

LA TERAPIA DI GRUPPO PER IL GIOCATORE PATOLOGICO

Stefano Oliva*

1) IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Seppur di gioco compulsivo si parli dai primi del '900 (Kraepelin, Von Hattingberg), esso è stato riconosciuto definitivamente come una patologia a sé stante nel 1980, quando l'A.P.A. (American Psychiatric Association) lo introdusse nella III versione del DSM, classificandolo nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi. Attualmente il DSM-IV (1994) lo definisce come un comportamento "persistente e ricorrente come indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri:

- 1) E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo
- 2) Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata
- 3) Ha ripetutamente tentato con insuccesso di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- 4) E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- 5) Gioca d'azzardo per sfuggire a problemi o per alleviare ad un umore disforico
- 6) Dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora ("rincorrendo" le proprie perdite)
- 7) Mente ai familiari, al terapeuta o ad altri per nascondere l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco
- 8) Ha commesso azioni illegali per finanziare il gioco d'azzardo
- 9) Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro o opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
- 10) Fa affidamento sugli altri per reperire denaro o per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo".

Gli studi epidemiologici relativi al gioco d'azzardo patologico iniziarono negli anni '70, con i lavori pionieristici di Robert Custer; egli calcolò che in quegli anni la presenza negli Stati Uniti di giocatori definibili come patologici fosse da 1 a 3 milioni.

Volberg (1994) ha mostrato come la prevalenza dei problemi legati al gioco d'azzardo sia strettamente correlata con il numero delle opportunità di gioco offerte dallo Stato e con il numero di anni di esposizione della popolazione al gioco legalizzato. Entrambi questi valori sono in continua crescita, tanto che si è calcolato che gli adulti che abbiano giocato d'azzardo almeno una volta nella loro vita siano fra l'80% e il 94% degli inglesi (Cornish, 1978), fra il 24% e il 64% degli americani e fra l'81% e il 92% degli australiani. In Italia le persone che abitualmente giocano a qualche forma di azzardo sarebbero circa il 60% dell'intera popolazione (Eurispes, 2000).

I più recenti dati internazionali definiscono un tasso di prevalenza di gioco d'azzardo patologico compreso fra l'1 % e il 3% (DSM-IV, 1994; Volberg, 1996).

*** Psichiatra e Psicoterapeuta presso il CE.S.TE.P. (Centro per lo Studio e la Terapia delle Psicopatologie, direttore Dott. Michele G. Sforza)**

2) PROBLEMATICHE D'INTERVENTO

Chi, nella propria attività clinica, ha già avuto modo di occuparsi dell'assistenza e della cura di persone che soffrono di dipendenza da sostanze ritroverà anche nel giocatore patologico (cioè nel dipendente da gioco) delle similari complessità d'intervento, correlate alla difficoltà nell'ottenere una sufficiente e costante consapevolezza di patologia e una motivazione alla cura. Anche in questi pazienti vi è, infatti, un utilizzo marcato di meccanismi di difesa che tendono a sottrarre al campo della coscienza la drammaticità delle conseguenze dei propri comportamenti e, nello specifico, del proprio giocare compulsivo. Gli affetti negati tendono poi ad essere scaricati attraverso comportamenti impulsivi e *acting-out*, che da un lato consentono una temporanea scarica di tensione e dall'altro garantiscono l'ottenimento di forti emozioni e quindi di gratificazione. Con l'istaurarsi del circolo vizioso della dipendenza diviene sempre più difficile abbandonare il mondo virtuale del gioco, il quale diviene una dimensione oramai necessaria, in quanto l'unica che pare in grado, con la sua tragica finzione, di salvaguardare contemporaneamente l'autostima narcisistica e il bisogno ubriacante di stimolazioni.

