

Presa in carico del paziente straniero con Disturbo da gioco d'azzardo: complessità, limiti e possibilità nella relazione terapeutica

Valentina Generani*, Concettina Varango**

Summary

■ *The article explores the care of foreign patients with gambling disorder, focusing on the clinical case of Gani, an Albanian man with a complex history of migration and vulnerability.*

Through a multifocal reflection, the linguistic, symbolic and cultural obstacles that characterize the therapeutic relationship with patients defined as “difficult” are analyzed (Moro, 2002).

Clinical work is reinterpreted as a relational process that requires humility, flexibility and the ability to listen beyond conventional codes.

The article proposes a therapeutic posture based on the acceptance of not knowing and on the construction of possible alliances even in the absence of explicit motivation and linear collaboration (Moro, 2018). ■

Keywords: *Taken in charge, Foreign patient, Therapeutic relationship, Pathological gambling disorder.*

Parole chiave: *Presa in carico, Paziente straniero, Relazione terapeutica, Disturbo da gioco d'azzardo patologico.*

Introduzione

L'articolo esplora la presa in carico di pazienti stranieri con disturbo da gioco d'azzardo, focalizzandosi sul caso clinico di Gani, uomo albanese con una storia complessa di migrazione e vulnerabilità.

Attraverso una riflessione multifocale, vengono analizzati gli ostacoli linguistici, simbolici e culturali che caratterizzano la relazione terapeutica con pazienti definiti “difficili” (Moro, 2002).

Il lavoro clinico viene riletto come un processo relazionale che richiede umiltà, flessibilità e capacità di ascolto oltre i codici convenzionali.

L'articolo propone una postura terapeutica fondata sull'accoglienza del non sapere e sulla costruzione di alleanze possibili anche in assenza di motivazione esplicita e collaborazione lineare (Moro, 2018).

Introduzione: ripensare la nozione di “paziente difficile”

Nella pratica clinica, l'etichetta di “paziente difficile” è frequentemente utilizzata per descrivere soggetti che

sfidano le nostre competenze, mettono in crisi i protocolli operativi e sembrano sottrarsi a una presa in carico lineare.

Ma cosa intendiamo davvero quando definiamo un paziente “difficile”? E, soprattutto, per chi è difficile?

È legittimo affermare che, nella maggior parte dei casi, la difficoltà sia nostra: in quanto operatori, siamo chiamati a confrontarci con pazienti che arrivano in ritardo, interrompono il trattamento, negano il problema, si mostrano disinvestiti o addirittura ostili.

In tali situazioni, ciò che viene meno non è solo l'adesione al percorso, ma anche quella reciprocità relazionale che spesso diamo per scontata.

L'aspettativa di collaborazione, motivazione, e disponibilità al cambiamento viene disattesa, provocando in noi frustrazione, impotenza e senso di inefficacia.

In questo senso, la categoria di “paziente difficile” rischia di funzionare più come uno specchio delle nostre difficoltà che come una reale descrizione dell'altro.

Essa riflette i limiti della nostra tolleranza all'ambiguità e alla non linearità (Moro, 2002), la fatica di stare in una relazione terapeutica che non conferma la nostra competenza né procede secondo i nostri schemi di riferimento.

Questa prospettiva invita a un ribaltamento del paradigma: e se fossero i servizi – e noi operatori – a risultare difficili da raggiungere per alcuni pazienti?

* Psicologa-psicoterapeuta S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

** Direttore S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

Quali sono i modelli culturali, simbolici, relazionali a cui chiediamo – spesso implicitamente – di adeguarsi, e che rischiano di escludere chi non li condivide o non li comprende?

In che modo il nostro assetto teorico-clinico può diventare una barriera, anziché un ponte, nel lavoro con soggetti che portano con sé esperienze di marginalità, esclusione, migrazione, e forme di sofferenza che non trovano facilmente posto nei nostri linguaggi diagnostici?

Queste domande diventano particolarmente urgenti quando si lavora con pazienti stranieri in condizione di vulnerabilità.

In questi casi, la distanza non è solo motivazionale o emotiva, ma anche linguistica, culturale e simbolica.

Laddove noi vediamo un “disturbo da gioco d’azzardo”, il paziente può vedere un’abitudine appresa nel contesto di origine, un rituale identitario, un canale di appartenenza sociale.

Laddove leggiamo “negazione del problema”, il paziente può esprimere il tentativo di proteggere la propria dignità in un contesto percepito come estraneo e stigmatizzante (Kirmayer *et al.*, 2003). Dove vediamo “mancanza di collaborazione”, possiamo non riconoscere una reazione di difesa di fronte alla minaccia di un giudizio istituzionale.

