



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI PSICOLOGIA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA,  
PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA – FISPPA

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

## **Dinamiche di gruppo e trasformazione**

*Analisi tematica dei processi e dei fattori terapeutici implicati  
nella psicoterapia di gruppo con l'utilizzo di oggetti mediatori  
nel trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo*

## **Group Dynamics and Transformation**

*A thematic analysis of processes and group therapeutic factors involved in  
group psychotherapy using mediator objects in gambling addiction treatment*

*Relatrice:  
Prof.ssa Cristina Marogna (FISSPA)*

*Laureanda: Lara Castelvvedere  
Matricola: 2080555*

*Correlatrice:  
Dott.ssa Elisa Paluan*

*Anno Accademico 2023/2024*

*Le persone si usano l'un l'altra  
come una guarigione per il dolore. Si mettono l'un l'altra  
sulle loro ferite esistenziali,  
sull'occhio, sulla bocca e sulla mano aperta.  
Si stringono forte l'un l'altra e non si lasciano andare.*

*(Yehuda Amichai, Love Poems)*

## INDICE

<b>INTRODUZIONE: Parole di gruppo, gruppi di parole.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1: FUNZIONI DEL GRUPPO AD ORIENTAMENTO PSICOANALITICO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Una definizione di gruppo .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Scopi e fattori terapeutici di gruppo: la funzione di contenimento.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Storia e sviluppo della terapia di gruppo ad orientamento psicoanalitico ....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 Vantaggi e sfide della terapia di gruppo .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPITOLO 2: GLI OGGETTI DI MEDIAZIONE .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Definizione .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Ruolo degli oggetti di mediazione.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Teorie di riferimento .....</b>	<b>34</b>
<b>CAPITOLO 3: IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Definizione e inquadramento .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Dipendenza da gioco e piattaforme digitali .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Comorbidità e implicazioni cliniche.....</b>	<b>43</b>
<b>3.4 Teorie eziologiche di riferimento.....</b>	<b>46</b>
<b>3.5 Implicazioni terapeutiche.....</b>	<b>49</b>
<b>3.6 Opzioni terapeutiche e gruppi per il gioco d'azzardo .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPITOLO 4: VALUTAZIONE DI PROCESSO-ESITO DELLE PSICOTERAPIE     TRAMITE ANALISI TEMATICA .....</b>	<b>57</b>
<b>4.1 Presupposti teorici e uso della ricerca qualitativa .....</b>	<b>57</b>
<b>4.2 Approcci qualitativi alla psicoterapia con giocatori problematici .....</b>	<b>60</b>
<b>4.3 Metodologie di ricerca più adatte         allo studio dei trascritti delle psicoterapie di gruppo .....</b>	<b>63</b>
<b>4.4 Considerazioni etiche: vantaggi e svantaggi dell'uso del metodo.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPITOLO 5: LO STUDIO.....</b>	<b>71</b>
<b>5.1 Obiettivi .....</b>	<b>71</b>
<b>5.2 Ipotesi.....</b>	<b>73</b>
<b>5.3 I partecipanti e l'intervento .....</b>	<b>74</b>
<b>5.4 La procedura .....</b>	<b>75</b>
<b>5.5 Risultati.....</b>	<b>76</b>
<b>5.6 Discussione e conclusioni.....</b>	<b>86</b>

## INTRODUZIONE

### Parole di gruppo, gruppi di parole

Nel celebre trattato sulla costruzione sociale della realtà, Berger e Luckmann (1969) suggeriscono come l'*homo sapiens* non possa essere altro che *homo socius*: in altre parole, si osserva l'intrinseca predisposizione dell'essere umano a vivere in società e a co-costruire dialetticamente la realtà con i propri simili. Il carattere fondativo della socialità umana è riconosciuto anche nel campo della psicoanalisi e delle scienze sociali contemporanee. Autori come Vanni, Ferro, Civitarese, i Baranger, Neri e altri (Silvestri & Ferruzza, 2012) hanno contribuito a delineare la fenomenologia della terapia di gruppo, evidenziando come essa possa sfruttare efficacemente la tendenza umana all'unione e alla riunione. La ricchezza lessicale della lingua italiana riflette la variabilità di tale modalità sociale, offrendo una varietà di termini e interi gruppi di parole per fare riferimento al concetto stesso di gruppo: insieme, cerchia, compagnia, famiglia, e così via.

Anche la matrice teorica della psicologia delle relazioni oggettuali, nonché le teorie sullo sviluppo del sé sociale di Mead (1934), suggeriscono che il senso dell'identità di ciascun individuo sia continuamente co-costruito dalle relazioni significative, sia reali che fantasmatiche, intrattenute nel corso della propria vita. Sin dalla nascita, gli esseri umani sono immersi in contesti di gruppo, indipendentemente dalla loro storia personale. Anche la figura dell'eremita, spesso considerata emblema della solitudine, dimostra paradossalmente il carattere intrinsecamente sociale della natura umana. Perfino questi, pur conducendo uno stile di vita avulso da ciò che la comunità ritiene "normale", si definisce in contrasto con la società dalla quale si separa, sottolineando così l'importanza del contesto sociale per individualizzarsi. Queste riflessioni aprono una serie di domande sulla natura dell'esistenza umana e sulle implicazioni etiche correlate, che al momento esulano dagli obiettivi di questa trattazione. Ciò che emerge è la dimensione intrinsecamente gruppale dell'individuo, che co-costruisce con i propri simili la realtà quotidiana (Berger e Luckmann, 1969). Aristotele affermava che l'uomo è un animale sociale, ma le contemporanee riflessioni psicoanalitiche e socio-antropologiche suggeriscono una reinterpretazione, che potrebbe essere così esplicitata: l'uomo, per non essere (solo) animale, deve essere sociale.

Queste considerazioni giustificano la nascita, seppur tardiva, di un approccio psicoterapeutico che utilizza il gruppo come metodo e strumento di lavoro. Inoltre, come

verrà esplicitato in questa trattazione, all'interno della particolare configurazione della terapia di gruppo, ogni membro è prima di tutto un osservatore inserito in un campo gruppale, prima ancora di essere paziente o terapeuta. Foulkes, uno dei fondatori della gruppoanalisi, definisce tale metodo come una "forma di psicoterapia praticata dal gruppo nei confronti del gruppo" (1990, p. 18).

Se la socialità appartiene alla "matrice interattiva" dell'essere umano (Foulkes, 2018), lo stesso si può dire sulla capacità umana di utilizzare il linguaggio come insieme di segni e simboli, significati e significanti, per comunicare l'intenzionalità di ogni individuo. Berger e Luckmann (1969) sottolineano come l'apparato linguistico consenta una certa distanza fisica e temporale dall'interazione che avviene nell'incontro diretto: ad esempio, la parola scritta può conservarsi per anni, secoli, o millenni dopo essere stata impressa nel mezzo di trasmissione al quale è stata affidata, sia esso un papiro o un file di Word. Questa proprietà di significazione "a distanza" del linguaggio è fondamentale per la legittimazione di discipline come l'archeologia o l'antropologia. Tale premessa ha permesso ad alcuni autori, come Wittgenstein e Bruner (Fasola & Inghilleri, 2011), di riflettere sulla capacità umana di formulare pensieri e, conseguentemente, di costruire la realtà attraverso le parole, la struttura dei discorsi e la finalità delle conversazioni.

Le osservazioni sul *medium* linguistico mettono in evidenza la possibilità intrinsecamente umana di creare narrazioni. Le teorie sull'identità individuale possono essere considerate come biografie co-costruite a partire da autopercezioni ed etero-attribuzioni (Bruner, 1960; Mead, 1934). A differenza di quanto avviene in molte altre professioni e aree di conoscenza, la psicoterapia utilizza la parola come strumento d'elezione per la sua "inter-azione". Infatti, mentre il muratore utilizza i mattoni per costruire, l'economista applica i algoritmi per predire l'andamento del mercato, e il filosofo si avvale del pensiero per produrre teorie, lo psicoterapeuta utilizza la parola per attivare un processo di trasformazione. Tuttavia, ciò pone una sfida significativa per il terapeuta, che utilizzando la propria soggettività e il proprio vocabolario come strumenti di lavoro, deve evitare di sovrascrivere la narrazione del paziente con la propria. A tal proposito, McWilliams (2012) ricorda che, anche chi dichiara di operare senza etichette valutative, non può prescindere dalle teorie e ipotesi diagnostiche implicite ed automatiche che formula sul paziente.

Per lo psicoterapeuta è dunque fondamentale dedicare uno spazio di pensiero alle parole che vengono prodotte e indotte nel setting, e ciò diventa ancor più importante nel

contesto di gruppo. In riferimento a ciò, Vanni (1988) propone un interessante parallelismo. Nella terapia duale, alle libere associazioni del paziente si associa da parte del terapeuta un ascolto caratterizzato dall'attenzione liberamente fluttuante, che consente di cogliere e fissare gli elementi significativi del colloquio. Nella terapia di gruppo, invece, tale processo si rende più complesso, in quanto le associazioni dei singoli pazienti sono influenzate non solo dall'inconscio dei singoli, ma anche dal contesto gruppale e dai contributi degli altri partecipanti. Di conseguenza, se l'obiettivo primario della terapia personale, secondo alcune teorie psicodinamiche (McWilliams, 2012), è quello di permettere ipotesi sull'inconscio del singolo, l'oggetto di interesse nella terapia di gruppo, si complessifica. Secondo il paradigma epistemologico adottato dalla psicoanalisi, l'inconscio individuale non è operazionalizzabile né indagabile come un ente fattuale (McWilliams, 2012). In gruppo, tuttavia, questo assume una fenomenologia peculiare, in quanto i contributi di ciascun membro vengono direzionati da un "progetto comune inconscio di gruppo" (Silvestri & Ferruzza, 2012). È proprio questo elemento che il terapeuta deve cercare di indagare tramite ipotesi e al quale deve tentare di risalire.

La comprensione dell'importanza delle parole ha messo in evidenza la rilevanza dei temi attivamente prodotti dal gruppo durante l'interazione, soprattutto attraverso gli scambi verbali (Vanni, 1988) e favorito lo sviluppo di metodologie di analisi testuale qualitativa, come l'analisi tematica (Boyatzis, 1998; Roulston, 2001; Byrne, 2022; Brownlow, L., & Li, 2023). Nel presente lavoro, la metodologia dell'analisi testuale, nella forma di analisi tematica (Braun & Clarke, 2006) verrà applicata alle trascrizioni *verbatim* di un ciclo psicoterapeutico di dieci sedute condotto con un gruppo di pazienti con dipendenza da gioco, già presi in carico individualmente presso un SerD del Veneto. Questa trattazione verterà in particolare sull'analisi degli interventi clinici in cui viene messa in atto un'azione terapeutica identificabile come "funzione di contenimento", nonché sull'indagine di come questi interventi influenzino i partecipanti e vengano da essi introiettati, sino alla produzione di interventi di "co-conduzione".

In conclusione, questo lavoro si propone di esaminare l'uso delle parole e la ricorrenza di pattern di temi all'interno della psicoterapia di gruppo. Inoltre, si prospetta di indagare il potenziale di efficacia derivante dall'uso di oggetti di mediazione. Attraverso l'analisi tematica dei trascritti di dieci sedute di psicoterapia di gruppo per il trattamento della dipendenza da gioco, si cercherà dunque di esplorare come e quanto le parole e i temi emergenti influenzino il processo terapeutico.

## CAPITOLO 1

### FUNZIONI DEL GRUPPO AD ORIENTAMENTO PSICOANALITICO

#### 1.1 Una definizione di gruppo

Per quanto riguarda la definizione di cosa sia un gruppo e la conseguente riflessione su di esso come oggetto e strumento terapeutico, Renzo Carli (1988) ha esplorato la fenomenologia del gruppo e la natura delle dinamiche che in esso si realizzano, criticando il paradigma teorico precedentemente diffuso in letteratura. Carli (1988) riconduce le proposte principali in ambito di terapia di gruppo a un “paradigma del gruppo autoreferente”, trasversale a diverse prospettive teoriche: “dal lewiniano al rogersiano, dall’analisi transazionale alla psicoanalisi di-con-atravverso il gruppo” (p.18). Carli (1988) sostiene che tale modalità di concettualizzare il gruppo preveda due assunti fondamentali. Il primo afferma che il gruppo sia caratterizzato da invarianti fenomenologiche, consistenti in strutture e processi di relazione che sarebbero le condizioni sufficienti per “consentire di definire *di gruppo* (o *gruppale*) una situazione di rapporto sociale indipendentemente dal contesto” (Carli, 1988, p.18); ciò porterebbe alla tendenza, in psicologia clinica, a tradurre le situazioni di gruppo in modo “isomorfo” rispetto ai differenti "gruppi reali" nei quali i terapeuti agiscono. Il secondo assunto prevede che le tecniche di gruppo coincidano e si conformino alla modalità di conduzione del gruppo; alla luce di ciò, data una situazione gruppale, la tecnica consisterebbe nell’interpretazione dei fenomeni di gruppo, considerati fattualmente esistenti, e prevederebbe dunque di “intervenire nella relazione in modo congruente con qualche teoria” (Carli, 1988, p.18). Le pratiche di gruppo, pur facendo riferimento a diversi approcci, tendono a riprodursi in modo invariante rispetto ai contesti e ad affidarsi a un modello teorico rigido, piuttosto che adattare un metodo per pensare al gruppo ad ogni peculiare situazione (Silvestri & Ferruzza, 2012). I due assunti sono complementari e coerenti tra loro, proponendo una concezione del gruppo sia come oggetto di conoscenza dato, sia come strumento di intervento. Carli (1988) sottolinea come il primo assunto abbia una funzione rassicurante rispetto alla categorizzazione dei dati di realtà, mentre il secondo, decontestualizzando la prassi, legittimi la varietà dei modelli teorici e tecnici. Nella pratica clinica, questo porta all’assunzione di modalità relazionali che i terapeuti perseguono come “modelli-obiettivi delle pratiche di gruppo”.

Carli (1988), riflettendo su cosa sia il gruppo in psicologia clinica, afferma che gli

“strumenti-oggetti della nostra esperienza” (p.19) siano in genere pensabili indipendentemente dal proprio utilizzo, in quanto possiedono delle caratteristiche stabili e invarianti e conservano inalterata la propria organizzazione in modo trasversale ai contesti d’uso. Questi “strumenti-oggetto” esistono: “sono lì, da qualche parte, oggetti della nostra percezione o della nostra rappresentazione” (p.19). Il gruppo, invece, appartiene a una categoria di strumenti che si potrebbero definire “strumenti-relazione” e che non possono essere pensati come esistenti indipendentemente dal loro uso (Carli, 1988). Quando si pensa a un gruppo, si pensa sempre a quello che si fa in un dato contesto, e le caratteristiche del gruppo, così come la sua struttura relazionale, variano in funzione del suo operare. Nel caso del gruppo, secondo Carli (1988) non si ha dunque a che fare con uno strumento definito da caratteristiche invarianti, e quindi esistente indipendentemente dall’uso. Al contrario, nell’ambito del paradigma dell’autoreferenza, l’assunto dell’invarianza fenomenologica presuppone che, all’interno dei gruppi, siano individuabili delle regolarità concernenti le modalità di relazione, concettualizzate come manifestazioni di una entità-gruppo supposta esistente. In quest’ottica, ciò che viene definito come gruppo funge da *explicans* nell’interpretazione dei fenomeni. Carli (1988) esemplifica questo concetto con l’assunzione: “Si verifica tale o talaltro fenomeno *perché* c’è il gruppo” (p.19). Diversamente, Carli (1988) e colleghi (Vanni, 1988; Silvestri & Ferruzza, 2012) suggeriscono che i gruppi non siano enti esistenti in sé, ma “modalità di funzionamento della relazione sociale” (p.19) e propongono dunque che ciò che si configura come gruppo agisca da *explicandum*, ovvero come “fenomeno originato dai modi in cui viene sperimentata, pensata e strutturata la relazione sociale”. Entrando nel dettaglio, Carli (1988) paragona il gruppo all’istituzione universitaria, che non si configura esclusivamente come un istituto fisicamente collocato in un certo luogo e visitabile nella sua totalità, ma si riferisce alla peculiare modalità di organizzazione di ciò che un ipotetico visitatore potrebbe osservare. Se, ad esempio, un curioso turista si illudesse di visitare l’Università di Padova fermandosi a far visita a una o più sedi fisiche dell’Ateneo, incorrerebbe in un errore categoriale. Un analogo equivoco, a giudizio dell’autore (Carli, 1988), si incorre quando si tenta di trasformare i gruppi da modalità in esistenti; per questi, il gruppo è quindi operazionalizzato come una modalità attraverso cui i membri che vi partecipano strutturano le loro relazioni sociali. Per capire di quale specifica modalità si parli, gli autori (Carli, 1988; Vanni, 1988; Silvestri & Ferruzza, 2012) sostengono che sia necessario riferirsi a una teoria della relazione sociale; infatti,



quest'ultima si strutturerebbe tramite modelli di conoscenza e azione organizzativi, ma soprattutto istituzionali, in grado di articolare ruoli e funzioni all'interno di una società e di regolarne la strutturazione dei rapporti attraverso un discrimine categoriale che segue il criterio del vero-falso (Carli, 1988). In questa proposta risuona la prospettiva sociologica di Berger e Luckmann (1969), secondo i quali, tramite l'istituzionalizzazione dei comportamenti abituali di una comunità, e quindi di un gruppo, è possibile dare una parvenza di ordine sociale che permette di conferire un senso alla vita e, conseguentemente, di mitigare il terrore annichilente della morte. Anche autori che si sono dedicati all'analisi istituzionale, come La Passade (1974) e Chevallier (2022) sostengono che la dimensione istituita dei gruppi permetta infatti un contenimento di angosce psicotiche e depressive.

Anche riguardo ai gruppi clinici, inoltre, le istituzioni consentono di regolare la gestione delle dinamiche motivazionali e conflittuali e contribuiscono a rendere "più pensabile" la vita di gruppo, "utilizzando simbolizzazioni affettive e declinandosi secondo la logica del pensiero inconscio" (Carli, 1988, p.20). Il tentativo di individuare le modalità di qualsivoglia relazione sociale e gruppale non può pertanto prescindere dall'identificazione dei modelli organizzativi e istituzionali che la fondano. Detto ciò, per far fronte alle difficoltà nella definizione di "gruppo terapeutico", Carli (1988) sottolinea che, rispetto alla prassi clinica, il tentativo di individuare l'oggetto di intervento rimanda al suo processo istituyente, nel quale sono racchiusi elementi come l'analisi della domanda, gli obiettivi e i metodi del lavoro. Al contrario, nel sopra citato "paradigma del gruppo autoreferente", il processo istituyente del gruppo non assume rilevanza ai fini terapeutici inerenti alle dinamiche interattive tra i membri. In altre parole, è il gruppo, in quanto ente caratterizzato da invarianti fenomenologiche esistenti, che origina una situazione in grado di produrre la fenomenologia dell'interazione in essere. Come esempio, Carli (1988) riporta il concetto di "illusione gruppale", già teorizzato da Anzieu (1976, p.207). Secondo il paradigma autoreferente, questo fenomeno di coesione di gruppo verrebbe spiegato come conseguenza dei vissuti dei membri nei confronti di una situazione, "qualunque essa sia" (Carli, 1988, p.21). Nello specifico, il gruppo viene qui identificato da Anzieu (1976) come origine di una sorgente di angoscia e, al tempo stesso, come promotore della realizzazione immaginaria di un desiderio. Di conseguenza, secondo l'autore (Anzieu, 1976), angosciati dalle discrepanze emerse nel contesto di gruppo, i membri attiverrebbero una difesa del tipo "fusione rinarcisizzante". In questo caso il

fenomeno relazionale si riconduce agli aspetti invariati del gruppo, impedendo al clinico di comprendere il senso che assume la manifestazione della dinamica relazionale nella specifica situazione di gruppo. Cambiando paradigma epistemologico, è invece possibile riferirsi al processo istituito del gruppo stesso per comprendere la fenomenologia dell'illusione gruppale, che può quindi acquisire differenti significati, come ad esempio l'induzione di un clinico fiducioso di stabilire relazioni positive tra i membri, la manifestazione di una manovra seduttiva dei partecipanti nei confronti del terapeuta, o il tentativo di sviluppare maggiore intimità tra i giocatori di una squadra di basket.

A fronte di quanto detto, per delineare una definizione operativa applicabile al gruppo clinico di nostro interesse per il presente lavoro, si riporta l'efficace definizione di Silvestri e Ferruzza (2012). Questi descrivono il gruppo come qualsiasi situazione sociale in cui "quattro o più individui siano compresenti nello stesso luogo e in condizione di comunicare fra loro senza mediazioni, attraverso tutti i [...] canali comunicativi disponibili [...]" (p.5). Recentemente questa stessa definizione è stata tuttavia discussa alla luce dell'avvento della modalità online (Ambrosiano & Locati, 2023), con la quale si sono condotte anche le sedute prese in esame nel presente lavoro. Seppur in questo contesto non siano disponibili tutti i canali comunicativi, la definizione di gruppo proposta può essere ugualmente applicata, con alcune accortezze (Ambrosiano & Locati, 2023): le terapie di gruppo online sembrano ugualmente efficaci, ma ciò che varia pare sia la velocità con cui si instaura un'alleanza terapeutica e una coesione di gruppo solida (Ambrosiano & Locati, 2023). Tuttavia, in termini qualitativi, la possibilità di instaurare e sviluppare una coesione di gruppo e un'alleanza terapeutica sembra pressoché invariata nella modalità online (Ambrosiano 2021).

## **1.2 Scopi e fattori terapeutici di gruppo: la funzione contenimento.**

Una delle conquiste più significative dell'avvento della psicoanalisi è stata quella di potersi occupare del dolore psichico grazie ad un metodo basato sulla relazione tra due persone, quella tra paziente e terapeuta (Mangini, 2001). Contestualmente a ciò, scopo della psicoterapia non è più, quindi, l'estinzione del sintomo, quanto la mobilitazione di difese più flessibili, al posto delle precedenti eccessivamente rigide e disfunzionali (Mangini, 2001). La gruppoanalisi, successivamente a tale modifica di paradigma, pone al centro il punto di vista relazionale, non considerando più la sofferenza mentale come *enskulled*, racchiusa nel teschio dei singoli individui, bensì un fenomeno multipersonale

e transpersonale, pur conservando la sua dimensione intrapsichica (Foulkes, 2018). In questa prospettiva inedita, il gruppo opera come un contenitore permettendo all'intersoggettività di essere uno dei principali fattori terapeutici nella terapia (Bion, 1961; Kaës, 2012). Essendo la mente un fenomeno transpersonale, l'individuazione e l'organizzazione del Sé non trovano collocazione in una teorizzazione solipsista che non preveda di considerare la co-costruzione, ad opera degli individui in relazione, dello spazio intersoggettivo (Foulkes, 2018). Quale sia l'elemento che permette alle psicoterapie di gruppo online e in presenza di essere, appunto, terapeutiche, non è una domanda che prevede una risposta univoca (Ambrosi & Locati, 2023). Tuttavia, negli ultimi decenni la letteratura sui fattori terapeutici della terapia di gruppo si è arricchita, cercando di ampliare le osservazioni proposte dai primi gruppoanalisti riguardo agli elementi favorevoli ad un processo di cura soddisfacente e lasciando aperte nuove ed interessanti domande (Silvestri & Ferruzza, 2012).

Bion (1961; 1962; 1965) è uno degli autori a cui si può maggiormente riferirsi per tendere un collegamento tra il gruppo come strumento e oggetto terapeutico e la funzione terapeutica che agisce all'interno e su di esso. Il corposo lavoro dell'autore sul concetto di *rêverie*, così come su quello di contenimento che da esso deriva (Bion, 1965), contiene numerose osservazioni sull'azione del leader del gruppo. Infatti, le angosce individuate da Bion (1961) come precursori di concetti quali l'evoluzione in O e gli elementi  $\beta$ , sono state definite in principio come "fenomeni protomentali" che operano in funzione delle resistenze di gruppo. Sempre secondo Bion (1992), il fattore terapeutico principale di gruppo è identificabile nel leader di gruppo, "calamita delle proiezioni di aspettative onnipotenti" (Grotstein, 2010, p.211) da parte degli altri membri. Nella situazione terapeutica ai membri del gruppo è quindi concesso compiere un riassorbimento e un reimpossessamento delle proprie proiezioni. Ciò sarà tuttavia possibile solo se il leader, ovvero il terapeuta, sarà in grado di esperire, intuire ed interpretare le angosce del sottogruppo che, in un dato momento, agisce sotto la configurazione di un assunto di base (Bion, 1961). In altre parole, uno degli obiettivi del terapeuta è quello di individuare la configurazione difensiva che i membri del gruppo attuano di concerto, come in una coreografia collettiva, per sopperire a una specifica condizione gruppale minacciosa (Grotstein, 2010).

In ambito psicoanalitico, diversi autori (Silvestri & Ferruzza, 2012; Ferro, 2002; Neri, 2007) individuano come auspicabile obiettivo terapeutico la possibilità del terapeuta

di svolgere una funzione di contenimento per il gruppo. Il concetto di contenimento è principalmente derivato da Wilfred Bion (1988), che è anche uno degli autori fondatori della moderna gruppoanalisi. Ferro (2002) analizza le teorizzazioni di Bion sui costrutti di “contenitore” e “contenuto”. Questi due termini complementari indicano la capacità di un apparato mentale, o contenitore, di ospitare, metabolizzare e organizzare fatti psichici indigeriti di natura percettivo-sensoriale, definiti “elementi  $\beta$ ” (Bion, 1962; Ferro, 2002). Questi elementi sono assimilabili a ciò che Racalbutto (1997) indica come i fatti conosciuti non pensati. La funzione di elaborazione è invece in grado di produrre “elementi  $\alpha$ ”, ovvero fatti psichici rappresentabili, prima in forma eidetica e successivamente, con l’accrescimento del livello di organizzazione, verbale. Secondo Bion (1992), grazie a questa modalità il *caregiver* primario può dare significato alle esperienze di un neonato, poiché questo subisce il mondo come una somma di eventi sovra-eccitanti, informi o, per usare un termine freudiano, polimorfi. In presenza di contenimento, il destinatario delle cure primarie potrà introiettare un efficiente apparato per pensare i pensieri, affrancandosi da una condizione di caos e angoscia di annichilimento e/o frammentazione (Ferro, 2002). Quando, al contrario, il contenimento viene a mancare, possono configurarsi dei deficit inerenti alla capienza e/o all’efficienza del contenitore o la natura del contenuto, che possono costituire i presupposti per una deriva psicopatologica. Nel primo caso, la condizione di sofferenza psichica è ascrivibile a una “severa carenza di funzione  $\alpha$ ” o a un non adeguato sviluppo della capacità di trasformare condizioni di non senso, come la posizione schizoparanoide e la capacità negativa, in elementi psichici e stati mentali organizzati e discernibili, come la posizione depressiva e il fatto prescelto (Ferro, 2002; 2005). Nel caso di una “difettualità originaria” dell’elaborazione dei fatti mentali, l’esperienza sensoriale, per carenza di funzione  $\alpha$ , non viene neppure trasformata nemmeno nella forma primordiale di rappresentazione corrispondente al “pittogramma visivo” (Ferro, 2002), determinando una compromissione grave che può corrispondere perfino alla mancata formazione della mente. Ferro (2002; 2005) accosta metaforicamente l’apparato per pensare i pensieri ad un regista che, grazie all’attivazione di un cinematografo, è in grado di porre in sequenza dei pittogrammi visivi, in modo che questi acquisiscano organizzazione e senso. Nelle derive patologiche più gravi, è come se venissero a mancare non solo un’organizzazione narrativa, ma anche la pellicola del girato, e fossero dunque assenti “i fotogrammi di base per il film” (Ferro, 2002, p.2). Nel secondo caso, gli elementi  $\beta$  vengono elaborati, ma gli apparati deputati a lavorare questi

ultimi hanno un carattere “difettuale”, determinando la carenza di “derivati narrativi”. Riprendendo la metafora cinematografica, è come se le immagini potessero imprimersi sulla pellicola, ma vi fossero dei difetti in qualche altra fase del processo di produzione, come la regia, l’oscillazione dalla fase schizoparanoide a quella depressiva o il luogo-contenitore psichico dove conservare la pellicola sviluppata. Ferro (2002) distingue fra patologie del contenitore e patologie del contenuto. Infatti, non solo il contenitore può essere assente e/o difettato, ma anche il contenuto può avere una natura strabordante, superando la capacità della funzione  $\alpha$  in termini di possibilità di contenimento. Questa configurazione si riscontra nelle situazioni traumatiche, in cui le stimolazioni presenti superano il potenziale di pensabilità. Lo stesso termine “trauma”, derivante dal greco τραῦμα (-ατος) «ferita» (Vocabolario Treccani, n.d.), rimanda all’immagine di un taglio o di uno squarcio, che può essere interpretato come il buco narrativo causato da elementi traumatici all’interno della sequenza di senso che rende intelligibili e coerenti gli accadimenti della vita. In sintesi, una biografia personale può essere bruscamente interrotta da elementi eccessivamente traumatici (Ferro, 2002).

Nel panorama psicoanalitico contemporaneo, il concetto di contenimento è stato differentemente declinato, ma a partire da Bion si riferisce fondamentalmente alla capacità di trattare e bonificare angosce e sensorialità primitive attraverso un luogo mentale, ovvero un apparato che permetta accoglienza e trasformazione. Se questa esperienza non è stata adeguatamente fornita dal *caregiver* primario, vi si può accedere, seppur con difficoltà, nel contesto analitico. Secondo il metodo psicoanalitico proposto da Ferro e colleghi (Silvestri & Ferruzza, 2012) e ispirato al lavoro di Bion (1965), il terapeuta deve mettere a disposizione del paziente il proprio apparato per pensare i pensieri. Questo apparato, seppur imperfetto, dovrebbe essere abbastanza efficiente da offrire al paziente una seconda possibilità, mancata nella prima infanzia, di trasformare gli elementi protomentali in pittogrammi visivi e, successivamente, in pensieri narrativamente organizzati e verbalizzabili (Bion, 1965). In generale, ci si riferisce a questo processo quando si parla della “funzione di contenimento” del terapeuta. Come verrà ulteriormente chiarito, si propone che uno dei fattori terapeutici evidenti durante le sedute sia non solo l’attuazione di tale funzione da parte dei terapeuti, ma anche la sua internalizzazione da parte dei membri del gruppo.

Il concetto di contenimento può essere applicato a vari contenuti emersi durante le sedute, inclusi discorsi confusi o parziali e racconti di sogni più o meno strutturati

(Ferro, 2002). Il rapporto tra l'attività onirica e la funzione di contenimento è stato oggetto di approfondimento nella ricerca di Robi Friedman (2021), che invita a riflettere su come il sognare sia un'attività comune a tutti gli esseri umani, sin dalla prima infanzia, senza distinzioni di alcun tipo. Anche coloro che non sognano, o che non ricordano i propri sogni, confrontandosi con altri, giungono probabilmente a chiedersi perché non abbiano accesso a questa esperienza (Friedman, 2021). Il processo di produzione onirica ha sempre affascinato chiunque si sia interrogato sulla natura di tali manifestazioni mentali, da dove provengano e come si formino (Mangini, 2015). Friedman (2021) ricorda che, sebbene a Freud vada il merito di aver attribuito un valore significativo a questo materiale complesso, non è stato il primo a proporre un'interpretazione dei sogni. Fin dall'antichità, i sogni sono stati interpretati per molteplici scopi, inclusa la predizione del futuro del sognatore. La struttura del sogno, secondo alcune prospettive teoriche, rappresenta un tentativo di contenimento di sensazioni e desideri altrimenti eccessivi. Mangini (2015) ricorda come già nell'antica Grecia l'interpretazione dei sogni, pur avendo fini profetici, anticipasse in parte la proposta freudiana di cercare il significato informativo del sogno attraverso la sua decodifica, passando dal contenuto manifesto a quello latente. Mentre per gli aruspici greci questo contenuto rappresentava un messaggio divino, per la psicoanalisi si presume invece che contenga gli elementi che necessitano di ulteriore digestione (Ferro, 2002).

Nell'ambito della psicoanalisi di gruppo, va menzionato il concetto di matrice proposto da Foulkes (1990). Questa dimensione del gruppo consiste in una rete comunicativa di base in cui interagiscono i singoli membri, definiti "nodi". Immersi in questo substrato interattivo, i nodi sono connessi attraverso una relazione peculiare definita "transpersonale", in cui, come sottolinea Friedman (2021), la comunicazione avviene non solo tra le persone, ma attraverso di esse. La connessione transpersonale agisce quindi come una sorta di "fascio di raggi x" (Foulkes, 1990), che include anche il vissuto implicito transgenerazionale di ogni individuo in interazione. La matrice è quindi una dimensione sempre attiva in presenza di un gruppo. Per il presente lavoro, il concetto di matrice è particolarmente rilevante poiché agisce contemporaneamente come contenuto e contenitore; infatti, da un lato è il contenuto plasmato e rimodellato dalle interazioni di gruppo, e dall'altro è anche il contenitore che ospita tali contributi, fornendo una cornice di significato ed esperienza. Il termine stesso "matrice" deriva dal latino *mater*, ovvero "madre" (Vocabolario Treccani, n.d.), e proprio l'utero materno può essere

considerato un elemento di esperienza che rappresenta questo costrutto psicoanalitico, essendo l'unico organo modellato dallo stesso oggetto che ospita.

Il concetto di contenimento, insieme a quelli di contenuto e contenitore, sono presenti anche in quello che Vanni (1988) definisce “livello etnico” del gruppo. Questa dimensione rappresenta lo strato in cui si depositano le esperienze collettive di un individuo, con un' enfasi sulla loro specifica collocazione storica e sociale, inclusi elementi relativi all'etnia e al substrato culturale individuali. Il concetto di contenimento sembra dunque essere fondante per la nostra organizzazione sociale, nonché oggetto d'indagine di produzioni artistiche ed antropologiche. Come riportato da Ambrosiano & Locati (2023), alla Biennale Arte di Venezia del 2022 il tema di uno dei saloni veniva così presentato: “una foglia una zucca un guscio una rete una borsa una tracolla una bisaccia una bottiglia una pentola una scatola un contenitore”. Questo insieme di termini, dai più metaforici ai più letterali, aveva l'intento di annunciare progetti artistici in mostra che reinterpretavano il saggio *The carrier Bag Theory of Fiction* di Ursula K. Le Guin (2019), congiuntamente alla proposta dell'antropologa Elisabeth Fisher (2005), di indagare la genesi della cultura umana ponendo un accento particolare sul “potere persuasivo della narrazione” (Ambrosiano & Locati, 2023). Non a caso, il titolo evocativo della Biennale Arte di Venezia del 2022 era proprio “Il latte dei sogni”, richiamando il mistero e il fascino della produzione onirica umana. Fisher (2005) riflette sul fatto che la capacità stessa di invenzione umana nasca “dagli atti di raccolta e cura” e che per questo i primi artefatti debbano essere stati “non solo e non tanto” gli strumenti da caccia, quanto i contenitori per conservare il cibo. Il catalogo stesso della Biennale Arte di Venezia (2022) ha messo in luce l'importanza del contenitore come “metafora per pensare” e di cui servirsi tramite la tecnologia e la scrittura narrativa per esplorare il potere delle storie come “recipienti che consentono l'espressione della vita” (Ambrosiano & Locati, 2023, p.200).

Dal punto di vista clinico, la riflessione sull'importanza del contenimento come custodia degli elementi emersi durante le sedute, affidata alla capacità interna di tenuta e di apertura mentale dell'analista, è cruciale (Ambrosiano & Locati, 2023). Inoltre, considerazioni antropologiche, suggeriscono che potrebbero esserci differenze di genere nella capacità di narrazione e/o contenimento, con implicazioni significative per la pratica clinica. Gli “atti di raccolta e cura” citati erano infatti, almeno nelle società primitive, prerogativa delle donne (Ambrosiano & Locati, 2023, p.200). Infatti, secondo Mangini

(2015) la funzione di contenimento è associata alla sfera femminile dello psichico, e Friedman (2021) evidenzia come i padri possano avere difficoltà nel contenere i sogni dei figli, a causa dei “ruoli stereotipati maschili di potere e forza” con cui si sono identificati e che li portano a non gradire la condivisione dei contenuti onirici minacciosi. Questo può creare un circolo vizioso in cui gli elementi onirici degli uomini, non verbalizzati, assumono configurazioni violente e difficili da contenere, similmente a quanto descritto da Ferro (2002) in riferimento alle configurazioni patologiche. Proprio la natura di questi contenuti, tuttavia, scoraggerebbe la comunicazione degli stessi, per il timore che ciò non si confaccia al loro ruolo di maschio (Friedmann, 2021). A riprova di ciò, dalle ricerche di Friedmann (2002) è emerso come i padri preferiscano i sogni delle figlie piuttosto che confrontarsi con sogni “maschili”. Sempre Friedman (2021), osserva che il contenimento percepito dai figli in età infantile sosterebbe il *dreamtelling*; al contrario, il non-contenimento lo estinguerebbe e un relativo aumento del racconto dei sogni sarebbe riscontrabile negli uomini in fase di innamoramento, uno stato caratterizzato dalla fiducia di ri-trovare nel partner un deposito sicuro in cui custodire parti del Sé estremamente vulnerabili. Questo principio può essere applicato anche nel contesto terapeutico, dove un aumento della percezione di contenimento da parte dei partecipanti potrebbe favorire l’apertura e la condivisione durante le sedute.

Un ulteriore contributo sulla funzione di contenimento nella pratica clinica sottolinea il ruolo fondamentale delle metaforizzazioni e come questi strumenti linguistici possano agire come contenitori per la trasmissione di esperienze o sensazioni sia da parte del paziente che dal terapeuta (Molinari, 2007). Come afferma Ferro (2002), la possibilità di produrre narrazioni verbali e comunicare materiale simbolico a partire da “pittogrammi visivi” (p.5) è il passaggio finale di un processo di significazione e contenimento affettivo di sensazioni protomentali, indice di un buon funzionamento della trasformazione degli elementi indigeriti in fatti psichici rappresentabili. Le metafore sono frequentemente utilizzate dai pazienti, come si vedrà anche nei trascritti presi in esame nel presente lavoro, sebbene con diversi livelli di complessità e simbolizzazione. Analogamente ai sogni (Mangini, 2015), le metafore e il linguaggio simbolico possono essere utilizzati a fini diagnostici (McWilliams, 2012), per individuare i livelli di funzionamento e organizzazione trasversali agli stili di personalità. Segal (1980) suggerisce che i sogni, che, sono essi stessi delle metafore, riflettono la struttura della personalità, mentre Molinari (2007) avverte sul rischio di reificazione delle metafore, evidenziando come



anche il concetto di “personalità” sia “un artificio concettuale”. Il clinico, infatti, deve evitare il rischio di avallare la convinzione che la personalità sia un contenitore di tratti o disposizioni presenti negli individui come entità effettive. Sempre Molinari (2007) propone di riflettere non solo su come le metafore siano un mezzo atto ad esercitare una funzione di contenimento, ma anche sulla considerevole ricorrenza, in psicologia, di termini che rimandano al concetto di “contenitore” e/o a una dimensione dicotomica fuori-dentro, come evidente da espressioni del tipo: “è entrato in uno stato di euforia”, “è fuori di sé”, “è caduto in depressione”, e così via. Garavelli (1993), con efficaci esempi, sostiene che allo stesso ordine lessicale appartengano anche tutte le metonimie che indicano il contenente per il contenuto o l’occupante per il luogo occupato, come l’espressione “bere un bicchiere”, dove il bicchiere prende il posto della bevanda in esso contenuta. Molinari e colleghi (2007) sottolineano che, nella pratica psicoterapeutica, l’analisi delle metaforizzazioni dovrebbe considerare non solo i termini linguistici, ma anche la possibilità di trasmissione di un’esperienza. Il significante, ovvero l’insieme di lettere che compone la parola, diviene quindi un contenitore efficace, che tuttavia rimarrebbe vuoto se “non fosse illuminato da una forza persuasiva e suggestiva” (p.130) insita nella comunicazione simbolica, di cui le metafore sono strumento.

