

ORTHOS: PROGRAMMA RESIDENZIALE DI PSICOTERAPIA INTENSIVA PER GIOCATORI D'AZZARDO

Riccardo Zerbetto

Pubblicato sul Bulletin di Alea-Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio, giugno del vol. 1, n.2 del 2013

1. PREMESSA

Il presente contributo riporta i risultati emersi da una ricerca sugli *outcomes* dei primi cinque anni di sperimentazione del trattamento in ambito residenziale del Programma Orthos per giocatori d'azzardo patologico.

Il nostro Paese si distingue per la ricchezza di trattamenti ambulatoriali e residenziali mirati al superamento delle condizioni di tossicodipendenza. Tale condizione patologica è collegata nella stragrande maggioranza dei casi alla dipendenza da eroina e, in minor misura da cocaina e alcool. Mancano allo stato attuale risorse di trattamento per altre patologie che, pur avendo all'origine una struttura di personalità predisposta alla *dipendenza (addiction prone personality)*, si diversificano in una gamma di diverse espressioni fenomeniche che vanno dal gioco d'azzardo patologico, alla sex addiction, all'abuso di Internet, all'abuso di ecstasy, cocaina ed altri stimolanti.

Per tali condizioni morbose, risultano talvolta insufficienti sia gli interventi medico-psicologici in ambito ambulatoriale offerti dai Ser.T., per la scarsa incisività in situazioni di comportamento compulsivo grave ed inveterato, sia di tipo comunitario a causa dei lunghi periodi generalmente previsti per i programmi di recupero.

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

Ne deriva un forte disagio nella possibilità di offrire utili e realistici sbocchi terapeutici in situazioni che, seppure non ricalcano la devastante drammaticità di quadri di eroinomania primaria, comportano comunque forti elementi di sofferenza psico-adattiva ai singoli, alle famiglie ed alla collettività.

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

- Essere di durata più breve e comunque tale da rendersi compatibile con la permanenza di un inserimento nel tessuto sociale, lavorativo e familiare del soggetto;
- Avere una alta specificità di intervento sulla patologia specifica;
- Dotarsi di programmi a prevalente orientamento psicoterapico, più che medico, e articolati in modelli intensivi e fortemente strutturati al fine di poter incidere in profondità, pur in un arco di tempo limitato, sul comportamento disadattivo e sui nuclei problematici della personalità del soggetto;
- Prevedere una fase diagnostica accurata di *intake* in collegamento con i servizi sul territorio;
- Prevedere una fase di accompagnamento e consolidamento del lavoro psicoterapeutico collegato alla fase residenziale che sia sufficientemente strutturata e tale da non vanificare i risultati ottenuti (Zerbetto, 2010).

Su tali linee progettuali è stata avviata una sperimentazione a partire dalla 2007 su proposta della Associazione Orthos e finanziata dalla Regione Toscana nel contesto delle misure previste dal capitolo "Prevenzione e contenimento del gioco d'azzardo problematico e promozione di azioni mirate al sostegno di una adeguata cultura del gioco" Delibera N. 918/2004.

A seguito della Valutazione favorevole sugli esiti della sperimentazione ad opera della Commissione nominata dalla Regione Toscana, il Progetto è stato ri-finanziato anche per il 2008 per complessivi 24 utenti provenienti dalla Regione Toscana con Decreto n. 1687/2008 avente per oggetto il "Piano Integrato Sociale 2007-2010. Interventi riferiti alla popolazione con dipendenze e con forte marginalità sociale".

Per la sua "messa a norma" si rende tuttavia indispensabile l'inclusione della ludopatia tra i LEA (livelli essenziali di assistenza), provvedimento che il Decreto Balduzzi (...) ha contemplato senza tuttavia prevedere alcuna copertura finanziaria per sostenere i costi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti coinvolti nel gioco d'azzardo problematico. Anche a livello regionale, il Progetto Orthos inserisce in modo anticipativo e coerente nelle linee previste dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 dove, al punto 7.12 "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" si prevede come: "Il fenomeno delle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcool, fumo, farmaci) e delle nuove forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, per la sua vastità e problematicità, per la natura di "patologia cronica e recidivante", nonché per la rapidità e mutevolezza delle forme di approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, abbisogna di uno sforzo di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le

prassi e i metodi di intervento già collaudati”. A questi pronunciamenti di carattere programmatico non sono seguiti, tuttavia, atti di valore normativo adeguati a creare le condizioni per una messa a regime di nuovi strumenti di cura per affrontare le dipendenze comportamentali. ci auguriamo che detti interventi non tardino e che l’esperienza raccolta in questi anni non vada perduta, ma valga a mettere a disposizione della società attuale strumenti di cura adeguati alle mutate forme di patologia dalle quali è interessata.

Il Progetto viene presentato sul sito: www.orthos.biz.

2. PRESENTAZIONE DEL PROGETTO ORTHOS

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

2.1 FILOSOFIA DI RIFERIMENTO

Il nome del progetto, *Orthos*, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. *Orthos* è “colui che sta in piedi” che non è reclinato (da cui cliente) o abbandonato passivamente (da cui paziente) a se stesso e non dipende quindi da altri nel *reggersi sulle proprie gambe*. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica inoltre la scelta filosofica di fondo, all’origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere quanto l’importanza di contestualizzare all’interno di una costellazione di valori e non di disvalori tale legittima aspirazione dell’essere umano (Zerbetto, 2004).

C’è tuttavia un passaggio critico nel quale il piacere sconfinava nel *dis-piacere*. Legge questa che possiamo riscontrare puntualmente nei disturbi alimentari, nell’uso di bevande inebrianti, nel gioco e nella pratica sessuale. Non è quindi nel perpetuare un’ontologica contrapposizione, ma nell’esplorare ed affinare *l’arte del buon vivere* che possiamo perseguire quella pratica di autoapprendimento, di messa a fuoco del confine critico che ognuno porta in sé inconsciamente e che dobbiamo far emergere a livello adulto e consapevole.

Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o peggio ancora di malattia incurabile (proposta dalla filosofia degli Alcolisti Anonimi) che può darci le premesse per una ricerca empiricamente scientifica ed antropologicamente coerente con una tradizione millenaria di possibile coesistenza con fattori dipendentogeni con i quali l’umanità da sempre si è trovata a confrontarsi. A questa sapienza millenaria si deve attingere superando il tragico empasse nel quale ci costringe una mentalità di derivazione prioritariamente statunitense all’insegna di un insanabile contrapposizione tra eccesso e rigorismo proibizionistico (Zerbetto, 2002).

In altre parole non è necessario introdurre ed enfatizzare un’ontologica contrapposizione tra principio del piacere e “di realtà”, secondo una prospettiva che la stessa psicoanalisi fa propria salvo rispecchiare una tradizione millenaria di orientamento spiritualistico a partire dalla contrapposizione tra anima (*psychè*) e corpo (*soma*) di platonica memoria sino a S. Paolo (“vedo ciò che vorrei fare e faccio ciò che non voglio”) e all’esistenzialismo kierkegaardiano. Giova, semmai, ricordare l’indicazione del filosofo Epicuro – in genere ingiustamente sottovalutato – che ci ricorda come il *senso della misura* (coerentemente all’etica greca del “*metron ariston*”, del fatto cioè che la cosa migliore sta appunto nella misura) è intrinseco alla logica del piacere e non ad essa contrapposto. C’è infatti un *acmè* nella curva di Gauss delle esperienze di piacere (vedi l’assunzione di alcolici) oltre la quale il piacere, appunto, si trasforma in sofferenza.

Se il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell’uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile eradicarlo completamente dall’individuo o dalla società. Se tale discorso è vero in generale, lo è in particolare per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socio-culturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco.

L’unica strategia realistica in nostro possesso è quindi quella di non estremizzare una dialettica gioco-non gioco che, seppure utile ed inevitabile in certe fasi della vita (come lo può essere il digiuno) non può realisticamente rappresentare sempre la soluzione definitiva. Si tratta quindi di confrontarsi con il tema del “giusto equilibrio” in una ricerca sofferta e paziente che consenta di riportare sotto controllo un comportamento che tendenzialmente a questo controllo è sfuggito.

In casi estremi questo tentativo è destinato a fallire e, analogamente a quanto può dirsi per un diabetico grave, non c’è nessuna possibilità di “convivere con gli zuccheri”. In molti casi, tuttavia, tale riequilibrio è possibile e risulta quindi più appropriata una strategia terapeutica che si proponga obiettivi più realistici e moderati che più irrealistici e radicali.

Secondo tale orientamento, recepito anche da molti programmi di recupero, non esiste nessuna possibilità di mediazione tra comportamento astinente e comportamento orientato al gioco eccessivo dal momento che, sempre secondo questa impostazione, anche un minimo compromesso con una attività di gioco, come anche giocare una schedina al totocalcio, farebbe scattare la molla di un ritorno a forme di gioco incontrollate analogamente a quanto un mezzo bicchiere di vino farebbe ripiombare l’alcolista nel baratro del bere fuori controllo.

Nella prospettiva filosofica come nella metodologia applicativa ci siamo quindi orientati alla promozione dei seguenti principi:

- nella salvaguardia di criteri generali di indirizzo, la terapia si esprime in modo “personalizzato” e tale da tener conto delle specifiche caratteristiche di ciascun Utente

- la astinenza totale viene generalmente raccomandata come regola che si giustifica per la vulnerabilità di fondo alle ricadute che comunque permane in un soggetto che è incorso in forme gravi di gioco compulsivo.
- la totale astinenza dal gioco viene richiesta per una prima fase del programma successivo alla cura (minimo da tre mesi a un anno) salvo prendere in considerazione, successivamente, forme di gioco “controllato” che, per definizione, non significa solo “auto-controllato” ma monitorato con l’intervento di un familiare o persona vicina che mantenga un monitoraggio vigile sull’andamento del gioco controllato stesso
- l’intervento di Orthos si definisce, tendenzialmente, con finalità curative di tipo “causali” e non “sintomatiche”. Abbiamo infatti verificato per consolidata esperienza come la ricaduta nel GAP rappresenta l’espressione di un disagio o di una perdita di controllo generalmente collegata a periodi di difficoltà, ad una struttura personologica, ad uno stile di vita o ad una costellazione valoriale che rappresentano il vero obiettivo dell’intervento terapeutico al di là del sintomo del quale, comunque, è necessario farsi carico in una prima fase dell’intervento terapeutico.

2.2 DESTINATARI

Sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socio-economico e che ancora dispongono di una rete minima di legami familiari. Il Progetto si rivolge a soggetti con personalità non fortemente compromesse da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. La eventuale rilevanza dei carichi penali viene valutata caso per caso. L’impostazione fortemente orientata alla responsabilizzazione dei residenti non consente l’accettazione di soggetti affetti da patologie di tipo grave, sia sul versante delle dipendenze multiple che dei disturbi di personalità.

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

2.3 LE FIGURE PROFESSIONALI

Lo staff è attualmente rappresentato da: un direttore del Programma con funzione di psicoterapeuta supervisore, due coordinatori organizzativi, uno, due psicologi-psicoterapeuti, un consulente psichiatra, sei counselors, un arte-terapeuta psicologo e un ludo-arteterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative e di manutenzione, un operatore culturale per l’aspetto psicoeducativo, di stimolo alla crescita culturale e di allargamento della prospettiva esistenziale, un referente amministrativo e un consulente finanziario. Allo staff, che garantisce una presenza media di 4 operatori, si aggiungono minimo due tirocinanti con funzione di raccolta della documentazione sullo sviluppo del lavoro clinico.

