



# *Scuola di Psicoterapia Cognitiva Srl*

*Direttore Dott. Francesco Mancini*

*Sede di Napoli*

## CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN *PSICOTERAPIA COGNITIVA*

Esame di Specializzazione: Sessione Giugno 2012

Corso SPC S.r.l. NA – a. a. 2010-2011

Didatti:

**Candidato:**

Egr.

Dr. Giovanni Liotti

Dr. Emanuele Del Castello

Dr.ssa Cecilia La Rosa

**Candidato:**

Dott. Paolo Landi

<b>Primo colloquio clinico:</b>	Paziente: Alba
<b>I° caso:</b>	Marco – (F 40.1) Fobia Sociale-
<b>II caso:</b>	Antonella- ( F 32. X) Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo
<b>Tesina :</b>	“Il gioco d’azzardo patologico”

# **Indice**

**Introduzione** pag. 3

## **Primo capitolo:**

1.1. Il concetto di dipendenza pag.4

1.2. Le Nuove Dipendenze pag. 5

## **Secondo capitolo:**

2.1. Dipendenze e compulsioni pag. 6

## **Terzo capitolo:**

3.1 Il Gioco d'Azzardo Patologico pag. 7

3.2 I nuovi giochi pag. 10

## **Quarto capitolo**

4.1 Gioco d'azzardo e patologia: dal social gambler al giocatore patologico pag. 13

4.2 La carriera del giocatore d'azzardo pag. 16

4.3 L'inclusione del Gioco d'Azzardo Patologico nel DSM pag.19

4.4 Meccanismi psicologici sottesi al gioco d'azzardo pag. 20

## **Quinto capitolo**

5.1. Cenni sul trattamento del gioco d'azzardo patologico pag. 22

5.2. I gruppi di auto-aiuto pag. 23

## **Bibliografia**

## **Introduzione**

Il lavoro che segue si propone l'obiettivo di fare un resoconto, fondamentalmente teorico, rispetto al Gioco d'azzardo patologico una tra le nuove forme dipendenza, in cui non è implicato il coinvolgimento di una sostanza chimica, ma di una o più attività lecite e socialmente riconosciute come lo shopping, il gioco d'azzardo, l'utilizzo di Internet, il lavoro, il sesso, le relazioni sentimentali.

Tutti questi comportamenti, seppur considerati normali abitudini della vita quotidiana, possono diventare, per alcuni individui, delle vere e proprie dipendenze, che influiscono fino a volte a sconvolgere sia le relazioni interpersonali che alcuni ambiti significativi della vita della persona (per esempio il lavoro) fino a casi in cui c'è una vera e propria invalidazione della persona che ne soffre.

Le "New Addictions", alla stregua delle classiche dipendenze, si manifestano al soggetto che ne è affetto come un'impellente necessità di dover compiere un'azione (il più delle volte un'attività precisa) nella consapevolezza che a lungo andare condurrà all'autodistruzione.

Perciò, anche se non vi è assunzione di sostanze chimiche, il quadro fenomenologico è molto simile a quello che si verifica nell'utilizzo di sostanze psicoattive (Alcol e droghe).

Dagli studi attuali emerge che le "Nuove dipendenze" possono, anzi tendono a presentarsi in concomitanza tra loro e possono anche presentarsi in compresenza della dipendenza da sostanze psico-stimolanti.

Dalle ricerche di Croce e Zerbetto, 2001; Guerreschi, 2000 è emersa una forte associazione tra il gioco d'azzardo patologico la dipendenza dall'alcol.

Altra tipica caratteristica di chi soffre di "New Addictions" è il passaggio da una dipendenza ad un'altra, la quale diventa sostitutiva di quella precedente (Lavanco, 2001).

Nel presente lavoro, dopo la presentazione della dipendenza e delle "New Addictions", ci sarà un approfondimento sulla Terapia da Gioco d'azzardo patologico.

## **Capitolo Primo:**

### *1.1 Il concetto di dipendenza*

La dipendenza è un fenomeno estremamente complesso, che racchiude una molteplicità di aspetti, riguardanti il comportamento dell'individuo, i vissuti, i significati psicologici e le conseguenze che derivano da tale esperienza. Per questo motivo il concetto di dipendenza può essere definito secondo vari punti di vista, ed una definizione che tenga conto di un solo aspetto di questo fenomeno, che investe invece l'individuo a vari livelli e nella totalità del suo funzionamento, non risulta esaustiva ed impedisce l'interpretazione di una tale complessità. E' pertanto riduttivo cercare di comprendere il fenomeno della tossicodipendenza appellandosi alle caratteristiche della sostanza che si assume, oppure rintracciando nella personalità del soggetto i tratti che giustifichino la tendenza a sviluppare la dipendenza stessa. Sembra invece più utile puntare l'attenzione sulla relazione che si instaura tra il soggetto e l'oggetto, un processo unico, particolare e carico di significati (Rigliano, 1998; Shaffer, 1996). Non è quindi il tipo di droga o di attività a causare la dipendenza, ma l'interazione tra soggetto, oggetto e contesto. Bateson (1976, 1984) ha fornito un'inquadratura concettuale molto interessante per spiegare la complessità dei sistemi umani, che non seguono affatto una struttura mono causale lineare. Ciò che deriva in seguito ad un evento retroagisce, secondo l'autore, sulle cause, andando a ristrutturare il vissuto e la percezione di sé.

Non sono quindi le cause a provocare il comportamento, ma è l'esito del comportamento stesso che, creando un particolare significato, ne faciliterà o meno la reiterazione.

Raccogliendo i presupposti sistemici di Bateson, Rigliano (1998) formula una definizione della dipendenza molto densa di significato: "La dipendenza è ciò che risulta dall'incrocio tra il potere che la sostanza ha in potenza e il potere che quella persona è disposta ad attribuire alla sostanza".

L'importanza, infatti, che il fulcro della dipendenza è l'esperienza soggettiva, il modo in cui l'oggetto cambia la condizione dell'individuo.

La dipendenza non è un “vizio”, né una malattia, ma è un processo che si innesca quando una persona, nel contatto con un particolare oggetto si sperimenta in maniera diversa e legge questa ristrutturazione del sé più funzionale. E’ “la convinzione individuale, in seguito ad un’esperienza soggettivamente interpretata, di avere trovato in un posto e solo in quel posto la risposta fondamentale a propri bisogni e desideri essenziali: che non è possibile soddisfare altrimenti” (Rigliano, 1998).

Il rapporto tra individuo ed oggetto diviene esclusivo, perché solo quell’oggetto fornisce una risposta esaustiva ai bisogni di cui quell’individuo è portatore.

Secondo quest’ottica, dunque, la dipendenza non ha una o più cause, ma si costruisce in una circolarità di bisogni e significati, che restringono il campo delle scelte possibili ad un’unica opzione, quella del contatto con l’oggetto.

