

Delirio e gioco d'azzardo: la fuga dalla realtà

Valentina Generani*, Serena Marchesi*

SUMMARY

■ *This article aims to highlight, through the narration of a clinical case, the possible interactions between Pathological Gambling Disorder and psychotic symptoms; in particular we talk about delirium within a NAS Psychosis, through the narration of a clinical case of a patient who passed through the Lodi Addiction Service.* ■

Keywords: *Pathological Gambling, Addiction, Psychosis.*

Parole chiave: *DGA, Dipendenza, Psicosi.*

Introduzione

Il presente articolo si propone di mettere in luce, attraverso la narrazione di un caso clinico, le possibili interazioni tra il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico e la sintomatologia psicotica; in particolare si parlerà di delirio all'interno di una Psicosi NAS.

In letteratura esistono diverse argomentazioni (La Barbera e Matinella, 2010) rispetto all'eziologia multifattoriale del Disturbo da Gioco d'Azzardo e del Disturbo psicotico, tale per cui spesso esiste una comorbidità tra i due; ma quello su cui riteniamo interessante fare un affondo e delle ipotesi è come alcune specificità di questi disturbi possano concatenarsi e rinforzarsi a vicenda.

L'individuo che fa esperienza di un sintomo psicotico manifesta una modificazione dell'esperienza soggettiva e della realtà esterna, della quale fanno parte, in modo imprescindibile, anche gli altri e le relazioni con gli altri.

In questo caso, verrà evidenziato come il delirio si inserisce e coinvolge una relazione significativa primaria, con la figura materna, diventando un modo per parlare della relazione e della storia "senza farlo".

Gregory Bateson (2000) ha sviluppato una teoria per cui il comportamento psicotico e schizofrenico, all'apparenza così distante dalle norme socialmente riconosciute, può essere risignificato all'interno di modalità comunicative disfunzionali createsi nel sistema familiare, ed è interessante notare come l'intero caso che presenteremo si struttura intorno a problemi di comunicazione.

C'è il segreto, rispetto a come sono andate davvero le cose in una fase della vita che il paziente ancora oggi non ha chiara, ci sono i "non detti" che coinvolgono tutti i membri del sistema, c'è un'ambivalenza comunicativa che spesso rende impossibile riconoscere il significato non superficiale del messaggio, c'è una fatica a comunicare tra i servizi di cura e infine, c'è un ragazzo che non sente che le sue pa-

role vengono credute e improvvisamente inizia a dire cose apparentemente incomprensibili: delira.

In linea con queste premesse, il delirio e i pensieri interpretativi si manifestano spesso come un tentativo creativo di spiegarsi una realtà indecifrabile.

È interessante a questo punto soffermarsi su quanto il gioco d'azzardo abbia a che fare con false credenze e distorsioni cognitive che in qualche modo cercano di dare una struttura e una prevedibilità ad una situazione completamente aleatoria.

Sembra infatti che il giocatore abbia necessità di credere di poter controllare l'andamento del gioco, e di poterne scoprire i segreti, quasi fosse un'abilità che si può guadagnare.

In un articolo di Fortgang (2020), in cui si illustra una ricerca rispetto alla correlazione tra Schizofrenia e motivazione al Gioco d'Azzardo, gli autori suggeriscono che persone con disturbo psicotico possono avere maggiori pensieri deliranti rispetto alla possibilità di vincere denaro attraverso il gioco.

Per calarci dentro il pensiero di Billy, il ragazzo di cui parleremo, e aiutarci a comprendere il "significato nascosto" dentro il suo delirio, ci siamo mosse seguendo l'approccio "a rizoma" proposto da Deleuze e Guattari (2006), come modello di conoscenza che rifiuta di seguire gerarchie prestabilite ed è in grado di creare connessioni in tutte le direzioni possibili, favorendo la molteplicità e contrapponendosi alle rigide dicotomie del pensiero lineare.

