



ALEA

Bulletin

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

VIII
1/2020

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.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
di M. Fiasco
- 6 Lockdown, quarantena e giocatori d'azzardo
di V. Foschini
- 9 I dieci gruppi di terapia per ex giocatori d'azzardo e loro familiari di
Campoformido: come garantire la continuità terapeutica attraverso
nuove forme di comunicazione.
di R. De Luca e B. De Luca
- 11 Quale gruppo, per quale giocatore? Presentazione di un'esperienza di
lavoro con i gruppi per giocatori problematici nel territorio di Castelfranco
Veneto.
di F. Dorella e A. Fiorin
- 20 Una lettura critica di L.J. Rugle and R.J. Rosenthal, "Transference and
Countertransference Reactions in the Psychotherapy of Pathological
Gamblers", *Journal of Gambling Studies*, 10/1: 43-65, 1994
di G. Bellio
- 26 Un incontro inaspettato
di D. Capitanucci e R. Smaniotto
- 28 Dentro gli schemi...fuori dagli schemi
di S. Ugolini

Gioco d'azzardo, quarantena, terapie e scenari

Maurizio Fiasco, Presidente ALEA

Ho riscritto più volte questo editoriale, nello scorrere dei giorni della quarantena, di un'esperienza collettiva storica. Le riflessioni infatti sono sostenute da concetti che via via invecchiano, in gran fretta. Ci lasciamo alle spalle le visioni maturate in decenni. E davanti si profila l'impegno a concepire un'adeguata epistemologia di un fenomeno, il gioco d'azzardo, che oggi mostra tratti inediti, e non programmabili da alcuno, nel modo più assoluto. Giunta al culmine della sua performance - 110 miliardi e mezzo di euro, 120 milioni giornate uomo spese dai consumatori piazzati nelle svariate postazioni - l'industria del gambling ha incrociato anch'essa il Cigno Nero. E non si è trattato della figura nell'opera di Piotr Il'ic Chaikovskij, quanto invece della metafora lanciata da Nassim Taleb, un matematico finanziere filosofo, storico e psicologo di origine libanese, per far comprendere nella sua opera omonima come gli apprendimenti del passato, creando certezze di conoscenze, possono giocare scherzi bruttissimi: fino a rendere gli uomini impreparati davanti alle catastrofi finanziarie, alla scomparsa di intere civiltà mantenutesi prospere fino a

quel dato momento, dopo secoli e secoli di sviluppo materiale, spirituale, scientifico. Un altro scienziato storico-sociale, Jared Diamond, partendo da sue originali premesse ha arricchito, con un convergente modello interpretativo, la metafora del Cigno Nero, descrivendo le fenomenologie del collasso dell'ambiente naturale, delle civiltà, delle economie, delle psicologie sociali avvicendatesi nella Storia. Se vogliamo sporgerci ancor più su questo orizzonte di pensiero, converrà anche segnalare un grande archeologo della scienza, il nostro Lucio Russo, fisico, filologo, storico, filosofo, che nell'opera *La rivoluzione dimenticata* ci ha documentato l'enorme dispersione di elaborate costruzioni scientifiche in quello che egli ha definito un "collasso culturale della memoria": di colpo – nell'anno 148 avanti Cristo – una siffatta sindrome fece inabissare una decina di secoli di sapere tecnico scientifico, a seguito della conquista romana della Grecia, quando le feroci legioni dell'Urbe diedero alle fiamme biblioteche, fabbriche, archivi e uccisero molti uomini di scienza. Lucio Russo comprova, ad esempio, che se 2000 anni dopo si perveniva con Einstein alla Teoria della Relatività, nel terzo secolo avanti Cristo il filosofo e matematico greco Crisippo di Soli

aveva formulato tale legge fisica. Oppure che la navigazione di bolina consentiva a fenici e greci di giungere al di là dell'oceano molti secoli prima dell'Era cristiana, ma che tale tecnica di governare le navi fu reinventata dagli europei soltanto nel secolo XVII, quando i navigatori per raggiungere il Nuovo Mondo ripresero a seguire la rotta anche controcorrente. Dunque, il Cigno Nero sconvolge tutti. Compresa l'industria dell'azzardo, che oltre a far giocare temerariamente denaro e tempo sociale di vita ai consumatori, può essere annoverata essa stessa - per i suoi costrutti di business - tra le entità che scommettono in modo imprudente. E non tanto perché tale "industria" occupa la ovvia posizione di "banco" che si contrappone al gambler. Inseguendo volumi di profitto senza limiti, accade nella storia che il complesso industriale del gambling giunga al collasso insuperabile: come già anticipato (in tempi non di Covid-19) sulle rive del lago di Lugano dal casinò di Campione d'Italia, quando nel luglio 2018 venne decretato il fallimento del colossale stabilimento di 5,5 ettari, il più grande in Europa. Il collasso delle compagnie del gioco è provocato non solo dal crollo dei consumi nei luoghi fisici dove si punta denaro, ma anche dalla cessata prosecuzione del multilevel marketing della finanza derivata dalle concessioni di Stato, che offrivano il miraggio di strappare margini di profitto indefiniti dall'offerta crescente dell'azzardo "in pubblico". Cos'altro ci si poteva aspettare, del resto, prima del Cigno Nero, da un business moltiplicatosi di undici volte in venti anni? E adesso, mentre riflettiamo sulla "Fase 2" del coronavirus e del ritorno

dell'Italia alla "ordinarietà" (semmai possibile) cosa accadrà, in pratica, alle quantità industriali del gioco d'azzardo? È ipotizzabile un ripristino del precedente modello di business, con la replica dei comportamenti sociali quo antea? Cosa ci interessa oggi sapere? E a cosa si dovranno preparare la comunità dei clinici, i servizi del territorio che si prendono carico della condizione delle famiglie, l'associazionismo del Terzo Settore, l'ambiente degli scienziati sociali? Si tratterà di inquadrare in nuovi termini i vecchi problemi, o si presenteranno problemi inediti? Qual è lo sfondo, cioè la condizione delle famiglie, delle fasce di povertà, dei patrimoni personali a rischio, delle condotte sociali, della psicologia dei singoli e delle formazioni collettive? Non si potrà sfuggire da osservare quel che sarà l'Italia del "dopo riflusso" della pandemia. Quale senso comune connoterà i suoi abitanti, e nelle diverse aree del paese, e in un tratto condiviso del sentimento nazionale, nell'inquadrare i rischi della vita, le possibilità e le opportunità a disposizione? Quale sarà e come si presenterà il "potere della situazione"? È in tutto questo che si collocherà il gioco d'azzardo, nella sua duplice realtà di mercato industriale dai numeri iperboliche e di comportamento di massa che ha cambiato il senso comune di almeno la metà dei cittadini italiani. Certamente, la forzata presenza in casa di milioni di giocatori abitudinari influisce sulla loro propensione a rischiare denaro e a bruciare tempo. I pensieri veloci dell'azzardo si collocano beffardamente nello scorrere di giorni contrassegnati da abbondanza di tempo, di un tempo divenuto afinalistico. Sarà interessante l'osservazione ravvicinata su come

si impiega il tempo, questa risorsa avvertita costantemente come scarsa, insufficiente, sottratta alla libertà delle persone. Si corre a impiegare il “tempo ritrovato” attaccandosi al display del computer o dello smartphone per giocare on line? Oppure inciderà il sentimento collettivo, nell’alternarsi di paura e di attese, nel combinarsi con il silenzio, nel rallentare dei movimenti, nel divenire sfocato delle incombenze routinarie, e dunque di preoccupazioni secondarie. E se tutto questo già rendesse meno pressante la spinta a scommettere? Tace la pubblicità, sono ridotti al silenzio i movimenti meccanici delle slot machine, è cambiato il contesto, sono stati riguadagnati i tempi per le persone, la possibilità di fissarsi negli occhi, nell’incrociare i propri figli, i propri genitori, il partner di vita. E dunque come reagisce la nostra anima, quale nuova collocazione avranno i pensieri dell’azzardo negli spazi e nell’alternarsi di sollecitazioni, di pulsioni, di immagini mentali: sono informazioni preziose, da raccogliere senza troppe mediazioni da chi fino a poche settimane fa spendeva tutto quanto a disposizione (e anche ciò che poteva farsi prestare) nel gioco d’azzardo. Cominciamo dunque a osservarlo, sin da adesso, perché naturalmente un laboratorio così non si ripresenterà (per fortuna) e sarebbe un peccato non utilizzare la dura necessità dell’“io resto a casa” per trarne frutti e insegnamenti, anche quelli sulla diffusione inflazionata e perniciosa, del gambling in Italia. Sull’altro fianco scorre un quesito forse parallelo: riguarda cosa ne sarà, o che già ne è delle terapie per uscire dalla patologia, da quella condizione che oggi clinici denominano

disturbo da gioco d’azzardo, traduzione in verità dalla minore pregnanza semantica di gambling disorder, come appunto tale dipendenza è indicata nella letteratura internazionale. Vi è l’esigenza di continuità delle cure, certamente. Ma sorge anche il quesito della disposizione delle persone sofferenti nel cercare le cure. Ebbene nella piccola comunità scientifica di Alea ci sono segni che vanno in due direzioni: da una parte si scorge un’accentuata disponibilità a seguire, ricorrendo a strumenti digitali, con disciplina e convinzione protocolli terapeutici nelle modalità di gruppo o nel rapporto individuale con il terapeuta. Dall’altra si ha notizia dello sforzo dei servizi pubblici di continuare a mantenere il contatto con l’ambiente dei pazienti che essi hanno preso in carico. La tragedia della pandemia, e la multiforme fenomenologia delle crisi correlate, sembrano indicare, insieme a sofferenze e a gravi rischi, anche delle opportunità. Nessuno le ha cercate, ma poiché si presentano, sarebbe un vero peccato non coglierle con il massimo impegno. Mi sembra questa una delle missioni più genuine di Alea.

