

Mauro Croce\*

## LE DIFFICOLTA' NEL RICONOSCERE E TRATTARE LE DIPENDENZE NON DA SOSTANZE.

Public. In PERSONALITA'/DIPENDENZE, Vol. 9 , Fascicolo I, Giugno 2003, pp. 43 – 53

*Pathological gambling is having problems getting the appropriate attention and strategies in the institution. This is due to various reasons amongst which the low visibility of the phenomenon and the difficulties many have in recognizing and dealing with drugless addiction eventhough there are many similarities, superimpositions and migrations from one addiction to another. Pathological gambling manifest itself as a flightly phenomenon being difficult to diagnose and with a non clearly defined etiology. The repeated collocations in various editions of the DSM as a disorder of impulse control don't help to fill the critical position. It is becoming clearer and clearer that the idea that even the subjects who fulfill the criteria of DSM for the diagnosis of pathological gambling, in reality, belongs to a different subgroup. With the objective of identifying homogeneous groups who have the intention of guiding the relative treatment we take from the contribution of Blaszczynski who in a recent contribution goes back to and articulates a previous hypothesis of three different subgroups. To round up we bring the recommendations and suggestions for the prevention and treatment of the Australian Psychological Society.*

Credo sia evidente come i rischi legati al gioco d'azzardo problematico e patologico stentino ad ottenere le dovute attenzioni ed una articolata strategia di risposta a livello istituzionale. Da alcuni anni sono attivi anche in Italia i gruppi di giocatori anonimi, così come sono ormai consolidate alcune esperienze di tipo privato, associazionistico, del volontariato e del privato sociale ed anche alcuni servizi pubblici, da tempo si sono attrezzati o si stanno attrezzando - peraltro in maniera crescente - a meglio comprendere e rispondere alle persone che presentano problemi legati al gioco d'azzardo ed ai loro familiari .Tuttavia il tipo di domanda , il tipo di evoluzione e le problematicità che si stanno evidenziando certamente non trovano un adeguato riscontro in termini di comprensione, di previsione e di sviluppo di progetti e risposte organizzate. Il cambiamento dello scenario relativo alla offerta ed al consumo di gioco indica il passaggio da giochi e contesti con caratteristiche di socialità/ritualità/alta soglia di accesso, ad una offerta/consumo di gioco con caratteristiche di solitudine/velocità/bassa soglia d'accesso. Essendo poi possibile distinguere i giochi sul piano della loro diversa additività e sul minore/maggiore rischio di favorire meccanismi di dipendenza, escalation, chasing (rincorsa alle perdite),la situazione attuale sta indicando un passaggio verso forme di gioco a maggiore rischio di produrre dipendenza (Croce 2001a). Tuttavia estremamente carente appare l'attenzione e la promozione di iniziative di ricerca, di prevenzione e di sviluppo di politiche di riduzione dei danni e di intervento professionale. (Zerbetto, 2001, Lavanco, 2001).

\* Psicologo, psicoterapeuta e criminologo.

Docente di Psicologia Sociale ed Intervento di Comunità alla S.U.P.S.I. (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana) Lugano.

Resp. Educazione Sanitaria ASL 14 Omegna (VB)Abit. Viale S.Giuseppe 23, 28921 Verbania, tel 339.3997375  
[mauro.croce@katamail.com](mailto:mauro.croce@katamail.com)

Tale ritardata e frammentaria risposta - o addirittura negazione del problema come ben ricorda Nizzoli (2001) - non interessa solo la realtà italiana. “Nei mondi istituzionali e

