczynski, A, Nower L. (2002) A pathways model of problem and pathological gambling *Addiction*, 2002, 97: 487-99.
- Bollas, C (1989) *Essere un carattere*, trad. it Raffaello Cortina Editore, 2020 Milano.
- Donfrancesco, F (1998) *L’artefice silenziosa e la ricostruzione di uno spazio interiore*. Moretti & Vitali, Bergamo.

- Harris Williams, (2010) *Lo sviluppo estetico. Lo Spirito Poetico della Psicoanalisi. Saggi su Bion, Meltzer, Keats*, trad. it Borla Roma, 2012.
- Hillman, J (1984) *Il sogno e il mondo infero* Adelphi Milano.
- Hillman, J (1999) *La pratica della bellezza in La politica della bellezza*, trad. it Moretti & Vitali, Bergamo, 1999.
- Klein, M (1959) *Sul senso di solitudine*, trad. it in *Il nostro mondo adulto*. Martinelli, Firenze 1974.
- LeDoux J. (1996) *Il cervello emotivo alle origini delle emozioni* trad. it Baldini & Castoldi Milano, 2018.
- Levine Peter. A. (2015) *Trauma e Memoria. Una guida pratica per capire ed elaborare i ricordi traumatici*”, trad. it Astrolabio, Roma, 2018.
- Loewe, E (1998) *Sofferenza e bellezza*. Moretti & Vitali Bergamo.
- Meltzer, D. Harris Williams, M (1988) *Amore e timore della bellezza*, trad, it Borla, Roma, 1989.
- Milner, M (1934) *Una vita tutta per sé*, trad. it Moretti e Vitali Bergamo, 2013.
- Ogden, T.H (2016) *L’arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*”, trad. it Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Ogden, T.H (2005) *Vite non vissute esperienze in psicoanalisi*, trad. it Raffaello Cortina, Milano, 2016.
- Pallaoro, G. (2015) *Il padre: dalla coppia madre alla genitorialità di coppia*. In Pallaoro G, Vesco-gni I, Carione I “*Paternitas sine suffragio. Infanzia. Il padre nella teoria psicodinamica. Contributi teorici e pratica clinica*” IF Press, Roma.
- Paris, G. (2008) *Vita interiore. La psicologia del profondo dopo le neuroscienze*. Trad.it Moretti & Vitali Bergamo 2008
- Picone, F (2010) a cura di *Il gioco d’azzardo patologico*. Carocci editore. Roma
- Ramachandran, S. “Sharpening Up «The Science of Art». An Interview with Anthony Freeman”, *Journal of Consciousness Studies* (2001), 8, 1, pp. 9-29.
- Sartre, J.P (1938) *La nausea*, trad. it 1948. Einaudi editore, Torino 2014.
- Savino, A. De Clemente, O (2020) *Neuroestetica. Bellezza, Arte, Cervello*. Nuova Ipsa Editore Palermo.
- Schore A. N, (2003) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, trad. it Astrolabio, Roma, 2008.
- Stein, M (2005), *Trasformazione. Compito umano fondamentale*, trad.it Moretti & Vitali, Bergamo, 2005.
- Steiner, J. (1993) *I rifugi della mente*, trad. it Boringhieri Torino, 1996.
- Von Bingen, I. (2019) “*Causa e cure delle infermità*” (a cura di) P. Calef, Sellerio, Palermo.
- Winnicott, D W. (1958) *La capacità di essere solo*, trad. it in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando editore Roma, 1970.
- Winnicott, D W. (1971) *Gioco e realtà*, trad. it Armando Roma 1974.
- Winnicott D.W. (1969) “*Sum, Io sono*” in Winnicott, D.W (1986) “*Dal luogo delle origini*”, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1990

Storia di G.: la crisi come occasione.

Dalla frattura all'apertura a una vita nuova

Claudia Strambi

Psicologa psicoterapeuta - Associazione AttivaMenteaps

La signora G., di 55 anni, è arrivata al Servizio per le Dipendenze di una cittadina laziale nel 2013, accompagnata con affetto e attenzione dalla nuora, per un problema di gioco d'azzardo patologico, che per lei consisteva soprattutto nell'abuso di "gratta e vinci". Appariva piuttosto trasandata e un po' confusa, molto ritirata in sé stessa, ma anche determinata e con grande fiducia nei familiari e nel Servizio. Fin dal primo colloquio, infatti, la signora riferiva di aver iniziato a giocare in modo sempre più compulsivo quasi subito dopo la morte del marito, nel 2001.

Quindi G. aveva vissuto 12 anni di gioco sempre più devastante e "silenzioso" prima di riuscire a chiedere aiuto e prima che lo facessero i suoi familiari! Questa silenziosa invisibilità, che all'epoca ci aveva stupito perché abituati al "clamore" familiare delle dipendenze da sostanze, l'abbiamo poi ritrovata in molte altre situazioni di problemi legati al gioco d'azzardo.

Molto spesso, infatti, le famiglie non si rendono conto delle dimensioni del problema finché non deflagra rovinosamente, forse perché nella nostra cultura il gioco d'azzardo è considerato un'abitudine "normale", non

particolarmente dannosa. È quindi veramente fondamentale "in/formare" correttamente e ripetutamente, in occasioni diverse, l'intera cittadinanza su questi temi e sui rischi che sfocino in dipendenza, così che il maggior numero possibile di persone possa rendersi conto della loro rilevanza per ognuno di noi. Negli incontri successivi, G. raccontava di essere la terzogenita di una famiglia abbastanza modesta di un paese della provincia laziale, dove aveva assolto l'obbligo scolastico e aiutato in casa finché non aveva conosciuto il marito, molto più grande di lei e con un buon lavoro in una grande azienda.

