

Università degli studi di Roma
“La Sapienza”
Facoltà di Psicologia

Tesi di laurea

“Le nuove forme di dipendenza”
Una rassegna critica

Laureanda: Serena Corbelli

Relatore:
Prof.ssa Carla Maria Del Miglio

Correlatore:
Prof.ssa Maria Grazia Cancrini

Anno Accademico
2001- 2002

Indice

<i>Introduzione</i>	1
---------------------	---

Parte prima

Le Nuove Dipendenze

1. Il concetto di dipendenza	3
1. La complessità del termine	3
2. Le Nuove Dipendenze	5
3. Dipendenze e compulsioni	6
2. La Dipendenza dallo Shopping	9
1. Caratteristiche generali	9
2. Comorbilità	11
3. Eziologia	11
4. Conclusioni	14

Parte seconda

Il Gioco d'Azzardo Patologico

1. Il gioco d'azzardo	15
1. La storia	15
2. I nuovi giochi	18

2. Gioco d’azzardo e patologia: dal <i>social gambler</i> al giocatore patologico	23
1. Il gioco come oasi di gioia	27
2. La carriera del giocatore d’azzardo	29
3. L’inclusione del Gioco d’Azzardo Patologico nel DSM	35
1. Disturbo del Controllo degli Impulsi o dipendenza?	37
2. Comorbilità	41
2.1 <i>Abuso di sostanze</i>	41
2.2 <i>Depressione</i>	44
2.3 <i>Disturbo Antisociale della Personalità</i>	46
3. La valutazione	49
4. Meccanismi psicologici sottesi al gioco d’azzardo	52
1. Il punto di vista psicoanalitico	52
2. L’illusione di controllo e l’ottica cognitivista	54
3. La ricerca di sensazioni	58
4. Gioco d’azzardo ed impulsività	62
5. Correlati biologici	65
5. Cenni sul trattamento del GAP	69
1. La S.I.I.Pa.C.	70
2. I gruppi di auto-aiuto	75

Parte terza:

La Dipendenza da Internet

1. La rete delle Reti	79
1. Cenni storici	79
2. I servizi della Rete	81
3. L'Irachese	85
2. Internet e patologia	87
1. Internet Addiction Disorder e Pathological Gambling	89
2. Conseguenze dell'abuso della Rete	92
3. La valutazione	95
3.1 L'U.A.D.I.	97
4. Conclusioni	99
3. Le manifestazioni dell'Internet Addiction Disorder	100
1. I tipi di dipendenza da Internet	102
2. Conclusioni	110
4. I meccanismi psicologici sottesi all'uso della Rete	111
1. Caratteristiche fondamentali del Cyberspace	105
2. Altre caratteristiche	114
3. Caratteristiche psicologiche dei soggetti a rischio	118
4. Conclusioni	119
5. Cenni sul trattamento dell'IAD	120
1. Strategie cognitivo-comportamentali	121
2. La psicoterapia su Internet	126
2.1 <i>L'esperienza di Psychoinside</i>	126

2.2 <i>Vantaggi e svantaggi della psicoterapia on-line</i>	129
3. Conclusioni	131
<i>Bibliografia</i>	133

Introduzione

Questa rassegna si propone di trattare le nuove forme di dipendenza, cosiddette “New Addictions” dalla letteratura internazionale, in cui non è implicato il coinvolgimento di una sostanza chimica, ma di una o più attività lecite e socialmente riconosciute come lo shopping, il gioco d’azzardo, l’utilizzo di Internet, il lavoro, il sesso, le relazioni sentimentali. Tutti questi comportamenti, seppur considerati normali abitudini della vita quotidiana, possono diventare, per alcuni individui, delle vere e proprie dipendenze, che sconvolgono ed invalidano l’esistenza del soggetto stesso e del suo sistema di relazioni. Le dipendenze comportamentali, infatti, si manifestano nell’urgente bisogno di dover praticare un’attività, nella consapevolezza che a lungo andare condurrà all’autodistruzione. Perciò, anche se non vi è assunzione di sostanze chimiche, il quadro fenomenologico è molto simile a quello della tossicodipendenza e dell’alcolismo. Spesso le “New Addictions” si combinano tra loro, o si accompagnano alle dipendenze da sostanze; molto frequente è, per esempio, l’associazione di Gioco d’Azzardo Patologico e Dipendenza dall’Alcol (Croce e Zerbetto, 2001; Guerreschi, 2000). Si riscontrano, inoltre, passaggi da una dipendenza ad un’altra, la quale diventa sostitutiva di quella precedente (Lavanco, 2001). Per esempio, un soggetto che riesce ad uscire dalla tossicodipendenza, cessando l’uso delle droghe, ma che sviluppa un’incontrollabile bisogno di giocare d’azzardo, non è realmente guarito, ma ha solamente spostato sul comportamento di gioco l’oggetto della propria dipendenza.

Nella presente rassegna, dopo una breve discussione sul concetto di dipendenza e di “New Addictions”, sarà fatto un accenno alla Dipendenza dagli Acquisti. La società moderna incita al consumo e valorizza questo

tipo di comportamento, perciò le “consumopatie” (Alonso-Fernandez, 1999), stanno aumentando in maniera preoccupante. La letteratura disponibile su tale argomento è, però, ancora scarsa e sarà necessario un maggiore sforzo nell’indagine di questo nuovo ed importante disturbo.

Di seguito verranno approfondite la Dipendenza da Internet ed il Gioco d’Azzardo Patologico. La ragione di questa scelta risiede nel fatto che entrambe hanno, di recente, catturato l’attenzione sia della letteratura scientifica, sia dei media, in maniera decisamente più massiccia rispetto alle altre nuove forme di dipendenza, per cui è stato possibile raccogliere molto materiale su cui lavorare.