Inoltre, Molinari e colleghi (2007) riportano l’intervista fittizia ideata da Giovanni Papini, pragmatista italiano, nella quale si interpella immaginativamente Sigmund Freud. In questa intervista, redatta in forma di un dialogo diretto, Freud lamenta di essere stato frainteso e confessa la vera natura della sua opera, più orientata a mantenere il carattere scientifico della sua ricerca che a proporre una cura per le malattie mentali. “Io sono uno scienziato per necessità, non per vocazione, la mia vera natura è da artista” esclamerebbe il primo psicoanalista, adducendo come prova il fatto che “in tutti i Paesi dove è penetrata la psicoanalisi, essa è stata meglio accolta dagli scrittori che dai medici [...]” (p.128). Papini mette in bocca a Freud una raffinata riflessione sulla struttura retorica dei suoi scritti e sull’organizzazione discorsiva dei casi contenuti della sua opera: “In ogni modo [...] ho raggiunto il mio sogno: rimanere un letterato pur facendo in apparenza il medico. In tutti i grandi scienziati esiste il lievito della fantasia, ma nessuno si è proposto, ahimè, di tradurre in teorie scientifiche le ispirazioni offerte dalle correnti della letteratura moderna” (p.128). Molinari (2007) afferma che i libri di Freud assomiglierebbero di fatto “ben più a opere di immaginazione che a trattati di patologia.” (p.128) suggerendo l’appartenenza della psicoanalisi a un peculiare genere letterario in cui le pratiche

psicoterapeutiche si affidano più all'efficacia degli aspetti letterari e comunicativi, che al rigore di una metodologia scientifica positivista. Molinari (2007) osserva infine come la distinzione tra elementi letterari e psicologici sia una “partizione accademica”, poiché “tutto ciò che è letterario non potrebbe risultare tale se non fosse sostanziato da valenze psicologiche.” (p.128). Di fatto, chiunque abbia letto Freud riconosce come il suo stile letterario “suggestivo ed accattivante” (Molinari, 2007, p.128) sia stato cruciale nel favorire il successo e la diffusione della sua opera.

In sintesi, al di là delle considerazioni metateoriche, la funzione di contenimento del terapeuta e la sua possibile introiezione da parte del paziente possono considerarsi fattori di guarigione cruciali nella psicoterapia psicoanalitica (Ferro, 2002). Il terapeuta efficace, in ambito sia individuale che gruppale, è esperto nell’“arte di [...] offrire un nuovo modo di leggere e di raccontare”, ri-costruendo le narrazioni in una danza interattiva e comunicativa con i pazienti e donando ai contenuti una forma precisa. In questo modo, nella situazione analitica si produce una riscrittura della propria storia personale nella quale “il genere dà vita ad una trama, le trame informano i fatti” (Molinari, 2007, p.128).

### **1.3 Storia e sviluppo della terapia di gruppo ad orientamento psicoanalitico**

La psicoanalisi classica prevedeva che la realtà inconscia e fantasmatica del singolo fosse l’oggetto d’indagine teorica d’elezione e che, dunque, l’intervento avvenisse tramite un dispositivo psicoanalitico individuale (Mangini, 2001). Successivamente, si presentarono esigenze cliniche di entità più grave (come pazienti adolescenti con un funzionamento psicotico o borderline), a fronte delle quali si rese necessario considerare anche la dimensione relazionale e intersoggettiva della psicopatologia, estendendo l’applicazione del metodo psicoanalitico anche a gruppi, coppie e famiglie (Zurlo, 2017).

Le terapie condotte in contesto gruppale secondo vari orientamenti non vantano una tradizione secolare, ma vedono l’inizio della loro diffusione solo successivamente alla nascita della psicoanalisi freudiana, tra gli anni '30 e '40 del Novecento. L’origine della terapia di gruppo si deve a un medico, Joseph H. Pratt, che aveva riunito pazienti affetti da tubercolosi in contesti collettivi. Successivamente, lo psichiatra Jacob Moreno coniò il termine “terapia di gruppo” ispirandosi alle rappresentazioni teatrali viennesi, da cui ebbe poi origine la corrente dello psicodramma (Hadden, 2015). Se Freud (1921)

aveva già descritto reazioni transferali in contesti di gruppo, fu Burrow a coniare il termine “analisi di gruppo” e a dedicare parte del suo lavoro a questa nuova proposta terapeutica. In ambito sociologico, Kurt Lewin è stato una figura determinante per lo studio dei gruppi, introducendo il concetto di campo tuttora utilizzato dai gruppoanalisti e sottolineando come il gruppo fosse più di una somma delle sue parti (Neri, 2007). Per quanto riguarda l’area psicoanalitica, i contributi principali alla terapia di gruppo derivano da Wilfred Bion e Siegmund H. Foulkes, entrambi provenienti da esperienze in ospedali militari (Hadden, 2015).

All’inizio della sua indagine sui gruppi, Bion formulò alcune considerazioni sugli individui che vi partecipano. In *Esperienze nei gruppi* (1961), Bion sostiene che ognuno, pur essendo un’entità indivisibile (termine che condivide la medesima radice etimologica della parola “individuo”), racchiude in sé un “Sé gruppale” (Civitarese, 2021). Pur richiamando le ipotesi di Mead (1934) sulla co-costruzione sociale dell’identità, Bion (1992) prende le distanze dalla “psicologia dei gruppi in quanto tale” (Grotstein, 2010, p.209), sostenendo che ogni persona possa intendersi come gruppo di sottopersonalità e che il gruppo stesso possa essere pensato come un individuo. Inoltre, l’autore traccia frequenti parallelismi tra i fenomeni osservabili in una terapia individuale e quelli tipici di un contesto gruppale. Ad esempio, sottolineando la natura primitiva del gruppo, e applicando i concetti kleiniani di identificazione proiettiva e degli aspetti arcaici del complesso di Edipo, Bion spiega come il bambino/gruppo incestuoso si illuderebbe della possibilità di generare un *wunderkind* (letteralmente, “prodigio”) di livello superiore nel corpo della madre/terapeuta (Grotstein, 2010).

Bion (1961) propone di identificare l’atto fondativo della formazione di un gruppo nella volontà di svolgimento di un compito, che a sua volta permetta di raggiungere un determinato scopo. Si crea quindi un “gruppo di lavoro” che, con il passare del tempo, andrà incontro a “fratture e resistenze” (Grotstein, 2010, p.211) rispetto al mantenimento della coesione gruppale finalizzata allo scopo prefissato. I fenomeni difensivi che i gruppoanalisti hanno evidenziato in diverse esperienze di conduzione di gruppo hanno permesso a Bion e agli autori successivi di identificare un’entità parallela al progetto comune di gruppo e allo scopo consapevole dei partecipanti, ovvero il progetto comune inconscio di gruppo (Silvestri & Ferruzza, 2012). Questo elemento appartiene al livello implicito dei fenomeni gruppali ed è il luogo psichico in cui vengono proiettati e messi in scena i contributi conflittuali e personali dei membri. Bion (1961) si riferisce a un

fenomeno simile quando parla di “mentalità di gruppo”, ovvero di una dimensione che contiene i contributi di ciascun individuo. Dal momento che tali contributi spesso divergono in modo sia implicito che consapevole, il gruppo necessita di assumere una configurazione difensiva grazie a un processo nel quale la “mentalità di gruppo”, conflittuale e minacciosa, diviene “cultura”. A fronte di queste osservazioni, Bion (1961) postula l’esistenza di “assunti di base gruppali”, ovvero disposizioni psichiche del gruppo inconsapevoli e inevitabili che strutturano la cultura del gruppo stesso. Di fronte a contenuti conflittuali, i membri assumono ruoli paradigmatici, determinati dal mancato contenimento di emozioni riversate nel campo gruppale. Gli assunti di base, come qualsiasi disposizione difensiva, sono elementi fondamentali e funzionali, anche se, nel caso in cui i membri del gruppo vi si identifichino in modo rigido, viene meno l’azione terapeutica e la possibilità di apertura di uno spazio di pensiero. Successivamente, Neri (2007) riconosce come una analoga situazione di stallo sia generata da ciò che in analisi individuale i coniugi Baranger (1961) hanno definito “bastione”. Pochi anni dopo le pubblicazioni di Bion, Anzieu (1976) propone un concetto simile al progetto comune inconscio di gruppo definito da Vanni (1988), introducendo la “fantasmatica inconscia di gruppo”, secondo la quale le interazioni di un insieme di individui potrebbero essere interpretate come un sogno. All’interno di ogni seduta, sarebbe infatti identificabile un livello fantasmatico metaforicamente sottostante a quello emergente e consapevole, dalla cui analisi il gruppoanalista potrebbe dedurre eventuali dinamiche conflittuali. A riguardo, Silvestri e Ferruzza (2012) suggeriscono di non utilizzare il termine “inconscio” in riferimento ai fenomeni gruppali. Questa espressione, in ambito psicoanalitico, indica tecnicamente un luogo psichico che ha subito un processo di rimozione, ma nel contesto terapeutico di gruppo sarebbe improprio postulare l’esistenza di un meccanismo di rimozione collettiva paragonabile a quello individuale e, per questo, si consiglia l’utilizzo dei termini “implicito” ed “esplicito” in riferimento alle manifestazioni gruppali (Silvestri & Ferruzza, 2012).

In campo psicoanalitico, al giorno d’oggi la trattazione sui fenomeni fondamentali che avvengono nelle terapie di gruppo è in continua espansione (Ambrosiano & Locati, 2023). Uno dei dibattiti in corso, riguarda il fatto che gli individui operino tramite un assetto mentale particolare quando si trovano in un contesto di gruppo, che si differenzia francamente da quello che si manifesta nella terapia individuale (Silvestri & Ferruzza, 2012). A tal proposito, ad esempio, Vanni (1988) sostiene che ogni essere umano

possessa un'abilità innata di “gruppare”, paragonabile alla propensione all'apprendere un linguaggio e che si manifesterebbe con una fenomenologia differente rispetto alla mente del singolo quando non è in gruppo. Tuttavia, proprio come accade per le lingue, quest'area si attiverebbe solo nel momento in cui il soggetto si trova in contesti plurisoggettivi (Vanni, 1988; Silvestri & Ferruzza, 2012).

#### **1.4 Vantaggi e sfide della terapia di gruppo**

La terapia di gruppo, sia in presenza sia online, presenta determinate peculiarità tecniche e metodologiche che la differenziano francamente da quella individuale (Ambrosiano & Locati, 2023; Bion, 1961). Vanni (1988), ad esempio, propone una precisazione rispetto al concetto di “libera associazione”, ampiamente utilizzato in terapia individuale, ma che nel contesto della terapia di gruppo sarebbe preferibile sostituire con il termine “sviluppo tematico spontaneo”, in riferimento al susseguirsi dei contributi dei singoli membri. Anche il termine “catena associativa”, più diffuso in ambito grupppale, potrebbe essere considerato fuorviante in quanto riferito a una successione meccanica di contributi concatenati. Al contrario, lo sviluppo tematico spontaneo proposto da Vanni (1988) indica non solo gli interventi verbali dei singoli, ma anche la loro collocazione all'interno di un campo grupppale che a sua volta determina lo sviluppo dei temi emergenti nella conversazione. Inoltre, Vanni (1988) individua nell'osservazione partecipante del terapeuta il corrispettivo grupppale dell'attenzione liberamente fluttuante della terapia individuale.

Nel gruppo, il terapeuta non è solo un professionista con specifiche funzioni di organizzazione e conduzione del setting, ma è anch'egli membro del gruppo (Ambrosiano & Locati, 2023). Silvestri e Ferruzza (2012) osservano come nel gruppo venga depotenziata la marcata asimmetria relazionale tipica della terapia individuale, dal momento che ogni partecipante è al tempo stesso anche un osservatore. Sia in presenza che online, questo fattore comporta la richiesta di una chiara consapevolezza del proprio ruolo da parte dell'analista, che spesso comporta una sfida ulteriore al processo terapeutico (Ambrosiano & Locati, 2023).

Come nel contesto individuale, anche la psicoanalisi grupppale pone particolare attenzione alla formazione di dinamiche conflittuali (McWilliams, 2012; Silvestri & Ferruzza, 2012). A riguardo, la principale differenza tra le prospettive teoriche consiste nel trasporre o meno le tecniche e i costrutti della terapia individuale a quella grupppale

(Silvestri & Ferruzza, 2012). Si ricorda ad esempio come Vanni (1988) sostenga che la mente umana funzioni in modo sostanzialmente diverso quando è in gruppo e che tale condizione necessiti dunque di un apparato teorico e tecnico che non si limiti alla generalizzazione e trasposizione al gruppo delle prassi cliniche individuali.

Altri autori (Anzieu, 1976; Ezriel, 1950; Liberman e Withacker, 1971) non hanno preso una posizione netta sul fatto che gli individui presentino una condizione mentale specifica attivata dalle dinamiche di gruppo. Piuttosto, si sono concentrati sull'individuazione dei temi conflittuali emergenti in tale contesto. Ad esempio, Ezriel (1950) propone il concetto di "tensione comune inconscia di gruppo", trasponendo al contesto grupitale le medesime tipologie di relazione transferale osservate nella terapia individuale, riconoscendo tre possibili configurazioni transferali differenziate dal grado in cui la relazione fantasmatica conflittuale viene agita: la relazione ricercata, la relazione evitata e la relazione calamitosa. Anche Anzieu (1976), come sopra accennato, riconosce nelle dinamiche attive all'interno del gruppo un motivo conflittuale. Liberman e Whitacker (1971) riflettono sugli elementi conflittuali insiti nelle dinamiche di gruppo e, paragonando la seduta alla narrazione di un sogno, suggeriscono la possibilità di individuare un contenuto manifesto e uno latente in ogni interazione grupitale. Gli autori riconoscono infatti l'esistenza di un conflitto focale di gruppo la cui trama si svolge con l'iniziale emersione di un motivo disturbante, caratterizzato da un desiderio considerato eccessivo dall'istanza superegoica, a cui segue "un motivo reattivo", determinato da una paura e/o una preoccupazione difensiva (Liberman & Whitacker, 1971).

Tali motivi conflittuali, declinati diversamente dai vari autori (Anzieu, 1976; Ezriel, 1950; Liberman e Withacker, 1971), costituiscono anche una delle maggiori sfide per il terapeuta di gruppo, qualora i conflitti si strutturino in posizioni difensive che impediscono l'azione terapeutica (Silvestri & Ferruzza, 2012; Neri, 1981).

Forte delle teorizzazioni sulla fenomenologia dei processi conflittuali grupitali, Vanni (1988) individua nello sviluppo tematico spontaneo di gruppo l'organizzatore della vita psichica di gruppo, con valore sia difensivo che esplorativo. Questo è l'essudato dei contributi espliciti dei singoli membri depositati nel campo grupitale, grazie al quale il clinico può formulare ipotesi sulla natura del conflitto comune inconscio di gruppo e permetterne lo scioglimento (Vanni, 1988). A livello di intervento clinico, l'indagine su quest'ultimo può essere giustapposta alla pratica interpretativa dei sogni, qualora con essa si intenda l'esercizio di una possibilità di pensiero inerente a contenuti impliciti a partire

da quelli emersi e verbalizzati (Silvestri & Ferruzza, 2012).

A livello operativo, Schlapobersky (1993) fornisce un modello di lavoro e ancoraggio per i terapeuti in formazione, considerando le difficoltà nel comprendere quando concentrarsi sull'individuo e quando sul gruppo. In questo modello, il gruppo viene definito come una costellazione di figure-sfondo che assume configurazioni sempre mutevoli. Inoltre, l'autore (Schlapobersky, 1993) considera che una terapia "sufficientemente buona", non dipenda dal capire i contenuti, ma dall'abilità di porsi come presenza contenitiva. Behr (1995) sostiene che compito del terapeuta è infatti quello di "proteggere il gruppo dagli scossoni" (p.12) che minano la sua sicurezza.

Valutare l'efficacia in generale di una gruppoanalisi pare ostico, considerando soprattutto come oggi la psicoanalisi comprenda numerosi e diversi modelli teorici anche in ambito gruppale (Mangini, 2015; Silvestri & Ferruzza, 2012). Tuttavia, Zurlo (2017) riconosce come proprio la potenzialità del dispositivo terapeutico gruppale nel trattamento di gravi condizioni di sofferenza psichica abbia alimentato l'estensione del modello gruppoanalitico stesso.

Di fatto, gli studi sull'efficacia della terapia di gruppo ad approccio psicoanalitico e psicodinamico, sia in presenza che online, sono aumentati progressivamente negli ultimi decenni (Ambrosiano & Locati, 2023). Tuttavia, le ricerche sulle psicoterapie di gruppo ad orientamento psicodinamico presentano una maggiore complessità a causa sia della difficoltà nell'operazionalizzare le variabili considerate nelle ricerche, sia della molteplicità di modelli terapeutici disponibili (Gullo, 2011). Nonostante ciò, a fronte della validità dei risultati, la psicoterapia di gruppo gode ad oggi di un apparato di scuole di specializzazione riconosciute dall'American Psychological Association, affermandosi come ambito di perfezionamento all'interno della psicologia clinica (Rosendahl, 2021). In particolare, negli ultimi decenni in letteratura sono riportate ricerche in numero sempre maggiore sul miglioramento delle tecniche di conduzione e sull'individuazione degli interventi più efficaci (Ambrosiano, 2021). In particolare, si riscontra un incremento degli articoli inerenti l'efficacia delle terapie di gruppo condotte in modalità online, confermando che le piattaforme online non impediscano l'azione terapeutica dei fattori di solito vigenti nelle terapie di gruppo in presenza, potendo essere ugualmente riconducibili ai risultati favorevoli dell'intervento (Ambrosiano & Locati, 2023; Brouzos, 2021). L'efficacia di un percorso di terapia di gruppo, soprattutto se online, deve essere valutata a seconda dei singoli casi e in modo differente da quanto si farebbe per una

terapia individuale: un paziente con gravi sintomi di ritiro potrebbe poter essere trattato solo con una terapia online, ma è il clinico che deve valutare se il contesto grupppale potrebbe avere un'efficace funzione protettiva rispetto all'intimità della situazione duale, oppure gettare il paziente in un ambiente minaccioso (Ambrosiano & Locati, 2023).

La letteratura inoltre sottolinea come all'interno dei servizi pubblici che si occupano di salute mentale, la terapia sia principalmente svolta in un contesto grupppale, dove possono essere visti all'opera elementi non altrettanto rilevabili in modo efficace in un intervento individuale, come, ad esempio, il supporto tra pari e l'apprendimento interpersonale (Kealy & Kongerslev, 2022).



## **CAPITOLO 2**

### **GLI OGGETTI DI MEDIAZIONE**

#### **2.1 Definizione**

Secondo Vacheret (2002), gli oggetti di mediazione, o mediatori, sono i “diversi supporti che mobilitano l’immaginario” (p.425). Questa categoria può includere oggetti come marionette, maschere, fotografie o collage, ma anche musica, racconti e altri contenuti testuali (Vacheret, 2002). Gli oggetti di mediazione possono essere costruiti individualmente o collettivamente, oppure possono essere scelti e proposti dal conduttore in base alle dinamiche del gruppo (Vacheret, 2002). I mediatori sono per definizione dotati di una doppia polarità: sono concreti e reali da un lato, ma possiedono anche una simbolicità intrinseca che consente di rappresentare tanto realtà interne quanto esterne e condivise (Vacheret, 2002). Essi sono altresì investiti di un’affettività bipolare, in quanto appartengono sia a chi li seleziona, sia al gruppo che collettivamente li utilizza e vi proietta significati, caratteristica grazie alla quale gli oggetti di mediazione facilitano l’instaurazione di legami sia intrapsichici, ovvero riferibili ai singoli individui, sia intersoggettivi, ovvero relativi al gruppo (Vacheret, 2002). In questo modo, i mediatori diventano luoghi fisici e psichici in cui l’immaginario individuale e gruppale viene depositato, condiviso e trasformato e agiscono come “supporti d’identificazione” (Vacheret, 2002, p.425), dove l’identificazione avviene più con l’immaginario veicolato tramite l’oggetto che non con altre persone.

Per illustrare la dinamica del duplice appoggio fornito dal gruppo e dagli oggetti di mediazione, Vacheret (2002) ha proposto l’esempio clinico di un gruppo Photolangage® con adulti che sperimentano difficoltà a cogliere “l’impatto e tutte le componenti” (p.426). Il metodo Photolangage® prevede l’utilizzo di fotografie come oggetti mediatori che fungono da “supporto alla parola” (Vacheret, 2002, p.426), soprattutto in contesti di gruppo in cui emerge una certa difficoltà ad esprimersi. Questo approccio prevede l’uso di dossier composti di quarantotto fotografie in bianco e nero e a colori, organizzate per temi, e si dipana in due tempi (Lo Piccolo, 2017; Vacheret, 2002). In un primo tempo, il conduttore formula una domanda guida, che fungerà da motore della seduta, e dispone le foto su un piano, come ad esempio un tavolo. Ogni partecipante è chiamato a scegliere visivamente una foto, riflettendo in silenzio sul motivo di tale scelta. Quest’ultima, infatti, non deve essere comunicata verbalmente in questa

fase, per fare sì che ogni foto possa essere scelta anche da tutti gli altri membri del gruppo. Il conduttore invita poi i partecipanti a “lasciarsi interrogare dalle foto” (Vacheret, 2002, p.427). Per individuare quelle che risuonano di più, Vacheret (2002) sottolinea l'importanza della scelta di una foto anche da parte del conduttore, allo scopo di favorire l'identificazione con il terapeuta. Il secondo tempo della seduta è invece dedicato al momento degli scambi del gruppo, durante i quali ciascun membro presenta la propria foto, legandosi eventualmente alla successione degli interventi precedenti (Vacheret, 2002). In questo momento, il conduttore incoraggia un ascolto attento, evitando interpretazioni “nel senso psicoanalitico del termine” (Vacheret, 2002, p.428), ma promuovendo riflessioni su somiglianze o differenze rispetto alle foto altrui, aumentando così anche il piacere condiviso del dialogo sulle immagini (Vacheret, 2002).

Per approfondire la comprensione degli oggetti di mediazione, può essere utile fare riferimento al concetto di oggetto transizionale proposto da Winnicott (1965). L'autore ha evidenziato come i bambini, nella fase di incipiente separazione dalla figura materna, necessitano di investire affettivamente un oggetto che diventa un surrogato del *caregiver* primario (Winnicott, 1965). Per esempio, si può notare come spesso i bambini si affezionino a un pupazzo particolare, distintivo per forma, colore e odore, che diventa insostituibile (Nicolini & Baroni, 1999). La mediazione fornita dall'oggetto transizionale sostiene così il lavoro psichico che spetta al bambino per conseguire una separazione riuscita e sviluppare una rappresentazione distinta di sé e dell'altro (Winnicott, 1965). Allo stesso modo, l'oggetto di mediazione in terapia sostiene il mondo interno del paziente, fungendo da deposito materiale per le rappresentazioni (Vacheret, 2002). Anche l'oggetto transizionale, quindi, ha una natura duplice, essendo parte del mondo esterno ma anche investito di un significato simbolico proveniente dal mondo interno del bambino (Winnicott, 1971). L'accesso ai fenomeni transizionali non è tuttavia garantito a priori, ma dipende dalla qualità dell'ambiente in cui il bambino cresce e viene accudito, che deve fornire un *caregiving* sufficientemente buono (Winnicott 1965; 1971). Questo principio si applica anche nel contesto terapeutico, dove un ambiente sufficientemente buono favorisce il contenimento necessario alla formazione di un'area transizionale che permette la mediazione tra elementi interni ed esterni (Ferro, 2002; Neri, 2007; Winnicott, 1965). Il ruolo dell'oggetto di mediazione non si limita quindi a significati puramente personali, ma agisce come mediatore delle interazioni sia all'interno del gruppo sia tra terapeuta e paziente, nel contesto di una modalità duale (Vacheret, 2002). Marogna (2019)

ha descritto l'area terapeutica come una zona neutra di esperienza condivisa, dove l'analista compie ciò che Neri ha definito un "atto di fede" (p.337) rispetto alla verità degli affetti sottostanti ai contributi dei singoli pazienti. Secondo l'approccio psicoanalitico, il ruolo dell'analista, sia in gruppo che nel setting individuale, consiste nel tenere a mente e interpretare i collegamenti tra i contenuti espressi dai pazienti, traducendoli negli affetti di cui sono portatori per renderli disponibili come elementi di risonanza all'interno del gruppo (Marogna, 2019). Di conseguenza, è possibile che anche i contenuti più aggressivi e destrutturanti siano "bonificati" e trasformati in forme più gestibili, consentendo ai pazienti di sentirsi portatori di un "pensiero vitale" per gli altri membri del gruppo (Marogna, 2019, p.337). Gli oggetti mediatore facilitano quindi il lavoro verbale su contenuti non pensabili, espressi tramite sintomi e comportamenti, trasformando questi ultimi in emozioni e pensieri articolabili, stimolando uno sforzo di fantasia ed immaginazione che consente ai pazienti di giocare con i propri pensieri e che pertanto si colloca in un'area transizionale (Marogna, 2019).

Il luogo intermedio tra l'interno e l'esterno in cui agiscono gli oggetti di mediazione, definito transizionale da Winnicott (1965), trova corrispondenza nel concetto di spazio comune condiviso di Kaës (1993), che tuttavia si fonda maggiormente sulle alleanze ed i contratti inconsci e trova i suoi riferimenti chiave nella metapsicologia freudiana (Neri, 2007). Nello spazio comune condiviso, la psiche personale, le fantasie interiori e i sogni si espandono verso uno spazio intersoggettivo (Kaës, 1993), facilitando uno scambio tra gli spazi onirici personali e la realtà di veglia dei partecipanti (Kaës, 2002). Nell'approfondire il concetto di campo in gruppoanalisi, Neri (2007) ha chiarito che questo spazio è concepito come una dimensione porosa e "qualche volta inquietante" (p.110), ma essenziale per permettere lo scambio (Kaës, 2002). Similmente a quanto avviene per la creazione dello spazio transizionale (Winnicott, 1965), anche per creare uno spazio onirico condiviso è spesso necessario un certo livello di regressione comune fra i partecipanti (Neri, 2007), anche se in ambito gruppale gli oggetti di mediazione sono utilizzati senza che i partecipanti assumano una posizione regressiva marcata, come avviene nelle terapie individuali (Neri, 2007; Silvestri & Ferruzza, 2012). La nozione di regressione comune riguarda infatti forme di depersonalizzazione leggere e reversibili (2002) e necessita della partecipazione attiva "a qualcosa che appartiene a più persone" (Neri, 2007, p.111), attivando un apparato interindividuale e sopra-individuale che collega gli individui, i loro apparati psichici e i rispettivi spazi onirici all'interno dello

spazio comune del gruppo (Kaës, 2002). Questo scenario è simile al concetto di spazio analitico di Viderman (1970), che rappresenta un luogo, sia immaginario che reale, dove si svolge la vita psichica e si sviluppano gli scambi interattivi (Rouchy, 1998).

Creando uno spazio di transizione che accoglie gli oggetti mediatori all'interno del processo terapeutico, si permette ai partecipanti di riconoscere e attribuire significati agli oggetti, riflettendo gli investimenti affettivi di ciascun membro del gruppo, inclusi quelli del terapeuta (Ferro, 2002; Winnicott, 1965). Di conseguenza, il gruppo non funziona solo come un dispositivo terapeutico, ma diventa anche un luogo in cui è possibile la creazione di nuovo senso a partire da oggetti culturali comuni, grazie alla sinergia degli elementi attivi nel campo analitico (Neri, 2007; Vacheret, 2002).

## **2.2 Ruolo degli oggetti di mediazione**

Vacheret (2002) ha sottolineato l'importanza, in ambito clinico, della posizione attiva assunta da ciascun partecipante nella scelta di investire affettivamente un oggetto. Gli oggetti affettivamente investiti vengono presentati al gruppo come frutto delle produzioni immaginarie individuali e, al tempo stesso, offrono un appoggio oggettuale su cui i membri del gruppo possono depositare le proprie rappresentazioni (Vacheret, 2002). Il ruolo chiave dell'oggetto mediatore è quello di facilitare la gestione delle pulsioni ritenute distruttive e pericolose, che possono essere mitigate e trasformate attraverso le associazioni che emergono nel gruppo (Zurlo, 2017). Nel contesto di gruppo, gli oggetti mediatori permettono che i pensieri potenzialmente minacciosi possano divenire fonte di emozioni positive nel momento in cui vengono condivisi e depositati nel campo gruppale, rinnovando così la dinamica del gruppo stesso (Neri; 2007; Zurlo, 2017). Come sottolineato da alcuni autori (Ambrosiano & Locati, 2023; Silvestri & Ferruzza, 2012), nella terapia di gruppo il conduttore non è l'unico interlocutore disponibile, come invece si osserva nel setting duale; ciò implica che il terapeuta rimanga meno coinvolto direttamente negli scambi verbali, affidando la dinamica delle interazioni allo sviluppo tematico spontaneo che emerge tra i membri del gruppo (Silvestri & Ferruzza, 2012). Gli oggetti mediatori supportano questa dinamica, sostenendo la condivisione tra i membri del gruppo, e fungendo da strumento terapeutico chiave nella gestione sicura dei pensieri potenzialmente pericolosi senza un intervento continuo del conduttore (Zurlo, 2017).

La funzione e l'efficacia dei gruppi a mediazione sono state sempre più riconosciute negli ultimi anni, sia in presenza che online, specialmente nelle terapie con

adolescenti che manifestano particolari difficoltà nell'esprimere i propri stati interiori (Ambrosiano & Locati, 2023). Zurlo (2017) ha osservato che la teoria psicoanalitica dei gruppi, soprattutto quella di matrice francese rappresentata da autori come Anzieu e Kaës, fornisce importanti punti di riferimento per l'utilizzo degli oggetti di mediazione. Le tecniche impiegate generano fenomeni specifici per ciascun tipo di dispositivo terapeutico, ma includono l'uso invariante delle libere associazioni, l'analisi del transfert e l'interpretazione (Zurlo, 2017). Inoltre Zurlo (2017) ha sottolineato come, all'interno di un approccio gruppoanalitico, gli oggetti di mediazione assumano un ruolo fondamentale quando elementi tradizionali della terapia risultano difettosi.

Per esempio, la capacità di formare associazioni libere e produrre legami tra i pensieri può essere compromessa da traumi profondi, rispetto ai quali i meccanismi di difesa sono risultati inefficaci, o sono stati utilizzati in modo eccessivamente rigido, rendendo difficoltoso il flusso naturale del pensiero (Mangini, 2015; Semi, 2011). In casi come questo, nel contesto terapeutico gruppal, gli oggetti di mediazione possono facilitare l'accesso all'immaginario condiviso, rendendo nuovamente disponibili i processi creativi e simbolici dei partecipanti (Zurlo, 2017).

Rispetto al transfert, Zurlo (2017) ha sottolineato come, nel contesto gruppal, gli oggetti di mediazione possano attrarre a sé elementi pulsionali appartenenti a *pattern* relazionali passati diretti non solo ai soggetti facenti parte del gruppo, ma anche agli oggetti originari, permettendo così una loro attenuazione e gestione (Zurlo, 2017). Vacheret (2002) ha inoltre osservato che, in presenza di pazienti particolarmente difficili, come quelli con personalità narcisistiche con livelli di funzionamento borderline o psicotico, gli oggetti mediatori possono aiutare a mantenere la stabilità del gruppo di fronte a moti pulsionali violenti ed impulsivi da parte dei singoli. Questi soggetti, spesso privi di un pensiero metaforico, possono manifestare difficoltà significative nel percorso terapeutico (Mangini, 2015). Nei pazienti con problematiche particolarmente invalidanti, si possono verificare fenomeni di transfert in cui i pazienti depositano inconsapevolmente aspetti problematici della propria realtà psichica nel gruppo, trasformandolo in un depositario delle proprie esperienze traumatiche e irrisolte (Vacheret, 2002). Questi elementi, assimilabili ai fatti psichici ingombranti e indigeriti descritti da Ferro (2002) nella sua trattazione delle patologie dell'apparato per pensare i pensieri, possono essere depositati tramite proiezione su qualsiasi membro del gruppo, che può assumere questi elementi su di sé accettando il ruolo di depositario (Vacheret, 2002). Secondo Vacheret

(2002) questo processo di deposito riguarda infatti principalmente le sofferenze narcisistiche estreme caratterizzate da esperienze traumatiche, portatrici quindi di un vissuto irrepresentabile e innominabile per il soggetto. All'analista spetta dunque un lavoro di significazione e definizione dell'affetto relegato alla dimensione inconscia (Vacheret, 2002): è all'interno di questo processo che si evidenzia il ruolo che gli oggetti mediatori potrebbero assumere con certi tipi di pazienti, per i quali il gruppo potrebbe fungere da scudo per attacchi e proiezioni altrimenti pericolose e minacciose per il singolo (Vacheret, 2002).

Per quanto riguarda l'interpretazione, Zurlo (2017) ha messo in evidenza come, nel contesto gruppale, la pensabilità e condivisione di quest'ultima differisca sensibilmente rispetto al setting individuale. Ciò accadrebbe principalmente perché il transfert risulterebbe proiettato su diversi elementi e richiederebbe una particolare attenzione per emergere nella dinamica del gruppo e per essere correttamente interpretato (Vacheret, 2002). I vari interventi e i relativi movimenti pulsionali, proiettati sui membri, emergono liberamente, consentendo ai partecipanti di rielaborare e ri-significare i propri vissuti evidenziabili all'interno di uno sviluppo tematico spontaneo (Ferro, 2002; Vanni, 1988; Zurlo, 2017). All'interno dei gruppi di mediazione, l'interazione "qui ed ora" con l'elemento inserito nel campo gruppale permette di modificare, trasformare e rimodellare ciò che viene detto e proiettato sull'oggetto (Vacheret, 2002). Gli immaginari dei partecipanti vengono scambiati, garantendo la produzione di nuovi significati mediati dall'oggetto e dalle interazioni in cui esso è coinvolto (Vacheret, 2002). Questo processo facilita l'elaborazione di elementi e aiuta nella simbolizzazione che raggiunge il canale verbale, risultando particolarmente utile per pazienti con difficoltà nell'accesso al pensiero simbolico e alla metaforizzazione, dove metodi terapeutici classici potrebbero avere dei limiti (Zurlo, 2017).

Gli oggetti di mediazione agiscono tramite il processo primario di condensazione di elementi affettivi, sensoriali e simbolici depositati nell'inconscio (Vacheret, 2002). Confrontandosi per mezzo di immagini sia reali che interne, il gruppo a mediazione attiva una regolazione pulsionale e affettiva e, quando un membro singolo condivide la motivazione sottostante la scelta di un'immagine, più o meno implicitamente propone anche l'affettività associata a quella scelta (Vacheret, 2002). Il gruppo, rispondendo a queste scelte, partecipa a un confronto che può alterare significativamente l'affettività iniziale associata alle immagini (Vacheret & Joubert, 2008). Il prodotto finale di questi

scambi è un lavoro di pensiero di gruppo che si avvicina al concetto di progetto comune inconscio di gruppo (Vanni, 1988). Vacheret e Joubert (2008) hanno osservato che il ruolo dell'oggetto di mediazione, come una fotografia, è quello di stimolare il partecipante a selezionarlo, guidato dalle emozioni che questi proietta sull'immagine. In questo modo, una semplice fotografia può evolversi in un prodotto del pensiero per immagini, permettendo il passaggio dalle caratteristiche oggettive della figura al mondo interno dell'individuo, popolato da affetti e proiezioni (Vacheret & Joubert, 2008). L'immaginario gruppale, influenzato dalle varie interazioni, subisce un processo continuo di introiezione e proiezione, rendendo il gruppo uno spazio dinamico in cui il pensiero simbolico viene continuamente negoziato e rielaborato (Friedmann, 2019). Questo processo è agevolato dalla natura duplice degli oggetti di mediazione, che servono come catalizzatori per la trasformazione psichica attivando due processi complementari (Vacheret & Joubert, 2008): la contemplazione di un'immagine, come ad esempio una foto, evoca emozioni e percezioni inerenti al processo primario e relative a percezioni preverbalmente altrimenti difficili da esprimere, ma ne facilita al contempo l'elaborazione per processo secondario, favorendo lo sviluppo della consapevolezza del vissuto emotivo e percettivo condiviso (Vacheret & Joubert, 2008). Attraverso l'uso di oggetti di mediazione di tipo figurativo, viene inoltre stimolato il pensiero per immagini che, agendo tramite metafore, consente il processo di simbolizzazione (Vacheret & Joubert, 2008). Serge Tisseron (1996a) ha evidenziato il potenziale dell'osservazione di una fotografia come elemento efficace nell'elaborazione simbolica. Tra le varie forme che un oggetto di mediazione può assumere, quella figurativa enfatizza il processo psichico che si verifica durante la contemplazione di una fotografia (Vacheret, 2008). La foto non permette di fissare solamente un'immagine nella memoria, ma anche gli affetti e le sensazioni relativi a una particolare situazione, supportando i processi mnestici che contribuiranno a rendere quell'immagine parte di un ricordo più o meno significativo (Vacheret, 2008). Vacheret (2008) ha osservato che il processo di scatto fotografico è analogo a quello psichico, poiché in entrambi si passa da un'esperienza diretta e immersiva a un momento in cui è possibile oggettivare l'esperienza stessa. Questo consente alla fotografia di funzionare come una protesi dell'apparato psichico, stimolando i processi di contenimento e trasformazione psichica (Vacheret, 2008). L'utilizzo di oggetti mediatori come le fotografie promuove quindi la funzione simbolica, facilitando la rielaborazione di esperienze che prima erano difficili o impossibili da

verbalizzare (Zurlo, 2008). Inoltre, il ruolo dei limiti posti dall'oggetto mediatore, come nella tecnica del Photolangage®, dove la domanda iniziale e l'immagine reale costituiscono confini dello spazio di gioco, all'interno del quale si sviluppano le associazioni dei membri, è cruciale per la terapia (Zurlo, 2008). La fotografia offre uno stimolo visivo e permette che su di essa si proietti un immaginario basato su produzioni psichiche sottostanti di natura inconscia (Zurlo, 2008), conferendo all'oggetto una valenza simbolica che va oltre ciò che la realtà dell'immagine descrive direttamente (Vacheret, 2002).

Il processo di simbolizzazione sfrutta sia il processo primario, sia il processo secondario, essenziale all'elaborazione del materiale pre-simbolico (Kaës, 2012). Kaës (2012) ricorda come già Freud avesse descritto il ruolo del processo primario nella formazione di dinamiche inconscie legate alla manifestazione di sintomi, al lavoro onirico e alla capacità di produrre libere associazioni. Questo processo opera infatti con elementi registrati dalla sensorialità percettiva e passibili di rimozione, che sono rappresentazioni di cosa depositate nell'inconscio individuale (Ferro, 2002). Anzieu (1972) ha sottolineato l'importanza del processo primario in contesti gruppalari, paragonandolo all'attività onirica per i suoi contenuti manifesti e quelli, latenti, che organizzano la vita psichica del gruppo (Anzieu, 1976; Vanni, 1988). Freud spiegò che le rappresentazioni di cosa possono essere associate a rappresentazioni di parola tramite il processo secondario, che si svolge nel Preconscio (Mangini, 2015). Qui si forma il significato degli elementi non rappresentabili precedentemente, utilizzando il principio di realtà e simboli culturalmente condivisi e introiettati (Mangini, 2015). Questo processo è cruciale per un'elaborazione psichica di simbolizzazione attraverso l'integrazione costruttiva di pulsioni, desideri e angosce nell'Io (Calamandrei, 2017), cambiando la forma del pensiero da cosa a parola e permettendo una maggiore investitura degli elementi verbalizzati rispetto alle sole rappresentazioni di cosa (Calamandrei, 2017; Ferro, 2002; Mangini, 2001). Gli oggetti di mediazione, nel contesto gruppalare, facilitano questo passaggio, offrendo una struttura verbale ed esplicita a vissuti e percezioni precedentemente non rappresentabili (Vacheret, 2002).