G. ricordava con difficoltà e sofferenza le dinamiche nella sua famiglia d'origine e nel corso dei colloqui si delineava uno scenario in cui sembra che il padre fosse piuttosto violento con tutti e la madre troppo affaticata per occuparsi di lei. All'epoca, la persona con cui aveva il legame affettivo più stretto e protettivo era la sorella maggiore, che si era sposata quando G. era ancora ragazzina, facendola sentire «molto sola» e che era venuta presto a mancare, lasciandola priva di quell'affetto e sostegno che aveva poi, solo in parte,

trovato nel marito, con cui si era trasferita in una grande città, dove hanno avuto due figli. Quando i figli erano ancora adolescenti, il marito si era ammalato gravemente ed era deceduto nel 2001. G. non riusciva a fare un quadro chiaro di come fosse la sua vita in quel periodo e quindi la nuora lo ha integrato con i propri ricordi, che risalgono al primo periodo dopo la perdita del marito di G., quando lei e il fidanzato erano ancora all'università. *«Non appena ho iniziato a frequentare Luca e quindi ad andare a casa di G. - racconta - mi resi conto che qualcosa non andava. La casa era sempre fredda, sporca, poco accogliente, non c'era cibo e non si festeggiava mai nulla. G. era inospitale. Inizialmente con Luca pensavamo che fosse dovuto alla perdita del marito e alla pensione di reversibilità che poteva essere bassa, creando un forte disagio economico. Spesso Luca chiedeva di poter sapere come andavano i conti di casa, di poter contribuire oltre al lavoro che già faceva, ricevendo come risposte, sia dalla madre che dalla sorella, di non impicciarsi. Poi, poco prima del nostro matrimonio, con Luca facemmo un foglio excel per capire meglio l'andamento di entrate-uscite e fu subito evidente che qualcosa non andava».*

A quel tempo nessuno aveva pensato che il grande interesse di G. per il “gratta e vinci” potesse essere in realtà un grave problema di gioco d'azzardo, che aveva ormai condizionato pesantemente tutta la sua vita. (Hing et al., 2014).

Subito dopo la perdita del marito erano iniziate per lei e la sua famiglia le difficoltà economiche, poiché per molti mesi non era stato possibile riscuotere la pensione di reversibilità del marito, a causa di ritardi dell'Inps nel riconoscerle il diritto. A casa c'erano quindi pochissimi soldi, si arrangiavano con qualcosa portato dal figlio maggiore, studente universitario, che faceva qualche lavoretto come cameriere, mentre la secondogenita era ancora alle superiori, e con l'aiuto saltuario di una parente del marito.

Questo clima di incertezza e precarietà era reso ancora più angoscioso per G. dalla sua nuova e improvvisa condizione di unico adulto responsabile, cui non era stata assolutamente preparata, né da ragazza né da adulta, poiché il suo defunto marito si era sempre occupato di tutto in famiglia, senza lasciarle alcuno spazio.

In questo quadro già molto critico, s'inseriva il martellamento della pubblicità televisiva sul gioco d'azzardo, come soluzione magica di tutti i problemi economici delle famiglie. A quel tempo la pubblicità era su tutti i canali e a qualsiasi ora e G. stava molte ore da sola, vedeva molto la televisione e si sentiva frastornata dalla pubblicità. Come ha riferito: *«sembrava fatta per me, che mi diceva questo è quello che puoi fare per aiutare la tua famiglia, sei stupida se non lo fai. A un certo punto è diventata di meno (la pubblicità), è quasi sparita, ma allora era dappertutto e a tutte le ore».* Così G. ha iniziato con i “gratta e vinci”: *«Prima a poco a poco, poi sempre*

di più, era il mio pensiero fisso. Non ne avevo parlato con nessuno perché non mi sembrava un problema».

Durante i colloqui è riuscita pian piano a ricordare che il figlio maggiore, evidentemente già piuttosto preoccupato, spesso le parlava di qualche conoscente che giocava troppo, cercando di portare il discorso in modo indiretto sulla frequenza di gioco della madre, ma lei non si sentiva toccata, diceva *«non è come me, io gioco solo ogni tanto».*

Negli anni successivi, altri eventi hanno caratterizzato la vita di G., tutti legati ai temi dell'abbandono e della rassegnazione, ricorrenti per buona parte della sua vita e strettamente intrecciati all'immagine di persona limitata e incapace che tutti, tranne la sua defunta sorella maggiore, le avevano sempre rimandato. Si trattava di situazioni fisiologiche nella vita di tutte le famiglie, anche se nel momento in cui avvenivano G. aveva poche risorse per elaborarle: appena laureati, infatti, il figlio e la nuora si sono sposati, lui ha trovato lavoro in un'altra città e anche la figlia, appena diplomata, è andata a lavorare molto lontano da casa.

Quindi G. era rimasta sola e sempre più presa dal gioco, tanto da trascurarsi completamente, fare molti debiti e arrivare al blocco di tutte le sue entrate.

Era giunta così fino a un momento particolare, che ricordava molto bene fin dai primi colloqui, quando raccontava che era *«decisa a farla finita».* Per fortuna era stata notata da una vicina che l'aveva accolta in casa, aveva

chiamato i parenti e quindi G. era riuscita a trovare la forza di parlarne con la nuora e chiedere l'aiuto suo e del proprio figlio, anche se lontano.

Come riferiva G. nei colloqui successivi: *«Adesso ho capito che ho voluto essere scoperta perché non ce la facevo più. E loro (i familiari) mi hanno detto che, se volevo essere aiutata, dovevo essere sincera fino in fondo, e così è stato. Da quel momento sono stata sempre precisa nel segnare le spese e sono sempre stata aiutata da un familiare nella gestione dei soldi».*

Al momento del suo ingresso al servizio, il rapporto con i figli era piuttosto difficile: con il figlio maggiore a causa della lontananza e della scarsa capacità di G. di formulare ed esprimere sentimenti ed emozioni, e con la figlia per problematiche molto profonde, che si verranno chiarendo e definendo nel corso del tempo. Le altre relazioni familiari erano assai ridotte e inoltre G. non aveva nessuna amicizia personale.

Durante la fase di accoglienza è stata effettuata una valutazione, nella quale G. si presentava con competenze cognitive modeste ma nella norma, in un quadro di forte deprivazione sociale e affettiva, con tratti depressivi e un livello di autostima molto basso (Casciani & De Luca, 2018).

Si è definito quindi un progetto terapeutico che avesse principalmente tre obiettivi: la cessazione del suo comportamento compulsivo, che è avvenuta immediatamente; un piano di rientro finanziario, iniziato subito,

anche in seguito al conferimento a un familiare del ruolo di amministratore di sostegno e, fondamentale anche se molto più lungo e complesso, un pieno e stabile miglioramento del rapporto con sé stessa e con i propri familiari, attualmente raggiunto in modo piuttosto soddisfacente.

A tale scopo si sono programmate sedute settimanali di psicoterapia, sia individuale che “familiare”, con qualche incontro in presenza con la nuora e qualche chiamata di gruppo via Whatsapp anche con il figlio, e inoltre incontri settimanali con il gruppo terapeutico. Sono state realizzate due collaborazioni esterne, con la Caritas diocesana per trovarle adeguate attività di volontariato e con il Centro Anziani per farle frequentare una palestra a costi molto contenuti.

Questo progetto terapeutico è nato nella cornice multidisciplinare propria di un servizio pubblico, cioè di collegamento e integrazione con aspetti medici e sociali, che condivideva inoltre una prospettiva sistemica (Bateson, 2000). A tale scopo sono state collegate le riflessioni di alcuni Autori sul concetto di diagnosi con le nostre osservazioni sui trattamenti ad esse correlati.