La trattazione di questi fenomeni ha permesso, alla mia esperienza personale, di svelare e comprendere alcuni aspetti di una realtà così vicina, eppure così nascosta ed invisibile.

Parte prima:

Le nuove forme di Dipendenza

Capitolo 1:

Il concetto di dipendenza

1. La complessità del termine

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

comportamento stesso che, creando un particolare significato, ne faciliterà o meno la reiterazione.

Raccogliendo i presupposti sistemici di Bateson, Rigliano (1998) formula una definizione della dipendenza molto densa di significato: ‘La dipendenza è ciò che risulta dall’incrocio tra il potere che la sostanza ha in potenza e il potere che quella persona è disposta ad attribuire alla sostanza’ (pag. 48). Il soggetto, portatore di una serie di caratteristiche e di bisogni, incontrando l’oggetto della dipendenza che può essere una sostanza, un comportamento o una relazione, vive un’esperienza particolare data dalla ristrutturazione che il sé subisce a seguito di questo incontro. L’interpretazione di questo vissuto pone le basi per il suo ripetersi. Shaffer (1996) sostiene, infatti, che il fulcro della dipendenza è l’esperienza soggettiva, il modo in cui l’oggetto cambia la condizione dell’individuo.

La dipendenza non è un ‘vizio’, né una malattia, ma è un processo che si innesca quando una persona, nel contatto con un particolare oggetto si sperimenta in maniera diversa e legge questa ristrutturazione del sé come positiva e più funzionale. E’ ‘la convinzione individuale, in seguito ad un’esperienza soggettivamente interpretata, di avere trovato in un posto e solo in quel posto la risposta fondamentale a propri bisogni e desideri essenziali: che non è possibile soddisfare altrimenti’ (Rigliano, 1998; pag. 54).

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

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

2. Le Nuove Dipendenze

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

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

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

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

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

L'autore sostiene che nella prima categoria, le nuove forme di dipendenza senza droga sono agevolate dall'innovazione tecnologica e dalla nuova civiltà che, da una parte genera stress, vuoto e noia, e dall'altra stimola la tendenza all'immediata gratificazione, fornendo sempre gli strumenti appropriati.

E' interessante, a questo punto, riportare la distinzione che, nella lingua inglese, intercorre tra i termini *dependence* e *addiction* (Maddux e Desmond, 2000): il primo indica la dipendenza fisica e chimica, il secondo indica, invece, come ogni aspetto della vita del soggetto venga invalidato

dalla dipendenza. La comparsa di relazioni di dipendenza anche nei confronti di attività e non solo di sostanze chimiche, dimostra che si può sviluppare un'*addiction* senza *dependence*. Si può avere una modalità relazionale di tipo dipendente con un qualsiasi oggetto, senza che esso necessariamente agisca sull'organismo dal punto di vista chimico. D'altra parte si può anche avere dipendenza fisica in assenza di addiction: pensiamo a come la dipendenza dalla nicotina difficilmente porti ad azioni illegali o comportamenti antisociali (Shaffer, 1996).

Tra le dipendenze comportamentali possiamo annoverare quella dal cibo, dal sesso, delle relazioni affettive, dal lavoro, dallo shopping, da Internet e dal gioco d'azzardo. Quest'ultima è l'unica ad aver conquistato l'inserimento nel DSM, sotto la categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi non Altrove classificati, diventando così, per la comunità scientifica, un disturbo psichiatrico vero e proprio. La dipendenza da Internet, al pari delle altre, non gode di questo riconoscimento, ma la letteratura scientifica su tale argomento è in fase di grande sviluppo. L'Internet Addiction ed il Pathological Gambling (Gioco d'Azzardo Patologico) verranno, perciò, trattati approfonditamente nel corso della trattazione, mentre in questo capitolo seguirà una sommaria descrizione di un'altra tra le dipendenze comportamentali maggiormente studiate, lo Shopping Compulsivo o Dipendenza dagli Acquisti.

3. Dipendenze e compulsioni

Alcuni autori (Levenkron, 1991; Blaszczynski, 1999) si riferiscono alle dipendenze comportamentali, parlando di compulsioni o di disturbi appartenenti allo spettro Ossessivo-Compulsivo, date le forti resistenze che

essi ancora oppongono al concetto di dipendenza senza l'intervento di sostanze.

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

- L'impulso che spinge a mettere in atto il comportamento, proprio della dipendenza è di tipo egosintonico: esso appartiene alla sfera dell'Io, il soggetto ricerca l'esperienza perché lo autorealizza e lo gratifica, anche se solo in apparenza. All'opposto la compulsione od ossessione è un'idea estranea all'Io, perché il soggetto non la percepisce come una sua elaborazione, tant'è che non riesce a motivarla, anche se comunque si sente costretto a metterla in pratica; per questo la compulsione si dice egodistonica.
- Nell'impulso dipendente la riflessione è scarsa o assente, mentre le compulsioni sono stimulate da una riflessione eccessiva, da pensieri simili a vaneggiamenti. Nel disturbo compulsivo il soggetto si trova costretto ad attuare un comportamento inspiegabile, come lavarsi continuamente le mani, angosciato da un presentimento magico di disgrazia che può avvenire se si cerca di scacciare l'ossessione.
- La dipendenza implica un perdita dell'autocontrollo, mentre nella compulsione la capacità decisionale è assente dal principio, il soggetto si sente come sottomesso da un dominio alieno.

