

## 1. Bisogni e rischi dell'homo ludens

Quanto eccitante sia "scommettere" è noto: si mettono in *gioco* le proprie abilità, il gusto di competere se non con altri che scommettono, con il Destino; si assapora il piacere del rischio, insito nella scommessa, e le sue marcate manifestazioni emozionali; si entra nell'affascinante mondo del gioco d'azzardo, con le sue regole, i suoi tempi, i suoi vizi, la sua arte, la sua ironia a volte beffarda, e questo consente di uscire temporaneamente dal mondo della quotidianità, dalla monotonia, dallo stress. Ci si diverte, si sta in compagnia, si sogna di vincere e si immagina cosa fare in caso di vittoria (sogni "proporzionati" alla somma in gioco). Insomma, il piacere del gioco ed il bisogno del gioco non lo si può proprio negare. A confermare ciò è l'80% degli italiani che, almeno una volta nella vita ha scommesso, ha giocato d'azzardo; e tra questi, a ribadirlo con assiduità, è circa il 30%. Diversa è la situazione di coloro che dal mondo dell'azzardo non riescono più ad uscirne fuori: il loro tempo è solo il tempo del gioco, il loro spazio è quello dei casinò e, più semplicemente, quello delle sale gioco e dei bar pieni di gratta e vinci, schedine e macchinette. Si stima che ben il 3% degli italiani ha sviluppato la forma patologica del gioco d'azzardo (GAP): giocano in modo compulsivo e senza limiti, perdono, si indebitano, mentono a familiari ed amici, pagano gravissimi "costi" – oltre che economici – personali, familiari, lavorativi e sociali. E ci preoccupa anche la situazione di quanti sono "al confine" di queste due diverse realtà: quella di sostanziale innocuità del gioco e quella patologica, di disperazione; quella magica e quella demoniaca; quella di bisogno sociale e quella di problema di massa. Gioco sociale, gioco problematico e gioco patologico: queste le dimensioni e le forme che il gioco d'azzardo può assumere. Molti i passi avanti nella ricerca, nella definizione di strumenti di valutazione, nella strutturazione di specifici interventi di cura del Gioco d'Azzardo Patologico e nella progettazione di interventi di prevenzione delle forme problematiche. Ma che fare di fronte ad uno scenario di giochi sempre cangiante? Che fare di fronte alla diffusione consentita di subdoli trabocchetti che denigrano la cultura del gioco e generano dipendenza? Questa rivista si è già occupata di gioco d'azzardo nei termini appena delineati, approfondendoli ed arricchendoli di riflessioni teoriche e di ricerche esplorative (cfr. Di Maria, Lavanco, Lo Re, 2000). In questa sede si vuole, nello specifico, discutere delle nuove forme che il gioco d'azzardo ha assunto da un po' di tempo a questa parte e degli aspetti psicologici e sociali ad esse strettamente connessi.

## 2. Aspetti psicologici del gioco d'azzardo: modelli interpretativi

L'osservazione del gioco d'azzardo ha cominciato ad apparire sulle riviste scientifiche all'inizio di questo secolo; tuttavia, fino agli anni '50, era ancora difficile distinguere i vari approcci teorici al fenomeno in quanto, molto spesso, s'intrecciavano i problemi della psichiatria con quelli della psicoanalisi rendendo poco chiara la lettura dello stesso.

Attualmente non c'è consenso tra gli studiosi riguardo alle cause che sottostanno ai vari gradi di coinvolgimento delle persone nel gioco d'azzardo; diversi, in letteratura, gli approcci teorici che cercano di interpretare, ognuno dal proprio punto di vista, il modo di agire del giocatore, chiamando in causa molteplici fattori. La letteratura psicodinamica è molto vasta; si deve a Von Hattinberg (1914) lo sviluppo dei primi concetti psicoanalitici sul giocatore. Egli diede una spiegazione di natura sessuale alla paura e alla tensione intrinseche al gioco, considerandoli elementi che riflettono tendenze masochistiche di origine pregeni-

---

<sup>1</sup> I materiali qui proposti sono stati raccolti in occasione degli interventi formativi realizzati su richiesta dell'Azienda USL 8 Arezzo sul tema "Gioco d'azzardo: alla ricerca di possibili integrazioni tra Servizio Pubblico, privato sociale e territorio" svolti nelle sedi di Arezzo, Firenze, Lucca. Alla realizzazione di questo contributo hanno collaborato Loredana Varveri e Rosaria Vaccaro.

<sup>2</sup> Professore ordinario di psicologia di comunità presso l'Università di Palermo, membro del direttivo nazionale della Società Italiana di Psicologia di Comunità. Autore di numerose ricerche sui temi dei comportamenti di massa e sulle dipendenze patologiche. Su questi temi, tra l'altro, ha pubblicato con altri *Psicologia del gioco d'azzardo* (MacGraw-Hill, Milano, 2002), *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa* (Carocci, Roma, 2006), *Psicologia della dipendenza dal lavoro* (Astrolabio, Roma, 2006).

tale sorte nell'infanzia per il senso di colpa legato alla gratificazione anale. Poco più tardi, Simmel (1920; cit. in Gherardi, 1991) sottolineò che a caratterizzare la personalità del giocatore fossero vari tratti pregenitali. Inoltre, evidenziò come il gioco fosse un mezzo per il soddisfacimento di piaceri erotici, anticipando il ruolo delle determinanti edipiche nell'attività ludica. Freud, nella monografia *Dostoevskij e il parricidio* (1928), interpretò la coazione al gioco d'azzardo come una forma di auto punizione, dove domina il bisogno di perdere, che servirebbe ad espiare i sensi di colpa, innescati dal complesso edipico. Egli, infatti, riteneva che le fantasie masturbatorie infantili dell'autore russo fossero intrecciate ai desideri incestuosi e parricidi di prendere il posto del padre, uomo sadico e autoritario, che spesso s'incontra nella storia di molti giocatori compulsivi. Inoltre, paragonò il gioco d'azzardo ad uno stato nevrotico compulsivo, le cui origini risalgono al bisogno infantile di masturbarsi; il gioco, infatti, sarebbe a suo dire una trasformazione simbolica del "vizio" masturbatorio infantile. Così scrive: "(...) egli sapeva che l'essenziale era il gioco in sé e per sé, *le jeu pour le jeu*. Egli non trovava pace fin quando non aveva perduto tutto. Il gioco era per lui un modo di punirsi". E ancora: "(...) la produzione letteraria non procedeva mai così bene come quando aveva perduto tutto e ipotecato anche gli ultimi averi. (...) quando il senso di colpa di Dostoevskij era placato dalle punizioni ch'egli stesso si era inflitto, l'inibizione che gli impediva di lavorare veniva meno ed egli poteva concedersi qualche passo sulla via che l'avrebbe portato al successo" (Freud, 1928). Kris (1938; cit. in Gherardi, 1991) ipotizzò che alla base del gioco vi siano delle forti tensioni sessuali che inizialmente spingono a giocare, ma che a lungo andare intrappolano il giocatore in un circolo vizioso, trasformando così il gioco d'azzardo da un innocente passatempo ad un problema di vita o di morte. L'analogia tra il gioco d'azzardo e la masturbazione viene ripresa da diversi autori, tra cui Fenichel (1945), secondo cui la funzione psicologica del giocare risiede proprio nel liberarsi da tensioni estreme mediante la ripetizione o l'anticipazione attiva delle stesse in un modo e in un tempo scelto. È in questo senso che l'autore definisce l'atto masturbatorio come il "giocare" all'eccitazione sessuale. Il giocatore d'azzardo nevrotico si sente fortunato e, spinto a provare di volta in volta il destino o la sorte, spera di essere fortunato. Un simile meccanismo si può riscontrare anche nel giocatore d'azzardo sociale, ma gli impulsi al gioco, in questo caso, non saranno altrettanto forti. Questa proposta, per cui il gioco compulsivo troverebbe le sue radici nel desiderio edipico d'amore per la madre e di decesso per il padre, non è stata comprovata nella letteratura psicoanalitica a differenza, invece, del concetto, cui si riferisce lo stesso Freud, secondo cui nel gioco d'azzardo l'individuo trova una sorta di sollievo masochistico. Il giocatore tenderebbe a giocare, soprattutto in fase di perdita, perché mosso da un masochismo inconscio che gli permette così di bilanciare il senso di colpa generato dal desiderio di eliminare il padre. Anche Greenson (1947) riconduce il gioco d'azzardo ad un'attività di tipo sessuale: l'eccitazione di chi vi partecipa, la tensione sempre crescente e la quiete finale sono considerate dall'autore vere e proprie regressioni derivanti da pulsioni parziali infantili. Il mangiare e fumare smodatamente, gli atteggiamenti estremi della trascuratezza nel vestire o dell'eccessiva cura nel farlo, il dividere e sistemare le fiches, l'esclusione delle donne da numerosi gruppi di giocatori d'azzardo, sarebbero segnali di pulsioni orali e derivati sadico-anali, di elementi fallici ed omosessuali. Anche il pensiero sembra regredire a livello infantile; a confermare ciò, secondo l'autore, sono i rituali della superstizione in cui spesso i giocatori vengono coinvolti. A tal proposito Bergler (1957), che si è ampiamente occupato del gioco d'azzardo in chiave psicopatologica, attraverso l'analisi di numerosi giocatori compulsivi, ha formulato una teoria la cui pietra miliare è proprio il concetto di "masochismo". Il desiderio inconscio di perdere è, infatti, il tema su cui si è soffermato in *Psicologia del giocatore* (1957). L'ipotesi centrale è che il giocatore sia spinto a giocare da un "desiderio inconscio di perdere" ed è questo che gli permette di mantenere il suo equilibrio psichico. L'angoscia del perdere è erotizzata ed elaborata in una posizione detta di "masochismo psichico" (*op. cit.*). Questo viene definito come l'attitudine tipica di quelle persone che cercano inconsciamente l'umiliazione, la sconfitta e il rifiuto. Un tale atteggiamento, che potrebbe apparire insolito, in realtà, trae le sue origini nei primi stadi dello sviluppo. Infatti, si riferisce a quel meccanismo difensivo messo in atto dal bambino per fronteggiare l'aggressività e il forte senso di colpa suscitati dalle limitazioni dei genitori e dalla loro imposizione del principio di realtà su quello di piacere. Questi sentimenti, rivolti verso i genitori, sono insopportabili alla coscienza del bambino stesso e, quindi, la scappatoia psichica per mantenerli è di rivolgerli verso se stes-

si; da ciò ne consegue il bisogno di autopunirsi e il trarre piacere dal farlo. È in tal modo che il dolore, la punizione e la colpa vengono trasformate in piacere. Il bambino sarà costretto a ricercare sempre situazioni punitive e penalizzanti, anziché difendersene, e questo processo si manterrà anche nel suo comportamento adulto. È continuando a giocare, fino a perdere, che il giocatore può trarre la sua autopunizione. Secondo Bergler, inoltre, il giocatore compulsivo si caratterizza per il fatto di cogliere ogni opportunità di giocare, è pieno d'ottimismo, ciò che cerca e di cui gode è un "fremito enigmatico, composto di sofferenza non meno che di piacere e la brama di questo strano fremito è spesso più forte del desiderio di vincere". Questa tensione, allo stesso tempo piacevole e dolorosa, gli deriva dall'incertezza circa l'esito del suo gioco. "Una persona normale fa di tutto per evitare l'incertezza penosa", ma "è proprio l'incertezza quel che cerca il giocatore d'azzardo". Egli aspetta con ansia il risultato della sua scommessa e gode della tensione che accompagna quest'attesa. Il giocatore "non gioca perché decide a livello cosciente di farlo, ma vi è spinto da forze inconsapevoli sulle quali non ha alcun dominio" (*op. cit.*). Perdere può assumere, secondo l'autore, il significato di punire la colpa d'aver desiderato l'onnipotenza o la morte del padre, o fungere da alibi per il proprio subconscio. Imbucci chiama in causa un "divieto interiore di vincere" (1997), che trasforma anche le forme apparentemente più blande del gioco in un "suicidio vicario", e consente di scaricare su un "altro fuori di sé" questa sorta di "autoamputazione". Autori come Galdston (1960), da un lato, e Matussek (1953) e Ashton (1979), dall'altro, sono stati affascinati dalla lettura degli *elementi materni* nel gioco d'azzardo. Il primo evidenzia la lettura simbolica della fortuna come una donna, i secondi ritengono che i soldi rappresentino il simbolo della figura materna. Lo stesso Greenberg (1980) ritiene che la Fortuna sia simbolicamente la "madre cattiva" che il giocatore compulsivo si sforza, attraverso la sua sofferenza, di incolpare e costringere così a fornirgli un eterno e beato nutrimento. Anche Fenichel (1945) enfatizzò le aspettative grandiose del giocatore nei confronti di un Fato genitoriale di cui crede di godere, consciamente o inconsciamente, di diritti speciali di protezione. Giocare è un tentativo per costringere magicamente il Fato a fare il suo "dovere". Tra i più recenti contributi della teoria psicoanalitica troviamo quello di Rosenthal (1987); l'autore sostiene che, alla base del comportamento dei giocatori patologici vi sia un disturbo narcisistico di personalità. Questi individui, allo scopo di difendersi da un profondo senso di debolezza, devono continuamente provare a loro stessi il proprio valore e le proprie capacità, ricorrendo a primitivi meccanismi di difesa, quali la negazione, la scissione, la proiezione e ricostruendosi continuamente l'illusione di onnipotenza. Rosenthal (1992) crede che l'attrazione più forte nel gioco sia l'imprevedibilità del risultato che spinge a giocare per controllare l'incontrollabile; questo atteggiamento è considerato la conseguenza di un forte senso di debolezza, un senso di disgregazione della famiglia e di sopraffazione della realtà. Il modello comportamentista sul gioco d'azzardo, invece, prende spunto dalla teoria skinneriana e dalle riflessioni sullo stimolo intermittente; l'insistenza al gioco in fase di perdita finanziaria, infatti, viene spiegata, generalmente, chiamando in causa questo meccanismo. Un ampio numero di studi condotti sugli animali ha provato che si può provocare e mantenere un certo tipo di comportamento anche in seguito a rinforzi rari e casuali. La predisposizione a giocare dipenderebbe, secondo il modello stimolo-risposta, principalmente dallo schema di rinforzo: il giocatore, se rinforzato da vincite "casuali", sarebbe spinto a ritentare, poiché più tentativi significano più possibilità di vincita. Il comportamento patologico sarebbe il risultato di un rapporto variabile (RV) tra una serie di rinforzi (stimoli). Il rinforzo di una vincita, relativamente infrequente, sarebbe sufficiente a sviluppare e a mantenere il desiderio di giocare fino a raggiungere un livello patologico. Successivamente, i comportamentisti hanno posto particolare attenzione su ciò che accade dal momento della puntata a quello del risultato della scommessa (cfr. Dickerson, 1984). È proprio in questa frazione di tempo che si vivono i momenti più stimolanti (la pallina della roulette che saltella, i dadi che rotolano, il commento sulle corse dei cavalli, le ruote della slot machine che girano) che hanno su molti giocatori un effetto di rinforzo. Le principali fonti di rinforzo sono costituite sia dal denaro che dall'eccitazione associata a questi attimi. Ci sono delle persone che giocano contemporaneamente in più tavoli, per aumentare ulteriormente l'eccitazione data da questi momenti "magici". Si è anche notato che i giocatori più accaniti tendono a fare le loro puntate all'ultimo minuto, ciò ha l'effetto di aumentare l'eccitamento e la tensione. Un importante contributo ci giunge da Anderson e Brown (1987): hanno applicato al gioco la "reversal theory", una variante della teo-

ria sull'attivazione. Gli autori distinguono due momenti di attivazione, uno chiamato "telic state" e l'altro "paratelic state"; nel primo caso un individuo gioca per fare soldi; nel secondo caso per l'eccitamento che ne deriva. Nel corso di ogni sessione di gioco ognuno di questi stati può essere presente, ma in tempi differenti. In genere, sono più attratti dal gioco coloro che abitualmente si trovano in un "paratelic state"; il passaggio verso un "telic state" è spesso associato alla perdita.

