

IL CASO DEL GIOCO D'AZZARDO: UNA DROGA CHE NON ESISTE, DEI DANNI CHE ESISTONO.

Personalità/Dipendenze, 2001, fasc. II, pp.225-242

Mauro Croce

psicologo, psicoterapeuta, criminologo.

Responsabile Educazione Sanitaria ASL 14 VCO

Docente di Psicologia Sociale ed Intervento di Comunità

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Lugano.

While gambling is a very common activity and for most people a harmless one, the author presents an analysis of the social costs and risks related to pathological gambling. Studies of epidemiological approach are mentioned, as well as the risks regarding the teen-agers and the correlations, switches, and analogies, with forms of chemical addiction. A critical view of DSMIV regarding the Pathological Gambler is then proposed and finally the "old" Robert Custer Model is presented.

Il mercato dei "giochi d'azzardo" sta presentando in Italia una ampia e crescente offerta di giochi, di diverse modalità di gioco e di maggiori occasioni e luoghi per giocare. Tale aumento dell'offerta sta avvenendo nonostante i dati del 2000 abbiano evidenziato una non trascurabile flessione nel denaro speso in gioco d'azzardo dopo la fortissima progressione che, nel decennio 89-99, aveva segnalato il passaggio da 8860 MLD ai 18mila MLD del 95 agli oltre 34mila MLD del 99. E' pur vero che tali dati sono diversamente interpretabili, si riferiscono ai soli giochi legali, mentre non si hanno dati precisi ed attendibili sui videopoker e mancano del tutto dati e riscontri relativamente al gioco on-line. Ciò che tuttavia appare assolutamente carente è la mancanza di studi di impatto sociale, l'organizzazione di risposte e politiche di prevenzione e di riduzione dei danni, e di aiuto ai giocatori problematici ed ai loro familiari soprattutto in relazione ai sempre più forti allarmi e preoccupazioni dovuti a forme di vera e propria dipendenza da gioco che è lecito ritenere possano essere in aumento. Lo stesso Imbucci, che del gioco ha analizzato in Italia l'evoluzione storica, evidenziando come il ricorso ad esso abbia soddisfatto funzioni di tipo ludico nei momenti di diffuso benessere e di tipo compensativo nei periodi di crisi, segnala ora la forte e preoccupante funzione regressiva nel ricorso al gioco (Imbucci, 1999). Ciò appare cogliersi dalla "crescita vorticosa e non omogenea del volume di gioco in presenza di concomitanti crisi economiche e sociali", dalla "prevalenza di giochi di alea sui giochi di abilità", e dalla "accentuata incertezza del futuro". Ma quali sono i costi sociali del gioco patologico? Secondo diversi studi i costi delle derive patologiche o problematiche del gioco d'azzardo andrebbero ricercati in più aree, tra le quali le più importanti sono quella delle relazioni sociali e familiari (crisi economiche, separazioni, divorzi, problemi

di co-dipendenza, problemi per i figli [Politzer e Morrow, 1980]), quella dello sconfinamento nell'illegalità e nell'usura ed infine quella dei costi sociali e sanitari. Riguardo al secondo punto, uno studio condotto in Gran Bretagna ha evidenziato come i giocatori patologici siano frequentemente coinvolti in attività illecite finalizzate al procacciarsi denaro per giocare (Spunt et al., 1998) ed i reati più facilmente commessi, secondo Brown, sarebbero la frode, la falsificazione della firma, l'appropriazione indebita ed i piccoli furti (Brown, 1987). Anche uno studio condotto in Australia su pazienti in trattamento confermerebbe tali indicazioni, in quanto gli autori segnalano la presenza di almeno un reato legato al gioco nel 59% dei casi, con un rischio maggiore di condotte illegali nei soggetti con disturbo antisociale di personalità (Blaszczynski & McConaughy, 1994). Il fenomeno della microcriminalità legata al gioco d'azzardo patologico non sembra inoltre risparmiare le donne (Lesieur & Blume, 1991) ed anche gli adolescenti. E' poi da considerare il rischio legato all'impiego, da parte della criminalità organizzata, dei proventi del gioco d'azzardo illegale, come aperto è il tema relativo al riciclaggio di "denaro sporco". Per quanto riguarda invece i rischi ed i costi in ambito sanitario, va segnalato come il giocatore patologico attraversi spesso periodi di profonda depressione, di forte nervosismo, di paura, di rischio di suicidio, di assunzione di farmaci per malesseri secondari al gioco d'azzardo ed altri sintomi "stress related" quali difficoltà di memoria e concentrazione, disordini intestinali, emicrania etc. (Lorenz & Yaffee, 1986,a,b; Lorenz & Yaffee, 1988; Bergh & Kuhlhorn, 1994; Mc Kee & Sassi, 1995; Persaud, 1995; Lesieur 1984, ;Meulebeek P., Gorter 1996,O'Brien, 1995; Moran, 1995; Eskin, 1995; Setness, 1995). Da non ultimo credo sia importante segnalare come sia stata riscontrata in alcuni giocatori una vera e propria sindrome di astinenza con sintomi quali dolori addominali, tremori, mal di testa, diarrea, sudori freddi Custer, (1982).

IL GIOCO D'AZZARDO COME FENOMENO SOCIALE ED I SUOI RISCHI

Il gioco d'azzardo costituisce una attività sociale di grande diffusione e, per la maggior parte delle persone, priva di conseguenze. Si stima infatti che su 45 milioni di italiani tra i 18 ed 80 anni, 13 milioni non giochino, 8 giochino ad un solo gioco e 24 milioni a più di un gioco. A differenza delle opinioni della popolazione (il 48,3 dei maschi ed il 51.5 delle femmine appartenenti ad un gruppo statisticamente rappresentativo secondo un recente studio Eurispes indicano nel ricorso al gioco un vizio, ed il 22,6 dei maschi ed il 27.2 delle femmine un modo di rovinarsi) le analisi di tipo psicosociale sembrerebbero indicare nel ricorso al gioco la possibilità di trovare una forma di risposta - non necessariamente disfunzionale o problematica - a bisogni ed a ruoli altrimenti non raggiungibili o non esprimibili (Zola, 1964, Devereux, 1968, Goffman 1971, Azzimondi et al. 2001). Il giocare d'azzardo rappresenterebbe infatti per molte persone un "mondo altro e parallelo" in contrapposizione - o in alternativa - ad un mondo apparentemente governato da razionalità e da calcolo. Un mondo "altro" che permette" di vivere una avventura, una sfida, o di sperare in "un magico cambiamento della propria vita". Ma giocare d'azzardo è anche per molti una possibilità per riempire (o non vedere) momenti di noia, di mancanza di senso, di depressione, di insoddisfazione. Elementi questi che spesso sono alla base del ricorso al gioco, ma che rischiano di trasformarsi in "un movente": sia esso l'eccitazione, lo sfoggio d'abilità, l'intrattenimento, la possibilità di vincere (Lavanco, Varveri, 2001). Il giocare diventa allora uno "spazio magico altro e vitale" che protegge dal mondo

