



TOPIC

Temi di Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Campania

Volume **4** | Numero **2**

2025



Ordine Psicologi
Regione Campania

NEUROPSICOLOGIA E NEUROSCIENZE

Il ruolo dell'interocezione nella Sclerosi Multipla: Evidenze cliniche e implicazioni riabilitative

Elena Piscopo¹

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta.

PSICOLOGIA CLINICA E DINAMICA

Esplorando la confluenza nella terapia della Gestalt. Verso una concezione condivisa

Valeria Cioffi¹, Lucia Luciana Mosca¹, Enrico Moretto¹, Roberta Stanzione¹, Ottavio Ragozzino¹, Enrica Tortora¹, Giovanni Salonia², Claudia Montanari³, Oliviero Rossi⁴, Claudio Billi⁵, Paolo Quattrini⁶, Alexander Lommatzsch⁷, Antonio Ferrara⁸, Stefano Crispino⁹, Elena Gigante¹⁰, Mariano Pizzimenti¹¹, Roberta Melis¹², Efsio Temporin¹³, Raffaele Sperandeo¹⁴

¹ SiPGI-Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata.

² Gestalt Therapy Institute - H.C.C. - Human Communication Center - KAIROS, Ragusa.

³ ASPIC Scuola di Psicoterapia, Roma.

⁴ IPGE Istituto di Psicoterapia della Gestalt Espressiva, Roma.

⁵ Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt CGV, Livorno.

⁶ IGF Istituto Gestalt Firenze. Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt a orientamento fenomenologico-esistenziale, Firenze.

⁷ IGP Istituto Gestalt di Puglia, Arnesano.

⁸ iGAT Istituto di Psicoterapia della Gestalt e Analisi Transazionale, Napoli.

⁹ IGA Istituto Gestalt Analitica, Roma.

¹⁰ SiPGI Scuola in Psicoterapia gestaltica integrate, Trapani.

¹¹ SGT Scuola Gestalt Torino.

¹² SinaPsi Istituto di Psicoterapia della Gestalt, Cagliari.

¹³ IGR Istituto Gestalt Romagna, Ravenna.

¹⁴ Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università degli Studi Federico II, Napoli.

Il ruolo dei *bias* cognitivi nel gioco d'azzardo problematico: Un'analisi integrata tra ricerca e intervento clinico

Maria Mosca¹, Luigia Cappuccio², Corrado Sgambati¹, Giacomo Langella¹, Tullio Pasqua¹

¹ Centro diurno Lilliput, Polo DGA Area Est, Era Coop.

² Asl Napoli 1 Centro, Dipartimento Dipendenze U.O. Ser.D. DSB 32

Il ruolo dell'Interocezione nella Sclerosi Multipla: Evidenze Cliniche e Implicazioni Riabilitative

The Role of Interoception in Multiple Sclerosis: Clinical Evidence and Rehabilitation Implications

Elena Piscopo¹

¹ *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta, Italia.*

Abstract

La sclerosi multipla (SM) è una malattia demielinizzante cronica del sistema nervoso centrale che colpisce le aree motorie, cognitive ed emotive, e la fatica è tra i sintomi più debilitanti. Recenti evidenze suggeriscono che un'alterata interocezione - la capacità di percepire e interpretare i segnali corporei interni - possa svolgere un ruolo chiave nella fisiopatologia della fatica nella SM. Questo articolo offre una revisione integrata dei processi interocezionali nella SM, concentrandosi sulle loro basi neuroanatomiche, sui correlati cognitivi e sulle implicazioni per la sintomatologia. Infine, è stato esplorato il potenziale terapeutico di nuovi interventi, tra cui approcci basati sull'embodiment, la stimolazione transcranica a corrente continua (tDCS) e la realtà virtuale (VR), incentrati sull'elaborazione interocezionale e sensorimotoria per supportare la riabilitazione nella SM. Queste intuizioni sottolineano la necessità di considerare l'interocezione come un ambito promettente per la valutazione clinica e l'intervento nella sclerosi multipla.

Parole chiave

Sclerosi Multipla, Interocezione, fatica, metacognizione, riabilitazione.

Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is a chronic demyelinating disease of the central nervous system that affects motor, cognitive, and emotional domains, with fatigue being among the most debilitating symptoms. Recent evidence suggests that altered interoception—the ability to sense and interpret internal bodily signals—may play a key role in the pathophysiology of fatigue in MS. This article offers an integrative review of interoceptive processes in MS, focusing on their neuroanatomical bases, cognitive correlates, and implications for symptomatology. Finally, has been explore the therapeutic potential of novel interventions—including embodiment-based approaches, transcranial direct current stimulation (tDCS), and virtual reality (VR) focusing on interoceptive and sensorimotor processing to support rehabilitation in MS.

Autore responsabile per la corrispondenza: Elena Piscopo, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta, Italia, e-mail: elena.piscopo1@studenti.unicampania.it.

These insights underscore the need to consider interoception as a promising domain for clinical assessment and intervention in multiple sclerosis.

Keywords

Multiple sclerosis, interoception, fatigue, metacognition, rehabilitation.

Introduction

Multiple sclerosis (MS) is a chronic disease of the central nervous system (CNS), characterized by inflammation, widespread primary demyelination, and progressive neurodegeneration. A widely accepted concept of MS pathogenesis suggests that tissue injury in the brain and spinal cord is initiated by T cell-mediated inflammation. Subsequent demyelination and neurodegeneration are then driven by heterogeneous mechanisms involving both the adaptive and innate immune systems (Lassmann et al., 2007). Numerous studies have proposed that microglial activation, the production of reactive oxygen species, and oxidative damage are key mechanisms underlying demyelination and neurodegeneration, particularly during the progressive stages of the disease (Haider et al., 2011, 2016; Fischer et al., 2013). Clinically, MS presents a wide spectrum of symptoms, including motor impairments, fatigue, pain, and cognitive dysfunction. As an inflammatory disease, MS leads to widespread white matter damage and disrupts neural networks involved in emotional regulation, particularly in subcortical and cortical structures such as the frontal lobe, the cingulate gyrus, and the insula. These alterations impair self-regulation and emotion processing (Giurgola et al., 2022; Boron et al., 2019). Consequently, emotional disturbances - depression, irritability, anhedonia, inappropriate affect (e.g., uncontrollable crying or laughing), severe mood swings, and emotional dysregulation -are frequently reported,

regardless of disease severity or executive functioning abilities (Prakash et al., 2019).

At a deeper level, emotion regulation involves a coherent relationship with the self, specifically effective communication between body, thoughts, and feelings. It requires tolerance and understanding of signals from the body and the related cognitive attributes (Price et al., 2018).

In the last decade, interoception —the sensing and interpretation of internal bodily signals—has gained increasing recognition in psychological and neuroscientific research.

This growing interest has been especially fueled by the foundational work of Antonio Damasio (1999) and Craig (2009), who highlighted the central role of interoception in self-awareness and emotional regulation.

Dysfunction of interoception is increasingly recognized as an important component of different mental health conditions, including anxiety disorders, mood disorders, eating disorders, addictive disorders, and somatic symptom disorders (Khalsa et al., 2024). Therefore, determining whether interoceptive processes are a cause or consequence of developmental psychopathology—and understanding the factors such as early-life stress or chronic pain which factors —will be an important area for future research.

This article provides an overview of the role of interoception in Multiple Sclerosis, exploring its clinical and rehabilitative implications and

proposing future directions for research and treatment.

Overview of the Interoception

The concept of bodily awareness is a puzzle in the cognitive sciences and is rooted in the idea that humans possess a conscious awareness not only of the external world but also of their psychological state, as well as our feelings, thoughts, and perceptions and that this is something peculiar in humans. However, the body can also be perceived from the inside, such as several mechanisms such as proprioception, (i.e., the processing of the position and movement of limbs), balance, and interoception (Parma et al., 2024). Interoception has garnered attention in the last two decades has been described by Khalsa and collaborators (2018) as it “refers collectively to the processing of internal bodily stimuli by the nervous system”.

According to Garfinkel et al. (2015), interoception is a multidimensional construct, encompassing: Interoceptive accuracy (IAcc): the objective ability to detect internal bodily signals, such as heartbeats or hunger, typically assessed via behavioral tasks. Interoceptive sensibility (IS): the subjective tendency to report or attend to bodily sensations (e.g., muscle tension, dry mouth). Interoceptive awareness (IA): the metacognitive insight into one's interoceptive accuracy, that is, the confidence in one's ability to perceive internal signals. Interoceptive evaluation (IE): the affective and interpretative dimension of bodily sensations, which plays a crucial role in emotion formation and regulation (Herbert et al., 2021).

These dimensions can be measured using different objective and subjective tools. For example, heartbeat detection tasks —the most widely used method for assessing interoceptive accuracy— (Fermin et al., 2023). Although these

tasks are limited in scope —focusing only on cardiac signals — it offers the advantage of being relatively resistant to voluntary control, unlike respiratory measures.

Beyond behavioral tasks, several self-report instruments are used to assess bodily awareness and interoception. Among these, the Functional Body Sensation Questionnaire (FBSQ) and the Multidimensional Assessment of Interoception (MAIA) are two of the most prominent. While both tools assess various aspects of bodily awareness, they differ in focus:

- The FBSQ measures perception, differentiation, and emotion regulation.

- The MAIA evaluates attention to bodily signals, as well as one's attitudes and reactions towards emotional and non-emotional-related body sensations (Parma et al., 2024).

Considering its multidimensional nature, interoception has become a key target for empirical research. A deeper understanding of the neural circuits underpinning interoceptive processing is essential to elucidate how internal bodily states are represented in the brain and how they interact with emotion, cognition and self-awareness.

Neuroanatomical Basis of Interoceptive Processing

Craig's work (Strigo et al., 2016) on the central anatomy of interoceptive processing describes a hierarchical organization of interoceptive pathways, characterized by the convergence of afferent signals from the spinal cord and vagus nerve toward cortical representations within the insular cortex. Primary interoceptive signals are transmitted from the ventromedial nucleus of the thalamus to the posterior insula, where initial representations of bodily states occur. Integration with exteroceptive, sensorimotor, and proprioceptive information is thought to

take place primarily within the posterior and central insular regions. The anterior insular cortex (AIC), which is densely connected to paralimbic cortical areas such as the orbitofrontal cortex (OFC) and the anterior cingulate cortex (ACC), is believed to play a key role in integrating interoceptive information with emotional and cognitive states (Herbert et al., 2020). Furthermore, different portions of the insula appear to be involved in different and successive stages of neural processing: raw interoceptive signals from visceral changes and pain first project to the posterior insula and integrate with motivational and hedonic information as they progress to the anterior insula (Parma et al., 2024). In the last decade, an interesting approach has emerged from neuroscientific research and computational theories. The Embodied Predictive Interoception Coding (EPIC) model proposes that the brain actively generates explanations for the stimuli it encounters (Barrett et al., 2015). In this framework, the brain constructs a generative model of bodily sensations, combining predictive mappings (from hidden bodily states to interoceptive sensations) with prior beliefs or expectations about those bodily states, represented as probability under the same computational principles through Bayesian inference mechanisms (Khalsa et al., 2022, Barrett et al., 2015). This provides a conceptual foundation for a taxonomy of disease processes through the active inference model and corticocortical connectivity structures, thereby extending earlier predictive-coding accounts of interoception.

A substantial body of evidence links interoception to the activity of the insular cortex. A functional MRI studies have demonstrated differences in the hypoactivation in various insula regions in individuals with major depressive disorder (MDD) whilst non-

psychiatric participants and patients in remission from MDD show the same neural activity - during interoceptive attention tasks - in insula subregions implying a possible state marker for MDD (Wiebking et al., 2015).

In the context of multiple sclerosis (MS) interoceptive alterations have been corroborated by connectivity findings. Salamone et al (2018) demonstrated altered neural signature of interoception in patients using 128-channel EEG system during a heartbeat detection task (HEP) (Study 1) and fMRI recoding (study 2). Patients exhibited greater HEP modulation during the interoceptive condition, and they presented atrophy in the left insula, the posterior part of the right insula and neuroanatomical patterns. Sagliano et al., (2019) using double-blind study, investigated the role of insula in interoception through transcranial direct current stimulation (tDCS). Their results showed a significant improvement of participants' performance on the heartbeat counting task after the sham stimulation, indicating the importance of insular activity in interoceptive accuracy.

Additionally, it has been demonstrated that the efficacy of real-time fMRI (rt-fMRI) neurofeedback (NF) training of a novel regulation strategy based on interoceptive processing in up-regulating anterior insula (LA) activity (Zhang et al., 2023).

Overall, this body of evidence underscores the importance of assessing interoception in MS through multidimensional results and integrative approach.

Interoception in Multiple Sclerosis

Multidimensional disruptions of interoception have been observed in patients with multiple sclerosis (MS), including deficits in taste and temperature perception alongside altered pain sensitivity and persistent fatigue. MS

patients exhibit reduced structural neural responses, and aberrant brain-wise connectivity patterns during cardiac interoception tasks. Nevertheless, further research is needed to link causally hypothesized interoceptive deficits to fatigue in MS (Bonaz et al., 2021). Notably, most of the literature has investigated interoception specifically in relation to fatigue – one of the most frequent and disabling symptoms in MS – with a prevalence of up to 83% of patients (Kluger et al., 2013). Among all symptoms in MS, fatigue exerts a particularly profound impact on quality of life and represents a critical challenge for clinical management.

According to Manjaly et al (2019) several factors contribute to pathophysiology of fatigue: Structural damage of white matter (WM) and grey matter (GM), inflammatory processes (within or outside the central nervous system, CNS), maladaptive network recruitment due to distributed lesions or inflammation, metacognition (self-monitoring) of interoception of dyshomeostatic states. Most studies to date have predominantly focused on neuroanatomical correlates, examining how damage to brain regions involved in interoceptive processing relates to fatigue in MS patients (Ware et al., 2023). However, some research has also reported difficulties in the awareness of emotions and their bodily correlates, as well as excessive concern about bodily symptoms, which are often linked to anxiety and impaired self-regulation in individuals with MS (Eboni et al., 2018). A promising and more recent and framework to understand fatigue in MS is offered by the Allostatic Self-Efficacy (ASE) theory (Petzschner et al., 2017). This theory is grounded in computational models of brain-body interaction and highlights the interplay between interoception and metacognition - broadly defined as “cognition about cognition”

encompasses evaluative processes by which the brain monitors and assesses its own operations (Fleming, 2012)- as key cognitive mechanisms. Within this framework, fatigue is reconceptualized as the experience of low allostatic self-efficacy (ASE) a subjective state arising when the brain perceives regulatory failure, that is, an inability to minimize interoceptive prediction errors (PEs). Fatigue, in this view, becomes a signal to suspend ongoing actions and prioritize rest to restore homeostasis (Stephan et al., 2016).

Abundant indirect evidence suggests that subjective fatigue in MS could reflect a disruption of interoceptive mechanisms. For instance, Rouault et al. (2023) hypothesized that variability in fatigue levels among individuals with Multiple Sclerosis (MS) would be associated with individual differences in interoception, metacognition, and automatic regulation. Their results support the theoretical framework in which interoception plays a key role in fatigue and demonstrates the feasibility of predicting individual fatigue levels based on these variables. Similarly, Gonzalez et al. (2020) investigated whether fatigue in MS patients is associated with specific behavioral, structural, and functional alterations within the interoceptive domain. Using a modified fatigue scale to classify fatigue levels and a heartbeat detection task to assess interoceptive accuracy, they found that only fatigued MS patients exhibited decreased interoceptive accuracy. This was accompanied by reduced gray matter volume and increased functional connectivity in core interoceptive regions such as the insula and anterior cingulate cortex (ACC). Each of these neural changes was positively correlated with fatigue levels. More recently, Danciut et al. (2024) employed behavioral tasks and quantitative MRI to investigate the neural correlations of interoception and metacognition in relation to

cognitive fatigue in MS. Their findings demonstrated that interoceptive insight—defined as the metacognitive ability to track one's internal bodily signals—is selectively associated with cognitive fatigue. This relationship appears to be mediated by microstructural damage to white matter pathways. The interaction between cognitive fatigue and interoceptive tracking insight (divided into two levels) was found to be significant for fractional anisotropy (FA) within a bilaterally distributed network, including the superior longitudinal fasciculus, medial and inferior longitudinal fasciculi, arcuate fasciculus, uncinate fasciculus, inferior fronto-occipital fasciculus, external capsule, cingulum (including parietal connections), corpus callosum (rostrum, genu, body, splenium), callosal radiations, forceps major and minor, fornix, hippocampal commissure, posterior thalamic radiations, genu of the internal capsule, optic radiations, U-fibers (frontal, parietal, and temporal), and orbitomedial prefrontal connecting fibers. Alterations of functional connections (between insula and posterior cingulate gyrus and between the right thalamus and right precentral gyrus) as well as correlated with cognitive fatigue severity (Stefancin et al., 2019).