Bibliografia

- Diamond, J. (2005). *Collasso. Come le società scelgono di morire o vivere.* Einaudi, Torino.
- Dufour, R. (A cura di), *Chrysippe.* (2004). *Oeuvre philosophique, (frammenti di logica e fisica).* Les Belles Lettres, Parigi.
- Russo, L. (2001). *La rivoluzione dimenticata,* Feltrinelli, Milano.
- Taleb, N.N. (2008). *Il Cigno nero. Come l’improbabile governa la nostra vita.* Il Saggiatore, Milano.

Lockdown, quarantena e giocatori d'azzardo

Vittorio Foschini, Psicoterapeuta Alta Specialità SerDP, Ravenna AUSL Romagna

Carissimi Colleghi di Alea vi scrivo di situazioni che erano inimmaginabili qualche mese fa alla pari di come era inimmaginabile quello che sta accadendo in termini di lockdown e quarantena in tutto il mondo e poi proverò ad immaginare quello che potrebbe succedere passato questo periodo. Innanzitutto, a fronte dei primi Decreti Governativi che imponevano la chiusura di diversi settori di attività mi ero scandalizzato che non fossero state adottate misure restrittive riferite ai luoghi in cui la gente si accalcava, fumando nervosamente, per giocare. Per questo avevo chiesto lumi sia all'assessorato Servizi Sociali della mia città, Ravenna, sia all'assessorato della Sanità della Regione Emilia-Romagna e la risposta fu che si trattava di attività economiche. Ribadii che cinema, teatri e palestre, a quel tempo già fatte chiudere, necessitavano anch'esse di un'attività economica per potersi sostenere: niente da fare! Piano, piano furono chiuse le scuole in cui si incentravano parecchie attività di informazione e prevenzione, chiusi oltre ai teatri, i centri per anziani, i luoghi di ritrovo

di giovani e donne emarginate, dove avevamo in programma spettacoli e incursioni di vario tipo, ma erano ancora aperte le sale slot, le VLT e ci si poteva ancora ammassare davanti ai video dei Sali e Tabacchi. Sto parlando della fine di febbraio, quando al Ser.DP di Ravenna, dove lavoro come psicoterapeuta ancora non avevamo sufficienti dispositivi di protezione individuali e i gruppi G.A. e Gamanon della città avevano deciso di mantenere contatti telefonici individuali, organizzare gruppi su WhatsApp e sospendere gli incontri. Come potevo essere d'accordo e soprattutto ottimista che si sarebbero potute ribaltare delle cose? Poi il mondo si è fermato di colpo e i nostri pazienti e le loro famiglie ci hanno mostrato qualcosa di molto importante di cui desidererei tener conto per il futuro e informarne i nostri governanti: di mancanza di gioco d'azzardo non si muore, non ci si ammala, non si soffre! Giusto mercoledì 22 aprile ho potuto confrontare con i colleghi esperti della Regione Emilia-Romagna l'esito che il lockdown e la quarantena ha sortito negli utenti GAP e famigliari dei Ser.DP.

Abbiamo rilevato l'esistenza di un quadro omogeneo rappresentativo di ciò che sta accadendo su tutto il territorio regionale e che evidenzia una caduta verticale delle richieste d'aiuto rivolte ai Servizi e al mondo del volontariato; per fare un esempio, a Ravenna dove arrivavano mediamente 8 o 9 nuovi pazienti al mese, sono arrivate due sole richieste d'aiuto in un mese e mezzo. Contattati in vario modo i nostri pazienti in carico, sia quelli astinenti e stabilizzati da un tempo rassicurante, sia quelli ancora in lotta con il craving e il rischio di ricaduta, abbiamo rilevato una fila interrotta di sospiri di sollievo e di pensieri liberatori. Nessun giocatore si è preoccupato dell'assenza di offerta di gioco oppure ha pensato di emigrare sull'online; i familiari si sono liberati dell'angoscia vissuta ogni qualvolta il loro congiunto si allontanava, sfuggendo al loro controllo visivo. Perché c'è da dire che nel dramma un giocatore perde tutti gli altri elementi di identità umana: egli non studia, non lavora, non ha interessi o hobby, non ha vita sociale, non mangia, non beve, non dorme, non ha sentimenti, non ha credibilità su nulla, non fa l'amore, non pensa. O almeno così è percepito da chi li stigmatizza, dagli addetti ai lavori della filiera del gioco che cinicamente sorvolano su tutti i drammi che si palesano ai loro occhi, suicidi compresi, dai familiari che li amano e li odiano contemporaneamente e finanche da, se stessi. Incontrati in ambulatorio, contattati al telefono e osservati con video chiamate abbiamo scoperto che queste persone si attivavano a fare il possibile, alcuni da soli e altri con i

famigliari: improvvisamente sono sembrate persone ritornate ad essere normali, capaci di dipingere casa, di andare al lavoro senza perdersi altrove, dedicarsi al giardinaggio, giocare con i figli, riappacificarsi con i coniugi e finanche offrirsi per attività di volontariato sociale. Rari i casi in cui sono riesplosi vecchi conflitti famigliari, legati classicamente alla situazione economica rovinosa: paradossalmente i decreti governativi che hanno sospeso i tagli delle utenze, rimandato pagamenti di mutui e tasse, elargito sussidi di varia natura, sono stati vissuti come una manna, un'enorme boccata d'ossigeno che hanno permesso una riappacificazione familiare che speriamo possa durare. Certo, come si dice dalle nostre parti "l'acqua grossa non dura" e i "nodi dovranno tornare al pettine" per cui alcuni giocatori, specialmente fra quelli che vivono soli, hanno manifestato la paura che le loro attività lavorative non potessero ripartire, che addirittura un'attività hobbistica non potesse più trovare spazi sociali in cui potersi riprendere un minimo di salute psichica. Facendo riemergere così sia la paura di una perdita di potenziale economico sufficiente alla sopravvivenza e al pagamento dei debiti, sia la paura della perdita di soluzioni alternative in cui impiegare il proprio tempo per la ricerca di gratificazioni affettive e di immagine sociale gratificante. Perché rimanere soli, poveri e emarginati, cosa che non desidera e non cerca nessuno. Insomma: "lontano dagli occhi, lontano dal cuore". Quasi dispiace che questa "sanificazione" da Covid-19 debba pensarsi semplicemente transitoria: la lega Calcio aveva pensato di

ricorrere nuovamente alle sponsorizzazioni, ora vietate dal decreto “Salva Dignità” in vigore; le grandi Concessionarie del gioco d’azzardo fanno leva sui bisogni delle quasi sessantamila famiglie che traggono reddito dalla filiera del gioco e finanche sui bisogni delle persone di sostenere i propri beniamini tifando e soprattutto scommettendo; le Mafie continuano ad aver bisogno delle attività di gioco per continuare a ingrassare con usura, riciclo di denaro e reclutamento di mano d’opera di disgraziati di ogni ceto ed età. Sto pensando a questi potentati economici e ai danni che potranno causare quando da un lato si sposteranno con la crisi economica e la disperazione di chi la vivrà e dall’altro troveranno la complicità di Governi ciechi e cointeressati pronti a celebrare questo sfortunato matrimonio, così come è avvenuto negli ultimi vent’anni. È vero che in questi anni, sono cresciute le esperienze e i potenziali dei Servizi Pubblici, del Privato Sociale, e del Volontariato nel campo delle attività di sensibilizzazione, prevenzione, cura e inclusione, così come è vero che laddove si stanno riducendo i luoghi in cui poter giocare e aumenta la distanza dai luoghi sensibili si riduce la patologia. Ed è altrettanto lecito pensare che il divieto della pubblicità, unitamente alle cose appena dette, possano ridurre il danno da gioco ed evitare che si ripetano gli scenari degli ultimi anni, dove una crisi economica simile a quella che ci aspetta da vivere a seguito del faticoso Lockdown, aveva giocato un importante ruolo da protagonista. Almeno oggi voglio essere ottimista e pensare che con tutto quello che si richiede