Blaszczynski (1999) riporta che i giocatori d'azzardo patologici presentano tratti compulsivi ed ossessivi, tra cui eccessiva preoccupazione per i pensieri intrusivi e difficoltà nel prendere semplici decisioni. Nonostante questi risultati, analizzando meglio i sintomi di alcune delle

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

Capitolo 2:

La Dipendenza dallo Shopping

1. Caratteristiche generali

La Dipendenza dagli Acquisti, detta anche Shopping Compulsivo, è un disturbo che viene descritto per la prima volta da Kraepelin nel 1915, il quale parla della “mania di comprare” o della “oniomania” come di un impulso patologico. In seguito Bleuler (1924) lo elenca tra gli “impulsi reattivi”. Recentemente è stata McElroy (1991; 1994) ad occuparsi di questo fenomeno, riportando venti casi di soggetti dipendenti dagli acquisti. Ella propone i seguenti criteri diagnostici per distinguere le persone che praticano lo shopping come una normale attività, da quelle per cui esso assume caratteristiche patologiche:

- A. La preoccupazione, l'impulso o il comportamento del comprare non adattivi come indicato da uno dei seguenti elementi:
 - 1. frequente preoccupazione o impulso a comprare, esperiti come irresistibili, intrusivi o insensati;
 - 2. comprare frequentemente al di sopra delle proprie possibilità, spesso oggetti inutili (o di cui non si ha bisogno), per un periodo di tempo più lungo di quello stabilito.

- B. La preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano stress marcato, fanno consumare tempo, interferiscono significativamente

con il funzionamento sociale e lavorativo o determinano problemi finanziari (indebitamento o bancarotta).

- C. Il comprare in maniera eccessiva non si presenta esclusivamente durante i periodi di mania o ipomania.

I soggetti che presentano questo disturbo riportano tensione crescente ed un impulso incontrollabile che li spinge a comprare, per poi sentirsi sollevati e provare un senso di piacere e gratificazione (Christenson e coll., 1994). Lo shopping compulsivo causa problemi significativi quali, stress, interferenze con il funzionamento sociale e lavorativo, distruzione familiare e coniugale e gravi problemi finanziari. Il comportamento è, infatti considerato un disordine solo quando provoca simili conseguenze negative nella vita dell'individuo (Lejoyeux, Adès, Tassain, et al., 1996). Inoltre, si riscontrano molto spesso sentimenti di colpa e vergogna in seguito all'acquisto di oggetti, che il più delle volte vengono messi da parte o regalati oppure buttati via (Alonso-Fernandez, 1999).

Tutti gli studi condotti su tale disturbo riferiscono che esso si manifesta soprattutto nelle donne di giovane età; Christenson e coll. (1994) riportano che l'80% dei compulsive buyers della loro ricerca sono donne. Si pensa, a tale proposito, che la società contemporanea crei in questa categoria un accrescimento dell'autostima attraverso gli oggetti acquistati. Secondo la ricerca succitata i prodotti che vengono maggiormente comperati sono: vestiti (95.8%), scarpe (75%), gioielli (41.7%) e cosmetici (33.3%); seguono inoltre, in percentuali minori, articoli di ogni genere, dai pezzi da collezione, alle automobili. Osservando questi risultati ci rendiamo conto di come, anche il tipo di prodotti, tipicamente femminili, confermino la maggiore tendenza delle donne a sviluppare una dipendenza dallo shopping.

2. Comorbidità

E' stato individuato un elevato grado di comorbidità con disturbi psichiatrici classificati nel Asse I del DSM. La McElroy (1994) trova che il 90% dei soggetti della sua ricerca presentano disturbi dell'umore (depressione), altri mostrano disordini legati all'ansia (fobie, panico, disturbo ossessivo compulsivo), abuso di sostanze (in particolare alcol), disturbi dell'alimentazione e discontrollo degli impulsi.

Anche la ricerca di Christenson e coll. (1994), evidenzia alcuni disturbi psichiatrici rintracciabili maggiormente nei compulsive buyers, rispetto ai soggetti normali: disturbi legati all'ansia (50%), abuso o dipendenza da sostanze (45.8%), disordini alimentari (20.8%).

La presenza di un così alto grado di comorbidità con altre patologie psichiatriche, porta ad ipotizzare di diverse possibili cause nell'eziologia della dipendenza dagli acquisti.

3. Eziologia

Dalle ricerche finora condotte, si evince che lo shopping compulsivo può essere inquadrato come un Disturbo Ossessivo Compulsivo, come una strategia utile per alleviare la depressione, come una forma di dipendenza o come un Disturbo del Controllo degli Impulsi.

Disturbo Ossessivo Compulsivo

Il Compulsive Buying può rappresentare una variazione del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). I soggetti affetti da questa patologia

sostengono di essere assaliti dall'urgenza di comprare, come in preda ad un'ossessione che li costringe a mettere in atto il comportamento. Molti di loro descrivono questo impulso irrefrenabile come intrusivo (Christenson et al., 1994). Inoltre secondo McElroy e coll. (1994), tale disturbo presenta caratteristiche sia di tipo egosintonico, poiché genera sollievo e piacere dopo l'acquisto, sia di tipo egodistonico, in quanto crea stress, conseguenze negative e sentimenti di colpa. Per questo motivo non è da escludersi l'ipotesi che lo shopping compulsivo possa rientrare nella categoria generale dei Disturbi Ossessivi Compulsivi.