Il processo terziario, essenziale nei contesti terapeutici di gruppo, consente un'ulteriore elaborazione psichica dei contenuti (Green, 1984; Kaës, 2012). Questa fase avanzata trasforma la qualità dei contenuti psichici e favorisce il collegamento tra la dimensione di non rappresentabilità e l'apparato linguistico, permettendo che i significati



emergenti siano coerenti con la struttura culturale di riferimento (Kaës, 2012). Un esempio di questo processo sono racconti mitici e ideologie, che caratterizzano la dimensione grupale della psiche e giocano un ruolo fondamentale nel dispositivo gruppoanalitico (Kaës, 2012). Secondo Zurlo (2008) l'attivazione visiva offerta da una scena relazionale di gruppo attiva nella mente di ciascun partecipante immagini gruppali inconscie, stimolando le rappresentazioni dei gruppi interni e promuovendo la simbolizzazione. L'aggiunta di una mediazione a questo scenario intensifica gli effetti su tutte le dinamiche psichiche del gruppo, sia a livello intrapsichico che intersoggettivo, con l'obiettivo terapeutico di verbalizzare gli affetti scatenati dall'immaginario depositato sulla fonte di mediazione (Vacheret, 2008).

Secondo Vacheret (2008), vi è una differenza tra affetto e sentimento: l'affetto è direttamente collegato all'immagine o allo stimolo che ne facilita la rievocazione, come un oggetto di mediazione, mentre il sentimento deriva dalla formazione di legami interpersonali concreti. Gli oggetti mediatori, quindi, influenzano principalmente l'affetto, offrendo al gruppo la possibilità di verbalizzarlo e di mitigare gli aspetti più pericolosi e dolorosi di quest'ultimo, permettendo di riviverlo e riformularlo nell'*hic et nunc* dello spazio analitico (Vacheret, 2008). In questo modo, all'individuo è permesso di acquisire una maggiore consapevolezza dei dinamismi attivi nel gruppo analitico, non solo rispecchiandosi nei contributi degli altri partecipanti, ma anche percependo se stesso come membro attivo del gruppo e parte di un processo di trasformazione reciproca, osservato dagli altri durante la propria particolare interazione con l'oggetto (Vacheret, 2008).

L'introduzione di oggetti di mediazione nei gruppi ha un impatto significativo anche sui fattori terapeutici (Marogna, 2019). Ad esempio, attraverso la somministrazione del questionario TAS-20 (Bagby, 1994), per misurare il grado di alessitimia, e del F.A.T.A.S.-G (Marogna & Caccamo, 2014), basato sui fattori terapeutici individuati da Yalom (1997), si è osservato che l'introduzione di una fiaba come oggetto di mediazione all'interno di un gruppo terapeutico ha promosso la creazione uno spazio transizionale per "giocare pensieri ed affetti" (Marogna, 2019, p.336) attraverso il potenziamento della coesione e della ricapitolazione correttiva (Marogna, 2019). L'uso di oggetti transizionali come le fiabe, specialmente nella terapia con soggetti che presentano un funzionamento psicotico, permette ai pazienti di verbalizzare elementi altrimenti inesprimibili in prima persona, trasformando un mondo emotivo altrimenti "incandescente" (Marogna, 2019,

p.336) in una narrazione verbale gestibile (Marogna, 2019). I dati raccolti tramite il questionario TAS-20 indicano che l'uso degli oggetti di mediazione può effettivamente ridurre la difficoltà a identificare i propri sentimenti, una componente chiave dell'alessitimia (Marogna, 2019).

Il valore degli oggetti di mediazione risiede inoltre nella possibilità per i partecipanti di scegliere attivamente con quale oggetto interagire, riflettendo così un investimento personale significativo (Vacheret, 2008). Questa scelta permette ai soggetti di lasciarsi catturare dagli stimoli che maggiormente risuonano con le loro esperienze affettive, facendo sì che l'oggetto di mediazione non funga solo da catalizzatore di vissuti ed esperienze proiettati, ma anche da amplificatore di aspetti intrapsichici (Bessell, 2007). In questo modo, per quanto reali ed oggettivi, gli oggetti di mediazione permettono ai pazienti di sentir risuonare qualcosa di proprio, aumentando la comprensione di una parte di sé altrimenti inesplorata, e, tramite l'interazione di esperienze personali con quelle collettive, facilitano la comunicazione nel gruppo e arricchiscono il processo terapeutico (Bessell, 2007).

### **2.3 Teorie di riferimento**

Gli autori gruppoanalitici come Anzieu (1976) e Kaës (2012) hanno indagato il rapporto tra il ruolo dell'oggetto mediatore e le funzioni di contenitore e di contenuto che vengono attivate nel campo gruppale. Esiste infatti una sinergia che si instaura nel momento in cui sia il gruppo che l'oggetto mediatore agiscono e sono immersi in una situazione analitica (Vacheret & Joubert, 2008). Anzieu (1976) ha introdotto il concetto di "pelle del gruppo" in riferimento alla funzione di contenimento che permette al gruppo di fungere da involucro in grado di fornire protezione e di consentire ai partecipanti di percepirsi in uno spazio condiviso. Questa percezione è sostenuta e promossa dall'oggetto mediatore, che, offrendo la base per le proiezioni dei membri del gruppo, svolge anch'esso una funzione contenitiva, consentendo ai partecipanti di sostenere e tollerare l'immaginario pulsionale individuale anche qualora sia percepito come pericoloso o conflittuale, costituendo uno strumento terapeutico prezioso per l'analista (Vacheret & Joubert, 2008). L'oggetto di mediazione contribuisce anche alla funzione trasformativa del gruppo (Friedman, 2019), un processo assimilabile alle teorizzazioni di Bion sulla funzione alfa (Ferro, 2002; Neri, 2017) che ha la capacità di digerire gli elementi sensoriali non rappresentabili, tanto per il bambino nei primi anni di vita, quanto per il

paziente in una condizione di sofferenza psichica, per trasformarli in materiali psichicamente elaborabili (Neri, 2017). Se non adeguatamente trasformati, questi elementi grezzi vengono espulsi nell'ambiente circostante, tramite l'utilizzo rigido di meccanismi di proiezione e di scissione (Neri, 2017). Nel contesto terapeutico, la funzione alfa si attiva all'interno del processo di *rêverie* promosso dall'analista, che consiste nella sua capacità non solo di ricevere, ma anche di elaborare qualsiasi tipo di comunicazione del paziente, sia essa verbale o preverbale (Ferro, 2002). Nel contesto terapeutico di un gruppo a mediazione, l'insieme dei membri assume su di sé ed introietta la funzione di interprete degli affetti depositati dai singoli, traducendo elementi sensoriali, verbalizzazioni parziali, materiale conflittuale o aspetti di sofferenza riposti nel campo analitico e altrimenti non metabolizzabili in contenuti elaborabili (Vacheret & Joubert, 2008). Questo processo, definito da Corrao (1986) come funzione gamma, è simile alla funzione alfa riscontrabile nel setting individuale e non solo permette la trasformazione di elementi grezzi, ma offre la possibilità terapeutica di elaborazione delle angosce e delle ansie individuali all'interno del gruppo. Rispetto a tale funzione, nella specifica situazione del gruppo a mediazione, è l'oggetto stesso a catalizzare su di sé elementi grezzi e sensoriali, permettendo l'attivazione della funzione gamma che, nel contesto gruppal, permette la loro trasformazione (Micheloni, 2022). Recentemente, Tabarini (2022) ha illustrato un efficace esempio di come questa funzione possa manifestarsi anche tramite l'utilizzo dei racconti dei sogni dei singoli membri del gruppo, trattati come veri e propri oggetti di mediazione.

Secondo la proposta teorica di Kaës (2012), il gruppo intero è assimilabile a una figura materna, fungendo da ambiente contenitivo dove i membri possono depositare non solo gli aspetti positivi, ma anche gli affetti e gli elementi sofferenti della loro psiche, grazie al fenomeno di diffrazione del transfert. In questo processo, l'oggetto mediatore facilita il lavoro di simbolizzazione, ponendosi come fulcro degli scambi di gruppo in un particolare momento della seduta (Vacheret & Joubert, 2008). Ciò avviene perché il soggetto non solo ascolta, ma seleziona e assimila i contributi degli altri membri in relazione all'oggetto che ha scelto e investito affettivamente: per questo motivo, anche l'oggetto mediatore svolge la funzione di contenitore-contenuto, essendo continuamente modificato mentre trasforma (Vacheret & Joubert, 2008). A livello teorico e pratico, il metodo dei gruppi a mediazione si distacca dal modello interpretativo classico, privilegiando l'esplicitazione di contenuti ambivalenti e facilitando l'accettazione,

promuovendo la possibilità di entrare in contatto con prospettive diverse dalla propria (Micheloni, 2022).

Rispetto al piccolo gruppo analitico, Neri (2017) evidenzia come i contributi dei singoli membri durante la seduta procedano attraverso catene di associazioni tanto liberamente fluttuanti in gruppo quanto nel setting individuale. Tuttavia, all'interno del contesto gruppale, queste associazioni assumono la forma di un pensiero comune, risultato delle proposte dei singoli membri, che incorpora l'immaginario e i vissuti affettivi di ciascuno (Neri, 2017). Di conseguenza, vengono proposte immagini peculiari di gruppo, sia a livello fantasmatico che reale, alternando produzioni verbali a un pensiero per immagini, tipico del funzionamento psichico più primitivo (Neri, 2017). Secondo le teorie psicoanalitiche classiche (Mangini, 2001), già nelle fasi più precoci della formazione della psiche, forse già nella vita intrauterina, è possibile che un individuo acquisisca percezioni sensoriali che rimangono impresse nella memoria corporea, a partire dalle prime esperienze con il caregiver primario. Queste tracce non sono immediatamente accessibili alla coscienza, specialmente in soggetti che hanno subito traumi psicofisici in tenera età (Mangini, 2001). L'oggetto di mediazione stimola quindi la possibilità di pensare tramite immagini sensoriali, descritte come pittogrammi visivi (Ferro, 2002), incrementando la possibilità non solo di condividere pensieri verbalizzabili, ma anche di rievocare esperienze affettive molto precoci (Vacheret & Joubert, 2008). Il ruolo dell'oggetto mediatore è cruciale, oltre al solo dispositivo terapeutico del gruppo, per attivare la capacità di rievocazione di immagini sensoriali memorizzate dal corpo, fungendo da spazio ed elemento ambivalente per il deposito e la proiezione di tali immagini (Vacheret & Joubert, 2008). L'istanza psichica che viene sollecitata dalla proposta di un oggetto mediatore è quella preconsocia, dove risiede l'immaginario degli individui in uno stato che comprende sia i processi primari, caratteristici dell'inconscio, sia i processi secondari, caratteristici dell'Io più consapevole (Vacheret & Joubert, 2008). Pertanto, l'immaginario preconsocia è concettualizzabile come uno spazio transitorio, un luogo psichico di confine tra l'inconscio e il conscio, accessibile attraverso l'esplicitazione di processi rappresentativi che permettono agli affetti di manifestarsi (Mangini, 2015). L'utilizzo di oggetti mediatori di tipo visivo, in particolare, facilita il pensiero per immagini, una capacità della psiche che Vacheret (1999) ha assimilato al processo primario, e quindi alla dimensione inconscia. Secondo le proposte teoriche di alcuni psicoanalisti italiani (Ferro, 2002; Neri, 2017), a questo livello gli elementi psichici

si manifestano sotto forma di immagini fantasmatiche, primariamente connesse al senso della vista. La riflessione di Vacheret (2008) sulla fotografia, ispirata dalla produzione di Pierre Soulages, introduce il concetto di fotograficità come un parallelo all'esperienza nel processo di cattura della realtà in uno scatto. Questo non si limita solamente alla percezione sensoriale oggettiva dell'immagine, ma incorpora anche gli aspetti simbolici che danno vita alla fotografia (Vacheret, 2008). Vacheret (2008) ha evidenziato due aspetti distintivi del processo fotografico influenzati dalle opere di Soulages: l'irreversibilità e l'inesauribilità. L'irreversibilità, riflettendo la natura unica e irrecuperabile di ogni momento, si riferisce all'istante preciso dello scatto, che cattura e cristallizza un accadimento irripetibile, sigillando quest'ultimo come un ricordo del passato (Vacheret, 2008). L'inesauribilità descrive invece la fase successiva allo scatto, in cui le immagini possono essere soggette a infinite modifiche e reinterpretazioni (Vacheret, 2008). Il paragone che Vacheret (1999) ha tratto tra la fotografia e i processi psichici sottolinea l'inesauribilità delle immagini, considerando la vasta gamma di affetti ed interpretazioni simboliche che possono emergere non solo tra diversi individui, ma all'interno dello stesso soggetto nel corso del tempo (Vacheret, 2008). Paul Denis (1994) ha approfondito ulteriormente il concetto, evidenziando come la fotografia stimoli non solo la parola e le azioni, ma anche un processo intrapsichico di rievocazione di pensieri e affetti. In un contesto terapeutico, l'utilizzo delle immagini può facilitare la comunicazione con gli aspetti fantasmatici dell'individuo e aiutare nella gestione del legame tra gli elementi rappresentativi e la realtà oggettiva esterna (Denis, 1994). Ciò mostra che, a differenza degli oggetti mediatori narrativi, gli elementi visivi come le fotografie offrono un mezzo di comunicazione sincronico, che presenta simultaneamente elementi percettivi ed affettivi (Denis, 1994). Lo Piccolo (2016) ha offerto una propria interpretazione del modo in cui l'utilizzo di immagini visive interagisca con la psiche umana, paragonandole ai processi psicoanalitici di condensazione, spostamento e accostamento di materiale conflittuale, tipicamente associati al lavoro onirico. L'esperienza iniziale di una persona di fronte a un'immagine visiva usata come oggetto di mediazione è quella di riconoscere l'immagine come un prodotto personale che riflette il proprio sé e il proprio mondo interno, scatenando affetti collegati a quella rappresentazione figurativa (Lo Piccolo, 2016). Successivamente, il soggetto è in grado di elaborare ulteriormente queste impressioni iniziali, passando alla verbalizzazione delle sensazioni che l'oggetto ha permesso al soggetto di esperire (Lo Piccolo, 2016). Questo

è un passaggio critico, specialmente nei contesti terapeutici dove la capacità rappresentativa della psiche può essere compromessa o disorganizzata, spesso a causa di traumi gravi (Lo piccolo, 2016). Mangini (2015) ha sottolineato l'importanza delle immagini per strutturare e organizzare l'attività psichica degli individui. Dopo la pubblicazione de "L'interpretazione dei sogni" da parte di Freud (1899), l'immagine onirica è stata valorizzata come un'espressione cruciale dell'inconscio e, quindi, come una via regia per accedere a contenuti altrimenti irraggiungibili e verbalizzarli, grazie alle proprietà di raffigurabilità e simbolizzazione degli elementi figurativi (Zurlo, 2017). Mangini (2001) ha sottolineato come, inizialmente, la psicoanalisi puntasse a stimolare, anche tramite l'attività onirica, la rievocazione dell'immaginario individuale e a favorire la sua verbalizzazione. Con il tempo, tuttavia, la teoria psicoanalitica ha subito significative evoluzioni, specialmente con il passaggio dalla prima alla seconda topica di Freud, che ha portato a una nuova comprensione della struttura psichica e, di conseguenza, a una revisione del ruolo delle immagini nel contesto terapeutico (Mangini, 2001). L'evoluzione della psicoanalisi post-freudiana ha portato a una nuova considerazione dei disturbi psicotici e psicosomatici, enfatizzando non solo gli aspetti economici e dinamici, ma anche il deficit della funzione di simbolizzazione e il collegamento tra processi primari o secondari (Mangini, 2001). Autori come Winnicott (1965) e Bion (1992) hanno introdotto concetti influenti come l'*holding* e la *rêverie* materna, che hanno ampliato l'approccio relazionale della psicoanalisi (Mangini, 2001). Grazie a questa evoluzione teorica, sono stati sviluppati nuovi dispositivi terapeutici focalizzati sulla creazione di contesti relazionali e orientati a compensare i deficit affettivi che i pazienti possono aver sperimentato più o meno precocemente nella loro vita (Lo Piccolo, 2016). Secondo Vacheret (2008), ciò che differenzia le immagini interne dalle mere rappresentazioni di cosa è l'affettività: infatti, mentre le rappresentazioni emergono spontaneamente e indipendentemente dagli affetti, le immagini interne sono profondamente connesse con l'inconscio e il mondo affettivo dell'individuo (Vacheret, 2008). Analogamente a quanto proposto dalle teorie psicoanalitiche di stampo relazionale, il pensiero per immagini, producendo rappresentazioni interne, è in stretta relazione con l'inconscio e il mondo affettivo individuale, e permette di formare immagini che sono soggettivamente connotate, derivando direttamente dal dato sensoriale (Vacheret, 2008).

Nonostante gli oggetti di mediazione visivi possiedano importanti funzioni

terapeutiche, le sensazioni preverbali non sono limitate solo alla vista, e le cosiddette immagini interne non sono necessariamente solo visive (Mitsopoulou-Sonta & Vacheret, 2016). Infatti, quando si presenta nel preconsiglio dell'individuo, ogni percezione può evocare scene passate tramite affetti che, riaffiorando, ricollegano gli elementi della memoria precedentemente investiti e poi rimossi (Mangini, 2015). Sebbene gli oggetti di mediazione figurativi siano efficaci nel rendere presenti nell'*hic et nunc* della seduta elementi altrimenti non recuperabili attraverso la funzione rappresentativa delle immagini (Mitsopoulou-Sonta & Vacheret, 2016), le scene rievocate dagli oggetti di mediazione includono anche esperienze legate ad altre sfere sensoriali, come sensazioni tattili, odori e perfino percezioni gustative, che vengono internamente rivissute (Vacheret, 2008).

Marogna e colleghi (2019) hanno esplorato l'efficacia terapeutica degli oggetti di mediazione in un contesto istituzionale e riabilitativo con un gruppo di dodici pazienti con diagnosi di schizofrenia. Durante le sedute con questo gruppo, è stata utilizzata la fiaba come oggetto mediatore per facilitare l'elaborazione degli elementi affettivi ed emotivi emergenti (Marogna, 2019). La psicoanalisi considera la parola come un contenitore di significati, analogo a un contenitore che racchiude un contenuto (Mangini, 2015). Attraverso l'oggetto di mediazione della fiaba, i pazienti hanno potuto verbalizzare il proprio mondo emotivo e affettivo in terza persona, il che ha permesso di maneggiare nel gruppo terapeutico emozioni potenzialmente "esplosive e devastanti" in modo più sicuro e graduale (Marogna, 2019, p.335). L'utilizzo della fiaba come oggetto di mediazione ha favorito un "risveglio protetto e contenuto" (Marogna, 2019, p.336) del mondo emotivo ed affettivo dei pazienti ed ha al contempo stimolato la trasformazione di affetti e sensazioni precedentemente non pensabili in elementi verbali condivisi all'interno del gruppo (Kaës, 1994). La riflessione su come l'oggetto mediatore della fiaba influenzi la percezione temporale nei pazienti con grave disagio mentale è particolarmente significativa (Marogna, 2019). La sintomatologia psicotica spesso altera la percezione del tempo, rendendola indefinita e confusa, mentre le fiabe, narrate al presente indicativo, offrono un tempo narrativo contenitivo, certo e sicuro (Guida, 2012). Questo "tempo transizionale di possibilità" (Marogna, 2019, pag.338), permette di esplorare uno spazio mentale: quest'ultimo è differente sia da quello ordinario dei soggetti privi di una psicopatologia franca, sia dal caos interno che caratterizza i pazienti che presentano una sintomatologia psicotica (Marogna, 2019). La fiaba diventa un veicolo attraverso cui i contenuti non pensabili si trasformano in narrazioni condivisibili,

attraverso transiti emotivi che permettono di nominare ciò che prima era non rappresentabile (Ferro, 2004). L'oggetto mediatore contribuisce quindi alla creazione di uno spazio parlante, una dimensione generata dall'incontro del singolo individuo con i membri del gruppo che genera una rete intersoggettiva di pensieri collegati attraverso la parola (Aulagnier, 1975; Marogna, 2019). In questo contesto, ogni membro del gruppo a mediazione diventa "porta-parola" dei contenuti depositati, e l'insieme dei membri agisce da "cassa di risonanza e di significazione" (Marogna, 2019, p.338), amplificando e articolando il significato delle esperienze individuali. Questo approccio è radicato nella prassi psicoanalitica, in cui la parola è strumento essenziale alla costruzione di uno spazio simbolico comune tramite il quale modulare e regolare le comunicazioni umane (Marogna, 2019). In tale spazio, i termini utilizzati dai pazienti sono forieri di contenuti latenti, che tentano una via di rappresentabilità nella narrazione ricordata e poi condivisa dai singoli (Marogna, 2019). L'oggetto mediatore della fiaba, scelto da ciascuno all'inizio di ogni seduta, risponde alla regola della libera associazione, tipica della pratica psicoanalitica, ma adattata al contesto grupppale (Marogna, 2019). La libertà di parlare senza filtri inibitori, in gruppo si trasforma in un "dire con", dove l'interdipendenza tra le parole dei singoli fa sì che pensieri ed emozioni siano trasformate in parole per mezzo dell'apparato del gruppo (Marogna, 2019, p.338).



## CAPITOLO 3

### IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

#### 3.1 Definizione e inquadramento

Nella quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), il Disturbo da Gioco d'Azzardo (*Gambling Disorder*: 312.31; F63.0) è descritto come un comportamento di gioco persistente e maladattativo che impatta negativamente sugli obiettivi personali, familiari o lavorativi.

Secondo il DSM-5, questo disturbo è definito dall'emergere di nove criteri specifici nell'ultimo anno, con almeno quattro necessari per la formulazione di una diagnosi (American Psychiatric Association, 2013). Tra questi criteri vi sono: l'esigenza di aumentare le somme di denaro giocate per ottenere l'eccitazione ricercata, irrequietezza o irritabilità quando si tenta di smettere di giocare, tentativi ripetuti e fallimentari di controllare il gioco, e frequenti pensieri o preoccupazioni sovente riguardanti il gioco. Altri sintomi includono: giocare per alleviare stress o stati di umore negativo, tentare di pareggiare guadagni e perdite, mentire per nascondere l'effettiva entità del coinvolgimento nel gioco, compromettere o perdere relazioni ed opportunità lavorative o educative a causa del gioco e il ricorso a prestiti di denaro da parte di terzi (American Psychiatric Association, 2013). La presenza del comportamento di gioco esclusivamente durante un episodio maniacale è considerata un criterio di esclusione (American Psychiatric Association, 2013). Le specifiche del DSM-5 richiedono di indicare se il comportamento è episodico, persistente o in remissione precoce o sostanziale (American Psychiatric Association, 2013). La gravità del disturbo è classificata come lieve se quattro o cinque criteri sono rispettati, moderata (sei o sette criteri) o grave (otto o nove criteri) (American Psychiatric Association, 2013). Mentre nel DSM IV il Gioco d'Azzardo Patologico era classificato come un Disturbo del Controllo degli Impulsi, nel DSM-5 è stato rinominato e collocato nella categoria dei Disturbi da Dipendenza (Ramasso, 2018).

La prevalenza del disturbo è stimata allo 0,5% della popolazione adulta degli Stati Uniti, con stime simili o leggermente maggiori in altri paesi (Potenza, 2019). Nella società occidentale, questa condizione patologica è spesso associata a giudizio morale e stigma, complicando ulteriormente la ricerca di aiuto (Gainsbury, 2014).

Nel DSM-5, il disturbo è stato classificato in relazione al consumo di sostanze, utilizzando i criteri per definire la gravità in modo simile ai disturbi da abuso di sostanze (American Psychiatric Association, 2013). Il comitato del DSM-5 ha deciso che un semplice conteggio dei criteri fosse sufficiente per determinare il livello di gravità, poiché lo stesso approccio è stato applicato all'uso di sostanze (Grant, 2017). Tuttavia, ricerche recenti suggeriscono che i singoli criteri potrebbero non essere equivalenti in termini di contributo alla gravità del comportamento di gioco d'azzardo (Slecicka, 2015). In uno studio, Grant (2017) ha confrontato i tre diversi livelli di gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo, così come delineati nel DSM-5, confrontandoli con quelli proposti da altri strumenti clinici di valutazione, ipotizzando una mancata coincidenza fra differenti modalità di valutazione utilizzate in ambito clinico e di ricerca. I gruppi di soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo di livello moderato e grave, paragonati al gruppo di gravità lieve, tendevano a presentare un'età più matura, un esordio più tardivo, perdite di denaro più elevate, una peggiore qualità di vita, livelli più elevati di ansia e depressione e un consumo maggiore di nicotina (Grant, 2017). Tuttavia, questi gruppi non differivano significativamente rispetto alle misure proposte dal DSM-5 (Grant, 2017). Utilizzando la scala *Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Pathological Gambling* (PG-YBOCS; Hollander & Begaz, 2004), è stato possibile discriminare tra i tre gruppi in modo più rilevante (Grant, 2017). Le conclusioni di Grant (2017) suggeriscono che diverse metodologie di misurazione della gravità psicopatologica e dell'impatto funzionale del gioco d'azzardo risultano simili nei casi gravi e moderati di Disturbo da Gioco d'Azzardo, mentre i casi lievi sono chiaramente differenziati da quelli moderati e gravi (Grant, 2017). Ne deriva, pertanto, che l'attuale definizione della gravità dei sintomi del Disturbo da Gioco d'Azzardo presenta importanti limitazioni in termini di utilità clinica (Grant, 2017).

### **3.2 Dipendenza da gioco e piattaforme digitali**

L'utilizzo maladattativo di piattaforme digitali, soprattutto tra i giovani, è spesso correlato al Disturbo da Gioco d'Azzardo (Germani, 2023).

L'ultima versione dell'*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11; World Health Organization, 2019) include il *Gaming Disorder* (GD), un disturbo da gioco caratterizzato da un comportamento persistente o ricorrente di *gaming digitale* o *video gaming*, online od offline. Questa condizione è simile al Disturbo da Gioco d'Azzardo per la compromissione del controllo di frequenza,

intensità, durata, contesto, inizio e fine dei comportamenti di gioco, la priorità data al gioco rispetto ad altre attività e la prosecuzione del gioco nonostante le sue conseguenze negative (World Health Organization, 2019). Il Gaming Disorder è tuttavia distinto dal Disturbo da Gioco d'Azzardo, anche quando condotto prevalentemente online, e non può essere spiegato da un disturbo bipolare (World Health Organization, 2019). La seconda edizione del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2018), include il disturbo da dipendenza da internet nella sezione dedicata agli adolescenti, considerando vari comportamenti da uso eccessivo di internet -gioco online, uso dei social network, comunicazione via e-mail, pornografia online, shopping in rete- come potenzialmente compromettenti il funzionamento individuale e associati a perdita di controllo e ad esperienze di astinenza e tolleranza (McWilliams & Lingiardi, 2018).

Al di là delle differenze tra i sistemi diagnostici, è interessante menzionare i disturbi relativi al gioco online e all'utilizzo problematico di internet, poiché tutte le diagnosi sopra citate sono spesso riscontrabili in comorbidità con altri disturbi mentali, come l'uso di sostanze, disturbi dell'umore, ansia o Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (DDAI), disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del sonno e, rilevante per lo studio che verrà presentato nei prossimi capitoli, il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Germani, 2023). Infatti, il Disturbo da Gioco Prevalentemente Online (ICD-11), il Disturbo da Gioco su Internet (DSM-5-TR) e il Disturbo da Dipendenza da Internet (PDM-2) derivano dalla descrizione della dipendenza da internet condotta da Young (2009), che si concentra sull'identificazione delle differenze tra l'uso normale e patologico di internet sottolineando le somiglianze con il gioco d'azzardo patologico e l'abuso di sostanze (Young, 2009). Secondo questa prospettiva, il Disturbo da Dipendenza da Internet è definito come un disturbo del controllo degli impulsi non legato a una sostanza tossica, ma caratterizzato da pensieri, emozioni e comportamenti relativi all'utilizzo di internet, simili a quelli osservati nel Disturbo da Gioco d'Azzardo (Young, 2009). Questi includono preoccupazione costante, bisogno e ricerca di sollievo da umore disforico, tentativi fallimentari di controllo, cessazione dell'attività di gioco seguita da sentimenti di irrequietezza, labilità emotiva, depressione, irritabilità e problemi nelle relazioni interpersonali, sul lavoro e in campo educativo (Young, 2009).

### **3.3 Comorbidità e implicazioni cliniche**

Oltre alla co-occorrenza di Disturbo da Gioco d'Azzardo e Disturbo da

Dipendenza da Internet, diversi studi hanno dimostrato un'associazione tra condotte di gioco d'azzardo e Disturbi del Comportamento Alimentare, in particolare per quelli riguardanti cicli di abbuffate e condotte di compensazione e caratterizzati da una marcata impulsività (Jimenez-Murcia, 2013; Lemón, 2021). Il gioco d'azzardo patologico è elevato tra le persone con diagnosi di Bulimia Nervosa e *Binge Eating Disorder*: Von Ronson e colleghi (2013) hanno riscontrato un alto tasso di Disturbi Alimentari nel 38% delle donne adulte, rispetto al 4% degli uomini adulti, in un campione di soggetti in una comunità terapeutica per persone con problematiche legate al gioco d'azzardo. Alcune prospettive suggeriscono che il *Binge Eating Disorder* possa essere concettualizzato come una dipendenza comportamentale simile al Disturbo da Gioco d'Azzardo (Farstad, 2015). Nei pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo, la prevalenza di una condotta da dipendenza da cibo (*Food Addiction*, FA) è infatti risultata essere del 31% nelle pazienti di genere femminile e del 7% nei pazienti di genere maschile (Jimenez-Murcia, 2017). Un crescente corpo di ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare suggerisce che il *Binge Eating Disorder* condivida somiglianze con le dipendenze da sostanze più convenzionali e che alcune forme di sovra-alimentazione possano essere più propriamente descritte come veri e propri *addiction disorders*, ovvero disturbi da dipendenza (Davis, 2011; Jimenez-Murcia, 2019). Complessivamente, la letteratura suggerisce che il Disturbo da Gioco d'Azzardo e i Disturbi del Comportamento Alimentare appartengano a uno spettro patologico simile o comunque presentino aree di sovrapposizione (Jimenez-Murcia, 2013). Infatti, i pazienti che presentano sia la diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo che quella di Disturbo del Comportamento Alimentare manifestano maggiori e più severi livelli di disagio psicofisico (Lemón, 2021). Uno studio di Lemón (2021) ha investigato, nella popolazione clinica svedese, la relazione tra il Disturbo da Gioco d'Azzardo e i Disturbi del Comportamento Alimentare per esaminare se gli individui con entrambe le diagnosi abbiano un livello più elevato di comorbidità psichiatrica. Gli autori hanno utilizzato i dati diagnostici del registro nazionale svedese, includendo tutti gli individui con una diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo effettuata da un centro di cura specializzato nel periodo tra il 2005 e 2016, raccogliendo un campione di 2.099 soggetti (Lemón, 2021). Un totale di 57 (3%) individui con Disturbo da Gioco d'Azzardo ha ricevuto inoltre una diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare durante il periodo dello studio, di cui 39 donne e 18 uomini (Lemón, 2021). Il gruppo di pazienti con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo e disturbo alimentare

presentava un'età significativamente più bassa ( $M = 32,2$  vs  $M = 36,6$ ) e una maggiore percentuale di donne (68% vs 21%) rispetto a quello dei pazienti affetti solo da Disturbo da Gioco d'Azzardo (Lemón, 2021). Per entrambi i generi, comunque, i pazienti con una compresenza delle due diagnosi erano significativamente più portati ad avere in comorbidità altri disturbi psichiatrici come condotte di abuso di sostanze, disturbi depressivi, bipolari o altri disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità e neuropsichiatrici (Lemón, 2021). È inoltre emerso che la comorbilità fra Disturbo da Gioco d'Azzardo e disturbi alimentari era particolarmente incidente nei soggetti di genere femminile, che presentavano un'età d'insorgenza dei disturbi più bassa e una più frequente comorbilità con disturbi depressivi e di personalità (Lemón, 2021). Sia i Disturbi del Comportamento Alimentare, sia il Disturbo da Gioco d'Azzardo sono associati a bassi livelli di assertività (Alvarez-Moya, 2007), tanto che pazienti con entrambe le diagnosi sembrano presentare livelli inferiori di auto-direzionalità (Jimenez-Murcia, 2017). Questo suggerisce che i comportamenti che rientrano nello spettro dei disturbi alimentari abbiano caratteristiche in comune con il gioco d'azzardo problematico (Lemón, 2021). Ciò supporta l'idea che i disturbi legati alla capacità di gestione degli impulsi, come il gioco d'azzardo problematico e lo shopping compulsivo, siano associati a condotte alimentari più problematiche e severe e a tratti di personalità disadattivi (Alvarez-Moya, 2007; Fernandez Aranda, 2006; Jimenez-Murcia, 2013). Lo studio di Lemón è inoltre coerente con altre ricerche che indicano come pazienti con problematiche sia di gioco che di alimentazione presentino un numero maggiore di giornate spese a giocare, più distorsioni cognitive legate al gioco, ideazioni suicidarie, minore autostima, maggiore abuso di sostanze, più impulsività e ulteriori comorbilità psichiatriche (Jimenez-Murcia, 2017; von Ranson, 2018; Yip, 2011).

Una prospettiva orientata a spiegare la comorbilità tra condotte di gioco d'azzardo e disturbi dell'umore in pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare, ipotizza che gli elementi distimici siano secondari alle perdite finanziarie dovute al gioco d'azzardo (Kim, 2006). In altri casi, invece, sintomi depressivi si sviluppano prima dei problemi di gioco e un sottogruppo di giocatori d'azzardo è risultato ricorrere alle giocate proprio per attenuare i sintomi di depressione ed ansia (Blaszczynski, 2002). L'attenzione dovuta al quadro clinico dei pazienti con comportamenti di gioco d'azzardo è dunque particolarmente importante in contesti dove gran parte del trattamento per il gioco d'azzardo è fornito al di fuori della psichiatria e delle istituzioni e dove non sia

consuetudine eseguire un controllo su presunti indicatori di disordine alimentare (Lemón, 2021).

### **3.4 Teorie eziologiche di riferimento**

L'eziologia del Disturbo da Gioco d'Azzardo è complessa, coinvolgendo l'interazione tra fattori genetici ed elementi ambientali (Potenza, 2019).

Alcuni gruppi di soggetti hanno rischi più elevati di sviluppare questo disturbo, in particolare adolescenti e adulti fino alla mezza età, individui appartenenti a minoranze etniche, persone con scarsa istruzione, storie traumatiche o che vivono in contesti svantaggiati (Potenza, 2019). Al contrario, fattori come una buona tutela genitoriale e l'affiliazione a una comunità religiosa sembrano essere protettivi (Potenza, 2019). Storicamente, gli individui di genere maschile sembrano più propensi a sviluppare questo disturbo, anche se questa differenza di genere sembra essere in diminuzione (Blanco, 2006).

Per quanto riguarda i dati sociodemografici, gli individui di genere femminile sembrano più propensi a coinvolgersi nel gioco d'azzardo non strategico, come le macchinette elettroniche, per motivazioni relative al rinforzo negativo, come alleviare sintomi depressivi, e presentano un decorso più rapido delle problematiche legate al gioco d'azzardo (Zakiniaciz, 2017). Il gioco d'azzardo patologico si manifesta diversamente tra gli adolescenti a causa delle risorse finanziarie limitate e delle restrizioni legate all'età (Potenza, 2019). Nei giovani, i problemi scolastici costituiscono un importante segnale d'allarme per il gioco d'azzardo patologico, mentre negli adulti possono essere maggiormente allarmanti i problemi finanziari e le difficoltà nelle relazioni con i partner (Potenza, 2019).

Diversi modelli eziologici sono stati proposti anche per spiegare l'insorgenza del Disturbo da Gioco d'Azzardo, dai paradigmi cognitivo-comportamentali a quelli biopsicosociali e psicoanalitici (Sharpe, 2002). Il *pathways model* suggerisce l'esistenza di tre distinti gruppi di individui con condotte di gioco d'azzardo patologico: i pazienti condizionati a livello comportamentale, i soggetti emotivamente vulnerabili e coloro che mostrano tratti di impulsività antisociale (Blaszczynski, 2002). Gli individui emotivamente vulnerabili giocano per motivazioni di rinforzo negativo, come la possibilità di eludere stati d'animo spiacevoli, mentre quelli antisociali giocano per motivazioni di rinforzo positivo, come la ricerca di sensazioni forti e stimolanti

(*sensation-seeking*). Nel gruppo condizionato a livello comportamentale, sono frequenti le distorsioni del pensiero, come la fallacia del giocatore (*gambler's fallacy*), e l'illusione di poter controllare eventi non prevedibili (*illusion of control*) (Potenza, 2014). Queste concezioni possono essere relative a circuiti neurali che coinvolgono l'area insulare, implicate nel *craving* dei soggetti che soffrono di questo disturbo (Limbrick-Oldfield, 2017). Il *pathways model* suggerisce anche l'esistenza di un sottogruppo di giocatori con un esordio precoce, un quadro psicopatologico severo, alti livelli di impulsività e alta ricorrenza di disturbo di personalità antisociale (Blaszczynski, 2002). Altri modelli teorici sottolineano l'importanza della co-occorrenza di disturbi e fattori relazionali, sia relativamente al gruppo dei pari che a quello familiare (Blanco, 2015).

Per quanto riguarda l'eziologia psicodinamica, sembrano essere coinvolte nello sviluppo del gioco d'azzardo fantasie onnipotenti e perverse (Simmel, 1920). Il gioco d'azzardo viene infatti paragonato all'alcolismo, in quanto modalità regressiva ed esibizionistica per fuggire dalla realtà (Stekel, 1924). Secondo questa prospettiva, la fede del giocatore nella superstizione, con il relativo ricorso a rituali, rappresenta un oracolo che, in caso di vittoria, può autorizzare l'esaudimento di altri desideri (Stekel, 1924). L'interpretazione psicoanalitica associa inoltre al gioco d'azzardo un tentativo di autopunizione correlato ai desideri edipici: il ricorso al gioco sarebbe quindi un tentativo maniacale e in un certo senso delirante di compensazione nei confronti di sensi di colpa intollerabili per la coscienza (Geha, 1970). L'esito nel giocatore sarebbe quindi una rabbia coscientemente rivolta all'esterno, nelle forme di impulsività e sadismo, ma inconsciamente rivolta all'interno, declinata cioè come autopunizione e masochismo (Geha, 1970): se vincere contro il destino rappresenta l'omicidio del padre su cui trionfare, perdere permette invece di essere puniti (Fenichel, 1945). Il giocatore d'azzardo tenta strenuamente, dunque, di realizzare l'impossibile impresa di vincere e perdere nello stesso tempo (Fenichel, 1945). Il ricorso al gioco come frutto di un conflitto intrapsichico trova riscontro anche nell'interpretazione secondo la quale il fine autentico del giocatore non sia quello di vincere, ma di perdere, perché ciò che si cerca è il rischio, non il guadagno (Bergler, 1974). Giocare con il destino, rappresentazione dei genitori, comporterebbe infatti la pretesa di controllarlo megalomaniacamente (Bergler, 1974). Oltre alle fantasie onnipotenti, il gioco attiverebbe poi inconsciamente la ribellione latente contro la logica, la moderazione e la rinuncia. Fenichel (1945) sottolinea inoltre come il gioco d'azzardo, così come perversioni e tossicomanie, siano spesso presenti in pazienti

con caratteristiche di personalità narcisistica, dove l'impulso a giocare è egosintonico.

Studi sulla popolazione generale indicano poi che il rischio di sviluppare il Disturbo da Gioco d'Azzardo è collegato a fattori genetici e ambientali (Potenza, 2019). Dal punto di vista neurobiologico, il comportamento di gioco d'azzardo è stato messo in relazione con l'espressione di molti geni e regioni del genoma che, sensibili all'influenza di eventi ambientali complessi, richiedono una comprensione più approfondita dell'eziologia del disturbo (Potenza, 2019).