al Popolo Italiano di modificare i propri comportamenti e aumentare i propri livelli di responsabilità individuale e sociale, si possa davvero far pensare che anche il virus Gioco d’azzardo cannibalico e distruttivo del nostro tessuto sociale, abbia superato il picco e si appresti a sparire rapidamente. Se si potesse inoculare semplicemente un po’ di buon senso ai nostri governanti, sarebbe come aver scoperto un vaccino miracoloso e potremmo stare sereni almeno per un po’. Perché qualcuno paventa già il rischio di una nuova epidemia, il gioco online. Noi professionisti però siamo già un po’ più pronti a fronteggiare tale fenomeno. Esistono mezzi per autosospendersi che andranno rinforzati con meccanismi di sospensione agiti anche da altri (per esempio da professionisti del settore); andranno rinforzate, normate e sanzionate anche le attività di “controllo parentale”, create più aree Wi-Fi schermate dalle possibilità di gioco, premiati e diffusi gli strumenti finanziari (carte di credito, bancomat, ecc.) non utilizzabili per giocare, e altro ancora a tutela della salute degli individui e di quella pubblica. E gli anziani? Al momento non mi risulta che stiano migrando in massa verso l’online, proprio no! E altrimenti? Altrimenti vinceranno le mafie, e Conte o chi per lui, tutte le sere, dovrà comparire in qualche TG per informare della conta dei morti, fino alla fine dei sogni di essere ancora persone umane, intelligenti e civili.

I dieci gruppi di terapia per ex giocatori d'azzardo e loro familiari di Campoformido: come garantire la continuità terapeutica attraverso nuove forme di comunicazione.

Rolando De Luca, Psicologo Psicoterapeuta, responsabile del Centro di Terapia di Campoformido per ex giocatori d'azzardo e loro familiari;

Beatrice De Luca, Medico, Specializzando in Psichiatria, Università di Verona

A fine febbraio 2020 appariva chiaro che la pandemia di COVID-19 avrebbe presto reso impraticabile il proseguimento della psicoterapia di gruppo nella sala di Campoformido (UD) dove da oltre vent'anni conduco dieci gruppi per giocatori d'azzardo e loro familiari con la partecipazione attuale di oltre duecento persone. Si tratta di gruppi terapeutici che hanno superato le 10'000 sedute e dove hanno già terminato il percorso terapeutico 220 persone, con follow-up sui sintomi fino a 15 anni. Nonostante i dubbi sulla fattibilità di una psicoterapia di gruppo non vis-à-vis, ho scelto di continuare il lavoro terapeutico attraverso una delle tante piattaforme

per la comunicazione a distanza. La decisione, nonostante le non poche difficoltà tecniche ed organizzative, è stata presa perché ritenevo necessario mantenere la continuità terapeutica, a maggior ragione in un periodo complicato come questo, in cui è quanto mai fondamentale evitare che l'isolamento fisico si traduca in isolamento mentale ed affettivo, sfruttando i mezzi che la tecnologia ci mette a disposizione senza nascondersi dietro ostacoli tecnici. La considero altresì un'opportunità interessante di sperimentazione nell'ambito del lavoro terapeutico di gruppo, dal momento che costringe tutti i partecipanti, terapeuta compreso, a confrontarsi con il nuovo, esplorando nuove forme comunicative e dovendo rinunciare ad altre.

Con queste premesse ho sollecitato tutti i partecipanti ai gruppi terapeutici ad iscriversi alla piattaforma, fornendo l'assistenza di un tecnico a coloro che avessero incontrato difficoltà in tal senso. Da inizio marzo hanno quindi preso il via le sedute di psicoterapia di gruppo online, secondo gli stessi orari e regole delle sedute tradizionali, che ad oggi hanno già raggiunto il numero di quaranta e che, prima della fine dell'emergenza, potrebbero superare le duecento. Ad un mese di distanza sono ancora più convinto della validità di questa scelta, considerati anche i feedback positivi ricevuti fin da subito dalle famiglie. In considerazione dell'interesse clinico di questa esperienza, assieme al dott. Gianni Savron, abbiamo messo a punto un breve questionario di valutazione volto all'analisi dell'efficacia di questa modalità terapeutica e dei vissuti dei partecipanti. Il lavoro terapeutico dei gruppi di Campofornido non ha come obiettivo la sola e superficiale remissione dal sintomo che ha portato i partecipanti in terapia (astinenza dall'azzardo), ma la ristrutturazione del proprio sistema e di quello familiare, attraverso un percorso terapeutico a lungo termine che implica l'appropriarsi di punti di vista diversi,

conducendo, seduta dopo seduta, al consolidamento di equilibri nuovi e al recupero, per citare Freud, dell'infelicità comune, ben diversa da quella patologica. Ed è proprio in un periodo drammatico e di isolamento come quello attuale che diventa fondamentale il proseguimento del lavoro terapeutico di gruppo, pur con modalità non ortodosse. Modalità che, al netto dei propri limiti, si stanno rivelando per certi aspetti perfino vantaggiose: la partecipazione alle sedute è aumentata, superando dopo la terza settimana il 90%, ma soprattutto, dato questo particolarmente interessante, si è riusciti a coinvolgere in terapia familiari finora reticenti o impossibilitati a partecipare perché residenti all'estero. La speranza è che questa ed altre esperienze simili possano contribuire a oltrepassare ostacoli e resistenze che limitano la sperimentazione e lo studio di nuove modalità terapeutiche, dando il la a interventi terapeutici che non si frantumino nelle difficoltà dei tempi complicati che stiamo vivendo.

Quale gruppo, per quale giocatore? Presentazione di un'esperienza di lavoro con i gruppi per giocatori problematici nel territorio di Castelfranco Veneto.

Francesca Dorella, Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile della Comunità Pubblica ULSS2
Marca Trevigiana, Sonda Società Cooperativa Sociale Onlus (*).

Amelia Fiorin, Psicologa, Psicoterapeuta, Referente Dipartimentale del Gioco d'Azzardo
Problematico, Dipartimento per le Dipendenze, ULSS2 Marca Trevigiana (*).

(*) l'esperienza è stata fondata, avviata e incoraggiata anche dall'allora Direttore di Dipartimento
Graziano Bellio al quale va la nostra più sincera gratitudine professionale.

Nell'ambito delle dipendenze l'approccio gruppale, nelle varie declinazioni, modalità, forme e componenti, è fortemente sviluppato e costantemente presente. Lo stesso NIDA (National Institute on Drug Abuse) nel 2012 pubblicò la terza edizione dei Principles of drug addiction treatment (a research-based guide). Questa guida oltre suggerire un modello organizzativo dei servizi per le Dipendenze, suggerisce i diversi setting che dovrebbero essere presenti come opportunità di cura, riportando anche l'approccio self-help e peer support group. Lo stesso documento sottolinea come una delle funzioni principali dei gruppi self-help sia quella di completare ed estendere gli effetti benefici e l'efficacia dei trattamenti clinici.

Sottolineare la funzione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto appare quanto mai prezioso per introdurre un concetto ormai consolidato nella cura delle dipendenze e cioè che il cambiamento e la stessa cura avviene all'interno di un processo che non può che essere life-long. Infatti, nelle dipendenze si usa sempre di più il termine aftercare per indicare tutta una serie di interventi, protratti nel tempo, che sono finalizzati a prevenire la ricaduta e a rinforzare i risultati ottenuti dagli interventi ambulatoriali o residenziali (Ries, Miller, Fiellin e Saitz, 2009). Per gli addetti ai lavori il mondo del self-mutual help, nell'accezione anglosassone, "è un'enorme galassia sviluppatasi con coscienza di sé e con gradi sempre crescenti di organizzazione" scrive Valeria Zavan (2011), nel suo capitolo dedicato al mondo

dell'auto-aiuto. In effetti se ci guardiamo attorno, nel territorio nazionale, la rete dei gruppi di auto-mutuo-aiuto è abitata oltre che dai tradizionali Alcolisti Anonimi (AA) e Narcotici Anonimi (NA), dai Mangiatori Compulsivi (OA), dai Co-Dipendenti Anonimi (CoDA), dai Giocatori Anonimi (GA) e dai Club Alcologici Territoriali. I professionisti clinici inoltre sanno che l'aiuto che possono dare queste forme di mutuo sostegno (aftercare) è tanto più incisivo quanto più la collaborazione tra istituzioni e rete territoriale è solida e fluida, quando cioè esiste un reciproco incoraggiamento allo sviluppo e alla condivisione di queste collaborazioni. Rispetto all'efficacia di questi gruppi, gli studi presenti in letteratura prendono in esame prevalentemente il modello AA. Gli esiti di alcune ricerche in tema di gruppi 12 Passi evidenziano che: Studi longitudinali su AA e NA mostrano un'associazione tra partecipazione al gruppo, probabilità di astinenza, miglioramento del funzionamento sociale e maggiore autoefficacia;

- Vi è una significativa riduzione dei costi sanitari e dell'utilizzo dei Servizi;
- I gruppi di auto-aiuto possono essere visti come la migliore forma di sostegno al mantenimento (continuing care) piuttosto che come sostituzione di servizi per il trattamento acuto;
- Studi su popolazioni obbligate alla cura rispondono meglio al trattamento

combinato, professionale e non professionale, piuttosto che al solo gruppo;

- Pur non avendo ulteriori elementi su gruppi non 12 Passi è ragionevole supporre che anche essi possono essere efficaci. (Humphreys, Wing, McCarty et al., 2004).