«La diagnosi ha inizio nel momento in cui si entra in contatto con il cliente e non finisce mai. Il modo in cui si discerne la situazione modifica la situazione.» (Laing, 1969; 1973). Un altro importante contributo è quello di Liotti (Liotti & Farina, 2011) quando sottolinea come vada sempre ricercata la presenza di un disturbo post-traumatico nella storia

clinica di un paziente, al di là dei sintomi più evidenti che può portare, come un problema di dipendenza patologica.

Questi concetti di ricorsività fra diagnosi e terapia in una prospettiva diacronica, di anamnesi psicotraumatologica e di possibile cambiamento della narrazione della storia del paziente nel corso del processo terapeutico, sono fondamentali per la concettualizzazione dei nostri casi e dei relativi trattamenti. Spesso, infatti, i traumi subiti dal paziente sono soprattutto traumi relazionali multipli e protratti nel tempo, quelli “con la t piccola”, proprio come le situazioni che la nostra signora G. ha vissuto sia nella sua famiglia d’origine che in quella nucleare (Van der Hart et al., 2011; Gonzalez & Mosquera, 2016; Mosquera, 2017; Shapiro, 2013; Hillman, 1983).

Dal punto di vista del trattamento, fondamentali sono stati sia i contributi del “gruppo di Milano”, che focalizza l’attenzione sulle risorse più che sui deficit del paziente e della sua famiglia, aumentandone così le possibilità di impegno e riducendone le eventuali resistenze (Selvini-Palazzoli et al., 1988), sia l’utilizzo di tecniche psicoeducative. Queste, infatti, contribuiscono a promuovere lo sviluppo di competenze finalizzate alla gestione di pensieri, emozioni e comportamenti sottostanti il vissuto di malattia (D’Ivernois & Gagnayre, 2009), anche attraverso una “depatologizzazione del linguaggio”. Si offrono così maggiori possibilità al soggetto e alla sua famiglia di liberarsi dal ruolo predestinato di

“diversi”, facendo emergere descrizioni e storie che aprano percorsi evolutivi di “normalità”, contribuendo a renderli consapevoli della natura del problema e dei mezzi per affrontarlo, nonostante il rischio di ricadute e la necessità di prevedere meccanismi di protezione.

Per il caso qui presentato, e per quasi tutti gli altri problemi azzardo correlati, uno strumento terapeutico fondamentale è il gruppo terapeutico e di sostegno. Qui il terapeuta può proporre ai partecipanti di fare vari passaggi interpretativi, da vittime passive e impotenti a “Peer Supporter” e successivamente a “Esperti per Esperienza” di uno stato di coscienza e di sofferenza, guidandoli a riconoscersi un ruolo attivo di conoscenza specifica delle proprie realtà.

Questo è stato effettivamente anche il percorso di G. e della sua famiglia, in parte descritto nelle parole della nuora, raccolte nel 2021: *«Il rapporto con G. prima dell'ingresso al gruppo era difficile, basato sul sospetto. Non parlava dei suoi problemi né di altro con me. Non era affettuosa e anzi piuttosto schiva e dimostrava disagio ad essere insieme alle altre persone. Ricordo che durante la serenata che suo figlio Luca mi fece prima del matrimonio rimase in disparte a tenere il cane tutta la sera. Al momento attuale invece parliamo molto e ricordo con piacere che (medesimo scenario della serenata) durante la festa dei 50 anni di matrimonio dei miei genitori parlò con tutti serena e a proprio agio».*

Durante tutto il percorso terapeutico abbiamo cercato, con la sinergia di tutti gli interventi proposti, di trasformare la presa di coscienza di G. del modo di giocare compulsivo e della sua successiva sofferenza e consapevole cessazione in una sua peculiare competenza, una vera risorsa personale da cui partire per conquistare e stabilizzare una nuova immagine di sé stessa e un conseguente nuovo modo di vivere reciprocamente le relazioni familiari e sociali.

Per arrivare a questo risultato, lo strumento principale è stato il gruppo, (Tirelli, Mosconi & Gonzo, 2016; Algisi, 2019) uno spazio in cui fin dall'inizio ha trovato qualcuno che ha saputo capirla e indirizzarla, trovando insieme campanelli d'allarme e risorse di protezione e dove lei ha in seguito potuto fare altrettanto, trasformando nel tempo la sua più grande vergogna, fittamente intrecciata con il suo atavico senso di inadeguatezza e la sua rassegnazione, in una competenza che le ha dato un ruolo e una consapevolezza che non aveva mai avuto prima, divenendo negli anni un punto di riferimento per tutti nel gruppo e una vera risorsa affettiva per la sua famiglia. Come dice lei stessa in un'intervista, sempre raccolta nel 2021:

«Cosa significa per te il gruppo?

È stato ed è molto importante, ho potuto parlare del mio problema, aprirmi con loro come loro hanno fatto con me, parlando di come ci siamo sentiti durante la settimana rispetto al gioco e alle preoccupazioni della vita. Insieme abbiamo capito che era molto

importante evitare le cose che ci facevano scattare la molla, quindi non avere tanti soldi in mano, non andare in quel bar dove si erano sempre comprati i gratta e vinci, cambiare strada, evitare la pubblicità, parlarne in gruppo e segnare sempre tutte le spese. È molto importante che i familiari siano attenti a quante volte uno gioca e a come vanno via i soldi.

Hai capito col tempo l'origine della tua dipendenza?

Questo problema può derivare da un grande dispiacere, come è stato il lutto per mio marito, ma anche da altre cose, per esempio discussioni, ma non quelle semplici, quelle che uno proprio non va d'accordo.

Come ti senti da quando hai intrapreso questo percorso? E cosa ne pensano le persone a te vicine? Come si sono sentiti i tuoi familiari ad essere coinvolti direttamente nel tuo percorso?

Rispetto ai miei familiari, all'inizio è stata una "tramvata", ma poi sono stati contenti di fare il mio percorso con me. Soprattutto mio figlio, lui ha visto in me tutta la mia forza di volontà, sa tutto di me. Abbiamo condiviso i miei risultati e togliere i debiti piano piano è stato molto importante. Ogni volta che chiudevo qualcosa (un debito) è stata una boccata d'ossigeno per loro e per me.

E tu nei loro confronti? È cambiato qualcosa nei vostri rapporti? E se sì, cosa?

Una volta che ci facciamo aiutare nella gestione e che le cose migliorano piano piano, può capitare che un parente dice: "se tu non

avevi speso tutti quei soldi adesso potevamo fare questo e quest'altro...". È importante avere tanta pazienza, perché i parenti hanno subito e sofferto tanto, ma anche il parente non deve esagerare. Deve riconoscere i nostri sforzi e i risultati raggiunti, può dirlo ogni tanto, ma se lo fa troppo spesso nonostante i nostri sforzi vuol dire che il rapporto non va bene.