Un altro grande modello dal quale si può partire per trovare una spiegazione al gioco d'azzardo è quello cognitivista. Stein (1989; cit. in Sarchielli, Dallago, 1997) ha elaborato un modello nel quale individua l'origine del coinvolgimento di alcuni individui nel gioco d'azzardo in un ritardo dello sviluppo cognitivo, riconducibile alla fase di transizione dall'adolescenza all'età adulta. I giocatori, a detta dell'autore, rimarrebbero fissati allo "stadio delle operazioni concrete": il gioco è visto sulla base delle singole scommesse; ogni giocata, indipendentemente dall'esito delle precedenti, ha una propria opportunità di vincita e si ha, inoltre, la sensazione che ogni partita sia quella buona. I giocatori si credono imbattibili, esperti, capaci e potenti; credono di possedere abilità innate o qualche dono sovrumano. Per poter risolvere i loro problemi di gioco, i giocatori d'azzardo devono maturare un nuovo modo di pensare, passando al successivo "stadio delle operazioni formali"; il passaggio a tale stadio permetterà loro di mettere in luce l'altra faccia del gioco, considerandolo anche come fonte di gravi perdite finanziarie e di sofferenze emozionali. Grazie a questo sviluppo cognitivo i giocatori si renderanno conto che le vincite sono avvenute solo per effetto del puro caso (*op. cit.*). Successivamente, altri studi hanno confermato che i fattori cognitivi svolgono un ruolo determinante nello sviluppo e nel mantenimento dei problemi di gioco (cfr. par. 3.3).

### 2.1. Tipologie di giocatori

Un maggiore accordo tra gli autori, invece, si riscontra nel definire i diversi livelli di gioco e le conseguenti tipologie di giocatori d'azzardo, a seconda della natura del loro comportamento di gioco e della presenza o meno di problemi "azzardo-correlati", del loro numero e della loro gravità. Concordano, inoltre, nel ritenere che i vari livelli di gioco non rappresentano categorie a se stanti, ma punti di un unico continuum. Molti giocatori non giungeranno mai ad esperire gli aspetti problematici connessi al gioco d'azzardo patologico; alcuni di essi, tuttavia, svilupperanno un comportamento di gioco che distruggerà la loro vita. Dunque, quando parliamo di gioco d'azzardo possiamo individuare tre dimensioni: quella *sociale*, quella *problematica* e quella *patologica*. Nel DSM-IV vengono indicati dieci sottocriteri comportamentali per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico (GAP), definito come "comportamento persistente, ricorrente e maladattivo tale da compromettere le attività personali, familiari o lavorative":

1. È eccessivamente coinvolto nel gioco d'azzardo (ad esempio, il soggetto è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse di gioco, a valutare o pianificare la prossima impresa di gioco, ad escogitare i modi per procurarsi il denaro con cui giocare).
2. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato.
3. Tenta ripetutamente e senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
4. Nel tentativo di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo, il soggetto risulta molto irrequieto o irritabile.
5. Il soggetto ricorre al gioco come fuga da problemi o come conforto all'umore disforico (ad esempio, senso di disperazione, di colpa, ansia, depressione).
6. Quando perde, il soggetto ritorna spesso a giocare per rifarsi ("inseguimento" delle perdite).
7. Mente in famiglia e con gli altri per nascondere il grado di coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
8. Mette a rischio o perde una relazione importante, un lavoro, un'opportunità di formazione o di carriera a causa del gioco.

9. Mette a rischio o perde una relazione importante, un lavoro, un'opportunità di formazione o di carriera a causa del gioco.

10. Confida negli altri perché gli forniscano il denaro necessario a far fronte a una situazione economica disperata, causata dal gioco.

La presenza di almeno cinque di questi sintomi nello stesso soggetto, conduce alla diagnosi di gioco patologico ed alla definizione del soggetto come "giocatore patologico", o *pathological gambler*.

Nello specifico, nella terza edizione del DSM (*Diagnostic and Statistical Mental Disorders*), quella del 1980, l'American Psychiatric Association ha introdotto il concetto di disturbo da gioco d'azzardo (*gambling*), inquadrandolo come una nuova categoria diagnostica e, quindi, come disturbo psichiatrico a se stante. Venne, così, riconosciuto ufficialmente il *pathological gambling* e classificato all'interno della sezione comprendente i "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove".

La maggior parte degli autori che hanno indagato il versante patologico del gioco d'azzardo, sono concordi nell'affermare che la caratteristica dominante di questi soggetti è quella di essere sopraffatti da un'incontrollabile brama di giocare. Moran (1975), a tal proposito, sottolinea che il giocatore compulsivo, o come preferisce chiamarlo "patologico", non gioca per il guadagno materiale ma per il piacere che gli deriva dal giocare. Negli ultimi anni, tuttavia, ha cominciato a farsi strada l'ipotesi che tra gioco d'azzardo patologico e abuso di sostanze ci siano delle evidenti interconnessioni: bere, usare droghe, abusare della rete, giocare d'azzardo, sono forme di dipendenza assimilabili, e per certi aspetti sovrapponibili. Si tratta di una similitudine talmente macroscopica da far risultare incomprensibile la collocazione dei giocatori d'azzardo patologici nella categoria "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove", anziché nei comportamenti di *addiction*<sup>3</sup> (Croce, 2002). Nei giocatori d'azzardo patologici possono addirittura manifestarsi delle crisi di astinenza con ansia, sudorazione, nausea, vomito e tachicardia.

Moran, nel 1970, aveva già elaborato l'ipotesi che il gioco d'azzardo potesse essere causato da una "dipendenza psicologica di tipo morboso", mentre Custer (1982) aveva rimarcato la somiglianza riscontrata, all'interno dei programmi di trattamento e degli incontri dei G.A., tra i giocatori e le persone dedite all'uso di droga. Cancrini (1996), inoltre, ha "rinforzato" tale posizione sottolineando come per il giocatore d'azzardo ciò che conta realmente è l'azione, uno stato di euforia e di eccitazione paragonabile a quello indotto dalla cocaina e dalle altre droghe. Il quadro complessivo che viene delineato nel DSM-IV è, comunque, quello di una perdita di controllo nel comportamento di gioco che conduce ad una catena di perdite e a una progressiva pervasività del gioco nella vita del soggetto. In definitiva, i giocatori patologici sanno che il loro comportamento compromette, distrugge o danneggia le loro relazioni personali, matrimoniali, familiari e lavorative; tuttavia, sono cronicamente e progressivamente incapaci di resistere all'impulso di giocare, ed è ciò che crea la dipendenza. Giocano per molto tempo e ad alta frequenza, investono molti soldi e molte energie nel gioco e preferiscono i giochi più veloci. I giocatori patologici rappresentano, apparentemente, una "piccola parte" della popolazione. Dalle numerose ricerche epidemiologiche condotte negli USA, è emerso che a sviluppare la patologia è una percentuale di circa il 3% della popolazione (Croce, 2001); percentuale che, in quanto riferita all'intera popolazione, delinea la presenza di un numero enorme ed allarmante di giocatori patologici. Anche in Italia, è stata stimata la percentuale dei giocatori patologici; un'indagine (Spazzapan, 2001) conferma i precedenti studi, ossia che circa il 3% della popolazione generale può essere considerato sofferente di gioco d'azzardo. I giocatori cosiddetti "problematici" (*problem gamblers*), invece, sono quelli che manifestano da 1 a 4 dei criteri evidenziati in precedenza. Si tratta di individui che, non riuscendo ad avere un pieno controllo sul gioco, giocano in un modo che comincia a compromettere, infrangere o danneggiare l'ambito personale, familiare e sociale, pur non giungendo ad una fase della disperazione (Custer, 1984). Per tali caratteristiche, i giocatori problematici sono fortemente a rischio di diventare giocatori patologici. Il giocatore problematico può essere con-

---

<sup>3</sup> Bergeret, Fain e Bardelier (1981; cit. in Margaron, Pini, 2001), hanno osservato che il termine *addiction* rimanda alla nozione di "schiavitù ricercata", non ad una semplice condizione psicopatologica o fisiopatologica di "predisposizione".

siderato, perciò, come parte di un continuum, di una progressione verso un sempre più grave e distruttivo gioco patologico; ciò non vuol dire, tuttavia, che tutti i giocatori problematici esperiranno i disturbi del GAP. Inutile dire che questa tipologia di giocatore rappresenta una porzione più ampia della popolazione. Infine, tra i “giocatori non problematici” – i non-problem gamblers – si possono distinguere due gruppi: i “non giocatori” e i “giocatori sociali”, o social gamblers (Dickerson, 1984), che a loro volta possono essere distinti in “giocatori occasionali” e “giocatori abituali”; alla categoria dei social gamblers appartengono quegli individui che giocano solo per divertirsi, per passare tempo o per rilassarsi. Sia consciamente che inconsciamente desiderano vincere, preferiscono giochi più lenti, ed inoltre, sono attratti dal rischio ma sono in grado di smettere di giocare in qualunque momento. Molte ricerche definiscono “giocatori sociali” quei soggetti che non presentano alcuno dei criteri che il DSM-IV elenca a proposito di gioco patologico (Powell et al., 1999; Walters, Glenn, 1999). Si è rilevato, inoltre, che il gioco, come costruzione sociale, non è ritenuto né interamente cattivo, né interamente buono. La sua accettabilità è fortemente influenzata dai valori usati come criteri di giudizio; così, dai giocatori sociali il gioco può essere visto sia come sollievo dallo stress della vita quotidiana, sia come potenziale fonte di danni economici anche gravi (Lavano, Varveri, 2001). È molto difficile stabilire una netta demarcazione tra giocatore patologico e giocatore sociale; tuttavia, Custer (1984) ha elaborato uno schema che ci aiuta a comprendere l’evoluzione della “carriera” di un giocatore, inquadrando le diverse fasi di sviluppo e considerando il gioco patologico come il punto di arrivo di una lunga evoluzione in cui entrano in gioco molte variabili. La prima fase di incontro con il gioco è definita fase vincente, caratterizzata dal gioco occasionale, prevalentemente consumato in compagnia di amici e familiari. È questa la fase durante la quale si gioca soprattutto per passare il tempo e per divertirsi; dura generalmente dai tre ai cinque anni, periodo durante il quale i giocatori vincono più spesso di quanto perdano. A questo si aggiunge, di solito, una “grossa vincita” che rinforza nel giocatore la convinzione di essere più abile degli altri e di avere le carte in regola per diventare un “giocatore professionista”, sviluppando così fantasie di vittoria. I giocatori si illudono di poter tranquillamente controllare il loro gioco e di poterne evitare le conseguenze negative, traendone solo piacere. Si tratta di una fase tipicamente maschile: difficilmente le donne (a causa di vari fattori, quali il minore interesse per i numeri e le strategie di gioco) attraversano una iniziale fase di vincita. I vissuti connessi a questa fase, portano i giocatori ad investire sempre più tempo e denaro nelle loro attività di gioco e, da questo momento, ha inizio la fase perdente che dura mediamente oltre cinque anni. Si comincia a perdere; i giocatori iniziano ad attribuire la colpa di ciò ad un periodo sfortunato, e sono continuamente alla ricerca di un’altra grande vincita. Subentra, dunque, “l’inseguimento della perdita”: il giocatore torna spesso a scommettere nel tentativo di recuperare il denaro perduto precedentemente. A causa del pressante bisogno di denaro, il giocatore comincia a chiedere prestiti a familiari ed amici, spesso mentendo sui veri motivi della sua richiesta. Indebitandosi, il giocatore continua a scommettere sempre più pesantemente, tanto da perdere completamente il controllo di sé e della situazione. Questo passaggio segna la fine della fase perdente e l’inizio della fase della disperazione. A questo punto, il giocatore ha totalmente perso il controllo, diviene sempre più psicologicamente e fisicamente esaurito e possono fare la loro comparsa attività illegali. È dominato dal bisogno imperioso di giocare, ed intravede quattro vie di uscita: il suicidio, la fuga, la carcerazione o la richiesta d’aiuto. La fase cruciale è quella della perdita della speranza, dove si possono trovare crisi coniugali, divorzi, problemi con la giustizia. Per l’intero nucleo familiare la situazione risulta sempre più difficile, ed il giocatore, pur ostentando sicurezza, prova momenti di panico che, tuttavia, placa attraverso il gioco. In questa fase, il giocatore è ad alto rischio di suicidio. L’atteggiamento esteriore del giocatore è di attribuzione della colpa a tutti tranne che a se stesso, per la situazione nella quale si trova; interiormente, invece, è in una situazione di estrema angoscia, sente che deve giocare perché è l’unico modo a sua disposizione per alleviare le sofferenze e per potersi “sentire in azione”. Solo dopo aver “toccato il fondo”, il giocatore cerca di uscirne fuori con l’aiuto di persone esterne ed attraversa altre tre fasi che lo porteranno alla guarigione: la fase critica, fase della ricostruzione e, infine, la fase della crescita. La prima ha inizio nel momento in cui il giocatore patologico decide di chiedere aiuto per uscire dalla sua drammatica situazione. Segue la fase della ricostruzione, nella quale si tenta di riparare ai danni economici ed affettivi procurati alla famiglia ed a se stesso. Infine, il terzo stadio

della riabilitazione è costituito dalla fase della crescita che è quella che porterà alla guarigione. Alle fasi di Custer, Rosenthal (1987) ha aggiunto la cosiddetta fase senza speranza o resa, relativa ai percorsi di coloro che non riescono a raggiungere e proseguire verso fasi che permettono un superamento della condotta di gioco patologico; si tratta di giocatori che non si illudono più alla fantasia della grande vincita, giocano con trascuratezza e con l'unico obiettivo di soddisfare il bisogno di "sentirsi in azione". Quello che conduce ad un gioco patologico, dunque, è un processo lento e insidioso caratterizzato da fasi diverse, anche se non tappe obbligatorie ed inevitabili di un percorso, poiché non tutte le persone che attraversano le prime fasi sono, necessariamente, destinate a diventare giocatori patologici. Il modello evolutivo di Custer offre utili elementi di comprensione, sia sul piano descrittivo che su quello clinico e rappresenta un passo avanti rispetto ad altri modelli teorici che non tengono conto delle dinamiche e della storia che conducono un giocatore ad esperire il disturbo vero e proprio. Pensare alla patologia del giocatore come ad "una carriera" piuttosto che ad uno "stato", permette invece di comprendere alcuni elementi molto significativi che favoriscono, impediscono o rimandano il passaggio da una fase all'altra (Croce, 2001).