Lottica di questo lavoro non è tanto quello di porre a confronto gli approcci gruppali self help con gli interventi professionali di un Dipartimento per le Dipendenze, quanto piuttosto di descrivere un'esperienza di implementazione dell'offerta di cura nel territorio di Castelfranco Veneto, attraverso la creazione di una mappa di gruppi, alcuni dei quali si rifanno più alla filosofia del self help, altri hanno sviluppato maggiormente una matrice terapeutica.

Seppure il territorio dell'ex Ulss 8, ora Ulss 2 Marca Trevigiana, vanta una lunga e fruttuosa cultura delle reti sociali costruite nel tempo attraverso l'incremento costante e attento di gruppi di self-help, dai Club Alcologici Territoriali (C.A.T.), ai gruppi di Narcotici Anonimi, così come gli Alcolisti Anonimi e gli Al-Anon o, anche, i gruppi per la Disabilità, o ancora i gruppi per le famiglie affidatarie, il decorso per la realizzazione di un gruppo AMA (Auto-Mutuo-Aiuto) per i giocatori non è stato privo di difficoltà. Le iniziative e i contatti con i gruppi dei Giocatori Anonimi (GA) delle vicine città come Venezia e Padova prima, Vicenza e Treviso poi, erano già stati intrapresi nel

2005-2006, tuttavia a distanza di 6 anni non era stato possibile favorirne l'insediamento nella nostra comunità, né attraverso una loro migrazione, né attraverso gli invii fatti poiché non avevano dato continuità per la distanza. Le condizioni sono divenute favorevoli nel 2012, quando un gruppo di giocatori e loro familiari, da tempo seguiti dall'Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Problematico del Dipartimento per le Dipendenze di Castelfranco Veneto, ha manifestato l'interesse di mettere a disposizione di altri giocatori la loro esperienza di cura. Siamo nel cuore del principio dell'auto-mutuo-aiuto che, come dice la parola, è l'aiutare se stessi in un rapporto di reciprocità e mutualità con altri portatori dello stesso problema. E' stato utile non essere travolti dall'entusiasmo, piuttosto procedere affrontando innanzitutto il problema sul piano organizzativo che rispondeva alla domanda: Come sviluppare una rete di interventi di gruppo self help o altri tipi di gruppo, in un territorio che fino a poco tempo prima era sembrato resistente alla crescita? La seconda domanda che all'epoca ci si poneva era: Quale tipo di gruppo per i giocatori problematici? Sul piano organizzativo come Dipartimento per le Dipendenze era importante trovare un partner che potesse gestire la parte operativa dei gruppi e in questo la Cooperativa Sociale "Sonda" rappresentò un'ottima opportunità sia per la lunga collaborazione con il nostro

servizio e soprattutto per la lunga esperienza e conoscenza degli approcci gruppal di auto-mutuo-aiuto nel territorio dell'Ulss2. Il passo successivo fu quello di organizzare un corso di formazione, non tanto sulla gestione e conduzione dei gruppi, quanto sulla patologia del gioco d'azzardo e sulle problematiche più comuni come la gestione economica, le conflittualità di coppia e le ricadute. Sul piano operativo quindi fu organizzato un ciclo formativo di 4 incontri rivolto agli operatori che avrebbero in futuro lavorato all'interno dei gruppi per giocatori problematici. Rimanendo sempre sul piano organizzativo, una volta concluso il corso di formazione sono stati mantenuti incontri regolari tra gli operatori del Dipartimento e gli operatori che conducono i gruppi nel territorio (equipe di lavoro). Gli incontri di lavoro sono stati, con il senno di poi, il vero nucleo propulsivo per sperimentare nuovi percorsi di gruppo territoriali di cui il Dipartimento manifestava interesse e necessità. Dal 2012 ad oggi sono tre i gruppi dedicati ai giocatori, attivi nella comunità locale di Castelfranco Veneto; essi hanno caratteristiche diverse dal tradizionale funzionamento dei gruppi AMA e presentano alcune peculiarità che sintetizziamo nelle schede seguenti.

GRUPPO MULTIFAMILIARE

Quando è nato	2012 (n° 11 nuclei familiari)
A chi è rivolto	Persone con disturbo da gioco d'azzardo e loro familiari
Durata dell'incontro	90' con cadenza settimanale; il gruppo è autofinanziato
Conduttore	Psicoterapeuta con formazione specifica sul GAP
Criteri di accesso	I soggetti a cui viene proposta la frequenza del gruppo sono tutte persone che almeno da alcuni mesi stanno seguendo un percorso ambulatoriale; questa tempistica permette agli operatori di avere un quadro chiaro delle caratteristiche di personalità, della storia personale e di gioco, delle risorse familiari e sociali da poter coinvolgere nel gruppo. Il gruppo accoglie anche persone con doppia diagnosi accompagnate da almeno un familiare. Sono presenti giocatori che hanno anche un problema alcolico, così come pazienti psichiatrici che hanno un problema di gioco patologico. Caratteristiche presenti in molte persone accolte nel gruppo sono: scarse capacità relazionali, isolamento sociale o ridotte competenze sociali, conflittualità familiare, coppie affaticate sul piano della relazione.
Modalità d'invio	Tutte le persone che arrivano al gruppo sono invitate a frequentarlo dagli operatori del SerD, non vi sono accessi spontanei; questa scelta è stata presa come tutela dei partecipanti del gruppo stesso. Tutti gli invii vengono attentamente valutati al fine di evitare il più possibile i drop out e le esperienze negative nei partecipanti. La proposta di invio inoltre viene condivisa con il conduttore del gruppo che valuta, assieme all'inviante, la compatibilità della situazione con quelle presenti all'interno del gruppo ed inoltre molta attenzione viene fatta al timing dell'invio. Secondo noi infatti è indispensabile cogliere anche il momento opportuno del processo gruppale per non rischiare di rendere la fase di accoglienza del nuovo membro un momento teso o spiacevole.
Tematiche principali	Storia familiare e di gioco La gestione economica La strutturazione della quotidianità Il tempo libero Le relazioni sociali
Modalità di conclusione	Nel corso degli anni sono state dimesse alcune situazioni familiari che avevano raggiunto un buon equilibrio generale (dimissione concordata). Ci si è orientati a definire drop out qualora la famiglia concluda il percorso di gruppo senza averlo condiviso con il servizio inviante.