scientifici che si occupano dipendenze il gioco d'azzardo appare periferico se non assente. Essi sono centrati sulle sostanze stupefacenti; tendono a superare la scissione fra legali ed illegali; affrontano la condotta compulsiva o impulsiva se è presente il loro consumo" (Nizzoli, 2001, pag. 146). Ma possibile debba esservi necessariamente la presenza di una sostanza per potere parlare di dipendenza? E proprio non ci insegnano nulla i casi - che la clinica incontra - di vera e propria dipendenza patologica da comportamenti, azioni, situazioni, contesti che - paradossalmente pur in assenza di sostanza e non raramente "quando la sostanza non c'è più"- presentano le principali caratteristiche delle dipendenze da sostanze : tolleranza, dipendenza, astinenza, craving? Probabilmente abbiamo a che fare con una serie di elementi e di resistenze che ci inducono a considerare come incidentali, non degne di grossa attenzione, forse innocue, bizzarre o transitorie le dipendenze non da sostanze. Che in tutti questi anni di "lotta alla droga" ed alle tossico-dipendenze, ci siamo abituati a "vedere, prevenire e combattere "il nemico che arriva dall'esterno, la sostanza cattiva " ed a pensare sia necessaria una sostanza esogena, un qualcosa che arriva dall'esterno che mina e trasforma la volontà , l'affettività, la vita e le scelte di una persona per pensare di potere intervenire? Certo le dipendenze non da sostanze non hanno la visibilità e non producono l'allarme sociale che altre forme di dipendenza da sostanze presentano e che tanta energia calamitano ed hanno calamitato. Ad esempio il giocatore non è visibile. A differenza del tossicomane non suscita nella popolazione una reazione : sia questa di rifiuto, di preoccupazione, di minaccia, di paura, di solidarietà o ostilità. Le persone non sono spaventate dalle siringhe sporche, dalle aggressioni, dai furti etc. Eppure queste forme di dipendenza non da sostanze (di cui quella dal gioco d'azzardo non è che è una tra le altre e forse nemmeno la più evidente) presentano non solo temi di interesse clinico e speculativo di straordinaria importanza anche per comprendere le cosiddette dipendenze da sostanze ma anche costi sociali e sanitari di forte rilievo (Politzer, Morrow, 1980, Croce 2001, b). Evidenti poi sono le sovrapposizioni e gli incroci tra forme di dipendenza da sostanze e non da sostanze. Accanto infatti a forme patologiche di monodipendenza (da una sostanza, da un comportamento), esistono infatti migrazioni da una forma di dipendenza ad un'altra o sovrapposizioni contemporanee tra più forme di dipendenza. Tali elementi descritti dalla letteratura e riscontrabili nella clinica possono legittimamente fare sorgere la suggestiva domanda se esista per taluni soggetti una base comune di (*pre*)disposizione alla dipendenza e se il trattamento delle dipendenze possa seguire dei percorsi simili. Ed a dispetto della maggior parte degli studi e delle ricerche che prevalentemente hanno analizzato i diversi fenomeni in maniera indipendente tra loro, non solo evidenti appaiono ai clinici le similitudini, ma anche gli stessi trattamenti sembrano innescarsi su percorsi simili. Questo è riscontrabile ad esempio analizzando e confrontando i dodici passi dei giocatori anonimi con i passi degli alcolisti e dei narcotici anonimi ma anche osservando come molti trattamenti - a partire dalle pionieristiche esperienze di Custer negli anni 70 negli U.S.A a molti interventi che si stanno sviluppando nella nostra nazione - si riferiscano in maniera più o meno esplicita a modelli di trattamento degli alcolisti.

Il gioco d'azzardo patologico: un fenomeno sfuggente e di difficile classificazione.

Certo è che il gioco d'azzardo patologico continua ad essere un fenomeno estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dalla eziologia incerta. Nonostante infatti numerosi studi realizzati, in particolare a partire dalla sua collocazione nella terza edizione del DSM del 1980, i punti aperti rimangono molti e si sarebbe quasi tentati di affermare, in accordo con l'ultima proposizione del Tractatus di Wittgenstein, che su ciò che non si può teorizzare si deve narrare.