Depressione

Esistono diversi motivi per poter pensare che il Compulsive Buying possa rappresentare una strategia messa in atto per alleviare uno stato depressivo sottostante. Innanzitutto si è visto che sentimenti negativi come tristezza, solitudine, frustrazione o rabbia incrementano la tendenza a fare acquisti, mentre lo shopping stesso è associato ad emozioni piacevoli quali felicità, senso di potere e competenza (Lejoyeux et al., 1996). Inoltre, secondo la ricerca della McElroy e coll., l'impulso si manifesta soprattutto durante gli episodi depressivi meno gravi, mentre è assente negli episodi severi o maniacali. Il fatto che gli oggetti acquistati siano molto spesso inutili e che il più delle volte vengano messi da parte o regalati (Alonso-Fernandez, 1999), ci fa capire che essi servono solo a riempire un vuoto di sentimenti positivi e di autostima nel soggetto. Proprio l'autostima potrebbe costituire il legame tra depressione e shopping patologico, infatti, da una ricerca di Faber e O'Guinn (1992) risulta che i compulsive buyers hanno punteggi di autostima molto più bassi rispetto ai normali consumatori. Per questi soggetti patologici fare acquisti potrebbe essere un modo per innalzare la propria autostima e combattere frustrazione ed umore depresso.

Infine, è da segnalare che nove soggetti su tredici pazienti trattati con antidepressivi nello studio di McElroy et al. (1994), mostrano una completa o parziale remissione dei sintomi caratteristici del Compulsive Buying.

Dipendenza

Molto interessante è però anche l'accostamento con la dipendenza. Come abbiamo visto, lo shopping a livelli patologici si associa spesso ad altri tipi di dipendenza da comportamenti o da sostanze. Similmente ad esse possiede le caratteristiche della *tolleranza*, che porta i soggetti ad incrementare progressivamente tempo e denaro speso negli acquisti e del *craving*, l'incapacità di controllare l'impulso di mettere in atto il comportamento. In questo modo il soggetto affetto da tale disturbo cerca immediata gratificazione, agendo nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative a cui andrà incontro. In seguito all'acquisto egli sperimenta un senso di riduzione della tensione che funziona da rinforzo per il successivo ripetersi del comportamento disfunzionale.

Impulsività

L'evidente presenza di una componente d'impulsività nella dipendenza dallo shopping e la sua frequente associazione con il Disturbo del Controllo degli Impulsi, rende probabile l'ipotesi dell'origine comune delle due patologie.

Alcune caratteristiche che le accomunano sono: la tensione che precede la messa in atto del comportamento, la ricerca di immediata gratificazione, e l'incapacità di sopportare la frustrazione derivante dall'astenersi dall'agire.

4. Conclusioni

Grazie alla letteratura scientifica in materia è possibile delineare un quadro generale del disturbo da shopping compulsivo, che permette di riconoscerne i sintomi caratteristici e le principali manifestazioni. E' auspicabile comunque un maggiore sviluppo nella ricerca riguardante questa nuova forma di dipendenza comportamentale.

Parte seconda:

Il Gioco D'azzardo Patologico

Capitolo 1:

Il gioco d'azzardo

1. La storia

Molti autori hanno affrontato il tema del gioco, considerandolo una prerogativa essenziale degli esseri umani non soltanto nell'età infantile. (Lavanco, Varveri, Lo Re, 2001). Huizinga (1938) attribuisce un ruolo fondamentale al gioco nel suo saggio "Homo ludens": egli afferma che ogni aspetto della vita può essere ricondotto ad un gioco; "ogni azione umana appare un mero gioco". Il gioco non è un prodotto della cultura ma al contrario: "La cultura sorge in forma ludica, la cultura è dapprima giocata (...) nei giochi e con i giochi la vita sociale si riveste di forme soprabiologiche che le conferiscono maggior valore. Con quei giochi la collettività esprime la sua interpretazione della vita e del mondo. Dunque ciò non significa che il gioco muta o si converte in cultura, ma piuttosto che la cultura, nelle sue fasi originarie, porta il carattere di un gioco" (Huizinga, 1938, pag. XVII). Secondo l'autore l'uomo può essere definito "Ludens", oltre che "faber" perché accanto al suo essere attivo e produttore possiede anche la funzione di uomo che gioca. Ma, come nota Caillois (1958), il saggio di Huizinga non tratta il giochi d'azzardo, elemento peculiare per l'uomo del suo modo di essere nel mondo. Il gioco d'azzardo affonda le sue radici fin nell'antichità, già a partire dal 4000 a.C. ne troviamo notizia: si pensa addirittura che i primi giocatori d'azzardo fossero gli egizi, i quali per predire il futuro utilizzavano quello che oggi è il gioco dei dadi. La stessa parola *azzardo* del resto deriva dal francese *hazard*, che a sua volta deriva dall'arabo *az-zahr*, un antico gioco orientale con tre dadi, in cui il punteggio