Che ruolo immagini possa avere il gioco d'azzardo nel tuo prossimo futuro?

Nessun ruolo attivo, ma voglio rimanere sempre vigile nei suoi confronti.

Andando avanti nel tuo percorso di crescita rispetto alle difficoltà con il gioco d'azzardo potresti diventare un punto di riferimento per altre persone con lo stesso problema. Come ti senti al riguardo?

Sono molto orgogliosa che, visto che sto abbastanza meglio, perché come ho già detto non si deve essere mai molto sicuri ma sempre vigili, posso aiutare altre persone con un problema di gioco. Alla persona che viene per farsi aiutare dico sempre che deve avere molta calma e pazienza, non deve avere fretta e deve cercare di aprirsi, veramente però, ad altri interessi. Sto nel gruppo e continuerò ad esserci per aiutare queste persone con la mia esperienza sul campo».

Negli ultimi tempi, il percorso di G., e di tutti noi, è stato messo seriamente alla prova dall'intrecciarsi di due eventi molto significativi, anche se naturalmente di ordine assai diverso tra loro: la pandemia di Covid 19, con le prime chiusure nel marzo 2020 e tutto

quello che è venuto dopo, e la necessità di trovare un'altra collocazione, e un altro ruolo, al gruppo a causa del pensionamento e relativa uscita dal servizio della conduttrice.

«L'evolversi degli eventi che si sono succeduti dall'inizio della pandemia, ha avuto un grande e profondo impatto sia per i singoli partecipanti che per il gruppo nel suo insieme. L'essere insieme ad affrontare la specifica "mission" del gruppo, in quel contesto così particolare, ha prodotto un profondo aumento della coesione e del senso di appartenenza, con importanti effetti pratici...

Le nostre riflessioni condivise hanno portato molti di noi a trovare sempre di più un'integrazione tra vari aspetti, sia negativi, come il gioco, le perdite, la vergogna, che positivi, come la riconquista graduale della stima e della fiducia dei propri familiari. In particolare, per qualcuno diventa molto importante anche il senso di utilità per gli altri della propria esperienza, che passa così da totalmente negativa a occasione di riscatto personale, realizzando un buon esempio di riabilitazione nel vero senso del termine.

Naturalmente affrontare una problematica come la dipendenza non è una passeggiata, il percorso è accidentato e irto di difficoltà, come ricadute e "drop out", purtroppo sempre possibili e alle quali è necessario dedicare sempre una grande attenzione, sia come prevenzione che come cura.

La trasformazione in "soci" di un'associazione di promozione sociale, che condivide obiettivi di benessere, integrazione e

superamento di tutti gli stigmi che circondano le problematiche della salute mentale, quindi anche delle dipendenze, ha però fornito a molti di noi un ruolo in più, aumentando il senso di appartenenza e di responsabilità verso sé stessi e gli altri. Nel periodo considerato, infatti, si sono evidenziate alcune sia pur minime modificazioni nelle narrazioni individuali dei temi specifici e costanti trattati nel gruppo: craving, fattori di rischio e fattori di protezione, ricadute, giudizio dei familiari, vergogna, senso di appartenenza al gruppo stesso.

Una delle prime osservazioni sull'andamento delle interazioni del gruppo nel suo insieme, successiva alla trasformazione dei partecipanti in soci di un'associazione del terzo settore, è la maggiore focalizzazione sugli aspetti di "auto-mutuo-aiuto" e sul diverso punto di vista che questo sembra comportare per ciascuno, soprattutto rispetto al farsi carico del "gruppo nel suo insieme" e del proprio destino. Accogliere un nuovo partecipante, inoltre, è anche per tutto il gruppo un'occasione per rinnovarsi, percorrendo insieme un sentiero verso un passaggio trasformativo da "malati", spesso inconsapevoli e impotenti verso la propria stessa dipendenza, a "esperti" di sé stessi, con una conoscenza specifica della propria realtà che può quindi aiutare ad assumere un ruolo più attivo e responsabile verso sé e gli altri.

In definitiva, il gruppo segue un proprio ritmo narrativo, spostando il focus a volte su sé stesso come soggetto e a volte su qualche

specifico partecipante, rielaborando più volte tutto il materiale portato da ciascuno fino ad arrivare a raccontarlo da un nuovo punto di vista e in un modo completamente diverso dalla prima versione della storia narrata dalla persona, soprattutto in riferimento a ciò che quell'esperienza può significare qui e ora per lui.» (Strambi, 2022).

Attualmente, G. è una degli “Esperti per Esperienza” del gruppo (Folgheraiter, 2000), si occupa della gestione degli autofinanziamenti e partecipa alla valutazione e alla psicoeducazione dei nuovi soci accolti nel gruppo stesso.

La sua vita personale è molto cambiata: ha nuovi amici e ottimi e profondi rapporti con il figlio e la nuora e ha preso più volte un aereo per andare a trovare la figlia.

Bibliografia

Algisi, P. (2019). Terapia di gruppo: il setting gruppale nel trattamento delle dipendenze. *Mission*, 51.

Bateson, G. (2000). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.

Casciani, O., & De Luca, O. (2018). *Il Trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare*. Publiedit, Cuneo.

D'Ivernois, J.F., & Gagnayre, R. (2009). *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*. Mc Graw-Hill, Milano.

Folgheraiter, F. (2000). *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*. Erikson, Trento.

Hillman, J. (1983). *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*. Raffaello Cortina, Milano.

Hing, N., et al. (2014). Stigma and problem gambling: current knowledge and future research directions. *International Gambling Studies*, 14, 64-81.

Laing, R. (1969). *L'io diviso*. Giulio Einaudi, Torino.

Laing, R. (1973). *La politica della famiglia*. Giulio Einaudi, Torino.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.

Gonzalez, A., & Mosquera, D. (2016). *EMDR e dissociazione. L'approccio progressivo*. Giovanni Fioriti, Roma.

Mosquera, D. (2017). *Diamanti Grezzi*. Mimesis, Sesto San Giovanni (MI).

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.

Shapiro, F. (2013). *Lasciare il Passato nel Passato. Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*. Astrolabio, Roma.

Strambi, C. (2022). *La sottile linea d'oro. Dipendenze e gioco d'azzardo: storie e percorsi di un gruppo di auto mutuo aiuto*. AttivaMente aps.

Tirelli, M., Mosconi, A. & Gonzo, M. (2016). *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo*. FrancoAngeli, Milano.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steel, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano.