Narrare e cercare di comprendere le storie cliniche dei giocatori ed il significato simbolico che il gioco per essi ha assunto. Come questo si sia insinuato nella loro esistenza, quali "buchi

abbia coperto” e quali emozioni abbia offerto, anziché cercarne una entità psicopatologica sofferta nella costruzione e debole nella verifica empirica. Al di là di queste considerazioni infatti, non si possono non riferire le sconsolanti conclusioni del rapporto del prestigioso National Research Council (1999) che, collocando metaforicamente nella fase dell’infanzia lo stato della ricerca sul gambling, non ha mancato di sottolineare la necessità di un approccio multidimensionale e di raccomandare lo sviluppo di programmi di trattamento multimodali che possano comprendere le diverse angolazioni e specificità che il gioco patologico presenta. Certo è che, anche la successiva collocazione del gioco d’azzardo patologico nell’ultima versione del 2001 del DSM-IV-TR (sempre all’interno dei Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove) non solo sembra non tenere conto di queste considerazioni ma sembra anche evidenziare una incomprensibile indifferenza verso i risultati di numerose ricerche ed una insofferenza verso le posizioni di molti che considerano quantomeno bizzarra tale collocazione. Forse però - al di là della felice o meno collocazione dei giocatori d’azzardo patologici nel DSM- il rischio più grosso consiste nell’essere indotti a pensare ai giocatori patologici come una categoria omogenea. Se vi è un qualcosa di certo e sul quale gli studiosi si trovano d’accordo è il fatto che -le persone che incontrano i criteri per essere definiti giocatori patologici - in realtà a loro volta costituiscono un gruppo molto ampio che va diviso in sottocategorie molto diverse tra loro per evoluzione del sintomo, struttura di personalità, indicazione di trattamento e prognosi. Si diceva che questa è una delle poche cose riguardo alle quali si può trovare un accordo perché - se bene si nota - la stessa definizione di giocatori d’azzardo patologici non sembra essere utilizzata unanimemente nella letteratura dagli studiosi più prestigiosi. Basti pensare a Ladouceur che ama parlare di giocatori eccessivi e Blaszczynski che parla di giocatori problematici. Per non parlare poi di Dickerson o di altri ancora che parlano di giocatori compulsivi , dipendenti da gioco o ancora ludomani o ludopati. Non sono distinzioni di poco conto. Sono differenze che evidenziano la moltitudine di posizioni e la necessità di meglio definire il quadro concettuale ed i riferimenti.

L’importanza di trovare sottogruppi di giocatori ai quali modulare diversamente i trattamenti.

Sul piano delle distinzioni in sottogruppi appare molto suggestiva ed interessante la proposta formulata da Blaszczynski il quale da tempo lavora intorno all’ipotesi di tre gruppi distinti di giocatori all’interno del vasto gruppo di soggetti che rispondono ai criteri del DSM. E’ importante sottolineare come questi tre gruppi sembrano fortemente corrispondere ai cluster individuati dalla Gonzalez-Ibanez (2001) il che - pur non costituendo una conferma definitiva - rappresenta un importante elemento di prima conferma sul piano empirico. La prima ipotesi di tre sottotipi di giocatori patologici, nasceva da precedenti studi sui risultati dei trattamenti a lungo termine. Tali studi avevano evidenziato alcuni elementi molto importanti (Blaszczynski et. al 1991). Ovvero si potevano ritrovare tre diverse risposte al trattamento: un gruppo di pazienti giungeva ad una astinenza totale dal gioco, un secondo gruppo riprendeva il gioco senza controllo ed un terzo gruppo presentava la capacità di gestire un gioco controllato. Era anche possibile distinguere tra soggetti che presentavano una personalità sostanzialmente integrata, da altri che presentavano tratti di impulsività e comportamenti distruttivi non limitati al gioco d’azzardo, da altri ancora che presentavano problemi di depressione con rischi di ricadute nel gioco. Il ritrovare e distinguere gruppi e tipologie diverse di giocatori, si presenta come un terreno particolarmente interessante e fecondo sia sul piano della ricerca che su quello dell’intervento. In tal modo si potrebbe forse dare conto e comprendere le forti e talvolta inconciliabili differenze tra i risultati degli studi sui giocatori. Tali studi che ora appaiono contraddittori nei risultati, in realtà potrebbero acquistare maggior senso ed utilità se (anziché rispondere ed in un certo senso suggerire la domanda, “chi è il giocatore d’azzardo