### *1. 2. Le nuove dipendenze*

Accanto alle classiche dipendenze da droghe, negli ultimi anni sono proliferate le dipendenze da attività legali; sempre più spesso, infatti, si sente parlare di Technological Addictions (Griffiths, 1995) e di dipendenze da comportamenti (Rigliano, 1998). Esse non possono essere inserite nel DSM IV sotto la categoria diagnostica dei disturbi da abuso di sostanze, perché ciò che viene abusato non è più una sostanza chimica, ma un comportamento o un’attività, così vengono definite con il generico termine di “Nuove Dipendenze” o “New Addictions” (Caforio, 1999).

Francisco Alonso-Fernandez (1999) classifica le dipendenze in:

1. Dipendenze sociali o legali
2. Dipendenze antisociali o illegali

Le prime sarebbero costituite da droghe legali (tabacco, alcol, farmaci, etc.) e da attività socialmente accettate come mangiare, lavorare, fare acquisti, giocare, guardare la televisione, etc.

Il secondo sottotipo comprenderebbe invece le dipendenze da droghe ed attività illegali, per esempio oppiacei, cocaina, oppure rubare, incendiare, stuprare, etc.

L’autore sostiene che nella prima categoria, le nuove forme di dipendenza senza droga sono agevolate dall’innovazione tecnologica e dalla nuova

civiltà che, da una parte genera stress, vuoto e noia, e dall'altra stimola la tendenza all'immediata gratificazione, fornendo sempre gli strumenti appropriati.

E' interessante, a questo punto, riportare la distinzione che, nella lingua inglese, intercorre tra i termini *dependence* e *addiction* (Maddux e Desmond, 2000): il primo indica la dipendenza fisica e chimica, il secondo indica, invece, come ogni aspetto della vita del soggetto venga invalidato dalla dipendenza. La comparsa di relazioni di dipendenza anche nei confronti di attività e non solo di sostanze chimiche, dimostra che si può sviluppare un' *addiction* senza *dependence*. Si può avere una modalità relazionale di tipo dipendente con un qualsiasi oggetto, senza che esso necessariamente agisca sull'organismo dal punto di vista chimico. D'altra parte si può anche avere dipendenza fisica in assenza di *addiction*: pensiamo a come la dipendenza dalla nicotina difficilmente porti ad azioni illegali o comportamenti antisociali (Shaffer, 1996).

Tra le dipendenze comportamentali possiamo annoverare quella dal cibo, dal sesso, delle relazioni affettive, dal lavoro, dallo shopping, da Internet e dal gioco d'azzardo. Quest'ultima è l'unica ad aver conquistato l'inserimento nel DSM, sotto la categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi non Altrove classificati, diventando così, per la comunità scientifica, un disturbo psichiatrico vero e proprio. La dipendenza da Internet, al pari delle altre, non gode di questo riconoscimento, ma la letteratura scientifica su tale argomento è in fase di grande sviluppo.

Il *Pathological Gambling* (Gioco d'Azzardo Patologico) verrà, perciò, esaminato approfonditamente nel corso della trattazione

## **2 . Capitolo secondo**

### *2.1. Dipendenze e compulsioni*

Alcuni autori (Levenkron, 1991; Blaszczynski, 1999) si riferiscono alle dipendenze comportamentali, parlando di compulsioni o di disturbi appartenenti allo spettro Ossessivo-Compulsivo, date le forti resistenze che essi ancora oppongono al concetto di dipendenza senza l'intervento di sostanze.

E' importante a questo punto delineare le somiglianze e le differenze che intercorrono tra i due termini (Alonso-Fernandez, 1999). Entrambi i disturbi sono caratterizzati da un comportamento incontrollato ed ineluttabile, ma si distinguono in diversi aspetti fondamentali:

L'impulso che spinge a mettere in atto il comportamento, proprio della dipendenza è di tipo egosintonico: esso appartiene alla sfera dell'Io, il soggetto ricerca l'esperienza perché lo autorealizza e lo gratifica, anche se solo in apparenza. All'opposto la compulsione od ossessione è un'idea estranea all'Io, perché il soggetto non la percepisce come una sua elaborazione, tant'è che non riesce a motivarla, anche se comunque si sente costretto a metterla in pratica; per questo la compulsione si dice egodistonica.

Nell'impulso dipendente la riflessione è scarsa o assente, mentre le compulsioni sono stimulate da una riflessione eccessiva, da pensieri simili a vaneggiamenti. Nel disturbo compulsivo il soggetto si trova costretto ad attuare un comportamento inspiegabile, come lavarsi continuamente le mani, angosciato da un presentimento magico di disgrazia che può avvenire se si cerca di scacciare l'ossessione.

La dipendenza implica un perdita dell'autocontrollo, mentre nella compulsione la capacità decisionale è assente dal principio, il soggetto si sente come sottomesso da un dominio alieno.

Blaszczynski (1999) riporta che i giocatori d'azzardo patologici presentano tratti compulsivi ed ossessivi, tra cui eccessiva preoccupazione per i pensieri intrusivi e difficoltà nel prendere semplici decisioni.

Nonostante questi risultati, analizzando meglio i sintomi di alcune delle new addictions, sarà evidente come essi presentino maggiori caratteristiche appartenenti alla sfera dell'impulsività, pertanto possono essere meglio inquadrati nella categoria delle dipendenze, piuttosto che in quella dei disturbi compulsivi.

## **Capitolo Terzo:**

### *3.1. Il gioco d'azzardo patologico*

Molti autori hanno affrontato il tema del gioco, considerandolo una prerogativa essenziale degli esseri umani non soltanto nell'età infantile. (Lavanco, Varveri, Lo Re, 2001). Huizinga (1938) attribuisce un ruolo fondamentale al gioco nel suo saggio "Homo ludens": egli afferma che ogni aspetto della vita può essere ricondotto ad un gioco; "ogni azione umana appare un mero gioco". Il gioco non è un prodotto della cultura ma al contrario: "La cultura sorge in forma ludica, la cultura è dapprima giocata (...) nei giochi e con i giochi la vita sociale si riveste di forme sovra biologiche che le conferiscono maggior valore. Con quei giochi la collettività esprime la sua interpretazione della vita e del mondo.