massimo è 6-6-6. Croce e Zerbetto (2001), notano che il numero 666, conosciuto come il numero del Diavolo, è anche la somma di tutti i numeri della roulette e accostano questa simbologia al fatto che il gioco d'azzardo possa diventare anche una dannazione, se si pensa al suo essere compulsivo e alle disastrose conseguenze alle quali può condurre questa "sete di rischio" (Dostoevskij, 1866, pag. 162). Riferimenti al gioco d'azzardo compaiono anche nella mitologia egizia: Mercurio, giocando con la Luna, riesce a vincere un po' della sua luminosità e quei cinque giorni che si andranno a sommare ai 360 dell'anno e che verranno celebrati come il compleanno degli dei. In Cina, India e Giappone sono stati ritrovati manoscritti che raccontano di forti scommesse al gioco dei dadi e alle corse dei carri. Anche nelle antiche civiltà greca e romana era diffuso il gioco d'azzardo, infatti in diverse taverne romane sono state ritrovate insegne recanti la scritta *panem et circenses*, scommesse e cibo. Inoltre sappiamo che alcuni degli imperatori, tra cui Nerone, Claudio e Caligola, erano giocatori che oggi chiameremmo patologici. Presso le popolazioni germaniche i giocatori arrivavano a perdere la moglie, i figli e persino la loro libertà. Nel corso dei secoli si espandono le modalità di gioco: tra il XII e il XIII secolo compaiono le corse dei cavalli, che inizialmente in Gran Bretagna vengono chiamate "lo sport dei re", ma in seguito si diffondono anche al popolo. Tra il XVI e il XVII secolo nascono le lotterie, nel Settecento Blaise Pascal inventa la roulette e nel 1895 l'americano Charles Fay crea le prime slot-machines, conosciute negli Stati Uniti come "banditi con un braccio solo".

Negli anni l'atteggiamento nei confronti del gioco d'azzardo è cambiato più volte, alternando fasi di permissivismo ad altre di proibizionismo. Croce e Zerbetto osservano che negli ultimi due millenni, emerge come la competenza e la condanna del gioco (e dei giocatori) sia stata in un

primo momento di pertinenza religiosa (giocare è peccato), diventando quindi di dominio e preoccupazione del diritto (giocare è reato), mentre ora appaia sempre più di dominio della medicina e della psicologia (giocare- se in modo compulsivo- è malattia). Nel Medioevo per esempio a Firenze e Venezia il gioco fu vietato insieme alla bestemmia. Nel 1212 il consiglio Lateranense proibì il gioco d'azzardo, esso era considerato sacrilego in quanto rappresentava un rivolgimento al divino o al maligno al fine di ottenere risultati. (Lavanco, 2001). Nel 1731 però, al tempo di Clemente XII, la Chiesa trasforma il lotto in gioco di stato. Il monopolio sul gioco d'azzardo diventa una grossa risorsa finanziaria per arricchire l'Erario e compensare i deficit statali. Croce scrive infatti che oltre al paradigma morale del gioco come vizio dei più deboli, a quello psicoanalitico della malattia e a quello legale del gioco come reato si può rintracciare un paradigma economico, in cui "il gioco è business. Produce ricchezza, porta lavoro, ricchezza e profitto alle comunità locali e, da non ultimo, legalizzandolo si può togliere risorse alla criminalità" (Croce, 2001, pag.66). A partire dal 1963 infatti prende avvio la legalizzazione negli Stati Uniti e si espande un clima di fiducia e di positività nei confronti delle attività di gioco, tant'è che "Las Vegas divenne un luogo dove andare in vacanza e giocare alla lotteria divenne un'abitudine del week-end" (Croce, 2001, pag.67). Fiasco sostiene che il gioco rappresenti una risorsa anche per il popolo: per esso significa la possibilità di sperare in una vita migliore, quando lo stato non lo garantisce. E' proprio nei periodi di crisi economica che gli italiani si affidano al gioco: "una correlazione negativa così vistosa (quando l'economia fiorisce l'azzardo deperisce) dovrebbe ridimensionare la retorica di quella che era stata indicata come l'inguaribile passione degli italiani. (...) Se il gioco è un'alternativa all'azione costruttiva per accedere al reddito, quando si riduce la credibilità della risposta attiva al

bisogno (appunto nei periodi di crisi economica), allora aumenta la forza attrattiva della fortuna al gioco. Viceversa con la dinamizzazione dell'economia, acquista significato la ricerca di soluzioni non aleatorie.” (Fiasco, 2001, pag.328).

Oggi ci stiamo rendendo conto del grosso impatto che la politica di progressiva legittimazione e incentivazione del gioco d'azzardo ha avuto a livello sociale. A partire dal 1990 negli Stati Uniti e dal 1990 in Europa, si sono moltiplicate le ricerche volte a stabilire il tasso di prevalenza dei giocatori problematici e patologici. In Italia si stima che l'80% della popolazione gioca almeno una volta l'anno e la percentuale dei giocatori patologici è compresa tra l'1% e il 3%. (Lavano e Varveri, 2001). Guerreschi (2000) sostiene che lo Stato dovrebbe contribuire alla creazione di una cultura del gioco d'azzardo, per cui il gioco diventi una possibilità di divertimento e di arricchimento, ma non un'alternativa all'attività lavorativa.

2. I nuovi giochi

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

locali: 50 mila bar, 20 mila bar tabaccherie, 7 mila totoricevitorie, 3 mila sale da gioco, 3 mila circoli privati. (Sbrocco, 2000). Dalla loro comparsa si sono moltiplicati i casi di dipendenza, in un'intervista del 2 dicembre 2001 sul quotidiano "La Nazione" Mauro Croce afferma: "Oggi il videopocker sta trasformando in fenomeno sociale di massa una 'malattia' prima limitata a fasce circoscritte di popolazione. Fra i miei pazienti, che cercano di liberarsi dalla mania del videopocker, ci sono anziani che prima si limitavano alla partita a carte. Oggi nei bar ci sono queste macchinette, loro le preferiscono alla briscola e cresce la dipendenza" (Guadagnucci, 2001, pag.1). Alcuni esperti mettono in guardia rispetto al fatto di non considerare queste macchinette dei videogiochi; le differenze sono numerose: innanzitutto nei videopocker manca la componente di abilità necessaria per cimentarsi con i videogiochi, inoltre nei primi si inserisce denaro contante, eliminando così il tramite del cambio dei soldi che potrebbe costituire un elemento di riflessione per il giocatore e potrebbe interrompere l'automatismo del comportamento di gioco. Un'altra caratteristica peculiare dei videopocker è l'obbligo per i gestori di pagare la vincita in buoni consumo, ma molto spesso tale obbligo non viene rispettato ed il pagamento avviene sotto forma monetaria. Accanto a queste caratteristiche che potrebbero contribuire all'instaurazione della dipendenza, ne troviamo un'altra di estrema importanza: l'isolamento e l'estraneazione dalla realtà che producono, lo stesso che troviamo anche nelle slot-machines. In una sua ricerca del 1997, Griffiths nota che su un campione di ragazzi osservati nelle sale giochi, la maggioranza entravano in gruppo, ma una volta iniziato il gioco alle slot-machines, l'interazione tra pari era poca e nulla. Ciò lo porta a ritenere questo gioco come non-sociale (Griffiths, 1997). Non a caso Guerreschi (2000) distingue i "giocatori per fuga", solitari e passivi, attratti da