These findings underscore the existence of a widespread structural network within the white matter that is specifically linked to cognitive fatigue in MS.

Given the neurodegenerative nature of MS, and its impact on cognition, it is reasonable to hypothesize the disruption of multisensory integration, with potential implications for interoception and associated neuropsychological deficits. Giurgola et al. (2022) reported impaired multisensory integration in relapsing-remitting MS patients, indicating a significant impact on interoceptive processing. One relevant construct is the Temporal Binding Window (TBW) -index

of deficit multisensory integration processes—reflecting the time interval within which sensory inputs from different modalities are perceived as belonging to the same event. TBW alterations have been reported in some neurological and neuropsychiatric disorders and seem to negatively affect cognition and behavior. However, it remains unclear whether MS is characterized by abnormal TBW, and to what extent disruptions are linked to interoceptive processing mechanisms, particularly in relation to autonomic information monitoring.

Relevance for Therapeutic Applications

Rehabilitation, including psychotherapy, symptomatic treatment, and physical activity, represents one of the most effective approaches for managing symptoms of multiple sclerosis (MS) and improving motor performance and quality of life. Conventional rehabilitation for MS patients primarily relies on physical therapy and therapeutic exercise, aiming to help individuals develop strategies to cope with various disabilities and regain the highest possible level of independence in Activities of Daily Living (ADLs) and return to work (Duan et al., 2023). The overarching goal of rehabilitation is to minimize motor impairments and promote the activation of neural pathways to support long-term recovery, especially in walking. While traditional rehabilitation techniques remain the standard of care, innovative technologies are emerging to enhance the management of disabling symptoms. One such innovation is transcranial direct current stimulation (tDCS), a neurorehabilitation technique that modulates cortical excitability and cortico-spinal circuits by inducing subthreshold changes in neuronal resting membrane potentials. tDCS has shown promise in improving movement disorders such as

dystonia, tremor, and Parkinson's disease, as well as degenerative cerebellar ataxia. In MS, tDCS has produced short-term improvements in gait and balance, suggesting that its benefits may be maximized when combined with conventional rehabilitation therapies (Marotta et al., 2022). Most recently, interventions focused on embodiment and body awareness have shown promise in MS rehabilitation (Price et al., 2021). The term embodied refers to a novel therapeutic approach in which the physiotherapist consistently guides the patient's attention toward bodily sensations and movement awareness. This method emphasizes the relationship between interoceptive awareness (IA), body sense, posture, and action (Paolucci et al., 2022). In parallel, technological innovations such as computer-based tools, robotics, and virtual reality (VR) have demonstrated efficacy in addressing motor and cognitive impairments in neurological populations, including those with MS (Pinilla et al., 2021; Parma et al., 2024; Maggio et al., 2019). VR-based interventions enhance sensory feedback and improve specific cognitive domains such as attention, problem-solving, working memory, praxis, and information processing speed (Kalron et al., 2016). VR has also been shown to foster neuroplasticity, leading to improvements in both cognitive and motor functions in MS patients. For example, semi-immersive VR training using systems like BTS Nirvana allows patients to engage in realistic, multisensory experiences that provide enhanced visual and auditory feedback. This sensory engagement facilitates motor and cognitive rehabilitation in MS (Maggio et al., 2022). Given the complexity and variability of MS symptoms and their associated complications, as well as the high likelihood of relapses, further research is needed to refine and expand clinical and rehabilitative approaches.

Conclusions

In recent years, interoception has emerged as a fundamental construct for understanding the complex symptomatology of multiple sclerosis (MS), particularly in relation to fatigue, cognitive dysfunction and emotional regulation. From a neuroanatomical point of view, these findings highlight the insula and related cortical and subcortical networks as key regions involved in the modulation of interoceptive signals. Despite promising developments, longitudinal studies combining neuroimaging, physiological and behavioral measures are still needed to track the progression of interoceptive alterations and their clinical implications over time. Moreover, the development of standardized, multidimensional tools for assessing interoception in MS will be essential for both research and clinical practice. Interventions targeting interoceptive awareness – such as neurofeedback, mindfulness-based therapies and virtual reality-based training – should be systematically evaluated for their efficacy and feasibility in diverse MS populations. Finally, incorporating interoceptive dimensions into personalized rehabilitation programs may help optimize therapeutic outcomes and improve quality of life for individuals living with MS.

References

- Baron, Y. J., Hatton, A., McKeon, P. O., Rome, K., Martin, D., & Dixon, J. (2019). Experiences of people with Multiple Sclerosis using textured insoles: an interpretive phenomenological exploration.
- Barrett, L. F., & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature reviews neuroscience*, 16(7), 419-429.
- Bonaz, B., Lane, R. D., Oshinsky, M. L., Kenny, P. J., Sinha, R., Mayer, E. A., & Critchley, H. D. (2021). Diseases, disorders, and comorbidities of interoception. *Trends in neurosciences*, 44(1), 39-51.

- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews neuroscience*, 10(1), 59-70.
- Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current opinion in psychology*, 17, 7-14.
- Damasio, A. R. (1999). How the brain creates the mind. *Scientific American*, 281(6), 112-117.
- Danciut, I., Rae, C. L., Rashid, W., Scott, J., Bozzali, M., Iancu, M., ... & Cercignani, M. (2024). Understanding the mechanisms of fatigue in multiple sclerosis: linking interoception, metacognition and white matter dysconnectivity. *Brain Communications*, 6(5), fcae292.
- Duan, H., Jing, Y., Li, Y., Lian, Y., Li, J., & Li, Z. (2023). Rehabilitation treatment of multiple sclerosis. *Frontiers in immunology*, 14, 1168821.
- Eboni, A. C. B., Cardoso, M., Dias, F. M., Gama, P. D. D., Gomes, S., Goncalves, M. V. M., ... & Fragoso, Y. D. (2018). High levels of alexithymia in patients with multiple sclerosis. *Dementia & neuropsychologia*, 12(2), 212-215.
- Fermin, A. S., Sasaoka, T., Maekawa, T., Chan, H. L., Machizawa, M. G., Okada, G., ... & Yamawaki, S. (2023). Insula neuroanatomical networks predict interoceptive awareness. *Heliyon*, 9(8).
- Fischer, M. T., Wimmer, I., Höftberger, R., Gerlach, S., Haider, L., Zrzavy, T., ... & Lassmann, H. (2013). Disease-specific molecular events in cortical multiple sclerosis lesions. *Brain*, 136(6), 1799-1815.
- Fleming, S. M., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2012). Metacognition: computation, biology and function. *Philosophical transactions of the royal society B: Biological sciences*, 367(1594), 1280-1286.
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological psychology*, 104, 65-74.
- Giurgola, S., Casati, C., Stampatori, C., Perucca, L., Mattioli, F., Vallar, G., & Bolognini, N. (2022). Abnormal multisensory integration in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Experimental Brain Research*, 240(3), 953-968.
- Gonzalez Campo, C., Salamone, P. C., Rodríguez-Arriagada, N., Richter, F., Herrera, E., Bruno, D., ... & Sedeño, L. (2020). Fatigue in multiple sclerosis is associated with multimodal interoceptive abnormalities. *Multiple Sclerosis Journal*, 26(14), 1845-1853.
- Haider, L., Fischer, M. T., Frischer, J. M., Bauer, J., Höftberger, R., Botond, G., ... & Lassmann, H. (2011). Oxidative damage in multiple sclerosis lesions. *Brain*, 134(7), 1914-1924.
- Haider, L., Zrzavy, T., Hametner, S., Höftberger, R., Bagnato, F., Grabner, G., ... & Lassmann, H. (2016). The topography of demyelination and neurodegeneration in the multiple sclerosis brain. *Brain*, 139(3), 807-815.
- Herbert, B. M. (2021). Interoception and its role for eating, obesity, and eating disorders. *European Journal of Health Psychology*.
- Herbert, B. M., Pollatos, O., & Klusmann, V. (2021). Interoception and health. *European Journal of Health Psychology*.
- Kalron, A. (2016). Gait variability across the disability spectrum in people with multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 361, 1-6.
- Khalsa, S. S., & Verdonk, C. (2024). Interoception and Mental Health. In *Interoception: A Comprehensive Guide* (pp. 265-316). Cham: Springer International Publishing.
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., et al. (2018a). Interoception and mental health: A roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501-513.
- Khalsa, S. S., Berner, L. A., & Anderson, L. M. (2022). Gastrointestinal interoception in eating disorders: charting a new path. *Current psychiatry reports*, 24(1), 47-60.
- Kluger, B. M., Krupp, L. B., & Enoka, R. M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80(4), 409-416.
- Lassmann, H., Brück, W., & Lucchinetti, C. F. (2007). The immunopathology of multiple sclerosis: an overview. *Brain pathology*, 17(2), 210-218.
- Maggio, M. G., De Luca, R., Manuli, A., Buda, A., Foti Cuzzola, M., Leonardi, S., ... & Calabrò, R. S. (2022). Do patients with multiple sclerosis benefit from semi-immersive virtual reality? A randomized clinical trial on cognitive and motor outcomes. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(1), 59-65.
- Maggio, M. G., Russo, M., Cuzzola, M. F., Destro, M., La Rosa, G., Molonia, F., ... & Calabrò, R. S. (2019). Virtual reality in multiple sclerosis rehabilitation: A review on cognitive and motor outcomes. *Journal of Clinical Neuroscience*, 65, 106-111.
- Manjaly, Z. M., Harrison, N. A., Critchley, H. D., Do, C. T., Stefanics, G., Wenderoth, N., ... & Stephan, K. E. (2019). Pathophysiological and cognitive mechanisms of fatigue in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 90(6), 642-651.
- Marotta, N., de Sire, A., Marinaro, C., Moggio, L., Inzitari, M. T., Russo, I., ... & Ammendolia, A. (2022). Efficacy of transcranial direct current stimulation (tdcs) on balance and gait in multiple sclerosis patients: a machine learning approach. *Journal of Clinical Medicine*, 11(12), 3505.

- Paolucci, T., de Sire, A., Agostini, F., Bernetti, A., Salomè, A., Altieri, M., ... & Paoloni, M. (2022). Efficacy of interoceptive and embodied rehabilitative training protocol in patients with mild multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Frontiers in Neurology*, 13, 1095180.
- Parma, C., Doria, F., Zulueta, A., Lanzone, J., Boscarino, M., Giani, L., ... & Sattin, D. (2024). An overview of the Bodily awareness representation and interoception: insights and progress in the field of Neurorehabilitation Research. *Brain Sciences*, 14(4), 386.
- Petzschner, F. H., Weber, L. A., Gard, T., & Stephan, K. E. (2017). Computational psychosomatics and computational psychiatry: toward a joint framework for differential diagnosis. *Biological psychiatry*, 82(6), 421-430.
- Pinilla, A., Garcia, J., Raffè, W., Voigt-Antons, J. N., Spang, R. P., & Möller, S. (2021). Affective visualization in virtual reality: An integrative review. *Frontiers in Virtual Reality*, 2, 630731.
- Prakash, R. S., Schirda, B., Valentine, T. R., Crotty, M., & Nicholas, J. A. (2019). Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact on symptoms of depression and anxiety. *Multiple sclerosis and related disorders*, 36, 101399.
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in psychology*, 9, 798.
- Rouault, M., Pereira, I., Galiouline, H., Fleming, S. M., Stephan, K. E., & Manjaly, Z. M. (2023). Interoceptive and metacognitive facets of fatigue in multiple sclerosis. *European Journal of Neuroscience*, 58(2), 2603-2622.
- Sagliano, L., Magliacano, A., Parazzini, M., Fiocchi, S., Trojano, L., & Grossi, D. (2019). Modulating interoception by insula stimulation: A double-blinded tDCS study. *Neuroscience letters*, 696, 108-113.
- Salamone, P. C., Esteves, S., Sinay, V. J., García-Cordero, I., Abrevaya, S., Couto, B., ... & Sedeño, L. (2018). Altered neural signatures of interoception in multiple sclerosis. *Human brain mapping*, 39(12), 4743-4754.
- Stefancin, P., Govindarajan, S. T., Krupp, L., Charvet, L., & Duong, T. Q. (2019). Resting-state functional connectivity networks associated with fatigue in multiple sclerosis with early age onset. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 31, 101-105.
- Stephan, K. E., Manjaly, Z. M., Mathys, C. D., Weber, L. A., Paliwal, S., Gard, T., ... & Petzschner, F. H. (2016). Allostatic self-efficacy: A metacognitive theory of dyshomeostasis-induced fatigue and depression. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 550.
- Strigo, I. A., & Craig, A. D. (2016). Interoception, homeostatic emotions and sympathovagal balance. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708), 20160010.
- Ware, M., O'Connor, P., Bub, K., Backus, D., & McCully, K. (2023). Investigating relationships among interoceptive awareness, emotional susceptibility, and fatigue in persons with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 25(2), 75-81.
- Wiebking, C., de Greck, M., Duncan, N. W., Tempelmann, C., Bajbouj, M., & Northoff, G. (2015). Interoception in insula subregions as a possible state marker for depression—an exploratory fMRI study investigating healthy, depressed and remitted participants. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 9, 82.
- Zhang, Y., Zhang, Q., Wang, J., Zhou, M., Qing, Y., Zou, H., ... & Yao, S. (2023). "Listen to your heart": A novel interoceptive strategy for real-time fMRI neurofeedback training of anterior insula activity. *Neuroimage*, 284, 120455

Esplorando la confluenza nella terapia della gestalt. Verso una concezione condivisa

Exploring confluence in gestalt therapy. Toward a shared conception

Valeria Cioffi¹, Lucia Luciana Mosca¹, Enrico Moretto¹, Roberta Stanzione¹, Ottavio Ragozzino¹, Enrica Tortora¹, Giovanni Salonia², Claudia Montanari³, Oliviero Rossi⁴, Claudio Billi⁵, Paolo Quattrini⁶, Alexander Lommatzsch⁷, Antonio Ferrara⁸, Stefano Crispino⁹, Elena Gigante¹⁰, Mariano Pizzimenti¹¹, Roberta Melis¹², Efsio Temporin¹³, Raffaele Sperandeo¹⁴

¹ SiPGI-Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy

² Gestalt Therapy Institute - H.C.C. - Human Communication Center - KAIROS Via Virgilio, 10 97100 Ragusa

³ ASPIC Scuola di Psicoterapia Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma

⁴ IPGE Istituto di Psicoterapia della Gestalt Espressiva - Via Costantino Morin, 24 - 00195 Roma

⁵ Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt CGV Centro Gestalt viva Claudio Naranjo - Via Leonardo Cambini 44 - 57125 LIVORNO

⁶ IGF Istituto Gestalt Firenze. Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt a orientamento fenomenologico-esistenziale- Via del Guarlone 67/a-50135 Firenze

⁷ IGP Istituto Gestalt di Puglia - Via De Simone 29, 73010 Arnesano

⁸ iGAT Istituto di Psicoterapia della Gestalt e Analisi Transazionale - Via Pirro Ligorio, 20 80129 Napoli

⁹ IGA Istituto Gestalt Analitica - Via Padre Semeria 33 - 00154 Roma

¹⁰ SiPGI Scuola in Psicoterapia gestaltica integrata - Via Abruzzo, 6, 91100 Trapani (TP)

¹¹ SGT Scuola Gestalt Torino - Via Po 14 10123 Torino

¹² SinaPsi Istituto di Psicoterapia della Gestalt segreteria@istitutosinapsi.it - Via Garavetti, 22 09129 Cagliari

¹³ IGR Istituto Gestalt Romagna Via Cesarea, 88, 48121 Ravenna RA

¹⁴ Department of Neuroscience and Department of Neurosciences Reproductive and Odontostomatological Sciences, University of Naples "Federico II", Italy

Autore responsabile per la corrispondenza: Valeria Cioffi, SiPGI-Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy, e-mail: dr.valeria.cioffi@gmail.com.