GRUPPO DONNE CON GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico

Quando è nato	2015 (n° 7 giocatrici)
A chi è rivolto	Donne con disturbo da gioco d'azzardo di età compresa tra i 45 e 70 anni
Durata dell'incontro	90' con cadenza settimanale, gruppo autofinanziato
Conduttore	Psicoterapeuta con formazione specifica sul GAP
Criteri di accesso	<p>Donne con vissuti traumatici rispetto a relazioni familiari ed affettive. Il gioco rappresenta un modulatore affettivo.</p> <p>Le giocatrici hanno spesso una doppia presa in carico. Frequentano il gruppo e mantengono la presa in carico anche nel servizio con intervalli ampi tra un appuntamento e quello successivo.</p> <p>Non ci sono familiari nel gruppo.</p>
Modalità d'invio	<p>Il gruppo di giocatrici donne è stato avviato inizialmente all'interno del Servizio per le Dipendenze e dopo un congruo tempo di terapia, è stato spostato all'esterno. Attualmente i nuovi ingressi vengono gestiti dagli operatori del SerD che hanno in trattamento le giocatrici.</p> <p>I criteri di invio rispettano molto le indicazioni presenti in letteratura sulla differenza di genere nel trattamento delle dipendenze (Giustina, 2013; Prever, 2014; Bowden-Jones e Prever, 2017). In questo senso viene privilegiato l'invio di tutte le giocatrici che presentano in anamnesi più episodi in cui il gioco funge da sollievo a stati depressivi o ansiosi oppure vi sia da parte della donna una ricerca costante di strumenti e modalità per interrompere pensieri intrusivi spiacevoli.</p>
Tematiche principali	<p>Storia familiare e di gioco</p> <p>Eventi traumatici e strategie di compensazione</p> <p>La gestione economica</p> <p>Relazioni familiari ed amicali</p>
Modalità di conclusione	<p>In questo momento tutte le giocatrici del gruppo originario sono rimaste anche dopo aver completato il passaggio dal servizio all'ambiente esterno e cambiato terapeuta. A seguito del passaggio al gruppo esterno il servizio ha proceduto gradualmente a dimettere le giocatrici che avevano più di 24 mesi di astensione al gioco, lasciando aperta comunque la possibilità di futuri contatti se richiesti.</p>

GRUPPO PER GIOVANI GIOCATORI

Quando è nato	2018 (n° 8 giovani giocatori)
A chi è rivolto	Giovani uomini con disturbo da gioco d'azzardo di età compresa tra i 20 e i 35 anni, con qualche eccezione sull'età.
Durata dell'incontro	90' con cadenza settimanale, gruppo autofinanziato
Conduttore	Psicoterapeuta con formazione specifica sul GAP
Criteri di accesso	<p>Giovani giocatori con relazioni affettive conflittuali o comunque dove si evidenziano la prevalenza di cicli relazionali dove le modalità prevalenti sono passivo aggressive. Giovani giocatori che hanno perso il controllo del gioco a seguito di eventi di rotture affettive, separazioni, abbandoni o ripetuti rifiuti. Giovani giocatori che hanno più volte tentato lo svincolo dalla famiglia d'origine ma hanno anche fatto ritorno per le difficoltà nella gestione dell'autonomia sia economica che affettiva e organizzativa.</p> <p>Queste motivazioni appena descritte sono di fatto i contenuti che arricchiscono poi le distorsioni cognitive che sostengono il gioco: "Sfortunato in amore fortunato nel gioco; magari con le vincite al gioco posso arrivare a fine mese senza rivelare ai miei genitori che non sono in grado di mantenermi; se gioco mi consolo dopo aver litigato con la mia compagna etc."</p>
Modalità d'invio	<p>Gli invii vengono fatti dal personale del SerD. Superata la fase di aggancio e di assessment ed elaborato un profilo relazionale come sopra descritto viene proposto il gruppo e contemporaneamente avviato il percorso di cura presso il servizio. Non sempre l'elaborazione del profilo relazionale va di pari passo alla motivazione del giocatore ad affrontare le implicazioni che il suo comportamento di gioco ha sul versante affettivo/relazionale. In questo caso sarà il terapeuta con le sue competenze a valutare il timing più adeguato per l'invio con l'obiettivo di evitare i drop-out. Parallelamente alla presenza del gruppo di giovani giocatori nel territorio il SerD aveva avviato un gruppo rivolto ai familiari degli stessi. Era un gruppo psicoeducativo che aiutava le coppie genitoriali a collaborare nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo del figlio e talvolta toccava anche temi legati al processo di autonomia ed individuazione dei propri figli. Il gruppo dei familiari aveva una cadenza quindicinale ed è terminato a Giugno 2019.</p>
Tematiche principali	<p>Storia personale, familiare e affettiva del giocatore</p> <p>Gestione del denaro e abilità nel pianificare le spese</p> <p>Progetti di indipendenza: bisogni, potenzialità e responsabilità</p> <p>Le relazioni di coppia, amicali e sociali</p>
Modalità di conclusione	<p>Il gruppo attualmente è composto di 8 membri, alcuni single, alcuni sposati senza figli, alcuni sposati con figli nati dopo una crisi di coppia, altri in fase di separazione. Il gruppo è molto giovane come vita e non vi sono state occasioni di dimissione. Ci sono stati due drop out</p>

Le schede presentate ci aiutano ad approfondire le peculiarità di questo modello e in parte le similitudini e le differenze con i modelli selfhelp:

- tutti i gruppi sono condotti da un terapeuta, con formazione specifica sul gioco d'azzardo patologico. Questo elemento fondante differisce dalla tradizione dell'auto-mutuo aiuto in cui non vi è un professionista che coordina il gruppo, ma a rotazione i vari membri, con preferenza i più "anziani", fungono da facilitatori.
- i gruppi sono semichiusi, gli ingressi sono gestiti dal SerD, non vi sono ingressi spontanei. Questa è stata la prima scelta metodologica, per garantirci una sorta di monitoraggio del processo grupppale, che però avviene fuori e lontano dalla quotidiana attività clinica del servizio. La seconda scelta metodologica riguarda il timing dell'invio: all'inizio della presa in carico, a metà o alla fine? La fase dell'invio al gruppo è di per sé una fase delicata nel processo di cura perché può innescare azioni repentine come l'abbandono del percorso di cura oppure il fallimento del passaggio. La letteratura scientifica suggerisce, nel caso le risorse siano presenti, di non procrastinare l'eventuale invio al gruppo. Ed in effetti nella prassi quotidiana il passaggio ai gruppi esterni avviene poco dopo aver concluso la fase di assessment. Nel tempo abbiamo osservato che questo è il momento

preferibile per inviare le donne e i giovani giocatori poiché questi pazienti sfruttano positivamente l'apprendimento imitativo insito nell'approccio grupppale; le donne perché si trovano immerse in un contesto che riesce a decodificare i vissuti traumatici e dolorosi; i giovani giocatori perché possono prendere contatto con le loro difficoltà e parlare dei loro fallimenti senza preoccuparsi dell'immagine sociale. Il meccanismo imitativo influenza a sua volta l'autoefficacia e rinforza la motivazione al percorso terapeutico complessivo.

- vi è un'offerta di "gruppi omogenei", legati alla differenza di genere, che si sta dimostrando una risorsa importante poiché amplia l'offerta di cura specialistica, diversamente dai gruppi AMA che sono solitamente gruppi misti dove non vi è una selezione dell'invio e l'accesso è spontaneo e non regolamentato.
- sul piano dei contenuti il tema più frequentemente trattato in tutti i gruppi è il tema del denaro, la gestione economica, la pianificazione delle spese, il monitoraggio economico come strategia principe per il controllo delle ricadute. Secondariamente sono le ricadute e le difficoltà delle relazioni. Il processo grupppale viene gestito dal terapeuta che lavora per aumentare la consapevolezza e gestisce le dinamiche di gruppo. Nei gruppi AMA i temi sono solitamente

scelti all'inizio dell'incontro e ogni membro porta le sue riflessioni personali e successivamente decide che cosa utilizzare.

- il gruppo multifamiliare ha maturato nel tempo una buona capacità nella gestione dei pazienti con doppia diagnosi, proponendo un ambiente di sostegno che offre anche opportunità concrete e operative come quello di organizzare delle uscite in pizzeria oppure attivarsi per aiutare una famiglia che è in difficoltà con delle donazioni di indumenti, cibo o altro. In questo caso la modalità di funzionamento è maggiormente assimilabile ai gruppi self-help e dei CLUB.

Conclusioni

In questo spazio abbiamo presentato solamente una parte dell'esperienza avviata a Castelfranco Veneto, esperienza che ha permesso al servizio pubblico di costruire una rete di interventi nel territorio talvolta preziosa per gestire al meglio il carico di lavoro dell'Ambulatorio specialistico. Seppure ci sia la necessità di ulteriori approfondimenti, visto la brevità dell'esperienza, ad oggi possiamo raccogliere alcune osservazioni preliminari da parte dei giocatori. Essi parlano dell'esperienza del gruppo come di un luogo in cui ci si può confrontare rispetto ad alcune tematiche che non trovano spazio altrove. L'incontro settimanale è vissuto come rinforzo e sostegno rispetto al comportamento di non gioco. I

partecipanti inoltre riportano la ricchezza relazionale che traggono da questo sistema; ampliare le relazioni e promuovere scambi costruttivi sono visti come un'alternativa protettiva rispetto alle relazioni unidirezionali che spesso accompagnavano il loro stile di vita legato al gioco. Dall'inizio dell'esperienza ad oggi sono trascorsi 8 anni, noi operatori siamo soddisfatti del lavoro svolto e siamo ancora impegnati nel realizzare due ipotesi di sviluppo: un gruppo per le coppie in trattamento e un gruppo per anziani.