2.4 OBIETTIVI DELL’INTERVENTO TERAPEUTICO

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

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

2.5 LE COMPONENTI DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO

Si riportano in sintesi alcuni degli elementi peculiari del Programma:

a) *Interrompere i comportamenti compulsivi*: ovvero interrompere, a livello concreto oltre che simbolico, il ripetersi di comportamenti coattivi ed autolesivi; questo attraverso la creazione di un contesto teso a favorire l’auto-osservazione, la analisi esistenziale, il confronto con i compagni di corso. Trova senso in questa prospettiva la collocazione in una casa colonica della campagna senese. La sua particolare ubicazione consente un piacevole soggiorno ai pazienti in un ambiente tranquillo e confortevole dotato di stanze da letto, spazi comuni, biblioteca specializzata e ambienti per lo studio, ambiente per le attività terapeutiche, atelier per le attività di espressione artistica e corporea, spazi per attività occupazionale e lavoro al computer;

b) *Vivere secondo natura*: dove vivere ‘secondo natura’ rappresenta la metafora di una ricerca di elementi essenziali e ‘costitutivi’ del vivere al di là dei moduli spesso alienanti della urbanizzazione; un ritorno al ‘naturale’ per sottrarsi ad un eccesso di ‘virtualità’, tipica del nostro tempo, dove le simulazioni del gioco, di realtà virtuali e fittizie hanno spesso il sopravvento sulla dimensione reale;

c) *Affrontare il vuoto e la nostra “ombra”*: in tale contesto è infatti possibile affrontare quell’*horror vacui*, a cui tanti comportamenti assuntivi si riconducono, perché stare con il ‘vuoto’ può rappresentare quel punto di svolta da una continua fuga dalla propria ombra verso una ritrovata familiarità con se stessi, le proprie paure, i propri mostri

persecutori che tali non sono più se solo c'è la possibilità di essere aiutati ad affrontarli e a conoscerli con l'aiuto di un terapeuta formato e di compagni di viaggio con cui condividere l'esperienza di un nuovo incontro con se stessi;

d) una più agevole possibilità di *impegno lavorativo* per alcune ore al giorno, a contatto con aspetti della natura da cui trarre un nutrimento estetico, emozionale e, perché no, spirituale;

e) fermarsi e *fare il punto sul personale percorso esistenziale*; di qui la possibilità di affrontare i nodi esistenziali irrisolti, avendo a disposizione finalmente quel tempo e quella concentrazione che servono con l'aiuto di persone che a questo compito hanno dedicato la loro professione; rivisitare il proprio percorso di vita cogliendone luci ed ombre per farne un bilancio che permetta al giocatore di sanare 'il rosso' che è stato accumulato non solo a livello economico, ma soprattutto affettivo e recuperare quei valori su cui poter reimpostare una esistenza piena e soddisfacente;

f) per non ripetere gli stessi errori e poter riprendere un percorso evolutivo: gli obiettivi terapeutici si possono sintetizzare in un'*esplorazione della storia personale* e nell'identificazione di eventuali disturbi della personalità che hanno originato e successivamente perpetuato l'incapacità di regolare i propri impulsi e di realizzare un soddisfacente *progetto di vita*, nella riappropriazione delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali assumendone la personale responsabilità come individui adulti e evitando l'attribuzione a situazioni esterne (locus of control esterno);

g) *focalizzazione sulla situazione economico-lavorativa* con un programma di rientro da eventuali situazioni debitorie e di reinvestimento su possibili prospettive di lavoro; tale compito consiste in un vero lavoro applicato alla analisi, ristrutturazione, riprogrammazione di diversi aspetti inerenti la propria vita personale, passando da quello lavorativo a quello affettivo o dell'uso del tempo libero. Il programma scritto sul *Life Project* diventa anche oggetto del confronto nelle successive verifiche previste per il periodo post-residenziale;

h) uno specifico *lavoro sul pensiero magico*: tra le varie attività di gruppo, una è dedicata ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche, etc.), come ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi. Sia le ricerche in ambito analitico di Freud (1927) e di Bergler (1957) che di Ladouceur in ambito cognitivistico (Ladouceur & Walker, 1996; Ladouceur et al., 2003), hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le scelte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza.

i) *rivisitazione della storia affettiva* ed analisi dei possibili meccanismi di compensazione della possibilità di impostare soddisfacenti rapporti di intimità o relazioni costruttive; il giocatore patologico risulta spesso solo (single o separato) o coinvolto da relazioni intense ma tempestose e prive di quelle caratteristiche che consentano la costruzione di relazioni affettive profonde e durature. In alcuni casi, si evidenziano situazioni di dipendenza affettiva con elementi di forte ambivalenza e conflittualità. L'opportunità per una riflessione sulla vita affettiva rappresenta così uno degli elementi più importanti del programma, come pure quello di verificare la componente di "alessitimia", di difficoltà, cioè, a familiarizzare con il mondo emozionale e degli affetti. In questa prospettiva seppur muovendosi in un contesto (*setting*) di gruppo, l'attenzione è quella di *mantenere una metodologia che privilegia la traiettoria di ogni singolo individuo nel percorso terapeutico*.

m) Attraverso l'adozione di tecniche specifiche viene, quindi, enfatizzata l'importanza di procedere *in cordata* nel difficile percorso "sul ghiacciaio" pieno di insidie e di possibilità di perdere il controllo e ricadere. Lo stesso programma terapeutico inizia e si conclude con gruppi di utenti ben definiti i quali compiono in modo solidale e sincrono il percorso previsto e non prima di un esplicito *commitment* reciproco sulla determinazione di portare a compimento il percorso che si intende intraprendere.