Abstract

Benché esistano chiari pilastri concettuali che costituiscono il nucleo identitario teorico della psicoterapia della gestalt, c'è, tra i gestaltisti italiani, una notevole variabilità nella interpretazione di processi importanti nella pratica terapeutica. Da un lato, tale diversità è un punto di forza per la Gestalt Therapy (GT), perché consente un notevole grado di flessibilità e adattabilità. Dall'altro lato è evidente che per la validazione scientifica del metodo è importante individuare i nuclei teorici comuni da cui si dipartono le differenti interpretazioni. Scopo specifico di questo lavoro è individuare e descrivere le articolazioni interpretative, presenti nella comunità gestaltica italiana, di un concetto centrale nella teoria e nella pratica della terapia della gestalt che è quello di "confluenza". Sono stati raccolti e sottoposti ad analisi semantica, una serie di contributi sul significato di confluenza redatti da direttori e didatti di scuole di gestalt. Sono stati individuati gli elementi comuni ed è stata formulata una prima definizione di sintesi. Inoltre, sono state individuate le differenze di vedute in ognuno degli autori. Il concetto di confluenza ha, nel pensiero degli autori italiani, un nucleo teorico costituito da tre sfaccettature principali: confini indistinti, indifferenziazione ed evitamento del contatto; tale nucleo concettuale è arricchito da ulteriori elementi caratterizzanti non condivisi da tutti gli autori. Nella discussione, all'interno dell'attuale approccio alle neuroscienze basato sulla teoria dei sistemi complessi, si è effettuata su una rilettura, di quanto emerso dalle varie interpretazioni del concetto di confluenza.

Parole chiave

Psicoterapia, Psicoterapia della Gestalt, Gestalt, Gestalt Therapy, GT, Ciclo del contatto, ciclo dell'esperienza, meccanismi di interruzione del contatto, confluenza, ChatGPT, AI, Intelligenza Artificiale, Analisi semantica.

Abstract

Although there are clear conceptual pillars that constitute the theoretical identity core of Gestalt Psychotherapy, there exists significant variability among Italian Gestalt therapists in the interpretation of key processes within therapeutic practice. On the one hand, such diversity is a strength for Gestalt Therapy (GT), as it allows for a high degree of flexibility and adaptability. On the other hand, it becomes evident that, for the scientific validation of the method, it is essential to identify the shared theoretical cores from which differing interpretations stem. The specific aim of this work is to identify and describe the interpretative articulations, present within the Italian Gestalt community, of a central concept in both the theory and practice of Gestalt Therapy—namely, *confluence*. A series of written contributions on the meaning of confluence, authored by directors and trainers from various Gestalt institutes, were collected and subjected to semantic analysis. Common elements were identified and a preliminary synthesized definition was formulated. Additionally, differences in viewpoints among the authors were analyzed. In the perspective of the Italian authors, the concept of confluence has a theoretical core composed of three main dimensions: blurred boundaries, undifferentiation, and avoidance of contact. This core is further enriched by additional features not uniformly shared across contributors. In the discussion, the findings are revisited within the framework of contemporary neuroscience, particularly through the lens of complex systems theory, offering a new interpretation of the various conceptualizations of confluence.

Keywords

Psychotherapy, Gestalt Psychotherapy, Gestalt, Gestalt Therapy, GT, Contact Cycle, Experience Cycle, Contact Interruptions, Confluence, ChatGPT, AI, Artificial Intelligence, Semantic Analysis.

Introduzione

Il modello teorico della Psicoterapia della Gestalt (PG) nata dalla teoria del campo di Lewin (1943), dalla psicologia della gestalt di Wertheimer (1938), dalla concezione organismica di Goldstein (1995), ha assunto negli anni una struttura complessa e multidimensionale.

La PG, pur fondandosi su pilastri concettuali condivisi, presentati la prima volta nel testo fondativo di Perls et al. (1951) che tutt'ora rappresentano il denominatore comune delle diverse sensibilità e dei diversi orientamenti interni al modello, non ha mai costruito una teoria organica comprensiva delle numerose articolazioni che hanno preso vita negli ultimi decenni.

In Italia, nello specifico, non è mai stato fatto un lavoro descrittivo, analitico e sistematico delle visioni dei vari autori con l'obiettivo di individuare convergenze e differenze delle specifiche declinazioni teoriche. Tuttavia, dal dialogo attivo tra i gestaltisti italiani, appare evidente che il pensiero gestaltico, pur rispettando le radici comuni, ha accolto i tanti stimoli provenienti dal complesso panorama dei moderni approcci alla psicoterapia e sta fornendo risposte originali e di grande interesse alle sfide della psicopatologia attuale.

I fondamenti teorici ed epistemologici della PG sono intrinsecamente aperti. Questo ha permesso ai gestaltisti contemporanei di sviluppare modalità terapeutiche flessibili, integrate con i recenti sviluppi della psicoterapia, capaci di rispondere alle sfide della società moderna e ai cambiamenti della psicosociale.

È evidente la necessità di giungere ad una descrizione organica dell'attuale assetto del pensiero gestaltico per chiarire i rapporti che esso ha con le moderne acquisizioni delle scienze dell'uomo e delle scienze computazionali, inclusi

i recenti contributi sul ruolo dei modelli linguistici di grande scala nei processi di cura psicologica (Cioffi, 2025). Infine, la costruzione di una solida formulazione teorica permetterà la ricerca delle evidenze empiriche dell'efficacia clinica della PG nelle sue attuali articolazioni.

Il programma di ricerca avviato nel 2022 dalla Federazione italiana delle Scuole e degli Istituti di Gestalt (FISIG) intende generare la ridefinizione dell'approccio gestaltico attraverso la costruzione di una mappa dei principali contenuti del panorama attuale a partire da una sistematica analisi semantica dei contributi teorici dei vari autori. Partendo da questa mappa sarà possibile ridisegnare le fondamenta di una moderna psicoterapia della gestalt.

Il presente lavoro prende le mosse dall'analisi semantica dei contributi forniti da alcuni istituti di psicoterapia membri della FISIG sul concetto di confluenza.

Si è scelto di avviare l'analisi della attuale visione italiana della gestalt partendo dal concetto di confluenza per tre ordini di motivi: si tratta del primo meccanismo patologico ad essere descritto nella sequenza temporale del processo di contatto tra individuo e ambiente; è il meccanismo patogenetico che produce le più severe manifestazioni cliniche della psicopatologia contemporanea; infine è il concetto più complesso e ambiguo proposto dai fondatori del modello e sul quale è attivo un dibattito internazionale che stenta a individuare cardini solidi e univocamente condivisi.

Prima di procedere a descrivere l'analisi semantica effettuata sui contributi forniti da alcune scuole di psicoterapia della gestalt italiane è necessario tratteggiare brevemente i presupposti teorici alla base del concetto di confluenza.

Il modello classico - il processo di contatto

Il modello teorico della PG, così come presentato nel testo fondativo, è basato su una visione di campo, considera il sé come un processo temporale e i fenomeni di contatto tra organismo ed ambiente come unità fondamentali dell'esperienza (Bandin, 2018; Francesetti, 2024).

Perls nel libro fondativo della PT scrive: *“L'esperienza si verifica ai confini tra l'organismo il suo ambiente”* spesso ci si riferisce al Sé che entra in contatto con l'ambiente *“...ma La realtà semplice e immediata è il contatto (tra organismo e ambiente) in se stesso”* (Perls et al., 1997, p. 47)¹. *“Il contatto, ovvero quel processo che dà adito all'assimilazione e quindi alla crescita, consiste nel lento costituirsi di una figura prevalente su uno sfondo o contesto, determinato dal campo organismo/ambiente. Nell'ambito dei processi percettivi la figura (gestalt) può essere una percezione vivida e chiara, una immagine o un insight; nell'ambito del comportamento motorio la gestalt può essere un movimento energico e armonioso che viene portato a termine... In entrambi questi ambiti tanto i bisogni dell'organismo quanto le possibilità dell'ambiente sono incorporati ed unificati nella figura”* (pag.41 - Perls, F. et al. 1997).

“Nel momento in cui una nuova configurazione (gestalt) acquista consistenza, vengono automaticamente distrutti, in funzione di questo nuovo contatto, sia le abitudini generative al contatto precedentemente acquisite dall'organismo” (pag.43 - Perls, F. et al.1997). *Le gestalt emergenti vengono immagazzinate nella memoria dell'organismo e compongono l'ES quale esperienza preverbale* (Perls et al., 1997).

Il sé è l'insieme dei processi di contatto che hanno luogo nell'attività degli organi di senso (reti sensitive e sensoriali del sistema nervoso), dove si realizza l'incontro tra organismo ed ambiente.

La sequenza temporale, nella quale si realizzano i fenomeni sensitivi e sensoriali di contatto che danno luogo all'esperienza, è stata suddivisa in stadi e viene nominata “Processo di Contatto” (Lobb, 2001).

Esso in parte si identifica con il processo di gratificazione dei bisogni, definito anche ciclo dell'autoregolazione organismica ma lo amplifica, nella spiegazione che dà dell'esperienza cosciente quale percezione unitaria (Gestalt) di Sé stessi in interazione col mondo. Tale percezione emerge da un campo indistinto organismo-ambiente alla fine del processo di contatto, come una configurazione dell'esperienza chiara e distinta di una gestalt compiuta (De Lucca, 2012; Di Sarno et al., 2018). La gestalt emergente rimane nella memoria neuronale dei processi percettivo-motori e costituisce l'esperienza soggettiva preverbale di sé stessi nel mondo con la quale la persona incontra la realtà nelle esperienze successive (Perls et al., 1997; Fuchs, 2021).

Il concetto di patologia come interruzione del processo di contatto

Il processo di contatto prende le mosse dalla perturbazione dell'omeostasi dell'organismo e dall'identificazione del bisogno che ne deriva, con le successive operazioni che conducono alla soddisfazione del bisogno stesso e al recupero dell'omeostasi. “Terapeuta e paziente partono dalla nebbia dell'ES della situazione co-creando il processo di contatto in una spirale ascendente di eccitazione e di reciproco coinvolgimento fino alla formazione della figura che darà spazio alla soddisfazione del bisogno nel qui ed ora e successivamente alla crescita (Robine, 2006; Bandin 2008).

La psicopatologia si genera nell'interruzione del processo di contatto, sia nella fase di

formazione dell'ES della situazione dove si generano le psicosi, sia nella genesi delle configurazioni figura/sfondo dove nascono le nevrosi e le patologie di personalità (Francesetti et al., 2013).

Il testo fondativo della gestalt descrive 5 tipi di interruzione del processo di contatto: “La differenza tra i tipi dipende dal momento in cui avviene l'interruzione: prima della nuova eccitazione primaria – confluenza; durante l'eccitazione – introiezione; mentre si affronta l'ambiente – proiezione; durante il conflitto e la distruzione – retroflessione; nel momento del contatto finale – egotismo.” (Perls et al., 1997).

Al di là della suddivisione didattica delle interruzioni del contatto, esiste, tra gli autori contemporanei, un acceso dibattito sui meccanismi di interruzione del processo di contatto.

Il concetto di confluenza

La confluenza è uno dei più dibattuti meccanismi di interruzione del processo di contatto che produce il fallimento del ciclo di soddisfazione dei bisogni organismici (Yontef, 1993; Clarkson, 1989; Mackewn, 1997). In termini didattici la confluenza, come meccanismo patologico di interruzione del processo, è descritta come il rimanere assorbiti nell'esperienza preverbale del se nel mondo. Questo stato psichico impedisce il riconoscimento della perturbazione dell'omeostasi nell'incontro tra organismo e ambiente, interrompe il ciclo del contatto e rende impossibile la creazione di nuove gestalt (Stevens, 1971; Philippson, 2001; Robine, 2001).

Ma la confluenza assume, fin dalla definizione data nel testo fondativo, una complessità difficile da ridurre: *la confluenza è la condizione in cui si verifica una mancanza di contatto (un'assenza di linee di demarcazione del sé) Abbiamo già visto che di solito*

in seguito al contatto l'assimilazione avviene con un sé diminuito e tutte le abitudini e gli apprendimenti sono confluenti... La confluenza è malsana solo quando viene sostenuta come un mezzo per prevenire il contatto. Dopo che il contatto è stato raggiunto e vissuto, la confluenza acquista un significato completamente diverso” (pag.256 - Perls, F. et al.1997).

In tal modo gli autori spiegano che la confluenza è fisiologica se si situa alla fine del processo di contatto ed è patologica se si situa all'inizio di esso perché impedisce al campo organismo-ambiente di superare la fase dell'ES e blocca allo stadio iniziale lo sviluppo del processo organismico.

La confluenza appare quindi il meccanismo di interruzione del contatto alla base di manifestazioni psicopatologiche molto gravi ma la descrizione che ne fanno i fondatori non è rigorosa anzi è fortemente ambigua e lascia spazio alla formulazione di interpretazioni anche contraddittorie.

A titolo esemplificativo citiamo due interpretazioni classiche della confluenza che pur definendo più chiaramente i confini del concetto non ne hanno risolto le contraddizioni.

Ginger (2004) definisce la confluenza come: *uno stato... di fusione per assenza di confine; contatto in cui il sé non può essere identificato. Per la natura stessa della confluenza essa viene seguita dal ritiro, che consente al soggetto di riconquistare il suo confine-contatto e di ritrovare così la sua identità e singolarità. La confluenza diventa patologica laddove il ritiro non si verifica.*

Per Polster (1986): *“La confluenza è un fantasma inseguito da coloro che vogliono ridurre la differenza in modo da moderare l'esperienza sconvolgente del nuovo e dell'altro. [...] Uno dei problemi relativi alla confluenza è naturalmente il fatto che essa è una fragile base per le relazioni.”*

Obiettivi dello studio

La complessità della definizione del concetto confluenza può essere considerata un punto di

forza dell'approccio della gestalt perché favorisce l'adattamento del concetto allo stile del terapeuta e all'individualità del paziente, ma ciò avviene a scapito di un'identificazione chiara di questo fondamentale meccanismo di interruzione del contatto. Non si può ignorare, quindi, come questa mancanza di definizioni condivise possa rivelarsi un problema per scientificità del metodo terapeutico.

Lo studio intende disegnare una mappa precisa del concetto di confluenza come presentato dai gestaltisti italiani con lo scopo di definire aree comuni e differenze tra i modelli che consentano, da un lato una più chiara definizione del concetto e dall'altro la messa lo sviluppo di studi finalizzati a provare scientificamente l'efficacia della terapia la gestalt nel trattamento delle patologie psicotiche e dei disturbi gravi di personalità.

Sebbene consideriamo controproducente la creazione di una ortodossia della psicoterapia della gestalt che fa della flessibilità, della creatività e dell'adattabilità ai tempi, ai contesti, alle situazioni specifiche del "qui ed ora" il proprio punto di forza, assumiamo come incontrovertibile la necessità di trovare una maggiore ampiezza e solidità di consenso nella definizione di meccanismi chiave, come quello della confluenza senza tuttavia rinunciare alle sfumature di significato.

Con questo studio miriamo ad ottenere una maggiore omogeneità e condivisione dei principi di base della PG per porre delle basi solide e condivise sulle quali radicare studi di processo ed efficacia della psicoterapia della gestalt.

Materiali e metodi

I direttori e i didatti di alcune scuole di psicoterapia della gestalt italiane, appartenenti alla Federazione Italiana delle Scuole e degli Istituti di Gestalt (FISIG), hanno fornito in

forma sintetica un testo scritto sulla loro visione della confluenza. Su questi contributi abbiamo effettuato un'analisi semantica utilizzando Chat GPT (Generative Pre-trained Transformer), uno strumento di intelligenza artificiale di elaborazione del linguaggio naturale, basato su algoritmi avanzati di apprendimento automatico (Cioffi, 2022; Roumeliotis & Tselikas, 2023; Cioffi, 2023).

Nella fase 01 (fase preliminare) abbiamo raccolto 8 contributi forniti dalle scuole di gestalt italiane

Nella fase 02 (analisi semantica generale) è stata effettuata un'analisi su tutti i contributi ricevuti, mettendo in evidenza gli elementi ricorrenti in modo da formulare, sulla base di essi, una mappa condivisa del concetto di confluenza.