In questi scenari, gli strumenti canonici del nostro lavoro – l’anamnesi strutturata, il contratto terapeutico, l’alleanza di lavoro – mostrano i loro limiti.

La diagnosi stessa, se applicata rigidamente, rischia di diventare una riduzione anziché un dispositivo di comprensione.

L’ascolto rischia di non cogliere ciò che viene comunicato in forme non verbali o attraverso codici culturali non familiari.

Affrontare il tema del disturbo da gioco d’azzardo nei pazienti stranieri considerati “difficili” implica allora un allargamento dello sguardo, che includa la riflessione sulla relazione terapeutica, sulla posizione dell’operatore, sui dispositivi di cura.

Significa interrogare il nostro ruolo, i nostri modelli, e – in ultima analisi – la nostra capacità di sostare nella complessità senza affrettare la risoluzione.

È un lavoro che richiede umiltà clinica: la disponibilità a disorientarsi, a uscire dalla propria zona di comfort, a restare in ascolto anche quando non comprendiamo pienamente.

È in questo spazio fragile – e proprio per questo generativo – che può emergere una forma diversa di cura, fondata non sull’efficacia immediata, ma sulla possibilità di costruire una relazione sufficientemente buona da accogliere l’altro nella sua alterità.

In fondo, se desideriamo che il paziente si apra, forse dobbiamo essere noi, per primi, a disarmarci.

Il caso clinico: il signor Gani

Il protagonista della nostra riflessione è Gani, uomo albanese di circa 53 anni, giunto al nostro servizio a fine 2023 insieme alla moglie Bessa.

Lei parla per entrambi – anche se è in Italia da appena un anno.

Lui fatica: a parlare, a raccontarsi, a fidarsi.

Non solo per motivi linguistici, ma per la vergogna e il timore di essere giudicato.

Dalle parole della moglie emerge una storia dura, segnata da povertà, scarsa scolarizzazione, gioco precoce “di strada”.

Nel 2004 fugge dall’Albania: un viaggio a piedi, una tappa in Grecia – che lui ricorda con orgoglio, sottolineando che lì non ha mai giocato – e poi l’arrivo a Roma, dove il gioco torna con forza e lo indebolisce ulteriormente.

Torna in Albania, si sposa, nascono due figli.

Ma la dipendenza persiste.

I debiti si accumulano.

È la moglie, un anno prima che la conosciamo, a lasciare tutto per cercare rifugio in Italia.

Gani la raggiunge sei mesi dopo.

Inizialmente vivono separati, lui in una casa d’accoglienza maschile, lei con i figli in una struttura religiosa.

Una volta in Italia il figlio minore comincia a manifestare disagio importante: sradicato, perde i suoi punti di riferimento e si avvicina al mondo delle sostanze.

Intervengono i servizi sociali e la tutela minori e si attiva una presa in carico anche per lui.

Si attiva per il nucleo il progetto SAI del Comune, che porta al ricongiungimento familiare in una casa data dal progetto e propone a Gani la partecipazione ad un corso di italiano.

Il figlio, seguito anche dall’UOMPIA, riceve una diagnosi di ADHD (American Psychiatric Association, 2013), che aiuta a comprendere meglio il suo comportamento e orienta gli interventi. Nel frattempo, con Gani continuiamo a lavorare.

Il nostro obiettivo non è solo clinico, ma relazionale: offrire uno spazio sicuro, non giudicante, in cui possa ritrovare una parola possibile.

Ed è proprio dentro questa relazione di fiducia che diventa possibile anche l’accettazione, dopo due anni di lavoro, di un amministratore di sostegno, vissuto inizialmente come una minaccia alla propria autonomia.

Non più un’imposizione, ma uno strumento di tutela, utile a contenere i comportamenti impulsivi legati alla dipendenza (Blaszczynski & Nower, 2002).

Un piccolo ma fondamentale segnale: la fiducia comincia a trasformarsi in cambiamento.

Lettura trasversale e multifocale dell’esperienza terapeutica

A partire da questo contributo vorremmo offrire una lettura trasversale e multifocale dell’esperienza terapeutica, capace di accogliere la complessità, il dubbio, la lentezza e le fratture che spesso accompagnano il lavoro clinico con pazienti come Gani.

Per fare questo esploreremo alcune coordinate fondamentali: le barriere linguistiche e simboliche, l’ambivalenza

motivazionale, il significato profondo del gioco, le dinamiche culturali e di genere.