Ricerche in genetica molecolare hanno individuato caratteristiche genetiche specifiche e clinicamente rilevanti nei soggetti con questo disturbo (Slutske, 2009). Studi sull'ereditabilità tra gemelli sono stati condotti grazie a registri come il *Vietnam Era Twin Registry* (VET-R) (Eisen, 1989) e l'*Australian Twin Study of Gambling* (Slutske, 2009), con più di 11.500 soggetti di ambo i generi coinvolti. Le stime tratte da questi dati indicano un fattore di ereditabilità tra il 35% e il 54% per i criteri secondo il DSM-IV relativi al Disturbo da Gioco d'Azzardo (Potenza, 2019). Studi sul campione del VET-R hanno rivelato che la co-occorrenza del gioco d'azzardo problematico e altri disturbi psichici è dovuta a fattori genetici sottostanti anche a depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, abuso di sostanze e disturbo ossessivo-compulsivo, oltre che a fattori genetici e ambientali comuni ai soggetti che abusano di alcol, presentano un disturbo da panico e sono soggetti alla dipendenza da nicotina e cannabis (Potenza, 2005; Scherrer, 2015; Slutske, 2000; Xian, 2014). I dati dall'*Australian Twin Registry* hanno inoltre individuato differenze genetiche nelle dinamiche responsabili dell'esordio del Disturbo da Gioco d'Azzardo: i fattori genetici contribuiscono in modo determinante all'età di esordio del disturbo negli uomini, mentre nelle donne sono i fattori ambientali condivisi a essere determinanti (Slutske, 2009). Tuttavia, è anche possibile che sia il rischio genetico di sviluppare questa condotta a rendere gli individui più suscettibili agli effetti negativi dell'ambiente circostante svantaggiato (Slutske, 2015). Studi epigenetici preliminari suggeriscono che la modulazione del gene DRD2, responsabile della produzione dei recettori della dopamina, è associata all'esito del trattamento dei disturbi da gioco d'azzardo, soprattutto tra individui con tratti impulsivi (Hillemacher, 2016). La neurobiologia del Disturbo da Gioco d'Azzardo è stata inoltre collegata a differenze nelle regioni fronto-striatali e limbiche, come il sistema dopaminergico, la corteccia orbitofrontale e anteriore cingolata, l'insula, l'ippocampo e l'amigdala (Potenza, 2019). Queste regioni sono associate a caratteristiche cliniche riferibili al gioco problematico,



come l'eccitamento dovuto alla ricompensa, la sensibilità all'euforia, il comportamento di ricerca inconsapevole della perdita, definito *loss-chasing*, la disregolazione dello stress, problemi socio-emotivi e *decisionmaking* maladattativo (Clark, 2019). Alla luce di questi risultati, sembra che anomalie nello striato ventrale possano contribuire al comportamento impulsivo di pazienti con questo disturbo, mentre una sensibilità aumentata alla dopamina nello striato dorsale potrebbe influenzare la gravità delle condotte di gioco d'azzardo patologico (Clark, 2019). Inoltre, studi mostrano l'associazione tra il punteggio del rischio poligenico per l'alcolismo e la gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo, supportando la connessione tra queste due condotte di abuso (Lind, 2013). Tuttavia, i risultati ottenuti tramite la tomografia a emissione di positroni (PET) in individui con un Disturbo da Gioco d'Azzardo non mostrano un deficit di recettori della dopamina equiparabile a quello, significativamente maggiore, riscontrabile in soggetti con un Disturbo da Abuso di Sostanze (Heinz, 2004). Questo suggerisce che nel Disturbo da Abuso di Sostanze i recettori ridotti potrebbero rappresentare gli effetti neurotossici delle sostanze, piuttosto che essere un meccanismo concausale dell'esordio della dipendenza (Heinz, 2004). Risultato interessante è inoltre che in soggetti affetti dalla sindrome di Parkinson, sono stati riscontrati elementi di disregolazione degli impulsi associabili al comportamento da gioco d'azzardo (Weintraub, 2006; Weintraub, 2010). Inoltre, si evidenzia come soggetti affetti dalla sindrome di Parkinson con un comportamento di gioco d'azzardo problematico riportino un maggior rilascio di dopamina durante la giocata (Weintraub, 2006; Weintraub, 2010).

Combinare misure di valutazione tramite tecniche di neuroimaging, risposta ai farmaci, test genetici e neuropsicologici potrebbe aiutare a comprendere quali sottogruppi di pazienti potrebbero rispondere meglio a certi trattamenti e identificare i meccanismi biopsicosociali che sottendono a certe interazioni tra elementi strutturali, funzionali e fenomenologici (Grant, 2013). Questo approccio olistico potrebbe permettere di risolvere l'eterogeneità delle manifestazioni del Disturbo da Gioco d'Azzardo, implementando un intervento più preciso ed efficace (Potenza, 2019).

### **3.5 Implicazioni terapeutiche**

Non esiste consenso in letteratura sulla definizione di recupero dal Disturbo da Gioco d'Azzardo, poiché il concetto di cura si basa principalmente sull'opinione professionale dei clinici e sui modelli teorici ed eziologici del disturbo (Pickering, 2020).

Esaminando le caratteristiche del recupero identificate dagli utenti dei servizi terapeutici, è stata applicata un'analisi tematica sui dati qualitativi estratti da 32 interviste *vis-a-vis* (Pickering, 2020). I partecipanti si trovavano a diversi stadi del processo di ricerca d'aiuto per condotte di gioco d'azzardo problematiche, principalmente tramite macchinette elettroniche (Pickering, 2020). I pazienti percepivano il processo di cura come un percorso continuo, caratterizzato da periodi di miglioramento e declino, identificando diversi temi emergenti e sottolineando l'importanza di sviluppare consapevolezza sui processi psicologici ed ambientali che hanno contribuito all'insorgere della loro condizione (Pickering, 2020). Questi *insight* sembrano aver aiutato i partecipanti a sentirsi più determinati e pronti a gestire in modo soddisfacente l'impulso al gioco (Pickering, 2020). Il processo di recupero includeva anche la possibilità di costruire una vita piena di significato, impegnandosi in attività alternative, generando forti relazioni sociali, stabilizzando le finanze personali e raggiungendo un benessere psicologico e generale (Pickering, 2020). Le conclusioni dello studio di Pickering (2020) sfidano i modelli di recupero incentrati esclusivamente sulla riduzione del sintomo, ampliando la definizione di cura per includere miglioramenti sostanziali e trasversali in diversi domini psicosociali.

Un altro elemento da considerare nella valutazione del benessere globale dei giocatori d'azzardo è la qualità di vita (Potenza, 2019). Due studi che hanno utilizzato il *Quality of Life Inventory* (QOLI; Frisch, 1994) e lo *Short-Form Health Survey* (SF-36; Ware, 1996) hanno dimostrato una significativa riduzione del punteggio di qualità di vita negli individui con il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Grant, 2005; Scherrer, 2005). Questi soggetti tendevano a presentare distress psicologico, molteplici altri disturbi in comorbidità e diversi impedimenti nelle aree di funzionamento finanziario, sociale, fisico e mentale, come anche in ambito accademico, occupazionale o relazionale (Kim, 2016; Shek, 2012). Anche la presenza di traumi nella storia di vita dei soggetti è stata associata a punteggi inferiori nella qualità di vita e nella stima di sé (Leppink, 2015). Una qualità di vita inferiore è riscontrata in particolare in coloro che riportano un maggiore senso di urgenza per la giocata e pensieri più distorti relativi al gioco (Loo, 2016).

Problemi finanziari come bancarotta, pignoramenti e inosservanza dei debiti sono comuni tra gli individui con Disturbo da Gioco d'Azzardo e determinanti nella ricerca di aiuto (Ledgerwood, 2013).

Tra il 17% e il 24% dei soggetti con questo disturbo ha tentato il suicidio. Sono

inoltre molti quelli che richiedono un'ospedalizzazione per episodi depressivi legati al gioco (Ledgerwood, 2004). Relativamente a ciò, un elemento importante da considerare è il senso di vergogna, spesso riportato dai pazienti come una delle cause principali del loro malessere (Potenza, 2019).

Anche condotte illegali e relativi problemi con la legge sono comuni, con il 21% dei richiedenti servizi di cura che mette in atto attività illegali legate al gioco e più del 50% che riferisce di essere stato arrestato per infrazioni legate al gioco (Potenza, 2000).

Per migliorare la riflessione teorica sul Disturbo da Gioco d'Azzardo, è necessario stimolare la ricerca sulle nuove modalità di fruizione che si presentano ai giocatori (Potenza, 2019). In Italia, il contributo all'erario delle varie tipologie di gioco nel 2020 è stato di 7,24 miliardi di euro (Libro blu dell'agenzia delle dogane e dei monopoli - anno 2020, n.d.). In particolare, il gioco d'azzardo online è diventato sempre più diffuso, compreso quello illegale: nel 2020, in Italia, sono stati 297 i siti web inibiti perché privi delle autorizzazioni previste (Libro blu dell'agenzia delle dogane e dei monopoli - anno 2020, n.d.). I dati suggeriscono che il gioco d'azzardo online si associa a una maggiore gravità del disturbo, maggiori comorbidità con l'uso di sostanze e alcol e scarse performance scolastiche negli adolescenti, mentre sembra essere meno implicato nelle giocate in compagnia rispetto al gioco d'azzardo non online (Potenza, 2011). Alcuni dati indicano che un sottogruppo della popolazione dei giovani potrebbe essere vulnerabile al gioco d'azzardo via internet proprio perché questa modalità si presta ad essere condotta in solitudine (Potenza, 2019). Inoltre, in alcuni individui, la somministrazione della terapia online fornisce un'ulteriore porta d'accesso per coloro che mostrano difficoltà nel controllare il comportamento di gioco (Gainsbury, 2017).

Un'ulteriore attenzione clinica e di ricerca andrebbe riservata ai cosiddetti *fantasy sports*, poiché coloro che usufruiscono di tali modalità di scommessa, soprattutto adolescenti, sono più propensi a sviluppare una modalità problematica di giocare d'azzardo (Marchica, 2017). Infatti, una parte consistente del gioco d'azzardo online riguarda le scommesse sportive, particolarmente rischiose per individui vulnerabili come studenti universitari e atleti professionisti, che sembrano essere maggiormente a contatto con queste piattaforme (Shead, 2014).

Un altro dominio che richiede ulteriori approfondimenti è la connessione tra *gaming* e gioco d'azzardo, poiché alcuni elementi del *gaming* stanno venendo progressivamente ad essere incorporati in varie forme di gioco d'azzardo e viceversa

(Potenza, 2019). Ciò è evidente, ad esempio, in aspetti del *videogaming* integrati nelle macchinette elettroniche o negli elementi di gioco d'azzardo incorporati nei videogiochi, come la possibilità di spendere denaro per cambiare l'aspetto dei propri personaggi (*skin*) e la possibilità di vincere denaro (King, 2019). Inoltre, le forme di gioco competitivo su piattaforme, come gli *eSports*, sono state associate a comportamenti di gioco d'azzardo sia in modalità reale che virtuale (Potenza, 2019).

Anche le micro-transazioni in valute digitali sono state collegate all'esordio di comportamenti di gioco d'azzardo problematici, sfumando ulteriormente i confini tra quest'ultimo e il semplice gioco e aumentando il rischio per individui vulnerabili (Kim, 2015).

Implementando anche ricerche parallele in altre aree relative alle dipendenze comportamentali, si potrà dunque migliorare la comprensione e il trattamento di questi disagi psicologici, compreso il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Potenza, 2019).

### **3.6 Opzioni terapeutiche e gruppi per il gioco d'azzardo**

Gli individui con un Disturbo da Gioco d'Azzardo sono spesso non identificati nella clinica psicopatologica, poiché questo disturbo tende a presentarsi in comorbidità con altre condizioni cliniche e i pazienti, soprattutto se di genere maschile, in genere tardano a chiedere aiuto (Potenza, 2019; Slutske, 2009).

In ambito psichiatrico, da studi placebo-controllo emerge che alcuni gruppi di farmaci sono in grado di produrre benefici nel percorso di trattamento, con effetti maggiori nei casi in cui siano accompagnati da un percorso psicoterapeutico (Potenza, 2019). Farmaci antidepressivi, antagonisti degli oppioido-recettori e stabilizzatori dell'umore sono stati associati a un miglioramento nel Disturbo da Gioco d'Azzardo più significativo rispetto alla somministrazione di una terapia placebo o all'assenza di trattamento (Pallesan, 2007). Infatti, in questo disturbo sembra essere centrale il ruolo della serotonina, soprattutto rispetto al controllo degli impulsi (Potenza, 2013), mentre il metabolismo della dopamina spiegherebbe i deficit cognitivi che sono stati osservati negli adulti con gioco d'azzardo problematico (Hodgins, 2011). Nei casi di comorbidità con altri disturbi psichici, gli stabilizzatori dell'umore possono essere efficaci in soggetti con una co-occorrenza di Disturbo da Gioco d'Azzardo e Disturbo bipolare (Bullock, 2012; Hollander, 2015).

Rispetto agli interventi psicosociali, il gruppo dei Giocatori Anonimi (*Gamblers*

*Anonymous*) costituisce il programma più diffuso per i giocatori d'azzardo (Potenza, 2019). Per i pazienti meno gravi, così come per quelli che non cercano esplicitamente un trattamento, sembrano essere efficaci gli interventi motivazionali che operano sulle resistenze e le limitazioni al cambiamento individuale (Elliott, 1993). Benefici ed esiti positivi sono stati evidenziati anche in riferimento a percorsi psicoterapeutici di gruppo (Nilsson, 2023; Ogrodniczuk, 2003; Sanchez, 2019). A tal proposito, i risultati di alcuni studi hanno suggerito che in diversi programmi di gruppo per persone con un Disturbo da Gioco d'Azzardo, operano fattori terapeutici comuni (Syvertsen, 2020). Dal punto di vista comportamentale, la terapia di gruppo sembra produrre una riduzione del senso di urgenza, la prevenzione delle ricadute, la messa in atto di suggerimenti riguardanti problemi legati al gioco e possibilità di fare rete (Syvertsen, 2020). Inoltre, sono emerse anche esperienze positive riguardo la diminuzione del senso di solitudine e una diminuita percezione del senso di vergogna (Syvertsen, 2020). Considerando lo stigma sociale che spesso si accompagna a questo disturbo (Gainsbury, 2014), la terapia di gruppo può infatti costituire un importante punto di partenza per la ricerca di aiuto (Nguyen, 2009): incontrare persone che hanno sperimentato la medesima sofferenza potrebbe ridurre la percezione di stigma da parte dei singoli (Nguyen, 2009). In uno studio di Syvertsen (2020), i membri dei gruppi dei Giocatori Anonimi (*Gamblers Anonymous*) negli Stati Uniti e in Canada descrivono esperienze complessivamente positive in relazione all'apertura sui propri problemi di gioco, alla speranza di recupero e all'estinzione del senso di solitudine con cui percepiscono i loro problemi, e mostrano inoltre un'aumentata motivazione al cambiamento, insieme a un miglioramento dei sintomi comportamentali (Syvertsen, 2020).

Anche per pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo sono diffusi gli interventi via Internet, nonostante la loro tardiva acquisizione da parte dei servizi per la salute mentale pubblici e privati (Sanchez, 2019). In un recente studio, si è cercato di esplorare i fattori determinanti nell'accettazione di interventi online sia dalla prospettiva dei clinici, sia da quella di pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (Sanchez, 2019). Rispetto alla terapia online, i clinici hanno per lo più affrontato tematiche legate alla diffusione degli interventi via Internet all'interno del setting clinico, riferendosi in particolare alle politiche e ai protocolli istituzionali e manifestando preoccupazioni per le possibili ricadute sulla relazione terapeutica (Sanchez, 2019). I resoconti degli utenti sono stati più eterogenei, descrivendo diverse esperienze e preferenze individuali (Sanchez, 2019). In

particolare, il gruppo dei pazienti ha messo in evidenza le difficoltà nel fruire dei servizi in presenza, riferendo come le principali motivazioni alla scelta di un intervento online siano la scarsa o assente soddisfazione rispetto ai servizi offerti e la difficoltà pratica ed emotiva nell'accedervi (Sanchez, 2019). Le limitazioni all'accesso emerse includono la distanza, la disponibilità e l'efficienza dei mezzi di trasporto, la disponibilità di tempo, le lunghe liste di attesa, la disponibilità economica, i sentimenti di vergogna e colpa e le implicazioni psicologiche peculiari del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Sanchez, 2019). D'altro canto, le informazioni raccolte dai clinici hanno rivelato come la motivazione principale di questi ultimi nell'erogare trattamenti online coincida con il desiderio di abbattere le barriere nell'accedere alle cure, offrendo un'alternativa più fruibile (Sanchez, 2019). Tuttavia, gli operatori sottolineano come questa modalità non sia da considerare un sostituto *tout court* alla terapia in presenza, ma costituisca un supporto aggiuntivo nel garantire un approccio più centrato sulla persona, in cui i pazienti possano essere direttamente raggiunti nel contesto di provenienza (Sanchez, 2019). La modalità online permette inoltre ai clinici di risparmiare tempo e, contemporaneamente, di aumentare i tassi di presa in carico di nuovi pazienti (Sanchez, 2019). Tra clinici e pazienti è emerso un comune consenso rispetto ad alcuni fattori ritenuti determinanti nell'accettare la terapia online, come l'accessibilità, la fruibilità, la qualità dei mezzi tecnologici, la tutela *privacy* e l'importanza di una guida professionale durante gli incontri (Sanchez, 2019). I pazienti hanno inoltre ritenuto determinante la possibilità di effettuare incontri in presenza, ad integrazione del trattamento online, soprattutto per i casi clinici più complessi e con comorbidità (Sanchez, 2019). I clinici, invece, hanno sottolineato l'importanza della definizione di rigorosi criteri di inclusione per l'ammissione dei pazienti all'intervento online, anche riguardanti il livello di gravità del disagio psichico (Sanchez, 2019). Una delle iniziali preoccupazioni dei clinici e dei pazienti riguardava la possibilità che un intervento via Internet divenisse un lasciapassare per un utilizzo della rete diverso da quello terapeutico, come il gioco online (Sanchez, 2019). Tuttavia, dai resoconti non è stato possibile chiarire se il comportamento di gioco d'azzardo online, sebbene da prendere in considerazione, debba essere ritenuto un criterio di esclusione *tout court* (Sanchez, 2019). In generale, dai dati raccolti emerge come, nel contesto online, un'accoglienza del metodo da parte dell'utenza e l'adesione siano considerati come fattori terapeutici fondamentali nel predire e valutare l'efficacia dell'intervento (Sanchez, 2019). Numerose evidenze hanno inoltre suggerito come, nella progettazione di un intervento

online, sia necessario considerare il tipo di psicopatologia del partecipante (Ambrosiano & Locati, 2023; Sanchez, 2019). Infatti, l'intervento online dovrebbe tenere conto delle peculiarità relazionali implicate nel quadro clinico di ogni membro, sia a livello individuale, sia nel momento dell'inserimento in un gruppo terapeutico non in presenza (Ambrosiano & Locati, 2023; Petry, 2015). La pandemia da Covid-19, ha contribuito in modo determinante a diffondere la modalità online (Ambrosiano & Locati, 2023). Durante questo periodo di particolare incertezza e preoccupazione, le persone con problematiche legate al gioco hanno sperimentato l'esacerbazione di vulnerabilità, a causa del distanziamento fisico, dell'isolamento e del cambiamento delle modalità di erogazione dei servizi di cura (Brownlow, 2023). Anche le modalità di gioco hanno subito modifiche, come testimoniato dalla riduzione dei proventi del gioco fisico, che durante la pandemia è stata del 47,20% (Libro blu dell'agenzia delle dogane e dei monopoli - anno 2020, n.d.). Investigando le esperienze dei giocatori d'azzardo tramite analisi tematica delle loro narrative, è emerso che le persone con dipendenza da gioco sono state colpite in modo sproporzionato dalla pandemia, senza che la salute pubblica avesse i mezzi o le modalità per incontrare i loro bisogni specifici (Brownlow, 2023). Inoltre, il *lockdown* ha esposto coloro che già soffrivano di questo disturbo a un maggiore isolamento e alla possibilità di sperimentare o rafforzare modalità di gioco d'azzardo online, ottenendo la possibilità di reiterare i comportamenti problematici senza più dover uscire di casa (Brownlow, 2023).

Rispetto all'utilizzo di terapie di gruppo con oggetti mediatori, uno studio su un breve intervento sperimentale con l'utilizzo di elementi artistici ha rivelato un impatto positivo dei principi dell'arteterapia sulla sintomatologia del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Ramasso, 2018). Dalle produzioni dei giocatori sono emerse immagini inerenti ad episodi significativi del passato, bisogni, paure e vissuti di fallimento non precedentemente ed esaustivamente esplicitati nelle sedute di terapia individuale, durante le quali è stata comunque ripresa ed elaborata l'esperienza artistica (Ramasso, 2018). Nonostante l'arteterapia si discosti leggermente da ciò che è stato sopra definito un intervento psicoterapeutico con oggetti mediatori, anch'essa si presenta come un valido sostegno all'io e allo sviluppo dell'identità, fornendo un'opportunità di elaborazione delle emozioni tramite elementi oggettuali esterni (Ramasso, 2018). L'elemento pittorico coinvolge molteplici domini sensoriali e comunicativi, permettendo di esternare emozioni e affetti a coloro che hanno difficoltà nel farlo, con maggiore percezione di autoefficacia

e aumentate capacità relazionali e comunicative (Ramasso, 2018). L'utilizzo del linguaggio simbolico, inoltre, rende l'espressione artistica un oggetto mediatore nella relazione tra i partecipanti permettendo lo scambio comunicativo senza minacciare i meccanismi di difesa del singolo (Ramasso, 2018). In tal modo, contenuti minacciosi possono essere esplicitati in una forma che offre contenimento e protezione rispetto ad alcune vulnerabilità tipiche del giocatore d'azzardo (Ramasso, 2018). Attraverso la produzione di manufatti è possibile sperimentare un controllo "non onnipotente e magico, ma delimitato nell'atto e dall'atto della creazione", e il paziente può introiettare quest'attività come una modalità e uno strumento personale per gestire gli affetti dolorosi e conflittuali (Ramasso, 2018). Inoltre, la dimensione grupppale dell'esperienza agevola la condivisione mediata dal prodotto artistico, offrendo la possibilità di sperimentare nuove dinamiche interpersonali, sicché un'esperienza potenzialmente traumatica può essere vissuta come una occasione per scoprire e sperimentare la propria creatività. Ciò suggerisce l'importanza integrativa delle terapie di gruppo con oggetti di mediazione all'interno di interventi integrativi per persone che soffrono di disturbi inerenti al gioco d'azzardo e alla regolazione degli impulsi (Ramasso, 2018).



## CAPITOLO 4

### VALUTAZIONE DI PROCESSO-ESITO DELLE PSICOTERAPIE TRAMITE ANALISI TEMATICA

#### 4.1 Presupposti teorici e utilizzo della ricerca qualitativa

L'analisi tematica, sebbene scarsamente operazionalizzata in letteratura, è una metodologia qualitativa ampiamente utilizzata in psicologia (Braun & Clarke, 2006). Braun e Clarke (2006) evidenziano la flessibilità di questa metodologia rispetto ad altre, sottolineando la sua adattabilità a diverse prospettive epistemologiche. Gli autori delineano il campo teorico e applicativo dell'analisi tematica, offrendo una serie di linee guida che hanno orientato anche la ricerca che verrà presentata in questo lavoro (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, essi riconoscono la scarsa presenza di indicazioni pratiche per ricercatori meno esperti (Braun & Clarke, 2006). Considerata come il “metodo fondamentale” alla base di molti approcci qualitativi, l'analisi tematica consente, una volta acquisita, di sviluppare competenze trasferibili anche a tutte le altre forme di analisi qualitativa (Holloway & Todres, 2003). Braun e Clarke (2006) distinguono due campi principali di metodi qualitativi. Nel primo ricadono tutti i metodi originati secondo una dinamica *top-down* da specifici paradigmi teorici, come l'analisi conversazionale o l'analisi interpretativa fenomenologica, caratterizzati da una limitata variabilità applicativa (Braun & Clarke, 2006). Alcune di queste metodologie, come la *grounded theory* (Glaser, 1992; Strauss & Corbin, 1998) e l'analisi del discorso o narrativa (Burman & Parker, 1993; Murray, 2003; Riessman, 1993), pur restando entro i confini di una cornice teorica definita, offrono differenti declinazioni del metodo, conferendogli una maggiore flessibilità. Il secondo campo di metodi di analisi qualitativa comprende quelli che non dipendono da una precisa prospettiva teorica ed epistemologica, e possono dunque essere applicati a una gamma di approcci differenti (Braun & Clarke, 2006). Gli autori evidenziano che, soprattutto in psicologia, è pressoché impossibile applicare un dato strumento in modo neutrale, poiché qualsiasi analisi qualitativa, in quanto metodologia realista/esperienziale, diviene implicitamente collocata in un paradigma nel momento stesso della sua applicazione (Aronson, 1994; Braun & Clarke, 2006; Roulston, 2001). L'analisi tematica si inserisce in un paradigma compatibile con il costruzionismo e l'esistenzialismo della psicologia contemporanea (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, questa libertà teorica non deve mettere in secondo piano la precisione del metodo che, se ben applicato, offre la possibilità di analizzare un ricco e complesso insieme di dati (Braun

& Clarke, 2006). Braun e Clarke (2006) definiscono l'analisi tematica come un metodo per identificare, analizzare e organizzare modelli ricorrenti, identificabili come temi, all'interno di una produzione verbale trascritta, per descrivere l'insieme totale dei dati. Boyatzis (1998) sottolinea come spesso l'utilità dell'analisi tematica non si fermi alla funzione categorizzante, ma permetta di interpretare diversi aspetti dell'obiettivo di ricerca. Le varie tipologie di analisi tematica possono essere infatti scelte e adattate dai ricercatori, a patto di esplicitare le assunzioni che ne guidano l'applicazione (Boyatzis, 1998). Quando ciò non accade, si rischia di compromettere la comprensione e la replicabilità della ricerca da parte della comunità scientifica, e di impedirne la comparazione con altri studi analoghi sullo stesso tema (Boyatzis, 1998). Data la scarsità di chiare indicazioni sul modo di procedere più corretto nella conduzione dell'analisi, si fanno strada le obiezioni sulla validità della metodologia, delegata alle capacità di giudizio dei ricercatori, nonché le accuse di un relativismo ben riassunto dalla massima inglese *anything goes*, ovvero "vale tutto" (Braun & Clarke, 2006). Per evitare una visione *naïve* della ricerca qualitativa, che potrebbe ridursi al mero scopo di dare voce ai partecipanti (Fine, 2002), è necessario considerare attentamente le teorie implicite e i paradigmi teorici che influenzano il processo di ricerca (Braun & Clarke, 2006). Infatti, dai contributi dei soggetti possono essere selezionati ed estratti "pezzi di evidenza narrativa" (p.80) che contribuiscono a dare struttura alle argomentazioni dei ricercatori (Braun & Clarke, 2006). D'altra parte, adottare una cornice teorica ideale e idealizzata, operante secondo un paradigma epistemologico monista, può limitare la validità del metodo (Braun & Clarke, 2006). Questo concetto richiama la proposta di Berger e Luckmann (1969), secondo cui le teorie psicologiche sono valide nel momento in cui realizzano la realtà che cercano di spiegare. Tuttavia, gli stessi ricercatori devono essere consapevoli delle scelte fatte nella progettazione dei loro studi e riconoscerle come tali (Attride-Stirling, 2001). Nonostante queste considerazioni, l'analisi tematica si presenta come un metodo estremamente accessibile, soprattutto per chi non ha una solida esperienza nella ricerca (Braun & Clarke, 2006), dal momento che non richiede la conoscenza tecnologica e teorica di un particolare approccio, come la *grounded theory*. Pur non essendo vincolata ad alcun paradigma teorico preesistente, l'analisi tematica può essere utilizzata per differenti scopi all'interno della medesima teoria o di diverse teorie (Braun & Wilkinson, 2003). Braun e Clarke (2006) sottolineano come l'analisi tematica sia in grado di dare voce alle esperienze, ai significati e alla realtà dei partecipanti. Da un

certo punto di vista, l'analisi tematica può essere considerata un metodo costruzionista, poiché esplora come gli eventi, le realtà, i significati e le esperienze siano il risultato di una gamma di discorsi che operano nella società (Braun & Clarke, 2006). L'analisi tematica presenta come obiettivo centrale quello di individuare temi all'interno di un prodotto linguistico (Braun & Clarke, 2006). Secondo Braun e Clarke (2006), un tema rappresenta un certo grado di aggregazione rispetto alle risposte a determinati stimoli o significati dei dati raccolti. Il tema cattura uno o più aspetti rilevanti per rispondere alla domanda di ricerca e viene identificato dal criterio di selezione e codifica di determinati elementi verbali (Braun & Clarke, 2006). La definizione dei temi non può essere stabilita a priori, ma riguarda una questione di prevalenza, sia rispetto ai singoli codici, sia trasversalmente all'intero trascritto (Braun & Clarke, 2006). Anche se un tema può essere identificato da un numero significativo di ripetizioni dei codici ad esso riconducibili, ciò non significa necessariamente che sia qualitativamente più rilevante di altri (Riessman, 1993). Infatti, un tema potrebbe essere particolarmente rilevante a livello locale, considerando uno specifico insieme di codici, ma per nulla o scarsamente importante in un altro campione parziale o rispetto all'intero trascritto (Braun & Clarke, 2006). Il giudizio del ricercatore è fondamentale per determinare i temi, mantenendo un approccio flessibile e non basato su regole rigide, dal momento che la rilevanza di un tema non dipende necessariamente da misure quantificabili, ma piuttosto dalla sua presupposta capacità intrinseca di cogliere qualcosa di significativo in relazione alla domanda di ricerca (Clarke & Kitzinger, 2004). Dal punto di vista procedurale, per identificare operativamente i temi, è necessario individuare elementi verbali da codificare e ricondurre a sottotemi (Braun & Clarke, 2006). Questi sottotemi possono poi essere aggregati e ricondotti alla dimensione più generale del tema, che racchiude tutte le sfumature identificate nei codici e nei sottotemi che lo compongono (Byrne, 2022). Per giungere all'identificazione dei temi, Braun e Clarke (2006) indicano sei fasi operative: la familiarizzazione con i dati, che prevede la trascrizione verbale, ripetute riletture e la stesura di iniziali intuizioni inerenti ai temi o pattern emergenti; la generazione di codici iniziali, identificando caratteristiche significative nel dataset con un minimo ricorso all'interpretazione; la formulazione di temi, ricercando attivamente pattern ricorrenti passando dalla semplice somma di descrizioni all'interpretazione semantica; la revisione dei temi; la definizione e la nomenclatura dei temi, specificando quale sia il concetto organizzatore di ciascuno; la produzione del report, in cui la presentazione di ogni tema

e sottotema contiene la descrizione del concetto centrale (Braun & Clarke, 2006). Riguardo al conteggio della prevalenza dei temi, Braun e Clarke (2006) suggeriscono diversi approcci. Si può valutare la prevalenza di un tema, ad esempio, indagando se esso appare in ogni contributo individuale, o considerando il numero di persone che lo hanno articolato, oppure individuando ogni ricorrenza individuale del tema trasversalmente all'insieme dei dati (Braun & Clarke, 2006). Indipendentemente dal metodo utilizzato per valutare la numerosità dei temi e dei sottotemi, la flessibilità dell'analisi tematica consente di agire con ampia variabilità, pur mantenendo la coerenza del metodo operativo scelto (Braun & Clarke, 2006). Rispetto all'importanza di esplicitare il tipo di analisi tematica che si intende utilizzare, Braun e Clarke (2006) suggeriscono due possibilità. La prima è fornire una ricca descrizione tematica dell'intero insieme di dati, in modo da favorire una comprensione del senso generale dei temi predominanti, anche se alcuni gradi di profondità e complessità saranno necessariamente persi in favore di una descrizione globale (Braun & Clarke, 2006). La seconda possibilità, più adatta in presenza di una specifica domanda di ricerca o area di interesse, consiste invece nel fornire un resoconto più dettagliato di un particolare tema o gruppo di temi nell'intero set dei dati (Braun & Clarke, 2006). È comunque essenziale che il prodotto finale di qualsiasi analisi tematica includa un resoconto dettagliato di cosa è stato fatto e perché, esplicitando obiettivi e domande sia nella fase di progettazione che durante lo svolgimento dell'analisi (Braun & Clarke, 2006).

#### **4.2 Approcci qualitativi alla psicoterapia con giocatori problematici**

Nell'ambito del trattamento di giocatori problematici, l'analisi tematica è un approccio qualitativo frequentemente e flessibilmente utilizzato per indagare i processi implicati nella psicoterapia di gruppo (Nilsson, 2023; Sanchez, 2019; Syvertsen, 2020). Le proposte di Braun e Clarke sono state riprese e approfondite nello studio di Syvertsen (2020), che esalta il potenziale dell'analisi qualitativa nel portare alla luce ricche descrizioni di esperienza. In questo studio, l'analisi tematica è stata utilizzata secondo una prospettiva fenomenologica per investigare come i processi gruppali fossero percepiti da soggetti con problemi di gioco d'azzardo (Syvertsen, 2020). Il materiale è stato raccolto tramite un'intervista semistrutturata, con domande aperte volte a stimolare le riflessioni dei partecipanti sulle esperienze all'interno di gruppi di auto-mutuo aiuto (Syvertsen, 2020). L'analisi tematica (Syvertsen, 2020) è stata condotta seguendo le sei

fasi indicate da Braun e Clarke (2006). Inizialmente, si è proceduto a una codifica semantica per mezzo del software *NVivo*, versione 11.4.1 per Windows, che ha permesso l'identificazione di tre temi: "Narrative condivise e comprensione" (*Shared narratives and understanding*), che includeva esperienze di comprensione reciproca, speranza di recupero e approvazione sociale. "Mantenimento della rilevanza sul problema del gioco" (*Keeping it relevant to problem gambling*), che comprendeva resoconti di disaccordo rispetto alla struttura degli incontri, assunzioni di consapevolezza di avere un problema e, in generale, contenuti relativi al Disturbo da Gioco d'Azzardo (Syvertsen, 2020). Nelle codifiche ricondotte a quest'ultimo tema, i partecipanti hanno riportato esperienze relative a cosa i gruppi terapeutici hanno offerto o avrebbero dovuto offrire (Syvertsen, 2020): infatti, i sottotemi "Completa condivisione" (*Complete Sharing*) e "Trovare soluzioni" (*Finding Solutions*) contenevano argomenti riguardanti le strutture e la forma dei contenuti discussi durante gli incontri (Syvertsen, 2020). Infine, il terzo ed ultimo tema: "Cambiamenti nel corso del tempo" (*Changes over time*), includeva racconti inerenti ai primi incontri del gruppo, alla diminuzione dell'urgenza di giocare e alla prevenzione di una eventuale ricaduta (Syvertsen, 2020).

Un altro studio per indagare l'adesione alla terapia di gruppo per il Disturbo da Gioco d'Azzardo online è stato condotto utilizzando un'intervista semistrutturata proposta a tre *focus group* composti da pazienti e due da clinici e operatori (Sanchez, 2019). Le domande riguardavano otto aree di interesse: eventuali precedenti di richieste d'aiuto per problemi di gioco; l'esperienza con la fruizione o la somministrazione di supporto e servizi di cura da remoto; le barriere nell'accesso ai servizi in presenza; le lezioni apprese dai servizi; l'accettabilità di interventi somministrati via Internet per problemi di gioco; eventuali suggerimenti o desideri su elementi da modificare nel processo di intervento; vissuti percepiti come sfide e soluzioni proposte per affrontarle; temi emersi dal *focus group* stesso e identificati come riconducibili alla sua specificità (Sanchez, 2019). Sui trascritti è stata condotta una prima analisi induttiva, leggendoli ripetutamente per promuovere l'acquisizione di senso in un quadro generale (Sanchez, 2019). Successivamente, sono stati estratti deduttivamente i codici sottolineando i concetti chiave, identificando i pattern ripetitivi e condensando questi ultimi in temi (Sanchez, 2019). In questa seconda fase deduttiva, sono stati raggruppati i dati in temi stabiliti a priori, tratti da una cornice teorica di accettabilità del trattamento (*Theoretical Framework of Acceptability*, TFA), sviluppata da Sekhon e colleghi (2017). Sanchez e

collaboratori (2019) hanno quindi organizzato i dati emersi dalle interviste in sette temi, riconducibili ai fattori che influenzano l'adesione a un intervento online: predisposizione affettiva (*Affective Attitude*); percezione dello sforzo richiesto (*Burden*); corrispondenza dell'intervento con il sistema di valori dell'individuo (*Ethicality*); coerenza dell'intervento rispetto agli obiettivi iniziali (*Intervention Coherence*); rapporto tra costi e benefici della terapia, in termini sia affettivi che economici (*Opportunity Costs*); efficacia percepita (*Perceived Effectiveness*); autoefficacia percepita (*Self-efficacy*). I dati sono stati codificati partendo dai trascritti con l'aiuto del software NVivo 11.4.7 (QSR International; Sekhon, 2017). Gli autori hanno quindi sviluppato due schemi di codifica indipendenti, identificando i pattern interni al testo con una affidabilità *interrater* stimata tra il 90,49% e il 100% (Sanchez, 2019).

L'analisi tematica è stata utilizzata anche da Nilsson (2023) per la conduzione di uno studio volto ad investigare, mediante interviste semistrutturate, gli effetti del coinvolgimento delle persone significative in un programma terapeutico somministrato via Internet per il trattamento di problematiche legate al gioco d'azzardo. Le figure considerate come significative includono amici, fratelli o sorelle, figli o partner dei partecipanti, così come altre persone degne di nota entrate nella vita dei giocatori fino a tre mesi prima dell'inizio del programma terapeutico (Nilsson, 2023). L'analisi tematica è qui stata applicata seguendo le indicazioni di Braun e Clarke (2006). I risultati sono stati divisi in tre temi principali, rappresentativi dell'esperienza di essere in trattamento per il gioco d'azzardo problematico: "Ostacoli nello stare in trattamento", "Elementi facilitanti nello stare in trattamento" e "Elementi facilitanti e ostacoli nello stare in trattamento" (Nilsson, 2023). Da questi temi, è stato possibile cogliere l'alternanza di periodi di progresso e regressione che ha caratterizzato l'adesione al percorso di cura (Nilsson, 2023). Inoltre è emersa la tendenza delle persone identificate come significative per i giocatori a riferirsi a emozioni negative e particolari circostanze per spiegare le ricadute e i drop-out, più di quanto facessero gli individui con problematiche di gioco (Nilsson, 2023).

L'analisi qualitativa si presenta dunque come un metodo efficace e sensibile per analizzare elementi linguistici caratterizzati da grande variabilità e molteplici sfumature di significato, come quelli che emergono dai trascritti di sedute di psicoterapia o di interviste relative all'esperienza psicoterapeutica (Braun & Clarke, 2006; Silvestri & Ferruzza, 2012).

### **4.3 Metodologie di ricerca più adatte allo studio dei trascritti delle psicoterapie di gruppo.**

Diverse tipologie di analisi qualitative di tipo interpretativo possono ben adattarsi all'analisi dei trascritti di psicoterapie di gruppo (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, sembra difficile specificare cosa esattamente si intenda con questo termine, soprattutto perché è utilizzato in modo specifico da studio a studio (Braun & Clarke, 2006). Per questo motivo, Braun e Clarke (2006) suggeriscono di cercare in letteratura esempi della specifica metodologia che si desidera utilizzare, poiché gli approcci qualitativi appaiono incredibilmente differenti tra di loro, complessi e sfumati (Braun & Clarke, 2006). In una rassegna di Holloway & Todres (2003), si evidenzia la considerevole sovrapposizione esistente tra procedure e tecniche riguardanti la ricerca qualitativa. Queste modalità spesso condividono, in termini generali, un approccio centrato sulla persona e obiettivi non definiti a priori (Holloway & Todres, 2003). I ricercatori che utilizzano una metodologia di analisi qualitativa mantengono generalmente una posizione critica verso le prospettive più positiviste, cercando il significato del loro operato nei resoconti e/o nelle azioni dei partecipanti (Holloway & Todres, 2003). Questo perché molti studiosi che adottano l'approccio qualitativo ritengono fallimentari e poco adatte metodologie più tradizionali quando si tratta di catturare le esperienze e le prospettive delle persone le cui vite, pensieri e affetti si cerca di indagare (Holloway & Todres, 2003). Tuttavia, la flessibilità degli approcci qualitativi può suggerire un'inconsistenza del metodo e la sovrapposizione delle metodologie può minacciare l'integrità di un particolare approccio (Baker, 1992). Holloway e Todres (2003) consigliano quindi ai ricercatori un maggiore impegno nella distinzione e definizione dei tre più comuni approcci qualitativi, identificandone gli elementi essenziali.