Dunque ciò non significa che il gioco muta o si converte in cultura, ma piuttosto che la cultura, nelle sue fasi originarie, porta il carattere di un gioco" (Huizinga, 1938, pag. XVII). Secondo l'autore l'uomo può essere definito "Ludens", oltre che "Faber" perché accanto al suo essere attivo e produttore possiede anche la funzione di uomo che gioca. Ma, come nota Caillois (1958), il saggio di Huizinga non tratta il giochi d'azzardo, elemento peculiare per l'uomo del suo modo di essere nel mondo. Il gioco d'azzardo affonda le sue radici fin nell'antichità, già a partire dal 4000 a.C. ne troviamo notizia: si pensa addirittura che i primi giocatori d'azzardo fossero gli egizi, i quali per predire il futuro utilizzavano quello che oggi è il gioco dei dadi. La stessa parola azzardo del resto deriva dal francese hazard, che a sua volta deriva dall'arabo az-zahr, un antico gioco orientale con tre dadi, in cui il punteggio massimo è 6-6-6. Croce e Zerbetto (2001), notano che il numero 666, conosciuto come il numero del Diavolo, è anche la somma di tutti i numeri della roulette e accostano questa simbologia al fatto che il gioco d'azzardo possa diventare anche una dannazione, se si pensa al suo essere compulsivo e alle disastrose conseguenze alle quali può condurre questa "sete di rischio" (Dostoevskij, 1866, pag. 162). Riferimenti al gioco d'azzardo compaiono anche nella mitologia egizia: Mercurio, giocando con la Luna, riesce a vincere un po' della sua luminosità e quei cinque giorni che si andranno a sommare ai 360 dell'anno e che verranno celebrati come il compleanno degli dei. In Cina, India e Giappone sono stati ritrovati manoscritti che raccontano di forti scommesse al gioco dei dadi e alle corse dei carri. Anche nelle antiche civiltà greca e romana era diffuso il gioco



d'azzardo, infatti in diverse taverne romane sono state ritrovate insegne recanti la scritta panem et circenses, scommesse e cibo. Inoltre sappiamo che alcuni degli imperatori, tra cui Nerone, Claudio e Caligola, erano giocatori che oggi chiameremmo patologici. Presso le popolazioni germaniche i giocatori arrivavano a perdere la moglie, i figli e persino la loro libertà. Nel corso dei secoli si espandono le modalità di gioco: tra il XII e il XIII secolo compaiono le corse dei cavalli, che inizialmente in Gran Bretagna vengono chiamate "lo sport dei re", ma in seguito si diffondono anche al popolo. Tra il XVI e il XVII secolo nascono le lotterie, nel Settecento Blaise Pascal inventa la roulette e nel 1895 l'americano Charles Fay crea le prime slot-machines, conosciute negli Stati Uniti come "banditi con un braccio solo".

Negli anni l'atteggiamento nei confronti del gioco d'azzardo è cambiato più volte, alternando fasi di permissivismo ad altre di proibizionismo.

Croce e Zerbetto osservano che negli ultimi due millenni, emerge come la competenza e la condanna del gioco (e dei giocatori) sia stata in un primo momento di pertinenza religiosa (giocare è peccato), diventando quindi di dominio e preoccupazione del diritto (giocare è reato), mentre ora appare sempre più di dominio della medicina e della psicologia (giocare- se in modo compulsivo- è malattia). Nel Medioevo per esempio a Firenze e Venezia il gioco fu vietato insieme alla bestemmia.

Nel 1212 il consiglio Lateranense proibì il gioco d'azzardo, esso era considerato sacrilego in quanto rappresentava un rivolgimento al divino o al maligno al fine di ottenere risultati. (Lavano, 2001). Nel 1731 però, al tempo di Clemente XII, la Chiesa trasforma il lotto in gioco di stato. Il monopolio sul gioco d'azzardo diventa una grossa risorsa finanziaria per arricchire l'Erario e compensare i deficit statali. Croce scrive infatti che oltre al paradigma morale del gioco come vizio dei più deboli, a quello psicologico della malattia e a quello legale del gioco come reato si può rintracciare un paradigma economico, in cui "il gioco è business". Produce ricchezza, porta lavoro, ricchezza e profitto alle comunità locali e, da non ultimo, legalizzandolo si può togliere risorse alla criminalità". A partire dal 1963 infatti prende avvio la legalizzazione negli Stati Uniti e si espande un clima di fiducia e di positività nei confronti delle attività di

gioco, tant'è che Las Vegas divenne un luogo dove andare in vacanza e giocare alla lotteria divenne un'abitudine del week –end. Fiasco sostiene che il gioco rappresenti una risorsa anche per il popolo: per esso significa la possibilità di sperare in una vita migliore, quando lo stato non lo garantisce. E' proprio nei periodi di crisi economica che gli italiani si affidano al gioco: “una correlazione negativa così vistosa (quando l'economia fiorisce l'azzardo deperisce) dovrebbe ridimensionare la retorica di quella che era stata indicata come l'inguaribile passione degli italiani. (...) Se il gioco è un'alternativa all'azione costruttiva per accedere al reddito, quando si riduce la credibilità della risposta attiva al bisogno (appunto nei periodi di crisi economica), allora aumenta la forza attrattiva della fortuna al gioco. Viceversa con la dinamizzazione dell'economia, acquista significato la ricerca di soluzioni non aleatorie.” (Fiasco, 2001, pag.328).

Oggi ci stiamo rendendo conto del grosso impatto che la politica di progressiva legittimazione e incentivazione del gioco d'azzardo ha avuto a livello sociale. A partire dal 1990 negli Stati Uniti e in Europa, si sono moltiplicate le ricerche volte a stabilire il tasso di prevalenza dei giocatori problematici e patologici. In Italia si stima che l'80% della popolazione gioca almeno una volta l'anno e la percentuale dei giocatori patologici è compresa tra l'1% e il 3%.

### *3.2 I nuovi giochi*

Da quando si è iniziato ad applicare le nuove tecnologie al gioco d'azzardo sono fiorite sempre più semplici e pratiche opportunità di giocare. Non si gioca più solo nei casinò e nelle sale corse, oggi lo possiamo fare nei luoghi più comuni come nei bar, nelle ricevitorie e addirittura comodamente a casa nostra, basta disporre di un collegamento ad internet e di una carta di credito. La nostra non è solo l'epoca delle nuove lotterie come il Super Enalotto, soprattutto è l'epoca dei videopocker, macchinette che simulano il gioco del pocker ma in cui non si sfida nessun avversario. Secondo un'indagine condotta dalla Fipe Cirm nel 1999 i videopocker erano oltre 200.000, piazzati in 84.000 locali: 50 mila bar, 20 mila bar tabaccherie, 7 mila totoricevitorie, 3 mila sale da gioco, 3 mila circoli privati. (Sbrocco,