3. LE FASI DEL PROCESSO TERAPEUTICO

3.1 la fase dell'*intake*

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

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

3.2 fase del trattamento residenziale di 21 giorni

Tale programma prevede un intervento intensivo di tre settimane ed un lavoro *di full immersion* estremamente strutturato in ambito residenziale nel quale le diverse fasi del percorso terapeutico vengono strutturate secondo 12 *aree di criticità* che vengono affrontate in modo specifico

3.3 Fase dell'accompagnamento e dei richiami

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

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

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

4. LE COMPONENTI STRUTTURALI DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO E LO SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA IN COMUNITÀ

4.1 Prendersi cura di sé

La giornata inizierà con la cura della persona, del posto letto e della stanza unitamente ad altri compagni se condivisa. La cura di sé, nei due aspetti citati, ha un valore metaforico oltre che pratico ed economico (nel senso di consentire una riduzione dei costi di ospitalità). Ha infatti il significato di verificare e rinforzare lo stato di crescita personale inteso come condizione di autonomia e non-dipendenza da persone cui delegare il compito l'onere dell'accudimento. In quanto espressione di tale componente essenziale, a tale fase viene riservata una grande attenzione da parte

4.2 Il dare-e-il-ricevere

Secondo un programma concordato in precedenza, ognuno si occupa dell'apparecchiatura, della preparazione degli ingredienti e del lavaggio delle stoviglie. Ognuno dei residenti si trova nella condizione di *dare-e-ricevere* avendo la possibilità di rispecchiarsi nella tendenza a isolarsi pensando solo a se stesso evitando di prendersi cura anche degli altri realizzando, nel piccolo, la dimensione del "noi" come condizione essenziale per una dimensione solidale e condivisa del vivere.

4.3 Pratica di autoascolto e autoosservazione

Dalle 9 si tiene una pratica meditativa di autoascolto e autoosservazione. Ognuno sarà invitato ad esplorare la possibilità di *stare con se stesso* o a sostenere la fatica e la paura del farlo nel caso non avesse sviluppato nella sua vita una consuetudine minimale a "stare con le proprie cose" (sentimenti, fantasie, timori, emozioni negative, pensieri). A tale momento viene riservato un grande significato e non potrà quindi essere eluso se non in casi effettivamente eccezionali. Molti dei comportamenti assuntivi sono determinati dalla compulsione a "riempire un vuoto" psichico. Tale *horror vacui* è quindi all'origine di *acting out* sotto forma di comportamenti compulsivi (agiti) e anancastici (determinati da meccanismi coattivi e non determinati da libera scelta) con le conseguenze ben note.

4.4 Programmare la giornata

Segue un breve incontro di programmazione della giornata. Anche in questo caso, al di là degli aspetti organizzativi che si presentano imprescindibili in una dimensione associativa di vita, si tratta di mettere a fuoco la capacità di non "vivere alla giornata" ma di strutturare il tempo in modo utile e produttivo evitando spazi morti ed inutili perdite di tempo. Se "l'ozio è il padre dei vizi", come un antico proverbio ricorda, è nella capacità di non lasciare tempi "morti" (da non confondere con quelli dedicati al piacere ed al relax) la possibilità di non sciupare il dono prezioso del tempo che ci è dato da vivere.

4.5 Lo studio

Occasionalmente viene riservato un tempo allo studio. Da soli o in piccoli gruppi, se non assistendo a lezioni o conferenze di esperti su diversi temi inerenti la problematica in oggetto, viene prevista l'opportunità di una crescita anche culturale ed informativa sui molti aspetti collegati alla patologia da affrontare. Tale aspetto ha anche il significato di favorire un percorso autonomo di affrancamento da aiuti esterni e quindi di assimilazione di strumenti utili a procedere con risorse autonome. Da parte dei responsabili della comunità vengono forniti testi, utili a sostenere tale processo di apprendimento.

4.6 Il lavoro

Due ore dalla giornata, a seconda della stagione, vengono riservate ad una applicazione lavorativa di carattere prevalentemente fisico. Osservando un programma di lavoro settimanale, i residenti si occupano di: lavori domestici (manutenzione degli spazi comuni), partecipazione alla preparazione dei pasti, giardinaggio, accudimento degli animali domestici o di allevamento, manutenzione degli immobili (tinteggiatura, riparazioni etc.), lavori di segreteria (fotocopiatura, scrittura, ricerche su Internet etc). Le forme di lavoro proposto avranno anche il significato di una riconciliazione con aspetti concreti della vita con cui spesso il soggetto aveva perso la consuetudine rifugiandosi una dimensione di "realtà virtuale" fittizia ed estraniante.

4.7 I pasti

Un'occasione non solo necessaria alla propria alimentazione, ma anche di scambio, di confronto, di gioco e di crescita nelle relazioni interpersonali. Anche in questo caso si tratta di dare "anima" alle cose che si fanno, fossero anche semplici e routinarie. Anche la cura del cibo viene affidata all'apporto creativo dei residenti che, sotto il coordinamento di un operatore a questo designato, si impegnano a turno per proporre ricette conosciute e tipiche della terra da cui provengono.

4.8 Il riposo

Dopo il pranzo si prevede un'ora di riposo che ognuno gestisce a piacere, vuoi ritirandosi nella propria stanza per una "pennica", vuoi scrivendo ai familiari, chiacchierando o sentendo musica. Questo periodo viene anche utilizzato per le telefonate con i familiari. Le stesse vengono consentite, anche se si ricorda l'invito a fare un uso sobrio del cellulare e delle comunicazioni con esterni. Tale indicazione è stata generalmente rispettata tranne in alcuni casi nei quali, a seguito di un serrato confronto con il gruppo, si è addivenuti alla decisione di stabilire norme più restrittive. In un caso, per decisione del gruppo, si è anche deciso di sperimentare una settimana di black out telefonico. Con l'eccezione di due casi, tale indicazione è stata scrupolosamente osservata.