Bibliografia

- Bowden-Jones, H. & Prever, F. (2017). *Gambling Disorders in Women*. Routledge Taylor Francis Group, London.
- NIDA. (2012). *Principles of drug addiction treatment (a research-based guide)*. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Giustina, L.M. et al. (2013). Differenza di genere nella Tossicodipendenza e nel gioco d'azzardo patologico. *Italian Journal on Addiction*. Vol 3, Numero 2.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D. et al. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*,

26/3, 151-158.

- Prever, F. (2014). Il gioco al femminile. In *Manuale sul Gioco d'Azzardo. Diagnosi valutazione e trattamenti.* (a cura di) Graziano Bellio e Mauro Croce. Franco Angeli, Milano.
- Ries, R.K., Miller, S.C., Fiellin, D.A., & Saitz R. (2009). *Principles of Addiction Medicine.* 4° Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Zavan, V. (2011). Il mondo dell'auto-aiuto. In *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e Cocaina. Il Modello Soranzo.* (a cura di) Ina Maria Hinnenthal e Mauro Cibir, Ed. SEEd, Torino.
- Zavan, V. (2019). Gruppo 12 Passi: sobrietà e serenità come garanzia di tenuta nel tempo? In: *Aftercare & Post-Prevention nelle Addiction. Verso il benessere.* (a cura di) C. Chiamulera e M. Cibir, Edizioni Publiedit (Collana Dipendenze).

Una lettura critica di: L.J. Rugle and R.J. Rosenthal, “Transference and Countertransference Reactions in the Psychotherapy of Pathological Gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 10/1: 43-65, 1994.

Graziano Bellio, Psichiatra Psicoterapeuta, Treviso

Perché rivisitare un testo vecchio di oltre un quarto di secolo? La relazione terapeutica è un fenomeno osservabile il cui studio mediante un rigoroso metodo scientifico è alquanto difficile a causa della sua complessità e della presenza di variabili imponderabili e individuali. In effetti la medicina scientifica non ignora completamente l'importanza del rapporto con il paziente, tuttavia fatica ad andare oltre al semplice dato descrittivo e all'utilizzo di una terminologia il cui significato profondo, i presupposti e le implicazioni non vengono chiariti del tutto. Pensiamo ad esempio all'ampio utilizzo di concetti quali comunicazione, empatia, umanizzazione, ascolto, consapevolezza, e a quante e quali dimensioni soggettive e interpersonali ricomprendono. Viene quindi spontaneo tornare ad un passato non recentissimo in cui proliferavano lavori di approfondimento degli elementi affettivi e cognitivi relativi all'incontro col paziente,

anche nell'ambito della medicina somatica. Non che adesso manchi letteratura psicomodinamica, ma ciò che è mutato è il suo peso culturale e la ricaduta sulla pratica clinica. Ho pertanto rivolto la mia attenzione ad un articolo “storico”, di oltre 25 anni fa, che tuttavia mi sembra del tutto attuale. Guardare alle dinamiche del Transfert e Controtransfert vuol dire esplorare non solo i fenomeni affettivi che caratterizzano la relazione psicoterapeutica, ma pure le dinamiche dei rapporti all'interno della équipe curante. I fenomeni clinici non cambiano con le mode, né con i modelli teorici. Essi sono lì per essere osservati e interrogati. Spetta ai modelli tentare di dare risposte razionali, fornendo una matrice esplicativa per mezzo della quale poterli interpretare e gestire più consapevolmente, senza sentirsi eccessivamente sperduti.

Prima di tutto: la relazione Rugle e Rosenthal (d'ora in poi ReR) sottolineano che la relazione inizia con il pri-

mo contatto, vis a vis o telefonico. Il contatto non è un evento neutro, ma è già carico di elementi emotivamente importanti. Già le modalità con cui viene richiesto aiuto consentono di vedere quali parti di sé e del suo funzionamento il paziente esprime: la vergogna, l'umiliazione o la rabbia possono generare fin da subito problemi comunicativi, incomprensioni e difficoltà emotive sia nel paziente che nell'operatore. Questi è chiamato a costruire attivamente un contesto incoraggiante e garantire un clima di disponibilità e accettazione associati ad autorevolezza e sicurezza del proprio ruolo e delle proprie capacità. In ogni caso la presenza di ostilità, diffidenza e rabbia nelle fasi iniziali del rapporto non costituisce necessariamente un impedimento allo sviluppo positivo del trattamento, dato che di frequente questi stati d'animo iniziali sono causati da condizioni esterne, ad esempio conflittualità e pressioni derivate dall'ambiente. La letteratura psicodinamica sul trattamento psicologico delle dipendenze raccomanda due cose fondamentali: 1) evitare un approccio interpretativo o confrontativo troppo precoce; 2) suddividere la relazione terapeutica tra più operatori. Una relazione "diluita" può infatti essere rassicurante per chi trova difficoltà nelle relazioni intime, tuttavia può talora comportare lo sviluppo di fenomeni scissionali (o splitting). Quando il paziente sperimenta un operatore come "buono" e un altro come "cattivo" è possibile per l'operatore "buono" far riflettere il paziente sulle proprie modalità relazionali scisse. Sfortunatamente problemi anche gravi nell'equipe possono nascere

se gli operatori iniziano, in modo del tutto spontaneo e inconsapevole, a incarnare nella realtà i ruoli che il paziente ha loro assegnati.

Reazioni di transfert positivo

La buona relazione e il transfert positivo sottostante vengono attivamente elicitati dagli operatori in quanto presupposto per il prosieguo e il buon esito del trattamento. Tuttavia, ReR sottolineano che anche un transfert positivo può riservare trappole e difficoltà. La ricerca di attenzione e approvazione da parte del terapeuta rappresenta un punto cui il paziente narcisista è molto sensibile e viene sollecitata di frequente, magari attraverso il comportamento non verbale. Se non ottenuta il paziente potrebbe rispondere con un distacco emotivo, rabbia, oppure attraverso comportamenti miranti ad attrarre e imporre l'attenzione. Sentimenti aggressivi potrebbero peraltro essere negati a livello conscio e trasformati nella tendenza a proteggere il terapeuta, tendenza ben individuabile nei trattamenti di gruppo. La polarizzazione estrema del transfert positivo è rappresentata dalla idealizzazione del terapeuta, sentimento che ha lo scopo di rassicurare il paziente e di minimizzare l'angoscia di abbandono. Il terapeuta viene molto gratificato sul piano professionale personale. L'idealizzazione tuttavia, poiché è frutto della scissione, si accompagna al rischio dell'improvviso viraggio verso un transfert negativo. Va considerato infatti che un terapeuta "perfetto" e onnipotente può scatenare sentimenti di invidia e paura nel paziente: tanto più il terapeuta è idealizzato, tanto maggiore è il divario

percepito dolorosamente con il Sé svalutato. La relazione può improvvisamente virare e il terapeuta venir vissuto come un persecutore, un incapace, un approfittatore. Se questi vissuti affiorano alla coscienza il paziente manifesterà aggressività e rabbia. Se al contrario, rimangono a livello inconscio, potrebbero svilupparsi sentimenti depressivi e di ansia. È spesso possibile individuare uno o più fattori trigger che hanno scatenato lo switch: uno spostamento di appuntamento, un ritardo, le ferie del terapeuta, una critica (vera o presunta), una confrontazione sulle regole, eccetera. Il terapeuta può avere difficoltà a trovare il punto di confine tra un transfert che aiuta la terapia e un transfert idealizzante che la mette in pericolo. Il lavoro sul rischio di viraggio svalutante va portato avanti quando il rapporto con il paziente mostra aspetti di idealizzazione irrealistica.

Reazioni di transfert negativo

Le persone dipendenti sono portatrici di grave psicopatologia frequentemente associata a comportamenti o atteggiamenti antisociali. Sono pazienti difficili e talora sgradevoli. Ciò comporta che l'operatore sia chiamato spesso a confrontarsi e gestire un transfert negativo. Molti giocatori presentano una spiccata tendenza alla competitività: la polarità vincere-perdere si presenta anche al di fuori delle situazioni di gioco, nelle relazioni quotidiane e in terapia. Per questi pazienti l'agonismo rappresenta, come il narcisismo, una stappella alla fragile autostima. Spesso la competizione viene "giocata" ponendo dubbi su

scelte teoriche, aprendo dibattiti filosofici, impostando giochi di potere all'interno della relazione. Il terapeuta corre il rischio di farsi intrappolare e di diventare rigido e difensivo. D'altro canto, è evidente che nessun terapeuta è onnisciente e infallibile e che qualsiasi paziente può avere il sopravvento sul proprio terapeuta; ciò che forse va perseguita è la possibilità di un esito vincita-vincita in terapia. Il diniego e la resistenza al trattamento sono probabilmente le più comuni forme di transfert negativo osservabile nei trattamenti dei soggetti con dipendenza. Contro di esse in passato venivano introdotti interventi di confrontazione anche dura che mettevano il paziente nelle condizioni di resistere ancora più tenacemente oppure di cedere, travolto dall'ansia di abbandono. Oggi con il giocatore resistente si interviene con il rinforzo motivazionale e con l'incoraggiamento a comprendere le conseguenze del suo comportamento nel contenimento del gioco, nella sua vita emotiva e nelle relazioni. La confrontazione, quando presente, è più delicata ed è prevalentemente il rispecchiamento del dato di realtà. Il paziente dovrebbe precocemente essere incoraggiato a mettere in pratica specifici cambiamenti comportamentali. È molto frequente che l'astensione dal gioco e il trattamento siano visti come una imposizione esterna. La polarizzazione "per me stesso/per gli altri" ricalca quella "vincita/perdita" ed è il frutto di un atteggiamento cognitivo del tipo tutto/nulla.