Vi sono diversi fattori che possono predisporre al Gioco d'Azzardo Patologico e che nel contempo possono incidere sulla difficoltà nel conquistare e mantenere la motivazione alla cura; essi infatti agiranno nel senso o di aumentare il desiderio impulsivo di giocare d'azzardo (*craving*) o di diminuire le capacità di allarme e di difesa rispetto allo stesso. Tali fattori predisponenti possono essere elencati come segue:

a) FATTORI BIOLOGICI:

- Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
- Sensations Seeking
- Predisposizioni genetiche e neurotrasmettitoriali
- Patologie psichiatriche a prevalente origine organica o neurologica che determinano difficoltà nella gestione degli impulsi
- Conseguenze funzionali e organiche dell'abuso di sostanze psicoattive

b) FATTORI PSICOLOGICI:

- Utilizzo massiccio di meccanismi di difesa "de-responsabilizzanti", quali la minimizzazione, la negazione, la proiezione, la svalutazione o "de-tensivizzanti", come l'*acting-out*
- Disturbi della Personalità, che determinino una particolare fragilità del Sé e conseguente difficoltà nell'accettare di "avere un problema" o di "essere malato" (Tratti narcisistici di personalità)
- Vantaggi secondari della patologia e del gioco d'azzardo: mantenimento di una posizione di dipendenza psicologica dalle figure familiari; ottenimento di gratificazioni di alto livello emotivo e sensoriale; creazione e mantenimento di un'illusoria fiducia in un riscatto sociale, familiare, esistenziale, economico; guadagno in immagine sociale; espiazione masochistica del senso di colpa (Teoria psicoanalitica classica)

- Distorsioni cognitive
Rincorsa delle perdite, “fallacia di Montecarlo”, errori nella valutazione delle probabilità (Teoria cognitiva)

c) **FATTORI SOCIALI:**

- Offerta sociale del gioco d’azzardo, con diffusione capillare delle varie forme di azzardo e conseguente facilità di incontro e di accesso al gioco
- Mancanza di una cultura e di informazione sul gioco responsabile
- Pressione sociale all’utilizzo dell’azzardo, all’idealizzazione del Fato, all’affermazione di sé attraverso la temerarietà e l’impavidità nei confronti del rischio
- Carenza di luoghi di cura e di conoscenze sufficienti, anche tra gli operatori della Psichiatria
- Stigma sociale nei confronti del dipendente, che può essere visto come un debole, un perdente o un vizioso

Nella nostra esperienza clinica, dalla apertura nel 2000 dello S.Mu.G.A.P (Servizio Multidisciplinare Gioco d’Azzardo Patologico), presso la Casa di Cura *Le Betulle*, abbiamo osservato che nel gioco patologico la motivazione alla cura è spesso più faticosa da ottenere e da mantenere, anche rispetto ad altre dipendenze (alcol, sostanze stupefacenti, psicofarmaci). Tra i vari fattori che possono motivare questa evidenza empirica, un’indubbia rilevanza sembrano avere le maggiori difficoltà nell’accettare la possibilità di perdere il controllo su un comportamento, rispetto che sull’utilizzo di una sostanza chimica (alla quale può essere più facilmente attribuita la colpa di essere fonte di dipendenza). Inoltre il gioco d’azzardo patologico è sostanzialmente silente sul piano della sintomatologia fisica; in effetti non provoca dolore fisico o lesioni obiettivabili, né incidenti stradali o infrazioni in stato di alterazione mentale. Conseguentemente vengono a mancare importanti stimoli motivazionali, che sono spesso fonte di richiesta d’intervento in caso di dipendenza da agenti chimici psicostimolanti. Inoltre i sintomi del gioco patologico sono molto più facilmente copribili dalle frequenti connivenze psicologiche dei familiari o comunque dai loro inevitabili errori gestionali, che si manifestano attraverso la reiterazione di “sistemi salvagente”, come il pagamento dei debiti, il nascondimento dei danni, l’accondiscendenza cronica e l’attribuzione della categoria di vizio alla patologia gioco-correlata. Tali sistemi, se da un lato consentono di non far affondare il proprio caro nel marasma dei debiti, dall’altro purtroppo favoriscono il proseguimento e l’inevitabile aggravamento dell’abuso, oltre che il senso di invincibilità nel riuscire sempre a *farla franca* (che su un piano psicologico può equivalere al vincere).

3) LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO NEL G.A.P.