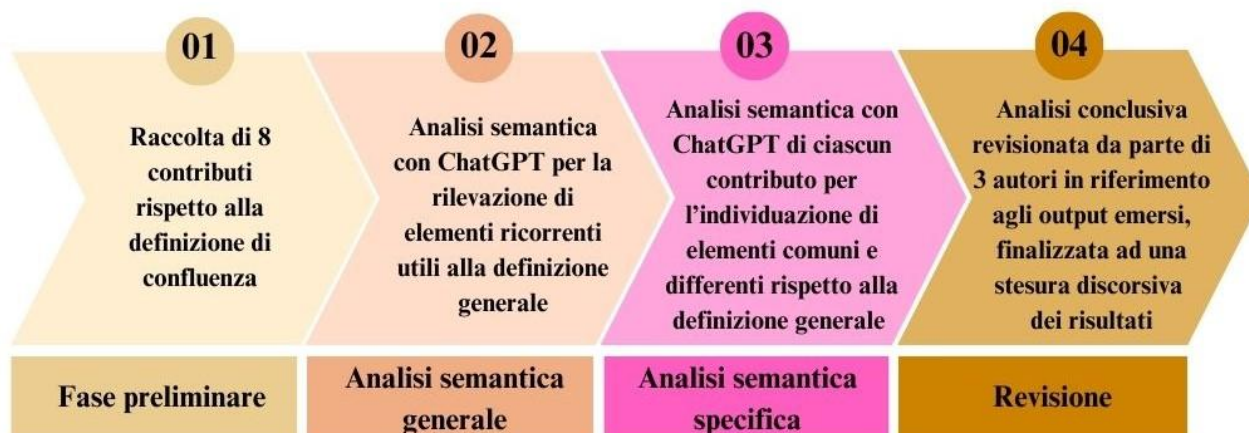
Nella fase 03 (analisi semantica specifica) singoli contributi sono stati confrontati, per comunanze e differenze, con la mappa precedentemente prodotta.

Nella fase conclusiva 04 (revisione) ci si è focalizzati su una sistematica rielaborazione, al fine di verificare le ricorrenze nei vari contributi e dei diversi concetti emersi, così da enucleare l'essenza del concetto di confluenza (Fig.1).

I contributi inclusi sono stati selezionati secondo i seguenti criteri: (a) appartenenza degli autori a scuole di psicoterapia aderenti alla FISIG; (b) produzione di un testo originale e sintetico sul concetto di confluenza; (c) chiarezza argomentativa sufficiente a consentire un'analisi semantica. Sono stati esclusi contributi non provenienti da direttori/didatti e testi privi di sufficiente elaborazione teorica.

È importante sottolineare che l'uso di strumenti di intelligenza artificiale in ambito psicoterapeutico presenta potenzialità, ma anche limiti rilevanti. In questo studio l'IA è stata impiegata come ausilio tecnico per l'analisi semantica, senza attribuirle valore interpretativo

Fig. 1. Strumenti e metodi



autonomo. La complessità clinica e teorica del concetto di confluenza richiede infatti una lettura critica che vada ben oltre ciò che un algoritmo può offrire, e che solo la riflessione clinico-epistemologica dei terapeuti può garantire.

I contributi analizzati

Illustriamo qui, in maniera sintetica, i contributi ricevuti in materia di definizione di confluenza, che sono stati oggetto delle procedure descritte.

IGF: la confluenza è quel processo, altresì definito come meccanismo di evitamento del contatto, che fa confondere i confini della persona con i confini dell'ambiente: quel processo quindi che impedisce alla persona di ritornare in sé. Globalmente, per confluenza si intende dunque una situazione dove non sono ben definiti i confini fra una persona e il suo interlocutore, dove non sono previste possibili differenze di sensazioni, emozioni e valutazioni fra i due, in modo che l'individualità soccomba pur di salvaguardare la fusione tipica della confluenza.

IGRO: possiamo definire la confluenza come meccanismo di interruzione del contatto che mette l'individuo nelle condizioni di rispondere all'ambiente a partire dai bisogni dell'ambiente stesso. All'interno di una relazione io-tu, la confluenza vede il sé della persona confluyente, manifestarsi poco o niente, per paura della differenziazione dall'altro; ma va attenzionato che la confluenza è anche un aspetto positivo, quando permette alla persona di effettuare il cosiddetto "gioco di squadra", mediando quindi la capacità empatica di stare con l'altro e condividere con l'altro. Sul piano dello sviluppo psicologico, essa può essere riconosciuta nei movimenti del neonato, soprattutto in quella fase evolutiva in cui non sembra esservi una differenziazione tra sé e l'ambiente esterno. In questo caso, la confluenza assume una connotazione positiva.

Scuola di Gestalt Espressiva: possiamo definire la confluenza come "indifferenziazione tra figura e sfondo", la quale in assenza di figura di contatto resta in uno stato fuori coscienza. È molto vicino alla teoria di Piaget secondo la quale nel mondo iniziale del bambino non è

possibile alcuna distinzione tra l'io e il mondo esterno. C'è una sorta di fusione tra le due parti e l'io non ha alcuna coscienza di sé, così il passaggio dal “caos iniziale” ad un “cosmo ordinato” prevede un faticoso processo.

ASPIC: la confluenza è il tentativo di restare attaccati ad una sicurezza interiore, senza però definirsi ed individuarsi, per evitare il confronto. La sua espressione è mediata anche da caratteristiche corporee essenzialmente legate a desensibilizzazione e paralisi muscolare, differenza di densità e colore della pelle, nonché minima sensibilità in varie parti del corpo. Le manifestazioni corporee possono essere ad esempio, mascella serrata; abbraccio da orso (morsa); voce molto bassa; agitazione e movimento continuo (per non sentire le richieste esterne); spontaneità spesso percepita come falsa (o spontaneità a caso). Si può lavorare quindi sui punti di contrazione o di desensibilizzazione, oppure far esagerare la contrazione stessa (soprattutto quando c'è ansia) (Pizzimenti & Rivetti, 2020, p. 81-82).

IGF2: si potrebbe affermare che la confluenza sia una condizione di temporanea perdita di confini psicologici. Alcune esperienze, per esempio l'orgasmo, dai francesi chiamato *petite mort*, vengono talvolta descritte come totalizzanti, fusionali, come una perdita esplosiva del confine con l'altro, un'apertura verso l'indistinto, l'indifferenziato. Condizione nella quale è difficile il racconto dell'esperienza cosciente, ma si può riconoscere con un senso di confusione, scarsa chiarezza rispetto a ciò che si prova e si desidera.

SGT: il termine confluenza fa riferimento alla confluenza di due fiumi: subito dopo il punto di confluenza vediamo un solo fiume ma, se si analizzasse l'acqua, si vedrebbe che le due acque

non sono ancora unite e le differenze persistono. Questa caratteristica di un'apparenza di unione svolge più funzioni in momenti diversi dell'incontro tra l'individuo e il suo ambiente. Quindi la confluenza è una caratteristica particolare e temporalmente limitata del processo di contatto, tale da definire il fenomeno caratterizzato da vaghezza, nebbiosità, confusione non fastidiosa, assenza di confini chiari nelle nostre percezioni e assenza di giudizi, che precede l'emersione di una nuova comprensione chiara nell'incontro con una novità.

IGP: definisce la confluenza come un meccanismo di interruzione del contatto caratterizzato dalla perdita di differenziazione con l'altro, che può essere con l'ambiente o l'interlocutore. Ciò che succede nella confluenza è che, come diventa impossibile differenziare le acque dei due fiumi una volta unite, allo stesso modo la persona non si ha più percezione della differenza tra sé e l'altro: questo crea confusione, difficoltà di essere presente a sé stessi, di comprendere cos'è davvero importante per noi, di prendere decisioni individualmente.

IGAT: definisce la confluenza come una forma di interruzione del contatto che si manifesta nelle prime fasi dell'esistenza, quando non si attiva pienamente il movimento che porta a sperimentare con i propri sensi il mondo esterno. In termini più comuni la confluenza può essere assimilata alla simbiosi, un fenomeno in cui non vengono percepiti i confini e che permette la conservazione della specie e del singolo individuo. Ecco che nella confluenza si cercano legami che non producono alcun nutrimento né facilitano lo sviluppo personale, e però rassicurano. Nella persona confluyente domina la passività e manca il passaggio a quello che gestalticamente cerchiamo: l'azione

responsabile. Nella tradizione dell'Enneagramma questo meccanismo è tipico del carattere Pigro: si tratta di uno stato emozionale che distrae dalla conoscenza profonda di sé e favorisce un iperadattamento che porta alla dipendenza da persone e cose, fino all'immobilismo e alla superficialità. La sua via d'uscita è una virtù chiamata azione. La confluenza, come già detto, ha le sue radici nelle prime fasi dell'esistenza e non permette di avanzare fluidamente verso il pre-contatto e il contatto pieno. Naturalmente, in uomini e donne adulti, questi bisogni non verranno mai soddisfatti, a meno che non si rompano i lacci con il passato e si prenda direttamente la responsabilità di sé stessi, senza cercare appoggi.

Risultati

Le definizioni fornite sul concetto di "confluenza" da 8 direttori di scuole in psicoterapia gestaltica presentano un certo numero di temi ricorrenti, che possono servire come base per una definizione unica e più sintetica. La tabella 1 descrive i contenuti condivisi.

Da questi elementi comuni emerge la seguente definizione di confluenza: la confluenza è un meccanismo che implica una perdita o un indebolimento dei confini tra il sé e l'ambiente. Fisiologicamente presente nelle prime fasi evolutive della persona, nell'emergere dell'esperienza e del sé può avere sia aspetti positivi che negativi. La confluenza si attiva spesso come risposta alla paura della differenziazione e può limitare il naturale processo di adattamento se diventa meccanismo persistente.

A partire da quanto sopra riportato, è stato possibile mettere insieme una descrizione sintetica del fenomeno della confluenza, evidenziando gli elementi che sono risultati

centrali e oggetto di maggior consenso: ***La confluenza è un meccanismo contestuale al processo dell'esperienza (o del contatto). In base all'intensità con cui si esprime ed al momento del processo nel quale si colloca può assumere connotazioni funzionali o patologiche.***

Il tema della fusione, più volte proposto nei vari contributi, ad esempio, può connotarsi quale esperienza adattiva o disadattiva in base alla funzione che assume, al contesto temporale-evolutivo e alla capacità propria di esaurirsi favorendo il progredire del ciclo di contatto.

La confluenza può essere perciò contestualizzata all'interno di specifiche fasi evolutive, scandite da processi di crescita e di sviluppo personale. Può essere temporalmente limitata a specifiche fasi del ciclo dell'esperienza e dello sviluppo personale, circoscritta a determinati contesti e per specifiche necessità.

Nelle sue espressioni patologiche fa parte dei cosiddetti "meccanismi di interruzione del contatto". In particolare, la sua peculiarità, rispetto agli altri meccanismi di interruzione, è da ricercarsi nelle esperienze di indebolimento o perdita dei confini tra il sé e l'altro o il sé e l'ambiente. Infine, può essere definita da aspetti patologici o funzionali, in riferimento, al continuum funzionale-disfunzionale, a cui sono associate le relative manifestazioni corporee ed emotive.

La tabella 2 mostra i contenuti concettuali caratterizzanti i singoli contributi. L'IGF si focalizza sulla perdita della differenziazione individuale intesa sia come esperienza affettiva sia come difficoltà cognitiva ad identificare le proprie idee ed emozioni. IGRO mette in evidenza la paura di rivelarsi come meccanismo che produce la confluenza, ma evidenzia due dimensioni positive della confluenza quali il senso di appartenenza e la mancanza di identità del neonato con le grandi potenzialità di questo stato evolutivo. IGE evidenzia la mancata

Tab. 1. Analisi semantica generale – concetti condivisi

Confini Indistinti	Quasi tutti i contributi enfatizzano il concetto di confini non chiari o permeabili tra il sé e l'altro, o tra il sé e l'ambiente
Evitamento del Contatto	La confluenza è vista come un meccanismo che interrompe o altera il contatto individuo-ambiente
Fusione e Indifferenziazione	Il termine "fusione" appare più volte, a indicare la mancata differenziazione egli elementi del campo individuo-ambiente.
Paura della Differenziazione	Almeno una definizione sottolinea che la confluenza può scaturire dalla paura di essere diversi e quindi di essere rifiutati o non amati.
Fase Evolutiva	Vari esempi mettono in luce come la confluenza sia normale nelle fasi iniziali dello sviluppo umano, come nel neonato
Aspetti Positivi e Negativi	Alcune definizioni sottolineano che la confluenza può avere sia aspetti negativi che positivi. Ad esempio, può essere utile nel "gioco di squadra" o in certe fasi dello sviluppo
Manifestazioni Corporee	Una delle definizioni entra nel dettaglio delle manifestazioni fisiche della confluenza, come la desensibilizzazione e la paralisi muscolare.
Concetti Collegati	Vengono citati altri concetti psicologici come "simbiosi", "meccanismo caratteriale", e riferimenti a teorie specifiche come quella di Piaget o all'Enneagramma
Processo di Crescita e Sviluppo	Alcune definizioni enfatizzano che vivere in uno stato di confluenza prolungato può ostacolare la crescita e lo sviluppo personale
Aspetti Temporalmente	Almeno una definizione suggerisce che la confluenza può essere una caratteristica "temporalmente limitata" del processo di contatto, piuttosto che uno stato persistente

Tab. 2. Specificità dei singoli contributi

	ELEMENTI CHIAVE	DEFINIZIONI
IGF	Assenza di Differenziazione	la confluenza impedisce alla persona di "ritornare in sé"
		Perdita delle caratteristiche individuali nelle sensazioni, emozioni e valutazioni
IGRO	Paura della Differenziazione	paura di rivelare il proprio sé autentico
ASPECT	Aspetti Positivi	elementi funzionali: il gioco di squadra e l'adattabilità nei neonati
IGF	Indifferenziazione tra Figura e Sfondo	confini sfumati in termini tra figura e sfondo
IGF	Stato Fuori Coscienza	mancanza di consapevolezza nella confluenza
ASPECT	Evitamento del Mondo Esterno	evitamento o di fuga dal contatto con l'altro o con il mondo esterno.
ASPECT	Ricerca di Sicurezza Interiore	ricerca di sicurezza o di un senso di stabilità interiore,
IGF2	Esperienze Totalizzanti	Durante l'orgasmo che la confluenza è una esperienza positiva. La persona può provare un piacevole senso di vertigine
IGF2	Difficoltà nel Racconto Cosciente	Impossibilità a fornire un racconto cosciente dell'esperienza di confluenza
IGT	Caratteristiche di temporaneità	Gli autori enfatizzano la temporaneità della confluenza
IGT	Stato psicologico	Gli autori descrivono gli stati mentali associati al fenomeno
IGP	Transizione verso la comprensione	preludio alla nuova comprensione che si ha adattamento e nella crescita personale.
IGP	Conseguenze Psicologiche	conseguenze cognitive della confluenza, come la difficoltà nel prendere decisioni
IGAT	Crescita e Sviluppo	il ruolo della confluenza nelle prime fasi dello sviluppo individuale
IGAT	Recupero della Realtà Attuale	recupero della realtà attuale come obiettivo terapeutico, legato al superamento della confluenza.
IGAT	Tratto Caratteriale ed Enneagramma	La confluenza come tratto caratteriale descritto nell'Enneagramma

differenziazione della figura dallo sfondo e la ridotta consapevolezza dell'esperienza nello stato di confluenza. ASPIC evidenzia nella confluenza l'evitamento dell'incontro col mondo da una posizione adulta e la ricerca di un senso di sicurezza fusionale tipico dell'età infantile. IGF2 individua la confluenza nelle esperienze di picco durante le quali non è facile organizzare una narrazione strutturata dell'esperienza. IGT evidenzia che l'esperienza di confluenza è transitoria, si accompagna ad uno stato mentale di confusione piacevole e

prelude a all'adattamento creativo e alla crescita personale. IGP evidenzia che lo stato di confluenza impedisce e decisioni personali. IGAT infine chiarisce la funzione della confluenza nelle fasi evolutive della persona, l'opportunità della confluenza come punto di partenza in terapia per il recupero del contatto con la realtà e la caratteristica di tratto stabile della personalità descritto anche in alcune teorie della personalità quali l'enneagramma.

La tabella 3 mostra come siano condivisi tra i vari autori i concetti di confini indistinti,

Tab. 3. Confronto tra i singoli contributi

Temi emersi

	IGF	IGRO	IGE	ASPIC	IGF	SGT	IGAT	IGP
Confini indistinti	*	*	*		*	*	*	*
Indifferenziazione	*			*	*	*	*	*
Evitamento del contatto	*	*		*			*	*
Fase evolutiva		*	*				*	
Paura della differenziazione	*	*						
Manifestazioni corporee				*				
Aspetti temporali						*		

indifferenziazione delle gestalt percettive, evitamento del contatto col mondo e funzione evolutiva della confluenza. Le dimensioni

emozionali, le manifestazioni corporee della confluenza e la transitorietà del fenomeno sono descritte sol da alcuni autori.