patologico”) aiutassero a comprendere le diverse modalità, le diverse patologie - o meno - soggiacenti il gioco, i diversi modi con i quali “si diventa giocatori patologici” e le diverse costellazioni individuali, familiari e contestuali. Nel suo ultimo recente contributo su tale tema e pubblicato in collaborazione con Lia Lower da Addiction (Blaszczynski, Lower 2002), Blaszczynski riprende ed affina le precedenti ipotesi (Blaszczynski,2000) che sinteticamente vale la pena di riprendere.

Il primo gruppo - che veniva definito con un ossimoro ovvero i patologici-non patologici ed ora behaviourally conditioned problem gamblers – comprende i soggetti caratterizzati dall’assenza di ogni specifica diagnosi di premorbidità ma che sulla base ad esempio di credenze erranee, di distorsioni di tipo cognitivo o contingenze specifiche possono incontrare criteri del DSM quali ad esempio la preoccupazione per il gioco e la rincorsa delle perdite e questo può avvenire ad ogni età e può dipendere da una esposizione al gioco attraverso il caso, membri della famiglia o gruppo di pari. e. I soggetti di tale gruppo - che è assimilabile al cluster 1 scoperto da Gonzales-Ibanez (cit) – presentano un’alta compliance al trattamento ed a conclusione dello stesso possono raggiungere un rapporto con il gioco moderato. A mio avviso, ed in maniera assolutamente ipotetica ed esplorativa , sembrerebbe possibile suddividere questo gruppo in tre diverse declinazioni che mi è parso di trovare nel lavoro clinico. 1) I compensatori. Coloro i quali trovano nel ricorso al gioco una fuga, una parentesi, in un mondo maggiormente appassionante e paradossalmente meno rischioso del mondo reale: “So di non avere alcuna responsabilità del risultato, insomma mi lascio andare, sia che vinca sia che perda, il merito o la colpa è del caso”, raccontava un paziente. Tale sottotipo potrebbe dare conto ad alcune ipotesi che sembrano mettere in crisi il fatto che i giocatori patologici cerchino tutti il rischio. Alcuni al contrario potrebbero cercare nel gioco la fuga dai rischi della vita 2) I traumatici per i quali il ricorso al gioco sembra essere un modo per rispondere ad un desiderio/bisogno di modulare uno stato affettivo disforico recente, una sofferenza, una elaborazione di un lutto. In essi è forse prevalente il meccanismo della rimozione e dello spostamento. Sono presenti ad esempio dall’anamnesi di questo tipo di giocatori almeno una di queste condizioni precedenti il coinvolgimento nel gioco di 1 o due anni : la perdita di un ruolo sociale (lavoro, ruolo familiare,) la diagnosi di una malattia cronica che richiede un cambiamento dello stile di vita, il trovarsi in una fase di vita che vede un bilancio esistenziale (45-55anni), oppure la caduta delle illusioni giovanili(25-35). 3) I magici. Ovvero coloro i quali restano imbrigliati nel gioco attraverso la magia dei numeri, delle ricorrenze, delle similitudini, delle concatenazioni,e sono fortemente condizionati e guidati dal pensiero magico. Questo sottogruppo è quello che mi pare possa presentare problemi maggiori in merito alla possibilità di mantenimento di un gioco moderato.