3.1. Obiettivi e Fasi della terapia di gruppo per giocatori patologici

Nella prima fase dell’intervento terapeutico sui giocatori patologici, in cui è necessario creare il nucleo motivazionale, la distonia del comportamento e il supporto familiare alla cura, i colloqui esplorativo-diagnostici e motivazionali e i gruppi psicoeducativi costituiscono gli strumenti più efficaci. Una volta ottenuto un

sufficiente consenso e consapevolezza da parte del paziente, tuttavia, la psicoterapia di gruppo si rivela la strategia più vantaggiosa nel perseguimento degli obiettivi terapeutici, i quali possono essere schematizzati nel seguente modo:

- Mantenimento dell'astinenza dal gioco d'azzardo
- Mantenimento della motivazione alla cura
- Mantenimento delle difese comportamentali contro le ricadute
- Modificazione dello stile di vita
- Disvelamento e modificazione dei tratti di personalità e degli schemi cognitivi a rischio (impulsività, tratti narcisistici, dipendenza psicologica dagli altri, aggressività, passività, ecc.)

Il programma terapeutico all'interno della terapia di gruppo si sviluppa attraverso fasi successive, i cui tempi possono ovviamente essere differenti da persona a persona, ma che difficilmente possono essere completate in un tempo inferiore ai cinque anni di lavoro terapeutico continuativo. I gradini del percorso possono essere schematizzati nel seguente modo:

- Fase dell'ingresso in gruppo;
- Fase della costruzione del senso di appartenenza al gruppo;
- Fase del svelamento della propria condizione patologica e esistenziale (terapia del *levare*);
- Fase della ricostruzione del Sé e della propria condizione esistenziale (terapia del *mettere*);
- Fase dell'uscita dal gruppo

I primi mesi di terapia vedranno il paziente principalmente occupato a prendere le misure della sua partecipazione all'interno del gruppo, nel tentativo di costruirsi una dimensione fra le polarità della *Fuga dal gruppo/Appartenenza al gruppo, Imporsi sul gruppo/Essere accettati dal gruppo, Essere un malato di Dipendenza/Essere uno che ce la farà molto più in fretta degli altri* e fra il dilemma: *Sono come loro/Sono diverso da loro*.

Dopo le prime sedute, nelle quali prevarranno i racconti della propria storia e i segnali di accoglimento da parte dei membri già appartenenti al gruppo, inizierà un periodo della durata di alcuni anni, che sarà principalmente caratterizzato dall'essere confrontato circa le motivazioni inconsapevoli del proprio modo di agire, sia nel *hic et nunc* del gruppo, che durante la vita quotidiana e sollecitato a rispettare le regole di sincerità e di non reticenza nell'espressione e di attendere i tempi di "metabolizzazione" delle confrontazioni prima di ribattere in gruppo; questo lavoro iniziale consente, con il passare del tempo, lo svelamento degli alibi che per anni hanno mantenuto il senso causale del proprio comportamento di dipendenza e la presa di coscienza della propria umanità, contrapposta al senso di narcisistica onnipotenza, che nell'illusione di poter fare tutto da solo, copriva la perdita di controllo del comportamento di gioco e più in generale della propria vita. Si può dire, con una certa inevitabile semplificazione, che in questa fase il paziente impara a conoscere meglio se stesso e le proprie modalità di essere al mondo e di stare con sé e con gli altri. In tal modo diverrà sempre meno possibile nascondersi dietro la negazione o farsi ingannare dalla minimizzazione e dagli altri meccanismi che tendono a scotomizzare le proprie difficoltà e la propria sofferenza. Quest'ultima in particolare può, alla fine di questo periodo terapeutico, essere meglio identificata, comunicata, accettata e

contenuta all'interno del paziente, il quale può ora iniziare a consolidare le modifiche del Sé e del proprio stile di vita, lavoro che lo accompagnerà fino alla fine della terapia di gruppo. Se i primi anni di terapia si occupano in maniera specifica e stringente della presa di coscienza e dell'accettazione della propria dipendenza e della sudditanza da essa, l'ultima fase della terapia dovrà cercare di costruire le basi per una propria "in-dipendenza", intesa non più come una negazione della dipendenza stessa, ma come un superamento di quest'ultima, in funzione della ridefinizione o riprecisazione dei propri confini, che dovranno ora garantire una maggiore chiarezza dei propri limiti (tra i quali, su un piano concreto, il fatto di non poter più giocare), ma anche della fertilità del proprio territorio.