2000). Dalla loro comparsa si sono moltiplicati i casi di dipendenza, in un'intervista del 2 dicembre 2001 sul quotidiano "La Nazione" Mauro Croce afferma: "Oggi il videopocker sta trasformando in fenomeno sociale di massa una 'malattia' prima limitata a fasce circoscritte di popolazione. Fra i miei pazienti, che cercano di liberarsi dalla mania del videopocker, ci sono anziani che prima si limitavano alla partita a carte. Oggi nei bar ci sono queste macchinette, loro le preferiscono alla briscola e cresce la dipendenza" (Guadagnucci, 2001, pag.1). Alcuni esperti mettono in guardia rispetto al fatto di non considerare queste macchinette dei videogiochi; le differenze sono numerose: innanzitutto nei videopocker manca la componente di abilità necessaria per cimentarsi con i videogiochi, inoltre nei primi si inserisce denaro contante, eliminando così il tramite del cambio dei soldi che potrebbe costituire un elemento di riflessione per il giocatore e potrebbe interrompere l'automatismo del comportamento di gioco. Un'altra caratteristica peculiare dei videopocker è l'obbligo per i gestori di pagare la vincita in buoni consumo, ma molto spesso tale obbligo non viene rispettato ed il pagamento avviene sotto forma monetaria. Accanto a queste caratteristiche che potrebbero contribuire all'instaurazione della dipendenza, ne troviamo un'altra di estrema importanza: l'isolamento e l'estraneazione dalla realtà che producono, lo stesso che troviamo anche nelle slot-machines. In una sua ricerca del 1997, Griffiths nota che su un campione di ragazzi osservati nelle sale giochi, la maggioranza entravano in gruppo, ma una volta iniziato il gioco alle slot-machines, l'interazione tra pari era poca e nulla. Ciò lo porta a ritenere questo gioco come non-sociale (Griffiths, 1997). Non a caso Guerreschi (2000) distingue i "giocatori per fuga", solitari e passivi, attratti da videopocker e slot-machines, che attraverso il gioco vogliono sfuggire da una realtà che non li soddisfa, dai "giocatori d'azione", alla ricerca di una forte attivazione.

Un'altra opportunità di gioco alienante dalla realtà è offerta da Internet.

Digitando su qualsiasi motore di ricerca la parola 'azzardo' si aprono centinaia di siti che propongono casinò virtuali, scommesse, aste on-line ed investimenti in azioni di borsa (Lavanco, Varveri, Lo Re, 2001).

Romani sostiene che il successo dei cybercasinò è dovuto a "reciproca convenienza" tra chi li gestisce, perlopiù società australiane che riescono ad

eludere divieti ed obblighi imposti dalla legge grazie alla non regolamentazione del gioco virtuale, e gli utenti. Questi godono di vantaggi come il non doversi recare al casino, risparmiando denaro per il viaggio e mantenendo la totale privacy (Croce e Zerbetto, 2001).

Croce, nell'intervista sopra citata dice: " On line sono stati contati almeno 500 casinò virtuali. Si gioca da casa, con la carta di credito, in modo discreto e solitario, ad ogni ora. In Gran Bretagna sono in allarme per la diffusione del gioco via Internet sul posto di lavoro: lo stesso trading on line a volte è vissuto e praticato come una forma d'azzardo.

Con le tessere a scalare e le puntate tramite telefonino le patologie sono destinate a crescere, perché l'isolamento e l'assenza di contatto con la moneta contante le favoriscono" (Guadagnucci, 2001, pag.2).

All'opposto di questi giochi che portano all'estraneazione dal mondo, ce ne sono altri che favoriscono la socializzazione. Gli scommettitori alle corse dei cavalli, per esempio, considerano fondamentale il gruppo ed hanno bisogno di sentirsene parte; essi non giocano uno contro l'altro, ma contro un'organizzazione che si arricchisce grazie alla loro attività .

Altri giochi che non precludono la socializzazione sono i cosiddetti "giochi nobili", come la roulette ed il poker. Essi si trovano all'interno del casinò, il quale nonostante i nuovi giochi non ha perso il proprio fascino soprattutto tra i giovani e i ceti medi (Sbrocco, 2000). I casinò ufficiali in Italia sono quattro: Saint Vincent, Campione d'Italia, San Remo e Venezia. I giocatori di casino costituiscono un gruppo a parte rispetto agli altri a causa dei loro peculiari codici comportamentali: "Al casino si entrava con la cravatta, vigeva la regola della mancia ai croupier, bisognava registrarsi, esistevano regole e rituali di comportamento precisi e chi vi entrava accettava o sceglieva di partecipare, condividere e costruire un rito collettivo" (Croce , 2001, pag.160).

Di recente si è aperta una diatriba tra coloro che sostengono la proposta dello Stato di aprire altri 20 casinò, uno per ogni regione e coloro che sono contrari, i quali temono che ciò potrebbe provocare un aumento dei giocatori patologici insieme con una proliferazione d'azioni illecite e problemi di ordine pubblico (Sbrocco, 2000).

Guerreschi (2000) dice:

“E’ necessario che il legislatore si renda conto del potenziale distruttivo del gioco d’azzardo, quando questo non è più controllabile e che assieme alla liberalizzazione dei giochi siano prese misure atte a limitare la pericolosità”  
A questo proposito è interessante soffermarci sul fenomeno del “Bingo”:  
l’apertura delle sale del “Bingo”, la tombola americana. Sono state usate varie argomentazioni per giustificare la nascita di questa nuova opportunità di gioco: il risanamento del deficit pubblico, la creazione di nuovi posti di lavoro e addirittura la volontà di promuovere nuove forme di socializzazione. Fiasco critica tali argomentazioni di copertura per una politica di arricchimento statale; “l’incasso viene distribuito per il 20% ai gestori, per un altro 20% allo stato e il rimanente 60% costituisce montepremi.(...) Quel che è avvenuto ‘in piccolo’, grazie ad un sostanziale aggiramento del divieto di legge nell’ istituire sale da gioco d’azzardo, è una complessa interazione simile all’apertura di mini casinò di quartiere”  
(Fiasco, 2001, pag. 335).

## **Capitolo Quarto**

### *4.1. Gioco d’azzardo e patologia: dal social gambler al giocatore patologico*

Il gioco d’azzardo è stato per molti anni un fenomeno poco studiato e comunque di scarso interesse per la psicologia. Come precedentemente ho citato dal libro di Croce e Zerbetto (2001), la competenza in materia di gioco d’azzardo è stata prima della religione, che ne ha sottolineato il carattere peccaminoso, poi è passata sotto il dominio del diritto, il quale ne ha messo in luce la caratteristica di illegalità. I primi segni di interessamento a tale fenomeno da parte della psicologia e della medicina si intravedono con Kraepelin, che parla di “mania del gioco d’azzardo”, nel 1898 Gerolamo Caramanna distingue due tipi di giocatori: quelli occasionali e di professione, mossi dal desiderio di guadagnare denaro, e quelli per passione (De Sanctis Ricciardone, 1994), spinti da un istinto irresistibile. Caramanna arriva pertanto a postulare l’esistenza di un “giocatore nato”, sulla scia del “criminale nato” di Lombroso.

In seguito è Freud che nel suo saggio *Dostoevskij e il parricidio* (1928), riprende il discorso sul gioco d'azzardo, aprendo così il campo ad altri psicoanalisti come Bergler.

Nel 1980 il gioco d'azzardo viene inserito dall'American Psychiatric Association nel DSM III, questo evento segna il suo riconoscimento come una vera e propria malattia mentale.

Come possiamo notare da questo breve excursus, il gioco d'azzardo non è mai stato preso in considerazione nella sua complessità, ma fino ad oggi se n'è preso in considerazione solo un aspetto alla volta. Dall'inserimento nel DSM per esempio, si sono moltiplicate le ricerche sul giocatore d'azzardo patologico, ma si è lasciato un po' in disparte lo studio del giocatore sociale, cosiddetto *social gambler* da Dickerson (1984).