## *2.2. Strumenti per la valutazione*

L'assessment dei livelli di gioco d'azzardo, prevede l'utilizzo di strumenti specifici, appositamente costruiti per la valutazione del livello di gravità del gioco, e strumenti aspecifici, come alcuni test di personalità (MMPI, MMPI-2, Rorschach e 16 PF) e le scale per la valutazione di ansia e depressione, da utilizzare comunque, insieme ai primi. Lo strumento più conosciuto e più largamente diffuso per lo screening generale dei disturbi da gioco d'azzardo è il SOGS (Lesieur, Blume, 1987), cioè il South Oaks Gambling Screen. Questo conciso ma comprensivo strumento di valutazione è risultato essere tanto valido quanto affidabile; può essere usato sia per una valutazione iniziale sia per confermare un'ipotesi diagnostica; inoltre, è lo strumento più in uso nell'ambito della ricerca. I suoi risultati sono correlati alle diagnosi del DSM-IV; un punteggio di cinque o più è significativo per diagnosi di gioco d'azzardo patologico. Le interpretazioni sono semplici e non richiedono complessi algoritmi o training sofisticati. È un questionario di autovalutazione che si compone di venti domande alle quali rispondere in forma affermativa o negativa e che ruotano intorno agli atteggiamenti e alle esperienze relative al gioco e al denaro. Nonostante gli venga mossa la critica di produrre "falsi positivi", ovvero rintracciare la patologia dove in realtà non è presente, rimane pur sempre lo strumento più adatto a fornire indicazioni utili circa la possibilità di verificare l'esistenza di gioco d'azzardo problematico. Un altro strumento, meno popolare rispetto al primo ma più recente, è il MAGS (Massachusetts Gambling Screen), elaborato dai ricercatori dell'Università di Harvard (Shaffer, LaBrie, Scanlan e Cummings, 1994). Può essere utilizzato sia con adulti che con adolescenti, anche se il suo utilizzo è più frequente per quest'ultima categoria di soggetti; fornisce un indice di "gioco d'azzardo non patologico" (NPLG) ed uno di "gioco d'azzardo patologico" (PLG). I dati di cui si dispone, suggeriscono un'alta attendibilità test-retest. Per quanto riguarda i ragazzi più grandi, il solo strumento utilizzato in America è il College Student Gambling Inventory (McCown, 1997). È uno strumento con alta coerenza interna ( $\alpha = .89$ ) ed alta attendibilità test-retest (.85 per tre mesi). È stato utilizzato in varie ricerche, soprattutto in Louisiana, e sembra avere un'adeguata validità concorrente e predittiva. Il questionario da cui è composto il College Student Gambling Inventory, con gli opportuni accorgimenti, potrebbe costituire un valido strumento anche in Italia. Una delle misure meglio note non è un inventario psicometrico tradizionale: si tratta delle venti domande della Gamblers Anonymous; rispondere affermativamente a sette e più domande indica una relazione problematica con il gioco. Tratta problematiche di cui i giocatori d'azzardo fanno esperienza e viene spesso utilizzato per l'intervista motivazionale. Le domande, tuttavia, non sono egualmente ponderate: per esempio, la domanda 15 – relativa alla preoccupazione e alla difficoltà di evitare il gioco – sembra essere meno "pesante" dell'item 20 – che riguarda la riflessione sull'auto-distruzione come risultato del gioco d'azzardo –. Una diagnosi precoce e molto veloce, può essere effettuata con l'utilizzo di un mini-questionario, il LIE/BET (Johnson e Hamer, 1998), che consente un utile screening per una prima diagnosi. Un solo strumento di valutazione, invece, è impiegato con le famiglie: è il South Oaks Leisure Screen (SOLAS), di Lesieur e Blume. Questo strumento sembra molto promettente, ma manca di ricerca empirica. In definitiva non è consigliato per la valutazione delle difficoltà dei giocatori d'azzardo in assenza di altri dati. Più popolare, invece, è il Gamblers Anonymous

Questionnaire, attraverso il quale, per esempio, si chiede ad un membro della famiglia: “Vivi con un giocatore d’azzardo compulsivo?”. Questo questionario non pretende di possedere qualità psicometriche sofisticate: non è stato proposto, infatti, per il livello di attendibilità e di validità che lo caratterizza, ma perché utile nel ridurre il rifiuto esperito dai familiari rispetto al nucleo problematico. Lo strumento “guida” ad una sorta di autoriflessione intorno ai comportamenti co-dipendenti degli altri significativi del giocatore d’azzardo, riconoscendo come la patologia familiare è strettamente correlata al comportamento di gioco d’azzardo. Tra gli strumenti aspecifici utili anche nell’ambito del gioco d’azzardo, alcuni test di personalità, di seguito elencati. L’MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e la sua recente versione, l’MMPI-2 (Meyer, Deitsch, 1996), consentono di distinguere 2 gruppi di giocatori d’azzardo problematici cronici: il primo gruppo è caratterizzato da individui che ottengono alti punteggi nelle Scale 1, 2 e 3 (rispettivamente Ipocondria, Depressione e Isteria) e punteggi medio-bassi o “depressi” nella Scala 9 (Ipomania). Sembrano, pertanto, rappresentare un preoccupato gruppo di persone che gioca d’azzardo innanzitutto per distrarsi dal loro infelice stato interiore. Circa il 30% degli individui sottoposti a trattamento appartiene a questo gruppo. Le donne e i video gamblers sono la maggioranza. Il secondo tipo di profilo implica un alto punteggio nella Scala 9 e 4 (Deviazione psicopatica) ed un basso punteggio nella Scala Introversione sociale. Questo suggerisce il classico profilo del “serio giocatore da tavolo”. Circa il 26% dei soggetti mostra queste caratteristiche; si tratta di soggetti troppo sofisticati per credere di avere un problema. Un terzo gruppo sembra potersi aggiungere ai precedenti: mostra punteggi elevati nelle Scale 6 (Paranoia), 7 (Psicastenia) e 8 (Schizofrenia). La patologia di fondo, in questo caso, sembra essere correlata ad una concezione errata della realtà e ad un fallimento a comprendere le leggi della probabilità. L’MMPI-2 si rivela utile per spiegare i problemi dei soggetti cui è stata confermata la diagnosi di disturbo da gioco d’azzardo. In tal senso, non ci troviamo di fronte ad uno strumento diagnostico. Inoltre, l’MMPI-2 produce troppi “falsi positivi”. Sebbene non possa essere usato, da solo, come strumento diagnostico, è utile nella pianificazione del trattamento. Come l’MMPI-2, il Rorschach individua 2 gruppi tra i giocatori d’azzardo problematici: un gruppo di persone con basso arousal, che giocano con lo scopo di “cercare la sensazione”, e un altro gruppo di soggetti con alto livello di arousal, per i quali il gioco d’azzardo è soprattutto una distrazione da una disforia interna. Il 16 PF, invece—in quanto inventario di personalità che fornisce punteggi rispetto a tratti quali la “timidezza” in contrapposizione ad “avventurosità”, la “riservatezza” in contrapposizione a “cordialità”, la “fiducia” in contrapposizione a “sospettosità” – evidenzia come i giocatori d’azzardo “da tavolo”, tendono ad avere alti punteggi nelle scale A (cordialità / riservatezza), F (vivacità / serietà) ed H (audacia / timidezza), e bassi punteggi nelle scale N (implicito / esplicito) e Q2 (indipendente / dipendente). Tra le scale per la valutazione dei disturbi di personalità, anche il più recente *Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) costituito da un questionario autosomministrato, composto di 175 domande (Millon et al., 1994), che permette di diagnosticare, secondo i criteri del DSM-IV, i vari disturbi di personalità; ancora, le scale per la valutazione di ansia e depressione come la *Hamilton rating scale* per la depressione o l’ansia. In realtà, nessuno di questi strumenti è sufficientemente sofisticato per distinguere individui con problemi da gioco d’azzardo da quelli con altri disturbi psichiatrici o psicologici. Invece, questi strumenti sono più utili a definire il piano di trattamento.

### 2.3. Gioco d’azzardo e comorbilità

La distinzione tra strumenti di valutazione specifici ed aspecifici ci indica, la presenza di condizioni di comorbilità tra il gioco d’azzardo patologico ed altri disturbi psicologici, a testimonianza del fatto che il disturbo di gioco d’azzardo è multifattoriale ed implica l’analisi di una complessa matassa di elementi genetici, ambientali, di apprendimento e di personalità. Una valutazione psicologica e psicosociale sistematica sembra centrale per il successo dei trattamenti e, in quanto tale, deve tener conto di dimensioni per nulla estranee al gioco d’azzardo. Comorbilità è un termine con cui ci si riferisce alla presenza di più di un disordine psicologico diagnosticabile, in uno stesso individuo e nello stesso momento. La comorbilità, pertanto, costituisce un fattore importante, ma fonte di complicazioni, nello studio della base di tale disturbo. Il gioco patologico ed il gioco problematico presentano alti livelli di comorbilità con varie problematiche psicologiche: i disturbi dell’umore (presenti in circa il 50% dei

casi), l'alcolismo (Lesieur et al., 1986; Ramirez et al., 1983) e l'uso di sostanze, in generale (presente nel 64% dei casi), le condotte suicidarie (McCormick et al., 1984; Lesieur, Blume, 1993; Hollander, Wong, 1995; Specker et al., 1995), i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore e della personalità, gli altri disturbi elencati all'interno della sezione comprendente i "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove" (la Piromania, il Disturbo Esplosivo Intermittente, la Cleptomania, la Tricotillomania, il Disturbo degli Impulsi non Altrimenti Specificato). Fra dipendenza da gioco e dipendenza da sostanze esiste una stretta correlazione: Lesieur, Blume e Zoppa (1986) dimostrarono che, su 458 adulti ricoverati per alcolismo ed altre forme di dipendenza, ben il 9% di essi rientrava in una diagnosi di gioco d'azzardo patologico, mentre il 10% in una diagnosi di gioco problematico. Ancora, da un'indagine con 1700 soggetti (Jacobs, Elia, Goldstein, 1991) trattati per problemi di alcol e droga, è emerso che una percentuale del 14% presentava i sintomi del giocatore patologico, ed il 16% era giocatore problematico. Uno studio condotto su studenti di college (Greengerg, Lewis, Dodd, 1999), inoltre, ha trovato correlazioni significative tra i comportamenti di addiction, quali l'uso dei video-games, di Internet e della TV ed il gioco d'azzardo. Numerosi studi, ancora, evidenziano come i Disturbi dell'Umore siano spesso associati ad un comportamento problematico e patologico nel gioco; basti pensare ai cosiddetti giocatori per fuga (Guerreschi, 2000), spinti al gioco da un bisogno di fuggire da una realtà deprimente e mortificante; sono per lo più di donne che, diversamente dai giocatori d'azione che ricercano nel gioco una forte attivazione, ricorrono al gioco d'azzardo per ragioni disforiche, per uscire da una realtà noiosa e piena di situazioni e sentimenti deprimenti. Inoltre, il decorso e i vissuti del giocatore d'azzardo – così come descritti dagli psichiatri dell'APA – vengono associati da Cancrini alla struttura di personalità dei tossicomani caratterizzata, nello specifico, in senso borderline. Cancrini (1993) ritiene, infatti, che il funzionamento degli individui che sperimentano un coinvolgimento personale totale con il gioco o con le droghe, sia ad un livello borderline; tuttavia, si tratta di un funzionamento limitato nel tempo e legato a circostanze modificabili. Il GAP, dunque, sembra esaltare alcune delle caratteristiche più evidenti della struttura borderline di personalità.

### **3.Fattori predittivi del gioco d'azzardo problematico**

In letteratura è stato spesso riportato un discreto numero di correlati del gioco d'azzardo problematico e patologico; tuttavia, nonostante tali correlazioni statistiche, non è stato finora possibile effettuare inferenze circa le cause del disordine comportamentale del gioco. L'insorgenza di comportamenti problematici di gioco, infatti, non può essere attribuita a singole cause, ma alla presenza di più fattori con effetti cumulativi, il cui esito è più della somma degli effetti di tutti i fattori considerati indipendentemente (Lavanco, Varveri, 2001). Le cause dell'abitudine al gioco d'azzardo sono tante ed hanno a che fare con la storia personale del soggetto, con le esperienze di vita che hanno contribuito a definire la sua personalità, con l'ambiente culturale in cui un individuo vive, con il tipo di impatto che il gioco ha avuto nella sua esistenza, come il soggetto percepisce il gioco, ecc. Nella eziopatogenesi del gioco d'azzardo problematico, dunque, svolgono un ruolo importante tre ordini di fattori: individuali, ambientali e neurobiologici. Possiamo, perciò, individuare alcuni predittori, condizioni predisponenti che rappresentano utili campanelli di allarme del rischio connesso alla possibilità di sviluppare un comportamento distruttivo di gioco. Alcuni di essi, li abbiamo già citati nel presente contributo:

- la presenza di disordini legati all'uso di alcol e di sostanze stupefacenti;
- la presenza di altri disturbi di controllo degli impulsi;
- disturbi dell'umore;
- disturbi di personalità.

Altri predittori esplorati, sono stati:

- le variabili sociodemografiche;
- le caratteristiche di personalità;
- le scarse conoscenze della teoria della probabilità o errori cognitivi;
- le attitudini e le credenze sul gioco d'azzardo;
- i fattori correlati all'esperienza stessa di gioco;

- la presenza di genitori che giocano d'azzardo.

Si tratta di fattori che, a buon giudizio, potremmo definire “predittivi” – fattori, cioè, che lasciano presagire la possibilità di gioco problematico o, peggio, patologico. In sintesi, concorrono a determinare la patologia diversi fattori tra di loro interconnessi: fattori individuali–di carattere demografico, biologico-genetico, cognitivo, emotivo, esperienziale – e fattori ambientali e culturali. Solo dopo aver individuato i fattori di rischio, è possibile adoperarsi per progettare nella logica della prevenzione, attraverso la promozione dei fattori protettivi.