esterno ed attraverso il quale è possibile costruirsi una ricchezza immaginaria fatta di sogni e fantasie, di altri sé. Uno spazio libero da scelte, da limiti, da fatiche, da “principi di realtà” e dove è possibile concentrare dimensioni dicotomiche quali: identità/disidentità; aspettative/frustrazioni; ansie/sogni; onnipotenza/fragilità” (Croce, Lavanco, Varveri, 2001). Ciò che però è importante sottolineare è come si stia verificando nell’offerta e nel consumo di gioco d’azzardo una importante trasformazione. Una trasformazione non solo di tipo quantitativo (maggiori giochi a disposizione, maggiori luoghi ove giocare, minore o inesistente soglia d’accesso) ma anche di tipo qualitativo per via dell’immissione di giochi con caratteristiche di maggiore addittività. Così come le sostanze infatti anche i giochi sono molto diversi tra loro in relazione alla maggiore-minore potenzialità nel produrre rischi di addiction a tal punto che si può parlare (in accordo con il Ministero dell’Interno della Gran Bretagna , Home Office,1996) di distinzione tra giochi hard (pesanti) e giochi soft (leggeri). La distinzione principale tra giochi pesanti o leggeri sarebbe in relazione alla riduzione del tempo tra la giocata ed il pagamento della vincita; alla frequenza delle possibilità di gioco, alla possibilità di ripetere la giocata (elemento che favorisce la cosiddetta rincorsa alla perdita che costituisce uno degli elementi di maggiore rischio), ed alla possibilità di continuare a giocare non creando situazioni di discontinuità nelle sequenze di gioco. I nuovi giochi tecnologici (pur rifacendosi o richiamando in taluni casi giochi tradizionali) si stanno distinguendo per la loro attitudine ad un gioco solitario ed a-sociale con evidenti rischi di sconfinamento in forme di gioco problematico e patologico (Croce, 2001,a). Se diverse poi possono essere le motivazioni al gioco, il giocare in solitudine è stato dimostrato da alcuni studi britannici (Fisher (1993, Griffiths 1990) essere una delle principali cause di sviluppo di problema. Particolare interesse e preoccupazione riveste poi l’impatto della diffusione delle nuove forme di gioco presso gli adolescenti dove si evidenzia passaggio da giochi informali autoorganizzati e autogestiti verso il consumo di forme di gioco commerciale ed a forte rischio di addiction quali le slot-machines ed i video-poker. Le conseguenze più importanti sarebbero da ricercare nell’alto dispendio di denaro, nelle assenze dalla scuola e nei gli scarsi risultati scolastici, nei furti, nella depressione e gli intenti suicidi e nell’incrocio con l’uso di sostanze additive e con altri indicatori di disadattamento sociale (Lesieur e Klein, 1987; Ladouceur e Mireault, 1988; Fisher, 1993; Yeoman e Griffiths, 1996; Gupta e Derevensky, 1997b).

IL GIOCATORE PATOLOGICO DAL DSM III al DSM IV : I dubbi ancora aperti.

Un tema molto forte e che divide gli studiosi è se il gioco d’azzardo debba essere considerato un comportamento di addiction o meno. Le tesi in favore di tale ipotesi, come si vedrà oltre, si fondano su indubbie evidenze. Tuttavia nel 1980 l’A.P.A. (American Psychiatric Association) ha inserito il gioco d’azzardo patologico (Pathological Gambling) nella terza versione del DSM come un disturbo del controllo degli impulsi. Tale inclusione nasceva dalla constatazione che la dinamica di certi comportamenti disfunzionali del giocatore patologico ricorderebbero le fasi tipiche degli atti impulsivi e cioè uno stato di tensione preliminare, una azione ed una sensazione di piacere-sollievo contemporanea o successiva. Nonostante alcune forti reazioni all’inclusione del gioco d’azzardo patologico tra i disturbi del controllo degli impulsi (si veda l’analisi storica di Castellani, 2000), il consenso da parte degli studiosi sembra essere stato abbastanza ampio ed acritico e ciò anche probabilmente in relazione alla simile inclusione

nell' ICD-10. Tale collocazione tuttavia è sempre più andata in crisi e, nonostante alcune similitudini, risulta ora ai più quanto meno bizzarra ed inappropriata la collocazione dei giocatori in compagnia di tricotillomani, cleptomani, persone affette da disturbo esplosivo intermittente, piromani, in un contenitore che di fatto - attorno al concetto cardine di discontrollo - comprende elementi e comportamenti (o sintomi) in realtà assai diversi tra loro. Anche l'ipotesi di una equiparazione del giocatore patologico con i Disturbi Ossessivo-Compulsivi (Hollander,1998) ha riscosso e riscuote una certa attenzione anche - e forse prevalentemente - nel campo dei trattamenti farmacologici. Tale ipotesi nasce dalla considerazione della ripetitività dei comportamenti e dei ricorrenti pensieri centrati intorno all'attività di gioco. Tuttavia anche tale tesi risulta piuttosto debole in quanto l'impulso a giocare, a differenza del disturbo ossessivo compulsivo, appare egosintonico e non sembra manifestare l'intrusività e l'afinalismo delle ossessioni. Le preoccupazioni del paziente sembrano poi riferite - come lo stesso DSMIV riconosce - più alle conseguenze del gioco che non al gioco in sé (" la persona di solito ne trae piacere e può desiderare di resistervi solo per le sue conseguenze deleterie" DSMIV pag.466, ed it.1995). Il giocare poi non sembra avere la stessa intensità difensiva, non viene considerata dal paziente una attività irragionevole se non nella dismisura e nella difficoltà di porne un freno e si presenta come comportamento con una intenzionalità ed una premeditazione. Elementi questi che - pur in presenza di alcune similitudini - deporrebbero in favore di forti elementi di differenza dalle compulsioni.

Di fatto ancora oggi il gioco d'azzardo patologico è inquadrato nel DSMIV all'interno dei disturbi di controllo degli impulsi non classificati altrove come comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco d'azzardo (criterio A) tale da compromettere le attività personali, familiari e lavorative. Distinguendo tuttavia se tale comportamento è attribuibile ad un episodio maniacale (criterio B) e precisando che problemi di gioco d'azzardo possono manifestarsi in soggetti con disturbo antisociale di personalità. Quali criteri diagnostici per F63.0, nel DSMIV viene indicata la presenza di almeno cinque elementi tra questi dieci :

- 1) E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)
- 2) Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
- 3) Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.
- 4) E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- 5) Gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (ad esempio: sentimenti di impotenza, colpa , ansia o depressione.
- 6) Dopo aver perso al gioco, spesso torna ad un altro gioco per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite).
- 7) Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
- 8) Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
- 9) Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.

10) Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

Ma il giocatore d'azzardo patologico - così come evidenziato dal DSMIV - presenta aspetti sia di antisocialità che di psicopatia (criteri 7, 8, 9, 10), di ossessività (criterio 1) e compulsività (criteri 2, 6), sintomi assimilabili al craving (criteri 3, 4), ed anche aspetti di ansia e depressione (criterio 5) anche se questo criterio - come osservano Dickerson e Baron (2000) - appare quanto mai vago, ambiguo e certamente aspecifico. L'eterogeneità poi dei criteri diagnostici pone un problema metodologico di non facile soluzione (Wakerfield, 1997) per via di una sovrainclusione che non garantisce l'indipendenza delle variabili ed una non precisa differenziazione tra sintomi funzionali e non funzionali. Queste osservazioni evidenziano solo alcune delle difficoltà nel definire e nell'utilizzare criteri per inquadrare il giocatore patologico o problematico. Se è infatti relativamente semplice cogliere le differenze e le specificità tra i due poli del problema (ovvero tra chi gioca raramente ed in maniera controllata e chi invece evidenzia tutti gli elementi di addiction nel gioco) difficile è comprendere le diverse sfumature tra diversi comportamenti di gioco anche all'interno di modalità comportamentali simili. Se Bolen e Boyd (68) sostengono che sarebbe più appropriato considerare il gioco patologico come sintomo complesso riscontrabile in una vasta gamma di disturbi mentali piuttosto che un disturbo specifico a se stante, Dickerson (1993), pur non condividendo tale ipotesi, evidenzia come da una analisi della letteratura il gioco patologico venga da molti considerata una sindrome a tutti gli effetti, a volte associata ad un disordine di altra natura. Interessante anche la posizione di Cancrini (1996) il quale sottolinea come, relativamente al decorso ed ai vissuti (...) ci si dovrebbe orientare chiaramente verso una struttura di personalità analoga a quella dei tossicomani del tipo C e fortemente caratterizzata in senso border-line. Infatti tali pazienti presentano oscillazioni violente del tono dell'umore, pienezza del coinvolgimento, difficoltà di controllo, manifestazioni di labilità dell'io, ed altri elementi che sono i segni più comuni di un funzionamento a questo livello. Tuttavia lo stesso autore ricorda come ciò che caratterizza la situazione del giocatore patologico, non risiederebbe soltanto nella dimensione sincronica del vissuto, ma anche in quella diacronica del decorso. Cioè "le persone che sperimentano un coinvolgimento personale totale con il gioco (o con le droghe) funzionano tutte, nel tempo in cui tale coinvolgimento si manifesta, ad un livello di border-line. Ma tale coinvolgimento può essere limitato nel tempo e legato a circostanze individuali e modificabili. Tra le varie ipotesi, Moran (1970) propone una categorizzazione tra diversi livelli di gioco all'interno di una posizione teorica che considera il gioco come problema primario o sintomatico di un altro problema: generalmente uno stato depressivo. Le categorie indicate da Moran sarebbero: subculturale, nevrotico, impulsivo, psicopatico, sintomatico. Tale posizione è tuttavia criticata da altri autori sia per l'assenza di un criterio metodologico e statistico sia per la mancata precisazione dei criteri diagnostici adottati. Nonostante ciò anche Kusyszyn (1973) indica cinque diverse varietà di gioco patologico, mentre Dickerson - nel ritenere ottimistiche tali categorizzazioni - propone di considerare i giocatori ad alta frequenza come unico gruppo (sebbene eterogeneo) che si differenzerebbe dagli altri sul grado di autocontrollo. Studi recenti relativi agli outcomes (Blaszczynski e coll. 1991, Gonzales-Ibanez, 1996, Blaszczynski, 2000) hanno portato a considerare e sostanziare l'ipotesi che "il giocatore patologico (così come "trovato" dal DSMIV) non appartenga ad una categoria omogenea. E che i soggetti che presentano "almeno cinque dei criteri" appartengano a sottogruppi molto diversi tra loro

sebbene accomunati da comportamenti simili” (Croce, 2001,b). I sottogruppi ipotizzabili secondo Blaszczynski (2000, cit.) sarebbero : il sottogruppo dei giocatori patologici non patologici, quello dei giocatori emotivamente disturbati e quello dei giocatori con correlati biologici. Mentre i soggetti del primo gruppo sarebbero caratterizzati dall’assenza di ogni specifica diagnosi di premorbidità, di concomitante abuso di sostanze e l’ansia la depressione possono essere interpretabili come risultato e non causa del gioco, gli appartenenti al secondo sottogruppo sembrano presentare fattori di vulnerabilità , possono presentare familiarità con il gioco, tratti di personalità nevrotici ed esperienze negative nel corso dello sviluppo. Gli appartenenti al terzo sottogruppo sarebbero invece caratterizzati da componenti di ordine biologici che comportano impulsività nel comportamento (Steel & Blaszczynski, 1996), deficit nell’attenzione e sarebbero caratterizzati dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità, da familiarità e da tratti di personalità nevrotica.

EPIDEMIOLOGIA DEL GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO E PROBLEMATICO

Le ricerche epidemiologiche stimavano (Kallick et al., 1979) negli USA, nel 1974, un milione e centomila probabili giocatori compulsivi, ai quali aggiungere altri tre milioni e trecentomila potenziali giocatori compulsivi, pari allo 0,77 ed al 2,33 % della popolazione adulta. Nonostante questo studio sia stato oggetto di diverse critiche per l’utilizzo di indici indiretti di misura dei problemi legati al gioco e per l’arbitrarietà della distinzione tra giocatore “probabile” e “potenziale” (Nadler 1985), ricerche successive condotte in diversi stati americani indicano sostanzialmente un tasso di probabili giocatori patologici tra l’1,5 ed il 3% della popolazione adulta (Culleton, 1985, Culleton e Lang, 1985). Tali dati sembrerebbero superare una “storica” ed “ottimistica” ipotesi di Clark (1966), secondo il quale poco meno dell’1% di tale popolazione avrebbe potuto rientrare nella categoria del gioco patologico così come è stata assunta successivamente dal DSM-IV, che colloca tale percentuale tra l’1 ed il 3%. Secondo uno studio della Johns Hopkins University, il gioco per questa fascia di popolazione diventerebbe causa di vari problemi e costi individuali e sociali legati a minore produttività, al giro di denaro che spesso va ad organizzazioni criminali alimentando il riciclaggio e l’usura, a spese dovute all’applicazione della legge ed alla carcerazione, ed a danni al sistema familiare e sociale del soggetto.

Tuttavia, individuare la percentuale di giocatori patologici in una data popolazione costituisce una sfida estremamente complessa per diverse ragioni. La prima è la difficoltà di analizzare un fenomeno per molti aspetti occulto e variegato (si pensi da non ultimo alla possibilità di giocare via internet). Una seconda ragione è che risultano molto complesse ed arbitrarie sia la definizione stessa di giocatore patologico, sia la distinzione tra le diverse sfumature che vanno dal gioco innocuo, a quello problematico e a quello patologico. Da non ultimo un tema che divide i ricercatori è relativo al tempo di osservazione (timeline). Ad esempio gli studi che utilizzano il DSM-IV possono operare una distinzione tra i giocatori che hanno incontrato i criteri del gioco patologico o problematico una volta o l’altra nella vita, oppure nell’ultimo anno. Al fine di misurare la prevalenza nella popolazione generale, il considerare il tempo relativo alla vita di una persona (lifetime) può portare a sovrastimare i giocatori patologici includendo persone che possono avere superato il problema e non presentare attualmente alcun

sintomo. D'altro canto, considerare solo l'ultimo anno può portare a sottostimare il problema in quanto il totale può non includere persone che potrebbero continuare a presentare problemi pur non avendo avuto comportamenti oggetto di analisi nell'ultimo anno. Nonostante queste cautele, uno studio di Shaffer sulla letteratura stima che approssimativamente l'1.6 % della popolazione adulta statunitense si collocherebbe nella descrizione del DSM-IV di "Pathological Gambler" (Level 3) ed un altro 3.85 % tra i "Level 2 Gamblers" (dove vengono inserite le persone problematiche ma al di sotto del livello patologico). Secondo uno studio del NORC (1999) l'incidenza di gioco patologico sarebbe meno frequente tra i soggetti ultrasessantacinquenni, i laureati ed i nuclei familiari ad alto reddito, mentre sarebbe superiore tra i giovani, le classi sociali meno abbienti e le persone meno istruite.