Barriere linguistiche e simboliche

La lingua è molto più di un mezzo di comunicazione: è un luogo simbolico della soggettività.

Gani parla solo albanese.

La moglie, presente ai primi incontri come traduttrice, non si limita a tradurre: interpreta, guida, a volte sovrappone il proprio punto di vista, ci parla del figlio.

Questo assetto comunicativo rischia di cristallizzare una dinamica di dipendenza già presente nella relazione di coppia.

Gani si arrabbia e si chiude ulteriormente.

Si sente esposto e giudicato, prova vergogna.

Il mediatore culturale, quando disponibile, non è solo un traduttore: è un ponte psichico (Moro, 2002), una figura terza che permette al paziente di rientrare in possesso della parola e della propria soggettività.

Motivazione e ambivalenza

Spesso nei servizi ci chiediamo: “Il paziente è motivato?”

Ma cosa intendiamo davvero per motivazione?

E soprattutto: possiamo aspettarci una motivazione esplicita, razionale, da chi si trova in uno stato di profonda disorganizzazione e vulnerabilità?

Nel caso di Gani, la motivazione non è dichiarata.

È la moglie a chiamare, a insistere, a sostenere il percorso.

Eppure, c'è qualcosa che accade: Gani viene, ascolta, resta.

Non parla molto, ma accetta la relazione.

La sua presenza, anche se silenziosa e incerta, è già un segnale.

È una motivazione implicita, fragile, che ha bisogno di tempo e di un contesto sicuro per emergere.

È una motivazione “a bassa voce”, che va riconosciuta, rispettata, accompagnata, non forzata (Miller & Rollnick, 2013).

Per pazienti come Gani, la spinta al cambiamento non nasce da un progetto consapevole, ma da bisogni più primitivi: non sentirsi soli, trovare un luogo in cui poter esistere (Deci & Ryan, 1985).

Il nostro compito, forse, è proprio quello di offrire uno spazio in cui la motivazione possa nascere, più che aspettarci che esista già.

Il significato del gioco

Da un punto di vista psicodinamico, il gioco assume per Gani la funzione di difesa e contenimento dell'angoscia (Khantzian, 1985).

In un mondo interno segnato da vergogna, fallimento e vissuti di esclusione, il gioco offre l'illusione di potere, di riscatto, di controllo sul destino.

Ogni giocata rappresenta un tentativo di restaurare un'immagine grandiosa e competente di sé (Volkow & Koob, 2015), in contrasto con una realtà quotidiana fatta di marginalità, dipendenza e perdita di ruolo.

Il contesto migratorio rafforza questa dinamica: Gani si trova in Italia privo di strumenti linguistici, senza uno status sociale riconosciuto, in una condizione iniziale di dipendenza economica e relazionale dalla moglie, più integrata e autonoma.

In questa cornice, il gioco diventa un rituale privato e identitario, un luogo in cui continuare ad “esistere” secondo coordinate note, anche se distruttive.

Ma non è solo la dinamica individuale a rendere il gioco così centrale nella sua esperienza: la sala slot diventa anche un luogo sociale e rassicurante (Petry, 2005), uno spazio separato dal mondo italiano “estraneo” e spesso vissuto come giudicante.

In questo ambiente, frequentato quasi esclusivamente da connazionali, Gani ritrova una comunità di riferimento, un linguaggio condiviso, una rete informale in cui non si sente escluso.

Ad un certo punto del percorso, Gani inizia a lavorare come muratore percependo un buon stipendio e si trova persino nella posizione di prestare denaro ad altri connazionali che frequentano la stessa sala giochi.

Questo gesto, pur all'interno di un sistema economicamente disfunzionale, gli restituisce un ruolo: smette temporaneamente di essere il bisognoso per diventare colui che può offrire, sostenere, aiutare.

È una forma di riparazione narcisistica fragile, ma per lui profondamente significativa.

In quei contesti, Gani non è più l'uomo fallito, escluso dalla famiglia e senza parola nel mondo italiano, ma un soggetto riconosciuto, ascoltato, in posizione di relativa centralità.

La sala slot, dunque, non è solo il luogo del sintomo, ma anche il teatro di una ricerca identitaria, di un'appartenenza sostitutiva e di un fragile recupero di potere, che diventa però sempre più costoso sul piano psichico, familiare ed economico.

È in questo nodo che si gioca la sfida del trattamento: non “togliere” il gioco come comportamento, ma offrire spazi alternativi – relazionali e simbolici – in cui Gani possa ritrovare un senso di sé senza doverlo continuamente scommettere.