4.9 LE TERAPIE IN GRUPPO

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

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

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

a) quello delle tecniche espressive (disegno, acquarello, pittura, modellamento della creta, fotografia, etc)

b) quello della musica, movimento, poesia e teatro, secondo un calendario di iniziative proposto dall'operatore competente e confrontato con i residenti. Per quanto riguarda la drammaterapia, in particolare, vengono previste sessioni con la possibilità di lavorare su testi densi di significato evocativo sulle tematiche inerenti la problematica in oggetto. Particolare significato ha avuto l'allestimento della rappresentazione teatrale di "Gradus" di Giulio Capanna che tocca in modo specifico la problematica del gioco d'azzardo.

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

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

4.10 Il valore del denaro e la verifica sulle situazioni debitorie

Il rapporto con il denaro rappresenta generalmente un elemento problematico nella vita del giocatore, a prescindere dallo specifico coinvolgimento nel gioco d'azzardo che, di questa problematica di fondo, rappresenta generalmente l'espressione ultima e, per certi aspetti, "coerente".

4.11 Il gioco creativo

Nel dopo-cena viene previsto uno spazio dedicato alla socializzazione informale nella quale riemergono spesso le tematiche affrontate nel corso del giorno ma anche al gioco creativo. Tale attività si rende importante in particolare per un programma che, per quanto concerne l'aspetto collegato al gioco d'azzardo patologico, non si propone una radicale e spesso irrealistica interruzione delle attività di gioco di qualsiasi tipo, quanto un riorientamento di tale inclinazione in direzione di attività meno autodistruttive. Solo attraverso una sperimentazione "in vivo" di tali meccanismi potremo avere l'opportunità di analizzare i diversi patterns condottuali e verificarne l'impatto sui comportamenti che generalmente vengono messi in atto.

4.12 Il lavoro con le famiglie

Risulta assai improbabile attendersi un cambiamento durevole nei comportamenti di un dipendente senza un contemporaneo cambiamento delle modalità relazionali che coinvolgono le persone a lui più strettamente legate da vincoli familiari (Scardina, Lipari e Picone, 2006). L'esperienza sino ad ora maturata insegna che tale lavoro, in parallelo, riveste una importanza ineludibile e strutturale. E' comunque impegno primario da parte degli operatori coinvolgere i familiari nella ricostruzione di una rete affettiva.

Si richiede quindi che, sia nella fase di intake che residenziale che infine dell'accompagnamento, i familiari maggiormente legati al soggetto problematico partecipino ad incontri di verifica sulle dinamiche in atto nell'ottica di un progressivo superamento degli aspetti comunicativi disfunzionali. E' evidente, tuttavia, che un vero accompagnamento delle situazione a livello sistemico sia possibile solo nel contesto di un intervento strutturato a livello territoriale. Tale compito viene generalmente svolto da operatori competenti nel territorio e che seguono il processo lungo tutto l'arco del programma terapeutico attraverso incontri periodici con i familiari con o senza la presenza del soggetto sintomatico..

5. LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOMES

5.1 Alcune considerazioni preliminari

Come si è detto in premessa, la filosofia di Orthos contempla un approccio non moralistico e pregiudiziale nei confronti del gioco d'azzardo che, come sappiamo, accompagna nelle sue diverse forme, l'essere umano dai suoi primordi (Zerbetto, 2002). Compito di un programma terapeutico è quindi quello di intervenire sul ricorso a forme disfunzionali ed autodistruttive collegate al gioco d'azzardo e non sul ricorso allo stesso se all'interno di modalità socialmente compatibili. Anche nelle valutazioni sugli outcomes vengono quindi contemplate le diverse possibilità a seguito di un trattamento sul GAP: - quella di una totale astinenza

- quella di un gioco controllato

- quella di saltuarie ricadute

- quella del ritorno ad un gioco gioco incontrollato (GAP)

5.2 Alcuni dati dalle ricerche sugli esiti di interventi terapeutici

Anche le ricerche sulle risultanze di interventi terapeutici su giocatori rivelano dati su cui riflettere. Studi "classici" sul trattamento di giocatori d'azzardo compulsivi in programmi di cura professionali, ottenuti da González Ibáñez ed altri (1990, 1995 e 2001), McCormick e Ramirez (1988) con interventi di counseling e trattamento cognitivo-comportamentale (con tecniche di controllo degli stimoli, esposizione in "vivo", ristrutturazione cognitiva, risoluzione dei problemi, rafforzamento, auto-rafforzamento, auto-istruzione e prevenzione delle ricadute) hanno osservato, con risultati che coincidono nella maggior parte degli studi, che circa un terzo dei soggetti ha abbandonato durante la fase di follow-up che è durata un anno e che circa la metà dei rimanenti è rimasto in astinenza.

Di questi, in un follow-up tra i 2 e i 9 anni, McConaghy, Blaszczynski e Frankova (1991) hanno riportato che il 45% dei pazienti ha continuato a giocare ma in maniera controllata. González Ibáñez ed altri (2001) ha osservato che in un campione di 60 pazienti il 56% ha abbandonato la terapia durante il trattamento. L' 80% di coloro che hanno partecipato agli incontri di follow-up a distanza di 1, 3,6 e 12 mesi è rimasto in astinenza. A distanza di 4 anni, il 33% era rimasto in astinenza totale, il 20% era ritornato al *gambling* incontrollato e il 47% giocava in maniera controllata con modalità diverse dal *gambling* problematico di partenza. Questo sta ad indicare che, oltre alla astinenza definitiva, anche la riduzione dell'urgenza del gioco e lo sviluppo di un maggiore auto-controllo può rappresentare un importante obiettivo terapeutico. Tale risultato si rende più realistico se si accompagna ad un sensibile cambiamento nello stile di vita, ad una maggiore consapevolezza sulle situazioni di rischio e ad una ristrutturazione della situazione familiare, occupazionale, sociale (Zerbetto, 2011).