Fig. 2. Frequenza dei concetti condivisi e non condivisi



La figura 2 rappresenta la frequenza con la quale sono presenti nell'analisi semantica i significati attribuiti al fenomeno della confluenza. Il più frequente è il tema dei confini indistinti, proposto in 7 contributi su 8, che sottolinea quanto la separazione io-mondo risulti sfumata e indistinta.

In ordine di frequenza emerge poi la mancata differenziazione, presente in 6 contributi su 8, intesa come difficoltà nello sviluppo di una precisa definizione dell'identità personale nella quale il permanere di un campo indistinto consente di mantenere una sicurezza interiore primordiale.

Infine, è evidente l'evitamento del contatto, proposto in 5 contributi su 8, che pone la confluenza all'interno di una prospettiva di stallo nella quale non è possibile il contatto con l'altro e col mondo, e viene persa la spontaneità e la genuinità della dimensione intersoggettiva.

Seguono, in termini di frequenza e rilevanza, i concetti aggiuntivi descritti dagli 8 studiosi: gli aspetti temporali della confluenza, la necessità della confluenza in fase evolutiva, le manifestazioni corporee della confluenza, e la confluenza intesa come protezione dalla paura di differenziarsi. Concetti collegati alla confluenza, che appaiono fortemente suggestivi sono: la metafora fluviale della confluenza, la difficoltà nella narrazione di sé, la perdita di consapevolezza e la transizione dal caos al cosmo.

Discussione

L'utilizzo dell'intelligenza artificiale in psicoterapia, seppur promettente, deve essere inquadrato entro un paradigma critico. L'IA non può sostituire la complessità del pensiero clinico né il ruolo del terapeuta, ma può fungere da strumento esplorativo e integrativo. La sua applicazione richiede cautela metodologica ed

epistemologica, al fine di evitare riduzionismi e preservare la ricchezza fenomenologica che caratterizza la Psicoterapia della Gestalt.

Come già proposto da Perls (1969) in "Io, la fame, l'aggressività, l'etimologia del concetto di "confluenza" rimanda all'idea del "fluire insieme" (con-fluere) (Philippson, 2001). Questa dimensione semantica è chiaramente espressa nei temi condivisi presenti negli otto contributi analizzati.

Per rafforzare il confronto internazionale, abbiamo integrato riferimenti ad autori della tradizione gestaltica internazionale (es. Wheeler, 1991; Hycner & Jacobs, 1995; Parlett, 2005; Stern, 2010), che hanno affrontato temi affini al processo di contatto e alle interruzioni, offrendo un quadro comparativo utile al dibattito contemporaneo.

Dall'analisi semantica è emerso un nucleo comune nella descrizione fenomenica e psicopatologica della confluenza. Questo nucleo è costituito da tre dimensioni principali: **confini indistinti**, **mancata indifferenziazione**, **evitamento del contatto**. La prima di queste dimensioni descrive l'aspetto funzionale del fenomeno della confluenza, la seconda esprime la valenza psicopatologica che emerge quando la confluenza è persistente e la persona resta bloccata in questo stato dell'esperienza, alla terza chiarisce che la confluenza possiede una qualità teleologica quasi intensionale che viene interpretata come la causa del fenomeno non come "primum movens" della confluenza ma come punto cardine di una causalità circolare.

Il tema dei **confini indistinti** chiarisce che la confluenza è uno stato nel quale l'esperienza di separazione tra la persona e l'ambiente è sfumata. È presente uno stato di incertezza che altera la percezione della differenza tra l'io e il mondo. La rappresentazione dell'identità personale come entità distinta del campo si attenua, generando un senso di appartenenza al

campo che può essere, in certi contesti, appagante o addirittura estatico. Questa è, ad esempio, la condizione fortemente gratificante esperita negli istanti che seguono l'orgasmo ed implica la temporanea perdita dello stato di alterità. La persona può identificarsi totalmente con un ruolo o uno status, sul quale fondare il senso di sé ciò può avere, per alcuni, la funzione “vantaggiosa” di evitare l'ansia della scelta aggrappandosi a ruoli sicuri e noti (Perls, 1980).

La presenza di confini indistinti media una fase temporanea della crescita individuale. Un certo livello di indifferenziazione delle sensazioni è necessario per sentire le proprie radici familiari una minima indifferenziazione delle emozioni ci consente la nascita dei legami affettivi. Una minima indifferenziazione valoriale è necessaria e per sentirsi legati al proprio gruppo sociale (ad esempio l'appartenenza ad una comunità scientifica si radica della sensazione che tutti i membri credono nella stessa epistemologia), (Diamare et al., 2024). I confini indistinti possono essere, quindi, espressione naturale dell'esperienza umana, quale fase necessaria del legame infantile o momento di profonda appartenenza a gruppi sociali. Tuttavia, il suo prolungamento oltre il necessario può diventare un ostacolo all'autenticità e all'autodeterminazione.

Il concetto della ***mancata differenziazione*** chiarisce che La confluenza è contraddistinta dalla mancata distinzione tra le sensazioni emozioni e valutazioni proprie rispetto a quelle dell'interlocutore. Quando questa indifferenziazione permane, gli elementi del campo permangono sfumati come nella fase iniziale del processo dell'esperienza. Ciò contribuisce alla creazione di un continuum esperienziale dove il sé e l'altro, condividono lo stesso spazio psicologico. in un primo momento ciò è rassicurante e utile nel preservare il proprio senso di sicurezza esistenziale o ontologica. Se

perdura nel tempo questa sensazione può risultare disorientante e patologica. Nell'ambito della confluenza persistente (blocco in confluenza), le percezioni diventano meno definite, al punto da sfociare in una totale assenza di giudizio critico; pertanto, in questo stato, l'individuo può non riuscire a riconoscere o esprimere i propri bisogni, desideri o sentimenti in modo distinto da quelli degli altri. Quando la perdita dell'alterità perdura nel tempo emerge la rinuncia alla volontà, alla decisione e all'autonomia, fattori chiave per un organismo funzionante, come evidenziato da studi che approfondiscono la relazione tra emozione della rabbia e disturbi d'ansia in ottica gestaltica (Lommatzsch et al., 2024).

Lo stato di confluenza persistente può esprimersi in modi che vanno dall'automatica e acritica accettazione delle convenzioni, alla negazione cronica di ogni possibilità di differenziazione dall'altro, dall'esperienza patologica dell'angoscia abbandonica alla perdita psicotica del senso di agentività.

Il blocco nella confluenza si esprime, quindi, in un ampio spettro di manifestazioni, che in termini di gravità sono progressivamente sempre meno compatibili con l'esistenza autonoma della persona. In questo stato, infatti, si vive in un limbo di continuità, in cui la consueta percezione di sé come entità separata e autonoma viene attenuata o temporaneamente persa, come, ad esempio, in forme cliniche come il disturbo di panico analizzate secondo il modello gestaltico-relazionale (Orlando, 2020). La mancata differenziazione, dunque, può essere associata a una “comoda indifferenziazione”, una sorta di arma a doppio taglio che facilita un adattamento sociale, ma allo stesso tempo può ostacolare il processo di individuazione e di crescita personale. Ciò può avere implicazioni profonde sull'esperienza, può rendere sfuggente la percezione della propria identità e dei

personali bisogni e desideri. In queste situazioni si evita di definire o individuare con chiarezza la propria identità, optando per un rifugio nebuloso che, da un lato concede un senso di sicurezza e dall'altro, impedisce la piena realizzazione personale.

Il terzo elemento descrive la confluenza come un meccanismo di **evitamento del contatto** che fa fallire il processo dell'esperienza. In tal senso la confluenza agisce come un meccanismo psicologico attivo che impedisce alle sensazioni di fluire verso l'integrazione percettiva. In questo modo la persona pur conservando un contatto sensoriale e fisico col mondo, perde la capacità di interazione evolutiva nel campo organismo-ambiente e si ritrae in una sorta di conchiglia invisibile, rifuggendo il contatto autentico con ciò che lo circonda. L'evitamento del contatto si configura come un'attiva resistenza all'esperienza per evitare il senso di vulnerabilità ad essa associata.

Sembra che il soggetto ricerchi una distanza ottimale dalle sollecitazioni del mondo esterno ed interno che gli permetta di non sentirsi troppo perturbato nel proprio equilibrio omeostatico; Il rifiuto del confronto con situazioni e persone va a costituire un aspetto centrale di questa dimensione della confluenza. L'individuo si trova in uno stato di semi-isolamento, in cui gli scambi con l'esterno sono filtrati da questo meccanismo protettivo.

Questo meccanismo però genera l'evitamento del contatto con parti di sé: desideri, bisogni, emozioni, che rimangono inespressi o non ascoltati. In tal modo interrompe l'integrità del campo e si frappone tra l'individuo e la sua capacità di vivere una vita connotata da esperienze personali profonde e relazioni autentiche.

Altre qualità, meno condivise ma ugualmente caratterizzanti, vengono attribuite alla

confluenza. Anche esse assumono significati funzionali, patologici e causali.

La confluenza come fenomeno funzionale viene descritta come evento caratterizzante le **prime fasi dello sviluppo dell'individuo**. Il senso di sé del neonato è inizialmente così fuso con quello della madre da implicare per il piccolo un'assenza di percezione di dove finisca lui e dove inizi l'altro. Appare idoneo applicare il concetto di confluenza a questa esperienza fusionale del neonato con la madre, fusione che è percepita sia come corporea che psicologica. Come riscontrabile anche nella teoria di Piaget, menzionata in uno dei contributi, la confluenza, in questa fase, è una condizione indispensabile per la stessa sopravvivenza del neonato, poiché lo mette in condizione di sintonizzarsi profondamente con la madre così da potersi garantire il soddisfacimento dei bisogni di nutrimento, protezione e conforto.

Altrettanto vitale è che, giunto a un certo punto della sua crescita, il bambino emerga da questo stato di confluenza, sviluppi un sé autonomo e impari ad interagire con l'altro e con il mondo riconoscendo e costruendo i propri confini. Se tale passaggio non avviene, se lo stato di confluenza dura più di quanto sia funzionale, oppure se la persona regredisce a tale stato in una fase successiva della sua vita, possono insorgere difficoltà psicologiche che spaziano dalla dipendenza all'incapacità di riconoscere i propri bisogni e perseguirne il soddisfacimento.

La **paura della differenziazione**, tale da condurre appunto all'indifferenziazione viene raccontata come parte importante del processo circolare che causa la confluenza. Una paura che incide profondamente sull'espressione di sé e sulla capacità di riconoscere e comunicare i propri vissuti. In uno stato di confluenza, il terreno per le differenze individuali sembra sparire cosicché le distinzioni diventano così sfocate da causare la perdita dell'individualità

all'interno di un mosaico di esperienze. Questo fenomeno rispecchia spesso il timore di essere rifiutati o di sentirsi diversi, lontani dagli altri. L'individuo confluente, quindi, può trovarsi ad adottare un comportamento camaleontico di adeguamento agli altri e rischiando così di diventare un eco delle aspettative altrui, smarrendo la propria autenticità. Questa mancanza di spazio per l'individualità però, non solo comprime l'espressione autentica del sé ma può anche portare ad una forma di alienazione interiore, radicata nel conflitto tra il desiderio di appartenenza e il bisogno di autenticità.

La confluenza come fenomeno patologico inoltre si caratterizza per una serie di **manifestazioni corporee** che evidenziano l'alterazione dei confini personali. Esempi sono la desensibilizzazione e le “paralisi muscolari funzionali”, fenomeni fisici in cui il corpo stesso può diventare un alleato nell'evitamento del contatto. La desensibilizzazione si riferisce a una diminuzione della sensibilità emotiva e corporea che può impedire a una persona di percepire pienamente e di rispondere consapevolmente al campo. Questo può manifestarsi in una sorta di stordimento emotivo, dove i segnali non sono più recepiti in modo vivido, così come in una reattività fisica diminuita. La “paralisi muscolare funzionale”, d'altra parte, può essere intesa come una rigidità o un congelamento delle capacità di azione. In uno stato di confluenza, il corpo può diventare statico, come se le capacità di movimento fossero temporaneamente sospese, in attesa che la minaccia della differenziazione passi.

Si denotano anche variazioni della trama e nel colore della pelle quali indicatori fisici di uno stato confluente. Questi cambiamenti somatici possono riflettere un'intensa reazione interiore a un ambiente percepito come invasivo o soverchiante, una risposta difensiva che crea

distacco fisico dalla realtà che circonda l'individuo.

Sia nel macro-ciclo dell'esperienza (dato dallo sviluppo della persona) che nel micro-ciclo del processo di eccitazione/assimilazione/crescita dell'individuo (nel qui ed ora del contatto col campo) la confluenza appare come un fenomeno fondamentale per l'assimilazione dell'esperienza. Svolge, di volta in volta, una funzione di gratificazione, di identificazione con il campo, di radicamento evolutivo, di appartenenza emotiva e sociale, di protezione contro l'angoscia. È chiara, dall'analisi dei contributi, la necessità che la confluenza, per essere sana, debba essere un fenomeno transitorio collocato all'inizio e alla fine del processo del contatto. Il perdurare della confluenza oltre i tempi necessari determina un blocco del processo evolutivo/assimilativo che può avere espressioni patologiche descrivibili lungo un gradiente di gravità: dalle piccole difficoltà ad effettuare scelte autonome fino alla fusione psicotica con l'altro.

Quanto detto fornisce l'evidenza che l'attuale declinazione di questo concetto centrale in PG si pone all'interno delle epistemologie alla base delle scienze attuali.

La confluenza è percepita da tutti gli autori all'interno di una visione enattivista e quindi, si riferisce alla mente intesa come un processo incarnato che esiste nell'atto stesso dell'esperienza e nel qui ed ora dell'azione. Questa visione dell'essere umano, dove il mondo esterno non è un regno esterno che deve poi rappresentato all'interno del cervello ma un dominio relazionale creato dalle funzioni percettivo motorie del soggetto, si pone al crocevia dei più avanzati modelli interpretativi delle scienze biologiche quali la teoria dei sistemi complessi, la teoria delle reti e la biologia ecologica (Maldonato et al., 2018; Fuchs, 2021; Mosca et al., 2018; Sperandeo et al., 2019). È interessante rilevare che evidenze di matrice

neurobiologica corroborano la descrizione della confluenza come lo stadio iniziale e finale dei processi percettivi. Per esempio, nelle fasi iniziali della percezione visiva l'esperienza del campo confluyente è sfumata e si organizza a livello del talamo e del tetto del mesencefalo dove giungono i fasci di neuroni sensitivi e sensoriali. Gli input sensitivi e sensoriali a questo livello non hanno l'organizzazione strutturale precisa tipica della corteccia occipitale e fungono da base ad un'esperienza dei confini indistinti. Nella fase finale del processo percettivo visivo l'esperienza cosciente sembra configurarsi come l'attivazione del complesso del Default Mode Network (DMN) che media la partecipazione all'esperienza attraverso l'attivazione delle complesse e ampie reti neuronali dei sistemi percettivi e motori. Queste due fasi del processo percettivo possono rappresentare i correlati neurali dell'esperienza di confluenza sana (Pessoa, 2023).

Inoltre, è stato documentato che la mancata disattivazione dell'insula, alla fine della fase del DMN, porterebbe ad una difficoltà nel discriminare ciò che nell'esperienza appartiene al sé da quanto invece appartiene all'ambiente (Ebisch et al., 2013). Questo fenomeno potrebbe configurare il correlato neurobiologico della confluenza persistente disfunzionale.

Questa corrispondenza forte tra la teoria della confluenza e le neuroscienze della percezione evidenzia quanto la PG si radichi nella psicologia della gestalt e sottolinea come questo modello psicoterapico rientri tra le visioni dell'uomo non dualistiche e non riduzionistiche (Di Leva, 2023; Cozzolino & Celia, 2020; Scarito, 2021).

Conclusioni, limiti e sviluppi futuri

Questo studio ha evidenziato come il concetto di confluenza, all'interno della comunità gestaltica italiana, pur mostrando

sfaccettature e interpretazioni variegata presenti un nucleo teorico fondamentale che descrive l'esperienza nelle sue manifestazioni funzionali e disfunzionali e i meccanismi circolari che causano le manifestazioni patologiche. La nostra analisi semantica ha permesso di tracciare una definizione chiara di confluenza, integrando le visioni condivise e quelle divergenti per accedere a una comprensione più completa e sfumata di questo fenomeno.