Reazioni di controtransfert

Il transfert positivo o negativo avrà sempre

una ricaduta sugli affetti dell'operatore. Le reazioni emotive del terapeuta sono un fatto del tutto normale e parte integrante della terapia. Il terapeuta esperto potrà farsi aiutare dalle proprie reazioni per una migliore decodifica delle comunicazioni e delle esperienze interne del giocatore. Dovrà in ogni caso porre attenzione al rischio di agire i propri stati emotivi e mettere così in pericolo la terapia. Analogamente a quanto visto a proposito del transfert positivo, il terapeuta deve considerare l'ipotesi che una reazione controtransferale idealizzata potrebbe interferire con il trattamento. Giocatori problematici ad alto livello di funzionamento, brillanti, colti, potrebbero in realtà caratterizzarsi per un umore ipomaniacale. Il terapeuta solitamente accoglie con grande favore pazienti di questo tipo che rendono la seduta piacevole, "leggera" e gratificante. Tuttavia, potrebbe non riuscire a vedere gli aspetti difensivi legati a questo atteggiamento: superficialità, scarso impegno sostanziale, proiezione all'esterno delle responsabilità, talora disonestà. Particolare accortezza va posta a evitare di schierarsi nel caso di conflitti tra paziente e familiari, o con altri operatori dell'equipe. Nel caso di certificazioni o perizie medico-legali appare inappropriato qualsiasi tentativo diretto a evitare che il paziente accetti le proprie responsabilità. Il controtransfert negativo può rappresentare una risposta speculare a un corrispondente transfert del paziente, esplicito o implicito: il terapeuta risponde in modo competitivo alla competitività del giocatore, aggressivamente alla aggressività, criti-

camente alle critiche. Il terapeuta inesperto o poco sicuro di sé cercherà di ottenere una "superiorità" e il controllo della relazione con paziente attraverso modalità inadeguate, accusandolo, umiliandolo, sottomettendolo. Pazienti con caratteristiche antisociali o gravemente narcisistiche possono presentarsi con un atteggiamento sprezzante, svalutativo, talora intimidatorio. Frequentemente entra in azione la scissione dell'oggetto per cui tali comportamenti sono riservati solo a una parte dello staff e ciò tende a stimolare risposte differenziate e inadeguate da parte degli operatori a seconda del tipo di relazione che il paziente assume con essi. Si possono quindi creare fazioni di operatori "buoni" e "cattivi" all'interno dell'equipe: gli uni possono considerare responsabili gli altri per i comportamenti del paziente. Le equipe di servizio diventano terreno in cui si ripropongono contrapposizioni rigide già esistenti in famiglia, con conflitti in cui ciò che viene perso è l'atteggiamento esplorativo e l'approccio empirico. Diventa indispensabile in questi casi che ogni operatore possa riflettere sulle proprie emozioni controtransferali e diventare consapevole degli effetti della presenza di pazienti così destabilizzanti sull'intera equipe. Queste dinamiche possono riprodursi anche nel rapporto tra famiglia ed operatori. Similmente a quanto accade al giocatore che prima idealizza il terapeuta per poi passare bruscamente all'atteggiamento opposto di svalutazione, anche il terapeuta potrebbe sperimentare improvvisi switch da sentimenti positivi a negativi. Ciò potrebbe accadere nel caso emerga che il giocatore, come tutti i sog-

getti con una dipendenza patologica, ha mentito e ingannato il terapeuta, oppure ha nascosto che è ricaduto. La paura di venir “fregati” dal paziente può generare risposte inadeguate per un contesto terapeutico, ad esempio adottare comportamenti di ipercontrollo. Tuttavia, realisticamente, nessun operatore è capace di evitare gli inganni. Questi atteggiamenti facilmente irritano il terapeuta o gli fanno perdere fiducia nel trattamento in corso, ma chi lavora con le persone dipendenti deve essere in grado di sostenere ed elaborare le ferite narcisistiche, meglio se con un lavoro di supervisione. Ulteriori espressioni di reazione controtransferale disfunzionale sono: guardare insistentemente l’orologio durante la seduta, percepire un senso di pesantezza all’idea di incontrare il paziente, evitare di richiamarlo telefonicamente quando necessario, tutte manifestazioni di distacco e disinvestimento da parte del terapeuta. Può essere particolarmente arduo trovare una giusta distanza con pazienti che presentano un disturbo di dipendenza poiché si pongono in costante necessità di aiuti urgenti, hanno comportamenti disturbati, tendono ad imporre la loro situazione, manifestano resistenze, rabbia o, al contrario, dipendenza adesiva e insaziabile; possono inoltre essere manipolativi e intimidatori. Il rischio maggiore è la perdita della alleanza tra operatori, cioè la maggiore risorsa a disposizione della terapia.

Cosa ci insegna il lavoro di Ruggle e Rosenthal

Diciamo subito che ReR non propongono un punto di vista rivoluzionario: la letteratura psicoanalitica ha prodotto moltissimo sulle

relazioni affettive tra pazienti gravi ed equipe curante, basti pensare ad esempio ad Autori della scuola Kleiniana come Bion (1962), Racker (1968), Rosenfeld (1965), all’estesa letteratura sul concetto di identificazione proiettiva (Sandler, 1987), e agli scritti di Searles (1979) e Kernberg (1984), solo per fare qualche nome. ReR hanno avuto il merito di descrivere le principali dinamiche affettive e relazionali che caratterizzano il trattamento dei giocatori (e delle persone con altre dipendenze). Ci ricordano che le problematiche transferali e controtransferali non esistono solamente nell’ambito di una psicoterapia, ma coinvolgono l’equipe nel suo complesso: sono dinamiche umane inevitabili che emergono nell’ambito della relazione d’aiuto, diadica o diluita. Gli affetti sono fondamentali per la terapia, sia in senso positivo che negativo. Tutti gli operatori sono chiamati a comprendere e gestire nel modo più adeguato possibile il rapporto e le comunicazioni con il paziente e con i colleghi: questo fatto è ineludibile e mette in gioco anche la stessa nostra salute mentale. Le cattive relazioni erodono progressivamente le motivazioni e il benessere dell’operatore. Appare quindi indispensabile ritornare ad un modello di clinica che aiuti gli operatori a dare un senso a quello che accade nelle interazioni con i pazienti fortemente disturbati (e le persone con dipendenza generalmente lo sono). Purtroppo con la “caduta in disgrazia” dei modelli psicodinamici, accusati (non a torto) di essere fuori dalla pratica evidence-based, si è gettato il bimbo insieme all’acqua sporca. I servizi si sono impoveriti di

un sapere e di una sensibilità che predisponeva gli operatori a valorizzare le risonanze affettive per decodificare sempre meglio il rapporto terapeutico e a mettere in discussione le proprie modalità. Qualcuno scrisse che ogni innovazione costringe la Chiesa a tornare alle proprie origini e al nucleo fondativo del proprio credo. Analogamente ritengo che ogni medico, indipendentemente dalla propria specializzazione, dovrebbe riflettere sui principi cardine della professione che sono essenzialmente etici, relazionali e psicosociali (Engel, 1973).

Bibliografia

- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Trad. Ital.: *Apprendere dall'esperienza*, Armando Armando Editore, Roma, 1972 (in particolare il cap. 12, ndc).
- Engel, G.L. (1973). *Enduring Attributes of Medicine Relevant for the Education of the Physician*. *Annals of Internal Medicine*, 78:587-593, 1973.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. Trad. Ital.: *Disturbi Gravi della Personalità*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. Trad. Ital.: *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, Armando Armando Editore, 1970.
- Rosenfeld, H.A. (1965). *Psychotic States: A Psychoanalytical Approach*. Trad. Ital.: *Stati Psicotici. Un approccio psicoanalitico*, Armando Armando Editore, Roma, 1973.
- Rugle, L.J. & Rosenthal, R.J. (1994). *Transference and Countertransference Reactions in the Psychotherapy of Pathological Gamblers*, *Journal of Gambling Studies*, 10/1: 43-65.
- Rycroft, C. (1968). *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. Trad. Ital.: *Dizionario Critico di Psicoanalisi*, Astrolabio-Ubal dini Ed., Roma, 1970.
- Sandler, J. (a cura di) (1987). *Projection, Identification, Projective Identification*. Trad. Ital.: *Proiezione, identificazione, Identificazione proiettiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Searles, H.F. (1979). *Countertransference and Related Subjects*. Trad. Ital.: *Il Controtransfert*, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.