L'approccio fenomenologico, di cui fa parte la cosiddetta analisi fenomenologica interpretativa (Eatough & Smith, 2017), ha come principale interesse la descrizione fedele di come accadono i fenomeni esperienziali (Holloway & Todres, 2003). Ponendo particolare attenzione a come questi si manifestino in contesti unici e concreti, questo approccio si propone di rilevare le caratteristiche essenziali di un evento, traducendole in termini linguistici e distinguendo elementi determinati dalla situazione contestuale da quelli più generali, indipendenti dal contesto (Holloway & Todres, 2003). L'analisi fenomenologica si ispira alla filosofia della scienza proposta da Husserl, secondo cui i

significati debbano essere intesi in modo olistico e non possono essere messi insieme in maniera additiva e quantificabile (Holloway & Todres, 2003). Questo approccio consente una comprensione intersoggettiva della condizione umana, le cui caratteristiche di coerenza e consistenza sono descritte da Holloway e Todres (2003) tramite alcuni punti fondamentali. Innanzitutto, l'approccio fenomenologico prevede la formulazione di una domanda di ricerca che chiede ai soggetti di narrare l'esperienza effettiva che hanno vissuto (Holloway & Todres, 2003). La metodologia di raccolta dei dati si propone di riunire le descrizioni dei soggetti considerando queste di per sé significative, senza avvalersi di teorie esterne o direttive predeterminate al di fuori della richiesta di descrivere l'esperienza nel modo più ricco e completo possibile (Holloway & Todres, 2003). Anche i metodi di analisi dei dati necessitano di essere in linea con una lettura fenomenologica o ermeneutica, che indica come i significati di singoli elementi all'interno della narrazione dell'esperienza possano essere compresi solo in termini del ruolo che assumono rispetto al senso generale del testo, sia questo un'intervista o una trascrizione di sedute psicoterapeutiche (Holloway & Todres, 2003). Per rispettare tale visione, l'analisi necessita di una strategia operativa che tenga conto di movimenti progressivi e regressivi di continua revisione dei particolari significati e del testo come un tutto (Holloway & Todres, 2003). Per questo motivo, agli elementi significativi (*part meaning*) non è dato un maggiore valore solamente perché ricorrono più frequentemente nel testo: al termine "analisi del contenuto" è spesso preferito quello di "analisi degli elementi costitutivi (*consituent*)", al fine di indicare un interesse rispetto a come i significati funzionino di concerto e costruiscano in modo interattivo il testo totale (Holloway & Todres, 2003). L'analisi fenomenologica prevede inoltre di presentare i risultati coerentemente alla necessità di comunicare la struttura e l'apparenza (*texture*) dell'esperienza (Holloway & Todres, 2003). Il termine "struttura" fa riferimento all'essenza più intrinseca, ovvero a ciò che rende il fenomeno oggetto di studio, ciò che è e trasferibile da una situazione all'altra, come ad esempio le caratteristiche di un costrutto psicologico che si mantengono a prescindere dagli individui (Todres, 2000). Questo aspetto mira ad enfatizzare la scientificità dell'approccio fenomenologico (Todres, 2000). Il termine "apparenza" si riferisce invece alla comunicazione di qualità evocative in grado di trasmettere il modo in cui esperienze e descrizioni uniche riescono a trasmettere la ricca e complessa natura dell'esperienza (Todres, 2000). Il resoconto dell'apparenza di un fenomeno richiede una forma di scrittura più elaborata, in grado di conservare il carattere evocativo delle



esperienze (Todres, 2000). Se la struttura fa riferimento al versante scientifico dell'approccio fenomenologico, l'apparenza riguarda invece un ambito che si potrebbe definire estetico o letterario (Todres, 2000). La scelta di esaltare l'uno o l'altro elemento dipende dallo scopo della ricerca ed è affidata alla discrezione degli autori (Todres, 2000). L'approccio fenomenologico mira a dare priorità all'esperienza in sé, senza considerare quanto questa sia strutturalmente predisposta da contesti politici, culturali o linguistici (Holloway & Todres, 2003). Piuttosto, questo approccio di analisi qualitativa si focalizza su come i contesti siano sperimentati e vissuti dalle persone (Holloway & Todres, 2003). Questo intento di conoscenza non prevede la ricerca di cause, correlazioni lineari o spiegazioni, come se l'oggetto testuale in esame fosse un ente oggettivabile, favorendo speculazioni e discussioni sulle interpretazioni plausibili dei fenomeni che si presentano in un dato tempo e spazio (Holloway & Todres, 2003). L'utilità di simili indagini è sancita dalla validazione proveniente dall'utilizzo interpersonale delle riflessioni che da esse promanano e da come queste vengono giudicate dalla comunità cui è destinata l'analisi fenomenologica (Holloway & Todres, 2003). Per essere attuato, l'approccio fenomenologico richiede quindi l'utilizzo di narrative coerenti, resoconti di esperienze che possano essere espressi linguisticamente, così come racconti biografici e testi di esperienza (Holloway & Todres, 2003). L'analisi fenomenologica è adatta anche per analizzare il significato di interi testi o report in diversi ambiti, comprese le trascrizioni di sedute di terapia di gruppo (Giorgi, 1994; Kvale, 1996).

Un'altra metodologia di analisi qualitativa adatta e diffusa per gli elementi testuali è la *grounded theory* (Holloway & Todres, 2003). Questo approccio mira a sviluppare teorie plausibili ed utili che siano informate dagli eventi e dalle interazioni che si verificano effettivamente tra le persone, nonché dalle comunicazioni tra loro (Holloway & Todres, 2003). In riferimento alla terapia di gruppo, ciò significa rendere centrali aspetti psicologici come "diventare membro di un gruppo", "imparare a vivere con i simili", oppure "l'interazione tra i pazienti e i professionisti" (Holloway & Todres, 2003). Secondo l'approccio della *grounded theory*, è prima di tutto necessario identificare i processi psicologici e sociali che si ritengono essere il nucleo di un comportamento o della manifestazione di determinati fenomeni (Holloway & Todres, 2003). Se, durante questa fase, vi è mancanza di coerenza e consistenza, non sarà possibile l'elaborazione di una teoria in grado di guidare l'analisi qualitativa (Holloway & Todres, 2003). Così come previsto dall'approccio fenomenologico, anche in questo caso si privilegia una domanda

di ricerca che tenga in considerazione la complessità e i processi sottostanti ad azioni e interazioni umane, seguendo i principi dell'interazionismo simbolico (Holloway & Todres, 2003). Qui, infatti, gli esseri umani non sono considerati come passivi recettori di stimoli dall'ambiente sociale, bensì agenti dinamici che prendono parte attivamente ai processi in base a come essi interpretano la situazione (Holloway & Todres, 2003). L'obiettivo di ricerca deve pertanto essere coerente con i principi che ispirano la *grounded theory*. Ciò che caratterizza questo approccio è la possibilità di uno sviluppo in itinere: se, inizialmente, l'attenzione è rivolta al fenomeno in generale, successivamente il focus si dirige sul costante ampliamento delle proposte a partire dall'emersione di nuovi dati, al fine di strutturare una teoria dettagliata (Holloway & Todres, 2003). Ciò rende tale metodologia qualitativa adatta all'analisi di trascritti e contenuti linguistici narrativi, comprese le trascrizioni di sedute di psicoterapia (Holloway & Todres, 2003). Inoltre, le categorie che mano a mano emergono dall'analisi possono essere collegate tra loro e, conseguentemente, contribuire a rafforzare la teoria in fase di sviluppo (Holloway & Todres, 2003). In particolare, la possibilità di estrarre una teoria dalla propria analisi è uno strumento utile per i ricercatori che desiderano direzionare in modo più preciso e strutturato la propria ricerca qualitativa (Holloway & Todres, 2003). Alcune pubblicazioni possono presentare risultati simili a quelli prodotti da una *grounded theory*, ma Holloway e Todres (2003) sottolineano che, per definirsi tale, l'analisi qualitativa secondo *grounded theory* deve presentare caratteristiche specifiche, fra cui spiccano come imprescindibili il campionamento di teorie, l'interazione ricorsiva tra i processi di analisi e la raccolta dei dati, la costruzione di una teoria ben delineata (Holloway & Todres, 2003). Tuttavia, alcune procedure della *grounded theory*, come la codifica e la categorizzazione, sono di fatto utilizzate anche in alcune fasi del processo secondo altri approcci qualitativi, come ad esempio nell'applicazione dell'analisi tematica (Holloway & Todres, 2003).

Una terza ed ultima metodologia applicabile con successo anche all'analisi di trascritti di psicoterapie di gruppo è l'etnografia (Holloway & Todres, 2003). Sviluppata in seno all'antropologia culturale, ove veniva rivolta all'interpretazione olistica di specifici contesti culturali e dei sistemi valoriali dei rispettivi membri, definiti informatori della ricerca, l'etnografia è ora utilizzata in molteplici aree disciplinari, passando dall'essere uno strumento di comprensione monografico, a un mezzo di valorizzazione delle prospettive delle persone sulla società e sulla loro posizione all'interno di essa in

relazione a una specifica configurazione culturale (Holloway & Todres, 2003). Pertanto, se l'analisi etnografica è stata inizialmente orientata a rilevare elementi simili in un intero contesto sociale, attualmente è applicata a contesti meno estesi, come quelli istituzionali, per cogliere anche elementi di divergenza e/o conflittuali che ne compromettono il clima (Holloway & Todres, 2003). L'etnografia può essere utile per approfondire aspetti dell'istituzione che coinvolgono qualsiasi formazione gruppale, compresa quella psicoterapeutica (Silvestri & Ferruzza, 2012; Holloway & Todres, 2003). La coerenza e la consistenza di tale metodologia risiedono nel fatto che questa prevede l'analisi di una narrativa organizzata in relazione alla posizione dei partecipanti nella società e ai differenti significati che questi ultimi attribuiscono al proprio ruolo e alle proprie relazioni (Holloway & Todres, 2003). Uno dei fondamentali principi dell'etnografia è l'esperienza di prima mano, per il ricercatore, di una determinata situazione sociale o *setting*, ritenuta imprescindibile per un lavoro di ricerca solido e in grado di cogliere il punto di vista dei partecipanti (Holloway & Todres, 2003). L'etnografia attribuisce inoltre grande importanza al linguaggio utilizzato dai partecipanti in un particolare contesto, garantendo una flessibilità applicativa (Holloway & Todres, 2003). Questa metodologia condivide con altri approcci alcune caratteristiche comuni, come l'assenza di forti assunzioni teoriche preliminari alla raccolta dei dati e la mancata imposizione del proprio punto di vista su parole ed azioni dei partecipanti (Holloway & Todres, 2003). Come altri approcci qualitativi, l'etnografia si pone l'obiettivo di rappresentare la molteplicità di voci e percezioni dei partecipanti, includendo anche il punto di vista e le interpretazioni dei ricercatori (Holloway & Todres, 2003).

Holloway e Todres (2003) sottolineano come non ci sia sempre un consenso riguardo i metodi, le procedure e le strategie dei singoli approcci trattati, soprattutto in ambito psicoterapeutico. Gli autori, tuttavia, designano l'identificazione di temi significativi come una delle caratteristiche trasversalmente condivise dalle analisi qualitative (Holloway & Todres, 2003). Per quanto riguarda l'analisi tematica, Ryan e Bernard (2003) definiscono la codifica di temi come un processo messo in atto all'interno di specifiche declinazioni metodologiche, come la *grounded theory*, piuttosto che un approccio a sé stante. Tuttavia, indipendentemente dalla prospettiva dei ricercatori, ciò che è importante nell'analisi di elementi linguistici è che gli autori esplicitino le proprie assunzioni, anche epistemologiche, rendendo chiaro che cosa si stia facendo e perché (Holloway & Todres, 2003).

#### 4.4 Considerazioni etiche: vantaggi e svantaggi dell'uso del metodo

In tutte le tipologie di analisi qualitativa, è fondamentale considerare il contesto in cui si svolge la ricerca, e prestare particolare attenzione all'ambiente sociale e politico della raccolta dei dati (Holloway & Todres, 2003). Gli studi qualitativi operano tramite il contatto diretto con i vissuti dei partecipanti, riportati parola per parola (Braun & Clarke, 2006). Per questo, è necessario rispettare la privacy dei soggetti coinvolti in ogni fase del processo, trattando le narrazioni personali come dati sensibili da gestire con cura e gratitudine (Braun & Clarke, 2006; Holloway & Todres, 2003).

Rispetto all'analisi tematica, Braun e Clarke (2006) segnalano alcune insidie da evitare. L'analisi tematica possiede il vantaggio di una metodologia di analisi qualitativa abbastanza chiara, che non richiede particolari conoscenze specifiche e tecniche (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, questo lato positivo del metodo può celare alcune insidie che possono condurre a un'analisi poco soddisfacente e utile (Braun & Clarke, 2006). Un aspetto negativo dell'analisi tematica è che, non essendo vincolata da una rigida cornice teorica, il ricercatore potrebbe limitarsi a una mera raccolta di dati priva di alcun resoconto analitico (Braun & Clarke, 2006). Un altro rischio è quello di limitarsi a una parafrasi del contenuto degli elementi linguistici raccolti (Braun & Clarke, 2006). Gli autori (Braun & Clarke, 2006) segnalano anche che il metodo può portare a utilizzare le domande guida per la raccolta dei dati come temi da iscrivere nei risultati, senza svolgere alcun lavoro analitico per identificare *ex novo* i dati o dare senso al *pattern* di risposte o elementi testuali raccolti (Braun & Clarke, 2006). Un ulteriore svantaggio di questo approccio è individuabile nella mancanza di direttive teoriche e pratiche specifiche, che possono condurre a un'analisi poco convincente e confusa in cui i temi possono risultare eccessivamente sovrapponibili o incoerenti (Braun & Clarke, 2006). Tutti gli aspetti di un tema, infatti, dovrebbero convergere in riferimento a un'idea o a un concetto centrale, senza differire sostanzialmente tra loro (Braun & Clarke, 2006). Questo è essenziale anche per il resoconto dei dati e per garantire che l'analisi sia convincente anche per chi non ha familiarità con la ricerca (Braun & Clarke, 2006). La mancanza di misure quantitative specifiche o elementi qualitativi inequivocabili a cui riferirsi per delineare quali raggruppamenti di elementi costituiscano un tema e quali no, possono aumentare il rischio di scadere nell'aneddotica e associare fenomeni che in realtà sono idiosincratici e poco coerenti tra loro (Braun & Clarke, 2006). Un'ulteriore insidia risiede nella mancata corrispondenza tra i dati e gli obiettivi dell'analisi applicata su di essi: una ricerca del

genere si presenta infatti come infondata e, nel peggiore dei casi, i dati presentati nel resoconto finale possono finire per contraddire la procedura, gli obiettivi e i principi interpretativi di partenza (Braun & Clarke, 2006). Se Braun e Clarke (2006) sottolineano come uno dei pregi di questa metodologia risieda nella rinuncia alla presunzione di raggiungere una chiave di lettura dei dati univoca ed esplicativa *in toto*, valorizzando gli aspetti contraddittori e le visioni alternative, osservano anche come a volte questo apparente vantaggio si trasformi in un'insidia nel momento in cui la libertà interpretativa viene scambiata con la possibilità di ergere le considerazioni soggettive a verità assolute. In generale, sembra infatti che il vantaggio stesso dovuto alla flessibilità del metodo dell'analisi tematica possa costituire anche uno svantaggio, qualora questa venga mal interpretata (Braun & Clarke, 2006). Anche se non si prevede di utilizzare una teoria precisa, la stessa scelta di intraprendere un'analisi tematica indica un determinato approccio ai dati, che spesso implica l'adozione di una specifica prospettiva epistemologica (Braun & Clarke, 2006).

Per molti studiosi avvezzi ad analisi quantitative, la ricerca qualitativa potrebbe sembrare meno rigorosa (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, anche se non può essere soggetta agli stessi criteri degli approcci quantitativi, la ricerca qualitativa fornisce metodologie di analisi che devono essere applicate con rigore (Braun & Clarke, 2006). Nonostante le premure relative al rigore dei criteri da stabilire per la valutazione delle ricerche condotte con questo approccio metodologico, la flessibilità dell'analisi tematica non esonera i ricercatori dalla necessità di essere chiari ed espliciti rispetto al loro operato (Braun & Clarke, 2006).

Nonostante alcune controversie procedurali, l'analisi tematica offre strumenti utili nel campo della psicologia (Braun & Clarke, 2006). La flessibilità del metodo permette una vasta gamma di considerazioni e interpretazioni a partire da un singolo set di dati (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, questo vantaggio comporta anche un lato negativo: può essere paralizzante per i ricercatori decidere su quali aspetti dei dati concentrarsi (Braun & Clarke, 2006). Altri svantaggi riguardano il fatto che l'analisi tematica, a differenza di altri approcci qualitativi come quello narrativo e biografico, non prevede una disamina dettagliata dell'utilizzo pragmatico dell'eloquio (Braun & Clarke, 2006). In generale, l'analisi tematica, sebbene poco affermata rispetto ad altre metodologie, è ampiamente utilizzata nella ricerca qualitativa testuale (Braun & Clarke, 2006). Non è quindi, come i detrattori sostengono, una procedura condotta da chi non possiede abilità o conoscenze

sufficienti per forme di analisi più sofisticate (Braun & Clarke, 2006). Holloway e Todres (2003) mettono in guardia gli aspiranti ricercatori dal venerare una metodologia piuttosto che concentrarsi sul contenuto dei dati o sulla domanda di ricerca.

## CAPITOLO 5

### LO STUDIO

#### 5.1 Obiettivi

Questo studio si propone di esplorare il processo e gli esiti di un breve intervento di psicoterapia di gruppo online per pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo, utilizzando la metodologia dell'analisi tematica. L'attenzione è principalmente rivolta al riconoscimento e all'analisi dei fattori e degli interventi terapeutici. Rispetto agli interventi, gli obiettivi specifici sono due. Il primo mira ad analizzare la distribuzione e il tipo degli interventi da parte dei conduttori nel corso delle sedute. Il secondo è volto ad esaminare come i membri del gruppo sviluppino autonomamente la capacità di produrre interventi di co-conduzione, evidenziando l'incremento del pensiero simbolico e della consapevolezza attraverso l'uso di metafore e la frequenza degli interventi che segnalano un cambiamento di prospettiva o un aumento dell'introspezione. In particolare, questo secondo obiettivo esplora la transizione da una visione colpevolizzante a una di assunzione di responsabilità, oltre a osservare come gli interventi dei membri del gruppo possano essere ricondotti ai fattori terapeutici identificati da Irvin Yalom (1997) operanti nella psicoterapia di gruppo.

Il framework teorico utilizzato per analizzare gli interventi si basa sulla categorizzazione degli interventi formulata da Gabbard (2007; 2018) lungo un continuum fra le polarità supportiva ed espressiva. Gli interventi marcatamente supportivi, come la psicoeducazione, la validazione empatica, i consigli e gli elogi, sono indicati per i pazienti che presentano una maggiore fragilità dell'io, per rafforzare le risorse esistenti e mitigare le aree di deficit (Gabbard, 2007). Gli interventi espressivi, al contrario, cercano di portare alla luce aspetti del sé del paziente non ancora esplorati, con interventi come la confrontazione, l'osservazione e l'interpretazione (Gabbard, 2018). L'incoraggiamento ad elaborare e la chiarificazione funzionano da interventi-ponte tra le due estremità del continuum su cui si colloca il processo psicoterapeutico, che in base al contesto e al momento propende verso il polo espressivo o supportivo. L'interpretazione è l'intervento espressivo per eccellenza, caratterizzato dalla possibilità, per il terapeuta, di fornire *insight* e comprensione, permettendo l'emersione di elementi prima al di fuori della coscienza (Gabbard, 2018). L'osservazione è invece l'intervento non interpretativo di maggiore qualità espressiva, consistente nel notare un comportamento senza fornire

ipotesi o collegamenti (Gabbard, 2018). Meno espressiva dell'osservazione è la confrontazione, che prevede il tentativo di portare l'attenzione del paziente su temi che tende ad evitare, cercando però di lavorare su materiale conscio (Gabbard, 2018). Proseguendo lungo il *continuum* si trova la chiarificazione, che ha lo scopo di organizzare e rendere più coerenti elementi confusi o sconnessi, anche aiutando il terapeuta a confermare le sue deduzioni (Gabbard, 2018). Spostandosi verso il polo supportivo si trovano l'incoraggiamento ad elaborare e la validazione empatica, utilizzati per rafforzare l'alleanza terapeutica e raccogliere maggiori informazioni (Gabbard, 2018). La validazione empatica, in particolare, avviene quando il terapeuta tenta di affermare e confermare lo stato emotivo del paziente (Gabbard, 2018). Più frequenti nella psicoterapia supportiva sono di norma gli interventi psicoeducativi, gli elogi e i consigli (Gabbard, 2018). Tuttavia, Gabbard (2018) mette in guardia i terapeuti psicodinamici rispetto all'utilizzo rigido degli interventi supportivi ed espressivi nella pratica clinica, come se il loro posizionamento lungo il continuum fosse netto e arbitrario (Gabbard, 2018).

Un altro importante riferimento teorico corrisponde al lavoro di Yalom (1977) sui fattori terapeutici operanti nel contesto gruppale, utilizzato per comprendere come differenti dinamiche di gruppo facilitino il cambiamento. La manifestazione dei fattori, individuati da Yalom tramite una ricerca sistematica, è consentita dalla configurazione del setting gruppale e può avvenire all'interno di qualsiasi gruppo terapeutico (Yalom, 1977). I fattori terapeutici non sono collocabili in categorie nettamente distinte e sono in costante interazione tra loro, dato che il realizzarsi di uno conduce all'espressione di un altro, senza che fra questi si stabilisca una connessione gerarchica (Yalom, 1977). Inoltre, i fattori terapeutici sono strettamente legati anche agli obiettivi del gruppo clinico, le cui dinamiche rispecchiano i bisogni, consapevoli e non, dei pazienti e dei conduttori (Yalom, 1977). Ciò spiega perché fattori che si presentano come più centrali in alcuni gruppi assumano una posizione marginale in altri (Yalom, 1977). Nel suo manuale, Yalom (1977) descrive dieci fattori terapeutici essenziali nei contesti di gruppo. Tra questi, la speranza si manifesta come fiducia nella terapia e desiderio di un cambiamento significativo. L'universalità consente di alleggerire il dolore personale confrontandolo con l'esperienza altrui, accrescendo la consapevolezza delle sfide interpersonali comuni. L'informazione si riferisce all'insieme dei consigli e dei suggerimenti dei pari, attivati da un investimento affettivo. L'altruismo consiste nella sensazione di sentirsi utili, ovvero



capaci di dare e ricevere aiuto. La ricapitolazione correttiva del gruppo primario rappresenta simbolicamente la famiglia d'origine dei pazienti all'interno del gruppo, permettendo di rielaborare conflitti passati. Lo sviluppo di tecniche di socializzazione deriva dal riconoscimento di comportamenti non adattivi grazie ai *feedback* del gruppo. Il comportamento imitativo stimola i partecipanti a emulare comportamenti osservati negli altri, facilitando l'autoscoperta. La catarsi consente di riconoscere ed esprimere affetti forti o vulnerabilità, portando sollievo. L'apprendimento interpersonale, che include lo sviluppo dell'insight e l'elaborazione del transfert, si basa su processi individuali e di gruppo che incoraggino l'esperienza emotiva correttiva (Yalom, 1977). L'azione terapeutica di quest'ultimo fattore si fonda su tre componenti: l'importanza delle relazioni interpersonali, riferita al bisogno fondamentale del legame con i propri simili; l'esperienza emotiva correttiva, consistente nel riconoscimento degli atteggiamenti disadattivi e nell'implementazione dell'esame di realtà; il microcosmo sociale, ovvero il fenomeno per cui il soggetto, nei suoi rapporti interpersonali, ricerca e ricrea inconsciamente l'ambiente in cui si è sviluppata la propria psiche (Yalom, 1977). Un ulteriore fattore terapeutico è la coesione di gruppo, descritta come l'"attrattiva che un gruppo esercita sui suoi componenti" (Yalom, 1977, p.69) e ritenuta necessaria per l'espressione degli altri fattori terapeutici. Infine, Yalom (1977) introduce i "fattori esistenziali", riconducibili al riconoscimento della sofferenza e del dolore come parte integrante dell'esistenza. Nei paragrafi successivi, verranno esaminati in dettaglio solo i fattori terapeutici che risultano essere significativamente connessi ai risultati dello studio.

## **5.2 Ipotesi**

Le ipotesi di questo studio qualitativo si fondano sul presupposto che il processo terapeutico faciliti la meta-riflessione sui meccanismi mentali associati alla dipendenza da gioco (Nilsson, 2023; Ogradniczuk, 2003; Sanchez, 2019; Potenza, 2019).

### 5.2.1 Prima ipotesi

Si ipotizza che gli interventi terapeutici, nel corso delle sedute, passino progressivamente dai conduttori ai partecipanti, tramite interventi di co-conduzione. Tale dinamica si presume essere il risultato di una identificazione almeno parziale dei partecipanti con la figura del conduttore (Gabbard, 2019; McWilliams, 2012), un aspetto cruciale per rafforzare l'alleanza terapeutica. Si aspetta che i pazienti, nel corso del trattamento, inizino a produrre contributi simili, nei contenuti, agli interventi dei

conduttori (Gabbard, 2019; McWilliams, 2012), pur senza assumere il ruolo tecnico di terapeuti (Semi, 2011; Silvestri & Ferruzza, 2012). Anche se i contributi dei partecipanti derivano da una spontanea evoluzione tematica delle sedute, tuttavia, si ipotizza che essi manifestino uno stile di co-conduzione simile alla conduzione dei professionisti che guidano il gruppo, a testimonianza dell'attivazione di un processo di identificazione e introiezione (McWilliams, 2012).

#### 5.2.2 Seconda ipotesi

Si attende che, avanzando nelle sedute, emergano espressioni linguistiche che segnalino un cambiamento di prospettiva verso una maggiore consapevolezza personale, evidenziando un incremento di sentimenti di responsabilità, arricchita dalla condivisione di esperienze con gli altri membri del gruppo (Silvestri & Ferruzza, 2012; Yalom, 1997).

#### 5.2.3 Terza ipotesi

Si presume che l'uso di oggetti di mediazione e l'attivazione dei fattori terapeutici contribuiscano a un aumento dei momenti di insight e alla consapevolezza di comportamenti disfunzionali precedentemente trascurati (Marogna, 2014; Ramasso, 2018; Silvestri & Ferruzza, 2012). Si anticipa che, grazie ad un accesso facilitato alla simbolizzazione, si manifesti un maggior utilizzo di espressioni metaforiche, come segno di accesso potenziato al pensiero simbolico e all'introspezione (Ramasso, 2018; Molinari, 2007).

#### 5.2.4 Quarta ipotesi

Si ipotizza che i partecipanti, facilitati da una sana dipendenza dai conduttori (Silvestri & Ferruzza, 2012), offrano contributi in linea con il progetto terapeutico delineato. Le sedute sono state infatti strutturate per passare dall'esplorazione delle aspettative personali e delle storie legate al gioco, attraverso le riflessioni sul *craving* e sui vissuti in giocata, fino alla valutazione delle risorse attivate e delle prospettive future.

### **5.3 I partecipanti e l'intervento**

La presente analisi tematica è stata condotta sui trascritti di 10 sedute di psicoterapia di gruppo all'interno di un intervento psicoterapeutico condotto online tramite la piattaforma *Google Meet*, ad eccezione dell'ultimo incontro. Durante le sedute, è stato raccolto il verbale degli scambi avvenuti, al fine di utilizzare il materiale clinico a fini di ricerca. Questi soggetti sono stati reclutati da un servizio pubblico territoriale

tramite la segnalazione dei propri terapeuti individuali. I partecipanti hanno inoltre condotto precedentemente un colloquio di presentazione con lo psicologo conduttore del gruppo e tre operatori, tra cui uno psicologo, un educatore e la tirocinante che si occupava di redigere il verbale di ogni seduta. All'interno del campione erano inclusi pazienti con una preminente problematica di dipendenza da gioco, già in terapia individuale e segnalati come idonei alla partecipazione al ciclo di sedute. Per essere inclusi, i pazienti dovevano poi essere privi di comorbilità psichiatriche gravi e l'assegnazione al gruppo online è stata suggerita anche in base alla possibilità di spostarsi, agli impegni lavorativi, allo stile di vita e alla motivazione. Il gruppo online era formato da 6 soggetti, 4 maschi e 2 femmine, di età compresa tra i 36 e i 61 anni. Secondo le indicazioni di Braun and Clarke (2013), è infatti desiderabile che il campione sia di un numero incluso tra sei e dieci, in modo da essere "abbastanza esteso da dimostrare in modo convincente la presenza di pattern in un determinato dataset; piccolo abbastanza da mantenere l'attenzione sull'esperienza individuale dei partecipanti" (Braun & Clarke, 2013, p.45).

Sono stati condotti dieci incontri con cadenza settimanale; 9 di questi erano online, della durata di 75 minuti ciascuno, mentre l'ultimo, conclusivo, si è tenuto in presenza ed è durato 120 minuti. Per quanto riguarda le sedute, l'intervento prevedeva che il gruppo fosse a mediazione, tramite l'introduzione di: carte Dixit® nella terza seduta; materiale fotografico/iconografico durante il Photolangage® della sesta e della settima seduta; favole e testi, tra cui l'introduzione di scritti, poesie e canzoni proposte dai membri stessi durante l'ottavo e il nono incontro. Inoltre, nella decima seduta è stato condotto un gioco di ruolo con l'utilizzo di alcuni cappelli, nel quale ogni partecipante poteva scegliere un copricapo per se stesso e assegnarne uno agli altri membri del gruppo, conduttori compresi.

#### **5.4 La procedura**

Nel condurre lo studio, abbiamo fatto riferimento alle linee guida di Braun e Clarke (2006) per l'analisi tematica. Per giungere all'identificazione dei temi, è stata dedicata particolare attenzione a una fase iniziale di familiarizzazione con i dati, ovvero con le trascrizioni *verbatim* delle sedute, per acquisire una visione complessiva del processo psicoterapeutico. Durante questa lettura, sono state annotate e discusse le prime intuizioni relative ai pattern emergenti, operando inizialmente con un approccio *top-down*, conformemente alle prassi consigliate dalla letteratura sull'analisi tematica (Braun

& Clarke, 2006; Brownlow, 2023). Per arricchire la comprensione dei fenomeni inizialmente osservati, sono stati consultati articoli e testi sulle teorie sulla psicoterapia psicodinamica di gruppo (Silvestri & Ferruzza, 2012), specialmente destinata al trattamento di pazienti con Disturbo da Gioco d’Azzardo (Pickering, 2020; Nilsson, 2023; Sanchez, 2019; Syvertsen, 2020).

Per la codifica delle trascrizioni, è stato adottato un approccio *bottom-up*, durante il quale si è lasciato che fosse il contenuto emergente dal testo a guidare nell’analisi, e non l’adozione di una particolare cornice teorica. Con l’utilizzo del software Atlas.ti, versione 9 per *Windows*, sono stati generati codici rappresentativi dei contenuti dei trascritti, e applicati a stringhe di testo coincidenti con singoli periodi o brevi paragrafi.

L’identificazione dei temi è stata compiuta attraverso la ricerca di pattern ricorrenti, passando dalla semplice descrizione all’interpretazione semantica dei contenuti. Questo passaggio e la successiva revisione dei temi sono stati guidati ancora da un approccio *top-down*, seguendo le indicazioni della letteratura sull’analisi tematica in contesti psicoterapeutici gruppali formati con pazienti affetti da Disturbo da Gioco d’Azzardo (Braun & Clarke, 2006; Brownlow, 2023). I temi sono poi stati identificati e definiti mediante il rinvenimento del concetto organizzatore di ciascuno. Per determinare la prevalenza dei temi nel vasto materiale raccolto, si è scelto, seguendo il consiglio di Braun e Clarke (2006) di identificare la ricorrenza dei temi trasversalmente all’insieme dei dati, anziché verificare la presenza di ciascun tema in ogni singolo contributo. Infine è stato redatto un report sulle conclusioni estratte, come prescritto dalla letteratura di riferimento (Braun & Clarke, 2006).

## **5.5 Risultati**

Seguendo la procedura sopra riportata, sono stati identificati due temi principali, rispettivamente denominati “Interventi conduttore” e “Interventi gruppo”. Nel primo rientrano tutti i codici inerenti ai contributi dei terapeuti riconducibili alle descrizioni di Gabbard (2018) e distinguibili come supportivi o espressivi. Il secondo tema, invece, riunisce i codici relativi alle espressioni dei membri che sono risultate essere assimilabili, seppur non tecnicamente corrispondenti, ad interventi terapeutici. I codici fatti rientrare in questo tema sono stati nominati “Fattori terapeutici: co-conduzione” per indicare il potenziale terapeutico di alcuni dei contributi espressi dai membri del gruppo.

Per quanto riguarda i sottotemi, il tema “Interventi conduttore” è stato diviso in

tre sottogruppi (APPENDICE 1a e 1b). Il primo vede il raggruppamento di tutti i codici ascrivibili al polo supportivo, ovvero gli interventi di psicoeducazione, consigli, elogi e validazioni empatiche. Come esempio, si cita di seguito un intervento psicoeducativo:

*S.F.: Il gioco è un aspetto vitale [...]. Dovrete riuscire a imparare ad apprezzare il gioco sano e a giocare [...], affrontare la vita [...] in modo spensierato e creativo.*

Il secondo sottogruppo include tutte le codifiche relative ad interventi terapeutici posizionabili in un'area intermedia tra il polo supportivo e quello espressivo. Di seguito, si riporta un esempio di intervento di chiarificazione, appartenente al sottogruppo degli interventi terapeutici di tipo intermedio:

*S.F.: Vuole dire che dietro l'incanto c'è la fregatura.*

Il terzo sottogruppo si riferisce ai contributi e alle espressioni del conduttore identificate come interventi appartenenti al polo espressivo, tra cui osservazione, interpretazione e confrontazione. Di seguito, si propone un esempio di intervento interpretativo:

*S.F.: Il labirinto forse ci dà l'idea di qualcosa che continua e in cui ci si perde, mentre nel baratro si continua a cadere [...]. A volte ci si ferma sulle conseguenze, sui soldi finiti, ma a volte forse è utile anche vedere l'altra sfumatura che ci ha portato il racconto di P., e cioè che il baratro sta nel meccanismo stesso del gioco, perché non si ferma se io non ne ho consapevolezza.*

Per quanto riguarda la **prima ipotesi**, l'analisi delle frequenze delle codifiche relative agli interventi terapeutici dei conduttori, sia supportivi, sia intermedi, sia espressivi, confrontate con quelle relative ai contributi di co-conduzione dei membri del gruppo (APPENDICE 2), non smentisce l'ipotesi iniziale. Si osserva che gli interventi dei conduttori sono presenti fin dalla prima seduta, mostrando una tendenza quasi progressiva. Questi interventi diminuiscono nella seconda seduta (da 29 a 21), aumentano nella terza (n = 46) e poi diminuiscono nuovamente fino alla sesta seduta (n = 31); tuttavia, a partire dalla settima sessione si registra un significativo aumento di tutti i tipi di intervento del conduttore, passando da 46 interventi a 106 nell'ultimo incontro. Quasi un quarto (23,8%) degli interventi totali è stato proposto dai conduttori nell'ultima seduta. Per quanto riguarda gli interventi dei membri del gruppo (29,59%), questi sono meno frequenti rispetto a quelli proposti dai conduttori (70,41%). Tuttavia, come previsto, nel corso delle sedute emergono progressivamente interventi di co-conduzione da parte dei partecipanti, con un incremento evidente a partire dal quinto incontro. Gli interventi di

co-conduzione dei membri iniziano infatti alla terza seduta (n = 16) e aumentano in frequenza a partire dalla sesta seduta. Nella nona seduta, gli interventi proposti dai membri del gruppo raggiungono il 50% del totale degli interventi, e nell'ultimo incontro la frequenza di questi interventi di co-conduzione sale a 47 ricorrenze. Questi dati non contraddicono la prima ipotesi, mostrando come, con il proseguire del percorso psicoterapeutico, aumentino anche gli interventi dei membri, sebbene non in modo progressivo nel corso degli incontri. Relativamente all'ipotesi di un incremento, con l'avanzare della psicoterapia, degli interventi espressivi da parte dei conduttori, l'analisi delle frequenze dei sottotemi "Interventi polo espressivo", "Interventi polo intermedio" e "Interventi polo supportivo" mostra che non c'è un andamento progressivo e costante nel corso delle sedute, ma si nota che la percentuale più alta di interventi espressivi (28,86%) si verifica nella decima e ultima seduta, dove peraltro si concentra la maggioranza delle verbalizzazioni di insight totali (26,9%). Non ci sono quindi dati in grado di disconfermare l'ipotesi che nell'ultimo incontro si siano proposti interventi maggiormente espressivi. Tuttavia, anche il polo supportivo mostra la frequenza più alta di interventi nell'ultima seduta (34,04%). I dati suggeriscono che l'ultima seduta presenta la maggior percentuale di interventi espressivi da parte dei conduttori (28,86%), mentre il sottotema "Interventi polo intermedio" registra la sua frequenza più alta (18,33%) non nell'ultima, bensì nella terza seduta. Questo indica una tendenza generale all'intensificazione degli interventi espressivi verso la conclusione del programma psicoterapeutico, confermando parzialmente l'ipotesi iniziale.