Bisogna, però, prendere atto che questa definizione della confluenza deve essere ulteriormente completata negli aspetti descrittivi, evoluzione e nei meccanismi di causazione all'interno nei domini di indagine psicologico, biologico, antropologico e sociale (Maciariello et al., 2023). L'identificazione di temi ricorrenti e divergenti ottenuta dal presente studio chiarisce che i presupposti di questo completamento sono presenti ed evidenti e fornisce una base solida per future indagini scientifiche che radichino la teoria in una visione scientifica. Questo orientamento alla dimostrazione empirica del modello valorizza sia la pluralità che la specificità delle interpretazioni, rinforza il panorama teorico della PTG e offre spunti preziosi per la pratica terapeutica, consentendo di dimostrarne l'efficacia clinica, come evidenziato da recenti studi sul cambiamento percepito nel benessere psicologico durante trattamenti gestaltici (Roti et al., 2023) e sugli approcci blended integrati (Iannazzo et al., 2023; Rosa et al., 2024).

Dal punto di vista clinico, i risultati offrono spunti significativi per la pratica gestaltica. Riconoscere le diverse declinazioni della confluenza consente al terapeuta di orientare con maggiore precisione gli interventi, sia nelle situazioni in cui la fusione appare come esperienza fisiologica e transitoria, sia quando essa diventa persistente e patologica. La definizione più condivisa e articolata del fenomeno aiuta a prevenire rischi di arbitrarietà

interpretativa e fornisce una base comune per la formazione dei futuri terapeuti, rafforzando così la coerenza epistemologica del modello.

Nonostante i risultati promettenti, il presente studio presenta limitazioni dovute principalmente alla ridotta quantità di contributi analizzati. Tuttavia, tali contributi sono altamente rappresentativi rispetto della visione e dell'opinione delle diverse scuole di gestalt italiane. L'analisi semantica sviluppata a partire da essi contributi ha consentito di far emergere efficacemente gli aspetti nucleari del significato di confluenza. È stato possibile realizzare l'obiettivo dichiarato all'inizio: costruire una definizione di confluenza che fosse sufficientemente condivisa e netta da poterla rendere oggetto di indagine scientifica, senza snaturarla sacrificandone la pluralità e le sfumature.

Tuttavia, l'esplorazione di un numero maggiore di interpretazioni potrebbe offrire una visione più complessa e articolata della confluenza, aumentando la robustezza della definizione proposta, e, con buona ipotesi, restituire un *outcome* concettuale più ricco e un nucleo di significati più solido e condiviso.

Inoltre, un'analisi estesa a contributi internazionali potrebbe arricchire ulteriormente il dibattito, integrando prospettive diverse e stimolando una riflessione più ampia sul concetto. Gli sviluppi futuri potrebbero includere studi empirici mirati a esplorare le manifestazioni della confluenza sia funzionali che cliniche nonché la sua relazione con specifiche psicopatologie. Si auspica infine l'impiego di metodologie di ricerca interdisciplinari che combinino approcci qualitativi e quantitativi per una comprensione più profonda della confluenza e delle sue implicazioni terapeutiche.

Bibliografia

- Bandin C. V. (2018). "Come il fiume interminabile che passa e resta". la teoria del sé nella psicoterapia della Gestalt. Sé: Una polifonia di psicoterapeuti della Gestalt contemporanei. Robine, J. M., FrancoAngeli.
- Bandin, C. V. (2012). Personality: Co-creating a dynamic symphony. In *Gestalt Therapy* (pp. 49-58). Routledge.
- Cioffi, V. (2025). Editorial: Mental Health 4.0: the contribution of LLM models in mental health care processes. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 7(1),38–40.
- Cioffi, V., Mosca, L. L., Moretto, E., Ragozzino, O., Stanzione, R., Bottone, M., ... & Sperandeo, R. (2022). Computational Methods in Psychotherapy: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12358.
- Cioffi, V., Mosca, L. L., Moretto, E., Stanzione, R., Ragozzino, O., Salonia, G., ... & Sperandeo, R. (2023, September). Hypothesis for Describing a Case of Gestalt Psychotherapy Using the Network and Process Model Approach with Reference to RDoC. In *2023 14th IEEE International Conference on Cognitive Infocommunications (CogInfoCom)* (pp. 000033-000044). IEEE.
- Cozzolino, M., & Celia, G. (2020). Psychotherapy and neuroscience: the neuroscience-oriented strategic model and the mind-body method. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 2(1), 89–101. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.1.22>
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- De Lucca, F. J. (2012). *A estrutura da transformação: teoria, vivência e atitude em Gestalt-terapia à luz da sabedoria organísmica*. Summus Editorial.
- Diamare, S., Romano, B. , Gagliotta, M., Giangrande, A., Motta, V., Osterini, D., & Di Laura, D. (2024). Work and Organizational Psychology in Healthcare Systems. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 6(1), 12–29. <https://doi.org/10.32069/PJ.2021.2.215>
- Di Leva, A. (2023). Being in the world "between" psychotherapy and neuroscience. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(1), 21–33. <https://doi.org/10.32069/PJ.2021.2.181>
- Di Sarno, A. D., Fusco, M. L., Dell'Orco, S., Cioffi, V., Sperandeo, R., Moretto, E., ... & Buonocore, G. (2018, August). Conscious experience using the Virtual Reality: A proposal of study about connection between memory and conscience. In *2018 9th IEEE International Conference on Cognitive*

- Infocommunications (CogInfoCom)* (pp. 000289-000294). IEEE.
- Ebisch, S. J., Salone, A., Ferri, F., De Berardis, D., Romani, G. L., Ferro, F. M., & Gallese, V. (2013). Out of touch with reality? Social perception in first-episode schizophrenia. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(4), 394-40
- Fuchs, T. (2021). *Ecologia del cervello: fenomenologia e biologia della mente incarnata*. Astrolabio.
- Francesetti, G. (2024). Il campo fenomenico: l'origine del sé e del mondo. *Phenomena Journal-Giornale Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 6(1), 1-5.
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (Eds.). (2014). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto: Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. FrancoAngeli.
- From Psychopathology to the Aesthetics of Contact; Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J., Eds, 59-76.
- Fuchs, T. (2021). *Ecologia del cervello: fenomenologia e biologia della mente incarnata*. Astrolabio.
- Ginger, S., & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «contatto» emotivo*. Edizioni mediterranee
- Goldstein, K. (1995). *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. Zone Books.
- Iannazzo, A., Stefano, S., Ruggiero, L. Z., Santonicola, C., Armenante, O., Motta, V., ... Rosa, V. (2023). Blended psychotherapy: integrated intervention. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 5(2), 124-142. <https://doi.org/10.32069/PJ.2021.2.203>
- Kepner, J. I. (2016). *Body process: Il lavoro con il corpo in terapia*. Franco Angeli.
- Lewin, K. (1943). Defining the field at a given time. *Psychological review*, 50(3), 292.
- Lobb, M. S. (2001). *The theory of self in Gestalt therapy: A restatement of some aspects*. *Gestalt Review*, 5(4), 276-288.
- Lommatzsch, A., Cirasino, D., De Fabrizio, M., Orlando, S., Terzi, C., & Antoncicchi, M. (2024). Lavorare sull'emozione della rabbia nel disturbo di panico: un approccio psicoterapeutico fenomenologico-esistenziale e gestaltico. *Phenomena Journal - Rivista Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e Psicoterapia*, 6 (1), 6-11. <https://doi.org/10.32069/PJ.2021.2.195>
- Maciariello G., Bucciarelli F., De Blasi A., Giangrande A., Glorioso A., Maciariello P., Perrone M. (2023). Benessere digitale vs benessere nel digitale *Phenomena Journal*, 5, 143-148. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.1>
- Mackewn, J. (1997). *Developing Gestalt Counselling*. London: Sage Publications.
- Maldonado, N. M., Sperandio, R., Valerio, P., Duval, M., Scandurra, C., & Dell'Orco, S. (2018). The centrencephalic space of functional integration: A model for complex intelligent systems. *Acta Polytechnica Hungarica*, 15(5), 169-184.
- Mosca, L. L., Maldonado, N. M., Di Sarno, A. D., Duval, M., Cioffi, V., Dell'Orco, S., ... & di Ronza, G. (2018, August). "I am a brain, Watson. The rest of me is a mere appendix": The memory, a characteristic of the human being. In *2018 9th IEEE International Conference on Cognitive Infocommunications (CogInfoCom)* (pp. 000295-000298). IEEE.
- Orlando, G. (2020). Terapia della Gestalt e attacchi di panico: modello relazionale di base, ciclo vitale e clinica nella GTK. *Phenomena Journal - Rivista internazionale di psicopatologia, neuroscienze e psicoterapia*, 2 (2), 82-91. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.39>
- Parlett, M. (2005). Contemporary Gestalt therapy: Field theory. In M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyon (Eds.), *Creative license: The art of Gestalt therapy* (pp. 43-62). Wien/New York: Springer.
- Perls F. (1942 or ed., 1947, 1969), *Ego, Hunger and Aggression: a Revision of Freud's Theory and Method*, G. Allen & Unwin, London, 1947; Vintage Books, New York, 1947; Random House, New York, 1969.
- Perls F. (1980). *La terapia gestaltica parola per parola*, Astrolabio, Roma.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio, Roma.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Julian Press.
- Pessoa, L. (2023). The entangled brain. *Journal of cognitive neuroscience*, 35(3), 349-360.
- Philippson P. (2001), *Self in Relation*, Gestalt Journal Press, Highland NY; Karnac Books, London.
- Philippson, P. (2001). *The Emergent Self: An Existential-Gestalt Approach*. London: Karnac Books.
- Pizzimenti, M., Rivetti L. (2020). ABC Gestalt. Manuale pratico per psicoterapeuti, counselor e chiunque voglia avvicinarsi a una seduta di terapia. Franco Angeli.
- Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
- Robine, J.-M. (Ed.). (2001). *On the Occasion of an Other*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.
- Robine, J. M. (2006). *Il rivelarsi del sé nel contatto: studi di psicoterapia della Gestalt*. F. Angeli.
- Rosa V., Ruggiero L. Z., Armenante O., Santonicola C., Iannazzo A. (2024). Psicoterapia del Trauma e Intervento Blended: Un'ipotesi di modello integrato *Phenomena Journal*, 6, 54-80. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.214>
- Roti, S., Berti, F., Geniola, N., Zajotti, S., Calvaresi, G., Defraia, M., & Cini, A. (2023). Un percorso gestaltico: come cambia il benessere durante un trattamento gestaltico. *Phenomena Journal - Rivista Internazionale di Psicopatologia, Neuroscienze e*

Psicoterapia, 5 (2).

<https://doi.org/10.32069/PJ.2021.2.204>

- Roumeliotis, K. I., & Tselikas, N. D. (2023). Chatgpt and open-ai models: A preliminary review. *Future Internet*, 15(6), 192.
- Scarito, F. P. (2021). Memory reconsolidation: Towards a unified model of change in psychotherapy. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 3(1), 27–34.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.1.93>
- Sperandeo, R., Mosca, L. L., Alfano, Y. M., Cioffi, V., Di Sarno, A. D., Galchenko, A., ... & Maldonato, N. M. (2019, October). Complexity in the narration of the self A new theoretical and methodological perspective of diagnosis in psychopathology based on the computational method. In *2019 10th IEEE International Conference on Cognitive Infocommunications (CogInfoCom)* (pp. 445-450). IEEE.
- Sperandeo, R., Maldonato, M., Moretto, E., & Dell'Orco, S. (2019). Executive Functions and Personality from a Systemic-Ecological Perspective: A Quantitative Analysis of the Interactions Among Emotional, Cognitive and Aware Dimensions of Personality. *Cognitive Infocommunications, Theory and Applications*, 79-90.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press (UK).
- Stevens, J. O. (1971). *Awareness: Exploring, Experimenting, Experiencing*. Moab, UT: Real People Press.
- Wheeler, G. (2013). *Gestalt reconsidered: A new approach to contact and resistance*. Gestalt Press.
- Wertheimer, M. (1938). Laws of organization in perceptual forms. In W. D. Ellis (Ed.), *A source book of Gestalt psychology* (pp. 71–88). Kegan Paul, Trench, Trubner & Company
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue, and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (1989). Gestalt therapy. *Current psychotherapies*, 4, 59491012-604.

Il ruolo dei *bias* cognitivi nel gioco d'azzardo problematico: Un'analisi integrata tra ricerca e intervento clinico

The role of cognitive biases in problem gambling: An integrated analysis of research and clinical intervention

Maria Mosca¹, Luigia Cappuccio², Corrado Sgambati¹, Giacomo Langella¹, Tullio Pasqua¹

¹Centro diurno Lilliput, Polo DGA Area Est, Era Coop

²Asl Napoli 1 Centro, Dipartimento Dipendenze U.O. Ser.D. DSB 32

Abstract

L'articolo esplora il ruolo dei *bias* cognitivi nel gioco d'azzardo problematico, offrendo una revisione della letteratura scientifica e una riflessione basata sull'esperienza clinica del Polo DGA Area Est (Centro Diurno Lilliput - ASL Na 1 Centro). A partire dal modello teorico di Zinberg (1984), il disturbo da gioco d'azzardo viene analizzato come esito dell'interazione tra variabili personali (*set*), contestuali (*setting*) e caratteristiche del gioco (*gambling*). I *bias* cognitivi si configurano come fattori centrali, sia nell'esordio che nel mantenimento del comportamento disfunzionale, e assumono significati differenti in relazione alle caratteristiche del giocatore e alla tipologia di gioco preferita.

Parole chiave

Gioco d'azzardo, Bias cognitivi, Disturbo da gioco d'azzardo, Dipendenza, Giocatori strategici e non strategici

Abstract

The article explores the role of cognitive biases in problem gambling, offering a review of the scientific literature and a reflection based on the clinical experience of the Polo DGA Area Est (Centro Diurno Lilliput - ASL Na 1 Centro). Based on Zinberg's (1984) theoretical model, gambling disorder is analyzed as the outcome of the interaction between personal variables (*set*), contextual variables (*setting*), and characteristics of the game (*gambling*). Cognitive biases are configured as central factors, both in the onset and maintenance of dysfunctional behavior, and take on different meanings in relation to the player's characteristics and the preferred type of game.

Keywords

Gambling, Cognitive Biases, Gambling Disorder, Addiction, Strategic and non-strategic gambler

Autore responsabile per la corrispondenza: Maria Mosca, Centro diurno Lilliput, Polo DGA Area Est, Era Coop, e-mail: mariamosca1411@gmail.com

Introduzione

Con il Decreto Balduzzi del 2012 e con l'aumento della domanda dei giocatori d'azzardo, è maturata l'esigenza di strutturare percorsi specifici dedicati alle persone che presentano un'esperienza di disagio con il gioco d'azzardo. Con quest'obiettivo, all'interno del Centro Diurno "Lilliput", una struttura intermedia sovradistrettuale del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Na 1 Centro, nasce il Polo DGA Area Est, basato su un lavoro di stretta collaborazione tra l'équipe del servizio pubblico (U.O. SER. D. DSB 32 - ASL Na 1 Centro) e l'équipe del privato sociale (Consorzio Gesco - ERA Coop). Le evidenze teoriche (Blaszczynski & Nower, 2002; Sharpe, 2002; Shaffer et al., 2004; Griffith, 2005), unite all'esperienza realizzata sul campo, suggeriscono che, data la complessità del fenomeno in oggetto, è necessario costruire interventi che affrontino il disagio legato al comportamento di gioco d'azzardo focalizzando l'attenzione su più livelli. In quest'ottica, a partire dalla teorizzazione di Zinberg (1984), nata all'interno del tema del consumo di sostanze, il Polo propone un modello di intervento che considera il DGA come la risultante dell'interazione di variabili legate alla persona (set), al contesto (setting) e alla tipologia di gioco d'azzardo (gambling).

In questa prospettiva, i bias cognitivi rappresentano un'importante variabile di set che, interagendo fortemente con la tipologia e il funzionamento dei giochi d'azzardo e le caratteristiche del contesto, costituiscono un'area di lavoro significativa, nell'ambito della cura, con interventi specifici rivolti ai giocatori fortemente invischiati nel problema, e nel contesto della promozione della salute, rappresentando uno dei fattori di rischio predisponenti la perdita di controllo legata al gioco d'azzardo (Savron, 2014; Casciani, 2018).