Un incontro inaspettato

Daniela Capitanucci, Psicologa Psicoterapeuta, AND-Azzardo e Nuove
Dipendenze, ALEA

Roberta Smaniotto, Psicologa Psicoterapeuta, AND-Azzardo e Nuove
Dipendenze, ALEA

Un viaggio di ritorno, prima del coronavirus, da una giornata di studi si trasforma in occasione surreale di confronto con l'industria de gioco d'azzardo. Una carrozza di Italo alta velocità di prima classe, piena di persone intente a farsi i fatti propri. Tutti hanno un'aria stanca. È ormai sera, fuori è buio e non si vede l'ora di arrivare a casa. La sveglia al mattino è suonata prestissimo. Alle 5 e alle 6.30 eravamo già sul treno di andata. Non saremo a casa prima delle 22. C'è chi dorme, chi legge il giornale, chi chiacchiera col vicino di sedile, chi ascolta musica o guarda un film, chi risponde incessantemente al cellulare perché, si sa, con le gallerie la linea continua a cadere. Noi siamo piene di idee perché la riunione sul gioco d'azzardo è stata stimolante e piena di spunti che non vediamo l'ora di seguire. Questa volta a differenza delle altre ci troviamo sedute di fronte a una strana coppia. Maschio e femmina, lei giovanissima,

ben curata nell'aspetto, cellulare di ultimissima generazione e rigorosamente della casa di Cupertino, stilosissima, capello lungo, liscio, scuro, unghie smaltate, impegnata a leggere un testo scolastico; lui, giovane, aitante, più serio, ben vestito, con accessori e abbigliamento griffato, all'ultima moda, con un prezioso rolex al polso e un'aria di chi la sa lunga. Si scambiano poche parole, di tanto in tanto. Noi siamo stanche, ma adrenaliniche. A dire il vero, parliamo tra noi ma senza fare riferimenti precisi al gioco d'azzardo. Del resto, siamo monotone e tra noi non c'è bisogno di chiarirci di cosa stiamo parlando. Ma, ad un tratto, il distinto giovanotto prende la parola per dire che il problema è che ormai sono state aperte troppe sale dove si possono fare scommesse. Noi non possiamo che essere d'accordo con lui. Poi però prosegue. Lui afferma di gestire varie sale in una grande città, e che è stato proprio l'aumento delle sale a dequalificare l'offerta. Del resto, dice lui, nelle sue sale non

ci sono giocatori problematici e men che meno fa entrare minorenni. Altrove invece... la situazione è ben diversa... e anche lui lo sa. Nel giro di poco, ci ingaggiamo in una animata conversazione. O meglio, Roberta subito si è eclissata ponendosi nel ruolo di osservatore: sentiva che ci voleva convincere della bontà dei suoi intenti. Daniela invece non ha mollato la presa! Così abbiamo saputo tante cose. Sulla sua vita, sul suo lavoro, sul suo vivere di gioco d'azzardo altrui. Figlio di un esercente, già all'inizio della rivoluzione del mercato voleva introdurre offerte di gioco d'azzardo (slot, scommesse, ecc.) nel locale del padre che invece, temendo la criminalità organizzata, propendeva per non ampliare l'offerta. Poi, più in là, lui stesso avviava attività in questo ramo. Prima una sala scommesse, poi un'altra, e poi altre ancora. Racconta che per un periodo anche lui era stato un giocatore, forse un po' troppo pesante, ma poi la sua futura moglie gli aveva dato un aut aut: o me o le scommesse. E lui aveva scelto di passare dall'altra parte: diventando gestore. È arrivato il benessere: una bella casa, una vita comoda, e dei figli. Figli a cui offrire il meglio, dando loro ogni possibilità. Quale genitore non lo farebbe? Ah, già. Non riesce a farlo un genitore che ha un disturbo da gioco d'azzardo.... Ma torniamo al nostro interlocutore. E alla sua compagna di viaggio che a quel punto ci dice essere sua figlia. L'altro sta ancora studiando al liceo, uno tra i migliori, per diventare medico. Lei invece

è alle superiori. Stanno andando all'open day di una delle più famose, rinomate e costose università di Milano. È lì che lei desidera poter studiare per avviarsi ad una professione di stampo economico. Capiamo che per lui poter assicurare un futuro ai suoi figli è un obiettivo prioritario. Come fa a dirsi che ciò è a scapito dei figli degli altri? Non può. Più volte ci dice anche di essere un buon cristiano. Che sì, sa che nel suo lavoro le persone corrono dei rischi, ma che lui cerca di contenerli al meglio. La ragazza si alza più volte allontanandosi dal suo posto durante questa conversazione. Appare un po' a disagio. Ma finalmente siamo a Milano e tutti possono scendere, tornando alle proprie attività, ai propri punti di vista, che non riusciranno a convergere.

FUORI DAGLI SCHEMI...DENTRO GLI SCHEMI

DI SILVANA UGOLINI

Il mio nome è **Azzardo**
C'è chi dice che sono sempre esistito
Di sicuro vengo dalla **notte** dei tempi
Trovarmi non sarà difficile, sono
dovunque

Le mie tecniche oggi si sono molto affinate
Prometto per non mantenere
Illudo per **manipolare**
Regalo euforia per annientare

Usami e in breve sarai in mio **potere**
Intrapperò la tua mente
Distruggerò i tuoi **affetti**
Vedrai **svanire** sogni, speranze
E non avrai altra vita **al di fuori** di me

Hai un solo mezzo per neutralizzarmi:
Non azzardarti
Non giocare

Collabora con il *Bulletin!*

Cari Soci,
Sono passati oltre due mesi, con la pandemia da virus SARS-CoV-2 che ha colpito duramente molti Paesi e il nostro in particolar modo. L'impatto è stato molto pesante per ognuno di noi sia sul piano personale che su quello professionale. In poche settimane è stato necessario riorganizzare abitudini e comportamenti, anche in ambito lavorativo. I nostri pazienti sono stati costretti ad isolarsi in casa, a rinunciare a molte consuetudini, a ricostruire la gestione del proprio tempo. Adesso, dopo due mesi di lockdown, è forse giunto il momento di iniziare a riflettere su come noi stessi e i pazienti abbiamo affrontato l'emergenza, quali cambiamenti stiamo osservando, come abbiamo modificato le nostre prassi e con quale risultato. Mentre ancora siamo nel vivo di un impegno inedito e con prospettive per larga parte ancora imprevedibili, è utile avere delle occasioni per mettere a fattor comune le esperienze individuali, in uno spirito di dialogo che senz'altro ci aiuta a sviluppare le nostre professionalità. In questa direzione, Alea Bulletin sta

preparando un numero monografico che raccolga esperienze e riflessioni sull'impatto della pandemia sui comportamenti dei giocatori e degli operatori del pubblico e del privato, sul flusso dei pazienti verso i servizi, sulle terapie e su eventuali modificazioni fenomenologiche. I giocatori hanno ricercato altre occasioni di gioco o al contrario vi è stato un minor richiamo verso l'azzardo? Si è assistito ad uno switch verso l'azzardo online? L'isolamento in casa ha influito sulle relazioni familiari? Noi operatori abbiamo ricercato e attivato modalità innovative per garantire l'assistenza ai giocatori, e con quali effetti? Quale l'impatto sui flussi dei pazienti verso i servizi? Questi sono solamente alcuni tra gli interrogativi che possono scaturire dall'esperienza che stiamo vivendo e che, almeno per il momento, sembra aver passato il momento più buio. Su queste premesse, invitiamo tutti a proporre al Bulletin: riflessioni, descrizioni di esperienze, iniziative, suggerimenti, indicazioni, casi clinici e ricerche, per una condivisione più ampia possibile. Inviare i vostri scritti alla redazione.

Tutti i soci di Alea sono invitati a proporre propri contributi con argomenti relativi alle seguenti 3 macro-aree: Gioco d'Azzardo, Comportamenti a Rischio, Dipendenze Comportamentali. I lavori dovranno essere conformi alle norme redazionali pubblicate 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 autori 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
Mauro Croce
Claudio Dalpiaz
Beatrice De Luca
Gianni Savron

Presidenza ALEA
E-mail: [presidenza.alea@gmail](mailto: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.