Nel nostro lavoro ci chiediamo sempre "qual è la buona ragione" per cui una persona si comporta in un determinato modo, qualsiasi esso sia.

Ci sembra di aver compreso che la buona ragione di Billy fosse quella di dare una forma ad un dolore che non sentiva di poter definire e comprendere, e l'idea creativa può essere stata quella di creare una sorta di bolla protettiva che lo aiutasse a non percepire in modo così violento il dolore.

Non è un caso, a nostro parere, che sia il Gioco d'Azzardo sia il delirio psicotico abbiano le caratteristiche di una fuga dalla realtà, che porta ad allontanarsi dal mondo esterno e si struttura intorno a convinzioni personali che, almeno in prima battuta, sembrano inattuabili.

* *Psicologa, psicoterapeuta, Ser.D. di Lodi, ASST Lodi.*

La storia di Billy

Si presenta allo Sportello Ospedaliero sul gioco d'azzardo, Billy è di corporatura magra ed è curato nell'aspetto, indossa degli occhiali da sole scuri che non toglie mai e cammina in modo timido e rigido.

Sembra molto più piccolo della sua età.

Seduto al tavolo dei colloqui appoggia una cartelletta contenente centinaia di fogli di documentazione clinica.

Fin da subito appare diffidente, ci dice che raccontare "la sua verità" gli è solo servito a produrre tutti quei fogli.

Arrivato al Servizio Dipendenze a seguito della chiamata della madre disperata, conosciamo Billy nel settembre 2022.

Prima di un incontro vis a vis, il ragazzo ci chiama allo sportello on line in orario serale per più volte.

Sentiamo che fatica a fidarsi ed ha paura a mettersi nuovamente in gioco.

Fin dalla prima chiamata appare evidente che la storia di Billy è molto complessa.

Il problema di Gioco d'Azzardo è presente in modo importante ma di primaria evidenza è il funzionamento psicotico del ragazzo.

In fase di valutazione emerge una storia clinica significativa con diversi accessi e prese in carico a servizi del territorio e non. Billy racconta con modalità non chiare un episodio traumatico avvenuto poco prima della maggiore età, a seguito del quale sarebbe stato ricoverato in Pediatria e da lì a poco avrebbe iniziato un iter di accessi istituzionali.

Dalla Neuropsichiatria Infantile prima, al CPS poi, Billy transita per diverse Comunità ed entra ed esce dall'SPDC.

La diagnosi con cui si presenta è Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato e Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico, diagnosi che la madre non sembra aver pienamente compreso.

È interessante che fin da subito, e per tutto il processo, Billy dice di voler essere seguito solo per i suoi problemi di gioco d'azzardo patologico, come se avesse bisogno di avere uno spazio in cui i confini possano essere per una volta chiari.

Billy inizia a giocare all'età di 17 anni, acquistando interi pacchetti di gratta e vinci, successivamente gioca a casinò on line, black jack e slot machine.

Nel 2019 a seguito della morte del padre si gioca circa 50.000 euro, l'intera eredità ricevuta.

Il padre muore all'età di 60 anni per problemi correlati all'alcol.

I genitori si separano quando ha 10 anni; della separazione, così come del periodo precedente, il paziente non dice molto sebbene si abbia la sensazione che l'intero contesto non sia stato protettivo e alcuni ricordi di Billy fanno ipotizzare l'esposizione ad episodi traumatici.

La madre riferisce che il figlio si chiude spesso nella sua camera, fuma cannabinoidi, beve fino allo sfinimento, mette musica a tutto volume, chiede soldi e passa tutto il tempo a giocare d'azzardo sul cellulare.

La convivenza con lui è difficilissima e mette tutti a dura prova.

Dopo il primo colloquio, Billy ci chiama dicendo che a seguito del nostro incontro qualcuno avrebbe manomesso una serie di suoi oggetti e documenti.

La narrazione a livello di contenuto non è aderente ad un piano di realtà ma a livello di significato ci permette di comprendere il suo stato emotivo.