Nonostante non esista una uniformità di vedute tra i ricercatori riguardo le cause del gioco d'azzardo patologico, una analisi del National Research Council evidenzia alcuni elementi come fattori predittivi o favorevoli il passaggio ad un gioco problematico o patologico. In primo luogo, il gioco patologico si verifica spesso in coincidenza con altri problemi comportamentali, compreso l'abuso di sostanze, i disturbi dell'umore e della personalità. Tuttavia la comorbidità costituisce un fattore importante, ma fonte di complicazioni, nello studio della base di tale disturbo in quanto è tutt'altro che chiaro e condiviso se il gioco problematico o patologico costituisca una singola patologia a sé stante, o se sia semplicemente un sintomo di una comune predisposizione, d'ordine genetico o altro, che starebbe alla base di tutte le dipendenze. In secondo luogo viene segnalata la familiarità. Infatti è maggiore la probabilità che i giocatori patologici riferiscano che i loro genitori erano giocatori patologici, indicando così la possibilità che fattori genetici o di modelli di ruolo possano incidere nel predisporre persone al gioco patologico. In ultimo luogo viene segnalato come fattore di rischio il precoce contatto con il gioco. Tuttavia, molte persone che raccontano di essere state grossi giocatori in gioventù, dicono anche di aver "superato" questo modello di comportamento andando avanti negli anni. Questo processo viene talvolta assimilato a quello degli studenti bevitori "da baldoria" che possono rientrare nella definizione di "bevitori problematici" mentre studiano ma che riducono in maniera significativa l'uso di alcol dopo la fine degli studi. E' forse opportuno ricordare come, secondo il DSM-IV "Il Gioco d'Azzardo Patologico inizi tipicamente nella prima adolescenza nei maschi e più tardivamente nelle femmine. Sebbene un piccolo numero di individui rimangano "presi all'amo" fin dalla prima scommessa, per la maggior parte il decorso è più insidioso. Possono esservi anni di gioco d'azzardo socialmente accettato seguiti da un esordio brusco che può essere precipitato da una maggiore esposizione al gioco d'azzardo o da un fattore stressante. La modalità del gioco d'azzardo può essere regolare o episodica, e il decorso del disturbo è tipicamente cronico. Generalmente vi è una progressione della frequenza del gioco d'azzardo, delle somme scommesse, e dell'eccessiva dedizione al gioco e alla ricerca di denaro con cui giocare. L'impulso e l'attività di gioco d'azzardo generalmente aumentano durante periodi di stress o di depressione. Ciò che sembra importante sottolineare è come "la carriera" del giocatore per certi aspetti rischi di essere letta come un percorso obbligato, contrassegnato da tappe e passaggi in un certo senso prevedibili. Tuttavia non abbiamo a disposizione studi conclusivi che ci permettano di comprendere quanto altre persone - non diventate giocatori patologici - abbiano attraversato in fasi della loro vita momenti di grosso e potenzialmente pericoloso rapporto con il gioco e quanto altre persone riescano a mantenere un rapporto problematico con il gioco pur mantenendo un relativo

controllo della situazione. Se lo studio dei fattori predisponenti può offrire agli studiosi elementi di interessante osservazione e di formulazione di ipotesi è anche importante segnalare il rischio segnalato da Valleur e Bucher (1997) di una costruzione sociale dell'identità del giocatore patologico. Secondo infatti i due studiosi francesi gli strumenti diagnostici, le categorizzazioni, e l'inclusione in contenitori standard di condotte umane complesse, se risultano utili nel favorire un approccio razionale finalizzato ad esigenze e ricerche di ordine epidemiologico, possiamo d'altro canto mettere in crisi i terapeuti abituati ad un approccio attento a valutare ogni caso clinico considerandone la storia personale e la personalità nel suo insieme e diventare allo stesso tempo sia guida al colloquio sia strumento di valutazione, trasformando tutto l'intervento in aggiustamento normativo dei comportamenti. Questo risulta assai grave se tutti i giocatori etichettati come patologici divengono per lo studioso categoria a sé e tutti i problemi legati al gioco in generale sono letti come forme minori, di esordio, larvate, di gioco patologico, utilizzando la nozione di giocatore sociale per designare le persone che, pur presentando difficoltà legate al gioco, non rispondono ai criteri del DSM-IV.

IL GIOCO D'AZZARDO COME ADDICTION

Quella del giocatore patologico appare però - da più profili - una condotta simile, e per certi aspetti sovrapponibile, ad altri comportamenti di addiction. E' infatti noto ai clinici come molti tossicomani, etilisti e giocatori patologici "sostituiscano" (cfr. il fenomeno dello shift degli anglosassoni) "integriano", "amplificano" o incrocino (cross-addiction) diversi comportamenti di abuso e dipendenza con o senza sostanze. Curiosamente tale forte similitudine è ritrovabile anche negli stessi criteri del DSM dove, sostituendo il termine gioco d'azzardo con sostanza psicoattiva si trova la sostanziale equivalenza di otto criteri su dieci. Farebbero eccezione il criterio 6 che descrive la tipica rincorsa alla perdita del giocatore (ovvero il cosiddetto fenomeno del chasing) ed il criterio 10 relativo al fare affidamento ad altri per affrontare una situazione finanziaria causata dal gioco anche se comportamenti simili si ritroverebbero anche nei tossicomani. Molti elementi quindi depongono a favore del considerare il gioco d'azzardo patologico una condotta di addiction e questo anche in considerazione al fatto che lo stesso concetto di addiction come è noto, sembra sempre più ampliare il proprio dominio comprendendo anche fenomeni quali i disturbi del comportamento alimentare, lo shopping compulsivo, l'Internet addiction, l'exercice addiction, ecc. D'altro canto va ricordato come McCown e Chamberlain (2000) ritengano che la pseudodistinzione tra utilizzo di sostanze chimiche (chemical ingestion) e comportamenti non direttamente causati da sostanze, come criterio di addiction, sia in contraddizioni con l'attuale concetto di addiction ed il tentativo di trovare posto per le addiction senza sostanze da parte degli estensori del DSMIV sia scientificamente inesatto e terapeutamente non utile (lett.inadeguate) per il cliente o il paziente. (18). Ma non è solo sul piano delle similitudini che il gioco d'azzardo e l'uso di sostanze trova equivalenze. Esiste come detto anche il piano delle sovrapposizioni (o delle comorbidità) tra i due comportamenti che trova riscontro in numerosi studi. Pur con differenze di metodo e di risultati, sono molti gli studi che segnalano una forte prevalenza di gioco