3.2. I Fattori Terapeutici della psicoterapia di gruppo e la personalità del giocatore patologico

Lo psichiatra nordamericano Irvin Yalom, uno dei massimi autori che ha teorizzato e praticato la terapia di gruppo nella cura di differenti patologie psichiche, ha elencato (1970) i fattori terapeutici della stessa nel seguente modo:

- Infusione della speranza
- Universalità
- Informazione
- Altruismo
- Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare
- Sviluppo di tecniche di socializzazione
- Comportamento imitativo
- Apprendimento interpersonale
- Coesione di gruppo
- Catarsi
- Fattori esistenziali

E' chiaro che questi fattori terapeutici universali sono di capitale importanza anche nella terapia di gruppo per pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico; in più, tuttavia, in questi pazienti il gruppo rappresenta un luogo di cura privilegiato in quanto è in grado di contenere e di elaborare, spesso con successo, le angosce del giocatore, ma anche i suoi tentativi di manipolazione e di nascondimento della realtà. Diversi autori hanno cercato di studiare la personalità dei giocatori patologici, al fine di riscontrare e determinare la prevalenza di alcune strutture personologiche, che potessero predisporre allo sviluppo di una dipendenza da gioco. I dati ottenuti, tuttavia, evidenziano una distribuzione della malattia a banda larga, senza un particolare picco; la personalità, perciò, non sembra costituire un particolare fattore di rischio, eccezion fatta forse per le personalità *borderline* e narcisistiche, anche se questo dato non riscontra unanime consenso. Rosenthal (1984) afferma ad esempio che "non è difficile riscontrare in giocatori patologici, che sono rimasti astinenti per molti anni, la presenza continuativa dei medesimi tratti di personalità [narcisistici e *borderline*]". Cancrini (1996), di converso, ha sostenuto in maniera convincente che "le persone che sperimentano un coinvolgimento totale con il gioco (o con le droghe) funzionano tutte, nel tempo in cui tale coinvolgimento si manifesta, ad un livello *borderline*, [anche se] tale funzionamento può essere limitato nel tempo e legato a circostanze individuabili e modificabili". Ciò si manifesta ad esempio nella presenza di violente oscillazioni del tono dell'umore, nell'instabilità relazionale, nella difficile

integrazione di aspetti positivi e negativi relativi al Sé e al mondo esterno o nella “ricerca di figure o di oggetti mitici percepiti e sentiti come dotati di potere salvifico ed a cui legarsi con forme di dipendenza più o meno aggressiva” (Ibidem), indice di un massiccio ricorso alla identificazione proiettiva e che determina la conseguente mistificazione della realtà e la facile suscettibilità alle critiche.

Queste considerazioni erano state similmente formulate da Vaillant (1980) sulla personalità dell'alcolista. Egli aveva infatti dimostrato che l'alcolista non ha una personalità premorbosa orale, passiva e dipendente, superiore alla media dell'intera popolazione; tuttavia durante la fase attiva della dipendenza “questi tratti emergono come un fenomeno secondario piuttosto che primario e lo stesso è probabilmente vero per il giocatore patologico” (Hales e al., 1999).

Le sostanze e i comportamenti che provocano addiction indurrebbero quindi una regressione ad uno stadio pregenitale, nel quale si manifesta un sentimento narcisistico di onnipotenza. Secondo Weiss (1994) uno dei motivi per il quale tali pazienti non chiedono facilmente aiuto terapeutico è proprio legato all'angoscia di perdere la funzione analgesica dell'onnipotenza.