La **seconda ipotesi**, che prevedeva un incremento nella responsabilità personale espressa dai partecipanti nel corso delle sedute, sembra trovare conferma solo parzialmente. Dall'analisi dei codici relativi alla "Responsabilità personale", emerge che la maggior parte di essi si concentra nelle sedute iniziali, con il 28,57% presente nella terza seduta, il 17,35% nella quarta e il 10,20% nella seconda (APPENDICE 3a). Questo suggerisce che la responsabilità personale sia un tema affrontato intensamente all'inizio del percorso psicoterapeutico. Inoltre, la co-occorrenza dei codici relativi alla responsabilità personale e con i contributi inerenti alla condivisione di esperienze sottolinea come questi argomenti siano stati trattati dai membri del gruppo non solo come riflessioni individuali ma come esperienze condivise, particolarmente nella seconda e nella terza seduta (APPENDICE 3b). In questi incontri, sono stati discussi temi quali la messa in atto di azioni contro la legge, la necessità di informare la famiglia sui problemi

legati al gioco, la perdita di beni materiali e i problemi causati alla famiglia dalla condotta del giocatore. Questa condivisione ha probabilmente favorito una maggiore introspezione e assunzione di responsabilità personale. La categoria “Riflessione personale: esperienze condivise” emerge come la più rappresentativa (n = 65) tra tutte le codifiche del tema “Riflessioni personali”, indicando che la riflessione su esperienze condivise è stata un aspetto centrale nel processo terapeutico. Nell’APPENDICE 3b è possibile osservare alcuni esempi di come alcuni interventi riconducibili a questa categoria si aggancino a contributi precedentemente condivisi da altri membri del gruppo tramite la locuzione “anche io” o si sviluppino a partire dalla condivisione di informazioni e vissuti “da giocatori”. La ricorrenza di alcune citazioni (Seduta 2.219 e Seduta 3.101; APPENDICE 3b) è stata riportata in tabella per intero, evidenziando come anche gli stessi codici, in questo caso inerenti al tema “Responsabilità personale”, si sovrappongano in alcuni casi. Altri dati interessanti sono emersi dall’analisi confrontativa dei codici relativi al sentimento di colpa e di quelli riguardanti la responsabilità personale (APPENDICE 4), condotta indagando la frequenza dei codici raggruppati nel tema “Da colpa a responsabilità”: “Emozioni: senso di colpa”, “Insight: cambio di prospettiva - dalla colpa alla responsabilità” e “Percorso: dalla colpa alla responsabilità”. Dai dati emerge che la verbalizzazione del senso di colpa è stata più frequente nella quinta e nell’ottava seduta (33,33%), ovvero a metà e verso la fine del percorso. La maggioranza delle codifiche relative agli insight sulla responsabilità personale si concentra nella settima seduta (66,67%), ma è presente, seppur con una sola citazione, sia nella quarta che nella nona seduta. Il codice “Percorso: dalla colpa alla responsabilità” è stato applicato a interventi sia dei conduttori che dei membri, riferiti non solo ad un cambio di prospettiva, ma anche alla crescente consapevolezza, col proseguire del percorso terapeutico, delle differenze tra i due costrutti psicologici. Ne sono un esempio le seguenti citazioni:

*S.F. (conduttore): “Qual è la mia mia responsabilità?” Credo sia una domanda più sana rispetto a chiedersi “qual è la mia colpa?”, che apre ad altre questioni della propria vita, non solo legate al gioco.*

*L.B. (membro): [...] stesso potere di tutti nel portare avanti la responsabilità di migliorare la condivisione e l’esperienza di cura. Uno può far precipitare la condivisione o la può coltivare mettendo in gioco se stesso. È questo il valore del gruppo, ognuno è responsabile di come sta andando.*

Contributi simili sono stati individuati soprattutto nella sesta seduta (80%), ma

sono stati ripresi anche nell'ottava (20%), verso la fine dell'intervento. Queste codifiche sono state raggruppate nel tema "Da colpa a responsabilità", a sua volta confrontato con i singoli codici che lo compongono, per indagare se, in generale, il passaggio da un costrutto ad un altro seguisse un andamento progressivo. In particolare, l'indagine si è concentrata su come l'emozione della colpa venisse esplicitata nelle prime sedute, ma, con il proseguire dell'intervento, si trasformasse in espressioni che indicavano un senso di responsabilità. Contrariamente alle aspettative iniziali, le codifiche relative all'esplicitazione della colpa non appaiono subito; piuttosto, la quarta seduta segna il primo rilevante insight riguardo al passaggio dalla colpa alla responsabilità, precedendo l'espressione diretta della colpa. Durante la sesta seduta, che mostra una significativa riflessione su questi costrutti, il 30% dei contributi evidenzia sia l'esplicitazione della colpa, sia il suo superamento verso l'assunzione di responsabilità. Sempre relativamente alla seconda ipotesi, sono state esaminate le codifiche relative all'incapacità o alla capacità di perdonarsi, cercando di capire se la distribuzione di frequenza fosse simile a quella dei codici riguardanti una maggiore assunzione di responsabilità. I risultati mostrano che la maggior presenza di codifiche legate al perdono si verifica nell'ottava e nella nona seduta, coincidendo con il picco di codifiche relative al cambio di prospettiva dalla colpa alla responsabilità. Va notato che i riferimenti alla capacità di perdonarsi si manifestano già nella terza seduta, anticipando qualsiasi riferimento esplicito ai costrutti di colpa e responsabilità. Un ulteriore aspetto indagato riguarda le codifiche relative alla gratitudine dei partecipanti. Analizzando la distribuzione di tali codifiche, è emerso che la gratitudine dei partecipanti è presente con almeno una codifica in tutte le sedute, tranne la prima, con un picco nella quinta seduta (19,44%). Al contrario, la gratitudine dei partecipanti espressa verso uno o entrambi i conduttori è stata presente fin dal primo incontro, sebbene si registri un'interruzione delle codifiche relative alla gratitudine verso i conduttori nella sesta e nella settima seduta. Si nota invece come la gratitudine di un partecipante verso il gruppo sia più frequente all'inizio degli incontri, fin dalla prima seduta, e negli ultimi tre. Queste osservazioni confermano parzialmente la seconda ipotesi e offrono una visione complessa del processo di trasformazione personale che si verifica nel corso della psicoterapia di gruppo, sottolineando l'importanza di interventi mirati a facilitare il passaggio dalla colpa alla responsabilità e la capacità di auto-perdono.

Per quanto riguarda la **terza ipotesi**, per verificare le previsioni di maggiore consapevolezza, insight e riflessioni personali nel corso dell'intervento, si è indagato il



tema denominato “Insight”. Concetto organizzatore trasversale a tutte le codifiche appartenenti a questo tema è la presenza di contributi da parte dei partecipanti che indicano l’elaborazione, tramite introspezione, di un argomento discusso nel gruppo o di un elemento del proprio vissuto esperienziale e affettivo. Rispetto al tema degli “Insight”, l’ipotesi che questo emergesse sempre più con il proseguire degli incontri è parzialmente coerente con i dati. Si nota infatti un incremento costante di contributi coerenti con il tema fino alla terza seduta (n = 74), con una leggera diminuzione dalla quarta (n = 64) alla sesta seduta (n = 59). La maggioranza degli “Insight” (14,81%) si concentra invece nella settima seduta. Diversamente da quanto previsto, la decima seduta è invece uno degli incontri con meno contributi di “Insight” (6,49%). Osservando la prevalenza dei codici relativi all’“Insight” e di quelli inerenti alle “Riflessioni personali”, si evidenzia come le distribuzioni di frequenza dei due temi siano simili. Quando si nota un incremento di contributi relativi a “Riflessioni personali” durante le sedute, vi è anche un maggior numero di codifiche inerenti agli “Insight”. Tuttavia, la maggioranza di interventi dei membri appartenenti al tema delle “Riflessioni personali” (16,75%) si osserva nella sesta seduta, mentre la maggioranza di “Insight” (14, 81%) si rileva nella settima (APPENDICE 5). Analizzando i singoli codici, è possibile evidenziare come interventi che prevedono un insight rappresentativo di una maggiore consapevolezza siano spesso compresenti con tutti i tipi di riflessione personale (APPENDICE 6). In particolare, la maggiore frequenza di codici associati a una stessa citazione si evidenzia soprattutto in corrispondenza alle riflessioni personali riguardanti esperienze condivise. Nello specifico, queste compaiono per lo più in associazione in corrispondenza ad insight relativi alla consapevolezza del problema e delle sue conseguenze e alla consapevolezza della necessità di conoscere il problema per affrontarlo. La codifica “Consapevolezza del problema e delle sue conseguenze” si presenta due volte in corrispondenza di riflessioni sulle caratteristiche condivise dei giocatori d’azzardo e sul percorso terapeutico come occasione da sfruttare e sulle menzogne. Il codice “Consapevolezza della necessità di conoscere il problema per affrontarlo” si accompagna invece in due occasioni a riflessioni sulla diversità dei vissuti personali rispetto al percorso. Il codice “Consapevolezza delle risorse acquisite grazie alle avversità” è compresente due volte con le relative riflessioni personali. Le due tipologie di codici si differenziano: infatti, nel caso delle riflessioni personali si individuano contributi riguardanti la comprensione e la generalizzazione rispetto alle risorse attivate in seguito al superamento di circostanze sfidanti, come nel

seguinte esempio:

*L.B.: La gratitudine mi ha fatto capire che siamo sempre esseri speciali. Quando le persone lo riconoscono e ci vedono è un valore aggiunto, ma anche quando sbagliamo siamo sempre esseri speciali e siamo incanalati nella cura.*

La consapevolezza rispetto alle risorse acquisite grazie alle difficoltà si riferisce invece a una maggiore presa di coscienza da parte dell'individuo delle proprie possibilità, come riportato nel contributo di seguito:

*L.B.: Io ho imparato a trovare tutti i mezzi di cui potevo venire a conoscenza per difendere me stessa e anche per affidarmi a qualcuno che potesse aiutarmi non solo a sopravvivere ma anche a superare le difficoltà che mi si presentavano.*

È stato individuato il tema "Uso di metafore", che racchiude qualsiasi contributo in cui viene utilizzato un linguaggio metaforico, da parte dei membri o dei conduttori. I codici raggruppati sotto questo tema sono riconducibili a diverse aree semantiche, come la percezione sensoriale, il mondo animale e naturale, i concetti di crollo, tossicità, solitudine e distruzione, ma anche oggetti e figure protettive e immagini di un percorso che porta a una rinascita. Si cita di seguito un contributo relativo alla codifica "Metafora rinascita: percorso di guarigione come morte e resurrezione".

*L.B: Ogni bruciatura rende più forti, non rinasci e basta, ma rinasci più forte.*

Si evidenzia come questo tema sia quello che comprende il maggior numero di codifiche (n = 97) rispetto a tutti gli altri temi individuati nelle dieci trascrizioni. L'utilizzo di metafore, contrariamente alle ipotesi, non sembra tuttavia avere una distribuzione di frequenza simile al tema relativo agli insight (APPENDICE 7a). Pare inoltre che l'aumento nell'utilizzo di espressioni metaforiche non sia continuo e progressivo lungo il corso dei dieci incontri, al contrario di quanto previsto inizialmente. L'utilizzo di metafore, di qualsiasi area semantica, compare infatti con maggiore frequenza (19,61%) nel terzo incontro. La maggioranza di tutte le codifiche relative agli "Insight" si evidenzia invece in corrispondenza della settima seduta (14,81%). Per un'analisi approfondita, si sono isolati tre sottotemi contenenti insight relativi al cambio di prospettiva, alla consapevolezza e all'apertura verso le nuove esperienze a fine percorso (APPENDICE 7b). La distribuzione degli insight sulla consapevolezza sembra ricalcare quella del tema principale degli "Insight", con una maggior frequenza (18,01%) nella settima trascrizione. Nella seduta in cui si riscontra un maggiore utilizzo di metafore, la terza, si osserva anche la maggior frequenza di insight relativi all'apertura verso le esperienze

future (31, 25%) e la terza percentuale più alta (14,75%) di insight relativi a un cambio di prospettiva. Tuttavia, anche in funzione dei sottogruppi, non sembra riconoscersi un incremento costante nel corso delle sedute, né per quanto riguarda l'utilizzo di metafore, né rispetto ai contributi che comprendono un insight da parte dei membri. Anche se non si riscontra un andamento comune tra i due codici, è tuttavia possibile evidenziare in più punti dei trascritti una co-occorrenza tra alcune codifiche appartenenti al tema "Insight" e "Uso di metafore". In particolare, gli insight relativi al cambio di prospettiva co-occorrono con diverse metafore individuabili in differenti meta-metafore; nello specifico, si riscontrano compresenze con espressioni riguardanti le aree semantiche dell'azzardo e del rischio; il concetto di baratro; un percorso privo di vie d'uscita; una sensazione fisica di adrenalina; la sensazione di solitudine e dis-legame; l'identità personale; il veleno come elemento nocivo e tossico. La maggior parte delle ricorrenze rispetto all'utilizzo di metafore si presenta in compresenza alle codifiche riguardanti gli insight che riguardano la consapevolezza (APPENDICE 8). Questi si presentano insieme a espressioni riguardanti l'area semantica del baratro, delle sensazioni fisiche, dell'identità personale, dell'elemento velenoso, dalla solitudine e dell'assenza di via d'uscita. Quest'ultima è infatti quella che vede la maggioranza di co-occorrenze, presentandosi nove volte insieme ad insight relativi alla consapevolezza della fase avanzata del problema e delle sue conseguenze. Per facilitare la lettura dei dati, gli insight relativi alla consapevolezza sono stati suddivisi in sottogruppi: "Consapevolezza del danno", comprendente i codici "Consapevolezza del danno economico" e "Consapevolezza del danno recato alla famiglia"; "Consapevolezza del problema", inclusivo dei codici "Consapevolezza del problema e delle sue conseguenze" "Consapevolezza del problema in fase avanzata", "Consapevolezza della necessità di conoscere il problema per affrontarlo", "Consapevolezza del ruolo disfunzionale della famiglia" e "Consapevolezza della necessità di farsi aiutare"; "Consapevolezza delle risorse e capacità", che raggruppa le codifiche "Consapevolezza della propria forza di volontà", "Consapevolezza delle risorse acquisite grazie alle avversità"; infine, il sottogruppo "Consapevolezza personale" riferito alla codifica "Consapevolezza dell'incapacità di controllare la giocata". I codici relativi alle metafore sono stati invece suddivisi per aree tematiche. Rispetto agli insight relativi all'apertura, si riscontrano co-occorrenze con l'uso di metafore solo nel caso di un'apertura verso esperienze nuove e non programmate. Entrambe le codifiche, in due occasioni, sono presenti insieme a metafore relative all'azzardo e al rischio, mentre una

volta ricorrono insieme a una metafora riguardante la descrizione di un percorso, in riferimento allo slancio verso il nuovo. Come per gli insight, si è inoltre voluto indagare la distribuzione di frequenza nell'uso di metafore, confrontandola con le riflessioni personali proposte dai membri durante il percorso. Rispetto all'introduzione di oggetti di mediazione, si prevedeva infatti che questi avrebbero prodotto un aumento dei contributi riflessivi, così come un maggiore utilizzo di espressioni metaforiche. Sarebbe tuttavia che i dati non rispettino le previsioni iniziali, poiché la maggioranza delle riflessioni personali sembra presentarsi in una fase più avanzata dell'intervento, con la maggiore concentrazione di codifiche (16,75%) nella sesta trascrizione (APPENDICE 9). Nonostante la mancata corrispondenza delle distribuzioni, si sono riscontrate diverse co-occorrenze tra le codifiche relative alle riflessioni personali e l'utilizzo di metafore. Metafore relative a ogni area semantica, tranne quella dell'azzardo, del cibo, degli elementi meccanici e visivi, del legame e del veleno, presentano una co-occorrenza con una riflessione personale proposta da un giocatore. In particolare, la maggioranza di corrispondenze è stata riscontrata rispetto alla riflessione personale inerente all'analisi del racconto, introdotto come oggetto mediatore testuale (APPENDICE 10a e 10b). In due casi i membri hanno proposto un parallelismo con il clima di gruppo. Questo contributo è stato codificato con metafore dell'area semantica riguardante l'elemento naturale del sole che sorge, paragonato alla coesione di gruppo, e a quella della rinascita, dove ci si riferisce evocativamente alla progressiva apertura dei membri come a una forma di spoliatura. Le riflessioni sulle esperienze condivise costituiscono inoltre il codice che si presenta più volte insieme a una codifica relativa all'utilizzo di metafore (n = 7).

Per quanto riguarda la **quarta ipotesi**, si prevedeva che i temi delle sedute rispettassero la distribuzione programmata dai conduttori. Nella prima seduta, dopo una presentazione dei partecipanti, del percorso e delle norme di gruppo, si era previsto di trattare le aspettative riguardo il percorso terapeutico, senza alcuna forma di mediazione. Per quanto riguarda il primo incontro, i dati non confutano l'ipotesi, poiché la maggior parte del tema "Aspettative" si riscontra proprio nella prima seduta (50%). Questo tema racchiude infatti tutti i contributi dei partecipanti riguardanti le proprie aspettative nei confronti del percorso intrapreso, includendo anche previsioni sulla riuscita del trattamento. Per la seconda e terza seduta si era proposto come tema la ricostruzione della storia di gioco, stimolando la produzione di contributi sugli effetti del Disturbo da Gioco d'Azzardo con la mediazione delle carte Dixit®. Per indagare la distribuzione di questi

argomenti, sono stati individuati nel presente lavoro i temi “Effetti del gioco” e “Storia di gioco”. Nel primo sono stati raggruppati tutti i contributi relativi alle riflessioni sulle proprie azioni negative, che hanno sottratto tempo alla famiglia o hanno portato a condotte illegali. Molte di queste codifiche rientrano anche nel tema della “Responsabilità personale”. Nel tema “Effetti del gioco” sono inclusi anche i contributi relativi alle associazioni dei membri tra gioco e relazioni superficiali o poco soddisfacenti. Il tema “Storia di gioco” riguarda invece tutte le codifiche relative al racconto della propria esperienza di giocatore, compreso il tipo di gioco implicato nella dipendenza e le modalità di giocata. La distribuzione di questi temi sembra essere meno aderente alle previsioni rispetto a quelli programmati per la prima seduta. Sebbene la maggiore concentrazione del tema “Effetti del gioco” si riscontri nella terza seduta, questo è presente con almeno una codifica in tutte le trascrizioni, ad eccezione di quella relativa all’ultimo incontro (APPENDICE 11). Il tema “Storia di gioco”, al contrario, si limita alle prime cinque sedute, ma la sua maggiore concentrazione (39,39%) si rileva nella quarta seduta e non, come previsto, nella seconda o nella terza. Per la quarta e quinta seduta, si era previsto di stimolare una riflessione sulla distinzione tra felicità adrenalica e felicità autentica, parlando della gestione degli impulsi e del *craving*, del rischio di un riavvicinamento alla puntata e della propria identità di giocatori d’azzardo. In questi incontri si è inoltre chiesto ai membri del gruppo quale fosse il loro stato mentale nell’attesa dell’esito della giocata, supportando le riflessioni con la mediazione di un video. Codifiche relative a queste tematiche sono state raggruppate nel tema “Vissuti in giocata e Craving”. Per quanto riguarda questi codici, tuttavia, non sembra esserci una corrispondenza con i risultati emersi. Il tema “Vissuti in giocata e Craving” compare soprattutto nella settima seduta, che presenta più del doppio delle codifiche rispetto alla quarta seduta, in cui si era previsto di introdurre il tema. A parte la sesta seduta, inoltre, il tema sembra trovare corrispondenza nelle trascrizioni di tutte le sedute anche precedenti alla quarta e quinta. Per la sesta e settima seduta, con la mediazione del Photolangage®, si era prospettata una riflessione sulle risorse scoperte e attivate durante il percorso e il loro ruolo nella risoluzione del problema. Si prevedeva che questi argomenti si sarebbero poi collegati con il tema delle prospettive future e della nuova progettualità”, considerando la possibilità di stare bene nonostante gli effetti del gioco. Tali temi si sarebbero quindi proposti nell’ottavo e nel nono incontro, con la mediazione di elementi portati dai partecipanti stessi. Durante l’ultima seduta, si era infine previsto di ripercorrere ciascun

tema in precedenza trattato, proponendo una riflessione sul percorso compiuto e sul futuro. Tutti gli argomenti citati, previsti dalla sesta seduta in poi, sono stati raggruppati nel tema “Prospettive future e rinascita”, che si prevedeva quindi di riscontrare soprattutto negli ultimi cinque incontri. Tuttavia, i dati sembrano disconfermare parzialmente l’ipotesi. Effettivamente, la maggioranza delle codifiche relative a “Prospettive future e rinascita” (41,94%) è presente nell’ottava seduta; tuttavia, il tema è distribuito in quasi tutte le trascrizioni a partire dalla terza seduta, ma non compare affatto, invece, nella nona. In generale, sembra plausibile concludere che, ad eccezione del primo tema inerente alle aspettative, nessuna delle distribuzioni emerse dai dati abbia rispettato le previsioni. L’ipotesi che i contributi dei membri seguissero fedelmente le proposte dei conduttori sembra quindi disconfermata dalle evidenze, almeno parzialmente.

## **5.6 Discussione e conclusioni**

Per quanto riguarda i risultati, in alcuni casi non sono emersi dati che confutassero le ipotesi, mentre in altri casi le previsioni non sono state rispettate totalmente o parzialmente.

Rispetto alla **prima ipotesi**, il fatto che gli interventi dei conduttori siano presenti sin dalla prima seduta è coerente con la letteratura sia sulle terapie di gruppo (Silvestri & Ferruzza, 2012), sia sugli interventi online (Ambrosiano & Locati, 2012, 2023). Guidare in modo direttivo il gruppo nelle prime sedute, soprattutto nella modalità online, sembra infatti promuovere una forte alleanza terapeutica, nonché instaurare fin dall’inizio una buona coesione di gruppo (Ambrosiano & Locati, 2023). Rispetto al dato che i contributi dei conduttori si riscontrino prevalentemente durante l’ultimo incontro, si evidenzia come l’ultima seduta, sia in gruppo che nel setting individuale, sembra elicitare angosce abbandoniche e ansie relative alla fisiologica dipendenza dal terapeuta che si instaura durante la terapia (Semi, 2011; McWilliams, 2012). Questo può portare a un incremento dei contenuti delle sedute da parte di conduttori e pazienti, poiché si percepisce un’urgenza legata allo scadere del tempo (Gabbard, 2018; McWilliams, 2012). Per quanto riguarda gli interventi dei pazienti, il fatto che questi si presentino solo dalla terza seduta è congruente con l’evidenza che ai membri sia necessario un maggiore lasso di tempo rispetto ai conduttori per inserirsi attivamente nello sviluppo tematico spontaneo del gruppo, soprattutto nel setting online (Ambrosiano & Locati, 2023; Silvestri & Ferruzza, 2012). Per i terapeuti stessi, le prime sedute sono infatti necessarie per sondare l’alleanza

di lavoro e rinegoziare gli obiettivi terapeutici, che raramente coincidono del tutto con quelli dei pazienti (Silvestri & Ferruzza, 2012). Oltre a questa iniziale fase di ambientamento al setting, nelle prime sedute vi è stata anche l'interferenza del paziente A.G., poco aderente alla proposta terapeutica, che nella quinta seduta ha abbandonato il progetto. Questo elemento potrebbe aver contribuito, infatti, a ritardare lo sviluppo di coesione e clima di gruppo favorevoli (Ambrosiano & Locati, 2023). Nella terza seduta si è introdotto anche l'oggetto mediatore delle carte Dixit®, che potrebbe aver promosso un maggiore coinvolgimento dei membri (Marogna, 2014; Ramasso, 2018). Gli interventi di co-conduzione mostrano poi un incremento progressivo a partire dal quinto incontro, dove è stata proposta la domanda "In quale stato mentale sono nel momento in cui aspetto l'esito della giocata?". L'aumento degli interventi dei pazienti potrebbe indicare infatti un incipiente processo di identificazione con la figura del terapeuta, essenziale per il successo terapeutico dell'intervento, con una conseguente introiezione delle espressioni utilizzate da questi (McWilliams, 2012; Silvestri & Ferruzza, 2012). L'elevata presenza di interventi dei pazienti nella nona e nella decima seduta potrebbe poi evidenziare un consolidamento dell'identificazione nei confronti del terapeuta. Questo processo è tuttavia difficile se inizialmente non si è instaurato un rapporto di sufficiente dipendenza dal terapeuta (Silvestri & Ferruzza, 2012): lo stesso assunto di base della dipendenza proposto da Bion (1961), è un movimento fisiologico del gruppo che ne promuove il buon funzionamento, qualora non si instauri in modo rigido. Tuttavia, ricordiamo che gli interventi da parte dei membri non possiedono la medesima declinazione tecnica di quelli dei terapeuti, ma assumono la forma di associazioni coerenti con lo sviluppo tematico spontaneo e con il progetto comune inconscio del gruppo (Silvestri & Ferruzza, 2012).

Che la distribuzione di frequenza degli interventi espressivi dei terapeuti si concentri nell'ultimo incontro sembra essere coerente con le indicazioni della letteratura, che suggerisce al terapeuta di approccio psicodinamico di proporre interventi espressivi ad uno stadio non iniziale della terapia (Gabbard, 2018). Tuttavia, non ci sono dati che indicano se la prevalenza di interventi espressivi sia relativa a una maggiore percezione di contenimento, dovuta al setting in presenza e alla fase avanzata dell'intervento, che potrebbe aver agevolato la produzione da parte dei conduttori e l'accettazione da parte dei pazienti di interventi maggiormente espressivi (Ambrosiano & Locati, 2023). Bisogna infatti considerare anche che il decimo incontro sia stato il più ricco di interventi, nonché quello di maggiore durata. L'evidenza che il maggior numero di interventi sia espressivi

che supportivi si riscontri negli ultimi incontri è tuttavia concorde con le indicazioni di Gabbard (2018); all'inizio dell'intervento si cerca di limitare interventi marcatamente espressivi, ma non vale il contrario: a fine terapia si propongono spesso anche interventi supportivi insieme a quelli espressivi, sovente anche nella stessa seduta (Gabbard, 2018).

Rispetto alla **seconda ipotesi**, il fatto che i codici relativi alla responsabilità personale siano presenti soprattutto nelle sedute iniziali, sembra però essere un dato discorde dalle previsioni. Nell'interpretazione di questo risultato, si è considerato il fatto che codifiche inerenti alla responsabilità siano presenti principalmente nella seconda, nella terza e nella quarta seduta (APPENDICE 3a). In queste sedute iniziali si era infatti previsto di trattare tematiche inerenti alle aspettative, ai vissuti e alla storia di gioco. Questo potrebbe contribuire a comprendere, quindi, perché elementi di responsabilità personale emergano già negli stadi iniziali dell'intervento, in corrispondenza di riflessioni sulle proprie storie, aspettative ed esperienze in quanto giocatori d'azzardo.

Rispetto alla co-occorrenza dei codici relativi alla responsabilità personali con contributi sulla condivisione di un'esperienza, è possibile osservare alcuni esempi di come gli interventi si aggancino a informazioni condivise "da giocatori" tramite l'espressione "anche io". Si propone di associare questi elementi al fattore terapeutico dell'universalità individuato da Yalom (1977), che riguarda la possibilità di alleviare la sofferenza psichica tramite le esperienze analoghe di dolore dell'Altro (Yalom, 1977). Riguardo l'aspetto della responsabilità personale qui indagato, Yalom (1977) sottolinea come il fattore terapeutico dell'universalità comprenda la presa di consapevolezza delle reciproche difficoltà soprattutto nelle prime fasi del processo, come riscontrato nei risultati. In questo stadio "nonostante la complessità dei problemi umani, determinati denominatori comuni sono chiaramente evidenti, e i membri di un gruppo terapeutico percepiscono rapidamente le somiglianze" (Yalom, 1977, p.23). Ciò è coerente anche con il criterio di codifica utilizzato nel presente lavoro per identificare i contributi indicati come "Riflessioni personali: esperienze condivise". Questi codici, infatti, sono relativi a contenuti linguistici dei membri dove si sottolinea una comunanza di esperienze, che sembra agire anche sulla coesione e rende positivo il clima di gruppo (Yalom, 1977). Inoltre, nello studio di Syvertsen (2020), emerge come uno dei temi principali emersi dall'analisi qualitativa sia stato proprio quello nominato "Narrative condivise e comprensione" (*Shared narratives and understanding*). In questi contributi i partecipanti dichiaravano come l'esperienza di essere compresi emergesse quando gli altri membri,



condividendo le proprie storie personali, riuscivano ad esprimere sentimenti che i soggetti stessi possedevano (Syvertsen, 2020). Nel tema Completa Condivisione (*Complete Sharing*) sembra che la volontà di condivisione superi inoltre il timore che gli incontri di gruppo, focalizzati sul tema della ludopatia, riaccendano il desiderio di giocare (Syvertsen, 2020). Ascoltare le storie personali altrui sembra infatti facilitare la riflessione sul proprio disturbo, portando i partecipanti ad acquisire più speranza rispetto al loro percorso e maggiore senso di responsabilità rispetto alle conseguenze delle loro azioni (Syvertsen, 2020). Questo sembra coerente con i risultati del presente lavoro, che evidenziano come la categoria “Riflessione personale: esperienze condivise” sia la più numerosa tra le codifiche “Riflessione personale” (n = 65).

Rispetto all’evidenza che l’emozione della colpa sia più frequente nella quinta e nell’ottava seduta (33,33%; APPENDICE 4) si ricorda che nella quinta seduta è stato chiesto ai partecipanti di riferire il proprio stato mentale durante l’esito della giocata. Questo elemento potrebbe aver stimolato una riflessione e un’introspezione maggiore, portando all’espressione del sentimento di colpa in relazione alla condotta ludopatica.

Il dato relativo alla maggioranza delle codifiche relative agli insight sulla propria responsabilità (66,67%), riscontrata nella settima seduta, potrebbe essere meglio compreso considerando che il tema previsto per la sesta e la settima seduta fosse proprio una riflessione sulle risorse scoperte per far fronte al problema del gioco. Si è già osservato come la ripartizione dei temi prevista non sia stata rispettata fedelmente dal gruppo; tuttavia, nella settima seduta un incoraggiamento da parte dei conduttori all’elaborazione dei propri vissuti da giocatori potrebbe aver permesso di accedere ad un maggiore grado di introspezione rispetto alla sola condivisione delle esperienze di vita, descritte nei primi incontri (Marogna, 2014; Ramasso, 2018). Ciò potrebbe aver quindi portato a un’integrazione degli affetti di colpa con l’acquisizione di un senso di responsabilità, permettendo un cambio di prospettiva. Nella sesta e settima seduta, inoltre, è stata proposta una mediazione tramite la tecnica del Photolangage®, chiedendo poi ai partecipanti di individuare per l’incontro successivo un elemento che rappresentasse l’esperienza di gruppo e cosa questa stesse producendo. Si potrebbe quindi supporre che questi elementi mediatori abbiano efficacemente permesso un maggior accesso a vissuti affettivi dolorosi come il senso di colpa, supportando la ricategorizzazione di quest’ultimo all’interno dell’esperienza soggettiva come un’assunzione di responsabilità meno minacciosa (Ramasso, 2018). Le emozioni di colpa, tuttavia, non vengono espresse

subito dai pazienti, ma necessitano di ben quattro sedute prima di comparire nelle codifiche. Questo sembra coerente con la necessità di un tempo di consolidamento del progetto comune inconscio di gruppo e dell'instaurazione di un'alleanza terapeutica prima che i membri sperimentino il gruppo, sia reale che virtuale, come un luogo dove depositare elementi di vulnerabilità (Silvestri & Ferruzza, 2012). Rispetto alla valutazione del processo e dell'esito dell'intervento, questi dati sono inoltre coerenti con la letteratura relativa a fattori terapeutici come l'importanza delle relazioni interpersonali e l'esperienza emotiva correttiva, parametri del più complesso fattore dell'apprendimento personale (Yalom, 1977). Yalom descrive l'importanza delle relazioni interpersonali come un fattore relativo al bisogno fondamentale dell'uomo di legarsi ad altri suoi simili, riscontrabile anche nel desiderio di appartenenza, giustificato sia da ragioni di sopravvivenza, sia al fine della costruzione di una propria identità personale (Yalom, 1977). Yalom (1977) evidenzia come gli aspetti del Sè si sviluppino rispetto a ciò che viene approvato dalle figure di riferimento, dai quali si deduce quali siano i comportamenti dentro la norma e anormali (Yalom, 1977). L'autore sottolinea come in questo senso, per quanto riguarda obiettivi e metodi, la psicoterapia sia profondamente interpersonale, facendo riferimento al fenomeno del rispecchiamento (Yalom, 1977). All'interno del gruppo, il rispecchiamento avviene quanto i membri riconoscono e supportano il processo di crescita del paziente, che ha accesso a un ri-conoscimento di sé più realistico per quanto riguarda limiti e potenzialità (Yalom, 1977). L'esperienza emotiva correttiva, connessa all'importanza delle relazioni interpersonali, riguarda la scoperta dell'inadeguatezza di alcuni comportamenti e reazioni in riferimento a un esame di realtà precedentemente non adeguato (Yalom, 1977). Questo permette successivamente la possibilità di affrontare e correggere queste tendenze maladattive, proprio grazie alle interazioni e ai rapporti con gli altri (Yalom, 1977).

Rispetto ai costrutti di colpa e responsabilità, si nota invece come appaia prima, nella quarta seduta, un contributo di insight rispetto al cambio di prospettiva dalla colpa alla responsabilità, piuttosto che una codifica relativa esclusivamente a un sentimento di colpa. Questo contributo è infatti inerente alla capacità di lasciarsi andare, citata con un'accezione positiva tra le risposte alla domanda "In quale stato mentale sono nel momento in cui aspetto l'esito della giocata?". Essendo isolato, potrebbe quindi essere considerato come un'iniziale riflessione sul tema indotto dagli interventi terapeutici, piuttosto che un vero e proprio cambio di prospettiva sul senso di colpa.

Riguardo al tema generale “Dalla colpa alla responsabilità”, concetto organizzatore di quest’ultimo è la presenza di contributi sia relativi all’esplicitazione di un’emozione di colpa, sia al passaggio da questa all’assunzione di responsabilità. Le maggiori codifiche rispetto a questo tema si riscontrano nella sesta seduta (30%), dove ricorrono anche le maggiori rilevazioni del codice “Percorso: dalla colpa alla responsabilità” (80%). I contributi codificati con questa dicitura riguardano anche gli interventi dei conduttori relativamente alle differenze sui costrutti di colpa e responsabilità. Rispetto al processo e all’esito del trattamento, le riflessioni promosse dai contributi dei conduttori sembrano avere come riferimento un’integrazione affettiva che possa condurre alla posizione depressiva di cui parla Melanie Klein (1957). In merito a ciò, l’autrice sottolinea come la colpa sia un sentimento collegato alle fantasie aggressive del bambino nel momento in cui riconosce non solo la madre come oggetto totale, con aspetti sia positivi sia negativi, ma anche se stesso come essere separato, in grado di esprimere volontà e con responsabilità personali (Klein, 1957). Insieme alla colpa per le fantasie aggressive e distruttive prodotte dal bambino prima di giungere alla posizione depressiva, si sviluppa però un senso di gratitudine, che mira a riparare il danno inflitto agli oggetti amati a livello fantasmatico (Klein, 1957). Nel presente studio, si osserva come la maggior frequenza di tutti i codici inerenti alla gratitudine da parte del partecipante si presenti nella quinta seduta (19,44%), dove si è registrata anche la maggioranza di codici relativi all’emozione della colpa (33,33%). Ciò sembra coerente con la proposta di Klein (1957), la quale riconosce colpa e gratitudine come emozioni connesse nel processo di sviluppo psichico: la possibilità di provare gratitudine promuove la gestione della colpa e il riconoscimento delle cure ricevute, nel nostro caso dalla figura terapeutica. Con il proseguire dell’intervento, la maggior frequenza di gratitudine rivolta ad entrambi i conduttori si è registrata infatti nell’ottava seduta (60%) mentre nell’ultimo incontro c’è stata la più alta frequenza di gratitudine verso il gruppo in generale (20%).

Rispetto alle codifiche relative all’incapacità o alla capacità di perdonarsi, i maggiori contributi compaiono nell’ottava e nella nona seduta, quando si riscontra anche la maggiore presenza di codifiche che indichino un cambio di prospettiva dalla colpa alla responsabilità. Alla luce di ciò, si potrebbe ipotizzare che la capacità di perdonarsi possa costituire un passaggio intermedio tra i sentimenti di colpa e quelli di responsabilità. Questo sembrerebbe coerente con la letteratura psicoanalitica che prevede come, approdando alla posizione depressiva, l’individuo abbia la possibilità di integrare nella

propria identità anche le parti negative del sé (Klein, 1957). Questo passaggio prevederebbe quindi una presa di responsabilità senza però che questa sfoci in sentimenti persecutori di colpa (Marogna, 2014; Ramasso, 2018; Silvestri & Ferruzza, 2012).

I dati sul tema “Da colpa a responsabilità” e sulla gratitudine sembrano concordi, inoltre, con la letteratura inerente alle persone significative nella vita dei pazienti con Disturbo da Gioco d’Azzardo. Molti partecipanti in un’analisi tematica proposta da Nilsson (2023) hanno infatti nominato l’importanza dell’onestà verso i propri cari, riconoscendo le azioni negative messe in atto a danno di familiari e amici, provando gratitudine per il supporto ricevuto nonostante i problemi creati (Nilsson, 2023). Questa consapevolezza sembra tuttavia preceduta da sentimenti di disperazione, vergogna e senso di colpa verso i propri affetti (Nilsson, 2023). Rispetto alle considerazioni sul processo e sull’esito della terapia, è da sottolineare come questi sentimenti possano spingere alcuni soggetti a perdere la speranza, conducendo i pazienti ad *acting out* come ricadute ed abbandoni del trattamento (Nilsson, 2023). Questo sembra coerente con l’abbandono riscontrato del paziente A.G., che prima di lasciare l’intervento nella quinta seduta ha infatti verbalizzato più volte sentimenti inerenti alla disperazione e al senso di colpa. Inoltre, molti pazienti hanno riferito di cercare aiuto quando sono in uno stato di crisi e in preda al senso di colpa (Evans, 2005), ma una volta estintasi l’urgenza percepiscono ulteriori sessioni come non necessarie (Nilsson, 2023). Si può ipotizzare che ciò sia accaduto anche per A.G., come evidenziato nello scambio qui citato come esempio:

*S.F.: È importante che continui a lavorare su se stesso, sul suo problema, a maggior ragione in questo momento.*

*A.G.: Non mi passa neanche per la testa, ho tutt’altro a cui pensare adesso.*

La valutazione di costi e benefici del trattamento da parte dei pazienti sembra infatti una delle dimensioni rilevanti nell’adesione alla terapia di gruppo online (Sanchez, 2019).

Rispetto all’acquisizione di responsabilità e impegno verso il trattamento, la letteratura indica poi come la teoria personale di molti partecipanti sulla dipendenza da gioco concepisse la ludopatia come un disturbo cronico pressoché incurabile, usando espressioni come “non percepirsi come una persona guarita”, “ricordarsi di essere malati” “prevenzione” (Syvertsen, 2020). Questo dato potrebbe aiutare a comprendere come, anche nel presente studio, il processo di acquisizione di responsabilità personale sia reso

ancora più difficile se il disagio psicologico è considerato all'interno della narrazione soggettiva del paziente come un elemento morboso intrinseco alla propria persona, sul quale non si ha alcun controllo. Riguardo a ciò, nei risultati del presente studio la codifica "incapacità di perdonarsi" si presenta solo nella nona seduta, contraddicendo l'ipotesi di un aumento nel tempo della possibilità di perdonare se stessi. Si può presumere che questo dato indichi come il processo di integrazione identitaria sia lungo e sfaccettato e che richieda un intervento più duraturo rispetto ai dieci incontri. Un percorso di trasformazione comprende infatti non solo la modifica della dimensione soggettiva e cosciente dell'identità, ma anche di quella relativa a come, di rimando, gli altri significativi percepiscono il soggetto (Klein, 1957; Mead, 1934). Impegnarsi in un trattamento è infatti spesso definito dai pazienti stessi come un processo difficile, responsabile anche di una resistenza al cambiamento (Nilsson, 2023).

Rispetto alla **terza ipotesi**, la maggioranza degli insight si trova nella terza seduta (12,31%) e nella settima seduta (14, 81%). Questi dati potrebbero essere letti considerando come il tema maggiormente trattato nella terza seduta sia quello degli effetti del gioco (65,38%; APPENDICE 11), che, come per le riflessioni personali, potrebbe aver promosso una maggiore produzione di insight dei membri sui vissuti personali relativi al proprio problema. Nella settima seduta, come già ricordato, si è proposta la mediazione tramite lo strumento del Photolangage®. L'utilizzo di oggetti mediatori potrebbe quindi aver influito in questa fase sull'efficacia dell'intervento, permettendo maggiore consapevolezza di sé, e sugli insight (Marogna, 2014; Ramasso, 2018; Silvestri & Ferruzza, 2012). Diversamente da quanto previsto, la decima seduta è invece uno degli incontri con meno contributi di insight (6,49%). Anche questo dato potrebbe essere contestualizzato relativamente ai temi delle ultime sedute, che hanno previsto contributi sulle risorse acquisite e sulle prospettive future, piuttosto che insight sulle proprie esperienze passate di gioco.