d'azzardo patologico tra tossicodipendenti in trattamento. Tale prevalenza varia dal 16% (Spunt et al 1995) al 33% (Daghestani al., 96), dal 9 al 14 % (dato riferito ad alcolisti e tossicomani in trattamento, Lesieur e Blume (1986). Tale tasso però aumenta notevolmente se ci si riferisce ad un gioco problematico, ovvero ad una modalità di gioco da parte di un soggetto che, pur non arrivando a presentare almeno cinque dei criteri del DSM tuttavia evidenzia più criteri o indicatori diversi di preoccupazione. L'incidenza particolarmente elevata di giocatori patologici o problematici tra i tossicomani, rispetto alla popolazione generale, appare inoltre confermata da ricerche italiane (G. Bonfiglio, G. Barletta, 1992, Capitanucci, Biganzoli 2000) . Se poi rapportato alla popolazione generale (Roerich et al. 1994) il tasso di gioco patologico tra i tossicodipendenti in trattamento sarebbe superiore da quattro a dieci volte. Di contro i giocatori in trattamento presenterebbero una alta "problematicità" (dipendenza o abuso) con il consumo di droghe o alcol ed un report del 1999 del National Gambling Impact Study Commission stima l'incidenza di abuso di sostanze tra i giocatori patologici tra il 25 ed il 63 % segnalando come, i soggetti in trattamento per "chemical dependence" presentino una probabilità di essere giocatori problematici da tre a sei volte superiore rispetto la popolazione generale. Tale maggiore probabilità di essere stati dipendenti da alcol o droghe o abbiano fatto uso di sostanze illecite negli ultimi dodici mesi da parte di soggetti che riportano esperienze di gioco a rischio, problematico o patologico, rispetto ai giocatori a basso rischio o ai non giocatori è anche evidenziata da un survey del N.O.R.C (1999). Uno studio di Smart e collaboratori su un campione di 2mila soggetti rilevato poi la presenza di una correlazione significativa tra alcolismo e il gioco d'azzardo (Smart R.G. et al. '96, Lesieur, Blume e Zoppa (1986), evidenziando come su 458 pazienti con dipendenza da alcol o da altre sostanze di abuso, l' 89% riferisca periodi di gioco d'azzardo ed una tendenza all'uso di sostanze associato al gioco. Inoltre se nel 9% dei soggetti analizzati la diagnosi era confermata, nel 10% dei soggetti con diagnosi negativa risultavano tuttavia presenti problemi di gioco. Ciò che forse può essere interessante rilevare è come la disposizione degli indici di prevalenza in ordine decrescente evidenziasse come la percentuale più alta (18% dei patologici ed 11% dei problematici) fosse costituita da soggetti dipendenti da una sola sostanza seguiti (12 e 10%) da coloro i quali risultavano dipendenti da alcol ed altra droga, mentre gli alcolisti puri presentavano la percentuale più bassa (5 e 10%). La presenza di familiari giocatori problematici era del 62% per il padre dei soggetti osservati, il 30 per la madre ed il 40 per un fratello, mentre il padre alcolista portava a 25% l'indice di prevalenza di gioco problematico.

Ma il gioco d'azzardo presenta la particolarità di "costruire ed autoalimentare una addiction" in assenza di qualsiasi sostanza. "E' come se il giocare d'azzardo si offrisse come dipendenza allo stato puro, consentendoci di definire la consistenza mentale "in essenza", cristallina e astratta, non inquinata da altre dinamiche e sostanze con una loro specifica azione biochimica, o fattori esterni o estranei che tanta parte hanno nell'esperienza e nella mitologia tossicomantica". Infatti "la dipendenza da - e con - il gioco d'azzardo, pur essendo tutta un "gioco della mente", non si ferma a tale livello, ma si presenta come struttura del comportamento globale, complessiva" (Rigliano, Croce, 2001). E' allora evidente come lo studio dello stesso anziché aprire lo scenario ad una "nuova sindrome o malattia" da isolare ed imbalsamare, come sembra auspicato dai molti, potrebbe invece essere occasione straordinaria di studio ed analisi comparata per meglio comprendere gli elementi centrali e costitutivi del "divenire dipendente".

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO COME CARRIERA

Diverse ed estremamente articolate appaiono le posizioni interpretative sulle cause del gioco patologico, di cui in questa sede si ricorderanno solo i filoni storicamente più importanti e fecondi, rimandando a lavori più completi ed organici l'approfondimento e la disamina delle varie posizioni (si veda ad esempio : Croce, Zerbetto, 2001, Lavanco, 2001). Tra le posizioni più importanti va ricordato come il ricorso patologico al gioco venga interpretato come : a) un disordine legato all'addiction; b) ad un conflitto psichico irrisolto (si veda in tale ambito la letteratura psicoanalitica e la recente sintesi che ne offrono Maffei (Maffei, 2001) e Zerbetto (Zerbetto,2001); c) un problema che ha una causa legata ad una disregolazione-discontrollo bio-psicologico, e spiegabile sulla base di correlati cerebrali: recettoriali e neurotrasmettitoriali (si veda Guelfi, 2001); d) un apprendimento appreso ed il risultato di distorsioni ed irrazionalità di tipo cognitivo (Ladouceur et al,2000). Interessante sembra poi il campo di studi, che si potrebbe definire il paradigma della vulnerabilità e dei fattori di rischio, che raggruppa al proprio interno alcune delle ipotesi sopraesposte comprendendo anche altre ipotesi quali la ricerca di sensazioni, il ruolo svolto dal locus of control, la comorbidità con altri disturbi ecc. Interessante però appare (sebbene trascurato dalla recente letteratura ed a causa di tale ingiustificata emarginazione lo si riporterà in maniera più organica) il contributo di Custer (Custer 1982, Custer e Milt,1985) uno dei pionieri nello studio del gioco d'azzardo, e noto per avere creato nel 1971 la prima unità di trattamento per giocatori presso il Veteran Administration Hospital di Brecksville in Ohio mutuando metodi per il trattamento degli alcolisti. Custer ha proposto un modello di interpretazione a fasi del gioco d'azzardo patologico. Così come è per altre condotte di dipendenza, non è infatti il semplice incontro tra una persona ed una sostanza che di per sé determina o scongiura in maniera immediata una forma di dipendenza. Nonostante un piccolo numero di individui rimangano "presi all'amo" fin dalla prima scommessa, o il primo incontro con la sostanze, per la maggior parte delle persone l'evoluzione è più insidiosa. Possono esservi anni di gioco d'azzardo controllato seguiti da un una fase di grande coinvolgimento e spesso i giocatori riferiscono di momenti di totale astinenza intervallati da momenti di totale coinvolgimento. Ragionare sul gioco d'azzardo patologico come punto di arrivo di una carriera significa attribuire senso, importanza e sviluppo ad un insieme di elementi ed ipotesi di tipo individuale ,di tipo sociale, e di incontro (con una azione come nel gioco, con una sostanza come nella tossicodipendenza) che possono produrre o meno trasformazioni nel soggetto e nel suo ambiente tali da evolversi in maniera diversa e non determinista nel tempo ed in relazione a variabili complesse e non sempre prevedibili. In questo senso è chiaro ed esplicito il riferimento ad autori quali ad es. Becker,(1987) e soprattutto Mead (Mead, 1972), nella cui concettualizzazione il comportamento del soggetto si comprende non tanto sulla base di stimoli, motivi, pressioni ambientali, deficit sociali o personali quanto in relazione al modo in cui viene elaborato il significato intersoggettivo e intrasoggettivo di "tali eventi o cose" negli episodi e nelle azioni che si vanno costruendo o distruggendo. L'ipotesi di Mead di un Sé concepito come "l'io che riflette sul Me", come l'insieme dei processi autoorganizzazionali e autoriflessivi, potrebbe infatti contribuire a comprendere l'evoluzione della carriera del giocatore patologico così come indicata dalla fasi di Custer.