Ipotizziamo che Billy sia molto spaventato per essersi presentato al servizio ed essersi esposto.

Che cosa nella storia del ragazzo è stata manomessa?

La prima parte del percorso terapeutico è volta a far sì che il ragazzo si possa fidare di noi, non sentendosi in pericolo.

Sebbene fin da subito percepiamo l'importanza di attivare un amministratore di sostegno e di prevedere l'ingresso in una comunità terapeutica, capiamo che il timing in questo caso può rappresentare un problema.

Billy ha bisogno di sentire che siamo dalla sua parte e che siamo figure protettive.

Nella prima fase della terapia porta solo i problemi legati al gioco d'azzardo, è preoccupato e agitato rispetto a questo.

Ha aperto moltissimi conti correnti, ha diverse carte di credito, ha aperto alcune finanziarie ed è iscritto ad un numero imprecisato di applicazioni e siti di gioco.

Questo gli provoca un importante stato d'agitazione che lo porta a sedarsi completamente con l'alcool e le canne, oppure a farsi del male.

Emerge una forte emotività caratterizzata da sofferenza, rabbia, paura e rassegnazione, che però non riesce ad esprimere a livello verbale.

Quando, più avanti nel percorso, cerchiamo di iniziare a proporre una comunità terapeutica rifiuta fermamente, dice che non è giusto che lui paghi per tutti.

Il movimento di ingresso in un contesto protettivo viene percepito dal ragazzo come un agito espulsivo da parte sia del sistema familiare che di quello curante e per la prima volta Billy si arrabbia con noi, paragonandoci alla madre.

A seguito di questo turbamento emotivo Billy ci dice nuovamente che qualcuno gli ruba i soldi e che gli sposta le cose; sembra che anche lui sposti emozioni e comunicazione su un altro piano, attraverso il delirio.

Decidiamo a questo punto di dare credito al vissuto persecutorio di Billy, e di provare a rassicurarlo contattando un legale che possa fungere da figura protettiva e contenitiva, sul livello che ci esplicita.

Nel frattempo la situazione a casa sembra diventare sempre più insostenibile, e gli accessi e ricoveri in SPDC si fanno più frequenti.

Nella comunicazione gli elementi deliranti si infittiscono, fino ad esplicitare il pensiero che tutto quello che sta accadendo sia una messa in scena della madre per rubargli tutta l'eredità.

Dentro a questo vortice di malessere, accade anche che siamo costrette ad interrompere i colloqui per circa due mesi a causa dell'interruzione del progetto per cui collaboriamo con il Servizio Dipendenze, e questo non aiuta a mantenere il legame di fiducia creatosi.

Quando ritroviamo Billy, di nuovo ci troviamo di fronte ad una richiesta che devia dal percorso che abbiamo pensato per lui, e di nuovo decidiamo di sintonizzarci con il suo bisogno, anche per rinforzare l'alleanza.

Billy ci dice di voler lavorare.

Decidiamo quindi di proporgli un laboratorio propedeutico all'attività lavorativa promosso da un ente educativo del territorio, con l'idea che possa essere un'occasione anche e soprattutto per uscire dall'isolamento sociale in cui il ragazzo si trova da anni. Billy accetta ma lascia il laboratorio dopo poco.

Nel frattempo permangono i colloqui psicologici nei quali inizia ad investire.

In uno di questi, il paziente si apre e racconta, sebbene in una modalità fumosa, eventi dolorosi del suo passato, facendo intendere anche atti di una violenza subita e mai creduta. Emerge il tema del risarcimento, sia dal punto di vista concreto, risarcimento economico rispetto l'eredità del padre, sia emotivo, per tutto quello che ha subito, per non essere stato creduto e per non essere stato protetto dal poter spendere tutti quei soldi nel gioco.