Il lavoro di riconoscimento dei bias consente di attivare un processo di riflessione e consapevolezza sui meccanismi cognitivi che intervengono nella presa di decisione connessa al comportamento di gioco e sui fattori emotivi e motivazionali che sostengono l'utilizzo di tali strategie. L'identificazione di questi pensieri automatici, inoltre, facilita l'esplorazione di altri fattori legati al set, al setting e al gambling (Zinberg, 1984), che intervengono nel processo di autoregolazione del comportamento di gioco d'azzardo.

Questa premessa orienta la scelta di dedicare questa trattazione al tema in oggetto, mettendo in relazione le ricerche con il modello di intervento proposto all'interno del nostro servizio, messo a punto attraverso un lavoro di continua integrazione tra i riferimenti teorici e l'esperienza clinica.

I bias cognitivi nel gioco d'azzardo: una revisione della letteratura

Le distorsioni cognitive sono interpretazioni erronee e distorte della realtà che influenzano gli stati emotivi e il comportamento della persona. Alla base vi sono schemi cognitivi, stili di pensiero su cui si fonda la propria rappresentazione della realtà, interpretabili come il risultato di un insieme di fattori che riguardano la storia di vita della persona (es. educazione ricevuta, principali emozioni sperimentate, ecc.). Tali schemi comprendono le credenze intermedie (convinzioni assolute, rigide, apprese sul funzionamento della realtà e del mondo) e le credenze di base (credenze che risalgono all'infanzia, relative al proprio funzionamento) (Casciani & De Luca, 2018).

Queste credenze erronee, pur essendo meccanismi comuni a tutte le persone, nei giocatori d'azzardo possono strutturarsi come particolarmente disfunzionali, nella misura in

cui, combinandosi con altri fattori (es. legati alla persona, al contesto e alla tipologia di giochi), diventano pervasive.

La struttura di pensiero così organizzata porta, con maggiore probabilità, la persona ad attribuire agli eventi dei significati che incoraggiano la tendenza a ripetere in maniera compulsiva il comportamento di gioco d'azzardo nonostante le perdite subite. La relazione tra distorsioni cognitive e gioco d'azzardo è bidirezionale: da un lato le distorsioni cognitive facilitano l'avvio e la persistenza dei comportamenti di gioco d'azzardo, dall'altro l'esposizione agli eventi casuali stimola e rinforza la creazione di "teorie ingenuie" e "modelli infondati" sulla natura della casualità, sulle probabilità e sulle regole alla base dei giochi (Leonard & Williams, 2016).

Pur riconoscendo l'eterogeneità della popolazione dei giocatori d'azzardo, che iniziano a giocare seguendo percorsi diversi e con differenti motivazioni, le distorsioni cognitive sembrano rappresentare un elemento trasversale. Difatti, il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower (2002), una delle teorie più accreditate e riconosciute in letteratura, pur identificando tre diversi percorsi di sviluppo del DGA (Pathway 1, Pathway 2, Pathway 3), riconosce nei bias cognitivi un primo fattore eziopatogenetico alla base della perdita del controllo, comune alle diverse tipologie di giocatori d'azzardo. Oltre a giocare un ruolo centrale nello sviluppo del DGA, le distorsioni cognitive costituiscono anche un importante fattore di mantenimento del disturbo (Sylvan et al., 1997; Delfabbro & Winefield, 2000), soprattutto in presenza di una vulnerabilità genetica, biologica e ambientale. Pertanto, è importante soffermarsi su questo costrutto per la comprensione del fenomeno gioco d'azzardo e il trattamento del DGA (Bellio & Croce, 2014).

I giocatori d'azzardo mostrano tipologie specifiche di distorsioni cognitive. Di seguito vengono proposte alcune delle principali teorizzazioni presenti in letteratura.

Beck (1997), sulla base di osservazioni condotte su persone che avevano un problema legato al consumo di sostanze e al gioco d'azzardo, ha identificato tre tipi di credenze:

credenze anticipatorie, basate sulla tendenza a focalizzare l'attenzione sugli aspetti positivi della sostanza e/o del comportamento di gioco d'azzardo;

credenze basate sul sollievo immediato, procurato dall'assunzione della sostanza e/o dalla messa in atto del comportamento di gioco d'azzardo;

credenze permissive, che hanno a che vedere con l'autorizzazione al consumo e/o a mettere in atto il comportamento di gioco d'azzardo.

L'interazione di queste tre tipologie di credenze determina la strutturazione di uno schema cognitivo che Beck chiama Convinzioni di base disfunzionali "Dysfunctional Core Beliefs".

Ladouceur et al. (1996, 2000), prendendo in considerazione i giocatori d'azzardo, hanno identificato una serie di pensieri irrazionali risultati essere ricorrenti:

Sento che sto per vincere, aumento la puntata;

punto sempre gli stessi numeri, prima o poi usciranno;

sono ispirato, scelgo la slot machine buona;

quando gioco di notte vinco di più;

ho perso già tre volte, la prossima dovrò vincere;

se continuo a giocare, la fortuna arriverà prima o poi.

Tversky e Kahneman (1974) hanno identificato le distorsioni cognitive più comuni nei giocatori d'azzardo, confermate anche da

altri autori (Toneatto et al., 1997; Petry, 2006; Lambos & Delfabbro, 2007):

Fallacia del giocatore (Fallacia di Montecarlo): quando un evento casuale devia dalla media, l'evento opposto viene considerato più probabile;

Sovrastima: credere di avere le capacità per poter vincere con una maggiore probabilità;

Tendenze nei numeri: vengono immaginate singolari tendenze e regole riguardo alle distribuzioni;

Correlazioni illusorie: due eventi indipendenti che casualmente si presentano contemporaneamente vengono considerati interdipendenti;

Vincite altrui: vedere gli altri vincere crea la convinzione che vincere sia un evento che capita singolarmente e che per vincere basta continuare a giocare;

Pregiudizi inerenti la memoria: tendenza a ricordare maggiormente le vincite che le perdite.

L'elemento ricorrente, che sembra essere comune alle diverse teorizzazioni sulle distorsioni cognitive è l'illusione di controllo, ossia la convinzione di poter prevedere l'andamento di eventi essenzialmente dipendenti dal caso, sovrastimando il peso di fattori legati alla persona e/o al contesto.

A partire dalle ricerche sul fenomeno, che hanno indentificato nei giocatori d'azzardo una tendenza all'impulsività (MacLaren et al., 2011; Verdejo-García et al., 2008; MacKillop, 2014), un deficit nella regolazione delle emozioni (Blaszczynski e Nower, 2002; Navas et al., 2016; Williams et al., 2012) e una tendenza all'uso di distorsioni cognitive (Johansson et al., 2009; Cosenza e Nigro, 2015), alcuni autori hanno focalizzato l'attenzione sulla relazione tra questi fattori.

De Lara et al. (2019) hanno esplorato il rapporto tra l'impulsività e l'uso di bias cognitivi. Utilizzando la scala UPPS-P (Cyders & Smith,

2007), hanno riscontrato la presenza di una correlazione positiva tra distorsioni cognitive e dimensioni emotive e motivazionali dell'impulsività, nello specifico l'urgenza positiva e la sensation seeking. Sembra, dunque, che l'utilizzo dei bias cognitivi risponda all'esigenza di alcuni giocatori di sperimentare l'eccitazione e il brivido attraverso il gioco d'azzardo. Per esempio, se un giocatore d'azzardo si convince di conoscere strategie che gli permettano di vincere, si predisporrà più facilmente a reiterare il comportamento di gioco per vivere emozioni forti. Queste caratteristiche sembrano richiamare la tipologia di giocatori che Guerreschi (2000,2003) definisce "d'azione con sindrome da dipendenza", per i quali il gioco d'azzardo rappresenta "la cosa più importante nella vita", l'unica che li mantiene vivi, in azione. Guerreschi distingueva questi giocatori dai giocatori di fuga che, diversamente dai primi, utilizzerebbero il gioco principalmente per fuggire dalle emozioni negative, riconoscendo nel gioco d'azzardo uno strumento utile ad anestetizzare le emozioni, in risposta alle situazioni di urgenza negativa. Considerando il modello di Blaszczynski e Nower (2002), anche i giocatori identificati come appartenenti al Pathway 2 – Emotivamente vulnerabili, sembrano utilizzare il comportamento di gioco d'azzardo in risposta alla regolazione dell'umore negativo. De Lara et al. (2019) hanno esplorato l'ipotesi che i giocatori d'azzardo utilizzino i bias per regolare stati d'animo negativi, ma i risultati della loro ricerca non hanno riscontrato alcuna correlazione tra i due costrutti. Considerando questo dato, gli autori ipotizzano che le emozioni negative sperimentate da questi giocatori possano non raggiungere alti livelli di intensità tali da richiedere l'attivazione di strategie di regolazione o, in alternativa, tali emozioni potrebbero non essere riconosciute (alessitimia); altra ipotesi è che questi giocatori

potrebbero utilizzare strategie alternative all'utilizzo dei bias cognitivi legati al gioco d'azzardo per regolare le emozioni negative.

Gli stessi autori, mettendo in relazione l'uso dei bias nel gioco d'azzardo problematico con le strategie cognitive di regolazione emotiva identificate nella scala CERQ (Garnefski et al., 2001), hanno rilevato una correlazione positiva tra distorsioni cognitive e utilizzo di strategie di pensiero adattive, nel caso della contestualizzazione e la rifocalizzazione in positivo, e disadattive, nel caso della colpevolizzazione dell'altro. Sembra, quindi, che i giocatori d'azzardo problematici che utilizzano i bias nell'ambito delle loro esperienze di gioco, tendano a concentrare maggiormente l'attenzione sugli aspetti positivi dell'esperienza e a ridimensionare la gravità di un evento confrontandolo con altre situazioni più difficili, riducendo il carico emotivo e considerando il problema con maggiore distacco. In linea con questo, l'uso dei bias cognitivi nel gioco d'azzardo sembra essere associato anche alla tendenza dei giocatori d'azzardo ad attribuire la causa delle esperienze negative legate al gioco a fattori esterni.

Nello studio di Mallorquí-Bagué et al. (2019) è stata esaminata la relazione tra distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo e i tratti di impulsività, utilizzando la Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS; Raylu & Oei, 2004) e la scala UPPS-P. I risultati hanno evidenziato correlazioni positive tra le distorsioni cognitive e i diversi aspetti dell'impulsività. In particolare, la sottoscala delle aspettative legate al gioco (GRCS-GE) è risultata positivamente correlata con tutte le dimensioni dell'impulsività. Il punteggio totale della GRCS e la sottoscala che misura l'incapacità di controllare il comportamento di gioco (GRCS-IS) hanno mostrato associazioni significative con tutte le dimensioni dell'impulsività, ad eccezione della

ricerca di sensazioni. Inoltre, la tendenza a interpretare erroneamente vincite e perdite (GRCS-IB) è risultata correlata sia con l'urgenza positiva che con quella negativa, mentre la convinzione di poter prevedere gli esiti del gioco (GRCS-PC) ha mostrato una correlazione esclusiva con la mancanza di perseveranza.

Sempre esplorando la relazione tra distorsioni cognitive e impulsività, hanno rilevato differenze significative tra giocatori strategici e non strategici e giocatori online e offline. In linea con altre ricerche (Navas et al., 2017), sembra che i giocatori strategici e i giocatori online presentino più distorsioni cognitive e maggiori livelli di impulsività.

Per quanto riguarda la relazione tra giocatori strategici e uso di bias, è emerso che i principali bias presenti nei giocatori strategici sono le aspettative positive legate al gioco (GE) e l'illusione di controllo (IC), che possono fungere da fattori di mantenimento del comportamento di gioco.

In riferimento alla dimensione dell'impulsività nei giocatori strategici, sembra che questi ultimi presentino maggiore mancanza di perseveranza (Upps-P – Lack of perseveration), aspetto associato a scarsa coscienziosità e incapacità di concentrarsi su compiti complessi, che potrebbe esporre questi giocatori ad un maggiore rischio di accumulare perdite. Anche se questo risultato potrebbe sembrare in contrapposizione con la preferenza per tipologia di giochi strategici, considerando la nostra esperienza clinica, ipotizziamo che proprio l'utilizzo dei bias si pone come risposta alla mancanza di perseveranza, proponendosi come strategie semplificate e automatiche per i giocatori. L'utilizzo di bias come l'illusione di controllo e le aspettative positive legate al gioco potrebbero, quindi, rinforzare l'idea che attraverso strategie semplici, ci sia effettivamente un modo di controllare l'esito degli eventi

contrastando la mancanza di perseveranza rilevata in questi giocatori.

Evidenze coerenti mostrano che le modalità di gioco strategiche rispetto a quelle non strategiche e quelle online rispetto a quelle offline sono riconducibili a tipologie di giocatori d'azzardo problematici con caratteristiche diverse. Le persone che hanno un problema di gioco d'azzardo e che giocano in modo strategico sono descritte come più giovani, con livelli più elevati di psicopatologia e alestitimia (Moragas et al., 2015; Bonnaire et al., 2017), con distorsioni cognitive elevate (Lévesque et al., 2017; Toneatto et al., 1997), maggiore disinibizione e una predisposizione alla ricerca di sensazioni forti (Bonnaire et al., 2017) rispetto a quelli che preferiscono la tipologia di gioco d'azzardo non strategico. I giocatori con queste caratteristiche risultano essere meno consapevoli dei propri problemi con il gioco d'azzardo, presentano una motivazione più debole a smettere o a ridurre il gioco d'azzardo, hanno maggiori probabilità di abbandonare il trattamento e sono anche meno aderenti alle terapie. I giocatori non strategici tendono a processare le informazioni in modo più automatico e sono più inclini a fidarsi della loro intuizione rispetto ai giocatori strategici (Mouneyrac et al., 2017). Per quanto riguarda i giocatori offline rispetto a quelli online, questi ultimi tendono a essere più giovani, più istruiti e presentano un maggiore consumo concomitante di alcol e cannabis (Del Prete et al., 2017; Van Holst et al., 2018; Pettorruso et al., 2018; Navas et al., 2017)

I bias cognitivi nel gioco d'azzardo: l'esperienza clinica del Polo DGA Area Est

Partendo dal concetto che non esiste una personalità del giocatore né tantomeno del giocatore dipendente o patologico, in accordo

con la teoria di Zinberg (1984), l'esperienza clinica ci spinge a riflettere su quanto l'uso dei bias cognitivi sia strettamente connesso con le caratteristiche della persona, la tipologia di gioco prescelta e le specificità del contesto all'interno del quale il comportamento di gioco si manifesta.

Le persone, quindi, cominciano ad avvicinarsi a specifiche tipologie di giochi (strategici e non strategici) a partire dal proprio background personale, familiare e culturale. Questo insieme di esperienze e influenze ha un ruolo fondamentale nella strutturazione dei bias cognitivi legati al gioco, i quali non si formano in modo casuale, ma si sviluppano in risposta a bisogni psicologici specifici. È per questo motivo che gli appassionati di sport tendono ad affezionarsi alle scommesse sportive, le signore, in particolare quelle in età più avanzata, prediligono giochi come il lotto, i gratta e vinci, il bingo e le slot machines, mentre per i giovani, cresciuti in un contesto digitalizzato, il passaggio al gioco online risulta naturale e spesso rappresenta la modalità preferita. È chiaro, quindi, come le variabili del set (stato d'animo e situazione interna della persona), del setting (percezione e regole implicite ed esplicite del sistema socioculturale del fenomeno gioco) e del gambling (ossia la natura costitutiva dei diversi giochi) interagiscano determinando per ogni soggetto la scelta relativa all'utilizzo di specifici bias cognitivi e il qui ed ora del rapporto, più o meno patologico, col gioco.