Scorrendo i vari articoli sul gioco d'azzardo si trovano accenni al *social gambler*, ma spesso solo nel contesto di un confronto con il giocatore patologico, che rappresenta il fulcro della ricerca. Guerreschi (2000) suddivide i giocatori in sei categorie lungo un continuum che va dal giocare per divertirsi e passare il tempo, al giocare spinto da un impulso che non si riesce a controllare, ma è a quest'ultima categoria che dedica la sua attenzione.

Bolen e Boyd (1968) nel loro articolo *Gambling and the Gambler* distinguono il *pathological gambler* dal *normal gambler*, utilizzando il concetto colpa e desiderio inconscio di perdere: il giocatore patologico è spinto da componenti aggressive e libidiche inconsce, il gioco rappresenta la soddisfazione di tali istinti proibiti, perciò genera sentimenti di colpa. Per estinguerli il giocatore continua a giocare desiderando inconsciamente di perdere per essere punito. Il *normal gambler* invece è motivato un semplice desiderio di divertimento e rilassamento, perciò nutre sia consciamente che inconsciamente la speranza di vincere ed è in grado di smettere di giocare quando vuole.

Francisco Alonso-Fernandez fa' anch'egli una classificazione dei giocatori: Il giocatore sociale è spinto da "spirito ricreativo" e mantiene un controllo tale per cui il gioco non interferisce nel funzionamento normale della sua

vita, il giocatore problematico invece ricorre a qualsiasi mezzo pur di vincere dato che non accetta le perdite e a volte può anche reagire in modo violento. Per il giocatore patologico leggero il gioco è il sintomo di una patologia sottostante, come può essere per esempio uno stato depressivo.

Infine il giocatore dipendente ha sviluppato una vera e propria dipendenza nei confronti di questa attività, perciò eventuali fenomeni di comorbilità sono solitamente una conseguenza di questa dipendenza primaria (Alonso-Fernandez, 1996).

Pensando al gioco d'azzardo salta subito alla mente Dostoevskij, che nel suo romanzo *Il giocatore* (1866) descrive perfettamente la figura del pathological gambler, essendolo stato lui stesso: "M'invas e una terribile sete di rischio. Forse, passando attraverso tante sensazioni, l'anima non se ne sazia, fino allo spossamento definitivo (...): Provavo solo una certa tremenda voluttà, di riuscita, di vittoria, di potenza, non so come esprimermi" (ibidem, pag g.162-163).

Come si capisce da questa citazione il gioco d'azzardo patologico è un'esperienza travolgente, vissuta dai giocatori come la possessione loro anima da parte di un demone, ma a livelli non patologici, il gioco d'azzardo è un'attività socialmente accettata e rintracciabile in quasi tutte le culture.

Classificazione dei giocatori d'azzardo operata da Guerreschi (2000).

1. Giocatori d'azione con sindrome da dipendenza: hanno perso il controllo sul loro modo di giocare. Per essi, giocare d'azzardo è la cosa più importante nella vita, l'unica cosa che li mantiene in "azione". Il gioco d'azzardo compulsivo è una dipendenza progressiva che abbraccia tutti gli aspetti della vita del giocatore. Mentre continua a giocare, la sua famiglia, i suoi amici ed il suo lavoro vengono influenzati negativamente dalla sua attività di gioco. Il giocatore compulsivo non può smettere di giocare, indipendentemente da quanto lo desidera o da quanto duramente ci provi.

2. Giocatori per fuga con sindrome da dipendenza: giocano per trovare alleviamento alle sensazioni di ansietà, depressione, rabbia, noia o solitudine. Usano il gioco d'azzardo per sfuggire da crisi o difficoltà. Il gioco provoca un effetto analgesico invece di una risposta euforica.

3. Giocatori sociali costanti: il gioco d'azzardo è la fonte principale di relax e divertimento, sebbene questi individui mettano il gioco in secondo piano

rispetto alla famiglia e al lavoro. I giocatori sociali costanti mantengono ancora il controllo sulle loro attività di gioco.

4. Giocatori sociali adeguati: giocano per passatempo, per socializzare e per divertirsi: Per essi giocare d'azzardo può essere una distrazione o una forma di relax. Il gioco non interferisce con le obbligazioni familiari, sociali o lavorative. A questa categoria di giocatori appartiene la maggioranza della popolazione adulta.

5. Giocatori antisociali: sono giocatori antisociali coloro che si servono del gioco d'azzardo per ottenere un guadagno in maniera illegale.

6. Giocatori professionisti non-patologici: si mantengono giocando d'azzardo e considerano il gioco d'azzardo una professione.

#### *4.2 La carriera del giocatore d'azzardo*

Il giocatore sociale può diventare patologico quando non riesce più a controllare il proprio comportamento di gioco ed inizia a subire danni a livello economico, psicologico, relazionale e lavorativo. Il passaggio è progressivo, si tratta di un processo messo in moto dall'interazione di vari elementi, per questo è utile a scopo preventivo individuare i fattori di rischio, in grado di facilitare l'insorgenza del fenomeno.

Questo autore, grazie alla ricerca citata nel paragrafo precedente, individua un potenziale fattore di rischio: il rapporto tra competenza e fortuna. Egli sostiene che la tendenza ad affidarsi a vittorie fortuite per attuare un cambiamento, negando il valore del lavoro e del merito può agevolare il cammino di un giocatore sociale verso un esito patologico.

Ferma restando tale visione processuale, ogni autore si esprime seguendo il proprio orientamento.

Walters (1994) per esempio, elabora una teoria dello "stile di vita" del giocatore secondo l'ottica cognitivista. Lo stile di vita sarebbe determinato dall'interazione tra l'individuo e il suo ambiente, condizioni interne ed esterne al soggetto rappresenterebbero fattori di rischio o fattori protettivi, a seconda della loro funzionalità per il suo benessere. Egli è in grado di effettuare scelte responsabili che orientano la sua esistenza, ma in presenza di questi elementi disturbanti lo spettro delle possibilità si restringe. Per esempio, una bassa autostima favorisce in un individuo la percezione di se



stesso come inadeguato, così probabilmente sarà più incline a comportamenti disadattivi, come il gioco d'azzardo. Altri fattori rischiosi secondo Walters possono essere il tipo di attaccamento sicuro o insicuro, le relazioni instaurate durante il corso della vita e l'immagine di sé stesso che il soggetto ne ricava, il fatto di essere cresciuto a stretto contatto con altri giocatori abituali, etc. Una volta instaurata la dipendenza da gioco, il giocatore ricorre a meccanismi cognitivi e razionalizzazioni che gli permettono di giustificare la propria condotta e salvare l'autostima.

Lesieur (1979) sostiene che la "carriera" di un giocatore d'azzardo può essere vista come una spirale: essa si articola in diversi gradini che lo portano ad un sempre più ampio coinvolgimento con l'attività di gioco.