videopocker e slot-machines, che attraverso il gioco vogliono sfuggire da una realtà che non li soddisfa, dai “giocatori d’azione”, alla ricerca di una forte attivazione.

Un’altra opportunità di gioco alienante dalla realtà è offerta da Internet. Digitando su qualsiasi motore di ricerca la parola ‘azzardo’ si aprono centinaia di siti che propongono casinò virtuali, scommesse, aste on-line ed investimenti in azioni di borsa (Lavanco, Varveri, Lo Re, 2001). Romani sostiene che il successo dei cybercasinò è dovuto ad una “reciproca convenienza” tra chi li gestisce, perlopiù società australiane che riescono ad eludere divieti ed obblighi imposti dalla legge grazie alla non regolamentazione del gioco virtuale, e gli utenti. Questi godono di vantaggi come il non doversi recare al casino, risparmiando denaro per il viaggio e mantenendo la totale privacy (Croce e Zerbetto, 2001). Croce, nell’intervista sopra citata dice: “ On line sono stati contati almeno 500 casinò virtuali. Si gioca da casa, con la carta di credito, in modo discreto e solitario, ad ogni ora. In Gran Bretagna sono in allarme per la diffusione del gioco via Internet sul posto di lavoro: lo stesso trading on line a volte è vissuto e praticato come una forma d’azzardo. Con le tessere a scalare e le puntate tramite telefonino le patologie sono destinate a crescere, perché l’isolamento e l’assenza di contatto con la moneta contante le favoriscono” (Guadagnucci, 2001, pag.2).

All’opposto di questi giochi che portano all’estraneazione dal mondo, ce ne sono altri che favoriscono la socializzazione. Gli scommettitori alle corse dei cavalli, per esempio, considerano fondamentale il gruppo ed hanno bisogno di sentirsene parte; essi non giocano uno contro l’altro, ma contro un’organizzazione che si arricchisce grazie alla loro attività. Altri giochi che non precludono la socializzazione sono i cosiddetti “giochi nobili”, come la roulette ed il pocker. Essi si trovano all’interno del casinò, il quale nonostante i nuovi giochi non ha perso il proprio

fascino soprattutto tra i giovani e i ceti medi (Sbrocco, 2000). I casinò ufficiali in Italia sono quattro: Saint Vincent, Campione d'Italia, San Remo e Venezia. I giocatori di casino costituiscono un gruppo a parte rispetto agli altri a causa dei loro peculiari codici comportamentali: “Al casino si entrava con la cravatta, vigeva la regola della mancia ai croupier, bisognava registrarsi, esistevano regole e rituali di comportamento precisi e chi vi entrava accettava o sceglieva di partecipare, condividere e costruire un rito collettivo” (Croce, 2001, pag.160). Allo scopo di riassumere le principali differenze tra i giochi tradizionali e i nuovi giochi dell'era tecnologica, ritengo utile riportare la seguente tabella tratta da un articolo di Croce (2001).

Tab.1.1 *Confronto tra giochi (Croce, 2001)*

TRADIZIONALI	FUTURI
LENTEZZA Smazzare le carte, aspettare l'estrazione.	VELOCITA' Macchine sempre più veloci, possibilità di giocare in tempo reale
RITUALITA'	CONSUMO
SOCIALITA'	SOLITUDINE
MANUALITA'	TECNOLOGIA
VISIBILITA' Chi gioca è visibile, sebbene in luoghi particolari	INVISIBILITA' E' possibile giocare senza farsi vedere da nessuno
CONTESTUALIZZAZIONE Luoghi e orari precisi	DECONTESTUALIZZAZIONE Ogni luogo, ogni ora
BASSA SOGLIA D'ACCESSO Per entrare al casinò, era necessario fornire i propri dati anagrafici, per entrare in determinate bische bisognava essere presentati	ALTA SOGLIA D'ACCESSO I giochi sono facilmente raggiungibili da chiunque

COMPLESSITA'

SEMPLICITA'

Per giocare ad alti livelli era necessario conoscere alcune regole

Di recente si è aperta una diatriba tra coloro che sostengono la proposta dello Stato di aprire altri 20 casinò, uno per ogni regione e coloro che sono contrari, i quali temono che ciò potrebbe provocare un aumento dei giocatori patologici insieme con una proliferazione d'azioni illecite e problemi di ordine pubblico (Sbrocco, 2000). Guerreschi (2000) dice: 'E' necessario che il legislatore si renda conto del potenziale distruttivo del gioco d'azzardo, quando questo non è più controllabile e che assieme alla liberalizzazione dei giochi siano prese misure atte a limitare la pericolosità" (pag.52).