Solo connettendoci e dando credito a questa parte Billy si è fidato e si è aperto alla possibilità di un ingresso comunitario che è avvenuto qualche mese dopo, accompagnato da un riconoscimento di un'invalidità civile e dalla nomina di un'amministratrice di sostegno, con la quale ha potuto rivedere tutta la questione finanziaria.

Tra gioco e delirio: quali interazioni?

«L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri a loro volta non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro» (Paul Watzlawick).

La comunicazione potrebbe essere pensata come la cornice contestuale del caso clinico esposto, come anticipato nell'introduzione.

Quando conosciamo Billy per la prima volta, è lui che ci parla di come i canali comunicativi abbiano avuto delle criticità ed è lui che ci fornisce una delle prime parole chiave di questa storia: la verità, "la sua verità".

Nel primo racconto concitato, in cui cerchiamo di ascoltarlo per capire quanto più possibile della sua storia, ci rendiamo immediatamente conto che questo percorso ci chiederà di navigare a vista in un mare di nebbia, forse proprio come sta accadendo a Billy.

Anche il sistema allargato sembrava muoversi nella confusione.

Le figure di riferimento non comprendevano il comportamento e la diagnosi di Billy, chiedendosi continuamente: "ma ci è o ci fa?", e il sistema di cura sembrava muoversi in maniera frammentata, come se non ci fosse stato modo fino a quel momento di cogliere una visione di insieme.

Non vogliamo essere critiche, ma ragionare insieme su quanto a volte il sistema, noi compresi, tende ad assomigliare alla storia del paziente, riproducendo la confusione che ci porta e che ci fa sentire.

Bateson (1979) ci ha insegnato che il sintomo rappresenta solo un arco di circuito di una complessità sistemica da cui si origina; ci ha anche evidenziato che ciò non significa individuare la causa del sintomo in dinamiche famigliari disfunzionali, ma che esso acquista senso all'interno del contesto relazione in cui compare come proprietà emergente della co-evoluzione del sistema nel suo insieme (Tettamanzi, 2022).

Specifichiamo, perché crediamo sia significativo, che fin da subito abbiamo utilizzato un approccio non convenzionale, decidendo di svolgere insieme (due terapeute) i colloqui con Billy; forse perché anche noi sentivamo il bisogno di un appoggio.

Alla luce di quanto fatto finora, possiamo dire che questo ha permesso di offrire a Billy punti di riferimento diversi, con stili personali che sono stati funzionali e complementari du-

rante il percorso; e ha permesso a noi di non perderci quando ci sentivamo disorientate.

Nel corso delle sedute, ci siamo rese conto che Billy spesso aveva dei buchi narrativi, coerenti non solo a delle difese formatesi negli anni, ma anche ad una storia familiare mai completamente ricostruita e compresa.

Quando nella storia familiare compaiono eventi traumatici e dolorosi può essere che questi assumano la forma di tabù, di non detti o di segreti, in ogni caso degli argomenti di cui "non si può fare parola".

Ciò che è assente, però, assume valore di presenza proprio per le sue stesse caratteristiche di assenza.

Spesso quello che le figure primarie hanno agito come un tentativo di protezione nei confronti dei figli, finisce per essere interpretato e vissuto come un tentativo "di nascondere", e da qui il tema della fiducia di cui si parlerà più avanti. Inoltre, per ricollegarci alle specificità del caso presentato, il segreto familiare può essere collegato alla sistematica falsificazione delle percezioni della realtà da parte del paziente ed è appunto il sintomo e il supporto di tale processo di invalidazione percettiva del paziente (Selvini, 1991).

Questa è stata una delle lenti con cui abbiamo osservato la storia di Billy e la particolarità della sua sintomatologia.

Nel tempo infatti, ci siamo accorte di quanto il ragazzo visse in una disperata ricerca della verità, incanalata e "coperta" all'interno delle trame del gioco d'azzardo.

Billy cercava infatti di scoprire, attraverso un sistema fitto e architettato, quali fossero i segreti del gioco e come lui potesse svelarli e orientarli a suo favore.