### *3.1. Variabili sociodemografiche e vulnerabilità genetica*

Le variabili sociodemografiche, secondo i risultati di diverse ricerche, sembrano avere un'influenza determinante nell'insorgenza o meno del gioco problematico. Il sesso, l'età, il livello d'istruzione, il nucleo familiare di appartenenza, la condizione economica, rappresentano alcune delle variabili maggiormente prese in considerazione; tant'è che dalle ricerche emerge, spesso, un vero e proprio “identikit” del giocatore d'azzardo, delineato in funzione di tali variabili. Diverse ricerche hanno dimostrato che la possibilità di diventare un giocatore patologico è 2 volte maggiore per gli uomini ed inversamente proporzionale al livello d'istruzione-formazione. Tuttavia, la problematica del gioco d'azzardo ha cominciato ad allargarsi a macchia d'olio anche tra le donne, attratte in modo particolare dal Lotto, dal Gratta e vinci e, soprattutto, dal Bingo; si riscontrano delle differenze sostanziali tra le giocatrici e i giocatori d'azzardo: le donne tendono a giocare per fuggire da situazioni spiacevoli (giocatori per fuga), mentre gli uomini per l'eccitazione provocata dal gioco (giocatori d'azione); il progredire della malattia nelle donne è più veloce di quello degli uomini, mentre i primi approcci al gioco si riscontrano nelle donne in età più avanzata. Inoltre, le donne tendono a cercare aiuto più velocemente rispetto agli uomini. Tra i fattori di rischio può essere determinante, ancora, la presenza di genitori che hanno avuto problemi di gioco: con ogni probabilità, infatti, il soggetto può andare incontro maggiormente all'acquisizione di un comportamento problematico o patologico, ancor più se i disturbi da gioco d'azzardo hanno riguardato entrambi i genitori. Ancora, appartenere e frequentare un gruppo di giocatori rafforzerebbe le dinamiche del gioco: la rete, in questo caso, attraverso l'attivazione di una reciproca comprensione, di un sentimento di supporto e solidarietà tra i membri e della sensazione di essere parte di un campo di sicurezza condivisa, sostiene e rinforza un comportamento disfunzionale. A queste, aggiungiamo variabili che, se correttamente osservate e monitorate, consentono di far presagire la possibilità d'insorgenza di un gioco problematico: il luogo in cui ci si reca per giocare; il fatto di recarsi più o meno di frequente in tali luoghi, nonché la frequenza delle giocate; la somma di denaro investita nelle scommesse. Tra i fattori individuali che predispongono il soggetto al gioco problematico, c'è anche la vulnerabilità genetica. Alcuni studi hanno ipotizzato la presenza di alterazioni a carico del sistema genetico di codifica per i recettori dopaminergici D2 dell'area mesolimbica e mesocorticale, traducibile in un “deficit del sistema di gratificazione cerebrale” che gli individui proverebbero a “correggere” attraverso stimoli esogeni prodotti da sostanze o da gioco d'azzardo. Altre ricerche hanno individuato una più bassa specializzazione emisferica nei giocatori rispetto ai non giocatori. Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato che il gioco patologico conduce a trasformazioni significative dei sistemi neurotrasmettitoriali: noradrenergico, serotoninergico e dopaminergico. In particolare, la noradrenalina sembra coinvolta nell'attivazione e nella stimolazione connesse con la vulnerabilità fisiologica e cognitiva del gioco d'azzardo; la serotonina sembra fondamentale nell'iniziazione e nella disinibizione comportamentale; la dopamina sembra coinvolta nell'aumento del livello di attivazione, di attenzione e di arousal, e ha un posto fondamentale nella gratificazione e nel rinforzo (Guelfi, 2001). Il gioco eccessivo, inoltre, può dipendere da compromissioni neurologiche prevalentemente a danno del lobo frontale. Altri fattori individuali predisponenti, sono: la perdita dei genitori per morte, la loro separazione o divorzio, l'abbandono prima che il figlio abbia compiuto 15 anni; l'iniziazione al gioco d'azzardo in età adolescenziale; un'insufficiente valorizzazione del risparmio da parte della famiglia di appartenenza e un'eccessiva importanza attribuita ai simboli materiali o finanziari (Gherardi, 1991).

### *3.2. Caratteristiche di personalità*

Una caratteristica di personalità di frequente studiata in relazione al gioco d'azzardo è il sensation-seeking, ossia la tendenza a ricercare il rischio e le esperienze eccitanti; è stato dimostrato, infatti, che il sensation-seeking è correlato positivamente ai problemi azzardo-correlati (Breen, Zuckerman, 1999). La "ricerca di forti sensazioni", cioè, aiuta a comprendere il perché alcune persone sono attratte dal gioco d'azzardo: sono spinte dall'amore per il rischio e per il brivido. Spesso il gioco è un modo per uscire dalla noia della vita quotidiana, spinti dalla curiosità di fare nuove esperienze e dal desiderio di provare forti eccitazioni. Zuckerman (1983) ha approfondito lo studio di questa variabile psicologica ed è giunto alla conclusione che la tendenza a cercare forti sensazioni è un tratto di personalità, che coinvolge tutte le modalità sensoriali. Come molti tratti di personalità ha delle basi biologiche, ma è anche influenzata dall'ambiente sociale. L'autore (1983; 1994) ha, pertanto, elaborato la Sensation Seeking Scale per misurare questo tratto di personalità; è un questionario a scelta forzata, i cui items misurano: la preferenza per l'intensità di alcune sensazioni e la preferenza per la familiarità in opposizione alla novità, l'interesse per attività rischiose ma socialmente accettabili, la ricerca di nuove esperienze tramite la mente e i sensi. Chi ottiene un punteggio alto nella Sensation Seeking Scale ha un maggiore bisogno di stimolazioni rispetto a coloro che ottengono un punteggio basso. In tale scala la vasta gamma di interessi ed esperienze indagata è legata al bisogno di mantenere un ottimo livello di stimolazione in funzione di un "ottimo livello di arousal" e, conseguentemente, al bisogno di ricercare il cambiamento, l'eccitamento, la novità e l'avventura. In particolare riguardo al gioco d'azzardo, Zuckerman afferma che agli individui piace il rischio di perdere, poiché produce in loro forti eccitazioni, sia durante la suspense per l'attesa del risultato, sia in seguito alla stimolazione per la vincita. Un altro processo psicologico che si attiva nel giocatore riguarda il suo atteggiamento verso il rischio. Da alcune ricerche, è emerso che il comportamento di risk-taking ("assunzione di rischio") cresce con l'aumentare della familiarità degli individui con il gioco. E il rischio è spesso "mortale": Valleur (1987), nell'ambito della tossicomania, ha utilizzato il concetto di "condotta ordalica", intesa come la ripetizione di una prova che porta con sé un rischio mortale; il rischio sembra essere l'immaginario di un rapporto inconscio con la morte. Le Breton (1991) considera l'ordalia moderna un rito individuale di passaggio, una ricerca di significato con cui colmare i gap della società moderna; ed ai meccanismi della società post-moderna si attribuisce l'idea che il cambiamento non dipenda dalla costruzione di percorsi lavorativi e di impegno ma da "salti" economici e sociali determinati dalla vittoria; per conquistare la vittoria è necessario rischiare; essa è una rivalsea contro le frustrazioni dello sviluppo, mentre si assiste ad una dilatazione dell'Io desiderante e ad un consumismo distruttivo. Il gioco, dunque, non è rischioso in sé, ma in quanto supporto ad una dimensione debole della formazione dell'identità e della relazione con l'altro; è la punta dell'iceberg di un disagio ben più profondo che affonda le proprie radici nella dimensione sociale e culturale. A tale proposito, già Moran (1975) aveva guardato al gioco patologico come ad una sindrome eterogenea il cui sviluppo è determinato da una stretta relazione tra fattori costituzionali e pressioni sociali. Tra i fattori costituzionali aveva individuato le personalità insicure, immature, inadeguate e psicopatiche che, a suo avviso, sono facilmente indotte a strutturare una qualche forma di dipendenza; ma aveva attribuito un ruolo fondamentale, nell'instaurarsi della dipendenza, anche all'ambiente – ad esempio, alla disponibilità di denaro o all'accettazione da parte dei gruppi sociali, e così via –. Al pari di Moran, anche Glatt (1979) ha sottolineato come un ruolo determinante nel formarsi della dipendenza da gioco d'azzardo spetta all'ambiente. Secondo l'autore l'influenza ambientale può assumere un peso relativamente maggiore rispetto al fattore personalità soprattutto in quei gruppi sociali o professionali in cui il gioco d'azzardo è largamente accettato e nelle zone in cui esistono molte possibilità di dedicarvisi.

### 3.3. Variabili cognitive

Due importanti fenomeni illustrano bene l'irrazionalità del pensiero e delle decisioni prese dal giocatore: l'illusione di controllo e la fallacia del giocatore, considerati dei meccanismi cognitivi e motivazionali utili alla spiegazione delle dinamiche psicologiche che sottostanno al comportamento problematico e patologico del giocatore d'azzardo (Sarchielli, Dallago, 1997). Il primo fenomeno è stato indicato da Langer (1975) e rappresenta la prova che gli individui, spesso, si comportano diversamente da quanto è compati-

bile con la loro conoscenza delle leggi che regolano il caso. L'illusione di controllo viene definita come "un'aspettativa di successo personale erroneamente alta rispetto a quanto l'obiettivo possa garantire" (Langer, 1975). Si tratta di una distorsione cognitiva che concerne le situazioni in cui le persone trattano gli eventi di tipo aleatorio come se fossero sotto il loro controllo. Il gioco d'azzardo, proprio perché dipendente dalla volontà individuale, viene percepito non come gioco d'alea ma d'abilità. L'illusione di controllo si manifesta maggiormente in caso di competitività, o se si possiede una certa familiarità con il gioco o, ancora, se c'è un forte grado di coinvolgimento del giocatore stesso. La tendenza a sovrastimare il caso per vincere è, probabilmente, associata ad un alto bisogno di conquista. Gli eventi positivi sono appresi più rapidamente e mantenuti più a lungo rispetto agli eventi negativi e questo dimostrerebbe la tendenza tra i giocatori a ricordare il gioco di vincita eccitante e a dimenticare le perdite. La percezione di avere un ruolo attivo nel gioco è considerata il terreno più fertile dove si radica l'illusione di controllo. Tale meccanismo è stato ben spiegato da diversi studi, ad esempio quello di Henslin (1967) il quale, osservando i giocatori di dadi, notò come essi lancino i dadi con più forza quando vogliono ottenere un numero alto e con minor forza quando, invece, vogliono ottenere un numero più basso. Del resto, come afferma Sarchielli, (1997) l'attrazione del gioco risiede proprio nel desiderio di "controllare l'incontrollabile". Un altro fenomeno che, come l'*illusione di controllo*, illustra bene l'irrazionalità del pensiero e delle decisioni del giocatore, è la *fallacia del giocatore*, detta anche "fallacia di Montecarlo" (Cohen, 1972; cit. in Dickerson, 1984). Si verifica quando il giocatore tende a sopravvalutare la propria probabilità di successo in seguito ad una sequenza di previsioni inesatte o di scommesse perse. Il giocatore, inoltre, stima la propria probabilità di vincere come bassa quando gioca in seguito ad una scommessa vinta. Due ulteriori costrutti utili a spiegare il comportamento dei giocatori sono: la *brama di successo* e il *locus of control*. Il primo concetto deriva dalla teoria della personalità di Murray (1938), che ha proposto una teoria delle motivazioni umane basate su tutte le attività indispensabili per la sopravvivenza (quali l'acqua, l'aria, il cibo) e su quelle secondarie (quali il gioco, il successo il dominio). Si pensa che i soggetti che hanno un forte bisogno di successo preferiscano scommesse dall'esito più incerto o forme di gioco d'azzardo che coinvolgano il fattore abilità (Dickerson, 1984). L'altro concetto psicologico, utile a spiegare il comportamento del giocatore, è quello di *locus of control* di Rotter (1960; 1969), che misura il grado in cui la gente pensa che il proprio sforzo, abilità o azione, in contrapposizione al caso o al destino, possa controllare o influenzare ciò che avviene. Possiamo, dunque, distinguere soggetti con un *locus of control* "interno" o "esterno". I primi credono di avere la capacità di poter controllare o influenzare ciò che avviene, grazie ai propri sforzi o alle proprie abilità. I secondi, invece, pensano di essere in balia del destino e sono convinti che sia il caso o la fortuna a dirigere la loro vita. Concorrono ad alimentare il *pensiero magico* altri elementi quali: il contatto frequente con il gioco, la percezione di competizione, la sua apparente complessità e l'idea che avvenimenti tra loro indipendenti siano tra loro legati. Quest'ultimo elemento consiste nella cosiddetta "aspettativa dei numeri ritardatari", fondata sull'idea (magica) che i numeri o il caso abbiano una memoria che li distribuisca equamente. Tale elemento è riscontrabile nei giocatori di videopoker e di slot-machine, i quali ritengono che una macchina che non paghi da diverso tempo alla fine dovrà pagare (Croce, 2001). Si pensi anche al fenomeno della "quasi vincita"; ovvero quel fenomeno per cui anche in caso di perdita si può avere la percezione di essere vicini alla vittoria. Questa variabile possiamo riscontrarla nei giocatori di Bingo i quali pensano che, se a vincere è stata la persona seduta accanto o se a loro stessi mancava un solo numero per fare Bingo, insistendo si arriverà alla vittoria. Infine, la perdita di controllo nel giocatore ossia il fenomeno dello *chasing*<sup>4</sup>, può essere associata ad un'altra modalità di pensiero magico che si fonda sull'idea che quanto più uno si sacrifica, soffre, rischia, tanto più sarà ricompensato.

#### 4. Le nuove forme dell'azzardo

---

<sup>4</sup> Il termine consiste nella rincorsa alle perdite, nel tentativo di recuperare il denaro perso, che porta spesso a pericolose *escalation*.

Bingo e macchinette da gioco elettroniche, come i “vecchi” videopoker. Due giochi molto diversi tra loro, ma accomunati da precise caratteristiche: si può giocare ad ogni ora e in ogni luogo, da soli, seguendo regole semplici ed universalmente valide, lasciandosi rapire dalla velocità delle giocate e dalle schermate colorate e lampeggianti. Entrambi segnano un nuovo modo di giocare: non più differito nel tempo (pensiamo alle tre giocate infrasettimanali del Lotto e del SuperEnalotto o alla schedina del Totocalcio), ma praticabile ad ogni ora e tutti i giorni; non più il gioco rituale di una volta, definito da regole complesse, ma un gioco globalizzato, tecnologico, votato al consumo, semplice, accessibile a tutti (al contrario di luoghi come i casinò o gli ippodromi) e con la possibilità di una riscossa immediata della vincita che funge da rinforzo al desiderio di continuare a giocare per “inseguire” la vittoria (Croce, 2001). Per tali specifiche caratteristiche attraggono non solo gli habitués della scommessa, ma anche un pubblico generalmente lontano dai luoghi “culto” dell’azzardo: famiglie e bambini, adolescenti, casalinghe e pensionati. Con i nuovi giochi d’azzardo, insomma, il rischio di sviluppare un comportamento problematico e patologico di gioco diventa maggiore e a più ampio spettro sulla popolazione. Se andiamo nello specifico di ognuna di queste due nuove forme di gioco d’azzardo, iniziamo a coglierne le sfumature e le conseguenti implicazioni psicologico-sociali. La ricerca, ancora una volta, ci viene incontro: le macchinette sembrano avere una presa preoccupante sui giovani e sugli adolescenti (cfr. Griffiths, 1990; Fisher, 1993) e sui soggetti di medio o basso livello socio-culturale. Una ricerca realizzata in Gran Bretagna (Fischer, 2000) su un campione di 10.000 studenti adolescenti, ha permesso di evidenziare come ben il 5,6% dei ragazzi possa essere definito “giocatore problematico” e come la maggior parte di essi presenta problemi legati a questa tipologia di gioco. Anderson e Brown (1984), riportano che le motivazioni più frequenti sono: vincere soldi, occupare il tempo libero, provare l’eccitazione che il gioco produce. Il videopoker, lo sappiamo, ha lentamente affermato la sua massiccia presenza su tutto il territorio nazionale ed ha assunto i connotati di un vero e proprio allarme sociale. Rappresenta la forma di gioco predominante fra i giovani: propone partite veloci in cui si assiste al trionfo della ripetizione, della perdita del controllo temporale e monetario, della solitudine, dell’alienazione. Si stima che i videopokeristi dipendenti in Italia siano circa ventimila e drammaticamente in crescita. La situazione è altrettanto preoccupante per il bingo. Le sue origini e le sue caratteristiche rimandano alla tradizionale ed innocua tombola natalizia; le sale, con tavoli rotondi e numerosi che accolgono uomini e donne di tutte le età, coppie, gruppi di amici ed interi nuclei familiari, sembrerebbero puntare alla socializzazione e al divertimento. Tuttavia, a ben guardare, il bingo è un gioco d’azzardo ripetitivo, con un ritmo serrato d’estrazione dei numeri che non permette di comunicare nemmeno con le persone sedute accanto, talmente veloce da sembrare ipnotico e creare un effetto di intontimento. Numerose ricerche condotte negli Stati Uniti, in Canada, in Spagna ed in Gran Bretagna dimostrano come il rischio di diventare giocatore patologico per gli utenti del bingo è molto più alto rispetto agli altri giochi d’azzardo (cfr. De Luca, 2001); sembra, infatti che circa il 10% di coloro che si avvicinano a questo gioco è a rischio di dipendenza. Inoltre, la letteratura individua nella donna il soggetto più a rischio all’interno di questo scenario: in America, per esempio, il bingo è una delle tre attività di gioco preferite dalle donne “più in là” negli anni (cfr. O’Brien Cousins, Witcher, Moodie, 2002), impensabili frequentatrici di sale “d’azzardo”; e sono le donne a rappresentare ben il 75% dei giocatori problematici di bingo. Anche in Gran Bretagna, di quel 7% della popolazione che dichiara di giocare a bingo, la maggior parte è costituita da donne e da soggetti appartenenti alle classi sociali più basse<sup>5</sup>. Tra le motivazioni che spingono le donne a giocare a bingo, ed in special modo le donne anziane, l’idea di poter vincere denaro, ma anche la sensazione di essere in compagnia, la speranza di socializzare con altre persone o, di poter trascorrere il proprio tempo in maniera piacevole, la sensazione di poter uscire di casa e andare in un luogo sicuro e divertente. Il bingo, infatti, viene considerato un luogo di incontro, dove poter fronteggiare la noia quotidiana e dove poter sentirsi ancora giovani. Queste donne, insomma, pensano che la sala bingo sia un luogo sicuro che offre la possibilità di uscire dalla condizione di isolamento e di emarginazione in cui molto spesso vengono a trovarsi gli anziani. Ciò non significa, tuttavia, perdere di vista il rischio di sviluppare un comportamento problematico di gioco, spesso nascosto a se stessi e agli altri da giustifica-

---

<sup>5</sup> Tratto dal sito - [www.natcen.ac.uk](http://www.natcen.ac.uk) -

zioni “socialmente accettate” e “socialmente desiderabili” e rivolgendo un’attenzione esclusiva ai suoi benefici.