Obiettivo del lavoro terapeutico dovrà perciò soprattutto essere il riconoscimento e la presa di coscienza delle proprie modalità comportamentali (specchio delle possibilità interne di essere al mondo) e sulla pratica di un'esperienza correttiva prolungata all'interno del gruppo, tale da garantire la possibilità di poter esplorare e mettere in atto modalità più adattive e sanamente protettive. Noi riteniamo che questo lavoro di ricostruzione interna possa essere percorso con un certo successo solamente a condizione di lavorare costantemente sul mantenimento di una sufficiente motivazione alla cura da parte del paziente e di una completa “astinenza” dal gioco. Solamente l' “astinenza totale”, infatti, riteniamo possa garantire nel contempo:

- Una sufficiente drammatizzazione della propria condizione esistenziale, che contrasti la sempre incombente tendenza alla minimizzazione dei problemi
- La desensibilizzazione dei circuiti neuropsicologici correlati alla dipendenza e in particolare al *craving*
- La coscientizzazione delle difficoltà nel contenimento degli impulsi, che diventano in tal modo materiale di lavoro nel gruppo
- L'oggettivizzazione del nemico da combattere e la semplificazione dell'obiettivo da perseguire
- Il confronto con la rigidità della regola

Al fine di consentire e di sorvegliare il mantenimento dell'astinenza da gioco, i membri del gruppo contrattano con il terapeuta e i familiari o tutor, un insieme di regole relative alle modalità di gestione economica e di uso del denaro, al piano di rientro dai debiti (se esistenti) e alla pianificazione del proprio tempo libero. L'osservanza di tale contratto terapeutico e il mantenimento dell'astinenza sono condizioni necessarie per l'inizio e la prosecuzione della terapia di gruppo.

3.3 I principali “momenti terapeutici” della terapia di gruppo per giocatori patologici

La terapia di gruppo per giocatori patologici prevede diversi “momenti” durante i quali il potere terapeutico si sprigiona con maggiore intensità. Essi possono essere così schematizzati:

- Iniziale accoglienza in gruppo
- Richiamo e adesione dell'osservanza delle regole di gruppo
- Confrontazioni
- Relazioni extragruppali

3.3.1. Iniziale accoglienza in gruppo

- Il gruppo accoglie un nuovo ospite: Le persone che appartengono al gruppo imparano a confrontarsi e ad aprirsi ai nuovi ospiti, offrendo loro uno spazio/tempo di ascolto e di incoraggiamento. I nuovi ingressi sono, di converso, occasione di memoria delle proprie esperienze e rievocano i drammi del proprio passato, rinsaldando la motivazione al cambiamento e la presa di coscienza dei propri passi avanti in terapia.

- Il nuovo ospite è accolto dal gruppo: L'accoglienza calorosa e accettante da parte del gruppo favorisce la sensazione di non trovarsi in un ambiente ostile o giudicante, bensì di pari e di conseguenza l'apertura relazionale; si offre, così, al nuovo ospite l'occasione, spesso vissuta come liberatoria, di potersi togliere la maschera, raccontando, magari per la prima volta in maniera franca, la propria storia e il proprio dramma. A loro volta altri membri del gruppo raccontano a turno la propria esperienza, le difficoltà incontrate all'inizio della terapia e i loro risultati, stimolando in tal modo un senso di comprensione e speranza al nuovo arrivato.

3.3.2 Richiamo e adesione alle regole del gruppo

L'enfaticizzazione circa la necessità di rispettare le regole del gruppo viene subito mantenuta dal terapeuta e dal gruppo stesso, in particolare rispetto alla precisione nella puntualità, nella costanza della presenza, nel parlare attendendo il proprio turno, nella puntualità dei pagamenti a fine mese, nell'onestà e nell'impegno a portare con sincerità i propri problemi in gruppo e nel mantenimento della *privacy*.

La concretezza delle regole di base consente:

- Una rapida confrontazione con la propria tendenza impulsiva, che spesso si manifesta nella difficoltà nel parlare senza sovrapporsi agli altri, nel voler controbattere bruscamente nei tempi e nei toni, nella gestualità non verbale. In tal modo si favorisce da subito nel qui ed ora del gruppo, l'occasione di coscientizzare e imparare a controllare le proprie tendenze all'agito; i risultati raggiunti vengono in seguito fatti notare e rinforzati con l'esplicita e implicita approvazione da parte del gruppo stesso
- La costruzione di un contenitore solido e sicuro. Il sistema normativo del gruppo favorisce infatti la sensazione di trovarsi in un luogo sicuro, capace di comprendere e tollerare la propria difficoltà nel controllo degli impulsi, ma anche di garantire degli stop alla propria tendenza evacuativa. L'invito a fermarsi e a riflettere prima di esporre le proprie

considerazioni consente di elaborare e far sedimentare le emozioni, al fine di poter utilizzare queste ultime e non di esserne vittima.