Il secondo sottogruppo indicato Blaszczynski (e corrispondente al cluster 2 della Gonzalez-Ibanez) - è quello dei giocatori emotivamente disturbati (ora emotional vulnerable problem gamblers). Tale gruppo ha le stessi determinanti di ordine ecologico del gruppo precedente, con simili processi di condizionamento e schemi cognitivi. Ma, in aggiunta, questi pazienti presentano precondizioni di morbidità all’ansia e/o alla depressione, una storia di povertà nel fare fronte alle difficoltà, un background familiare negativo. In sintesi: Childhood disturbance Personality (assunzione di rischio, boredom proneness); Mood disturbance (depressione, ansia); Poor coping/problem-solving (life stresses, uso di sostanze).

In questo gruppo dove il ricorso al gioco appare motivato dal desiderio di modulare gli stati affettivi, sembrerebbero delinearci sebbene non in maniera netta e soddisfacente e fermo restando l’assoluto carattere speculativo delle ipotesi di ulteriore sottotipizzazione, due diverse declinazioni 1) I “tossici”. Ovvero coloro per i quali il gioco sostituisce, integra, compensa, amplifica il consumo/abuso di sostanze o vere e proprie condotte di dipendenza e che probabilmente presentano una struttura di base dipendente. 2) I sensation seekers coloro che nel giocare inseguono l’emozione del rischio, il thrill, quella sensazione definita da

Bergler Pleasurable Painfull Sensation. gli emotional vulnerable problem gamblers sono pazienti che richiedono interventi psicoterapeutici più intensi (mirati a fronteggiare la capacità di affrontare lo stress, il miglioramento dell'autostima, dell'immagine di sé ed una maggiore comprensione dei meccanismi intrapsichici) ed anche a conclusione del trattamento rischiano di risultare troppo fragili nel mantenere un controllo del gioco privo di rischi, di ricadute e di escalation, per cui è consigliabile un outcome di astinenza dal gioco. Il terzo ed ultimo gruppo (corrispondente al cluster 3) è il gruppo dei giocatori con correlati biologici (Antisocial Impulsivist Problem Gamblers). Tali soggetti presentano maggiori indici di severità patologica, una vulnerabilità biologica e tratti di impulsività (ADHD, impulsività, comportamento antisociale, uso di sostanze). In questi soggetti l'impulsività precederebbe il gioco, ne sarebbe in un certo senso indipendente e si reputa possa costituire un buon indicatore nel prevedere la gravità del successivo comportamento coinvolgimento. Tali pazienti presentano familiarità al gioco d'azzardo (e probabilmente aggiungerei ad altre dipendenze), esperienze negative nello sviluppo, tratti di personalità nevrotica e premorbidità a depressione, ansia, dipendenza da sostanze, tendenza alla fuga o ad aggressività passiva. Il ricorso al gioco risponderebbe ad un bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, una alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Evidenziano inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità di posticipare la gratificazione.

#### Le raccomandazioni della Australian Psychological Society

Estremamente interessante risulta la posizione della Australian Psychological Society (Blaszczynski, Walker, Sagris, Dickerson, 1999) che propone una serie di raccomandazioni - che sommariamente si riportano - a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Tali raccomandazioni si rivolgono in particolare agli psicologi che vengono indicati come i professionisti in grado di svolgere il ruolo principale nella ricerca, nella terapia, nella "community education" e nell'indirizzo dello sviluppo delle politiche sociali. Per quanto riguarda il piano della prevenzione primaria in primo luogo viene incoraggiata la ricerca sulle condizioni sociali e psicosociali che conducono a incrementare il numero di persone che giocano d'azzardo ed i fattori che contribuiscono alla perdita di controllo. In secondo luogo si evidenzia come sia opportuno adottare una posizione neutrale dal punto di vista morale, promuovere una concezione di gioco d'azzardo come forma di intrattenimento piuttosto che un mezzo per ottenere denaro e sostenere modelli di gioco controllato piuttosto che argomentare la sua completa proibizione. Data la relazione tra la disponibilità di giochi ed il numero di giocatori problematici, dovrebbe tuttavia essere imposta una moratoria alla futura espansione di giochi. E' poi importante il ruolo da svolgere nella informazione (*education*) delle persone riguardo ai problemi del gioco eccessivo e la disponibilità di servizi attraverso interventi nei media e la produzione e distribuzione di materiale informativo. Importante appare poi segnalare come i colleghi australiani indichino importante promuovere una azione cooperativa tra gli amministratori, gli imprenditori del gioco e le organizzazioni del welfare al fine di promuovere comportamenti di gioco responsabile all'interno della comunità attraverso formazione e programmi di minimizzazione dei danni. Programmi educativi dovrebbero poi essere indirizzati al miglioramento della comprensione da parte delle persone delle leggi della probabilità e del caso. Inoltre la pubblicità del gioco d'azzardo non dovrebbe favorire le credenze erronee e dovrebbe includere delle informazioni accurate sulle considerevoli disparità tra vittoria e percentuali di ritorno ai partecipanti. Si ricorda inoltre come sia importante valorizzare il valore sociale e di intrattenimento che il gioco può svolgere anziché