#### 4.1. Videopoker e Bingo: contributi di ricerca sul territorio siciliano

La rassegna degli studi finora condotti in diverse parti del mondo evidenzia, dunque, la pericolosità dei nuovi giochi d’azzardo. A partire da tali considerazioni, la Cattedra di Psicologia di Comunità dell’Università degli Studi di Palermo ha voluto promuovere i contributi di ricerca che qui proviamo a sintetizzare: si tratta, nello specifico, di due indagini empirico-descrittive, tese a fornire un contributo all’analisi e comprensione delle nuove forme dell’azzardo e, in particolare, del gioco del videopoker e del bingo. Si sono voluti indagare gli aspetti caratteristici di queste due tipologie di gioco e si sono voluti tracciare gli identikit del giocatore di bingo e di videopoker emersi dalle ricerche. Le indagini cui facciamo riferimento sono state realizzate nel territorio siciliano, direttamente nei luoghi adibiti alla scommessa: sale gioco, bar e sale bingo. Sono stati avvicinati numerosi giocatori d’azzardo e un buon numero ha deciso di collaborare alla ricerca, sospendendo per qualche minuto la propria attività. Il protocollo di ricerca era composto dai seguenti strumenti:

1. La Scala di Controllo I-E di Rotter (nella versione italiana elaborata da Giovanna Nigro, 1983), finalizzata a misurare quanto il soggetto crede che gli eventi della sua vita siano determinati da se stesso o, al contrario dal Caso e dalla Fortuna
2. La Poker-Machine Gambling Scale, per verificare il livello di problematicità del comportamento di gioco
3. Un questionario costruito “ad hoc” per gli specifici ambiti di ricerca (videopoker e bingo)
4. Una scheda anamnestica

I questionari appositamente realizzati, hanno avuto lo scopo di evidenziare le motivazioni e le credenze che spingono l’individuo al gioco del bingo o del videopoker e di raccogliere informazioni circa il ruolo svolto dallo specifico gioco nella vita dello scommettitore intervistato, sia dal punto di vista economico che da quello affettivo/relazionale. Il protocollo comprendeva, infine, una scheda anamnestica per la raccolta di informazioni socio-anagrafiche come sesso, età, luogo di residenza, stato civile e professione. In sintesi, le aree indagate da tale strumento sono relative a:

Le abitudini di gioco (in termini di tempo, di frequenza delle giocate, di denaro scommesso, di motivazione, ecc.).

Le caratteristiche del gioco e l’atteggiamento del giocatore nei confronti di queste.

La percezione e le credenze sul gioco.

Le caratteristiche del giocatore

La Poker-Machine Gambling Scale è una rielaborazione italiana del questionario americano *College Student Gambling Inventory* (Mc Cown, 1997; cit. in Lavanco, 2001), curata da Lavanco e Varveri, che attualmente è in fase di standardizzazione. Si tratta di una scala composta da 22 affermazioni relative a diverse aree di interesse: la quantità di tempo e denaro speso nel gioco; le motivazioni che spingono al gioco; la presenza o meno di un forte impulso a giocare e di sensi di colpa ad esso legati; il livello di gratificazione legato al gioco; infine, la percezione che il giocatore ha del giudizio di amici e familiari. Il soggetto intervistato è chiamato a segnare il proprio grado di accordo per ogni affermazione su una scala Likert da zero a sei. Il punteggio totale, calcolato sommando i 22 punteggi parziali, oscilla tra un minimo di 0 ed un massimo di 132; pertanto, 66 rappresenta la soglia oltre la quale si può parlare di problematicità al gioco.

#### 4.2. Identikit del videopokerista

Le caratteristiche del *giocatore di videopoker* emerse dall’indagine sono: è un uomo, ha un’età media di circa 28 anni, è celibe, possiede un livello culturale medio-basso, è operaio o disoccupato. Nella maggior parte dei casi la madre è casalinga, mentre il padre svolge la professione di operaio. Vengono confermati, così, i dati delle ricerche di cui discutevamo sopra, sia in termini di “giovinezza” del videopokerista, sia nei termini del suo livello socio-culturale. Dalle persone intervistate, il videopoker è considerato un amico, un passatempo cui ricorrere soprattutto per fuggire dalla noia quotidiana e dall’insoddisfazione che ne

deriva, nonché fonte per sperare in una sorte economica migliore. Gli aspetti ludico-strutturali che più piacciono di questo gioco, sono: la tecnica di gioco, la velocità delle partite, i suoni; ciò che, invece, verrebbe cambiato volentieri è la difficoltà delle partite, insieme alle caratteristiche del luogo in cui si gioca (a volte percepiti come piccoli e bui). Il confronto tra giocatori occasionali e giocatori abituali (classificati, così, in funzione della frequenza di gioco), ci fornisce interessanti spunti di riflessione: vergogna e senso di colpa, tempo tolto allo studio e al lavoro, problemi economici e impulso a giocare, risultano più accentuati fra i giocatori abituali che fra quelli occasionali. Inoltre, i videopokeristi che giocano occasionalmente hanno, in media, un *locus of control* interno, a differenza dei giocatori abituali che fanno maggiore affidamento alla Fortuna e al Caso. A proposito di “luoghi” in cui è possibile giocare al videopoker, ci pare doveroso sottolineare un dato: mentre i bar sono frequentati soprattutto da uomini d’età presumibilmente compresa tra i venti e quaranta, le sale gioco sono piene di adolescenti e la presenza femminile non risulta irrilevante.

#### 4.3. Un contributo di ricerca sul Bingo

La ricerca empirico-descrittiva è stata promossa dalla Cattedra di Psicologia di Comunità dell’Università degli Studi di Palermo, con l’intento di fornire un contributo all’analisi e comprensione del complesso fenomeno del gioco sociale e, in particolare, del gioco del Bingo. Si sono voluti indagare gli aspetti caratteristici delle sale Bingo, dei suoi frequentatori e l’impatto che, a pochi mesi dalla loro apertura, esse hanno avuto tra i giocatori della città di Agrigento e provincia.

##### 4.3.1. Metodologia e strumenti

L’indagine è stata condotta in due diverse fasi: in un primo momento è stato svolto un lavoro di osservazione e successivamente si è proceduto alla somministrazione del protocollo di ricerca. L’osservazione è stata svolta presso la sala Bingo di Agrigento per un periodo di circa 10 giorni consecutivi, coprendo sia il week-end che i giorni feriali, in diverse fasce orarie, in modo da avere una visione più completa sull’andamento del fenomeno e sulle dinamiche di gioco e dei giocatori di Bingo. Questa prima fase è stata un utile punto di partenza per lo studio di un gioco che, essendo di recente introduzione, è ancora abbastanza sconosciuto in Italia; inoltre, da questo lavoro preliminare sono emersi importanti spunti e quesiti, che sono serviti per la messa a punto di un questionario, utilizzato nella presente ricerca. In un secondo momento si è proceduto alla somministrazione di un protocollo composto da:

- La scala di controllo I-E di Rotter
- La Poker-Machine Gambling Scale
- Un questionario costruito “ad hoc” per la ricerca
- Una scheda anamnestica.

La scala di controllo I-E di Rotter – nella versione italiana elaborata da Giovanna Nigro (1983) – misura la dimensione di personalità nota come locus of control. Un individuo con locus of control “interno” tende ad attribuire il successo o l’insuccesso a se stesso, alle proprie capacità ed abilità, mentre un individuo “esterno” tende ad attribuirli al caso, alla fortuna o al destino. In diverse ricerche, su locus of control e gioco d’azzardo (Dickerson, 1984), è emerso che chi ha sviluppato un controllo interno sceglie i giochi di abilità mentre chi ha un locus of control esterno preferisce i giochi d’azzardo; inoltre è più probabile che i soggetti interni giochino di più in seguito ad una sconfitta percepita come conseguenza della loro mancata abilità. La *Poker-Machine Gambling Scale* (PGS) ha l’obiettivo di verificare il livello di problematicità al gioco. Questo strumento è una rielaborazione italiana del questionario americano *College Student Gambling Inventory* (Mc Cown, 1997; cit. in Lavanco, 2001), curata da Lavanco e Varveri, e che attualmente è in fase di standardizzazione. Si tratta di una scala composta da 22 affermazioni che si riferiscono: alla quantità di tempo e denaro speso nel gioco; alle motivazioni che spingono al gioco; alla presenza o meno di un forte impulso a giocare e di sensi di colpa ad esso legati; al livello di gratificazione legato al gioco; infine, alla percezione che il giocatore ha del giudizio di amici e familiari. Il soggetto intervistato deve segnare il proprio grado di accordo ad ogni affermazione proposta, scegliendo un valore compreso tra uno e sette, che rappresenta il punteggio parziale dell’item secondo le modalità di una scala Likert. Il punteg-

gio totale oscilla tra un minimo di 0 ed un massimo di 132; pertanto, 66 rappresenta la soglia oltre la quale si può incominciare a parlare di problematicità di gioco. Un questionario psico-sociale appositamente realizzato, composto da 29 items. Il soggetto è invitato a segnare una o, quando appositamente richiesto, più risposte, tendenti ad evidenziare le motivazioni e credenze che lo spingono al gioco del Bingo ed a fornire una serie di informazioni generali su di esso e sul ruolo svolto nella sua vita, sia dal punto di vista economico che da quello affettivo/relazionale. Le informazioni raccolte da tale strumento hanno a che fare con le seguenti aree tematiche:

Abitudini di gioco

Stato sociale del giocatore

Caratteristiche del gioco

Gioco di intrattenimento e socializzazione

Il Bingo crea nuovi giocatori?

Come il giocatore percepisce il Bingo: motivazioni, superstizione, rapporti sociali.

L'ultima parte del protocollo è costituita dalla scheda anamnestica che permette la raccolta di informazioni socio-anagrafiche come sesso, età, luogo di residenza, stato civile e professione; essa è composta anche da tre aree riservate, ai soggetti coniugati/conviventi, ai soggetti separati/divorziati ed infine ai celibi/nubili che vivono con i genitori. L'intero protocollo è stato somministrato, individualmente, a giocatori contattati presso le sale Bingo di Agrigento e Villaseta (AG), nel periodo compreso tra giugno e luglio 2002. Naturalmente, non tutti i soggetti contattati hanno voluto collaborare alla ricerca: alcuni non terminavano il protocollo, che naturalmente veniva annullato, altri si rifiutavano fin dall'inizio; soprattutto in questi ultimi si percepiva, e talora veniva dichiarato esplicitamente, il timore di essere considerati "malati di gioco". Altri ancora, pur collaborando, hanno scelto di non rispondere alle domande del questionario riguardanti, soprattutto, il giudizio che i familiari esprimevano sul loro gioco. Altre difficoltà si sono manifestate a causa dello scarso livello di scolarizzazione incontrato soprattutto tra gli anziani giocatori, i quali mostravano grosse difficoltà nella comprensione degli items proposti, che spesso li portava ad un rifiuto o altrimenti alla richiesta di un costante supporto. Molti giocatori, viceversa, superata talora un'iniziale diffidenza, hanno richiesto volontariamente la somministrazione dei test, spinti dalla curiosità che nasceva anche in virtù del passaparola tra i giocatori.

#### *4.3.2 Il gruppo coinvolto*

Il gruppo coinvolto nell'indagine è composto da 80 soggetti (N = 80), di cui 44 maschi (55,0%) e 36 femmine (45,0%), selezionati casualmente tra i frequentatori abituali ed occasionali delle sale Bingo di Agrigento e Villaseta (AG); nonostante il numero dei giocatori maschi risulti più elevato, è molto interessante notare l'alta percentuale di femmine che frequentano la sala. Il gruppo ha una età compresa tra 16 e 67 anni (Tabella 1); la maggior parte dei soggetti è concentrata nelle due fasce di età comprese tra 21-30 e 31-40 anni, che raccolgono rispettivamente il 33,8% ed il 30,0% del totale degli intervistati, senza significative differenze tra maschi e femmine. La percentuale dei soggetti oltre i 60 anni, pari al 3,8%, risulta leggermente inferiore al dato reale, a causa delle difficoltà incontrate nella somministrazione del protocollo, di cui si è parlato nel precedente paragrafo.

Tabella 1

<i>Distribuzione del campione per classi di età</i>						
Classi	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
< 20	1	2,3	2	5,5	3	3,7
21 - 30	15	34,1	12	33,3	27	33,8
31 - 40	13	29,5	11	30,6	24	30,0
41 - 50	6	13,6	6	16,7	12	15,0
51 - 60	8	18,2	3	8,3	11	13,7
oltre 60	1	2,3	2	5,6	3	3,8
Totali	44	100,0	36	100,0	80	100,0

L'età media del gruppo è pari a 36,8 anni, con una lieve differenza tra i maschi (37,6) e le femmine (35,9), e rispecchia la situazione realmente riscontrata nelle sale Bingo. La presenza dei giovani è molto rilevante, soprattutto nei fine settimana e nelle ore notturne. Rispetto al livello di scolarizzazione, il 46,2% dei soggetti possiede un diploma di licenza media superiore, il 26,3% quello di licenza media inferiore, il 10,0% la licenza elementare, l'8,7% si è laureato, mentre il 3,8% dichiara di non avere nessun titolo di studio. Il 45,0% dei soggetti è coniugato, il 47,5% celibe/nubile, il 5,0% divorziato ed il 2,5% vedovo; quasi tutti vivono con i familiari (90,0%), coniugi e figli o genitori. In prevalenza, nel gruppo sono presenti soggetti che svolgono la professione di impiegato (35,0%), a cui seguono disoccupati (15,0%), casalinghe (11,3%) e pensionati con il 5,0%; anche tra i consorti dei soggetti coniugati, emerge la professione di impiegato (25,0%), seguita da artigiani (13,9%) e disoccupati (11,1%). Tra le mogli dei giocatori il 40,0% non produce reddito, trattandosi, perlopiù, di casalinghe e disoccupate, mentre il 18,8% dei mariti è pensionato.