Gli assistenti sociali dei servizi non specialistici e il gioco d'azzardo

Beatrice Longoni

Assistente sociale specialista, libera professionista, professore a contratto nel corso di laurea in Servizio sociale dell'Università degli Studi di Milano Bicocca

Il mio incontro con il tema del gioco d'azzardo risale ai primi anni 2000. All'epoca ero impegnata, insieme a una collega, in un percorso di formazione realizzato dalla Provincia di Milano per il personale amministrativo di servizi territoriali (prevalentemente), diurni e residenziali di tipo sociale, socioeducativo e sociosanitario¹. Questi amministrativi si trovavano in quel periodo storico in una situazione particolare, che li esponeva a un contatto più implicante e meno veloce con i cittadini: gli assistenti sociali che affiancavano erano spesso fuori ufficio, a causa del complesso processo di avvio della programmazione locale dei servizi sociali (legge 328/2000).

Si è trattato di un inatteso e importante osservatorio. Gli amministrativi riportavano nei corsi, condividendole fra loro e con le docenti, informazioni, considerazioni e riflessioni su un fenomeno emergente: l'arrivo ai

servizi sociali Comunali di una domanda molto ampia di aiuto economico, da subito letta come qualcosa di nuovo e sconosciuto; una richiesta non impropria, perché rientrante nella storia e nelle competenze istituzionali di questi servizi, ma "strana".

Ancor più di oggi, allora i problemi economici di singoli e famiglie presentati ai servizi sociali Comunali non erano immediatamente riconducibili al gioco d'azzardo e ai suoi effetti; la crescita esponenziale delle richieste di aiuto, diffusa in territori molto diversi e non correlabile a eventi critici sul fronte economico di carattere globale², aveva tuttavia condotto quei servizi e quegli operatori a ipotizzare il gioco d'azzardo - fenomeno in fase esplosiva di crescita in quel periodo storico - come la chiave per spiegare quanto stesse accadendo.

Grazie a questa esperienza ho iniziato a interessarmi al tema del gioco d'azzardo,

¹ Nell'arco di una decina d'anni sono stati realizzati molti corsi, che hanno coinvolto alcune centinaia di operatori amministrativi.

² Si fa riferimento alla crisi economico-finanziaria del 2007-2008, innescata dallo scoppio di una bolla immobiliare negli USA e propagatasi a livello mondiale,

per i meccanismi finanziari di contagio: è stata definita la "Grande recessione" ed è considerata la peggiore crisi economica della storia dopo quella del 1929. Prolungate e pesanti le ripercussioni sul debito pubblico degli Stati e sui redditi di persone e famiglie.

attraverso letture e corsi di formazione allora ancora poco consistenti e diffusi. Ho anche colto il ruolo possibile dei servizi sociali e degli operatori non specialisti nell'orientare e accompagnare persone in difficoltà a causa del gioco d'azzardo, verso percorsi di aiuto specifici.

Altre due situazioni significative mi hanno avvicinato al tema del gioco d'azzardo. Fin dagli anni '90 ho avuto una collaborazione con esperti e operatori di servizi alcologici della città di Milano, che si è concretizzata in partecipazione a gruppi per persone con problemi di alcol e loro familiari, iniziative di formazione, scrittura di testi; nel tempo ho osservato varie similitudini fra alcol e gioco d'azzardo, che ritengo meritevoli di appositi studi e approfondimenti. Esperienza più recente è il coordinamento della ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi", ideata e realizzata dal Gruppo Anziani dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia di cui faccio parte, oggetto di due report³ entrambi pubblicati sul sito dell'Ordine (www.ordineaslombardia.it).

Da tutte queste esperienze, dagli incontri e dalle letture che hanno determinato, ricavo alcune riflessioni che vorrei condividere.

Innanzitutto la visione dei servizi sociali Comunali nella popolazione e negli stessi futuri

assistenti sociali: la diffusa convinzione che questi servizi, a dispetto del loro nome, non siano "per tutti", ma per i casi più disagiati, riduce la possibilità di intervenire in modo preventivo e proattivo. Viceversa si potrebbe contribuire a interventi di informazione e sensibilizzazione, inserirsi tempestivamente nei percorsi di progressione da rischio a danno, realizzare un'intercettazione precoce, nell'ambito di:

- una lettura del territorio (sia riguardo a bisogni e problemi, sia riguardo a risorse e reti naturali e professionali) che rientra fra le competenze specifiche dell'assistente sociale;
- una visione dell'intervento che non individui il proprio spazio professionale unicamente nel "colloquio dietro una scrivania".

La tutela dei diritti dei cittadini, la protezione dei più deboli, la giustizia sociale, il contrasto alla povertà, la difesa e il potenziamento del capitale sociale rappresentano fondamentali aree di interesse della professione dell'assistente sociale.

Il gioco d'azzardo è effetto e causa di povertà, non solo economica ma anche valoriale, di senso esistenziale e di relazioni interpersonali; è una grande industria al centro di un'economia malata e perversa, la fonte di distrazione di miliardi di euro (che shiftano

³ Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia - Gruppo Anziani, a cura di Beatrice Longoni, *Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 1: dal questionario ai dati*, Milano 2020, pp. 121.

Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia - Gruppo Anziani, a cura di Beatrice Longoni, *Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni*, Milano 2021, pp. 233.

da redditi e patrimoni, anche modesti, di persone e famiglie per arricchire i gestori privati, la mafia e la criminalità organizzata); è un nemico potente del capitale sociale di una comunità, oltre che un vero e proprio mercato di illusione e inganno (specie per le persone più vulnerabili e più sole).

L'intervento degli assistenti sociali di vari servizi, che incontrano persone e famiglie su molti fronti, ma prevalentemente riferiti alle dimensioni socio-economiche e socio-relazionali, può essere cruciale sia da un punto di vista culturale, che da un punto di vista operativo.

Concretamente, cosa possono fare gli assistenti sociali di servizi non specialistici? Innanzitutto aumentare la propria conoscenza sul tema del gioco d'azzardo, incrementando così consapevolezza e sensibilità verso una minaccia sociale estremamente diffusa e pervasiva nei luoghi di vita privati e collettivi e nella quotidianità di persone, famiglie e comunità locali; poi avviare o rinforzare il rapporto con i servizi specialistici e i gruppi di auto mutuo aiuto, con cui costruire alleanze sia per contribuire a contrastare l'accettazione sociale dell'azzardo e il rischio (più forte per alcune fasce di popolazione) di scivolare in pratiche autodistruttive, sia per realizzare interventi concreti, anche se apparentemente "piccoli", nei confronti di singoli cittadini o nuclei familiari.