A questo proposito è interessante soffermarci su un recente fenomeno: l'apertura delle sale del 'Bingo', la tombola americana. Sono state usate varie argomentazioni per giustificare la nascita di questa nuova opportunità di gioco: il risanamento del deficit pubblico, la creazione di nuovi posti di lavoro e addirittura la volontà di promuovere nuove forme di socializzazione. Fiasco critica tali argomentazioni di copertura per una politica di arricchimento statale; 'l'incasso sarà distribuito per il 20% ai gestori, per un altro 20% allo stato e il rimanente 60% costituirà montepremi.(...) Quel che avverrà 'in piccolo', grazie ad un sostanziale aggiramento del divieto di legge a istituire sale da gioco d'azzardo, sarà una complessa interazione simile all'apertura di minicasinò di quartiere" (Fiasco, 2001, pag. 335).

Capitolo 2:

Gioco d'azzardo e patologia: dal *social gambler* al giocatore patologico

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

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

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

Come possiamo notare da questo breve excursus, il gioco d'azzardo non è mai stato preso in considerazione nella sua complessità, ma fino ad oggi se n'è preso in considerazione solo un aspetto alla volta. Dall'inserimento nel DSM per esempio, si sono moltiplicate le ricerche sul giocatore d'azzardo

patologico, ma si è lasciato un po' in disparte lo studio del giocatore sociale, cosiddetto *social gambler* da Dickerson (1984).

Scorrendo i vari articoli sul gioco d'azzardo si trovano accenni al *social gambler*, ma spesso solo nel contesto di un confronto con il giocatore patologico, che rappresenta il fulcro della ricerca. Guerreschi (2000) suddivide i giocatori in sei categorie lungo un continuum che va dal giocare per divertirsi e passare il tempo, al giocare spinti da un impulso che non si riesce a controllare (vedi tab. 2.1), ma è a quest'ultima categoria che dedica la sua attenzione.

Bolen e Boyd (1968) nel loro articolo *Gambling and the Gambler* distinguono il *pathological gambler* dal *normal gambler*, utilizzando i concetti psicoanalitici di 'colpa' e 'desiderio inconscio di perdere: il giocatore patologico è spinto da componenti aggressive e libidiche inconse, il gioco rappresenta la soddisfazione di tali istinti proibiti, perciò genera sentimenti di colpa. Per estinguerli il giocatore continua a giocare desiderando inconsciamente di perdere per essere punito.

Il *normal gambler* invece è motivato un semplice desiderio di divertimento e rilassamento, perciò nutre sia consciamente che inconsciamente la speranza di vincere ed è in grado di smettere di giocare quando vuole.

Francisco Alonso-Fernandez fa' anch'egli una classificazione dei giocatori: Il *giocatore sociale* è spinto da "spirito ricreativo" e mantiene un controllo tale per cui il gioco non interferisce nel funzionamento normale della sua vita, il *giocatore problematico* invece ricorre a qualsiasi mezzo pur di vincere dato che non accetta le perdite e a volte può anche reagire in modo violento. Per il *giocatore patologico leggero* il gioco è il sintomo di una patologia sottostante, come può essere per esempio uno stato depressivo. Infine il *giocatore dipendente* ha sviluppato una vera e propria dipendenza nei confronti di questa attività, perciò eventuali fenomeni di comorbilità

sono solitamente una conseguenza di questa dipendenza primaria (Alonso-Fernandez, 1996).

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

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

Tab.2.1 Classificazione dei giocatori d'azzardo operata da Guerreschi (2000).

- 1. Giocatori d'azione con sindrome da dipendenza:** hanno perso il controllo sul loro modo di giocare. Per essi, giocare d'azzardo è la cosa più importante nella vita, l'unica cosa che li mantiene in "azione". Il gioco d'azzardo compulsivo è una dipendenza progressiva che abbraccia tutti gli aspetti della vita del giocatore. Mentre continua a giocare, la sua famiglia, i suoi amici ed il suo lavoro vengono influenzati negativamente dalla sua attività di gioco. Il giocatore compulsivo non può smettere di giocare, indipendentemente da quanto lo desidera o da quanto duramente ci provi.
- 2. Giocatori per fuga con sindrome da dipendenza:** giocano per trovare alleviamento alle sensazioni di ansietà, depressione, rabbia, noia o solitudine. Usano il gioco d'azzardo per sfuggire da crisi o difficoltà. Il gioco provoca un effetto analgesico invece di una risposta euforica.
- 3. Giocatori sociali costanti:** il gioco d'azzardo è la fonte principale di relax e divertimento, sebbene questi individui mettano il gioco in secondo piano rispetto alla famiglia e al lavoro. I giocatori sociali costanti mantengono ancora il controllo sulle loro attività di gioco.
- 4. Giocatori sociali adeguati:** giocano per passatempo, per socializzare e per divertirsi: Per essi giocare d'azzardo può essere una distrazione o una forma di relax. Il gioco non interferisce con le obbligazioni familiari, sociali o lavorative. A questa categoria di giocatori appartiene la maggioranza della popolazione adulta.
- 5. Giocatori antisociali:** sono giocatori antisociali coloro che si servono del gioco d'azzardo per ottenere un guadagno in maniera illegale.
- 6. Giocatori professionisti non-patologici:** si mantengono giocando d'azzardo e considerano il gioco d'azzardo una professione.