#### 4.3.3 *Analisi dei dati*

Una lettura generale dei dati raccolti ci consente di definire l'*identikit del giocatore di Bingo* emerso dalla nostra indagine: si tratta di uomo di circa 37 anni, con un livello d'istruzione medio-superiore, appartenente al ceto medio; svolge la professione di impiegato, ha accanto a sé una compagna anch'essa impiegata o casalinga, e non presenta particolari problemi economici. È un giocatore non problematico. L'analisi più accurata dei dati, ha aggiunto elementi più dettagliati rispetto a questa "sterile" descrizione; qui di seguito le informazioni approfondite emerse dall'analisi dei singoli strumenti utilizzati per la ricerca. Per ciascun item del questionario costruito ad hoc per l'indagine, sono state calcolate le frequenze relative, corrispondenti alle alternative proposte, in funzione delle variabili sesso e frequenza al gioco; si è, inoltre, proceduto a verificare l'esistenza di una eventuale relazione di dipendenza tra le variabili indipendenti ora definite e la variabile oggetto dell'item, utilizzando il test  $\chi^2$ . Decidiamo di discutere, in questa sede, i dati risultati significativi al test  $\chi^2$ . I giocatori sono stati suddivisi in *abituali* e *sociali* in funzione della frequenza al gioco; sono stati considerati abituali coloro che frequentano la sala Bingo almeno tre volte la settimana, mentre sociali quelli che vi si recano fino a due volte la settimana. I giocatori abituali sono il 33,7% dell'intero gruppo coinvolto, con le femmine che presentano un dato percentuale (38,9%) più elevato rispetto a quello dei maschi (29,5%); i giocatori sociali sono il 66,3% del gruppo e, viceversa fra questi, i maschi (70,5%) prevalgono sulle femmine (61,1%). Tra gli abituali, gli uomini frequentano la sala Bingo, prevalentemente, ogni giorno (13,6%), le donne, invece, tre volte la settimana (27,8%); tra i sociali non vi sono sostanziali differenze tra uomini e donne (Tabella 2).

Tabella 2

<i>Frequenza al gioco (%)</i>							
<b>Giocatori</b>		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot.</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot.</b>
Abituali	Ogni giorno	13,6	2,8	8,8	29,5	38,9	33,7
	Più di tre volte settimana	6,8	8,3	7,5			
	Tre volte settimana	9,1	27,8	17,4			
Sociali	Una/due volte settimana	34,1	27,8	31,3	70,5	61,1	66,3
	Una volta al mese	0,0	5,5	2,5			
	Occasionalmente	36,4	27,8	32,5			
Totali		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Il giocatore tipo rimane in sala mediamente un'ora (33,8%) e compra una cartella per partita (73,8%), tuttavia è alta anche la percentuale di quelli che affermano di giocare per più di tre ore (20,0%); il 10,0% dei soggetti afferma di acquistare in ogni partita tutte le cartelle che riesce a controllare e di essi il 63,0% è giocatore abituale. Significativa è la differenza esistente tra sociali e abituali: i primi rimangono in sala prevalentemente un'ora (39,6%) al massimo due (24,5%); gli abituali, invece, presentano un andamento percentuale crescente in funzione del tempo di gioco, con un picco in corrispondenza ad un intrattenimento in sala per più di tre ore (37,0%). Un'altra differenza si ha nei tempi minimi di gioco, dai quali risulta che solo il 3,7% degli abituali gioca per meno di trenta minuti, mentre più alta è la percentuale dei sociali (15,1%) (Tabella 3).

Tabella 3

<i>Tempo di gioco (%)</i>					
	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Abituali</b>	<b>Sociali</b>	<b>Totale</b>
Meno di 30 min.	15,9	5,6	3,7	15,1	11,2
30 minuti	6,8	11,1	7,4	9,4	8,8
1 ora	34,1	33,3	22,2	39,6	33,8
2 ore	25,0	27,8	29,7	24,5	26,2
Più di tre ore	18,2	22,2	37,0	11,4	20,0
Totali	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			<b>p&lt;0,05</b>		

La sala Bingo è considerata un ambiente ideale per tutta la famiglia dal 20,2% delle femmine; gli uomini sembrano, invece, più interessati alle caratteristiche tipiche del gioco, come ricevere il trofeo dopo la vittoria (15,2%), la riscossione immediata della vincita (10,4%), restando comodamente seduti (15,2%); entrambi sono attratti dalla facilità del gioco (11,4%). Il gioco, dunque, piace parecchio, tanto che alla domanda su *cosa si cambierebbe del Bingo* il 45,0% delle donne e il 31,0% degli uomini non cambierebbe nulla; la critica più grande viene mossa alla velocità del gioco (22,4%) che però è la sua caratteristica principale. La sala Bingo è considerata un amico (55,0%) col quale è piacevole trascorrere il tempo (43,3%) e stare in compagnia (13,1% dei maschi); si ritiene, inoltre, il Bingo divertente (13,5%) e rilassante (17,1% degli abituali) e naturalmente si gioca anche per vincere soldi (10,6%). Per il 10,0% del gruppo si è accesa la passione per il Bingo, ritenendolo quasi un amante. La sensazione più forte provata da chi gioca è di stare in compagnia (43,8%), un po' felicemente (16,3%) e un po' stupidamente (17,5%), mentre nessuno si sente infelice durante il gioco. Tra i giocatori sociali il Bingo non suscita alcuna sensazione di potenza, al contrario, il 14,8% degli abituali sembra provare tale sensazione; inoltre, nessun giocatore abituale e nessuna donna, si sente impotente dinanzi al gioco, probabilmente perché si ha l'impressione di controllarlo e la convinzione che le proprie possibilità di vincita siano superiori che nella realtà. Se andiamo ad analizzare la percezione di successo nel gioco, troviamo un generale accordo, tra gli scommettitori, nel ritenere piuttosto alta la probabilità di perdere (14,8%, si perde sempre; 62,5% a volte si vince), soprattutto tra gli abituali (3,6%; a volte si perde) e le donne (7,7%; a volte si perde), dove sono

basse le percentuali di coloro che ritengono di vincere spesso; al contrario tra i maschi (18,4%; a volte si perde) ed i giocatori sociali (18,3%; a volte si perde) sembra leggermente più elevata la percezione di vincita. Nessuno degli intervistati ha dichiarato di vincere sempre e su tale affermazione tutti quanti sembrano d'accordo. Tuttavia, la percezione dell'influenza del Bingo sull'economia familiare è neutrale per la maggior parte dei soggetti del nostro gruppo; infatti, per il 68,8%, esso non dà né toglie soldi alla famiglia, con un sostanziale accordo tra tutte le categorie da noi individuate. Bisogna sottolineare, tuttavia, che per un 25,0% del gruppo il Bingo toglie soldi alla propria famiglia. Il gruppo coinvolto nella nostra indagine considera, in effetti, il Bingo un gioco dove è importante il ruolo svolto dalla fortuna (21,3%)—in particolare modo le donne—anche se il 13,8% confida nella propria abilità ed il 7,5% nella propria competenza; il 36,3% dei giocatori considera il Bingo un modo come un altro per fare fortuna, si tratta, del resto, di soggetti che partecipano o partecipavano ad altre forme di gioco. Oltre a credere alla fortuna il nostro gruppo risulta anche superstizioso, mettendo in atto, gesti, riti ed azioni, allo scopo di dirigere il caso a proprio favore. Dall'analisi dei dati, gli abituali sono risultati molto più superstiziosi dei giocatori sociali, scegliendo sempre lo stesso posto (32,1%), cambiando posto durante la serata (25,0%) ed, infine, cercando il tavolo con il loro venditore preferito (32,1%); il 60,0% dei sociali, al contrario, sembra non affidarsi tanto ai riti scaramantici sedendosi, per esempio, dove capita (Tabella 4).

Tabella 4

<i>Critero di scelta del tavolo (%)</i>					
	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Abituali</b>	<b>Sociali</b>	<b>Totale</b>
Si sceglie sempre lo stesso posto	17,4	16,2	32,1	9,1	16,9
Si cambia posto durante la serata	21,7	21,6	25,0	20,0	21,7
Quello con il venditore preferito	15,2	21,6	32,1	10,9	18,1
Ci si siede dove capita	45,7	40,6	10,8	60,0	43,3
<b>Totali</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
			<b>p&lt;0,001</b>		

I giocatori dichiarano di avere un buon rapporto con i loro familiari, dai quali pensano di essere amati (85,0%) e considerano, inoltre, la famiglia luogo d'amore (53,6%), serenità (28,6%) e soddisfazione (9,5%). I familiari dei nostri soggetti, sembrano assumere un atteggiamento ambiguo rispetto all'attività di gioco dei loro cari, dividendosi equamente tra critiche (18,8%) ed incoraggiamenti (18,8%), anche nelle sotto categorie dei sociali (17,0%) ed abituali (22,2%). Il 29,5% dei maschi non dice ai propri familiari che gioca ed il 20,5% si sente da essi criticato; nello stesso tempo, essi ricevono maggiore incoraggiamento dagli amici (18,2%), con i quali, forse, condividono la passione per il gioco. Le donne che, come abbiamo già visto, si recano a giocare soprattutto con i familiari, si sentono da questi più incoraggiate (25,0%), ma ricevono le critiche dagli amici (36,1%). Il giudizio degli amici sembra più critico (44,4%) anche nei riguardi degli abituali, probabilmente perché molti di essi, come abbiamo visto, si recano in sala con la famiglia. Uno degli argomenti più discussi sul Bingo riguarda la possibilità o meno di socializzare all'interno delle sale; abbiamo, perciò, considerato i seguenti aspetti: con chi si va a giocare, con chi si preferisce stare al tavolo, se si conoscono nuove persone ed i rapporti che si instaurano con esse. Il 37,8% delle femmine si reca in sala con figli e mariti ed il 21,6% con il partner, confermandola luogo ideale per tutta la famiglia, probabilmente perché sicuro, accogliente e fornito anche di servizi di ristorazione e ludoteca per i bambini. Il 16,2% di esse vi si reca, invece, da sola, sceglie di sedersi da sola (16,7%) e vi trascorre la maggior parte del tempo libero (10,1%), manifestando, così, un particolare interesse per il gioco. I maschi preferiscono andare a giocare con gli amici (38,3%) o da soli (19,1%), mostrando, però, maggiore propensione verso la socializzazione, sedendosi con persone che non conoscono (9,1%). In generale, comunque, il gruppo sceglie di sedersi con persone che conosce (76,3%) non concedendo, sembrerebbe, molto spazio alla possibilità di fare nuovi incontri (Grafici 1 e 2). Lo scenario sinora descritto viene arricchito anche da un confronto fra abituali e sociali: i primi prevalgono sia tra coloro che si recano da soli in sala (26,7%), sia tra quelli che scelgono di sedersi da soli (25,9%); mentre, i sociali preferiscono andare in compagnia e stare in compagnia anche di persone che non si conoscono (11,3%) (Tabella 5).

Tabella 5

<i>Con chi si va a giocare (%)</i>			<i>Con chi si preferisce stare al tavolo (%)</i>		
	<b>Abit.</b>	<b>Soc.</b>		<b>Abit.</b>	<b>Soc.</b>
Con la famiglia	33,3	26,4	Con persone che si conoscono	70,4	79,2
Con il partner	16,7	22,6	Con persone che non si conoscono	3,7	11,3
Da solo	26,7	13,2	Da solo	25,9	5,7
Con gli amici	23,3	37,8	Risposte mancanti	0,0	3,8
<b>Totali</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>Totali</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>p&lt;0,05</b>					

Tuttavia, alla domanda “*frequentando la sala Bingo si conoscono persone nuove?*”, l’81,3% degli intervistati risponde positivamente, ma solamente una parte di loro sembra instaurare un rapporto di amicizia, incontrandosi anche fuori (18,5%) o sedendosi nello stesso tavolo (21,5%); tale tendenza appare, inoltre, meno accentuata nelle femmine, le quali hanno, più che altro, risposto di rivedersi solo in sala (62,1%). Da un confronto tra abituali e sociali emerge, inoltre, che i primi tendono a vivere i momenti di socializzazione, con i compagni di gioco, prevalentemente all’interno della sala, preferendo averli allo stesso tavolo (30,4%), mentre i sociali li estendono anche fuori (21,4%). Solo il 5,0% dei soggetti intervistati dichiara una situazione economica disastrosa ed il 7,5% precaria, ma è interessante notare che tali percentuali sono più alte tra gli abituali (disastrosa, 11,1%; precaria, 14,8%); la restante parte afferma di non avere problemi finanziari manifestando una situazione economica discreta (48,8%), buona (32,5%) ed agiata (3,8%). Il proprio lavoro è la principale fonte di denaro per i maschi (90,9%) e per le femmine (55,6%), le quali però attingono anche da genitori (13,9%), coniugi (11,1%) e dalla loro pensione (11,1%); sembra, inoltre, che nessuno degli intervistati chieda in prestito denaro per il gioco a banche, amici o ad estranei. Il 17,5% dei nostri soggetti ha dichiarato di non essersi mai avvicinato al gioco prima dell’apertura della sala Bingo e, sono principalmente le femmine le neo giocatrici (30,6%), gli uomini invece si dilettavano già in altri giochi ed il 40,9% di essi giocava spesso. I soggetti intervistati, da buoni Italiani, si confermano un “popolo di giocatori” con l’82,5% di essi che si reca alle ricevitorie dividendosi tra Lotto (26,5%), SuperEnalotto (23,9%) e Totocalcio (23,1%). Tra i giochi preferiti dalle donne troviamo il Lotto, con il 33,3% di preferenze, che risulta in generale il gioco più amato (26,5%). Particolarmente interessante è la percentuale di giocatori abituali di Bingo, che afferma di non aver mai giocato prima dell’apertura delle sale (40,7%), mentre l’84,9% dei sociali tentava già la sorte. È interessante notare come il Bingo, oltre ad aver creato nuovi giocatori, ha attratto anche vecchi scommettitori, tanto che è in calo la percentuale totale degli appassionati dei giochi tradizionali (68,8%). Si nota anche che le femmine, probabilmente grazie al Bingo, riscoprono il piacere del Lotto, con un dato che si impenna dal 33,3% al 45,8% (Tabella 6).