Nel loro lavoro quotidiano, gli assistenti sociali dei servizi sociali Comunali dovrebbero - a differenza dei colleghi di precedenti periodi storici - contemplare il gioco d'azzardo come possibile causa di approdo al servizio per richieste di aiuto economico, la cui necessità può essere correlata dai richiedenti a mancanza di lavoro o difficoltà generiche ad "arrivare a fine mese": un'attenzione specifica, fondata su una buona preparazione sul tema del gioco d'azzardo (tramite letture o corsi di formazione) e una collaborazione con gli specialisti dell'azzardo dei servizi per le dipendenze, potrebbe contribuire a intercettare comportamenti di gioco d'azzardo problematico o patologico (DGA moderato o severo) non altrimenti rilevabili dai servizi per le dipendenze.

Inoltre, va ricordato che giocare d'azzardo comporta perdita di quantità importanti di denaro, con indebitamento crescente, utilizzo di redditi o risparmi propri oppure altrui, possibile ricorso al prestito d'usura, rischio di incorrere in problemi legali, ripercussioni sulle condizioni economiche dei familiari (conviventi o meno)⁴.

La possibile richiesta di aiuti economici ai servizi sociali Comunali, comunque non risolutivi, comporta in ogni caso l'uso di risorse pubbliche che non saranno più disponibili per altri cittadini con necessità di aiuto. Su un piano più generale, per il loro ruolo e

sfavorevole controbilanciano la mancanza o l'insufficienza di altri redditi familiari.

⁴ Si pensi ad esempio al ruolo di ammortizzatore sociale svolto dalle pensioni, che in un periodo storico caratterizzato da una congiuntura economica

responsabilità di promotori di benessere di cittadini, famiglie e comunità e di “sentinelle professionali” nel territorio in cui operano, gli assistenti sociali hanno un potenziale importante rispetto a sensibilizzazione, informazione ed educazione sanitaria utili alla prevenzione (primaria e secondaria), all’adozione di stili di vita salutari, alla promozione del cambiamento, al ricorso tempestivo ad aiuti competenti.

Possono inoltre essere protagonisti dell’aculturazione e tramite della formazione nei confronti di altre figure a contatto con persone a rischio d’azzardo, specie perché vulnerabili e sole: la vicinanza con gli operatori di front office, la funzione di coordinamento degli operatori che intervengono nei servizi domiciliari e di prossimità (cioè nelle case e nei quartieri), il rapporto continuativo con soggetti attivi sul territorio e coinvolti nel lavoro di rete (centri d’ascolto parrocchiali, gruppi di volontariato, associazioni di anziani) rendono gli assistenti sociali attori fondamentali di un possibile intervento nel territorio, per contribuire al necessario cambiamento culturale sull’azzardo e facilitare l’individuazione e la formazione di altre “sentinelle professionali” (amministrativi di front office, assistenti domiciliari, custodi sociali) e di “sentinelle naturali” (volontari, referenti di associazioni o di sindacati pensionati).

L’attenzione specifica sul gioco d’azzardo è ormai irrinunciabile, come abbiamo visto, riguardo alle richieste di aiuto economico; è altrettanto importante riguardo agli interventi domiciliari, pubblici o privati, in cui gli assistenti sociali svolgono un ruolo significativo. Le caratteristiche dei servizi domiciliari (intervento nei contesti domestici e nella quotidianità di vita dei singoli e dei nuclei familiari, frequenza e continuità degli accessi) rendono possibile osservare e rilevare cambiamenti di referenti nella gestione economica non attribuibili a decadimento cognitivo dell’assistito o altri cambiamenti (rinuncia a spese mediche, continua sparizione dall’alloggio di quadri o oggetti di valore), tutti possibili campanelli d’allarme per una situazione di gioco d’azzardo non ancora conosciuta dai servizi e talvolta anche dai familiari⁵.

Infine, l’invecchiamento demografico e l’emergente fenomeno della solitudine in età anziana dovrebbero sollecitare una riflessione specifica. La solitudine è infatti sia un elemento cruciale nell’approdo al gioco d’azzardo, sia un ostacolo importante a riconoscere e intercettare il problema nella rete naturale, segnalarlo ai servizi, coinvolgere nel percorso di cura i referenti significativi per l’anziano: questo rende gli anziani soli molto esposti e molto vulnerabili.

⁵ Vercalli C., Battaglia A., Pizzetti S. "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: l'esperienza dei servizi di assistenza domiciliare e di custodia sociale", Riv. I luoghi della cura, n. 1, 2023

<https://www.luoghicura.it/operatori/2023/02/gioco-dazzardo-e-alcol-in-eta-anziana-lesperienza-dei-servizi-di-assistenza-domiciliare-e-di-custodia-sociale/>

La solitudine è presente sia nei “giocatori per dolore” che nei “giocatori per noia”: è quindi fondamentale essere consapevoli che la fragilità individuale trova purtroppo un grande alleato nella carenza di occasioni aggregative, culturali e di rinforzo del tessuto relazionale a livello territoriale. Diventa allora importante recuperare il senso e il valore di un insieme di interventi talvolta sottovalutati: concretamente, si tratta di rinforzare le reti relazionali degli anziani, in una logica di prossimità e di territorialità (es. vicinato, associazionismo degli anziani, volontariato parrocchiale); sostenere i contesti aggregativi sani (es. centri ricreativi per anziani, università della terza età), alternativi a luoghi a rischio; promuovere occasioni di socializzazione, tramite iniziative culturali e aggregative (es. conferenze aperte alla cittadinanza, visite a musei e mostre d’arte, gruppi di cammino). L’impiego positivo e condiviso del tempo può infatti contrastare solitudine, perdita di identità sociale e di progettualità, umore depresso, senso di vuoto.

In conclusione, come è noto il gioco d’azzardo coinvolge e compromette il benessere e il futuro di persone, famiglie e comunità, cioè i destinatari di pensiero e azione professionale degli assistenti sociali (Codice Deontologico titolo II, “Principi generali della professione”); il gioco d’azzardo è un tema di cui si sente parlare molto, oggetto di progetti specifici su cui vengono convogliati finanziamenti dedicati, ma che dovrebbe ormai diventare parte della propria quotidianità operativa, specie in servizi non specialistici. La filosofa Simone Weil ha affermato che l’attenzione è la forma più rara e più pura della generosità: l’attenzione quotidiana espressione di generosità professionale, unita a impegno, passione e senso di responsabilità, consapevolezza del senso e gusto del lavoro quotidiano, potrebbe contribuire davvero a fare la differenza nella vita di persone, famiglie e comunità a rischio o già compromessa a causa dell’azzardo.