Come un medico od un avvocato, il giocatore percorre la sua scalata verso il successo, ma il successo in questo caso è il totale fallimento: diventare dipendente dal gioco.

L'autore succitato introduce il concetto di chasing, la rincorsa della perdita: più il giocatore perde, più aumenta l'attività ludica e l'ammontare della scommessa, nell'illusione di recuperare con una grande vincita il denaro perduto. Questo è il meccanismo che conduce progressivamente alla dipendenza e che, sostiene Lesieur, distingue il giocatore patologico da quello sociale dato che soltanto il primo possiede questa filosofia. In accordo con Walters (1994), anch'egli nota che quando il giocatore si trova completamente intrappolato tra debiti, menzogne e problemi familiari, utilizza giustificazioni per coprire a se stesso la realtà, soprattutto per negare quei comportamenti lesivi della sua autostima come il rubare, che viene perciò etichettato come "prendere in prestito".

Infine è d'obbligo citare un contributo che possiamo definire essenziale per la nascita dell'attuale idea di dipendenza da gioco come processo: lo schema di Custer (1982), nel quale vengono rappresentate le fasi che attraversa un giocatore d'azzardo patologico nell'instaurarsi della malattia.

Nella prima fase, la "fase vincente", il gioco è occasionale, si gioca per divertirsi e le vincite sono frequenti. Il giocatore sente di guadagnare soldi facilmente, così aumenta il tempo e il denaro impiegato nelle scommesse.

Spesso si ha una grossa vincita durante questa fase che, secondo l'autore dura dai tre ai cinque anni. Ad essa segue la "fase perdente", con episodi di

perdite, gioco solitario e progressivo incremento delle scommesse per recuperare ciò che si è perso. E' qui che inizia la rincorsa delle perdite che secondo Lesieur (1979), innesca il meccanismo della dipendenza. Subentrano a questo punto i debiti, le menzogne e il ricorso ai prestiti, in attesa della miracolosa vincita che consentirà di regolare i conti. Ma con l'arrivo di questa vincita il giocatore, invece di fermarsi continua a giocare, avendo ritrovato la fiducia in se stesso e nel favore della fortuna.

Intrappolato in questo meccanismo, giunge alla "fase della disperazione", in cui perde il controllo degli eventi e arriva anche a commettere azioni illegali per procurarsi i soldi. I reati più frequenti sono la falsificazione di assegni, la frode fiscale, l'appropriazione indebita e l'emissione di assegni a vuoto. Il giocatore è ancora fiducioso che tanto prima o poi arriverà la grande vincita a salvarlo, ma ormai nessuno crede più alle sue bugie e la sua famiglia va in crisi, siamo alla "fase della perdita della speranza".

A questo punto il giocatore si trova sommerso da problemi di tipo legale, lavorativo e relazionale tanto che spesso insorgono anche depressione, vari sintomi correlati allo stress e a volte vere e proprie crisi d'astinenza.

Quando il soggetto decide di chiedere aiuto si entra nella "fase critica", iniziando un percorso terapeutico che attraverso la "fase della ricostruzione" lo condurrà a quella "della crescita".

Osservando lo schema di Custer noteremo che la freccia in salita che indica la "fase di crescita" arriva più in alto rispetto al punto di partenza, costituito dalla freccia in discesa. Ciò significa che il recupero, secondo l'autore deve passare attraverso una crescita della persona nella sua totalità, un ampliamento della coscienza che porterà l'individuo ad un benessere e ad una consapevolezza di sé mai raggiunti prima.

Tale visione processuale dell'instaurarsi della patologia del gioco d'azzardo è interessante perché mette in luce l'interazione tra fattori ambientali ed individuali nell'eziologia e nel mantenimento del comportamento di gioco. Ovviamente non si deve cadere in errore considerando il passaggio da una fase all'altra come obbligato e necessariamente determinato, è piuttosto l'incontro tra un particolare individuo ed una particolare situazione in un dato momento, a generare un risultato unico e comprensibile solo all'interno di quel contesto specifico.

#### *4.3 L'inclusione del Gioco d'Azzardo Patologico nel DSM*

Nel 1980 l'APA, American Psychiatric Association, inserisce il gioco d'azzardo patologico nella terza versione del DSM. Esso viene così ad assumere il valore di una vera e propria patologia psichiatrica e rimane catalogato anche nel DSM III-R (1987) e nel DSM IV (1994), le edizioni corrette ed aggiornate del manuale statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali.

L'APA stabilisce che per diagnosticare una sindrome da gioco d'azzardo patologico deve essere soddisfatto un criterio di inclusione: "persistente e ricorrente comportamento maladattivo legato al gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari e lavorative" (criterio A); ed un criterio di esclusione: "il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale" (criterio B). Una volta individuata la presenza del criterio A ed escluso il criterio B, si ricercano nel soggetto almeno cinque caratteristiche su un elenco di dieci:

1. E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per esempio, il soggetto è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse di gioco, a valutare o pianificare la prossima impresa di gioco, a escogitare i modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato;
3. ha ripetutamente tentato di ridurre, controllare o interrompere il gioco d'azzardo, ma senza successo.
4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);
7. mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;

8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. fa affidamento sugli altri per reperire il denaro per alleviare una situazione economica disperata causata dal gioco (una "operazione di salvataggio").

Se il soggetto presenta almeno cinque di questi sintomi, viene diagnosticato un quadro di gioco d'azzardo patologico (DSM IV, 1994).

Esso è compreso nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi non altrove classificati, insieme alla Cleptomania, alla Piromania, alla Tricotillomania e al Disturbo Esplosivo Intermittente.

#### *4.4 Meccanismi psicologici sottesi al gioco d'azzardo*

Il gioco d'azzardo è stato analizzato da varie angolazioni e ciascun approccio psicologico ne ha fornito una spiegazione secondo il proprio campo d'interesse, disponendo di un particolare bagaglio di conoscenze, senza però arrivare ad una visione integrata e condivisa del problema.

Lo scopo di questo capitolo risiede nel tentativo di far luce sui meccanismi psicologici che favoriscono l'esordio ed il mantenimento del comportamento di gioco, passando in rassegna attraverso la letteratura che fino ad oggi è stata prodotta.

L'illusione di controllo e l'ottica cognitivista per alcuni autori, nel cercare di capire i meccanismi che inducono alla perseveranza nel gioco d'azzardo, fanno appello al concetto di illusione di controllo (Langer, 1975). Esso è definito come un'aspettativa di successo personale eccessivamente alta rispetto alle probabilità oggettive. Langer è il primo ad occuparsi di questo fenomeno e a dimostrarne l'esistenza in alcuni soggetti. Nelle situazioni in cui è richiesta abilità c'è un legame causale tra comportamento e risultato, il successo è quindi sotto il controllo del soggetto. Al contrario, nelle situazioni in cui è la fortuna ad avere il ruolo principale il soggetto non può controllare gli eventi, il risultato non è influenzato dalle sue azioni. Questa differenza, seppur elementare, non è però da tutti riconosciuta, tanto che

alcuni individui percepiscono il coinvolgimento dell'abilità anche laddove è la fortuna a decidere le sorti, questo è il caso dei giocatori d'azzardo.