Contestualmente a questi risultati, è possibile proporre delle conclusioni anche rispetto all'incremento riscontrato sia per i contributi relativi a riflessioni personali, sia per quelli inerenti agli insight (APPENDICE 5). Si osserva infatti come questi contributi possano essere stati promossi dall'attivazione di modalità espressive, incentivate dall'oggetto mediatore fotografico proposto nella sesta e nella settima seduta tramite il Photolangage® (Marogna, 2014; Ramasso, 2018). Rispetto alla co-occorrenza dei codici che prevedono un insight di maggiore consapevolezza con le codifiche relative alle

riflessioni personali (APPENDICE 6), la maggiore frequenza di codici presenti insieme si riscontra relativamente alla categoria “Riflessioni personali: esperienze condivise”. Il fatto che queste codifiche compaiano maggiormente in corrispondenza di insight relativi alla consapevolezza del problema e delle sue conseguenze e rispetto alla consapevolezza della necessità di conoscere il problema per affrontarlo è coerente con la letteratura: pazienti che hanno gestito il proprio Disturbo da Gioco d'Azzardo riferiscono come aiutare i membri con meno esperienza tramite la condivisione di esperienze personali fosse un elemento efficace per la prevenzione della propria ricaduta stessa (Syvertsen, 2020). I partecipanti meno esperti si sono invece sentiti più utili e hanno implementato meccanismi di difesa funzionali e senso di autoefficacia ricevendo consigli pratici dai membri con più esperienza, che sembravano assumere una funzione di modello (Syvertsen, 2020). Un fattore che sembra essere coinvolto in questo processo è infatti il comportamento imitativo, che prevede la possibilità di beneficiare del ruolo di modello assunto da alcuni membri del gruppo, sperimentando modi di agire e reagire che supportano la ri-scoperta di se stessi (Yalom, 1977).

Anche nello studio di Nilsson (2023), espressioni come “insight” ed “onestà” sono inoltre state utilizzate per descrivere un senso di apertura, accettazione e responsabilità per la comprensione della propria condizione psichica (Nilsson, 2023). La relazione tra la condivisione di esperienze e la produzione di insight che indicano una maggiore consapevolezza è inoltre associabile al fattore terapeutico dell'altruismo riconosciuto da Yalom (1977). Questo elemento riguarda la percezione di se stessi positiva che deriva dal sentirsi utili per qualcun altro, offrendo aiuto e sostegno. Ciò permette infatti di accedere alla consapevolezza di essere capaci non solo di dare aiuto, ma anche di poterlo ricevere, incrementando la stima di sé (Yalom, 1977). La co-occorrenza dei codici riguardanti insight di consapevolezza e riflessioni personali sulle esperienze condivise possono essere poi indagati in funzione al fattore terapeutico dell'informazione (Yalom, 1977). Questo elemento non riguarda solo contenuti trasmessi in forma psicoeducativa dai conduttori, ma anche l'insieme di consigli e suggerimenti scambiati dai pazienti che riducono il senso di incertezza e la relativa angoscia (Yalom, 1977). Questo fattore terapeutico non agisce solo su una consapevolezza cognitiva, ma risulta efficace soprattutto rispetto alla componente affettiva, poiché il processo stesso di condivisione, a prescindere dal contenuto, testimonia una reciproca cura tra i membri (Yalom, 1977).

Contrariamente alle ipotesi, l'utilizzo di metafore non si accompagna invece alle

codifiche del tema relativo agli insight (APPENDICE 7a), ma sembra concentrarsi nella terza e nell'ottava seduta. Proprio nella terza seduta, si è proposto infatti l'oggetto mediatore delle carte Dixit®, che potrebbe aver contribuito alla mobilitazione del pensiero simbolico (Ramasso, 2018). Questo potrebbe quindi aver contribuito ad incrementare l'utilizzo di metafore provenienti da differenti aree semantiche, in grado di mantenere sia il livello evocativo dell'espressione, sia l'esperienza soggettiva che il membro desiderava condividere (Ramasso, 2018; Molinari, 2007). Ciò sembra essere comunque coerente con l'evidenza che il tema "Uso di metafore" sia il più numeroso, indicando come l'intervento terapeutico, coadiuvato dallo strumento degli oggetti di mediazione, abbia promosso il proliferare dell'utilizzo di un linguaggio simbolico. Contrariamente alle previsioni, piuttosto che un aumento progressivo dell'utilizzo di metafore, si riscontra invece una corrispondenza di queste codifiche con la presenza di oggetti mediatori. Anche nell'ottavo incontro, dove si registra il secondo utilizzo di metafore più alto, è stata infatti proposta la mediazione con un elemento portato dai partecipanti stessi, cercando di stimolare la produzione originale di un pensiero creativo (Marogna, 2014; Ramasso, 2018).

Rispetto ai sottotemi riguardanti insight relativi al cambio di prospettiva, alla consapevolezza e all'apertura (APPENDICE 7a) degno di nota è il fatto che nella seduta in cui si riscontra un maggiore utilizzo di metafore, la terza, si evidenzia anche la maggior frequenza di insight relativi all'apertura verso le esperienze future (31, 25%). Si osserva inoltre come, nemmeno considerando i sottotemi relativi agli Insight, è stato possibile evidenziare una distribuzione simile al tema "Uso di metafore". Piuttosto, l'utilizzo di metafore sembra avere una distribuzione più simile al tema inerente alla responsabilità personale, anch'esso con contributi maggiormente presenti nella terza seduta (APPENDICE 3a); il tema "Insight" mostra invece delle somiglianze, rispetto alla frequenza, con il tema "Riflessioni personali" (APPENDICE 5). Quest'ultimo dato potrebbe essere meglio compreso considerando che le riflessioni personali possano essere intese come propedeutiche per l'accesso a veri e propri insight (Gabbard, 2018). Infatti, le riflessioni personali possono essere consolidate e validate da contributi supportivi dei terapeuti, per poi divenire insight ad un livello più profondo grazie a successivi interventi terapeutici maggiormente espressivi (Gabbard, 2018).

In particolare, gli insight relativi al cambio di prospettiva co-occorrono con diverse metafore individuabili in differenti aree semantiche; le metafore riguardano in

parte un elemento negativo di blocco o aporia, come quelle inerenti alle meta-metafore del baratro, dell'assenza di una via d'uscita, della solitudine, del veleno e dell'identità del giocatore d'azzardo. Insieme a queste aree semantiche, tuttavia, si presentano anche elementi di movimento volti al futuro, come nei riferimenti all'azzardo come slancio, al percorso e alla sensazione fisica di adrenalina. Questi dati sono quindi coerenti con la compresenza di insight relativi a un cambio di prospettiva e con la letteratura, che evidenzia come l'ambivalenza sia comune nei disturbi caratterizzati da uno scarso controllo degli impulsi (Nilsson, 2023); in questi casi, tentativi di cambiare il comportamento sono rimpiazzati da periodi dove il problema viene negato o vi è una generale disillusione rispetto all'effettiva possibilità di recupero (Nilsson, 2023). Gli sforzi per cessare comportamenti di gioco problematico sono infatti caratterizzati da periodi alternati di progresso e retrocessione (Nixon, 2006; Pickering, 2020).

La maggior parte delle ricorrenze rispetto all'utilizzo di metafore e alle codifiche inerenti agli insight che riguardano la consapevolezza (Appendice 8) si riscontra per l'area semantica del baratro e dell'assenza di via d'uscita. Questo dato potrebbe indicare come una consapevolezza rispetto al problema del gioco e alla sua gravità possa giungere insieme ad emozioni negative, generando immagini sintonizzate con tali affetti (Ferro, 2002) ed evocando elementi di oscurità e caduta, come quello del baratro.

Rispetto agli insight relativi all'apertura verso esperienze nuove e non programmate, si evidenzia una presenza di metafore relative all'azzardo e a una rincorsa verso il nuovo. Questi contributi verbali di accezione positiva potrebbero essere associati a un processo di recupero, manifestando una ritrovata speranza verso le prospettive future. Si nota infatti come l'elemento del rischio presente nella metafora relativa all'azzardo sia comunque declinato in senso propositivo, facendo riferimento alla possibilità di utilizzare lo spirito di azzardo come possibilità di stupirsi.

*L.B.: Un azzardo su cose nuove che però si ripresentano, inaspettate, non calcolate, con inviti che stupiscono e vanno colti come opportunità.*

Questo dato sembra coerente con il fattore terapeutico della speranza Yalom (1977), fondamentale per il mantenimento dell'impegno del paziente. Questo elemento denota infatti la fiducia che la persona pensa di poter riporre nello strumento di cura e nei benefici che presume di poterne trarre (Yalom, 1977). Yalom (1977) evidenzia inoltre come le aspettative positive dei singoli rispetto al futuro siano ulteriormente rafforzate dagli apporti dei membri che hanno già sperimentato un miglioramento personale grazie



all'intervento terapeutico (Yalom, 1977).

Rispetto alla distribuzione di frequenza dell'uso di metafore, l'introduzione di oggetti di mediazione e il relativo aumento di espressioni metaforiche non sembrano associarsi a maggiori contributi di riflessione (APPENDICE 9), quanto piuttosto a una maggiore responsabilità personale. Si sono poi riscontrate diverse co-occorrenze tra le codifiche relative alle riflessioni personali e l'utilizzo di metafore, soprattutto rispetto alla riflessione personale inerente all'analisi del racconto (APPENDICE 10a e 10b), proposto come oggetto mediatore testuale e che ha condotto i membri a riconoscere un parallelismo sul clima di gruppo, qui riportato.

*P.B.: Io credo che qui tra di noi stia uscendo un po' il sole, perché un po' alla volta ci stiamo spogliando tutti. Ogni volta, sarà che magari c'è un po' più di confidenza, sarà che cominciano a passare le paure ad aprirci con gli altri, ma credo siamo ai primi raggi del sole. Per quanto mi riguarda... il vento non l'ho sentito, ma mi sto spogliando.*

In questo contributo, come indicato in APPENDICE 10a, si possono riconoscere due metafore relative all'elemento naturale di un sole che sorge paragonato alla coesione di gruppo (*Io credo che qui tra di noi stia uscendo un po' il sole [...]; credo siamo ai primi raggi del sole. [...]*). In altri due punti si evidenzia invece una metafora appartenente all'area tematica della rinascita sottoforma di una perdita delle proprie vesti (*perché un po' alla volta ci stiamo spogliando tutti. [...] Il vento non l'ho sentito, ma mi sto spogliando.*).

Nel contributo si nota come questi elementi siano associati all'esperienza dell'essere in gruppo e sperimentare confidenza verso persone con vissuti simili ai propri. Questi dati sembrano essere coerenti con il fattore terapeutico definito da Yalom (1977) come coesione di gruppo, che riguarda l'attrattiva che il gruppo esercita sui propri componenti in un rapporto interdipendente. Yalom (1977) sottolinea come questa sia una condizione necessaria per lo sviluppo degli altri fattori terapeutici e per l'efficacia dell'intervento stesso. Questo fattore è associato al costrutto della stima di sé, considerando come il gruppo nel suo insieme, in funzione della coesione, riponga più stima nel singolo di quanto questi non faccia nei confronti di se stesso (Yalom, 1977). Ciò permette quindi di accedere a un senso di appartenenza e accettazione, creando uno spazio dove prendere consapevolezza dei propri sentimenti e permettendo lo sviluppo di un attaccamento al gruppo in quanto base sicura (Lorito & Di Maria, 2015). Ciò sembra assimilabile al concetto di "pelle del gruppo" proposto da Anzieu (1976), che consente ai

membri di percepirsi in uno spazio delimitato e confortevole dove il gruppo esercita una funzione di contenimento. Inoltre, il costrutto della coesione di gruppo sembra essere associato con una riduzione dei sintomi, un migliore funzionamento interpersonale, una maggiore aderenza alla terapia e un più veloce recupero (Burlingame, 2011; Syvertsen, 2020).

Rispetto alla **quarta ipotesi**, la ripartizione dei temi prevista dai conduttori non sembra rispettata dallo sviluppo tematico spontaneo generato dal gruppo, ad eccezione del tema “Aspettative” del primo incontro. Ogni gruppo, soprattutto nel contesto terapeutico, viene pensato e progettato in una dimensione virtuale, prima ancora che gli incontri abbiano luogo (Silvestri & Ferruzza, 2012). Gli obiettivi e il percorso previsto, tuttavia, vengono spesso rinegoziati più volte quando il progetto virtuale viene applicato al gruppo attuale e reale (Silvestri & Ferruzza, 2012). Anche nel gruppo oggetto del presente studio potrebbe aver avuto luogo un processo di rinegoziazione dei temi proposti che non è mai unidirezionale, ma prevede una inter-azione costante tra contributi di pazienti e terapeuti (Silvestri & Ferruzza, 2012). Sembra infatti che in alcuni casi i partecipanti attuino un progetto comune inconscio che porti lo sviluppo tematico a discostarsi da quello previsto dai terapeuti (Silvestri & Ferruzza, 2012).

## **5.6 Limiti dello studio e prospettive future**

Come tutti gli studi qualitativi, anche questo permette il contatto diretto con i vissuti e le esperienze dei partecipanti, fornendo la possibilità di analizzare le singole parole ed espressioni pronunciate da questi. L’analisi tematica è inoltre una metodologia che non richiede conoscenze tecniche specifiche ed è dunque ottima per coloro che si avvicinano per la prima volta a un lavoro di ricerca qualitativa, come nel nostro caso. Tuttavia, c’è il rischio di limitarsi a una raccolta dei dati priva di alcuna riflessione. Per evitare ciò si sono seguite le indicazioni di Braun & Clarke (2006), conducendo la codifica in un’equipe di più persone, per rendere più affidabili le conclusioni sui dati. Secondo l’approccio di analisi qui utilizzato, infatti, parafrasando le parole di Luckmann (1969), le conclusioni proposte sui dati sono valide nel momento in cui realizzano la realtà che cercano di spiegare. Anche nel presente studio, come suggeriscono Braun e Clarke (2006), si è cercato infatti di non cadere nel rischio di considerare le riflessioni proposte come verità assolute, considerando preziosi anche dati contraddittori o che non rispettavano le ipotesi previste. Nel fare ciò, si è infatti cercato di valorizzare la flessibilità

che il metodo dell'analisi tematica garantisce, senza confonderla con un esonero rispetto alla chiarezza e alla precisione della procedura. Rigorosa è stata infatti la ricerca di convergenza rispetto ai concetti centrali dei temi, in modo da conferire solidità all'analisi (Braun & Clarke, 2006).

L'analisi tematica nel campo della psicologia clinica e della ricerca offre la possibilità di indagare in modo minuzioso le espressioni verbali dei partecipanti e le loro trasformazioni nel corso del tempo (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, focalizzandosi su elementi così specifici, la mole di dati che si rileva è estremamente ricca (Braun & Clarke, 2006). Nel presente studio, infatti, la quantità di codifiche rilevate ha reso necessario restringere la relazione sui risultati ad alcuni aspetti circoscritti, lasciando insondati molti altri dati potenzialmente rilevanti. D'altro canto, l'intervento proposto nel presente studio presenta comunque un campione piuttosto esiguo per quanto riguarda il numero di sedute, di fatto piuttosto irrisorio per poter produrre delle riflessioni consistenti sul processo-esito di un intervento di terapia. Ulteriori studi ed analisi sarebbero quindi necessari sia in relazione a un intervento più duraturo nel tempo, sia per analizzare più a fondo i dati emersi dal presente campione.

L'approccio qualitativo applicato a sedute di terapia presenta il grande pregio di valorizzare l'interazione tra attività clinica e ricerca. Secondo i principi della ricerca-azione di Kurt Lewin, che sottolinea come "nessuna azione è senza ricerca e nessuna ricerca è senza azione" (Lewin, 1994), si alimenta infatti un circolo virtuoso per cui i dati clinici informano la ricerca, mentre quest'ultima fornisce elementi innovativi per implementare l'efficacia terapeutica (McWilliams, 2012). Le modalità di analisi testuale permettono inoltre di indagare eventuali aspetti non altrettanto disponibili in altre modalità di analisi (Braun & Clarke, 2006). Tuttavia, sarebbe interessante affiancare a una disamina delle espressioni verbali un'indagine su altri livelli e tipologie di comunicazione nel setting gruppale, come ad esempio la pragmatica o il linguaggio non verbale. Anche rispetto alla valutazione di processo ed esito degli interventi terapeutici, l'auspicio è infatti che il presente lavoro mostri come questa non possa affidarsi a singole variabili, ma sia invece necessario, nel tentativo di definire la condizione di guarigione, incorporare una valutazione del benessere generale dell'individuo (Nilsson, 2023; Pickering, 2020).

Si auspica che, anche per le prospettive future, il presente studio abbia sottolineato come sia preferibile concentrarsi sul prezioso contenuto che i partecipanti regalano,

piuttosto che ricercare una metodologia da venerare. Rispetto a ciò, ricordiamo tuttavia l'importanza per i ricercatori di rendersi sempre autoconsapevoli e disponibili ad esplicitare il paradigma teorico che guida il loro operato (Holloway & Todres, 2003), enunciando esaustivamente le modalità e le finalità con cui conducono le loro analisi (Attride-Stirling, 2001).

## BIBLIOGRAFIA

- Alvarez-Moya, E. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Bulik, C. M., & Fernández-Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 452-457.
- Ambrosiano I., Locati I. (2023). *Le psicoterapie di gruppo online*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ambrosiano, I., Gullo, S., & Di Caro, A. (2021). L'esperienza del paziente nella terapia di gruppo online: una ricerca esplorativa durante il lockdown. *Gruppi: nella clinica, nelle istituzioni, nella società: 2, 2021*, 103-124.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anzieu, D. (1976). Omaggio a Daniel Lagache (1903-1972). *Psicologia clinica e proiettiva*, 29 (1), 157-163.
- Aronson, J. (1994) A pragmatic view of thematic analysis. *Qualitative Report* 2(1).
- Attride-Stirling, J. (2001) Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research* 1, 385-405.
- Aulagnier, P. (1975). La violence de l'interprétation. Le pictogramme et l'énoncé. Parigi: PUF.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Baker, C., Wuest, J., & Stern, P. N. (1992). Method slurring: The grounded theory/phenomenology example. *Journal of advanced nursing*, 17(11), 1355-1360.
- Baranger, M., & Baranger, W. (1961). La situazione analitica come campo dinamico. *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*.
- Behr, H. L., Hearst, L. E., Føyn, P. A., & Schwarzenbach, F. (1995). Supervision in trans-cultural block training courses. *The Third eye: supervision of analytic groups*, 94.

- Bergler, E. (1974). *Psicologia del giocatore*. Roma: Newton Compton.
- Bessell, A. G., Deese, W. B., & Medina, A. L. (2007). Photolanguage: How a Picture Can Inspire a Thousand Words. *American Journal of Evaluation*, 28(4), 558–569.
- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando editore.
- Bion, W. R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando editore.
- Bion, W. R. (1992). *Cogitations-Pensieri*. Roma: Armando Editore.
- Blanco, C., Hanania, J., Petry, N. M., Wall, M. M., Wang, S., Jin, C. J., & Kendler, K. S. (2015). Towards a comprehensive developmental model of pathological gambling. *Addiction*, 110(8), 1340-1351.
- Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 36(7), 943-953.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. New York: Sage Publications, Inc.
- Braun, V. and Wilkinson, S. (2003). Liability or asset? Women talk about the vagina. *Psychology of Women Section Review* 5, 28-42.
- Braun, V., & Kitzinger, C. (2001). The perfectible vagina: Size matters. *Culture, Health & Sexuality*, 3(3), 263-277.
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., Stavrou, V., Baourda, V. C., Tassi, C., & Brouzou, K. O. (2021). Therapeutic Factors and Member Satisfaction in an Online Group Intervention During the COVID-19 Pandemic. *Journal of technology in behavioral science*, 6(4), 609– 619.
- Brownlow, L., & Li, E. (2023). Hell for consumer addiction?: thematic analysis of

COVID-19 narratives in a gambling support forum. *Journal of Social Marketing*, 13(3), 434-448.

Bruner, J. S. (1960). *The process of education*. Cambridge: Harvard University Press.

Bullock, S. A., & Potenza, M. N. (2012). Pathological Gambling: Neuropsychopharmacology and Treatment. *Current psychopharmacology*, 1(1), 10.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34.

Burman, E. and Parker, I., editors, (1993) Discourse analytic research: repertoires and readings of texts in action. Londra: Routledge.

Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & quantity*, 56(3), 1391-1412.

Calamandrei S. (2017). *La creatività emotivo-simbolica*. Testo della relazione presentata al seminario "Creatività Regole Identità – Riflessioni Psicoanalitiche", Firenze: Educatorio del Fuligno.

Carli, R., Paniccia, R. O. S. A., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Chamberlain, S. R., Stochl, J., Redden, S. A., Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2017). Latent class analysis of gambling subtypes and impulsive/compulsive associations: Time to rethink diagnostic boundaries for gambling disorder?. *Addictive behaviors*, 72, 79-85.

Chevalier, C. (2022). Sulle res in patrimonio populi. *Teoria e storia del diritto privato*, (15), 16.

Civitarese, G. (2021). Esperienze nei gruppi come chiave per comprendere l'“ultimo” Bion. *Gruppi-Open Access*, (2).

Clark, L., Boileau, I., & Zack, M. (2019). Neuroimaging of reward mechanisms in Gambling disorder: an integrative review. *Molecular psychiatry*, 24(5), 674-693.

Corrao, F. (1986). Gruppo e Funzione Analitica. *Rivista di Psicoanalisi*, 7.

- Corsini, R. J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 406.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3), 711-717.
- Denis, P. (1994). Séduction de l'image, image de la séduction. *Topique. Revue freudienne*, 53, 55-69.
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519-539.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis. *The Sage handbook of qualitative research in psychology*, 193-209.
- Eisen, S., Neuman, R., Goldberg, J., Rice, J., & True, W. (1989). Determining zygosity in the Vietnam Era Twin Registry: an approach using questionnaires. *Clinical genetics*, 35(6), 423-432.
- Elliott, R., Miller, W. R., & Rollnick, S. (1993). *Motivational interviewing—preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guildford Press.
- Evans, L., & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of gambling studies*, 21(2), 133-155.
- Ezriel H. (1950). A psychotherapy approach to the treatment of patient in group. *Brit. J. Med. Psychol.*, 23, 59-74
- Farstad, S. M., von Ranson, K. M., Hodgins, D. C., El-Guebaly, N., Casey, D. M., & Schopflocher, D. P. (2015). The influence of impulsiveness on binge eating and problem gambling: A prospective study of gender differences in Canadian adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 805–812.
- Fasola, C. & Inghilleri, M. (2011). *Psicologia clinica Postmoderna. Le idee per un cambiamento di paradigma. Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Milano:



Giunti.

Fenichel O. (1945). *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Norton. ed. it. *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. (1951). trad. di Carlo Gastaldi. Roma: Astrolabio.

Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Alvarez-Moya, E. M., Granero, R., Vallejo, J., & Bulik, C. M. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: Clinical and therapeutic implications. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 482–488.

Ferro, A. (2002). *Fattori di guarigione, fattori di malattia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ferro, A. (2005). Riflessioni preliminari su Psicoanalisi e Narratologia. *Funzione Gamma Journal*, (17).

Fine, M. (2002). *Disruptive voices: the possibilities for feminist research*. University of Michigan Press.

Fisher, H. (2005). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. New York: Macmillan.

Foulkes, E., & Pines, M. (2018). The group as matrix of the individual's mental life. In *Selected papers* (pp. 223-234). Londra: Routledge.

Foulkes, S. H. (1990). *Articoli scelti di psicoanalisi e gruppoanalisi*. Roma: GAIA srl-Edizioni Univ. Romane.

Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Roma: Newton Compton Editori.

Friedman, R. (2002). Dream-telling as a Request for Containment in Group Therapy. *Dreams in Group Psychotherapy. International Library of Group Analysis*, 18, 46-66.

Friedman, R. (2021). *Gestire i conflitti: Dreamtelling, disturbi della relazione e matrice del soldato*. Milano: FrancoAngeli.

Frisch, M. B. (1994). Quality of life inventory (QOLI). *Minneapolis, MN: National Computer Systems*.

- Gabbard, G. O. (2007). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gainsbury, S. M., Abarbanel, B., & Blaszczynski, A. (2017). Intensity and gambling harms: Exploring breadth of gambling involvement among esports bettors. *Gaming Law Review*, *21*(8), 610-615.
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, *30*, 503-519.
- Garavelli Mortara, B. (1993). *Le figure retoriche effetti speciali della lingua*. Milano: Bompiani.
- Geha, R., Jr. (1970). Dostoevsky and "The Gambler": A Contribution to the Psychogenesis of Gambling Part I. *Psychoanal. Rev.*, *57*:95-123.
- Germani, A., Lopez, A., Martini, E., Cicchella, S., De Fortuna, A. M., Dragone, M., . & De Luca Picione, R. (2023). The relationships between compulsive Internet use, alexithymia, and dissociation: Gender differences among Italian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(14), 6431.
- Giorgi, A. (1994). A phenomenological perspective on certain qualitative research methods. *Journal of phenomenological psychology*, *25*(2), 190-220.
- Glaser, B. (1992). Basics of grounded theory analysis. *Sociology Press*.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *16*(2), 94-99.
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2005). Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Comprehensive psychiatry*, *46*(1), 34-37.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Hampshire, A., Schreiber, L. R., & Kim, S. W. (2013). A proof-of-concept study of tolcapone for pathological gambling:

relationships with COMT genotype and brain activation. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1587-1596.

Grant, J. E., Schreiber, L. R., & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 252-259.

Grotstein, J. S. (2010). *Un raggio di intensa oscurità: l'eredità di Wilfred Bion*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gullo, S., Lo Coco, G., Prestano, C., Giannone, F., & Lo Verso, G. (2011). La ricerca in psicoterapia di gruppo: Alcuni risultati e future direzioni di ricerca. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(2).

Hadden, S. B. (1955). Historic background of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 5(2), 162-168.

Heinz, A., Siessmeier, T., Wrase, J., Hermann, D., Klein, S., Grüsser-Sinopoli, S. M., . & Bartenstein, P. (2004). Correlation between dopamine D2 receptors in the ventral striatum and central processing of alcohol cues and craving. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1783-1789.

Hillemacher, T. et al. Dopamine-receptor 2 genemethylation and gambling behavior in relation to impulsivity. *Psychiatry Res.* 239, 154–155 (2016)

Hodgins, D. C., Peden, N., & Cassidy, E. (2005). The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: A prospective follow-up of recent quitters. *Journal of gambling studies*, 21, 255-271.

Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *Lancet (London, England)*, 378(9806), 1874–1884.

Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874-1884.

Hollander, E., & Begaz, T. (2004). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling. *Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment*, 253.

Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E., & Baldini Rossi, N. (2005). Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?. *The American journal of psychiatry*, *162*(1), 137–145.

Holloway, I., & Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative research*, *3*(3), 345-357.

Hutchison, P., Cox, S., & Frings, D. (2018). Helping you helps me: Giving and receiving social support in recovery groups for problem gamblers. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *22*(4), 187.

Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Wolz, I., Bano, M., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernandez-Aranda, F. (2017). Food addiction in gambling disorder: Frequency and clinical outcomes. *Frontiers in Psychology*, *8*, 473.

Jiménez-Murcia, S., Steiger, H., Israël, M., Granero, R., Prat, R., Santamaría, J. J., . & Fernández-Aranda, F. (2013). Pathological gambling in eating disorders: Prevalence and clinical implications. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(7), 1053-1060.

Kaës, R. (1993). *Il gruppo ed il soggetto del gruppo*. Roma: Borla.

Kaës, R. (2002). *La polifonia del sogno*. Roma: Borla.

Kaës, R., Neri, C., Verdolin, A., (2012). *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Roma: Borla.

Kan, C., Cardí, V., Stahl, D., & Treasure, J. (2019). Precision psychiatry-What it means for eating disorders?. *European Eating Disorders Review*, *27*(1), 3–7.

Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*, *104*(3), 378-388.

Kealy, D., & Kongerslev, M. T. (2022). Structured group psychotherapies: Advantages, challenges, and possibilities. *Journal of Clinical Psychology*, *78*(8), 1559–1566.

- Kim, H. S., Hodgins, D. C., Bellringer, M., & Abbott, M. (2016). Gender differences among helpline callers: Prospective study of gambling and psychosocial outcomes. *Journal of gambling studies*, *32*, 605-623.
- Kim, H. S., Wohl, M. J., Salmon, M. M., Gupta, R., & Derevensky, J. (2015). Do social casino gamers migrate to online gambling? An assessment of migration rate and potential predictors. *Journal of Gambling Studies*, *31*, 1819-1831.
- Kim, S. W., Grant, J. E., Eckert, E. D., Faris, P. L., & Hartman, B. K. (2006). Pathological gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. *Journal of affective disorders*, *92*(1), 109-116.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2019). Video game monetization (eg, 'loot boxes'): A blueprint for practical social responsibility measures. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *17*(1), 166-179.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources*. Londra: Routledge.
- Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative inquiry*, *2*(3), 275-284.xd
- Lapassade, G., & Carli, R. (1974). *L'analisi istituzionale: gruppi, organizzazioni, istituzioni*. ISEDI.
- Larimer, M. E., Neighbors, C., Lostutter, T. W., Whiteside, U., Crounce, J. M., Kaysen, D., & Walker, D. D. (2012). Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: A randomized clinical trial. *Addiction*, *107*(6), 1148-1158.
- Lawrence, A. D., Brooks, D. J., & Whone, A. L. (2013). Ventral striatal dopamine synthesis capacity predicts financial extravagance in Parkinson's disease. *Frontiers in psychology*, *4*, 90.
- Le Guin, U. K., & Haraway, D. J. (2019). *The carrier bag theory of fiction*. Londra: Ignota books.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of nervous and mental disease*, *192*(10),

711-714.

Ledgerwood, D. M., Arfken, C. L., Wiedemann, A., Bates, K. E., Holmes, D., & Jones, L. (2013). Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling help-line callers. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 33-38.

Lemón, L., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., & Håkansson, A. (2021). Eating disorder in gambling disorder: A group with increased psychopathology. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 540-545.

Leppink, E. W., & Grant, J. E. (2015). Traumatic event exposure and gambling: Associations with clinical, neurocognitive, and personality variables. , 27, 1, 27(1), 16-24.

Lewin, K., & Baccianini, M. (1994). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il mulino.

Li, R., Cheung, A. K., & Liu, K. (2022). A corpus-based investigation of extra-textual, connective, and emphasizing additions in English-Chinese conference interpreting. *Frontiers in psychology*, 13, 847735.

Limbrick-Oldfield, E. H., Mick, I., Cocks, R. E., McGonigle, J., Sharman, S. P., Goldstone, A. P., . & Clark, L. (2017). Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. *Translational psychiatry*, 7(1), e992-e992.

Lind, P. A. et al. Genome-wide association study of a quantitative disordered gambling trait. *Addict. Biol.* 18, 511–522 (2013).

Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico; 2nd ed. PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina.

Locati, I., & Locati, I. (2023). *Le psicoterapie di gruppo online. Teorie, tecniche, esperienze*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Loo, J. M., Shi, Y. & Pu, X. Gambling, drinking and quality of life: evidence from Macao and Australia. *J. Gambl. Stud.* 32, 391–407 (2016).

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid

disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.

Lorito, L., & Di Maria, F. (2015). *Gruppoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Bologna: Il Mulino.

Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. Milano: LED.

Mangini, E. (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica. Pulsione, immagine, parola poetica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Marceaux, J. C., & Melville, C. L. (2011). Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: A controlled study. *Journal of Gambling Studies*, 27, 171-190.

Marchica, L., Zhao, Y., Derevensky, J., & Ivoska, W. (2017). Understanding the relationship between sports-relevant gambling and being at-risk for a gambling problem among American adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 33, 437-448.

Marogna, C., & Caccamo, F. (2014). Analysis of the Process in Brief Psychotherapy Group: The Role of the Therapeutic Factors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 43-51.

Marogna, C., Caccamo, F., Cappa, S., & Compagno, S. (2019). La fiaba, oggetto mediatore di affetti nella riabilitazione psichiatrica di pazienti psicotici. La ricerca in un centro diurno psichiatrico. *Ricerche di Psicologia*, (2019/2).

McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.

Mead G.H. (1934). *Mente, Sè, Società*. Firenze: Giunti.

Micheloni, A. (2022). L'apporto dei gruppi a mediazione nella clinica contemporanea. Il metodo Photolangage®. *Ricerca Psicoanalitica*, 33(1).

- Mick, I., Myers, J., Ramos, A. C., Stokes, P. R., Erritzoe, D., Colasanti, A., & Lingford-Hughes, A. R. (2016). Blunted endogenous opioid release following an oral amphetamine challenge in pathological gamblers. *Neuropsychopharmacology*, *41*(7), 1742-1750.
- Mitsopoulou-Sonta, L., & Vacheret, C. (2016). The Elaboration of Internal Groups in a Photolanguage© Group. *Group Analysis*, *49*(2), 164-174
- Molinari, E., Labella, A., Faccio, E., & Salvini, A. (2007). Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. *Psicologia clinica: Dialoghi e confronti*, 123-138.
- Moos, R. H. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction*, *103*(3), 387-396.
- Morasco, B. J., & Petry, N. M. (2006). Gambling problems and health functioning in individuals receiving disability. *Disability and Rehabilitation*, *28*(10), 619-623.
- Murray, M. (2003) Narrative psychology. In Smith, J.A., editor, *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. Sage, 111-31.
- Neri, C. (1981). Note sugli assunti di base di WR Bion. *Rivista di psicoanalisi*, *27*(3-4), 739-748.
- Neri, C. (2004). Quali funzioni svolgono la fede e la fiducia nella seduta e nel lavoro analitico. *Centro Milanese di Psicoanalisi*, *18*.
- Neri, C. (2007). La nozione allargata di campo in psicoanalisi. *Rivista di psicoanalisi*, *1*, 103-136.
- Nguyen, T. A., Oosterhoff, P., Ngoc, Y. P., Wright, P., & Hardon, A. (2009). Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *20*(2), 141-152.
- Nicolini, C., & Baroni, M. R. (1999). Gli aspetti inanimati del setting: attaccamento e perdita. *Psicologia clinica dello sviluppo*, *3*(3), 515-0.
- Nilsson, A., Simonsson, O., & Hellner, C. (2023). Reasons for dropping out of internet-



based problem gambling treatment, and the process of recovery—a qualitative assessment. *Current Psychology*, 42(13), 10987-10998.

Nixon, G., & Solowoniuk, J. (2006). An insider's look into the process of recovering from pathological gambling disorder: An existential phenomenological inquiry. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 119-132.

Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2003). The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 64–76.

Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H. M., Laberg, J. C., Skutle, A., Iversen, E., . & Holsten, F. (2007). Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 27(4), 357-364.

Parker, I. (2004). Criteria for qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(2), 95-106.

Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 280-289.

Peter L. Berger & Thomas Luckmann. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino.

Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.

Piccolo, G. L. (2016). Double containment and transformation in a group based on photographic mediation. Dalla conferenza *Bion 2016: Emotions, transformations and psychic vitality*.

Pickering, D., Spoelma, M. J., Dawczyk, A., Gainsbury, S. M., & Blaszczynski, A. (2020). What does it mean to recover from a gambling disorder? Perspectives of

- gambling help service users. *Addiction Research & Theory*, 28(2), 132-143.
- Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 660-667.
- Potenza, M. N. (2014). The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. *Trends in cognitive sciences*, 18(8), 429-438.
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 51.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2000). Illegal behaviors in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(4), 389-403.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.
- Potenza, M. N., Wareham, J. D., Steinberg, M. A., Rugle, L., Cavallo, D. A., Krishnan-Sarin, S., & Desai, R. A. (2011). Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(2), 150-159.
- Potenza, M. N., Xian, H., Shah, K., Scherrer, J. F., & Eisen, S. A. (2005). Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 1015-1021.
- Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., & Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS One*, 14(4), e0214502.
- Racalbuto, A. (1997). Pensare. L'originario della sensorialità e dell'affetto nella costruzione del pensiero. *Le fonti dello psichico*, 20-38.

- Rahman, A. S., Xu, J., & Potenza, M. N. (2014). Hippocampal and amygdalar volumetric differences in pathological gambling: a preliminary study of the associations with the behavioral inhibition system. *Neuropsychopharmacology*, *39*(3), 738-745.
- Ramasso, A., & Da Rold, P. (2018). ARTETERAPIA E GIOCO D'AZZARDO. *Arti Terapie*, *49*.
- Reicher, S. (2000). Against methodolatry: some comments on Elliott, Fischer, and Rennie. *The British journal of clinical psychology*, *39*, 1.
- Ries, R. K., Fiellin, D. A., Miller, S. C., & Saitz, R. (2014). *The ASAM principles of addiction medicine*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. New York: Sage Publications, Inc.
- Romero, X., Agüera, Z., Granero, R., Sánchez, I., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., . & Fernández-Aranda, F. (2019). Is food addiction a predictor of treatment outcome among patients with eating disorder?. *European Eating Disorders Review*, *27*(6), 700-711.
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *American journal of psychotherapy*, *74*(2), 52–59.
- Rouchy J. C. (1998). *Il gruppo spazio analitico*. Roma: Borla.
- Roulston, K. (2001) Data analysis and 'theorizing as ideology'. *Qualitative Research* *1*, 279- 302.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field methods*, *15*(1), 85-109.
- Sanchez, S., Jindani, F., Shi, J., Van Der Maas, M., Hagopian, S., Murray, R., & Turner, N. (2019). Acceptability of Internet-based interventions for problem gambling: a qualitative study of focus groups with clients and clinicians. *BMC medical informatics and decision making*, *19*, 1-10.
- Sanchez, S., Jindani, F., Shi, J., Van Der Maas, M., Hagopian, S., Murray, R., & Turner, N. (2019). Acceptability of Internet-based interventions for problem gambling: a

qualitative study of focus groups with clients and clinicians. *BMC medical informatics and decision making*, 19, 1-10.

Scherrer, J. F., Xian, H., Shah, K. R., Volberg, R., Slutske, W., & Eisen, S. A. (2005). Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 677-683.

Scherrer, J. F., Xian, H., Slutske, W. S., Eisen, S. A., & Potenza, M. N. (2015). Associations between obsessive-compulsive classes and pathological gambling in a national cohort of male twins. *JAMA psychiatry*, 72(4), 342-349.

Schlapobersky, J. (1993). The Language of the Group: Monologue. *Dialogue and Discourse in eds Brown, D, Zinkin, L The Psyche and the Social World London: Jessica Kingsley*.

Schuler, A., Ferentzy, P., Turner, N. E., Skinner, W., McIsaac, K. E., Ziegler, C. P., & Matheson, F. I. (2016). Gamblers Anonymous as a recovery pathway: A scoping review. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1261-1278.

Segal, H. (1980). The of dreams. *The Dream Discourse Today*, 100-7.

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*, 17, 1-13.

Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina.

Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical psychology review*, 22(1), 1-25.

Shead, N. W., Derevensky, J. L., & Paskus, T. S. (2014). Trends in gambling behavior among college student-athletes: A comparison of 2004 and 2008 NCAA survey data. *Journal of Gambling Issues*, 1-21.

Shek, D. T., Chan, E. M., & Wong, R. H. (2012). Associations between pathological gambling and psychiatric comorbidity among help-seeking populations in Hong Kong. *The Scientific World Journal*, 2012.

Silvestri, A., & Ferruzza, E. (2012). Originalità e valore euristico del pensiero di Ferdinando Vanni sulla psicoterapia di gruppo. *Originalità e valore euristico del pensiero di Ferdinando Vanni sulla psicoterapia di gruppo*, 51-77.

Simmel, E. (1920). Psychoanalysis of the gambler. *International Journal of Psychoanalysis*, 1, 352-353.

Slecza, P., Braun, B., Piontek, D., Bühringer, G., & Kraus, L. (2015). DSM-5 criteria for gambling disorder: Underlying structure and applicability to specific groups of gamblers. *Journal of behavioral addictions*, 4(4), 226-235.

Slutske, W. S., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5), 425-432.

Slutske, W. S., Cho, S. B., Piasecki, T. M., & Martin, N. G. (2013). Genetic overlap between personality and risk for disordered gambling: evidence from a national community-based Australian twin study. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 250.

Slutske, W. S., Deutsch, A. R., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2015). Local area disadvantage and gambling involvement and disorder: Evidence for gene-environment correlation and interaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 606.