La prima fase di incontro con il gioco viene definita da Custer come fase vincente ed inizia con un primo contatto che solitamente avviene con parenti od amici. L'idea è quella di divertirsi, il

gioco è associato ad azione ed eccitazione , si può anche provare l'emozione della vincita e dimenticarsi per un breve periodo di altri problemi e preoccupazioni. Secondo Blaszczynski (1998) tre giocatori patologici su quattro ricordano di una grossa vincita all'inizio della loro carriera. Ciò che è importante rilevare non è tanto l'ammontare oggettivo della somma vinta, quanto l'idea che il soggetto può assumere che il gioco sia un modo facile e piacevole per guadagnare denaro , per divertirsi e che si possa interrompere senza che questo crei alcun problema. Ma scattano in questa prima fase probabilmente altri elementi. Molti giocatori (come molti tossicomani del resto) conoscono e vedono all'inizio a quali conseguenze può condurre il gioco. Credono però di poterne essere immuni o diversi dagli altri e di potere tranquillamente controllare la loro attività traendone gli elementi di piacere pensando di poterne evitare le conseguenze. Oppure "più semplicemente" può scattare in essi una sorta di sfida al limite ed al controllo, oppure ancora "il desiderio di provare ed andare oltre i limiti" diventa elemento di eccitazione o di giustificazione. Indubbiamente in questa prima fase avvengono diverse trasformazioni ed il gioco per molti da occasionale diventa sempre più frequente. Si investe gradualmente sempre denaro nel gioco e comincia ad innescarsi una dipendenza psicologica. Non tutti sono soggetti a questa progressione indubbiamente, ma a questa subentra una fase perdente dove il giocatore gioca da solo ed il suo pensiero è sempre più monopolizzato dal gioco. Cominciano a presentarsi coperture e menzogne a familiari, amici, colleghi. La vita familiare è faticosa ed il giocatore comincia a contrarre debiti senza potere onorarli. Il giocatore sempre più irritabile, agitato e si ritira dagli altri. Risulta difficile smettere di giocare e darsi dei limiti ed il giocatore spende sempre più tempo e più denaro nel gioco attribuendo la causa delle perdite ad un periodo di scarsa fortuna. Si potrebbe osservare come si inneschi in questa fase, un misto tra agon (il sacrificio, la costanza, la forza) e di alea, che alimenta l'idea magica che prima o poi si sarà ripagati da tanti sacrifici e sia necessario soffrire, toccare il fondo, e che alla fine si sarà ripagati. Si tende allora a non staccarsi ad insistere ed a giocare con modalità che offrono minori possibilità di vincita, ma che promettono vincite molto alte e questa è la spiegazione per cui il giocatore diventa perdente. E' a questo punto che si innesca il meccanismo del chasing ovvero della rincorsa alla perdita che porta il soggetto a giocare sempre di più ed a chiedere prestiti nel tentativo di recuperare il denaro perso ed a raccontare e raccontarsi che recuperato il denaro perso, con la vincita che non mancherà, sarà l'ultima volta. Tutto ciò porta a riacquistare una sicurezza di sé senza confini ed una fiducia nella fortuna. In ultima analisi si è toccato o si stava toccando il fondo, ma grazie a tanta abilità ed un po' di fortuna si è di nuovo "in gioco".

Ma anche stavolta il giocatore non sarà premiato e se lo sarà ricomincerà il proprio ciclo per arrivare progressivamente alla fase della disperazione, dove il soggetto ha completamente perso il controllo del gioco, può provare un senso di panico e prestarsi ad azioni illegali anche contrarie ai suoi valori poiché in fondo arriverà la grossa vincita che metterà a posto tutto. Le bugie non sono più ben costruite e comunque gli altri non ci credono più provocando nel soggetto aggressività ed accuse. La fase cruciale è quella della perdita della speranza dove si possono trovare pensieri e tentativi di suicidio, problemi con la giustizia, crisi coniugali e divorzi. Per la famiglia risulta sempre più difficile la situazione anche perché quella economica è disastrosa e spesso subentrano telefonate o minacce da parte di creditori anche ai familiari. In questa fase il giocatore è a rischio di suicidio, ma può continuare ad ostentare sicurezza anche se prova momenti di panico, che tuttavia riesce ad acquietare continuando a giocare

La fase critica dello schema di Custer si articola in otto tappe, che iniziano dal momento in cui il giocatore patologico decide di chiedere aiuto per uscire dalla sua drammatica situazione: 1) Sincero desiderio di aiuto; 2) Speranza; 3) Smettere di giocare; 4) Prendere decisioni; 5) Chiarirsi le idee; 6) Riprendere a lavorare; 7) Trovare una soluzione ai problemi; 8) Realizzare programmi di risarcimento. A questa fase segue quella della ricostruzione, che si sviluppa in sei tappe e rappresenta la fase intermedia nella terapia del giocatore. Le tappe di questa fase sono: 1) Miglioramento dei rapporti familiari; 2) Ritorno al rispetto di sé; 3) Progettazione di nuove mete; 4) Maggior tempo trascorso con la famiglia; 5) Minore impazienza; 6) Maggiore serenità. La fase successiva, quella della crescita, costituisce il terzo ed ultimo stadio della riabilitazione del giocatore secondo il modello di Custer. Tale fase è divisa in sei quattro tappe, ciascuna delle quali per alcuni aspetti, rappresenta essa stessa uno degli scopi cui deve mirare la terapia di riabilitazione : 1) Diminuisce la preoccupazione legata al gioco; 2) Miglioramento della capacità di introspezione; 3) Maggiore comprensione per gli altri; 4) Ripresa del sentimento di affetto nel confronto degli altri. Alle fasi di Custer, Rosenthal (1987) ha aggiunto una diversa fase definita come 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 , non si illudono più alla fantasia della grande vincita e che giocano con trascuratezza con l’unico obiettivo e bisogno di “sentirsi in azione”.

Il modello evolutivo proposto da Custer offre indubbi elementi di comprensione e di utilità sia sul piano descrittivo che su quello clinico e certamente una complessizzazione rispetto a molti modelli teorici che “sclerotizzano” il giocatore patologico in un quadro spesso senza passato e senza futuro.