I giocatori che prediligono le scommesse su quei giochi che definiamo strategici, prevalentemente di abilità (partite di calcio, di tennis, di basket ecc), sembrano essere più predisposti a utilizzare bias cognitivi legati all'illusione di competenza, perché maggiormente stimolati dal bisogno di esprimere e di mettere alla prova la dimensione della competenza personale. Per questi soggetti, i bias si strutturano per rispondere a un vero e proprio

bisogno di dimostrare le proprie abilità di ragionamento polarizzate su una pseudo competenza legata alla convinzione di avere una profonda e infallibile conoscenza delle variabili relative al gioco sul quale scommettono. Per esempio, un giocatore di scommesse sportive è convinto di essere un esperto del mondo del calcio; un giocatore di blackjack è convinto di conoscere strategie matematiche che gli permettano di vincere. Questi giocatori trascorrono la maggior parte del loro tempo a “studiare” gli eventi su cui scommettere, formulando ipotesi predittive sull’andamento dei risultati. Lo “studio” della scommessa assume la forma di un vero e proprio rimuginio mentale che, rinforzato dalle vincite, conferma l’idea illusoria che possa esistere un’abilità nei giochi d’azzardo. Con il progredire del disturbo, in alcuni casi, l’abilità illusoria legata alla scommessa sembra vada a sostituire le altre abilità più funzionali che la persona possiede. Per esempio, ragazzi molto giovani che si affezionano alle scommesse sportive, non avendo ancora investito in altri interessi e in altre abilità formative e professionali, si focalizzano sull’idea di costruire intorno al gioco un’identità di giocatore professionista (Professional Poker Player, Tipster). Nel gioco d’azzardo, l’impiego del bias noto come “illusione di competenza”, accanto al desiderio di guadagno e al bisogno di affrontare una sfida, assume soprattutto la funzione di permettere all’individuo di manifestare la propria bravura e di alimentare il proprio narcisismo onnipotente. In questi giocatori, la tendenza all’impulsività sembra manifestarsi prevalentemente nelle dimensioni dell’urgenza positiva e della sensation seeking. Pur raggiungendo, in casi estremi, una dimensione di isolamento e disadattamento sociale, la motivazione alla base del sintomo, che giustifica l’utilizzo dello specifico bias, sembra, dunque, essere connessa a un forte bisogno di

riconoscimento e di affermazione. Questo può essere vero sia per quelle persone che non sono riuscite ad affermarsi nell’ambito familiare e lavorativo, sia per quei soggetti che a un certo punto della loro vita hanno perso il ruolo sociale che occupavano (perdita del lavoro, divorzio, cambiamento dello status sociale, ecc). Tali dinamiche si inseriscono all’interno di un contesto socioculturale che rafforza l’utilizzo dello specifico bias. Ci riferiamo, per esempio, a trasmissioni televisive, siti di news sportive, spazi quote, pagine social promosse dai tipster, dove viene riproposta in continuazione l’idea che possa esistere una competenza, che si possa diventare bravi e, quindi, assumere un vero e proprio ruolo sociale quale giocatore d’azzardo professionista.

Differenti da questa tipologia sono, invece, i giocatori che sembrano prediligere giochi non strategici (gratta e vinci, lotterie, slot machines, virtuali ecc.), nei quali si osserva una predisposizione a utilizzare bias legati al pensiero magico. L’utilizzo di questa tipologia di distorsioni cognitive sembra rispondere a un bisogno di isolamento e di rilassamento, all’esigenza di creare un momento di distacco e di sospensione dallo stress e dai problemi relazionali quotidiani. Il pensiero magico associato alla vincita permette alla persona di sperimentare un effetto anestetico, di modulazione delle emozioni legate soprattutto all’ansia e alla depressione. In questi giocatori, la tendenza all’impulsività sembra manifestarsi prevalentemente nella dimensione dell’urgenza negativa. Difatti, questi si presentano spesso meno accelerati nel comportamento e anche nella dimensione cognitiva; piuttosto che studiare la scommessa, investono la maggior parte del loro tempo nell’attività di gioco, in attesa della vincita, che ricercano mettendo in atto rituali scaramantici di vario tipo (oggi mi sento fortunato, quella macchinetta mi chiama,

fra poco la slot mi pagherà, quella sala porta iella ecc.). Le caratteristiche dell'ambiente di gioco, sia in sala che online, contribuiscono a creare quella "bolla", quella dimensione altra nella quale rifugiarsi attraverso stimoli sonori e luminosi e la possibilità di giocare senza limiti di tempo e in qualsiasi momento. Anche per questa categoria di giocatori, si riscontra una forte componente socioculturale che rafforza il bias legato al pensiero magico, alimentando la fantasia secondo cui una vincita al gioco d'azzardo possa rappresentare la soluzione a tutti i problemi della vita quotidiana. L'idea prevalente è che basti un colpo di fortuna per cambiare radicalmente la propria esistenza, migliorando in modo immediato la condizione socio-economica, senza dover affrontare sforzi e percorsi gradualmente. Basti pensare ai giochi a premi proposti in televisione, alla diffusione delle loot box nei videogiochi, al fenomeno delle mystery box o ai nomi accattivanti e suggestivi dei gratta e vinci, che promettono ricchezze e cambiamenti improvvisi.

Le categorie di giocatori "strategici" e "non strategici", così come le altre classificazioni teoriche proposte in letteratura, organizzano e aiutano a comprendere meglio la persona che sviluppa un problema di gioco d'azzardo, orientando gli operatori nel processo di decodifica della domanda d'aiuto e nella strutturazione dello specifico percorso terapeutico. Tuttavia, come tutte le classificazioni, semplificano una realtà che, nel lavoro clinico, si presenta come molto più complessa. Per es. in alcuni giocatori che prediligono il gioco delle scommesse sportive, che, quindi, potremmo definire "strategici", si osserva molto frequentemente il passaggio a giochi come i virtuali, appartenenti alla categoria di giochi non strategici, pur mantenendo invariato il tipo di bias (illusione di competenza). Così come può variare la preferenza per una

tipologia di gioco, allo stesso modo, anche le distorsioni cognitive e le dimensioni dell'impulsività (l'urgenza positiva e negativa) che guidano il comportamento di gioco, non sono fisse, ma possono cambiare, a seconda dei bisogni della persona in quel dato momento all'interno di uno specifico contesto. Per esempio, anche i giocatori più strategici, che rimuginano per ore sui risultati delle loro scommesse, quando vivono una situazione di urgenza clinica (alti costi, poco tempo e poche risorse a disposizione), intrappolati nel fenomeno del chasing, spesso, per rispondere all'urgenza negativa, passano da bias legati all'illusione di competenza a bias legati al pensiero magico.

Queste osservazioni cliniche contribuiscono a mettere in luce la complessità dinamica che caratterizza il comportamento di gioco d'azzardo, sottolineando la necessità di superare una visione esclusivamente categoriale del fenomeno. Risulta, quindi, fondamentale adottare anche una prospettiva dimensionale, capace di cogliere la natura eterogenea e multifattoriale del disturbo. Tale approccio sembra costituire il fondamento teorico del modello proposto da Navas e collaboratori (2019), noto come Gambling Space Model, il quale, pur muovendo dalle categorie descritte da Blaszczynski e Nower (2002), integra l'interazione di multiple dimensioni nella comprensione e nella definizione del DGA.

Nel lavoro clinico, la conoscenza e il riconoscimento dei bias cognitivi assume un ruolo rilevante, sia nella fase di assessment, sia nella strutturazione dell'intervento.

Nei primi colloqui di accoglienza e valutazione diagnostica, l'operatore esperto, attraverso la capacità di riconoscere e nominare i bias cognitivi secondo una modalità competente e non giudicante, crea un linguaggio condiviso, che gli consente di co-costruire una

relazione terapeutica centrata sull'alleanza. La conoscenza approfondita delle dinamiche specifiche dei giochi d'azzardo e delle loro caratteristiche psicologiche e strutturali aumenta l'affidabilità percepita del terapeuta agli occhi del paziente.

Nello specifico dell'intervento clinico, quando ci si focalizza sull'aspetto cognitivo e sulla parte di lavoro che prevede la messa in discussione della dimensione irrazionale (ristrutturazione cognitiva) legata al gioco e all'azzardo, spesso ci si trova ad impattare con la sovrastrutturazione di diversi bias. Gli interventi di psicoeducazione individuali o in gruppo, le tecniche di messa in discussione e di smantellamento delle credenze disfunzionali, aiutano il giocatore patologico a posizionarsi e a prendere consapevolezza degli stimoli interni ed esterni da cui parte il craving.

Considerazioni conclusive

Facendo riferimento alla serie di riflessioni proposte, ci convince sempre più l'idea che il percorso di cura per i giocatori, così come per le dipendenze in generale, coinvolga più livelli di intervento.

Pur non essendo questa la sede per discutere le strategie d'intervento specifiche di un programma dedicato ai giocatori d'azzardo problematici, appare importante, in chiusura, fare un'ultima considerazione sull'intervento.

Insieme al lavoro di psicoterapia individuale centrato sulla funzione del sintomo e sulla ristrutturazione cognitiva focalizzata sui bias, è fondamentale supportare la persona proponendo strategie e soluzioni che l'aiutino a superare concretamente le fasi di forte emergenza in cui accadimenti anche legati al set o al setting (sopraggiungere di ulteriori debiti, conflitto in famiglia, ansia e depressione per i tempi lunghi di recupero, mancanza di lavoro),

possono innescare nuovamente un comportamento guidato dalle distorsioni cognitive. Appaiono necessari, quindi, le consulenze legali e gli incontri di tutoraggio economico, le sessioni di psicoeducazione con giocatori e familiari, gli incontri di supporto psicologico, individuali e di gruppo, e la terapia farmacologica, quando necessaria.

Si capisce, quindi, quanto un percorso di cura dedicato necessiti di un approccio multidisciplinare, dove le differenti figure professionali abbiano realmente lo spazio e il tempo per pensare e coordinare un intervento complesso centrato sulla presa in carico del giocatore e del suo familiare a 360 gradi.

Bibliografia

- Beck AT, et al. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York - London: Guilford Press; 1993.
- Bellio, G. e Croce, M., *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, FrancoAngeli, Milano, 2014
- Bonnaire C, Barrault S, Aïte A, Cassotti M, Moutier S, Varescon I. Relationship between pathological gambling, alexithymia, and gambling type. *Am J Addict* 2017;26(2)152–60 [Internet].
- Blaszczynski, A., e Nower, I. (2002) "A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling". *Addiction*, 97:487-499.
- Cosenza M, Nigro G. Wagering the future: Cognitive distortions, impulsivity, delay discounting, and time perspective in adolescent gambling. *J Adolesc*. 2015;45:56–66. pmid:26363842.
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2007). Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 839-850.
- Del Prete F, Steward T, Navas JF, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Oei TPS, et al. The role of affect-driven impulsivity in gambling cognitions: a convenience-sample study with a Spanish version of the Gambling-Related Cognitions Scale. *J Behav Addict* 2017;6(1):51–63.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Griffith M, (2005). A component model of addiction within a biopsychosocial framework, *Journal of Substance Use* 10, 191-197 DOI 10.1080/14659890500114359.

- Leonard, C.A., & Williams, R.J. (2016). The relationship between gambling fallacies and problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 694–704.
- Lévesque D, Sévigny S, Giroux I, Jacques C. Gambling-Related Cognition Scale (GRCS): Are skills-based games at a disadvantage? *Psychol Addict Behav* 2017;31(6):647–54 [Internet].
- Navas JF, Billieux J, Verdejo-García A, Perales JC. Neurocognitive components of gambling disorder: Implications for assessment, treatment and policy. In: Bowden-Jones H, Dickson C, Dunand C, Simon O, editors. *Harm Reduction for Problem Gambling: A Public Health Approach*. Routledge; 2019.
- Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman R, Donato A, Stanton M. 2004c. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry* 12:367–74 89.
- Sharpe L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.
- Sylvain C., Ladouceur R., Boisvert J.M. (1997). Cognitive and Behavioral Treatment of Pathological Gambling: A Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65. 727-732. DOI: 10.1037//0022-006X.65.5.727.
- Savron, G. (2012), Fattori di rischio specifici e aspecifici nel gioco d'azzardo patologico, in Bellio, G. e Croce, M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Casciani, O. (2018), Fattori di sviluppo e mantenimento del DGA, in Casciani, O, e De Luca, O. (a cura di), *Il trattamento psicologico e psicoterapeutico del disturbo da gioco d'azzardo in una prospettiva multidisciplinare*, Publiedit, Cuneo, Roma.
- Casciani, O. e De Luca O. (2018), La terapia cognitivo comportamentale, in Casciani, O, e De Luca, O. (a cura di), *Il trattamento psicologico e psicoterapeutico del disturbo da gioco d'azzardo in una prospettiva multidisciplinare*, Publiedit, Cuneo, Roma.
- Delfabbro PH, Winfield AH. Predictors of irrational thinking in regular slot machine gamblers. *J Psychol* 2000; 134: 117-28.
- Guerreschi C. (2000), *Giocati dal Gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*, San Paolo, Milano.
- Guerreschi C. (2003), *Il gioco d'azzardo patologico. "Liberati dal gioco patologico" e dalle altre nuove dipendenze*, Ed. Kappa, Roma.
- Ladouceur R, Walker M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In: Salkovskis PM, editor. *Trends in cognitive and behavioral therapies*. Wiley; New York: 1996. pp. 89-120.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin S., Doucet C. (2000). *I1 Gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, 2003, Centro Scientifico Editore.
- Lambos C., Delfabbro P.H., Pulgies S. (2007). Adolescent gambling in South Australia. Report prepared for the Independent Gambling Authority of South Australia. Adelaide.
- MacLaren V V., Fugelsang JA, Harrigan KA, Dixon MJ. The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):1057–67. PMID:21802620.
- MacKillop J, Miller JD, Fortune E, Maples J, Lance CE, Campbell WK, et al. Multidimensional examination of impulsivity in relation to disordered gambling. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2014;22(2):176–85. PMID:24708148.
- Mallorquí-Bagué N, Vintró-Alcaraz C, Verdejo-García A, Granero R, Fernández-Aranda F, Magaña P, Mena-Moreno T, Aymami N, Gómez-Peña M, Del Pino-Gutiérrez A (2019). Impulsivity and cognitive distortions in different clinical phenotypes of gambling disorder: profiles and longitudinal prediction of treatment outcomes. *Eur Psychiatry* 61:9-16.
- Moragas L, Granero R, Stinchfield R, Fernández-Aranda F, Fröberg F, Aymami N, et al. Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling disorder based on gambling preferences. *BMC Psychiatry* 2015;15(1):86 [Internet].
- Mouneyrac A, Lemerrier C, Le Floch V, Challet-Bouju G, Moreau A, Jacques C, et al. Cognitive characteristics of strategic and non-strategic gamblers. *J Gambl Stud* 2017;199–208 [Internet].
- Navas JF, Verdejo-García A, López-Gómez M, Maldonado A, Perales JC. Gambling with rose-tinted glasses on: Use of emotion-regulation strategies correlates with dysfunctional cognitions in gambling disorder patients. *J Behav Addict*. 2016;5(2):271–81. PMID:27363462.
- Navas JF, Billieux J, Perandrés-Gómez A, López-Torrecillas F, Cándido A, Perales JC. Impulsivity traits and gambling cognitions associated with gambling preferences and clinical status. *Int Gambl Stud* 2017;17(1):102–24.
- Petry, N. M. (2006). Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Family*.
- Pettoruso M, Martinotti G, Cocciolillo F, De Risio L, Cinquino A, Di Nicola M, et al. Striatal presynaptic dopaminergic dysfunction in gambling disorder: a 123 I-FP-CIT SPECT study. *Addict Biol* 2018 [Internet].
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99(6), 757-769.
- Ruiz de Lara, C. M., Navas, J. F., & Perales, J. C. (2019). The paradoxical relationship between emotion regulation and gambling-related cognitive biases.

<https://doi.org/10.53240/2025topic4n2.2.003>

- PLoS ONE, 14(8), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220668>.
- Toneatto T., Blitz-Miller T., Calderwood K., Dragonetti R., Tsanos A. (1997), "Cognitive distortions in heavy gambling", *Journal of Gambling Studies*, 13:253-266.
- Tversky A., Kahneman D. (1974). Science Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science* 185 (4157): 1124-1131. doi:10.1126/science.185.4157.1124. PMID 17835457.
- Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(4):777–810. pmid:18295884.
- Van Holst RJ, Sescousse G, Janssen LK, Janssen M, Berry AS, Jagust WJ, et al. Increased striatal dopamine synthesis capacity in gambling addiction. *Biol Psychiatry* 2018;83(12):1036–43. . [Internet], Jun 15 [cited 2019 Mar 15] Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28728675>.
- Johansson A, Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Gøtestam KG. Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *J Gambl Stud.* 2009;25(1):67–92. pmid:18392670.
- Williams AD, Grisham JR, Erskine A, Cassidy E. Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *Br J Clin Psychol.* 2012;51(2):22338. pmid:22574806.
- Zinberg, N. (1984) *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use.* New Haven: Yale University Press.