gli aspetti economici. La pubblicità ed informazione contro i danni del gioco eccessivo dovrebbe essere chiaramente esposta nelle aree dove ha luogo il gioco, così come informazioni sulla disponibilità di assistenza psicosociale e servizi counselling dovrebbero essere liberamente pubblicizzati e resi disponibili ai giocatori ed ai loro familiari. E' poi importante aiutare le persone a riconoscere i primi segni di gioco problematico. Per quanto riguarda invece la prevenzione secondaria si ricorda l'importanza di programmi efficaci di intervento prontamente disponibili per persone che evidenziano i primi sintomi di gioco problematico. Devono pertanto essere promossi servizi di counselling psicologico e di supporto per giocatori problematici e loro familiari con personale formato. Gli psicologi inoltre dovrebbero condurre training professionali di formazione per professionisti della salute in strutture (settings) pubbliche o private e quelli con maggiore esperienza realizzare training di alta qualità a clinici e counselors al fine di accrescere le competenze. Studi di prevalenza ed analisi dei bisogni dovrebbero essere realizzati al fine di determinare l'estensione e la natura del gambling all'interno dei diversi gruppi sociali e culturali. Dovrebbero poi essere promosse ricerche sui modelli (pattern) di gioco, sulle ragioni per le quali le persone giocano, sulle differenze di età e genere al fine di ottenere migliori opportunità di trattamento per le persone che stanno sviluppando comportamenti di gioco problematico. Tale documento, pur considerando e riconoscendo come non esista un modello unificato e riconosciuto di interpretazione del gioco d'azzardo problematico, tuttavia precisa come esista consenso riguardo al fatto che il gioco problematico sia una condizione trattabile. La ricerca evidenzia infatti come il processo che conduce al gioco problematico comprende una complessa e dinamica interazione tra fattori di tipo ecologico, psicofisiologico, dello sviluppo, cognitivi e comportamentali. Tutti questi elementi devono essere affrontati all'interno di una strategia di cambiamento se si vuole ottenere un successo. E' pur vero che la letteratura relativa alla valutazione dei trattamenti ( si vedano le revisioni di :Lesieur, Blume,1991, Murray, 1993, Walker, 1993, Lopez Vietz e Miller) non risulta conclusiva e sembra ancora soffrire di alcuni importanti limiti. Come infatti segnalano Blaszczynski (1993) e più recentemente Hodgins e El Guebaly (Hodgins e El Guebaly 2000) i lavori di evaluation spesso si riferiscono a single case report, oppure presentano campioni di ridotte dimensioni. Carenti sono poi gruppi di controllo e rari i riscontri di follow-up in grado di evidenziare la reale efficacia di un trattamento. Inoltre pochi studi presentano trial randomizzati di controllo, per cui il tirare conclusioni risulta quantomeno complesso, arbitrario e certamente prematuro. Tuttavia pur non trovandoci di fronte ad un singolo tipo di trattamento che possa essere definito "gold standard" o pratica migliore nel trattamento del gioco problematico viene raccomandato l'utilizzo di strategie ed obiettivi che devono essere sviluppati in relazione al cliente, tenendo conto delle condizioni di comorbidità ed altri importanti fattori ambientali. I criteri minimi per ogni intervento devono rispettare, secondo i colleghi australiani *almeno questi* punti 1) Il counselling o l'intervento psicologico deve essere fornito da clinici formati ("appropriately trained clinicians");2) Devono essere utilizzati solo interventi la cui efficacia è sostenuta dalla ricerca empirica; 3) Le primarie condizioni di comorbidità devono essere diagnosticate e trattate di conseguenza; 4) Le strategie di prevenzione delle ricadute dovrebbero essere incluse in modo da evitare la ripresa (recurrence) dei problemi. Le raccomandazioni ed i suggerimenti in questo ambito riguardano poi la necessità di portare avanti studi sugli *outcome* controllati dei trattamenti al fine di sviluppare approcci basati sulle migliori pratiche; la possibilità di accesso per i giocatori problematici a trattamenti efficaci sia in setting individuali che gruppal e la possibilità di usufruire di assistenza psicologica anche ai familiari. Viene poi raccomandata la collaborazione tra psicologi e psichiatri nell'organizzare programmi residenziali per giocatori seriamente disturbati che possano essere a rischio di suicidio o che presentare seri problemi di comorbidità psichiatrica (serious comorbid psychological and psychiatric conditions). Tra altri punti si ricorda poi l'importanza di