Il pensare invece quella del giocatore patologico “una carriera” anziché uno stato permette di comprendere gli elementi, i significati ed i bisogni che concorrono nell’evoluzione del quadro da un gioco sporadico ed occasionale ad un gioco patologico e monopolizzante il tempo, gli affetti ed i valori del soggetto. In questo quadro sono necessarie diverse variabili che, singolarmente probabilmente non sono sufficienti. Tali variabili (interne al soggetto, del suo microambiente, al macroambiente ed alla fase del ciclo di vita) possono permettere, favorire, impedire, rimandare il passaggio da una fase all’altra. Ogni passaggio di fase intende – infatti - e pretende anche la creazione da parte del soggetto di tecniche di neutralizzazione (Syke e Matza, 1957) che il soggetto utilizza per giustificare il crescente passaggio verso condotte ed identità non conformi ai valori convenzionali e spesso propri. L’analisi di questi elementi correlata ai passaggi di fase, può permettere di comprendere il mondo dei significati che spingono ad andare avanti a dispetto degli impulsi esterni ed interni al soggetto che lo spingono ad interrompere. Nel comprendere tali “passaggi” è però importante considerare anche il ruolo svolto dalla teoria della dissonanza cognitiva Festinger (1978, La dissonanza cognitiva, Franco Angeli, Milano, 1978) secondo la quale è necessaria una coerenza (una consonanza) tra il dato cognitivo ed il dato mentale. Se il giocatore non riesce ad interrompere o regolare la propria attività e ne osserva i danni che questa comporta, si trova in una situazione di dissonanza cognitiva che crea una situazione di disagio e necessita di trovare modalità per eliminare tale disagio. Ciò può avvenire in due modi o attraverso la modificazione del comportamento (smettere o riuscire a limitare il gioco) oppure attraverso una modificazione cognitiva trovando delle giustificazioni, delle motivazioni, delle negazioni che permettano di continuare a pensare che il giocare non è poi così dannoso ovvero che potrebbe essere ancora più dannoso

l'interrompere il gioco oppure ancora che non ne può fare a meno (perchè malato, infelice, debole, etc). Queste spiegazioni od interpretazioni che il soggetto si dà per mantenere la consonanza tra ciò che fa (ed il danno che ne consegue) e l'impossibilità di cambiare, creano un meccanismo che rischia di autoalimentarsi. la necessità per ritornare ad una forma di consonanza mentale. Anche secondo Lesieur (1979) mano a mano che le azioni compiute diventano sempre più immorali, a mano a mano che i debiti aumentano, che le relazioni sociali e familiari subiscono conseguenze, che le normali attività risultano compromesse dal gioco, subentra la necessità di giustificarsi che passa attraverso pretesti, modificazioni della morale convenzionale, autogiustificazioni, razionalizzazioni. Come si può quindi osservare quello del giocatore patologico è un processo lento, insidioso, e caratterizzato da fasi diverse anche se presumibilmente non obbligatorie ed ineluttabili. Ad esempio si può affermare che se un giocatore patologico deve necessariamente attraversare le fasi anche se diverse nei tempi e nelle intensità, non tutte le persone che attraversano le prime fasi necessariamente siano destinati a divenire giocatori patologici. Pur non avendo dati certi a tale riguardo – anche perché gran parte degli studi si riferiscono a giocatori patologici - è lecito ipotizzare che molti possano arrestare o limitare il loro gioco dopo avere avuto l'impressione di “non divertirsi più” e di perdere il controllo. Ciò che sembra importante sottolineare è come “la carriera” del giocatore per certi aspetti rischi di essere letta come un percorso obbligato, contrassegnato da tappe e passaggi in un certo senso prevedibili. Tuttavia non abbiamo a disposizione studi conclusivi che ci permettano di comprendere quanto altre persone – non diventate giocatori patologici – abbiano attraversato in fasi della loro vita momenti di grosso e potenzialmente pericoloso rapporto con il gioco e quanto altre persone riescano a mantenere un rapporto problematico con il gioco pur mantenendo un relativo controllo della situazione.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC., ed it. (1995), Masson, Milano.

Azzimondi, F., Cice R., Croce M., (2001) La realtà parallela della sala corse: un extralugogo? in (a cura di Croce M, Zerbetto R.) Il gioco & l'azzardo, Franco Angeli, Milano, 2001.

Festinger, L.A. (1978) ,La dissonanza cognitiva, Franco Angeli, Milano, 1978)

Becker H.S. (1987), Outsiders: saggi di sociologia della devianza, Ed. Gruppo Abele, Torino.

Bergh C., Kuhlhorn E. (1994). Social, Psychological and Physical Consequences of Pathological Gambling in Sweden. Journal of Gambling Studies 10(3), 275-85

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

Blaszczynski A; McConaghy N; Frankova A. (1991), "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment", *British Journal of Addictions*, 86 (11): 1485-9.

Blaszczynski A. (1998), *Overcoming Compulsive Gambling*, Robinson Publishing, Londra.

Blaszczynski A. (1999), "Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders", *Psychological Reports*, 84(1): 107-113.

Blaszczynski A. (2000), *Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling*, *The electronic Journal of Gambling Issues*.

Bolen D.W., Boyd W.H. (1968), "Gambling and the gambler: a review and preliminary findings", *Archives General Psychiatry*, 18: 617-630.

Bonfiglio G., Barletta G. (1992), "Il gioco d'azzardo compulsivo nei giovani tossicodipendenti", AA.VV., *I comportamenti d'abuso e gli stati di dipendenza dalla ricerca agli interventi*, Abstract SICAT, Roma.

Brown R.I.F. (1987). *Pathological gambling and associated patterns of crime: comparison with alcohol and other drug addictions*. *J Gambling Behav.* 3(2),98-114.

Cancrini L.(1996), "Una tossicomania senza farmaci", prefazione a, F.Dostoevskij, *Il giocatore*, Ed. UP, Roma.

Capitanucci D., Biganzoli A. (2000), *Tossicodipendenza e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare*, *Personalità/Dipendenze*, Vol. 6 (fascicolo III): 23-33.

Castellani B. (2000), *Pathological gambling: The making of a medical problem*, Albany, NY, US: State University of New York Press

Castellani, B. & Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of the Addictions*, 30, 275-289

Clark W., (1966), "Operational definitions of drinking problems and associated prevalence ratios", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, pp. 648-668.

Croce M. (1998) "Perché il gioco d'azzardo può interessare gli studiosi delle tossicomanie", *Atti 3° Conferenza Europea degli operatori delle tossicodipendenze. Droghe e crisi delle società europee*, Bologna, pp156-160.

Croce M, (2001, a) *Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d'azzardo*, in G. Lavanco, *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano

Croce M., (2001,b), *Vizio, malattia, business? Storia dei paradigmi del gioco d'azzardo*, in Croce M., Zerbetto R.

Croce M., Zerbetto R., (a cura di), (2001), *Il gioco & l'azzardo*, 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.

Culleton R.P., *A Survey of pathological Gamblers in the State of Ohio*, Transition Planning Associates, Philadelphia, 1985.

Culleton R.P. – Lang M.H., (1984) *The prevalence rate of pathological gambling in the Delaware Valley in*, *Forum for Public Policy Research and Public Service*, Rutgers University, Piscataway, N.J.,.

Custer R. (1982), "An overview of compulsive gambling", Caron P.A., Yolles S.F., Kieffen S.N. (a cura di), *Addictive Disorders Update: alcoholism, drug abuse, gambling*, New York, Human Science Press, pp. 107-124.