5.3 il monitoraggio sui risultati

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

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

2. incontri periodici con le famiglie

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

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

6.LA RICERCA SUI RISULTATI DEL PROGRAMMA ORTHOS

6.1 DA UNA RICERCA PRELIMINARE SUGLI *OUTCOMES* A SEGUITO DEL PRIMO ANNO DI SPERIMENTAZIONE

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del Programma che è stato valutato da una Commissione regionale costituita da 4 operatori esperti sul tema del GAP. Dal documento prodotto dalla Commissione, a seguito la valutazione dei primi 4 moduli, si riportano in sintesi alcuni dati più significativi (i dati più descrittivi sono stati pubblicati nel mio contributo su: *Orthos:progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo su: Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio* a cura della regione Toscana, Centrostampa Arezzo 2008. Dalla raccolta dei dati è risultato che:

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

6.2 LA RICERCA SU TRATTI DI PERSONALITA'

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

SOGS (South Oaks Gambling Screen: Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;

BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività (Caretti e coll, 2007) ;

DES-II (Dissociative Experiences Scale – Revised: Bernstein Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative (Caretti e coll, 2007, Lumley 1995;

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20 items: Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alessitimia e della disregolazione affettiva (Caretti e coll, 2007).

Le statistiche descrittive relative alla patologia specifica evidenziano un risultato al SOGS una grave condizione patologica di questi soggetti con un punteggio medio di 14 (Lesieur e Blume 1991). Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di $64,11 \pm 10,08$ (Blaszczynski e coll. 1991). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il cut-off di 30 suggerito dagli autori per lo screening della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti di questo gruppo si classificano come "borderline per l'alessitimia", ottenendo un punteggio medio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici (Ragby e coll, 1994, Bernstein e coll. 1993, Carlson e Putman, 1988, Kofoed e coll, 1997). Come sintesi sui risultati della ricerca emerge che:

- L'impulsività, a sua volta correla a livello di trend ($r=0,34$; $p<0,06$) con l'alessitimia, segnalando come *il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento* (vedi anche Taylor, 1997).
- *Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia* ($r=0,53$; $p<0,01$), ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II ($r=0,55$; $p<0,01$).
- In sintesi, dunque, *quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva* caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero

prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alestitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano.

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

6.3 RICERCA SUGLI OUTCOMES DEL PROGRAMMA “ORTHOS” NEI PRIMI CINQUE ANNI DI SPERIMENTAZIONE

Al fine di sottoporre a verifica empirica l'efficacia del programma trattamentale intensivo ORTHOS, è stato effettuato uno studio volto a indagare gli effetti clinici del trattamento ad almeno un anno di distanza dal suo termine e, per l'esattezza, per circa il 50% della popolazione studiata a distanza di un anno, e per pari quota percentuale per due, tre, quattro sino a cinque anni per gli Utenti che hanno frequentato per primi il Programma. La ricerca, promossa da R. Zerbetto è stata coordinata da Adriano Schimmenti con la supervisione di Vincenzo Caretti. Tutti gli operatori professionali - Giuseppe De Felice, Claudio Dal Piaz, Giovanna Puntellini, Eduardo Santillan, Elena Lunardi e Marie Ange Guisolan - hanno collaborato alla raccolta dei dati dagli Utenti a loro assegnati con il coordinamento e la formazione di Daniela Poli.

Metodo

I partecipanti al programma ORTHOS sono stati intervistati in fase di accesso al trattamento (T0) per la valutazione del loro funzionamento psichico globale secondo DSM tramite la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF; *Global Assessment of Functioning*, APA, 2000). In quel contesto, sono stati raccolti anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, alla storia clinica pregressa, ed è stato loro somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure e Blum, 1987) per la valutazione dei sintomi di gioco d'azzardo patologico (GAP). I soggetti sono quindi stati contattati per effettuare un'intervista, telefonica o vis-à-vis, della durata di circa due ore, ad almeno un anno di distanza dalla fine del trattamento (M=1,7 anni; DS=0,3), in cui è stata nuovamente effettuata la valutazione del funzionamento globale e dei sintomi GAP attuali (T1). Le valutazioni VGF sono state effettuate in doppio cieco da due clinici esperti e supervisionate dal responsabile della ricerca (RZ); è stata utilizzata la media di tali valutazioni VGF per le successive analisi statistiche dei dati. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato per il trattamento anonimo dei dati ai fini di ricerca.

Soggetti

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

Strumenti

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

a) South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), questionario self-report di screening volto a indagare la presenza e la severità del GAP. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, il SOGS permette di evidenziare la probabile presenza di problemi di gioco, fornendo informazioni su molteplici aspetti: tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, mezzi usati per procurarsi il denaro

per giocare, menzogne circa le attività di gioco, giocare più della somma prevista inizialmente, e così via;

b) Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000), scala da 0 a 100 di tipo *clinician-report* che rappresenta il V asse del DSM-IV-TR, qui codificata secondo i criteri del MGAF-R (Hall, 2000), che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative. La VGF è considerata in letteratura come uno degli strumenti di sintesi più efficaci per pianificare il trattamento e misurare il suo impatto, per predire l'esito delle psicoterapie e per seguire i progressi clinici degli individui in termini globali, utilizzando una misura singola.