- La costruzione di una cultura di gruppo. Il gruppo terapeutico è una realtà sociale in grado di tesaurizzare le esperienze in un proprio sistema culturale in grado di determinare una esistenza autonoma metastorica al gruppo e un senso storico e di continuità del proprio essere in gruppo. La cultura del gruppo, che molto dipenderà dalle caratteristiche di personalità del terapeuta, tenderà ad essere internalizzata dal paziente come sistema non scritto di modalità di convivenza e di relazione con gli altri e con se stesso.

3.3.3 Confrontazioni

Con il termine confronto intendiamo quel particolare momento espressivo intragruppale in cui un membro del gruppo o il terapeuta fornisce a un altro paziente una restituzione di ciò che il suo modo di agire o di intervenire in gruppo, piuttosto che gli argomenti o l'atteggiamento non verbale espresso ha in lui evocato. La confrontazione è sempre esposta in termini ipotetici e autoriflessivi (*“Ho l'impressione che...Il tuo racconto mi ha suscitato paura perché... Ti vedo in pericolo perché quando io agivo così...”*), al fine di garantire la permeabilità della stessa e di non stimolare, invece, un senso persecutorio o giudicante che avrebbe come unico risultato l'innalzamento di barriere difensive impenetrabili.

L'allenamento nella pratica e nell'accettazione delle confrontazioni è uno dei momenti più altamente terapeutici, in quanto favorisce:

- La capacità di interessarsi all'altro. Nel gruppo la costruzione di un sistema relazionale e la condivisione delle esperienze emotive, favoriscono l'intimizzazione della relazione, il senso di vicinanza e di aiuto reciproco, stimolando nel tempo la rottura della corazza egoprotettiva ed egocentrata e la costruzione di ponti relazionali e affettivi disinteressati con l'Altro.
- La capacità di rispecchiamento. I membri del gruppo imparano a vedere se stessi e il proprio modo di agire riflessi nei racconti e nelle modalità comportamentali degli altri soggetti appartenenti al gruppo. Inoltre si impara a restituire ai compagni le sensazioni provate verso di essi o verso un loro intervento. In tal modo il paziente si confronta con gli altri, utilizzandoli come specchi di sé e imparando a prendere coscienza del proprio modo di agire e di sentire e a riconoscere le proprie emozioni negate.
- La capacità di avvertire il pericolo. Nel gruppo ci si allena a riconoscere la pericolosità di alcuni comportamenti, anche apparentemente non rischiosi. Il paziente che racconta il proprio modo di agire viene messo in guardia circa la pericolosità intrinseca o sottostante al proprio agire (o non-agire), consentendo l'affinamento dei sistemi d'allarme personali.

- La capacità di gestire e affrontare i problemi. Nel gruppo si impara a raccontare e a chiedere aiuto circa problemi affettivi o pratici, dai quali si è coinvolti. Il gruppo fornisce una risposta polifonica, che consente al paziente di aprire nuovi spazi di riflessione e di apprezzare l'esistenza di differenti vie per affrontare lo stesso problema. Inoltre l'impegno di portare i problemi in gruppo il più possibile prima di agire, favorisce una diminuzione del comportamento impulsivo.
- Il "togliersi la maschera". Il paziente viene invitato e incitato a dire la verità circa la sua storia e i suoi sentimenti. Puntualmente viene confrontato quando si ha la sensazione di una copertura, di una parte mancante o di una palese alterazione della realtà.

3.3.4 Relazioni extragruppali

Le regole dei nostri gruppi, che hanno tra gli obiettivi quello di essere anche di auto-aiuto, consentono e talora favoriscono l'instaurarsi di relazioni extragruppali, che, se ben utilizzate, possono essere altamente terapeutiche.