Custer R., Milt H. (1985), *When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families*, New York, Warner Books.

Daghestani A.M., Elenz E., Crayton J.W. (1996), "Pathological gambling in hospitalised substance abusing veterans", *Journal of Clinical Psychiatry*, 58: 360-3.

Devereux E.C., "Gambling", 1968 in Sills D.L., *International Encyclopedia of the Social Sciences*, MacMillan – Free Press, New York, 1992, vol. VI, pp. 53-62

Dickerson M.G.,(1993) *La dipendenza da gioco*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

Dickerson, M.G, Baron, E., (2000) *Contemporary issues and future directions of research into pathological gambling*. *Addiction*, 95 (8), 1145-1159.

Eskin F. (1995). *Gambling with the nation's health? Doctors should concentrate on more serious issues*. *British Medical Journal* 311, p. 1226.

Eurispes, (2000) Giochi, scommesse e lotterie: italiani d'azzardo, Roma,

Fisher, S. E. (1993b). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9, 3, 277-287.

Fisher, S.E. (2001) L'impatto del gambling sugli adolescenti, in Croce M, Zerbetto R.

Gaboury, A. & Ladouceur, R. (1993). Preventing pathological gambling among teenagers. *Journal of Primary Prevention*, 14, 21-28.

Gonzàles-Ibanez A., (1996), Evaluation and cognitive-behavioural treatment of pathological slot machine gamblers, paper presented at the First International Symposium on Pathological Gambling. Barcelona, 7 June.

Griffiths M (1990); The acquisition, development and maintenance of fruit machine gambling in adolescence. *Journal of Gambling Studies*, 6, 193-204

Goffman E. (1971), *Modelli di interazione* Il Mulino, Bologna.

Guelfi, G.P. (2001) *Gioco e attivazione endogena di neuromediatori* in (a cura di Croce M, Zerbetto R.) *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano

Gupta, R. & Derevensky, J. (1997). Depression amongst teenage gamblers. Paper presented at the Tenth International Conference on gambling and Risk Taking, Montreal, June, 1997.

Hollander E. (1998), "Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs", *British Journal of Psychiatry*, 173 (35 S): 7-12.

Home Office (1996), *Casinos and Bingo Club, A consultation Paper*. London

Imbucci G. (a cura di) (1999), *Il gioco pubblico in Italia. Storia, cultura e mercato*, Marsilio, Venezia.

Kallick M., Suits D., Dielman T., Hybels J.A. (1979), "Survey of american gambling attitudes and behavior", Research Report Series, Survey Research Center, Institute for Social Research, Ann Arbor, University of Michigan Press.

Yeoman, T. & Griffiths, M. D. (1996). Adolescent machine gambling and crime. *Journal of Adolescence*, 19, 99-104

Ladouceur, R. , Mireault, D. (1988) Gambling Behaviors among High School Students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 3-12.

Ladouceur R., Sylvain C., Boutin, C., Doucet, C. (2000), *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*, Canada, Les Editions de l'homme.

Lavanco G. (2001) , *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano

Lesieur H. (1984), *The Chase: career of the Compulsive Gambler*, Schenkman, Cambridge, MA.

Lesieur H., Blume S., Zoppa R.M. (1986), "Alcoholism, drug abuse and gambling", *Alcohol Clin Exp Res*,; 10:33-8

Lesieur H.R., Klein R. (1987). *Pathological Gambling Among High School Students*. *Addictive Behaviours* 12: 129-135.

Lorenz V. C. – Yaffee R. A., (1986) "Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler", *Journal of Gambling Behavior*, 2/1986, pp. 40-49.

Lorenz V. C. – Yaffee R. A., (1988) "Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse", *Journal of Gambling Behavior*, 4/1988.

Maffei, G. (2001) *Il caso e il gioco. Riflessioni psicoanalitiche in* (a cura di Croce M, Zerbetto R.) *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano.

Mc Kee M., Sassi F. (1995) *Gambling with the nation's health?* *British Medical Journal* 311, 521-522.

Mc Kee M., Sassi F. (1995), "Gambling with the nation's health?", *British Medical Journal*, 311: 521-522

Meulebeek P., Gorter J., (1996), *Research into the characteristics of gamblers asking for help*, EASG Conference, 1996),

Moran E. (1995) *Gambling with the nation's health? Majority of secondary school children buy tickets* .*British Medical Journal* 311, 1225-1226

.McCown W., Chamberlain L. (2000), *Best Possible Odds, Contemporary Treatment Strategies for Gambling Disorders*, John Wiley & Sons, New York.

Mead G.H. (1972), *Mente, Sé e Società*, Giunti e Barbera, Firenze.

Moran E., (1970), "Varieties of Pathological Gambling", *British Journal of Psychiatry*, 116 (535), pp593-597

Nadler L., 1985, "The epidemiology of pathological gambling: Critique of existing research and alternative strategies", *Journal of Gambling Behavior*, 1/1985, pp. 35-50.

National Research Council .(1999) "Pathological Gambling: A Critical Review". Aprile.

N.O.R.C.(National Opinion Research Center at the University of Chicago), 1999," Gambling Impact and Behavior Study Report to the National Gambling Impact Study Commission, Aprile,.

O'Brien E. (1995) Gambling with the nation's health? Lottery is Immoral. *British Medical Journal* 311, p. 1225.

Persaud R.(1995) Gambling with the nation's health? Inability to reason statistically is prime cause of lottery fever. *British Medical Journal* 311, 1225.

Rigliano, P. Croce, M. (2001). *Giochi d'azzardo e tossicodipendenza* in (a cura di Croce M, Zerbetto R.) *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano,

Rosenthal R.J. (1987), "The psychodynamic of pathological gambling: a review of the literature", *The Handbook of pathological gambling*, Springfield, Charles C. Thomas Publisher.

Setness P.A. (1995). Pathological gambling, when do social issues become medical issues? *Postgrad Med* 102, 13-18.

Shaffer, H. J., LaBrie, R. Scanlon, K. M. & Cummings, T. N. (1994) Pathological gambling among adolescents: Massachusettes Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10, 339-362.

Sykes M., Matza D., (1957) *Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency*, *American Sociological Review*, 22, pp. 667-669

Spunt B., Lesieur H., Hunt D., Cahill L., (1995) "Gambling among methadone patients", *International Journal of Addiction*, 1995 Jun. 30(8): 929-62;

Steel Z., Blaszczynski A. (1996), "The factorial structure of pathological gambling", *Journal of Gambling Studies*, 12: 3-20.

Valleur M. – Bucher C., (1997)Les jeux pathologiques, PUF, Paris

Wakerfield, J.k.,(1997), Diagnosing DSM-IV. Part.1. DSM-IV and the concept of disorder. Behaviour Research and Therapy,35, 633-649.

Zerbetto R, (2001), Dall'intervento terapeutico ad una politica di gioco responsabile, in G.Lavanco, Psicologia del gioco d'azzardo, McGraw-Hill, Milano.

Zola I. K., "Observations on gambling in a lower-class setting", in Becker H.S. (a cura di), The Other Side. Perspectives on Deviance, The Free Press, Glencoe, 1964