Tabella 6

<i>Abitudini di gioco dopo l'apertura della sala Bingo (%)</i>									
			<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Abit.</b>	<b>Soc.</b>	<b>Tot.</b>		
Si, gioco solo al Bingo			11,4	55,6	48,1	22,6	31,2		
No		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot.</b>	88,6	44,4	51,9	77,4	68,8
	Totip	1,3	4,2	2,0					
	SuperEnalotto	31,6	20,8	29,0					
	Totocalcio	19,7	12,5	18,0					
	Scommesse sportive	13,2	12,5	13,0					
	Lotto	19,7	45,8	26,0					
	Videopoker	6,6	4,2	6,0					
Altro	7,9	0,0	6,0						
<b>Totali</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	
				<b>p&lt;0,001</b>		<b>p&lt;0,05</b>			

Dopo aver terminato l'elaborazione dei dati relativi al questionario, ci si è proposti di analizzare i risultati ottenuti nella scala di controllo I-E di Rotter. Abbiamo calcolato media e deviazione standard dei punteggi, sia rispetto al totale del gruppo, che alle sottocategorie individuate nella nostra indagine. Da una prima lettura dei dati, mediamente, il totale dei soggetti sembra orientato verso l'internità, tranne le donne che risultano leggermente tendenti verso l'esternalità. Queste ultime, probabilmente, ritengono che il loro successo o insuccesso dipenda più dal caso, mentre sembra che i maschi credano meno al destino e tendano a considerare le vincite o le perdite come dipendenti da se stessi e dalle loro capacità (Tabella 7).

Tabella 7

	<b>Maschi</b> N.44	<b>Femmine</b> N. 36	<b>Abituali</b> N. 27	<b>Sociali</b> N. 53	<b>Totale</b> N. 80
Media	10,1	11,8	10,9	10,8	10,8
Deviazione Standard	3,3	2,8	3,1	3,2	3,2

$p < .01$

Se compariamo le percentuali relative alla variabile "frequenza al gioco", tanto gli abituali che i sociali seguono l'andamento generale già evidenziato. I dati raccolti confermano la vasta letteratura sul *locus of control* che indica nelle donne una più alta tendenza all'esternalità, legata al ruolo sessuale femminile così come definito dal contesto sociale occidentale (Nigro, 1985). Infine, abbiamo verificato, mediante il coefficiente "r" di Pearson, se vi fosse correlazione lineare tra l'età degli intervistati ed i punteggi da essi ottenuti alla scala di controllo I-E di Rotter. Tale coefficiente, che può assumere tutti i valori compresi tra -1 (quando tra le due variabili esiste una concordanza lineare negativa perfetta) e +1 (quando esiste una concordanza lineare positiva perfetta), nel nostro caso è risultato vicino allo zero ( $r = -0,069$ ), il che indica una assenza di correlazione lineare tra la variabile età ed i punteggi del Rotter. Concludiamo l'analisi dei dati raccolti nella nostra indagine, con l'elaborazione dei punteggi ottenuti nel Poker-Machine Gambling Scale (PGS) (Tabella 8). Anche in questo caso non è stata trovata una correlazione lineare tra l'età dei nostri soggetti ed i punteggi ottenuti alla PGS ( $r = 0,0097$ ), né tantomeno tra i punteggi ottenuti al Rotter e quelli ottenuti alla PGS ( $r = 0,191$ ). È stato, inoltre, effettuato il calcolo del test parametrico z, per il confronto fra le differenze delle medie di ogni singolo item e delle medie totali; lì dove riscontrato, è stato indicato il corrispondente livello di significatività avendo assunto, così come fatto per il test  $\chi^2$ , una probabilità critica pari al 5,0% ( $p = 0,05$ ). Da una prima analisi dei punteggi totali, emerge un valore medio di 36,1 (deviazione standard 25,4), pertanto il nostro gruppo si mantiene al di sotto della soglia di problematicità (66); anche i giocatori abituali, che presentano il punteggio medio più alto (41,7), si mantengono, comunque, al di sotto di tale livello. Si gioca soprattutto per divertirsi e sono principalmente gli abituali a manifestare un significativo grado di accordo con tale stato emotivo (Tabella 9); il gioco non è, tuttavia, l'unica modalità di svago che i nostri soggetti sembrano preferire, né tantomeno un modo per ridurre la noia o per dimenticare i problemi (Items 3, 5, 13, 14, 22).

Tabella 9

<i>Ci si diverte giocando (%)</i>					
<b>Grado di accordo</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Abituali</b>	<b>Sociali</b>	<b>Totale</b>
0	15,9	13,9	7,4	18,9	15,0
1	11,4	2,8	7,4	7,5	7,5
2	15,9	8,3	18,5	9,4	12,5
3	15,9	19,4	0,0	26,4	17,5
4	9,1	19,4	22,2	9,4	13,8
5	9,1	8,3	18,5	3,8	8,8
6	22,7	27,9	26,0	24,6	24,9
<b>Totali</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
			<b>p&lt;0,05</b>		

L'impulso al gioco è più forte negli abituali e nelle donne, i quali tendono maggiormente a rincorrere la perdita e ritrovandosi, talora, a giocare più a lungo di quanto inizialmente stabilito, sembrano provare un certo senso di colpa per il loro gioco eccessivo (Items, 6, 10, 21). Nel complesso però, il giocatore medio, non ritiene di spendere molto tempo nel gioco che, inoltre, non interferisce in alcun modo né col lavoro né con lo studio dei nostri soggetti (Items 2, 20). Negli items (1, 8, 9, 11, 12, 18) inerenti il rapporto tra attività ludica e denaro speso, lo scommettitore medio sembra riservare al gioco una piccola quantità del suo reddito; raramente egli si ritiene a corto di soldi o con problemi economici legati al gioco, tuttavia pensa che *avrebbe più denaro da spendere se non giocasse*. Egli, inoltre, non prende soldi a prestito e non manifesta alcuna preoccupazione a tal riguardo. Tra le sottocategorie, è il giocatore abituale a percepire qualche problema economico legato al suo gioco (Tabella 10).

Tabella 10

<i>Probemi economici legati al gioco (%)</i>					
<b>Grado di accordo</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Abituali</b>	<b>Sociali</b>	<b>Totale</b>
0	56,7	44,4	40,7	56,6	51,2
1	11,4	5,6	0,0	13,2	8,8
2	6,8	13,9	18,5	5,7	10,0
3	2,3	11,1	11,1	3,8	6,3
4	2,3	8,3	7,4	3,8	5,0
5	2,3	2,8	7,4	0,0	2,5
6	18,2	13,9	14,9	16,9	16,2
<b>Totali</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
			<b>p&lt;0,05</b>		

Nella sfera relazionale, il gioco viene vissuto con serenità, non si percepiscono critiche o malumori da amici e familiari né tantomeno si tende a nascondere il proprio gioco (Items 15, 16, 17). Sembra pertanto che, a pochi mesi dall'apertura delle sale Bingo, il gioco rappresenti un innocuo "passatempo" ed appartenga, esclusivamente, ad una dimensione ludica e piacevole della vita. Se andiamo ad analizzare, invece, la percentuale dei soggetti che si trovano al di sopra della soglia di problematicità di 66 punti, ci accorgiamo che essi risultano il 15,0% del nostro gruppo, il che rappresenta un dato da non sottovalutare. Se calcoliamo, inoltre, la stessa percentuale prendendo però come riferimento una soglia più elevata, e quindi più discriminante, di 75 punti, otteniamo un dato del 10,0% che conferma le percentuali riscontrate in ricerche già fatte in altri Paesi (cfr. cap. 3, par. 4.); nessuno degli intervistati ottiene punteggi superiori a 100. Le percentuali più elevate di problematicità sembrano riscontrarsi nei soggetti abituali (22,2%) e nei maschi (20,5%) che, pertanto, appaiono le categorie più a rischio. Le femmine, infine, nonostante siano le

più assidue frequentatrici e quelle che più sono state attratte dal gioco, ottengono la più bassa percentuale di problematicità (8,3%) (Tabella 11).

Tabella 11

<b>Percentuali di problematicità al gioco per varie soglie (%)</b>				
<b>Soglia</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Abituali</b>	<b>Sociali</b>
>66	20,5	8,3	22,2	11,3

#### 4.4. L'identikit del giocatore di Bingo

A conferma di quanto affermato finora in letteratura, il bingo è un gioco che piace molto alle donne. Dalla nostra ricerca emerge che il numero di giocatrici non supera ancora quello degli uomini – come accade in altri Paesi in cui il bingo è presente sul territorio da più tempo – ma i dati raccolti hanno fatto suonare rispetto a questa questione un campanello d'allarme. Il bingo, infatti, è riuscito a catturare una fetta di individui che non aveva mai giocato prima: si tratta soprattutto di donne, che risultano non soltanto le più attratte dal nuovo gioco, ma anche tra le più assidue frequentatrici della sala. Le donne, inoltre, manifestano un maggiore impulso a giocare e tendono maggiormente a rincorrere la perdita ritrovandosi, talora, a giocare più a lungo di quanto inizialmente stabilito e a provare un certo senso di colpa per il loro gioco eccessivo. Aspetti, questi, che preannunciano comportamenti problematici di gioco, anche in un territorio – come quello siciliano – in cui forse le donne anziane non giocano per questioni puramente culturali. Il bingo è vissuto come un passatempo divertente e socializzante, un modo per evadere dalla routine quotidiana e passare un'ora in compagnia di amici e familiari, o soltanto per ritrovarsi circondati da un po' di gente. Piace per la sua facilità e per le sue caratteristiche assimilabili alla tombola; mentre non è gradita la velocità delle partite. Dei soggetti coinvolti, 1 su 3 è un giocatore abituale: frequenta la sala bingo almeno tre volte la settimana e dichiara di comprare un numero di cartelle maggiore di quanto faccia un giocatore occasionale. Significativa è la differenza tra occasionali e abituali rispetto al tempo trascorso in sala: i primi vi restano al massimo due ore; gli abituali, invece, sembrano trattenersi in sala generalmente per più di tre ore. Un'altra differenza significativa si registra per i tempi minimi di gioco: esigua la percentuale degli abituali che gioca per meno di trenta minuti, mentre di gran lunga più alta è la percentuale dei sociali che preferisce giocare per così poco tempo. Come tutti i giocatori, anche i soggetti da noi intervistati credono nella Fortuna, cimentandosi in rituali scaramantici per entrare nelle grazie della dea bendata. Sono principalmente le donne che si affidano ad essa e sono anche quelle che presentano un locus of control maggiormente orientato verso l'esterno. Nonostante i soggetti intervistati rientrino mediamente ben al di sotto della soglia di problematicità, è presente una non trascurabile percentuale di giocatori che può essere considerata a rischio. Tra questi, soprattutto, giocatori abituali che preferiscono recarsi da soli in sala.

#### 5. Strategie d'intervento: dalla cura alla prevenzione

Le strategie d'intervento rispetto al complesso fenomeno del gioco d'azzardo assumono altrettanto varie e complesse forme, in risposta al grado di problematicità riscontrato ed in funzione dell'inquadramento teorico di riferimento di chi interviene. Anche qui, ci troviamo di fronte ad una sorta di continuum che va dall'intervento terapeutico alla prevenzione e promozione di una cultura di *gioco responsabile*. A fronte di una diagnosi di gioco d'azzardo patologico e problematico, con le dovute distinzioni tra le due forme, le modalità di intervento terapeutico possono avvenire a diversi livelli:

- terapia individuale
- terapia di gruppo
- terapia familiare
- terapia ambientale (programmi terapeutici comunitari, residenziali e semiresidenziali, come il Centro di Bolzano ed il Centro di Campofornido).

Se si guarda, piuttosto, al rischio che il gioco sociale – come fenomeno estremamente più ampio rispetto alle manifestazioni problematiche e patologiche – possa trasformarsi in forme di gioco non più innocue

ma preoccupanti, allora l'attenzione si sposta dagli interventi di cura agli interventi di prevenzione. Da una prospettiva sociale e di comunità, prevenire le forme problematiche di gioco d'azzardo significa:

- valorizzare le potenzialità del gioco (senza sottovalutarne i rischi) attraverso campagne di informazione, sensibilizzazione e prevenzione di comportamenti inadeguati, anche tramite l'utilizzo di mass media, workshop e serate a tema, in modo da raggiungere l'intera collettività;
- contenere aspetti problematici che potrebbero crescere in prospettiva;
- avviare iniziative di aggiornamento destinate sia ad operatori già impegnati in ambiti consimili (per esempio, all'interno dei Servizi per le Tossicodipendenze o per l'alcolismo), sia agli operatori delle agenzie di gioco (ricevitorie, tabaccherie, bar, casinò, sale gioco).

Per prevenire la possibilità d'insorgenza di un comportamento di gioco problematico, riteniamo fondamentale sfruttare le peculiarità e la positività del gioco stesso, puntando alla diffusione di una "cultura del gioco" in cui siano protagonisti il divertimento e la voglia di socializzare. Riteniamo utile, a tale proposito, evidenziare la dose di abilità che il gioco d'azzardo richiede da parte del giocatore, in modo tale da creare spazi per incontrare altre persone e confrontarsi rispetto ai risultati, magari scherzandoci sopra. Una formula, insomma, potrebbe essere data dalla combinazione tra Caso e Abilità, sia per ripristinare l'istanza di socialità insita in tutte le forme di gioco, sia per evitare che il gioco d'azzardo si riempia di un *pensiero magico* imponderabile, quello che conduce ad una progressiva estraniamento dal reale ed al rifugio problematico in una dimensione virtuale e parallela. L'obiettivo deve essere quello, insomma, di ricondurre il gioco ai normali canoni dell'aspetto ludico, del divertimento, della socializzazione, proprio a partire dai *luoghi della scommessa*: paradossalmente, gli ambiti adibiti alla scommessa dovrebbero diventare i luoghi di prevenzione per eccellenza. Al loro interno, infatti, non solo sarà possibile realizzare un monitoraggio costante di chi si reca a giocare e dei comportamenti a rischio che mette in atto – modalità che ci permette sia di ampliare le conoscenze sul fenomeno dell'azzardo, sia di individuare i soggetti a rischio – ma sarà possibile anche intervenire, creando gli spazi e ritagliando i tempi per la socializzazione, il confronto, il divertimento, la riflessione. In sintesi, la prevenzione del gioco d'azzardo nella sua dimensione problematica si realizza, all'interno dei luoghi della scommessa, attraverso azioni quali:

- informazione sui rischi del gioco e sulle possibilità di aiuto
- monitoraggio
- colloqui di sensibilizzazione e spazi di confronto e discussione
- programmi di informazione, formazione e addestramento di chi opera in tali contesti, finalizzati al riconoscimento precoce dei vari tipi di giocatori (ricreativi, problematici, compulsivi e professionali) ed alla possibilità di intervenire precocemente per evitare forme autolesive nell'uso di attività di gioco d'azzardo.