disegnare interventi per sottogruppi specifici in relazione alle caratteristiche demografiche e rendere consapevole il sistema giudiziario della relazione tra gioco e reati penali commessi per mantenere il comportamento di gioco. Programmi di riabilitazione psicologica dovrebbero essere raccomandati per i trasgressori in aggiunta alle pene disposte dai tribunali.

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

Blaszczynski A.,(2000); “ Pathways to pathological gamblers: identify typologies”. *The electronic Journal of gambling*.

Blaszczynski A., Nower L., (2002), “ A pathways model of problem and pathological gambling”, *Addiction*, 97, 487-499.

Blaszczynski A., Walker M, Sagris A, Dickerson M, (1999, *Psychological Aspects of Gambling Behaviour: An Australian Psychological Society Position Paper*, *Australian Psychologist*, March 99, Volume 34, numero 1, pp. 4-16.

Croce M., (2001,a), “Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d’azzardo”. In Lavanco G., *Psicologia del gioco d’azzardo*, McGraw-Hill, Milano, pp.149-163.

Croce M.,(2001,b),“Il caso del gioco d’azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono”, *Personalità/Dipendenze*, fasc. II, pp.225-242.

Croce M., Zerbetto R., (a cura di) (2001), “Il gioco & l’azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento. Franco Angeli, Milano.

Gonzalez-Ibanez A., (2001), “ Esperienze di valutazione sui trattamenti”, in Croce-Zerbetto (2001), cit.,pp. 186-194.

Hodgins D.C., El-Guebaly, (2000), *Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers*. *Addictions*, 95 (5); 777-789.

Lesieur H.R., Blume S.B., “Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathologica gambling treatment unit using the *Addiction Severity Index*”, *Br J Addict* 1991 Aug;86(8):1017-28

Lopez Viets, VC, Miller ,W.R., (1997) *Treatment approaches for Pathological Gamblers*, *Clinical Psychology Review*,17,689-702.

Nizzoli U, (2001),”Quale politica europea nei confronti delle dipendenze?” in Croce, Zerbetto, cit. pp. 241-249.

Murray J.B. (1993). *Review of research on pathological gambling*.*Psychological Reports*, 72, 791-810.

Politzer R.M., Morrow J.S., (1980); "The John Hopkins University Compulsive Gambling Counselling Centre", American Psychological Association Annual Meeting.

Zerbetto R., (2001), "Dall'intervento terapeutico a una politica di gioco responsabile", in Lavanco G., "Psicologia del gioco d'azzardo", Mc-Graw, Milano.