I VENTISETTE SETTE

Sofia Leone, Rebecca Moro, Marco Urban
Liceo Scientifico “Galileo Galilei” di San Donà di Piave

Proponiamo la lettura del racconto breve “I ventisette sette”, premiato nella quarta edizione del concorso di idee “L'altra faccia del gioco...”, indetto nell'anno scolastico 2022-23 dal Servizio per le Dipendenze dell'Ulss n.4 “Veneto Orientale”.

Il concorso mirava a sensibilizzare gli studenti sui rischi connessi al gioco d'azzardo, attraverso un percorso che, dopo una fase formativa sull'argomento, consentisse la produzione di messaggi preventivi (slogan, elaborati grafici, testi e brevi video) o approfondimenti sul tema in una singola disciplina.

Gli autori del racconto, Sofia Leone, Rebecca Moro e Marco Urban, frequentanti il IV anno del Liceo Scientifico “Galileo Galilei” di San Donà di Piave (VE), supportati dalla prof.ssa Carla Menon, sono stati premiati nella giornata conclusiva, svolta per la prima volta in presenza, dopo le precedenti edizioni online per le misure restrittive legate alla pandemia.

Il racconto, pur non presentando un finale particolarmente efficace e incisivo rispetto all'obiettivo della prevenzione, è stato premiato dalla giuria in quanto “risulta ben pianificato e artisticamente valido sul piano creativo, grazie alla scelta di contesto di riferimento e ambientazione storico-culturale, a cui si adattano sia il genere letterario adottato sia le scelte linguistiche operate; la tematica del gioco è presente fin dalle prime battute”

Nella villa patrizia del marchese Giocondi, alcuni personaggi famosi e insospettabili della Roma Capitolina avevano organizzato un incontro per festeggiare l'arrivo di un ospite speciale, atteso con trepidazione da tutti, ma in particolare dall'assiduo frequentatore e amico intimo del marchese, il celebre Gabriele D'Annunzio. In perfetto orario, come si addice a uno stimato lord inglese, ecco arrivare Sir Oscar Wilde, impeccabile come era sua consuetudine. Indossava un completo principe di Galles di ottima fattura e sopra il vestito un cappotto bordato di

pelliccia di volpe argentata. In testa un cappello nero completava il tutto in un'eleganza ricercata ma piacevole da ammirare.

“Ben arrivato, signore! Puntualissimo, nonostante la pessima serata. Si accomodi pure. Il suo amico arriverà a minuti.” gli disse il conte Ranieri, uno dei più abili giocatori di poker e amico intimo del Vate.

“Sono onorato di essere ospite del marchese, anche se avrei gradito essere ricevuto dal padrone di casa. Di sicuro avrò occasione più tardi di interloquire con lui. Immagino che in questa piacevole dimora siate tutti abituati a

giocare in maniera *onesta*. Non è così, conte Ranieri?

“Mr. Wilde, siamo gente perbene. Nessuno si permetterebbe mai di mancare di rispetto agli altri giocatori. Vi do la mia parola che sono un uomo d’onore sia nel gioco sia in amore. Accettate, vi prego, di nuovo le mie scuse, ma il marchese ha avuto un contrattempo pochi minuti prima del vostro arrivo.”

“Lasciate perdere i convenevoli, suavia. Piuttosto sono curioso di conoscere gli altri *giocatori*. Ho l’impressione che questa sera la partita sarà piuttosto interessante.” Il sorriso sarcastico di Wilde non passò inosservato al conte Ranieri, che tuttavia mantenne un comportamento degno del suo rango.

Aveva da poco iniziato a nevicare, un fenomeno insolito nella Città Eterna: le carrozze procedevano a rilento a causa dello spesso manto che si era formato in breve tempo. Il cocchiere della carrozza su cui si trovava D’Annunzio, a un certo punto, fu costretto a fermarsi mandando su tutte le furie il Vate, che temeva ormai di non arrivare in tempo all’appuntamento.

“Proprio questa sera doveva accadere? Dovrò arrendermi e rimandare l’incontro a serate migliori di questa.” rifletté, anche se avrebbe pagato qualunque cifra pur di giungere alla villa del marchese Giocondi nel più breve tempo possibile.

Quand’ecco arrivare una seconda carrozza che procedeva senza alcuna difficoltà, ma pochi istanti dopo si fermò vicino a quella di

D’Annunzio. Il cocchiere aprì lo sportello e subito scese una signora vestita di nero con un grande cappello dello stesso colore, ornato con uno spesso velo di pizzo che le copriva il volto e le spalle. In un attimo aprì la portiera dove si trovava il famoso scrittore, lo afferrò con forza a un braccio, trascinandolo fuori, senza dargli il tempo di replicare.

“Dobbiamo sbrigarci, se vogliamo arrivare in tempo dal marchese. Immagino che vi starete chiedendo come facessi a sapere che eravate diretto anche voi a Villa Giocondi. Non abbiate fretta: più tardi conoscerete ogni minimo dettaglio. So che il marchese non sopporta che i suoi ospiti arrivino in ritardo per la *partita*.” modulando il tono di voce, per essere più convincente con lui. D’Annunzio, per tutto il resto del viaggio, non proferì parola, sbalordito dall’insolito incontro, mentre tra sé meditava quale scusa inventare per giustificare la presenza della *signora* a un incontro riservato solo agli uomini. Arrivati alla villa, furono subito accompagnati dal maggiordomo nel grande salone illuminato da enormi lampadari di vetro di Murano e arredato con gusto sopraffino, dai mobili intarsiati in legno di ciliegio, ai tendaggi di velluto color rosa cipria, ai tavolini con il ripiano di marmo dalle sfumature rosate, dove ad attenderli c’era il marchese Giocondi, che non nascose il disappunto nel veder comparire D’Annunzio insieme alla misteriosa dama.

“Marchese, buonasera! Vi porgo le mie scuse, anzi se posso sdebitarmi con voi. Capisco il vostro stupore, ma è solo grazie a questa

gentile signora se sono qui. Le strade sono ormai impraticabili, credetemi.”

“Avremo modo di discutere più tardi. Gli altri ospiti ci attendono, anzi fremono di giocare con voi. Qui a Roma vi conoscono sia come eccellente scrittore sia, aggiungerei, come abilissimo giocatore.”

La dama velata ascoltò la conversazione, seduta su una graziosa poltroncina posta vicino a un tavolino dove c'erano dei bicchieri di cristallo e una bottiglia di champagne.

“Vogliamo brindare, caro D'Annunzio, prima della dipartita? Che sbadato, intendevo dire la partita. E voi, gentilissima – rivolgendosi alla dama velata – vi devo informare che non potrete presenziare. Il gioco, in questa casa, è riservato solo agli uomini.