Dinamiche culturali e di genere

Un altro aspetto centrale del caso riguarda le implicazioni legate al genere e al ruolo culturale del maschile nella società di origine del paziente.

Il fallimento nel mantenere il ruolo di capofamiglia – sul piano economico, decisionale, simbolico – è vissuto da Gani con un senso profondo di vergogna (Devereux, 1972).

Questa vergogna, tuttavia, non si esprime in forma verbale o emotiva, ma si traduce in isolamento, passività, ritiro, e infine in una ricaduta nel gioco.

In molti contesti culturali, la non-espressione dell'emotività maschile è la norma.

Il dolore non si dice: si agisce, si anestetizza, si somatizza. Il rischio, in ambito clinico, è quello di forzare una verbalizzazione per noi necessaria, ma per il paziente culturalmente estranea, vissuta come invasiva o umiliante.

Se interveniamo con tecniche o pressioni che non tengono conto del contesto simbolico e relazionale in cui quella sofferenza si è formata (Kleinman, 1988), rischiamo di aumentare la distanza, anziché ridurla.

Conclusioni: disarmarsi per accogliere la complessità

Ritornare alla domanda iniziale – “pazienti difficili per chi?” – ci permette di chiudere il cerchio con uno sguardo trasformato: non tanto rivolto al comportamento del paziente, quanto al nostro posizionamento come operatori.

L'esperienza clinica con pazienti stranieri in condizioni di marginalità e dipendenza, come nel caso di Gani, evidenzia la necessità di riformulare le categorie operative della presa in carico (Moro, 2018) a partire dal riconoscimento dei nostri stessi limiti.

I tradizionali assetti terapeutici, spesso pensati per una popolazione culturalmente omogenea e motivata al trattamento, si rivelano inadeguati in contesti ad alta complessità.

È quindi necessario promuovere dispositivi terapeutici flessibili, in cui la rete integrata tra servizi sanitari, sociali e culturali non sia un'aggiunta estemporanea, ma una condizione strutturale dell'intervento.

In tale ottica, il mediatore culturale non può essere una figura occasionale, ma parte integrante del setting clinico (Moro, 2002).

Allo stesso tempo, l'équipe deve essere formata a leggere anche i segnali impliciti, i codici non verbali e i linguaggi culturali dell'altro.

L'alleanza terapeutica, elemento cruciale in ogni percorso di cura, assume in questi casi modalità più lente, meno esplicite.

Spesso nasce in un clima di diffidenza o silenzio e richiede continuità, pazienza e disponibilità a restare nella relazione anche in assenza di adesione esplicita.

La tecnica, in queste circostanze, segue la relazione, non la precede (Bromberg, 2006).

Infine, l'umiltà clinica si configura come una postura professionale imprescindibile.

Essa non rappresenta una rinuncia alla competenza, ma una sua riformulazione: la capacità di tollerare l'incertezza, la lentezza, la frustrazione, senza forzare letture o soluzioni.

Accogliere il paziente straniero in condizioni di estrema vulnerabilità significa creare uno spazio in cui la cura non coincida con l'immediata risoluzione del sintomo, ma con la possibilità di riattivare una narrazione di sé, restituire dignità, riconoscere differenze.

Disarmarsi, in questa prospettiva, non è abbandonare il proprio ruolo, ma scegliere consapevolmente una posizione relazionale che renda possibile l'incontro (Ogden, 2004).

È nella relazione, infatti, che si gioca il primo vero cambiamento terapeutico.

E forse è proprio questa capacità di restare, anche senza comprendere tutto, che può fare la differenza.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Blażczynski A., & Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499.
- Bromberg P.M. (2006). *La clinica del trauma. Un nuovo dialogo tra paziente e terapeuta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Deci E.L., & Ryan R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Devereux G. (1972). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- Khantzian E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11): 1259-1264.
- Kirmayer L.J., Rousseau C., & Lasry J.-C. (2003). The place of culture in forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 31(2): 173-177.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Miller W.R., & Rollnick S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Moro M.R. (2002). *La construction de l'altérité en psychiatrie*. In: Moro M.R., & Nathan T., *Clinique de l'exil. L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés* (pp. 83-103). Paris: Dunod.
- Moro M.R. (2018). *Psychiatrie transculturelle*. Paris: Masson.
- Ogden T.H. (2004). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(5): 857-877.
- Petry N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Volkow N.D., & Koob G.F. (2015). Brain disease model of addiction: why is it so controversial?. *The Lancet Psychiatry*, 2(8): 677-679.