In un'altra ricerca Langer e Roth (1975) includono tra i fattori che favoriscono l'illusione di controllo la sequenza dei risultati: successi o insuccessi costanti e consecutivi fanno pensare che il risultato è controllabile e dipende dall'abilità dell'uno o dell'altro avversario, mentre una sequenza alternata non sembra dipendere dalla capacità dei contendenti, ma piuttosto dal caso cosicché la situazione non può essere controllata.

L'illusione di controllo è una distorsione cognitiva, una griglia erronea che i giocatori d'azzardo assumono per interpretare la realtà. Essi pensano così di essere onnipotenti, sentono di poter controllare situazioni incontrollabili.

E' l'esatto contrario della Learned Helplessness (Seligman, 1975), lo scollamento totale tra azione e risultato, quando il soggetto non percepisce più di poter influenzare gli eventi; l'illusione di controllo porta invece all'errore opposto, credere che ciò che avviene sia sempre dipendente dalla nostra capacità.

Il giocatore d'azzardo commette quindi degli errori di ragionamento, valuta i risultati degli eventi in maniera distorta. Gilovich (1983) spiega così perché i giocatori continuano a giocare nonostante i persistenti fallimenti.

Essi sottovalutano i fallimenti ed esaltano i successi, spendono più tempo per giustificare le perdite e le trasformano in "quasi vincite" come a dire: "Non ho vinto ma questa volta ci sono andato vicino, la volta successiva vincerò sicuramente". Così acquistano fiducia nel successo e vanno avanti trascurando il peso del fallimento.

La presenza di pensieri irrazionali nei giocatori d'azzardo è stata riconosciuta anche da Griffiths (1994), il quale utilizza per la sua ricerca la tecnica dei pensieri a voce alta. Egli registra le verbalizzazioni di giocatori regolari e non regolari durante una sessione di gioco alle slot machine, concludendo che i giocatori regolari producono una percentuale maggiore di pensieri irrazionali (14%) rispetto a coloro che non giocano spesso (2.5 %). Soprattutto i giocatori regolari personificano la macchina ("A questa macchina non piaccio", "oggi non è di buon umore"), le parlano come se fosse un 'amico elettronico' ("Andiamo, vuoi pagarmi o no?") e le

imprecano contro (“Bastarda!”). Tutto ciò accade in particolare con la slot machine più familiare, davanti alla quale hanno trascorso più tempo.

L’ottica cognitivista cerca di comprendere i bias cognitivi attraverso i quali la realtà viene interpretata.

Il modello cognitivo-comportamentale riconosce lo stretto legame tra variazioni di arousal e dipendenza da gioco, pone maggiormente l’accento sui meccanismi cognitivi che mediano i due fenomeni. In altre parole l’eccitazione che deriva da una sessione di gioco serve sì da rinforzo per la reiterazione dell’esperienza, ma in realtà è determinante il significato che viene attribuito all’esperienza stessa. Sharpe et al (1995) dimostrano che l’innalzamento dell’arousal nel gioco d’azzardo è cognitivamente mediato, attraverso una ricerca in cui i giocatori vengono sottoposti a varie condizioni sperimentali. I risultati riportano che i giocatori subiscono una variazione nel livello di attivazione solo quando giocano in assenza di distrazioni; assistono alla presentazione di stimoli correlati al gioco, come una videocassetta sulle corse dei cavalli, anche senza passare all’attuazione del comportamento; rievocano un’esperienza di gioco in cui sono stati direttamente coinvolti. Al contrario nelle situazioni in cui i processi cognitivi non possono intervenire, come nel caso in cui il giocatore viene distratto durante l’esecuzione del compito, l’effetto ricercato non si verifica.

## **Capitolo quinto**

### *5.1 Cenni sul Trattamento del Gioco d’Azzardo Patologico*

Nonostante il suo riconoscimento come malattia mentale da parte della psicologia e della psichiatria, il gioco d’azzardo continua a rappresentare un passatempo, al massimo un “vizio” per una discreta fetta di popolazione.

Ma il fatto più grave è che i giocatori stessi non si rendono conto della gravità del loro problema fino a che non cadono in rovina economica. In tutti i tipi di dipendenza non è facile per il soggetto riconoscere la propria condizione e chiedere aiuto, ma nel caso del gioco d’azzardo è ancora più difficile. L’accettazione del gioco come fenomeno socialmente condiviso occulta la gravità che questo fenomeno assume per molte persone, giungendo a distruggere la loro esistenza. Inoltre il giocatore, anche quando decide di farsi aiutare, lo fa per risolvere i suoi problemi economici, non

perché riconoscere di aver sviluppato una dipendenza. Qualsiasi tipo di trattamento prende le mosse da questo momento di riflessione, in cui il soggetto prende coscienza della vera natura del proprio problema e si impegna nel cambiamento.

Così come si possono usare varie griglie di lettura per interpretare il gioco d'azzardo, esistono anche vari approcci al trattamento.

Un esempio importante è dato dalla teoria cognitiva, la quale individua nei processi cognitivi i fattori determinanti nello sviluppo e nel mantenimento dei problemi di gioco. Il giocatore sviluppa una sorta di "pensiero magico", attraverso il quale interpreta gli eventi e si illude di poter controllare il caso, nella convinzione di essere capace di predire i risultati del gioco. Il trattamento secondo questo modello psicologico si fonda pertanto sulla correzione di queste percezioni erronee, cercando di ristabilire nel soggetto il giusto concetto di "azzardo", nella convinzione che la motivazione a giocare scenda di conseguenza.

Walters (1994) pianifica un programma terapeutico basato sulla riprogettazione dello stile di vita del soggetto: prima di tutto si sviluppa la motivazione al cambiamento, dopodiché si costruiscono gli strumenti per il cambiamento ed infine si cerca di realizzare uno stile di vita alternativo che valorizzi interessi più adeguati e che funzioni da rinforzo in modo da poter abbandonare il gioco d'azzardo.

Esaminando la realtà Italiana negli anni 10 del duemila , osserviamo che le opportunità di trattamento per la dipendenza da gioco sono ancora scarse, tant'è vero che il fenomeno viene ancora trattato nei Sert insieme alle altre dipendenze.

## *5.2 I gruppi di auto-aiuto*

I gruppi di auto-aiuto sorgono in seguito al fallimento del sistema del welfare state. I cittadini, non sentendosi soddisfatti dai servizi offerti dallo stato e percependo gli operatori come demotivati e troppo distaccati, si uniscono nel tentativo di darsi sostegno reciproco. Questi gruppi sono autogestiti, rifiutano una struttura di tipo gerarchico e si fondano sulla parità tra i membri, i quali a turno rivestono ruoli di organizzazione e gestione amministrativa, impedendo così che il potere si accentri nelle mani di uno

solo. Il gruppo non è perciò guidato da un professionista e la presenza di un eventuale psicologo per esempio, è tollerata solo se non interferisce nell'organizzazione del gruppo ed interviene all'unico scopo di facilitare la comunicazione tra i partecipanti.