Ciascun membro del gruppo, ad esempio, ha accesso ai numeri di telefono dei compagni, i quali possono così essere contattati in caso di difficoltà acute e fornire aiuto attraverso rassicurazioni, sproni e consigli. I membri del gruppo spesso si incontrano alcuni minuti prima dell'inizio dello stesso e si trattengono per un po' anche successivamente, sia per scambiarsi riflessioni circa i temi trattati, che per stimolare i compagni in difficoltà e scambiare più informali quattro chiacchiere, che hanno tuttavia lo scopo di rinforzare il sentimento di appartenenza gruppal e di conoscenza reciproca.

Se le relazioni extragruppali possono in tal modo avere un'elevata potenzialità terapeutica è pur vero che possono rappresentare una gravissima minaccia per il funzionamento e la stabilità del gruppo laddove siano mal utilizzate. La costruzione, ad esempio, di sottogruppi o di relazioni affettive fra due membri del gruppo sono un pericolo da monitorare costantemente e da stigmatizzare non appena se ne abbia il sentore, sensibilizzando il gruppo ad agire in questo senso a fini autoprotettivi. La presenza di relazioni speciali, tanto più se non alla luce del sole, fra due o più membri del gruppo infatti avrà inevitabilmente un effetto distruttivo per il gruppo stesso, poiché metterà in moto invidie, lotte per il potere, coalizioni, omertà reciproche e complicità negative.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Fourth Edition (DSM-IV). Washington D.C. A.P.A.; trad. it. *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1995
- Black D.W., Moyer T. (1998) Clinical features and psychiatry comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatr. Serv.*, 49 (11): 1434-9
- Cancrini L. (1996) *Una tossicomania senza farmaci*, prefazione a, F. Dostoevskij *Il giocatore* Ed. UP, Roma
- Cornish D.B. (1978) Gambling: a review of the literature and its implications for policy and

research. HMSO, London

- Croce M. (2001) Vizio, malattia, business? Storia dei paradigmi sul gioco d'azzardo. In M. Croce e R. Zerbetto (a cura di) *Il Gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano 2001
- Eurispes (2000) *Giochi, scommesse e lotterie: italiani d'azzardo*, Luglio 2000
- Fenichel O. (1945) *The psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York; trad. it *Trattato di Psicoanalisi, delle nevrosi e delle psicosi*. Astrolabio. Roma 1951
- Freud S. (1928) *Dostoevskij e il Parricidio*, Opere, vol. X, Bollati Boringhieri. Torino 1978
- Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A. (1999) *Textbook of Psychiatry*. The American Psychiatric Press, Inc; trad. it *Psichiatria*. Centro Scientifico Editore. Torino 2002
- Ladouceur R., Walker M. (1996) A cognitive perspective on gambling, in P.M. Salkovskis *Trends in cognitive therapy*, pp. 89-120, Wiley. Oxford
- Lavanco G., Varveri L., Lo Re T. (2001) Un inquadramento generale. Minima metodologica. In G. Lavanco *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. McGraw-Hill, Milano
- Oliva S. (2003) Psicopatologia del gioco d'azzardo. *Psichiatria Oggi*. Anno XVI, nr.2
- Rosenthal R.J. (1984) The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review of the Literature; in T. Galsky *The Handbook of Pathological Gambling*. Charles Thomas. Springfield, Illinois
- Vaillant G.E. (1980) Natural History of Male Psychological Health: Antecedents of alcoholism and "Orality". *American Journal of Psychiatry*. 137: 181-186
- Volberg R.A. (1994) The prevalence and demographics of pathological gamblers: implication for public health. *Am. J. Public Health* 84 (2): 237-241
- Volberg R.A. (1996) Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*. 12(2): 111-128
- Von Hattingberg H. (1914) Analerotik, Angstlust und Eigensinn. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. 2 pp. 244-258
- Yalom I.D. (1970) Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Tr. It. Boringhieri, Torino 1977
- Weiss R.H. (1994) Countertransference Issues in Treating the Alcoholic Patient: Institutional and Clinician Reaction. In J.D. Lewin e R.H. Weiss *The dynamics and Treatment of Alcoholism: Essential Papers*. Jason Aronson. New Jersey
- Zuckerman M. (1971) Dimension of sensation-seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36: 45-52