Risultati

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

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

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

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

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

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

6.4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

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

6.4.1 Sulla ricerca in generale in ambito specifico

- è urgente poter definire, possibilmente a livello internazionale, gli standard per la rilevazione dei dati utili a valutare gli outcomes dei programmi di trattamento in modo da poterne confrontare efficacemente le variabili che maggiormente incidono sulla loro efficacia
- i trattamenti in ambito residenziale, in particolare, sono molto rari allo stato attuale dal momento che le comunità terapeutiche tradizionali per le tossicodipendenze non si rivelano adeguate al trattamento dei giocatori d'azzardo mentre pressochè inesistenti risultano essere programmi di trattamento (specie se supportati dal servizio sanitario nazionale) per le dipendenze comportamentali

6.4.2 Sul contesto più generale nel quale inquadrare i trattamenti residenziali e la loro valutazione

Vanno verisimilmente fatte le seguenti considerazioni (Zerbetto, 2011):

1.
 - a. - la copertura finanziaria di tali interventi è resa difficoltosa in mancanza di strumenti legislativi, come l'inserimento del gioco d'azzardo patologico nei Livelli essenziale di assistenza (LEA). ai costi inerenti la fase in regime di residenzialità vanno considerati in aggiunta quelli degli incontri di verifica, quelli mensili, gli interventi di sostegno per telefono al fine di sostenere le situazioni più difficili e prevenire, per quanto possibile, le ricadute
 - b. - l'iniziativa si configura come intervento intensivo in ambito residenziale di durata breve (tre settimane) con tre incontri di verifica nel corso dell'anno che segue l'intervento residenziale intensivo. seguiti da incontri di verifica nel corso dell'anno successivo. Il programma è quindi mirato a casi "problematici" ma non affetti da gravi patologie psichiatriche tenuto conto del periodo limitato di intervento intensivo e delle caratteristiche non medicalizzate dell'intervento stesso
 - c. - riteniamo inoltre utile discutere l'opportunità di una compartecipazione degli utenti ai costi del programma e soprattutto del periodo di prosieguo che, spesso, si estende ad un periodo di tempo più lungo dell'anno previsto per l'intervento intensivo. Se un sostegno finanziario si rende infatti indispensabile, specie in casi di disastrose condizioni finanziarie, una totale gratuità perpetua una situazione di dipendenza che rischia di mortificare la responsabilizzazione dell'utente a farsi carico della propria salute e del processo di progressiva autonomizzazione

- d. - il Progetto Orthos si inserisce in modo anticipativo e coerente nelle linee previste dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010. In attesa di leggi-quadro che regolino il settore del gioco d'azzardo merita riportare come la "Bozza di intesa sulla ludopatia" pubblicata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 4.8.2011 all'art 5 sulle "Linee di recupero" pubblicata fa riferimento alla "attivazione di programmi di trattamento personalizzati, di gruppo e di auto-aiuto, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche, da realizzarsi in sede ambulatoriale e, ove appropriato, residenziale". Fondamentale è quindi che tali forme innovative di intervento vengano esplicitamente previste in normative di carattere regionale o nazionale che ne favoriscano l'avvio se, come pare, si dimostrano utili ad affrontare nuove forme di patologia che non trovano adeguate risposte in forme tradizionali di intervento.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (1994): "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition, Text Revision*". Washington, DC., Ed. It. (2001), Masson, Milano.

Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): "*The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure*". *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979): *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York (tr.it.: *Terapia cognitiva della depressione*, Boringhieri, Torino, 1987)

Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993): "An update on the Dissociative Experiences Scale". *Dissociation*, 6(1), 16-27.

Bergler, E. (1957): "*The Psychology of Gambling*". Hill and Wang Inc., New York.

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

Blaszczynski, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): "*A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment*". *British Journal of Addictions*, 86, 11, 1485-9.

Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007), "*Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA*". *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, I/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Carlson, E., & Putnam, F.W. (1988): "*Further validation of the Dissociative Experiences Scale*". Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988.

Cohen, J. (1988). "*Statistical power analysis for the behavioral sciences*" (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

De Castro V; Fuentes D; Tavares H. "*The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment*". *Canadian Journal of Psychiatry* 50(2): 81-86, 2005. (18 refs.)

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

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

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

- Hollander E; Pallanti S; Allen A; Sood E; Rossi NB. “Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?” *American Journal of Psychiatry* 162(1): 137-145, 2005. (39 refs.)
- Kofoed, L., Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997): “Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in videopoker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls”. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, pp. 58-60.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003): “*Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*”. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Ladouceur R, Walzer M.,1996, *A Cognitive Perspective on Gambling*, in *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, a cura di P.Salkovskis, John Wiley and Sons, Chicester, pp. 89-120.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): “The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers”. *Am J Psychiatry*, 1987, 144, pp. 1184-1188.
- Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): “Alexithymia and pathological gambling”. *Psychoterap. Psychosom.*, 63 (3-4):201-6.
- McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): “*Pathological Gambling. Reprint from Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*”. Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.
- Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ., *Clin Psychol Rev.* 2007 Dec;27(8):944-58. “Psychological treatment dropout among pathological gamblers”. Epub 2007 Mar 2
- Milesi, A., Clerici, M. (2001): “*Gioco d'azzardo, comorbidità e struttura di personalità*”. In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): “*Il gioco e l'azzardo*”. Franco Angeli, Milano.
- Pallesen S; Mitsem M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H. “Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis”. (review). *Addiction* 100(10): 1412-1422, 2005. (60 refs.)
- Patton JM, Stanford MS, and Barratt ES (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): “Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers”. *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9.
- Schimmenti A. (2012). Unveiling the hidden self: developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, 18(2) 181-194.
- Schimmenti A., Caretti V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2): 115-132.
- Pace U., Cacioppo M., Schimmenti A. (2012). The moderating role of father’s care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2): 282-292.
- Slutske WS; Caspi A; Moffitt TE; Poulton R. “Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults”. *Archives of General Psychiatry* 62(7): 769-775, 2005. (51 refs.)
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997): “*Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*”. Cambridge, Cambridge University Press.

Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. “A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus”. *Addiction* 101(4): 504-511, 2008. (32 refs.)

Zerbetto R, “*Il gioco nel mito e il mito del gioco*”, in Croce M. e Zerbetto R., a cura di (2002), *Il gioco & l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.