Altro ambito d'intervento cruciale è la scuola, soprattutto se si considera che il gioco d'azzardo problematico e patologico insorge spesso proprio nel periodo adolescenziale. Una ricerca realizzata in Gran Bretagna (Fischer, 2000) su un campione di 10.000 studenti adolescenti, ha permesso di evidenziare come il 5,6% dei ragazzi presenta problemi legati al gioco d'azzardo; questo dato viene rinforzato, inoltre, dalle dichiarazioni della maggior parte dei giocatori patologici, circa il periodo in cui hanno iniziato a giocare: intorno ai 14-15 anni. Accanto alle campagne informative che non demonizzano il gioco, ma che diffondono una "cultura del gioco" che guarda ad esso come spazio libero, socializzante e come "risorsa" per l'individuo e per la comunità, riteniamo utili interventi finalizzati all'apprendimento o all'incremento di abilità personali e sociali. Se realmente – così come crediamo – febbre del gioco e fuga dalla realtà coincidono perché segnalano l'impotenza dell'uomo e l'ingovernabilità del reale, guardiamo con grande interesse a quegli interventi volti a trasferire e rinforzare nell'individuo le competenze assertive, cognitivo-comportamentali, relative alla pianificazione del tempo libero ed alla responsabilizzazione connessa ad un buon utilizzo di esso, le abilità di decision-making, l'abitudine a porsi degli obiettivi; e, ancora, a quegli interventi mirati a rinforzare nei giovani la loro autostima, la capacità di controllo dei propri impulsi, la fiducia verso il futuro. Di interesse particolari sono, anche, le strategie orientate a prevenire l'ansia e l'impulsività nei bambini, perché aspetti strettamente correlati al gioco d'azzardo. Non meno importanti gli interventi di prevenzione secondaria che tendono ad arginare i sintomi del primissimo insorgere della

problematica: l'inserimento in gruppi di Gamblers Anonymous, lì dove presenti, o di simili iniziative di auto-aiuto, che necessitano, tuttavia, di aumentare di numero e di essere maggiormente conosciute (nella loro locazione e nella loro metodologia). Alla luce di quanto emerso dai nostri contributi di ricerca e da quanto la letteratura sull'argomento evidenzia, possiamo dire, oggi più che mai, che l'azzardo non è un fenomeno che interessa una ristretta cerchia di individui; non più solo un'élite che scommette in luoghi lontani dall'ordinario, poco accessibili, affascinanti ma estranei alla quotidianità, ma al contrario gente comune, di tutte le età e di ogni estrazione sociale e culturale, uomini e donne che da soli o in compagnia possono scommettere come, dove, quando e quanto vogliono. I benefici che il gioco d'azzardo porta con sé, finalmente, sono accessibili a tutti; allo stesso modo aumenta il numero dei soggetti a rischio di sviluppare un comportamento di gioco problematico o, addirittura, una drammatica forma di dipendenza. Naturalmente, il rischio è correlato a fattori individuali e sociali molto complessi (pensiamo a certe caratteristiche di personalità; al fatto che la presenza di altri disturbi specifici possa facilitare l'insorgenza di tale comportamento problematico; alla vulnerabilità genetica; all'atteggiamento che la comunità di appartenenza ha nei confronti del gioco d'azzardo); tuttavia, variabili come il sesso, l'età, il livello d'istruzione e l'estrazione sociale, che con i vecchi giochi d'azzardo tiravano fuori dal rischio diverse tipologie di soggetti, oggi ci informano piuttosto sulla tipologia di gioco che più delle altre potrebbe essere causa di disagi per una persona con certe caratteristiche anagrafiche. L'azzardo, insomma, con le sue vecchie e nuove espressioni, non esclude più alcun individuo dal rischio di diventarne schiavo. Per le connotazioni sociali così ampie, luogo dell'intervento diventa l'intera comunità e forma privilegiata d'intervento diviene la prevenzione. Le campagne informative e di sensibilizzazione alla popolazione costituiscono una delle possibili modalità; l'obiettivo di tali iniziative dovrebbe essere non solo quello di informare sui rischi del gioco d'azzardo, ma di diffondere una vera e propria "cultura del gioco responsabile" (Zerbetto, 2001), che guarda ad esso come spazio libero, socializzante e come *risorsa* per l'individuo e per la comunità, avendo il più possibile chiaro il confine tra il benessere che l'azzardo porta con sé e il dramma che non disdegna di mettere in scena. I luoghi della scommessa diventano, a nostro avviso, gli spazi ottimali in cui avviare una serie di iniziative atte a prevenire il gioco problematico e a promuovere la cultura di un gioco "responsabile", in cui protagonisti siano il divertimento e la voglia di socializzare e confrontarsi con gli altri. Pensiamo ad una serie di azioni quali:

- l'informazione sui rischi del gioco e sulle possibilità di aiuto;
- colloqui di sensibilizzazione e spazi di confronto e discussione tra giocatori;
- programmi di informazione, formazione e addestramento per coloro che operano in tali contesti, atti a favorire il riconoscimento precoce dei giocatori "a rischio".

Quest'ultimo punto richiama la necessità di azioni di monitoraggio costante finalizzate ad individuare gli eventuali fattori predittivi del gioco problematico: il tempo trascorso nel luogo adibito alla scommessa che si allunga sempre di più, il fatto di recarsi più di frequente in tali luoghi, la frequenza sempre più intensa delle scommesse, la somma crescente di denaro investita nelle singole giocate, il fatto di giocare in solitudine. Tali fattori, senza avere la pretesa di diagnosticare l'effettiva problematica, costituiscono utili campanelli d'allarme per decidere un'eventuale altra azione precoce. Lasciamo nella dimensione del "non detto" tutte quelle azioni normative che aiuterebbero a limitare i danni di questo nuovo modo di scommettere. Preferiamo, per competenza e possibilità oggettive, scommettere su altro.

#### **Riferimenti bibliografici**

- American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM IV). Washington DC, American Psychiatric Association. Trad. it. DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 1995.*
- Anderson G., Brown R.I.F. (1984), "Real and Laboratory Gambling, Sensation-Seeking and Arousal", in British Journal of Psychology, 75, 401-410.*
- Ashton N. (1979), "Gamblers, disturbed or healthy?", in Lester D. (eds.), Gambling Today, Thomas, Springfield, Illinois.*
- Bergler E. (1957), The Psychology of Gambling, International University Press, New York. Trad. it. Psicologia del giocatore, Newton Compton, 1974.*
- Bolen D.W., Boyed W.H. (1968), "Gambling and the gambler", in Archives of General Psychiatry, 18, 617-630.*
- Breen R.B., Zuckerman M. (1999), "Chasing' in Gambling Behaviour: Personality and Cognitive Determinants", in Personality and Individual Differences, 27, 1097-1111.*

- Collois R. (1958), *Les yeux et les hommes. Le masque et la vertige*. Trad. it. *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Bompiani, Milano, 1981.
- Cancrini L. (1993), "Psicopatologia delle tossicodipendenze: una revisione", in *Attualità in Psicologia*, 8, 3, 59-84.
- Cancrini L. (1996), "Una tossicomania senza farmaci", prefazione a Dostoevskij F., *Il giocatore*, Ed. UP, Roma.
- Croce M. (1998), "Il gioco d'azzardo", in Rigliano P. (a cura di), *In-dipendenze*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Croce M. (2001), "Gioco d'azzardo e psicopatologia: una difficile inclusione", in Lavanco G. (a cura di), *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, McGraw-Hill, Milano.
- Croce M. (2002), "Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia", in Capitanucci D., Marino V. (a cura di), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Franco Angeli, Milano.
- Croce M., Lavanco G., Varveri L. (2001), "Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo", in *Aggiornamenti Sociali*, Anno 52, 6, 504-517.
- Croce, M. (2001). *Gioco d'azzardo e psicopatologia: la difficile inclusione*. In Lavanco, G. (a cura di). *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. Milano: McGraw-Hill.
- Custer R.L. (1982), "Pathological gambling", in Whitfield A. (eds.), *Patients with Alcoholism and other Drug Problems, Year Book Publ.*, New York.
- Custer R.L. (1984), "Profile of the pathological gambler", in *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12), 35-8.
- De Luca, R. (2001). *Auto aiuto e terapia per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie in Italia: esperienze e prospettive*. Atti II Convegno Nazionale, Campoformido (Udine).
- Di Maria, F., Lavanco, G., Lo Re, T. (2000). *Azzardosamente Giochi d'azzardo e bisogni di identità*. *Psicologia Contemporanea*, 162, 29-35.
- Dickerson M.G. (1984), *Compulsive gamblers, Lonngman Group Ltd: London*. Trad. it. *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1993.
- Dickerson M.G., Baron E. (2000), "Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling", in *Addiction*, 95 (8), 1145-1159.
- Dostoevskij F.M. (1866), *Igrok*. Trad. it. *Il giocatore*, Garzanti, Milano, 1982.
- Fenichel O. (1945), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Trad. it. *Astrolabio*, Roma, 1951.
- Fink E. (1957), *Oasi della gioia. Idee per una ontologia del gioco*. Trad. it. Edizioni 10/17, Salerno, 1986.
- Fischer, S. (2000). *L'impatto del gambling sul tessuto sociale*. In M. Croce, R. Zerbetto (2001). *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità d'intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Fisher, S.E. (1993). *Gambling and pathological gambling in adolescents*. *Journal of Gambling Studies*, 9, 3, 277-287.
- Freud S. (1928), *Dostoevskij e il parricidio*. Trad. it. *Opere*, Boringhieri, Torino, 1977.
- Galdston I. (1960), "The gambler and his love", in *American Journal of Psychiatry*, 67, 553-555.
- Gherardi S. (1991), "Il gioco d'azzardo: una rassegna", in *Rivista di psichiatria*, 26, 4, 189-198.
- Greenberg H.R. (1980), "Psychology of gambling", in Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J. (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore/London.
- Greenberg J.L., Lewis S.E., Dodd D.K. (1999), "Overlapping Addictions and Self-Esteem Among College Men and Women", in *Addictive Behavior*, 24, 565-571.
- Greenson R. (1947), "On Gambling", in *American Image*, 4, 61.
- Griffiths, M.D. (1990). *The acquisition, development and maintenance of fruit machine gambling in adolescence*. *Journal of Gambling Studies*, 6, 3, 193-204.
- Guelfi P. (2002). "Il problema neurobiologico del gioco d'azzardo patologico", in Capitanucci D, Marino V. (a cura di), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Franco Angeli, Milano.
- Guerreschi C. (1999), "Il gioco d'azzardo patologico. Quando il gioco diventa una dipendenza", *Città di Bolzano, Assessorato ai Servizi Sociali e Sanità*, Bolzano.
- Guerreschi C. (2000), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*, San Paolo, Milano.
- Haley J. (1976), *La terapia del problem-solving*. Trad. it. *La Nuova Italia Scientifica*, Roma, 1985.
- Hollander E., Wong C. (1995), "Body dimorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions", in *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (4), 7-12.
- Huizinga J. (1938), *Homo ludens*. Trad. it. *Homo ludens*, Einaudi, Torino, 1982.
- Imbucci G. (1997), *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*, Marsilio, Venezia.
- Jacobs D. F. (1989), "Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America", in Shaffer H. J., Stein S., Gambino B., Cummings T.H., *Compulsive Gambling: Theory, Research and Practice*, Lexington Books Massachusetts, Toronto.
- Jacobs D.F., Elia C., Goldstein M. (1991), *Prevalence of problem gambling among hospitalised male adult substance abusers*. Presented at the First National Conference on Gambling, Behaviour Duluth, Minnesota.
- Johnson E.J., Hamer R.M. (1998), "The lie bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow up study", in *Psychological Reports*, 83, 1219-1224.
- L'Abate L. (1994), *A theory of personality development*, Miley, New York.
- Langer E.J. (1975), "The illusion of control", in *Journal of Personality and social Psychology*, 32, 311-321.
- Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, McGraw-Hill, Milano.
- Lavanco G. (2002), *La psicologia della scommessa. Suggestioni sul gioco d'azzardo*. In Capitanucci, D, Marino, V. (a cura di). *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Milano: Franco Angeli.

- Lavanco, G., Varveri, L. (2002). *Dal gioco sociale al gioco problematico: percorsi per un intervento di comunità*. In D. Capitanucci, V. Marino (a cura di). *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Milano: Franco Angeli.
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1987), "The South Oaks Gambling Screen (the SOGS): A new instrument for screening pathological gamblers", in *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1993), "Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders", in *Journal of Addictive Disorders*, 12, 89-102.
- Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. (1986), "Alcoholism, drug abuse and gambling", in *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 10(1), 33-38.
- Margaron H., Pini M. (2001). "Linee Programmatiche per il gioco d'azzardo Patologico in un dipartimento per le dipendenze", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, Franco Angeli, Milano.
- Matussek P. (1953), "On the psychodynamics of the gamblers", in *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 1, 232.
- McCormick R.A., Russo A.M., Ramirez L.F., Taber J.I. (1984), "Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment", in *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- McCown W.G. (1997), *College Student Gambling Inventory*, Northeast Louisiana University, Department of Psychology, Monroe.
- Meyer R.G., Deitsch S.E. (1996), *The clinician's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychopathology*, Allyn & Bacon, Needham Heights.
- Millon T., Millon C., Davis R.D. (1994), *Millon Clinical Multiaxial Inventory*, III National Computer Systems, Minneapolis.
- Moran E. (1970), "Varieties of Pathological Gambling", in *British Journal of Psychiatry*, 116 (535), 593-597.
- Moran E. (1975), "Pathological gambling", in *British Journal of Psychiatry, Special Publication*, 9, *Contemporary Psychiatry*, Royal College of Psychiatrists, London.
- Murray H.A. (1938), *Explorations in Personality*, Science Editions, New York (citiamo dalla ristampa anastatica del 1962).
- Nigro, G. (1983). *Contributo alla taratura italiana della scala di controllo interno-esterno (I-E) di Rotter*. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 168, 29-41.
- O'Brien Cousins, S., Witcher, C., Moodie, J. (2002). *Hight Quality Aging or Gambling with Health? The Lifestyles of Elders Who Play Bingo. Final Summary Report*, Alberta Gaming Research Institute.
- Powell J., Hardoon K., Derevensky J.L., Gupta R. (1999), "Gambling and Risk-Taking Behaviour Among University Students", in *Substance Use and Misure*, 34, 1167-1184.
- Ramirez L.F., McCormick R.A., Russo A.M., Taber J.I. (1983), "Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment", in *Addictive Behavior*, 8, 425-428.
- Rosenthal R.J. (1987), "The Psychodynamics of Pathological Gambling : a Review of the Literature", in Galski T., Charles C. (a cura di), *The handbook of Pathological Gambling*, Thomas, Springfield Illinois.
- Rosenthal R.J. (1992), "Pathological gambling", in *Psychiatric Annals*, 22, 72-78.
- Rotter J. B. (1960), "Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedure", in *Psychological Review*, 67, 5.
- Sarchielli G., Dallago P. (1997), "La seduzione del gioco d'azzardo: dinamiche personali e socio-economiche", in Minardi E., Lusetti M. (a cura di), *Luoghi e professioni del loisir*, Franco Angeli, Milano.
- Shaffer H., LaBrie R., Scanlan K.M., Cummings T.N. (1994), "Psychological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS)", in *Journal of Gambling Studies*, 10, 339-362.
- Skinner B. F. (1953), *Science and Human Behavior*, Free Press, New York.
- Spazzapan, B. (2001). "Auto aiuto e terapia per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie in Italia, Esperienze e prospettive". *Atti II Convegno Nazionale, Campoformido (Ud)*.
- Specker S.M., Carlson G.A., Christenson G.A., Marcotte M. (1995), "Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers", in *Clinical Psychiatry*, 7 (4), 175-178.
- Steiner J. (1993), *I rifugi della mente*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Von Hattingberg H. (1914), "Analerotik, Angstlust und Eigensinn", in *Internationale Zeitschrift fur Psycholanalyse*, 2, 244-258.
- Walters F., Glenn D. (1999), *The Addiction Concept: Working Hypothesis or Self-Fulfilling Prophecy?*, Needham Heights, NJ: Allyn and Bacon.
- Zerbetto, R. (2001). *Dall'intervento terapeutico ad una politica di gioco responsabile*. In G. Lavanco (a cura di). *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. Milano: McGraw-Hill.
- Zuckerman M. (1983), "La ricerca di forti sensazioni", in *Psicologia contemporanea*, 59.
- Zuckerman M. (1994), *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Zuckerman M., Eysenck S.B.G., Eysenck H.J. (1978), "Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age and sex comparisons", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.