Secondo il modello eziopatogenetico del gioco d'azzardo di Blaszczynski e Nower (2002), tutte le tipologie di giocatori sviluppano false credenze e distorsioni cognitive che partecipano allo sviluppo e al mantenimento del disturbo.

Tra queste, citiamo l'illusione del controllo e l'overconfidenza, spesso presenti durante i colloqui.

Nonostante l'ammissione della gravità di ciò che accadeva, Billy si ostinava ad ingegnarsi nel tentativo di "vincere questa sfida" e trovare finalmente sollievo.

L'ipotesi è che Billy avesse un bisogno disperato di sentire di avere controllo sulla sua vita e sul suo dolore, ed è interessante come questo si intrecci con il gioco.

Cosa succede se però anche nel gioco ad un certo punto sfugge il controllo?

Se la bolla protettiva vacilla ed assume caratteristiche simili a quelle che l'hanno generata?

Il pensiero magico, tipicamente osservato nei giocatori d'azzardo, come modalità di pensiero che offre l'illusione che vi sia un collegamento tra eventi che tra di loro non hanno alcuna relazione di causa effetto (Frazer, 2012); in Billy si è inserito e rinforzato all'interno del pensiero delirante, caratterizzato da uno stato di coscienza temporaneamente alterato.

Come raccontato nella storia, già dopo il primo incontro con noi infatti, il ragazzo ci ha chiamato per allertarci che qualcuno aveva manomesso i suoi affetti personali, collegando i due eventi.

Con il tempo abbiamo imparato a capire che quando Billy compiva passi importanti nel suo percorso, a partire dalla richiesta di aiuto, o quando stava parecchio male, il pensiero delirante tendeva a presentarsi in modo maggiormente manifesto.

È interessante notare come entrare insieme a lui nel delirio e stare nella logica interna del racconto, ci ha permesso di

accedere a delle parti profonde ed emotive che, soprattutto nel primo periodo, non erano accessibili quando lo stato di coscienza era integro.

Negli elementi costituenti il delirio, Billy cercava una spiegazione di come avesse perso i soldi, inserendo sempre “un terzo”, di solito delle losche figure non chiaramente identificate, o “il sistema”, da cui si sentiva truffato e raggirato e sui quali finalmente poteva sfogare anche un'altra emozione proibita: la rabbia.

E così si è creata un'altra verità, paradossale ma forse in parte funzionale.

Un'altra lente che ci è stata utile è quella della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1976), che ci ha portato ad ipotizzare che lo stile di attaccamento sviluppato da Billy sia di tipo disorganizzato, nel quale il bambino rimane «disorientato» rispetto allo scopo, percependo la relazione contemporaneamente come fonte di pericolo e di protezione (Main e Solomon, 1990).

Crescendo, Billy manifesta una grande fatica relazionale, riporta episodi di bullismo subiti alle scuole medie e racconta, come già accennato, di una violenza, “la sua verità”, che sembra sancire un prima e un dopo nella sua storia.

Proprio a seguito di tale esperienza Billy inizia a “rifugiarsi” in modo importante nel gioco, nelle droghe e forse anche nel delirio come se fosse alla ricerca di un luogo altro non traumatico, falsamente protettivo, in grado di far vivere illudori stati di invulnerabilità.

Le conseguenze psicologiche dovute ad un grave trauma, soprattutto in fase adolescenziale, sono da tempo note: dolore, tristezza, rabbia, colpa, paura di ripetere l'esperienza.

Inoltre relazioni infantili insicure, deficit della simbolizzazione e disregolazione affettiva possono essere elementi costitutivi di dinamiche responsabili dell'addiction.

Billy forse tramite il gioco d'azzardo inconsciamente si espone ed esperienze rischiose e quindi potenzialmente traumatiche per fare fronte al proprio senso di impotenza e vulnerabilità. Il suo tentativo, sebbene inconsapevole, sembra da una parte quello di recuperare almeno in parte il controllo, dall'altra, di trovare una modalità comunicativa alternativa per poter parlare del proprio dolore.