“Marchese, non potreste fare un'eccezione per questa volta? Vi ricordo che, se sono qui, è grazie a questa gentilissima dama. Vi do la mia parola che saprò ricompensarvi a tempo debito.”

Il marchese temporeggiò qualche istante, prima di esordire con un'espressione che lasciò di stucco D'Annunzio.

“Mio caro amico, potrei acconsentire soltanto se la vostra accompagnatrice mi rivelerà immediatamente la sua identità. Chissà che bel volto si cela dietro quel velo! Suppongo un volto bellissimo.”

E continuando a incalzare l'ospite, aggiunse: “Gabriele carissimo, non siete d'accordo con me? Vi fate accompagnare da una sconosciuta e io dovrei far finta di nulla?” Cercando di contenere l'imbarazzo, D'Annunzio

ripensò al momento in cui era stato spinto dalla donna nella sua carrozza, con una forza tale da suscitare in lui qualche sospetto, ma il desiderio di incontrare Oscar Wilde era prevalso. Pensò così che la soluzione migliore fosse giocare d'astuzia, con la speranza che il marchese abboccasse subito.

“Credo che la signora non intenda essere scortese con voi. Trovo imbarazzante e inopportuna la vostra richiesta, marchese. Fidatevi di me. Non vi pentirete. Parola di gentiluomo!” La dama velata, per tutto il tempo, era rimasta in silenzio, fingendo di essere attratta dall'incantevole bellezza degli arredi lussuosi e ricercati.

Il marchese bofonchiò qualcosa prima di acconsentire alla richiesta di D'Annunzio, che, soddisfatto, fece cenno alla donna di seguirlo nella stanza “segreta”.

“27 sul rosso e 7 sul nero...” esclamò D'Annunzio, sicuro di vincere l'enorme somma disposta sul tavolo in banconote da 500 e 1000 lire.

“68 sul rosso e 24 sul nero...” I numeri pari sono più fortunati, mio caro Gabriele. Sono sicuro che la vincita sarà mia.” rispose Wilde con un sorrisino ironico.

Invece la ruota della Fortuna girò a favore di D'Annunzio, sorprendendo tutti i giocatori presenti nella sala.

“27 sul rosso e 7 sul nero. Complimenti signore! Ha vinto. Desidera continuare?” chiese il croupier a D'Annunzio mentre Oscar Wilde furibondo, con il volto imperlato

di sudore, si slacciava il colletto della camicia, tra i sorrisetti ironici degli spettatori. Fu in quel momento che la dama velata, che *aveva condotto il gioco* a insaputa di tutti, si alzò in piedi, fece un leggero inchino al croupier e in un attimo raggiunse la postazione di Oscar Wilde.

“Oscar carissimo, mi spiace che tu abbia perso puntando sui numeri pari. Ricordi quante volte mi hai dissuaso dal credere alla fortuna? Peccato che alla fine abbia perso tutto, ma tu hai perso più di me.”

“Questa donna sta vaneggiando, signori. Chi siete? Non vi ho mai incontrato prima d’ora.”

“Ti sbagli, mio caro Oscar. Ci conosciamo alla perfezione. Purtroppo, però, questa volta mi perderai per sempre.” togliendosi il cappello, il velo, svelando così la sua vera identità. “Ero sicuro che nascondesse qualcosa, la *signora*, mentre il nostro stimatissimo poeta insisteva perché la facessi accomodare. Ci ha ingannati tutti. Accidenti!” esclamò con foga il marchese Giocondi.

“Come facevi a sapere che ero qui? Sei la mia condanna, la mia fine, Dorian. Ti ho concesso tutto ciò che desideravi. Ho speso la mia vita per te. Il nostro accordo era che non ci saremo mai più incontrati. Ho speso tutte le mie energie per quel maledetto ritratto e tu mi ripaghi in tal modo?” imprecò nel frattempo Sir Wilde, davanti a una platea sorpresa di assistere a quella che aveva tutte le caratteristiche di una rappresentazione teatrale fuori programma.

“Mio caro Oscar, sei tu che ti sei rovinato con le tue stesse mani, pensando che la ruota della fortuna giri sempre a tuo favore. È vero: sei stato un ottimo romanziere, un autentico esteta, migliore di molti altri, persino del qui presente D’Annunzio”, scrutando il Vate con fare malizioso.

“Ricordi che, prima di congedarti da me, mi dicesti: *voglio fare della mia vita un’opera d’arte*. Hai reso, invece, la tua vita un gioco inutile. La tua fissazione per i numeri pari è pura follia e questa sera hai ricevuto l’ennesima sconfitta. Tuttavia, nemmeno l’illustre *dandy* che ha stravinto sarà immune dalla sfortuna,” scoppiando in una sonora risata che riecheggiò nella stanza invasa dal fumo. Subito dopo Dorian riprese a parlare con maggior foga di prima.

“Oggi ha vinto lui, domani toccherà a un altro, ma dopodomani entrambi potrebbero perdere più di quanto avevano vinto. Un labirinto senza via d’uscita e anche voi”, rivolgendosi agli astanti, “siete dei perdenti. Io ho perso la mia giovinezza, ho perso la mia vita per una scommessa assurda. Voi, forse, siete ancora in tempo a riappropriarvi della vostra. Se lo farete, allora sì che sarà una vera opera d’arte.”

Girandosi di mezzo busto, fece un leggero inchino a D’Annunzio e al marchese Giocondi, ammutoliti dalle sue parole, e con passo spedito uscì dalla stanza, facendo perdere le sue tracce per sempre.

Collabora con il ***Bulletin!***

Tutti i soci di Alea sono invitati a proporre propri contributi con argomenti relativi alle seguenti 3 macro-aree: Gioco d’Az-zardo, Comportamenti a Rischio, Dipendenze Comportamentali. I lavori dovranno essere conformi alle norme redazionali pubbli-cate nella sezione ALEA Bulletin del sito www.gambling.it.

La responsabilità dei testi pubblicati è degli autori.

Il comitato di redazione si riserva il diritto di richiedere agli au-tori di apportare modifiche ai contenuti e alla forma dei testi al fine di adattarli allo stile e alle finalità della pubblicazione e della Associazione stessa.

I lavori dovranno essere inviati all’indirizzo mail:

aleabulletin@gmail.com



Comitato di redazione

Graziano Bellio
Silvia Cabrini
Mauro Croce
Claudio Dalpiaz
Beatrice De Luca
Emilia Serra

Presidenza ALEA

E-mail: presidenza.alea@gmail.com

www.gambling.it

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a: newsletter@gambling.it



ALEA Bulletin è una pubblicazione culturale e scientifica di ALEA con licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale Condividi allo stesso modo 3.0 Unported.