Durante gli incontri ciascuno racconta a turno la propria storia e gli altri ascoltano con partecipazione emotiva (Francescano e Ghirelli, 1998). I Gamblers Anonymous, giocatori anonimi, sono i primi ad inaugurare questa tendenza aggregativa nel 1935, allo scopo di combattere la loro dipendenza dall'alcol. La filosofia dei gruppi di self -help risiede nel concetto di mutuo aiuto: ogni membro aiutato dagli altri e allo stesso tempo aiuta gli altri. In questo modo si mettono in moto una serie di processi benefici per l'individuo:

vedendo che un'altra persona con il suo stesso problema è riuscita a superarlo, abbandona l'idea di impotenza che aveva sviluppato nei confronti della sostanza (se per es. il problema è una dipendenza) che lo ha assoggettato;

Sentendosi utile per un'altra persona il soggetto acquista maggiore fiducia in se stesso ed aumenta la propria autostima;

Un'adeguata autostima porta a sentirsi competenti ed in grado di portare a termine con successo dei progetti (maggiore self-efficacy);

Il soggetto si sente potenziato nella capacità di risolvere il problema;

Inoltre la condivisione del problema da parte di un gruppo ne fa sentire meno il peso su ogni singolo individuo ("mal comune mezzo gaudio").

Nel 1957 nasce l'associazione dei Gamblers Anonymous, i Giocatori Anonimi (GA), sull'esempio degli Anonimi Alcolisti (AA). Essi ritengono che il gioco d'azzardo sia una malattia con natura progressiva, la quale non può essere curata, ma solo arrestata, attraverso il raggiungimento della totale astinenza. Il recupero si fonda sulla lettura a turno dei "dodici passi dell'unità", che rappresentano una specie di regolamento dell'associazione e dei "dodici passi del recupero", attraverso i quali il giocatore riconosce la propria impotenza di fronte al gioco, si affida ad un Potere più grande di lui, fa un esame della propria vita, riconosce i propri errori e con la meditazione mira a cambiare la propria vita.



Anche il programma dei Giocatori Anonimi si fonda sullo stesso sistema dei “dodici passi”. A tale proposito Browne ( 1991), scrive un articolo in cui afferma che i due gruppi sono sostanzialmente diversi, contrariamente all’opinione popolare. Le principali differenze risiederebbero nella struttura organizzativa, nella concezione del problema e nella natura della consapevolezza dei membri. Egli sostiene l’opportunità di allargare e potenziare il ruolo delle GA, che sono più piccole rispetto alle AA e crescono in proporzione minore nel corso degli anni. Allo stesso tempo propone di sviluppare altre forme specifiche di trattamento, residenziali e di comunità per migliorare la cura di queste persone.

Ogni tipo di terapia può comunque essere accompagnata da un trattamento di tipo farmacologico, soprattutto nei casi più gravi, laddove il gioco d’azzardo sia associato ad altre forme psicopatologiche come la depressione, che espone l’individuo a rischio di suicidio. In questi casi risulta efficace l’azione di un farmaco antidepressivo, il Fevarin, che agisce sul sistema serotoninergico, responsabile nell’iniziazione dei comportamenti, nella regolazione dell’aggressività e nella capacità di controllare gli impulsi. Ravizza, direttore del dipartimento di neuroscienze di Torino afferma l’utilità di questo tipo di farmaco nella cura dei giocatori patologici. Dal punto di vista psicologico però l’eliminazione di un comportamento disfunzionale porta alla soluzione del problema solo in superficie, perciò un trattamento psicoterapeutico adeguato risulta imprescindibile.

## Bibliografia

Alonso-Fernandez F. (1999). *Le altre droghe*. Roma: E.U.R.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association (trad. it. 1996). *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.

Baron E. and Dickerson M. (1999). Alcohol Consumption and Self-Control of Gambling Behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 3-15.

Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Bateson G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.

Becona E., Del Carmen Lorenzo M., Fuentes M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.

Bergler E. (1957). *The Psychology of Gambling*. (trad. it. 1974). *Psicologia del giocatore*. Roma: Newton Compton.

Blanco C., Orensanz-Munoz L., Blanco-Jerez C., Saiz-Ruiz J. (1996). Pathological Gambling and Platelet MAO Activity: A Psychobiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 119-121.

Blaszczynski A. and McConaghy N. (1988). SCL-90. Assessed Psychopathology in Pathological Gamblers. *Psychological Reports*, 62.

Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86(3), 299-306.

Blaszczynski A. and McConaghy N. (1994). Antisocial Personality Disorder and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10(2), 129-145.

Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 92(1), 75-87.

Blaszczynski A. (1999). Pathological gambling and Obsessive-Compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 84, 107-113.

Caillois R. (1958). *Les jeux et les hommes. Le masque et la vertige*. (trad. it., 1981). *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*. Milano: Bompiani.

Christenson G. A., Faber R. J. et al. (1994). Compulsive Buying : descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(1), 5-10.

Croce M. (2001). *Gioco d'azzardo e psicopatologia: la difficile inclusione*.

- Tratto da: Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Dickerson M. (1984). *Compulsive gamblers*. (trad. it. 1993). *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*. Torino: Gruppo Abele.
- Dostoevskij F. (1866). *Igrok* (trad. it. 1993). *Il giocatore*. Milano: Mondadori.
- Fiasco M. (2001). *Aspetti sociologici, economici e rischio criminalità*. In Croce M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli.
- Francescato D. e Ghirelli G. (1998). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma: Carocci.
- Freud S. (1928). *Dostoevskij e il parricidio*. In *Opere*, vol X. (1978). Torino: Boringhieri.
- M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli.
- Guerreschi C. (2000). *Giocati dal gioco*. Milano: San Paolo.
- Imbucci G. (1997). *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Venezia: Marsilio.
- Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Lavanco G., Varveri L., Lo Re T. (2001). *Un inquadramento generale. Minima metodologica*. In Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Lesieur H. R. (1979). *The Compulsive Gambler's Spiral of Options and Involvement*. *Psychiatry*, 42, 79-87.
- Lesieur H. R. and Blume S. B. (1987). *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Maddux J. F. and Desmond D. P. (2000). *Addiction or dependence?* *Addiction*, 95(5), 661-665. McElroy S. L., Hudson J. I., Pope H. G., Keck P. E., Aizley H. G. (1992). *The*
- DSM III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 149(3), 318-327.
- Oliverio Ferraris A. e Malavasi G. (2001). *La Maschera dei Desideri*. *Psicologia Contemporanea*, 166, 30-37.

Pallanti S., Baldini Rossi N., Hollander E. (2001). Terapia farmacologica del gioco d'azzardo patologico. In Croce M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001).

Steel Z. and Blaszczynski A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.