Non riuscire a sentire la possibilità di fidarsi e di essere degno di fiducia è uno dei punti cardine della storia e dei sintomi di Billy.

La svolta, inizialmente dolorosa, è avvenuta forse quanto il ragazzo ha iniziato a perdere fiducia nel sintomo come elemento protettivo, e ha provato, con enorme paura, ad affidarsi a delle persone.

“Abbandonare” il gioco, e uscire allo scoperto dal delirio, per Billy è stato ed è un grandissimo atto di coraggio, perché significa non avere un contenitore, una via di fuga, una paradossale protezione.

È bene sottolineare che quanto esposto non ha carattere di causalità tra gli elementi, e che anzi si premette un'influenza reciproca che rende impossibile definire cause e effetti.

Conclusioni

Il caso clinico mette in luce l'importanza di stare con il paziente e ampliare non solo la rete di significati emergenti ma anche la rete sociale e di cura, in modo tale che la bol- la costruita intorno alla sofferenza e rinforzata dai sintomi

psicotici e dal gioco d'azzardo, possa avere dei confini più ampi e di conseguenza uno spazio di movimento e di trasformazione maggiore.

Ora Billy è ospite di una comunità riabilitativa a doppia-diagnosi, sta proseguendo un percorso di cura che lo vede attivo e propositivo, non gioca da quando ha fatto ingresso in struttura e anche la sintomatologia psicotica è decisamente migliorata.

Solo in alcuni casi, sempre quando Billy sembra non riuscire a spiegarsi alcuni eventi, si presenta un pensiero interpretativo.

Questo, ancora una volta, ci permette di ipotizzare quanto uno spazio sicuro possa essere una base per il processo di cura e come nessun individuo è pensabile e definibile senza considerare il contesto in cui si trova.

Inoltre, le ipotesi fatte rispetto all'interazione tra i due disturbi mettono in luce come parlare di doppia diagnosi non significhi solo pensare, e di conseguenza agire, su due disturbi separati.

La comorbidità ci impegna, come operatori dei Servizi di cura, ad avere uno sguardo curioso e irriverente rispetto a come i sintomi si intrecciano, tra di loro e nella storia di chi li sperimenta.

La sfida, che teniamo sempre attiva, è quella di guardare oltre il sintomo, passando dallo stesso, e di comprenderne il significato, per stare insieme al paziente e a ciò che cerca di comunicare, a volte in modo apparentemente incomprensibile.

Riferimenti bibliografici

- Bateson G. (1979). *Mind and Nature: a Necessary Unit*. New York: Dutton (trad. it. *Mente e natura*. Milano: Adelphi, 1989).
- Bateson G., Longo G. (2000). *Verso un'ecologia della mente* (Vol. 17). Milano: Adelphi.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499.
- Bowlby J. (1976). *Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby J. (1978). *Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri.
- Deleuze G., Guattari F. (1976). *Rhizome*. Parigi: Minuit (trad. it. in: *Millepiani: capitalismo e schizofrenia*. Roma: Castelvecchi, 2010).
- Fortgang R.G., Hoff R.A., Potenza M.N. (2020). Schizophrenia symptom severity and motivations for gambling in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatry research*, 291, 113281.
- Frazer J.G. (2012). *Il ramo d'oro*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Main M., Solomon J. (1990). Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (a cura di). *Attachment in the preschool years. Theory, Research and Intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sacco S. et al. Il dialogo tra differenti prospettive sistemiche nella pratica clinica con un giocatore d'azzardo e con la sua famiglia. *Frattali*, 96.
- Selvini M. (1994). Segreti familiari: quando il paziente non sa. *Terapia familiare*, 45: 5-17.
- Tettamanzi M. (2002). *Dagli archi di circuito ai sistemi complessi... dai servizi alla persona alla cura verso approcci sistemici*. Editoriale.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*, 35: 1-47.