Zerbetto R. (2002) “*L'uomo e le droghe: un passato da conoscere per un futuro da anticipare*”, Lettura magistrale al I Convegno Nazionale di ERIT-Italia, su Dipendenze. Nuovi scenari e sfide al cambiamento, edito a cura del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda USL di Ravenna, Argomenti, Vol. 1, 13 – 2004

Zerbetto, R. (2004) “*Sul dio epidemico ed il suo ritorno*”, relazione presentata al Convegno su Il contagio e i suoi simboli promosso dalla Associazione Simbolo, conoscenza e società a Siena nell'ottobre 2000, Edizioni ETS

Zerbetto R. (2008 a) “*Prima valutazione del Programma residenziale intensivo “Orthos” per giocatori d'azzardo patologici*”, in D. Capitanucci, M. Croce, M. Reynaud e R. Zerbetto, a cura di, *Il gioco d'azzardo in Italia. I dati e la ricerca*, supplemento al n. 8-9/2009 di Animazione Sociale

Zerbetto R. (2008 b), Contributo su “*A Three weeks intensive residential program for gamblers in Italy*” all'interno della European Association for the Study of Gambling (EASG) Conference *Putting all the pieces together, 7th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues*, 1 - 4 July 2008, Nova Gorica, Slovenia” pubblicato sul sito www.easg.eu

Zerbetto R. (2008 c) “*Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo*” su: *Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio* a cura della regione Toscana, Centrostampa Arezzo.

Zerbetto R., Croce M., Picone F. (2010) “*La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*”, in V. Caretti e D. La Barbera, a cura di, *Addiction: Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina, Milano

Zerbetto R., (2010) “*Quale epistemologia di riferimento per un intervento di psicoterapia con giocatori d'azzardo patologici? L'esperienza di Progetto Orthos*”, in Francesca Picone, a cura di, *La terapia del giocatore patologico*, Carocci, Firenze

Zerbetto R., (2011) *Editoriale* al Numero unico del Bollettino per le Farmacodipendenze del Ministero della Salute su: “*Dipendenze comportamentali / Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi*” a cura di G. Manna e P. Jarre

Zerbetto R. (2011), *La madre di tutte le dipendenze*, in U. Nizzoli, V. Caretti, M. Croce, .P. Lorenzi, H. Margaron, R. Zerbetto, *Craving*, Mucchi editore Modena

Zerbetto R. (2011), *Il pensiero magico nel giocatore patologico*, Atti del congresso su “*Gioco d'Azzardo: il pensiero che dà i numeri*” promosso da ALEA Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio in corso di pubblicazione.

RIASSUNTO

Effetti del programma residenziale di psicoterapia intensiva ORTHOS per giocatori d'azzardo patologici

Riccardo Zerbetto, Adriano Schimmenti, Daniela Poli, Vincenzo Caretti

Nel campo dei trattamenti per il gioco d'azzardo patologico (GAP) vengono generalmente offerti interventi di psicoterapia e counseling a livello ambulatoriale. La comunità terapeutiche di lungo periodo e le istituzioni psichiatriche non si presentano come risorse terapeutiche adeguate, specie per utenti per i quali è opportuno mantenere un collegamento con la famiglia, l'ambiente sociale e lavorativo. Da queste considerazioni si è sviluppato il Programma di psicoterapia intensiva in ambito residenziale di tre settimane denominato ORTHOS, per iniziativa dello psichiatra e psicoterapeuta Riccardo Zerbetto con il sostegno della regione Toscana. Nei cinque anni di attività all'interno di ORTHOS sono stati svolti 20 Moduli intensivi presso la sede del programma residenziale, in provincia di Siena. La ricerca sugli esiti è stata condotta su 140 casi che hanno partecipato al programma. Sui partecipanti è stata effettuata una rilevazione in T0 per la valutazione del comportamento sintomatico collegato al GAP, attraverso il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), e delle condizioni psicoadattive generali, attraverso la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000). I soggetti sono stati ricontatti ad almeno un anno (T1) dal termine del trattamento, ed è stato nuovamente effettuato un assessment attraverso SOGS e VGF. Le differenze tra T0 e T1 evidenziano una riduzione significativa dei sintomi GAP (effect size=0,90) e un miglioramento delle condizioni psicologiche generali (effect size=0,89). Il programma ORTHOS risulta dunque un programma trattamentale efficace, utilizzabile con soggetti sofferenti di GAP.

Parole chiave: Gioco d'azzardo, ludopatia, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

Effectiveness of the ORTHOS intensive residential treatment for pathological gamblers

Riccardo Zerbetto, Adriano Schimmenti, Daniela Poli, Vincenzo Caretti

In the field of treatment for pathological gambling (PG) only ambulatory psychotherapy or counseling is generally offered. Long term therapeutic communities and psychiatric institutions usually do not offer adequate therapeutic opportunity, especially for clients who need to keep the contact with their work, family and social milieu. From these consideration a three weeks intensive residential treatment called ORTHOS, sponsored by the Regione Toscana, has been developed under the initiative of Riccardo Zerbetto, psychiatrist and psychotherapist. Twenty treatment programs has been completed during 5 years in a residential facility close to Siena. Research on outcomes was conducted on 140 cases who completed the ORTHOS treatment. In T0, participants were assessed on PG symptoms via the South Oaks Gambling Screen through (SOGS, Lesieur and Blume, 1987); also the psychic global functioning was assessed through the Global Assessment of Functioning (GAF, APA, 2000). Participants were reassessed with the same measures at least one year after they completed the ORTHOS treatment (T1). The results of this study showed a significant reduction of PG symptoms (effect size = .90) and a general improvement of global functioning (effect size = 0.89) in T1. Therefore, the ORTHOS treatment program resulted effective for patients suffering from PG symptoms.

Info: www.orthos.biz.

Keyword: pathological gambling, residential treatment, psychotherapy, outcomes