Slutske, W. S., Eisen, S., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J., & Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of general psychiatry*, 57(7), 666-673.

Stallard, P., Richardson, T., & Velleman, S. (2010). Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 38(5), 545-560.

Stekel, W. (1924). *The gambler*. In: *Peculiarities of Behavior*, Volume 2, ed. J.S. Van Teslaar, pp. 233–255. New York: Liveright.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). New York: Sage Publications,

Inc.

Syvertsen, A., Erevik, E. K., Mentzoni, R. A., & Pallesen, S. (2020). Gambling addiction Norway—experiences among members of a Norwegian self-help group for problem gambling. *International Gambling Studies*, 20(2), 246-261.

Tabarini, P. (2022). ALFA↔ GAMMA. Riparare nel gruppo attraverso il sogno. *Pensiero onirico e dimensioni della mente in psicoanalisi*, 53.

Tisseron, S. (1996a). *Le Bonheur dans l'Image*. Parigi: Les Empêcheurs de Tourner en Rond.

Todres, L. A. (2000). Embracing ambiguity: Transpersonal development and the phenomenological tradition. *Journal of Religion and Health*, 39, 227-238.

Vacheret, C. (2002). Photolangage®, oggetto mediatore e libera associazione. *Rivista di psicoanalisi*, 48(2), 425-434.

Vacheret, C., & Joubert, C. (2008). Thinking about Synergy between the Group and the Mediating Object. *Group Analysis*, 41(3), 265–277.

Vacheret, C., (2008). Il gruppo e l'oggetto mediatore nella cura psichica. In M. C. Zurlo (Cur.), *Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze*. (2017, pp. 23-39). Napoli: Liguori.

Valleur, M., Codina, I., Vénisse, J. L., Romo, L., Magalon, D., Fatséas, M., & Challet-Bouju, G. (2016). Towards a validation of the three pathways model of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 32, 757-771.

Vanni F. (1988), Nuove concezioni sulle difese inconse nei gruppi. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, III, 1: 7-23.

Venuti, P. (1999). Margareth S. Mahler. In Lis A., Stella S., Zavattini GC Manuale di Psicologia Dinamica. In *Manuale di Psicologia Dinamica* (pp. 140-152). Bologna: Il Mulino.

Viderman S. (1970). *La construction de l'espace analytique*. Parigi: Gallimard.

Virginia Braun & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology,

Qualitative Research in Psychology, 3:2, 77-101.

Walker, M., Toneatto, T., Potenza, M. N., Petry, N., Ladouceur, R., Hodgins, D. C., . & Blaszczynski, A. (2006). A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus. *Addiction*, 101(4), 504-511.

Wallin, E. E. K., Mattsson, S., & Olsson, E. M. G. (2016). The preference for internet-based psychological interventions by individuals without past or current use of mental health treatment delivered online: a survey study with mixed-methods analysis. *JMIR mental health*, 3(2), e5324.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220-233.

Weintraub, D., Koester, J., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Stacy, M., Voon, V. & Lang, A. E. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of neurology*, 67(5), 589-595.

Weintraub, D., Siderowf, A. D., Potenza, M. N., Goveas, J., Morales, K. H., Duda, J. E. & Stern, M. B. (2006). Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Archives of neurology*, 63(7), 969-973.

Whitaker D.S. and Liebermann M. (1971). *Psychotherapy through the group process*. New York: Atherton Press.

Winnicott, D. (1971). *Gioco e realtà: Nuova traduzione 2019*. Roma: Armando editore.

Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando editore.

World Health Organization. (2019) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). QE21 hazardous gambling or betting. *ICD-11*.

Xian, H., Giddens, J. L., Scherrer, J. F., Eisen, S. A., & Potenza, M. N. (2014). Environmental factors selectively impact co-occurrence of problem/pathological

gambling with specific drug-use disorders in male twins. *Addiction*, 109(4), 635-644.

Yalom, I.D. (1997). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Yip, S. W., White, M. A., Grilo, C. M., & Potenza, M. N. (2011). An exploratory study of clinical measures associated with subsyndromal pathological gambling in patients with binge eating disorder. *Journal of gambling studies*, 27, 257-270.

Young, K.S. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav.*; 2009; 1, pp. 237-244.

Zakariaeiz, Y., Cosgrove, K. P., Mazure, C. M., & Potenza, M. N. (2017). Does telescoping exist in male and female gamblers? Does it matter?. *Frontiers in psychology*, 8, 283447.

Zurlo, M. C. (2017). *Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze*. Napoli: Liguori.

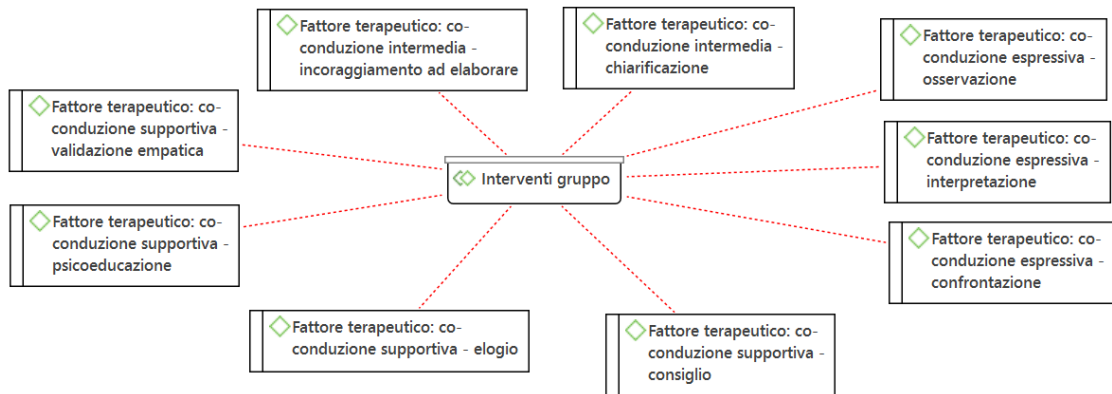
#### SITOGRAFIA:

Libro blu dell'agenzia delle dogane e dei monopoli - anno 2020. *Istituto Superiore di Sanità*. Retrieved May, 12, 2024 from <https://www.adm.gov.it/portale/libro-blu-2020>

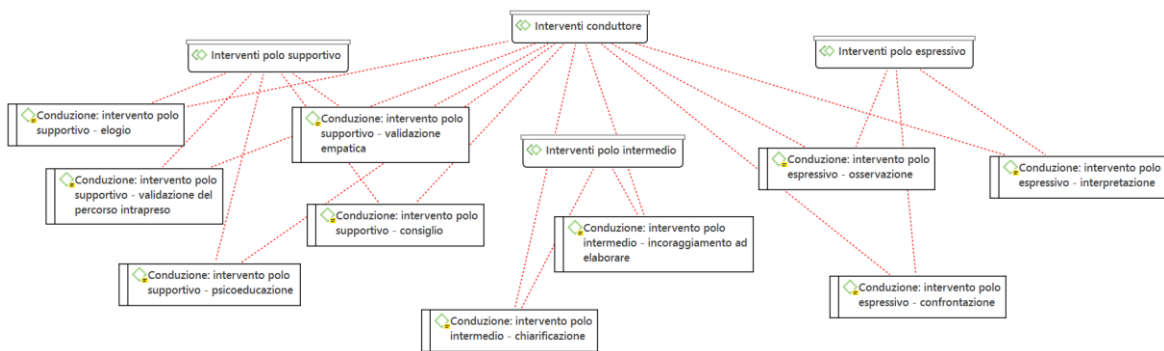
Vocabolario Treccani. (n.d.). *Treccani.it vocabolario*. Retrieved March, 11, 2024, from <https://www.treccani.it/vocabolario/trauma>



**APPENDICE I: GRAFICI RELATIVI AI TEMI PRINCIPALI EMERSI  
DALL'ANALISI TEMATICA - NETWORK ESPORTATO DA ATLAS.ti**



*APPENDICE 1a: network dei temi "Interventi gruppo" con le relative codifiche.*



*APPENDICE 1b: network del tema "Interventi del conduttore" con i sottotemi "interventi polo supportivo", "interventi polo espressivo" e le relative codifiche.*

**APPENDICE II: TABELLA RELATIVA ALLA DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA  
NELLE TRASCRIZIONI DEI TEMI “INTERVENTI CONDUTTORE” E  
“INTERVENTI GRUPPO” - TABELLA ESPORTATA DA ATLAS.ti**

	◊ Interventi conduttore		◊ Interventi gruppo		Totals	
1: Trascrizione 1a seduta 4 maggio 2022	29 6,52%	100,00%			29 4,59%	100,00%
2: Trascrizione 2a seduta 11 maggio 2022.docx	21 4,72%	100,00%			21 3,32%	100,00%
3: Trascrizione 3a seduta 18 maggio 2022.docx	46 10,34%	74,19%	16 8,56%	25,81%	62 9,81%	100,00%
4: Trascrizione 4a seduta 25 maggio 2022.docx	40 8,99%	70,18%	17 9,09%	29,82%	57 9,02%	100,00%
5: Trascrizione 5a seduta 1 giugno 2022.docx	36 8,09%	76,60%	11 5,88%	23,40%	47 7,44%	100,00%
6: Trascrizione 6a seduta 8 giugno 2022.docx	31 6,97%	73,81%	11 5,88%	26,19%	42 6,65%	100,00%
7: Trascrizione 7a seduta 15 giugno 2022.docx	45 10,11%	78,95%	12 6,42%	21,05%	57 9,02%	100,00%
8: Trascrizione 8a seduta 22 giugno 2022.docx	49 11,01%	61,25%	31 16,58%	38,75%	80 12,66%	100,00%
9: Trascrizione 9a seduta 29 giugno 2022.docx	42 9,44%	50,00%	42 22,46%	50,00%	84 13,29%	100,00%
10: Trascrizione 10ma seduta 6 luglio 2022.docx	106 23,82%	69,28%	47 25,13%	30,72%	153 24,21%	100,00%
<b>Totals</b>	<b>445</b> 100,00%	<b>70,41%</b>	<b>187</b> 100,00%	<b>29,59%</b>	<b>632</b> 100,00...	<b>100,00%</b>

*APPENDICE 2: distribuzione di frequenza nelle trascrizioni delle dieci sedute delle codifiche relative al tema “Interventi conduttore” e “Interventi gruppo”. In alto a destra di ogni cella è indicata la percentuale inerente alla frequenza relativa di riga, che mostra la distribuzione di frequenza delle codifiche all’interno della riga. In basso a sinistra di ogni cella è indicata la percentuale inerente alla frequenza relativa di colonna, che mostra la distribuzione di frequenza delle codifiche all’interno della colonna.*

**APPENDICE III: TABELLE RELATIVE ALLA DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA E DEI CODICI INERENTI ALLA RESPONSABILITÀ PERSONALE -TABELLE ESPORTATE DA ATLAS.ti ED EXCEL**

	1: Trascrizi...	2: Trascrizio...	3: Trascrizio...	4: Trascrizio...	5: Trascrizio...	6: Trascrizi...	7: Trascrizi...	8: Trascrizi...	9: Trascrizi...	Totals
◇ Responsabilità personale: azioni contro la legge	2 10,00% 33,33%	5 25,00% 50,00%	7 35,00% 25,00%	2 10,00% 11,76%	2 10,00% 18,18%	1 5,00% 11,11%	1 5,00% 12,50%			20 100,00% 20,41%
◇ Responsabilità personale: azioni negative	2 22,22% 33,33%	2 22,22% 20,00%	1 11,11% 3,57%	3 33,33% 17,65%					1 11,11% 33,33%	9 100,00% 9,18%
◇ Responsabilità personale: cattiva gestione delle finanze			4 44,44% 14,29%	3 33,33% 17,65%	1 11,11% 9,09%				1 11,11% 16,67%	9 100,00% 9,18%
◇ Responsabilità personale: necessità di informare la famiglia			6 100,00% 21,43%							6 100,00% 6,12%
◇ Responsabilità personale: perdita di beni materiali			3 100,00% 10,71%							3 100,00% 3,06%
◇ Responsabilità personale: prendersi cura della famiglia							6 85,71% 75,00%	1 14,29% 16,67%		7 100,00% 7,14%
◇ Responsabilità personale: problemi recati alla famiglia	1 5,00% 16,67%	3 15,00% 30,00%	4 20,00% 14,29%	2 10,00% 11,76%	4 20,00% 36,36%	4 20,00% 44,44%		2 10,00% 33,33%		20 100,00% 20,41%
◇ Responsabilità personale: problemi sul lavoro				3 42,86% 17,65%	1 14,29% 9,09%	1 14,29% 11,11%	1 14,29% 12,50%	1 14,29% 16,67%		7 100,00% 7,14%
◇ Responsabilità personale: riparazione al danno			3 18,75% 10,71%	4 25,00% 23,53%	3 18,75% 27,27%	3 18,75% 33,33%		1 6,25% 16,67%	2 12,50% 66,67%	16 100,00% 16,33%
◇ Responsabilità personale: tempo sottratto alla famiglia	1 100,00% 16,6...									1 100,00% 1,02%
<b>Totals</b>	6 6,12% 100,00%	10 10,20% 100,00%	28 28,57% 100,00%	17 17,35% 100,00%	11 11,22% 100,00%	9 9,18% 100,00%	8 8,16% 100,00%	6 6,12% 100,00%	3 3,06% 100,00%	98 100,00% 100,00%

*APPENDICE 3a: distribuzione di frequenza dei codici inerenti alla responsabilità personale nel corso delle dieci sedute. In ogni cella in alto a destra e in basso a sinistra è indicata, rispettivamente, la percentuale delle frequenze relative delle righe e quella delle frequenze relative delle colonne.*

	Riflessione personale: esperienze condivise Gr=65	TESTO CODIFICATO CO-OCCORRENTE
Responsabilità personale: azioni contro la legge Gr=20	2	<b>Seduta 2.219</b> - A.G.: Comunque S., anche io sono arrivato a prendere dei soldi a mio papà. <b>Seduta 2.251</b> -S.T.: Ti capisco A., io ho rubato dalla borsa di più di qualcuno.
Responsabilità personale: necessità di informare la famiglia Gr=6	1	<b>Seduta 3.101</b> - P.B.: Da giocatori, credo, almeno la maggior parte... I giocatori sono bugiardi, perciò si inventano un mucchio di scappatoie, e quando non hanno alternative devono dire come stanno le cose.
Responsabilità personale: perdita di beni materiali Gr=3	1	<b>Seduta 3.94</b> - P.B.: Come emozione ho scelto il barato e di episodi da raccontare ne avrei due, ma visto che siamo un gruppo di giocatori o ex giocatori, mi attengo a quello che riguarda questo argomento. Molti anni fa io lavoravo in proprio, avevo un'edicola che poi mi sono mangiato, e un episodio che mi ha fatto cadere nel barato è accaduto perché sono andato in cerca di soldi da persone non raccomandabili.
Responsabilità personale: problemi recati alla famiglia Gr=20	2	<b>Seduta 2.219</b> - A.G.: Comunque S., anche io sono arrivato a prendere dei soldi a mio papà. <b>Seduta 3.101</b> - P.B.: Da giocatori, credo, almeno la maggior parte... I giocatori sono bugiardi, perciò si inventano un mucchio di scappatoie, e quando non hanno alternative devono dire come stanno le cose.

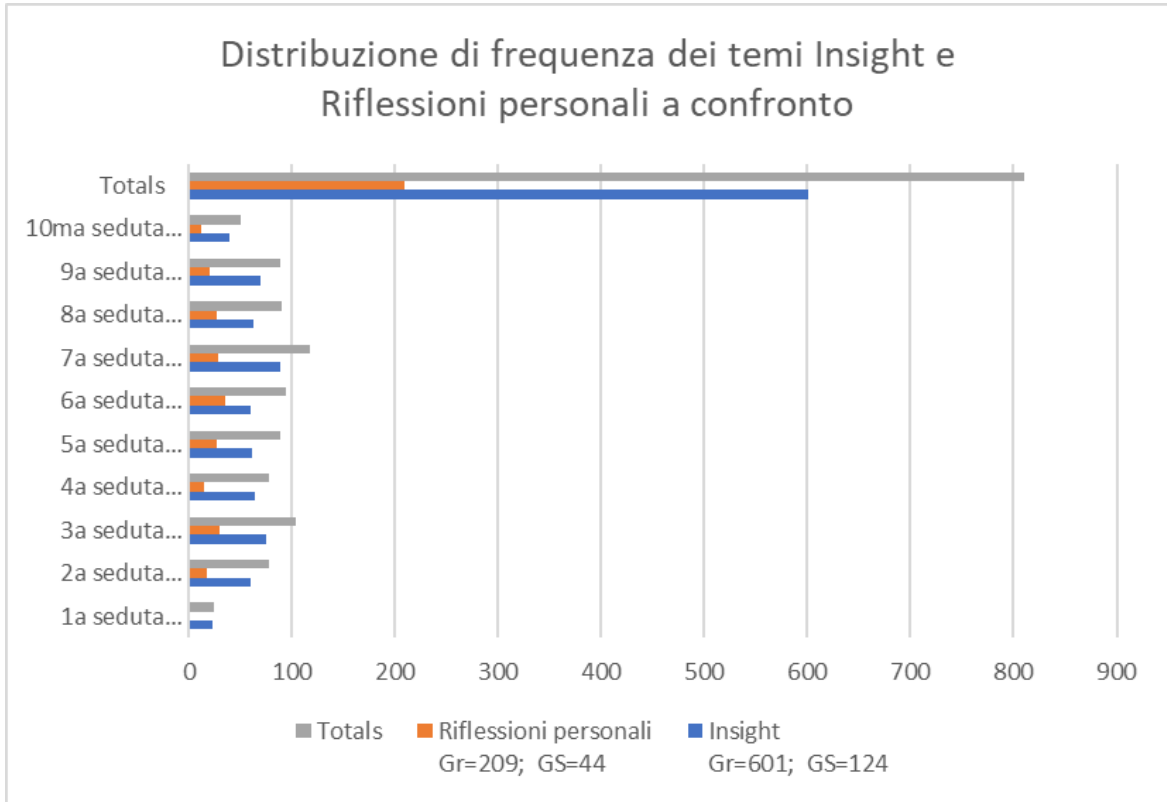
*APPENDICE 3b: co-occorrenza dei codici relativi alla responsabilità personale con quello denominato "Riflessione personale: esperienze condivise". Gr indica il totale delle citazioni a cui è stato applicato un particolare codice sul totale delle dieci trascrizioni. Viene qui riportato anche il testo delle citazioni con entrambe le codifiche co-occorrenti.*

**APPENDICE IV: TABELLA RELATIVA ALLA DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA  
DEL TEMA “DA COLPA A RESPONSABILITÀ” E DEI CODICI RELATIVI ALLA  
CAPAITÀ DI PERDONARSI -TABELLA ESPORTATA DA ATLAS.ti**

	3: Trascrizio...	4: Trascrizio...	5: Trascrizio...	6: Trascrizio...	7: Trascrizio...	8: Trascrizio...	9: Trascrizio...	10: Trascrizio...	Totals
◇ Emozioni: senso di colpa			3 33,33% 42,86%	2 22,22% 16,67%		3 33,33% 27,27%	1 11,11% 11,11%		9 100,00% 16,67%
◇ Insight: cambio di prospettiva - dalla colpa alla responsabilità		1 16,67% 50,00%			4 66,67% 40,00%		1 16,67% 11,11%		6 100,00% 11,11%
◇ Insight: capacità di perdonarsi	2 16,67% 100,00%		1 8,33% 14,29%		2 16,67% 20,00%	3 25,00% 27,27%	3 25,00% 33,33%	1 8,33% 100,00%	12 100,00% 22,22%
◇ Insight: incapacità di perdonarsi							2 100,00% 22,22%		2 100,00% 3,70%
◇ Percorso: dalla colpa alla responsabilità				4 80,00% 33,33%		1 20,00% 9,09%			5 100,00% 9,26%
◇ Da colpa a responsabilità		1 5,00% 50,00%	3 15,00% 42,86%	6 30,00% 50,00%	4 20,00% 40,00%	4 20,00% 36,36%	2 10,00% 22,22%		20 100,00% 37,04%
<b>Totals</b>	2 3,70% 100,00%	2 3,70% 100,00%	7 12,96% 100,00%	12 22,22% 100,00%	10 18,52% 100,00%	11 20,37% 100,00%	9 16,67% 100,00%	1 1,85% 100,00%	54 100,00% 100,00%

*APPENDICE 4: distribuzione di frequenza del tema “Da colpa a responsabilità” confrontato con i codici “Emozioni: senso di colpa”, “Insight: cambio di prospettiva - dalla colpa alla responsabilità”, “Insight: capacità di perdonarsi”, “Insight: incapacità di perdonarsi”, “Percorso: dalla colpa alla responsabilità”. In ogni cella in alto a destra e in basso a sinistra è indicata, rispettivamente, la percentuale delle frequenze relative delle righe e quella delle frequenze relative delle colonne.*

**APPENDICE V: GRAFICO RELATIVO ALLA DISTRIBUZIONE DI  
FREQUENZA DEI TEMI “INSIGHT” E “RIFLESSIONI PERSONALI” -  
GRAFICO ESPORTATO DA EXCEL**



*APPENDICE 5: grafico delle distribuzioni di frequenza dei temi “Riflessioni personali” e “Insight” a confronto con i totali delle citazioni relative ad ogni tema. Gr indica il totale delle citazioni a cui è stato applicato un particolare codice sul totale delle dieci trascrizioni. Gs indica il numero totale delle codifiche appartenenti a ciascuno dei due temi.*

**APPENDICE VI: TABELLA RELATIVA ALLA CO-OCCORRENZA DELLE  
CODIFICHE “INSIGHT CONSAPEVOLEZZA” E “RIFLESSIONE  
PERSONALE” -TABELLA ESPORTATA DA EXCEL**

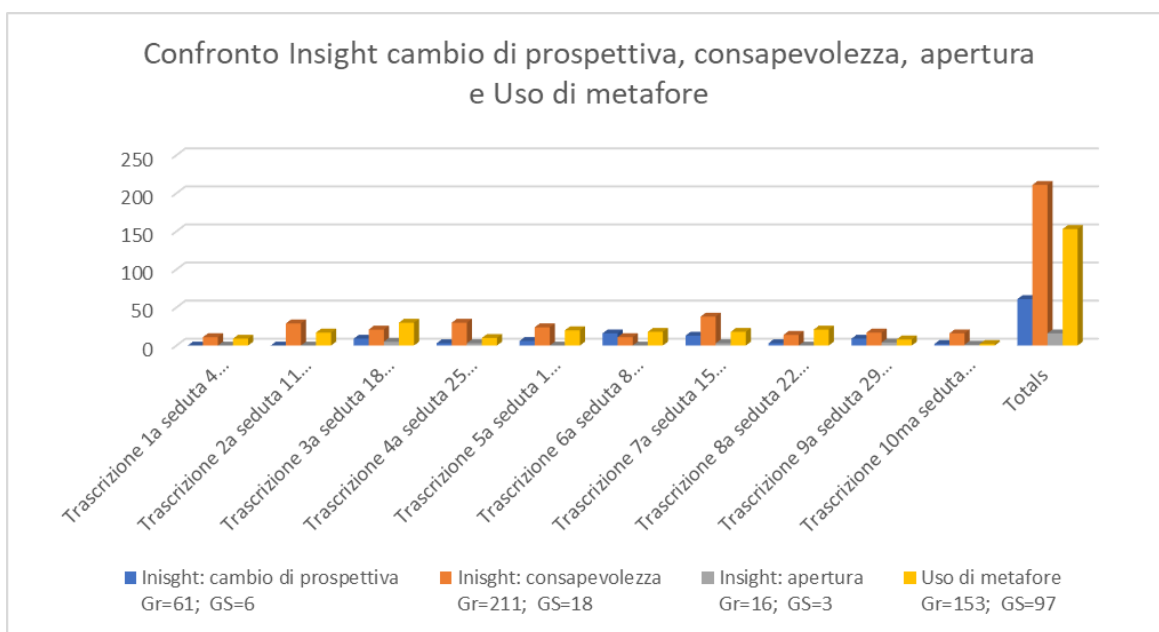
	Insight: consapevolezza del danno economico	Insight: consapevolezza del problema e delle sue conseguenze	Insight: consapevolezza del problema in fase avanzata	Insight: consapevolezza del proprio bisogno di affetto e riconoscimento	Insight: consapevolezza del proprio bisogno di supporto	Insight: consapevolezza della necessità di conoscere il problema per affrontarlo	Insight: consapevolezza della necessità di farsi aiutare	Insight: consapevolezza della propria forza di volontà	Insight: consapevolezza della propria identità di giocatore	Insight: consapevolezza delle risorse acquisite grazie alle avversità/sfide
Riflessione personale: analisi del racconto - parallelismo con le difficoltà della vita	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Riflessione personale: cambiamento sostenuto da forte motivazione	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Riflessione personale: caratteristiche condivise da tutte le dipendenze	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: caratteristiche condivise dai dipendenti dal gioco d'azzardo	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: dinamica del gioco come trigger	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: esperienze condivise	0	4	1	1	0	4	1	0	1	1
Riflessione personale: importanza di una rete di supporto	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Riflessione personale: percorso come occasione da sfruttare	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0
Riflessione personale: perseveranza al gioco	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Riflessione personale: risorse acquisite grazie alle avversità/sfide	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Riflessione personale: sul convivere con vissuti/emozioni	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: sul toccare il fondo per risalire	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Riflessione personale: sulla menzogna	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: sulla redenzione	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: sull'unicità	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Riflessione personale: vissuti diversi del percorso	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0

*APPENDICE 6: co-occorrenza dei codici relativi alla riflessione personale con le codifiche definite “Insight: consapevolezza”.*

**APPENDICE VII: TABELLA E GRAFICO RELATIVI ALLA DISTRIBUZIONE  
DI FREQUENZA DEI TEMI “INSIGHT” E “USO DI METAFORE” -TABELLE  
ESPORTATA DA ATLAS.ti, GRAFICO ESPORTATO DA EXCEL**

	◊ Insight	◊ Uso di met...	Totals
1: Trascrizione 1a sedut...	<b>23</b> 71,88% 3,83%	<b>9</b> 28,13% 5,88%	<b>32</b> 100,00% 4,24%
2: Trascrizione 2a sedut...	<b>60</b> 77,92% 9,98%	<b>17</b> 22,08% 11,11%	<b>77</b> 100,00% 10,21%
3: Trascrizione 3a sedut...	<b>74</b> 71,15% 12,31%	<b>30</b> 28,85% 19,61%	<b>104</b> 100,00% 13,79%
4: Trascrizione 4a sedut...	<b>64</b> 86,49% 10,65%	<b>10</b> 13,51% 6,54%	<b>74</b> 100,00% 9,81%
5: Trascrizione 5a sedut...	<b>61</b> 75,31% 10,15%	<b>20</b> 24,69% 13,07%	<b>81</b> 100,00% 10,74%
6: Trascrizione 6a sedut...	<b>59</b> 76,62% 9,82%	<b>18</b> 23,38% 11,76%	<b>77</b> 100,00% 10,21%
7: Trascrizione 7a sedut...	<b>89</b> 83,18% 14,81%	<b>18</b> 16,82% 11,76%	<b>107</b> 100,00% 14,19%
8: Trascrizione 8a sedut...	<b>63</b> 75,00% 10,48%	<b>21</b> 25,00% 13,73%	<b>84</b> 100,00% 11,14%
9: Trascrizione 9a sedut...	<b>69</b> 89,61% 11,48%	<b>8</b> 10,39% 5,23%	<b>77</b> 100,00% 10,21%
10: Trascrizione 10ma s...	<b>39</b> 95,12% 6,49%	<b>2</b> 4,88% 1,31%	<b>41</b> 100,00% 5,44%
<b>Totals</b>	<b>601</b> 79,71% 100,00%	<b>153</b> 20,29% 100,00%	<b>754</b> 100,00% 100,00...

*APPENDICE 7a: distribuzione di frequenza nel corso delle trascrizioni delle dieci sedute dei temi “Insight” e “Uso di metafore” a confronto. In ogni cella in alto a destra e in basso a sinistra è indicata, rispettivamente, la percentuale delle frequenze relative delle righe e quella delle frequenze relative delle colonne.*



*APPENDICE 7b: grafico di confronto tra le distribuzioni di frequenza dei sottotemi “Insight: cambio di prospettiva”, “Insight: consapevolezza” e “Insight: apertura” a confronto con la distribuzione del tema “Uso di metafore”. Gr indica il totale delle citazioni a cui è stato applicato quel particolare codice sul totale delle dieci trascrizioni. Gs indica il totale delle codifiche appartenenti a ciascuno dei due temi.*



**APPENDICE VIII: TABELLA RELATIVA ALLA CO-OCCORRENZA DEI CODICI CHE INDICANO UTILIZZO DI METAFORE CON LE CODIFICHE “INSIGHT: CONSAPEVOLEZZA” -TABELLA ESPORTATA DA EXCEL**

	Insight: consapevolezza del danno	Insight: consapevolezza del problema	Insight: consapevolezza delle risorse e capacità	Insight: consapevolezza personale	FREQUENZE TOTALI CO-OCCORRENZA
<b>Metafore sul baratro:</b> gioco come baratro, momento di grande difficoltà come baratro	1	6	1	0	8
<b>Metafore sul crollo:</b> casinò come rovina, conseguenze del gioco come fossa, periodi difficili come ciglio di un burrone	0	5	0	0	5
<b>Metafore su elementi naturali:</b> difficoltà come sole che spoglia, strumenti terapeutici come acqua contro il caldo del sole	0	2	0	0	2
<b>Metafora su elementi visivi:</b> parte positiva di sé come bellezza estiva	0	0	1	0	1
<b>Metafora figure malefiche:</b> gioco come deviazione demoniaca, gioco come nemico	0	6	0	1	7
<b>Metafore sulla menzogna:</b> gioco come inganno, menzogna come castello	0	2	0	0	2
<b>Metafore sull'assenza di via d'uscita:</b> difficoltà economiche come labirinto, difficoltà economiche come spirale, gioco come labirinto	2	7	0	0	9
<b>Metafora sul passaggio:</b> gioco come porta verso l'aldilà	0	1	0	0	1
<b>Metafore sulla rinascita:</b> guarigione come risorgere dalle ceneri, percorso di guarigione come spoliazione	0	2	0	0	2
<b>Metafora sensazione fisica:</b> parte oscura di sé come poco profumata	0	0	1	0	1
<b>Metafore su solitudine/dislegame:</b> ruolo in famiglia di capro espiatorio, il sé giocatore come mela marcia della famiglia	1	1	0	0	2
<b>Metafore sul veleno:</b> prendersi cura della famiglia come assunzione di veleno, tenso trascorso con un familiare disabile come tossico	0	4	0	0	4
FREQUENZE TOTALI CO-OCCORRENZA	4	36	3	1	

*Appendice 8: co-occorrenza di sottotemi che raggruppano codifiche di insight relativo a una consapevolezza e i codici inerenti all'utilizzo di metafore raggruppate per aree semantiche.*

**APPENDICE IX: TABELLA RELATIVA ALLA DISTRIBUZIONE DI  
FREQUENZA DEI TEMI “RIFLESSIONI PERSONALI” E “USO DI  
METAFORE” -TABELLA ESPORTATA DA ATLAS.ti**

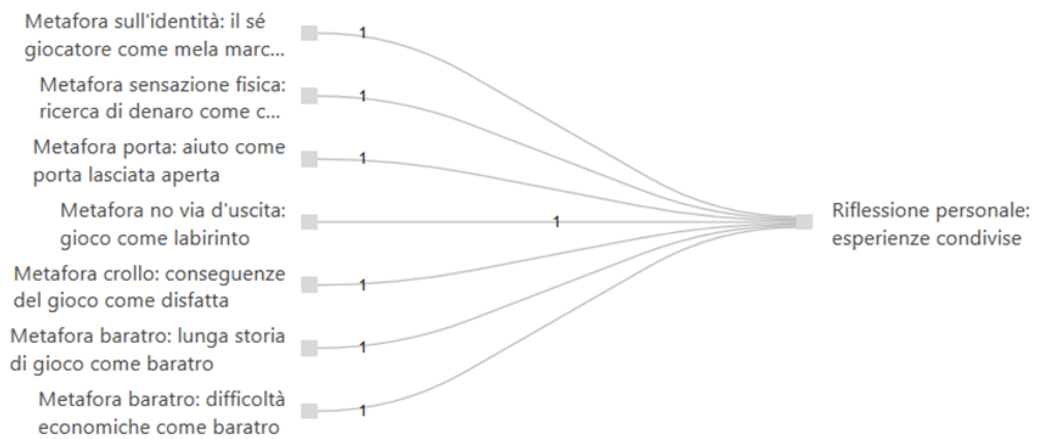
		◇◇ Riflessioni personali 📄 44 🗨️ 209		◇◇ Uso di metafore 📄 97 🗨️ 153		Totals	
📄 1: Trascrizion... 🗨️ 389	<b>1</b> 0,48%	10,00%	<b>9</b> 5,88%	90,00%	<b>10</b> 2,76%	100,00%	
📄 2: Trascrizion... 🗨️ 302	<b>17</b> 8,13%	50,00%	<b>17</b> 11,11%	50,00%	<b>34</b> 9,39%	100,00%	
📄 3: Trascrizion... 🗨️ 384	<b>29</b> 13,88%	49,15%	<b>30</b> 19,61%	50,85%	<b>59</b> 16,30%	100,00%	
📄 4: Trascrizion... 🗨️ 397	<b>14</b> 6,70%	58,33%	<b>10</b> 6,54%	41,67%	<b>24</b> 6,63%	100,00%	
📄 5: Trascrizion... 🗨️ 331	<b>27</b> 12,92%	57,45%	<b>20</b> 13,07%	42,55%	<b>47</b> 12,98%	100,00%	
📄 6: Trascrizion... 🗨️ 297	<b>35</b> 16,75%	66,04%	<b>18</b> 11,76%	33,96%	<b>53</b> 14,64%	100,00%	
📄 7: Trascrizion... 🗨️ 335	<b>28</b> 13,40%	60,87%	<b>18</b> 11,76%	39,13%	<b>46</b> 12,71%	100,00%	
📄 8: Trascrizion... 🗨️ 378	<b>27</b> 12,92%	56,25%	<b>21</b> 13,73%	43,75%	<b>48</b> 13,26%	100,00%	
📄 9: Trascrizion... 🗨️ 308	<b>20</b> 9,57%	71,43%	<b>8</b> 5,23%	28,57%	<b>28</b> 7,73%	100,00%	
📄 10: Trascrizio... 🗨️ 419	<b>11</b> 5,26%	84,62%	<b>2</b> 1,31%	15,38%	<b>13</b> 3,59%	100,00%	
<b>Totals</b>	<b>209</b> 100,00%	57,73%	<b>153</b> 100,00%	42,27%	<b>362</b> 100,00%	100,00%	

*APPENDICE 9: distribuzioni di frequenza nel corso delle trascrizioni delle dieci sedute dei temi "Riflessioni personali" e "Uso di metafore" a confronto. In ogni cella in alto a destra e in basso a sinistra è indicata, rispettivamente, la percentuale delle frequenze relative delle righe e quella delle frequenze relative delle colonne.*

**APPENDICE X: TABELLA E GRAFICO RELATIVI ALLA CO-OCCORRENZA DEI CODICI  
CHE SI RIFERISCONO A RIFLESSIONI PERSONALI E USO DI METAFORE -TABELLA  
ESPORTATA DA EXCEL, GRAFICO ESPORTATO DA ATLAS.ti**

	Riflessione personale: analisi del racconto - parallelismo con diversi approcci alla dipendenza da gioco Gr=1	Riflessione personale: analisi del racconto - parallelismo con il clima di gruppo Gr=1	Riflessione personale: analisi del racconto - parallelismo con la dipendenza Gr=3	Riflessione personale: analisi del racconto - parallelismo con le difficoltà della vita Gr=2
Metafora elementi naturali: astensione dal gioco come il vento Gr=1	0	0	1	0
Metafora elementi naturali: coesione di gruppo come fuoriuscita del sole Gr=2	0	2	0	0
Metafora elementi naturali: difficoltà come sole che spoglia Gr=1	0	0	0	1
Metafora elementi naturali: giocatore come viaggiatore in balia del meteo Gr=1	0	0	1	0
Metafora elementi naturali: gioco come sole che spoglia Gr=1	0	0	1	0
Metafora elementi naturali: percorso di guarigione come alternanza fra sole e vento Gr=2	0	0	1	0
Metafora elementi naturali: strumenti terapeutici come acqua contro il caldo del sole Gr=1	0	0	0	1
Metafora elemento protettivo: strumenti terapeutici come mantello contro le intemperie Gr=1	0	0	1	0
Metafora percorso: percorso di guarigione come percorso costellato di tappe Gr=1	0	0	1	0
Metafora rinascita: progressiva apertura come spoliatura Gr=8	1	2	0	0

*APPENDICE 10a: tabella che isola la co-occorenza del codice “Riflessione personale: esperienze condivise” con le codifiche riguardanti l’utilizzo di metafore di diverse aree semantiche.*



*APPENDICE 10b: grafico a grappolo che indica la co-occorrenza del codice “Riflessione personale: esperienze condivise” con le codifiche relative all’utilizzo di metafore di diverse aree semantiche.*

**APPENDICE XI: TABELLA RELATIVA ALLA DISTRIBUZIONE DI  
FREQUENZA DEI TEMI “ASPETTATIVE”, “EFFETTI DEL GIOCO”,  
“PROSPETTIVE FUTURE E RINASCITA”, “STORIA DI GIOCO” E “VISSUTI  
IN GIOCATA E CRAVING” - TABELLA ESPORTATA DA ATLAS.ti**

	□ 1: Trascrizio...	□ 2: Trascrizio...	□ 3: Trascrizio...	□ 4: Trascrizio...	□ 5: Trascrizio...	□ 6: Trascrizio...	□ 7: Trascrizio...	□ 8: Trascrizio...	□ 9: Trascrizio...	□ 10: Trascrizio...	Totals
◇◇ Aspettative	27 50,00% 71,05%	6 11,11% 20,00%	1 1,85% 3,85%	6 11,11% 15,79%				4 7,41% 14,81%	9 16,67% 39,13%	1 1,85% 10,00%	54 100,00% 22,22%
◇◇ Effetti del gioco	6 10,17% 15,79%	7 11,86% 23,33%	17 28,81% 65,38%	12 20,34% 31,58%	6 10,17% 27,27%	6 10,17% 50,00%	1 1,69% 5,88%	3 5,08% 11,11%	1 1,69% 4,35%		59 100,00% 24,28%
◇◇ Prospettive future e rinascita			2 6,45% 7,69%	1 3,23% 2,63%	4 12,90% 18,18%	6 19,35% 50,00%	2 6,45% 11,76%	13 41,94% 48,15%		3 9,68% 30,00%	31 100,00% 12,76%
◇◇ Storia di gioco	3 9,09% 7,89%	12 36,36% 40,00%	3 9,09% 11,54%	13 39,39% 34,21%	2 6,06% 9,09%						33 100,00% 13,58%
◇◇ Vissuti in giocata e craving	2 3,03% 5,26%	5 7,58% 16,67%	3 4,55% 11,54%	6 9,09% 15,79%	10 15,15% 45,45%		14 21,21% 82,35%	7 10,61% 25,93%	13 19,70% 56,52%	6 9,09% 60,00%	66 100,00% 27,16%
<b>Totals</b>	38 15,64% 100,00%	30 12,35% 100,00%	26 10,70% 100,00%	38 15,64% 100,00%	22 9,05% 100,00%	12 4,94% 100,00%	17 7,00% 100,00%	27 11,11% 100,00%	23 9,47% 100,00%	10 4,12% 100,00%	243 100,00% 100,00%

*APPENDICE 11: distribuzione di frequenza dei temi “Aspettative”, “Effetti del gioco”, “Prospettive future e rinascita”, “Storia di gioco” e “Vissuti in giocata e craving” nel corso delle dieci sedute. In ogni cella in alto a destra e in basso a sinistra è indicata, rispettivamente, la percentuale delle frequenze relative delle righe e quella delle frequenze relative delle colonne.*