1. Il gioco come “oasi di gioia”.

Caillois (1958) definisce il gioco come un'attività: *libera*, a cui il giocatore non può essere obbligato, ma che sceglie liberamente; *separata* dalla realtà quotidiana; *incerta* perché il giocatore possiede la libertà di inventare, senza determinare anticipatamente svolgimento e risultato; *improduttiva* perché non crea ricchezza né altri elementi nuovi, al massimo la ricchezza viene ridistribuita in maniera diversa tra i partecipanti; *regolata*, dato che si creano delle leggi nell'ambito dell'esperienza ludica ed infine *fittizia*, cioè accompagnata dalla consapevolezza di essere qualcosa di diverso dalla vita reale.

L'autore distingue quattro tipi di giochi: quelli di *agon*, caratterizzati dalla competizione e dal piacere di risultare il migliore; quelli di *alea*, antitetici ai primi, in cui ci si affida totalmente alla fortuna aspettando passivamente il risultato; i giochi di *mimicry*, il cui piacere risiede nel far finta di esser qualcun'altro o qualcos'altro, come nel teatro ed infine i giochi di *ilinx*, di vertigine, attraverso i quali si cercano forti sensazioni, per esempio le montagne russe.

I giochi d'azzardo vengono classificati nella categoria dell'*alea*, che, dice Caillois, “nega il lavoro, la pazienza, la destrezza, la qualificazione (...) è avversità totale o fortuna assoluta” (ibidem, pag.34). L'autore considera i giochi d'azzardo i “giochi umani per antonomasia” dato che gli anima li, pur conoscendo giochi di competizione, immaginazione e vertigine, non sono capaci di pensare ad un'entità superiore come la fortuna alla quale affidarsi.

Quindi, una volta riconosciuta l'esistenza e l'importanza del gioco d'azzardo a livello sociale, possiamo chiederci perché l'uomo è spinto a giocare, seppure occasionalmente. Imbucci (1997) risponde che con la schedina si compra un po' di illusione e di speranza, che giocarla è una

forma di svago e divertimento per la maggioranza delle persone, ma anche un modo per vivere delle emozioni. Lavanco e Varveri (2001), proprio per indagare la dimensione psicosociale del gioco d'azzardo, conducono una ricerca empirica su dei giocatori abituali nel territorio siciliano. Essi si servono di due strumenti, un questionario appositamente costruito per avere un'immagine il più possibile esauriente di ogni giocatore e la scala I – E di Rotter per stabilire il locus of control, ovvero la tendenza dei giocatori ad attribuire le cause di successi e insuccessi a fattori esterni (fortuna) oppure interni (competenza).

I risultati della ricerca hanno innanzi tutto permesso di dividere i giocatori sociali in tre categorie:

- I giocatori che per vincere fanno affidamento sulla propria competenza, come gli scommettitori alle corse dei cavalli, i quali ritengono necessaria una certa dose di esperienza e abilità per azzeccare un pronostico;
- Quelli che si affidano totalmente alla fortuna, come nel gioco del Lotto;
- I giocatori che contano su ambedue le componenti, i quali ritengono che per ottenere un risultato positivo occorre una miscela di competenza e di fortuna. Un esempio tipico si ha nel Totocalcio, uno dei giochi più accettati a livello sociale e ritenuto meno rischioso nell'ideale collettivo.

Rappresentando perciò gli scommettitori al Totocalcio i giocatori sociali per eccellenza, gli autori hanno deciso di restringere il campione solamente a questa categoria. Essi sostengono: di non avere mai avuto problemi derivanti dal gioco né nei rapporti sociali (88%), né di tipo economico (84%). In seguito a perdite consistenti, per giocare o pagare un debito non

sono ricorsi a chiedere un prestito (81%): solo il 5% dichiara di aver avuto problemi economici e sociali causati dal gioco.

I soggetti della ricerca ritengono che essenzialmente giocare è: un piacere (61%), un'abitudine settimanale (19%), un modo per seguire il gruppo (7%). Il gioco è anche inteso come vizio (12%) e una necessità, ma solo dal 2% del campione. Possiamo quindi dedurre che in linea generale il gioco, per il giocatore sociale rappresenta uno spazio altro, rispetto alla vita reale. Si gioca più che mai per tentare di migliorare la qualità della stessa, tant'è vero che il 37% dei soggetti intervistati, in caso di vincita consistente, farebbe investimenti economici, il 27% migliorerebbe il tenore di vita, il 12% spenderebbe il denaro in viaggi, il 5% in automobili od oggetti di lusso, l'1% in beneficenza, mentre solo il 6% rigiocherebbe la somma vinta per incrementarla.

Si può affermare che il giocatore sociale ottiene attraverso il gioco una sorta di "fuga psichica" dalla realtà, un modo per uscire dalla routine, uno "spazio magico" (Huizinga, 1938) in cui può dare sfogo alla fantasia ed immaginare se stesso in diverse situazioni di vita.

2. La carriera del giocatore d'azzardo

Il giocatore sociale può diventare patologico quando non riesce più a controllare il proprio comportamento di gioco ed inizia a subire danni a livello economico, psicologico, relazionale e lavorativo. Il passaggio è progressivo, si tratta di un processo messo in moto dall'interazione di vari elementi, per questo è utile a scopo preventivo individuare i fattori di rischio, in grado di facilitare l'insorgenza del fenomeno (Lavanco, 2001). Questo autore, grazie alla ricerca citata nel paragrafo precedente, individua un potenziale fattore di rischio: il rapporto tra competenza e fortuna. Egli

sostiene che la tendenza ad affidarsi a vittorie fortuite per attuare un cambiamento, negando il valore del lavoro e del merito può agevolare il cammino di un giocatore sociale verso un esito patologico.

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

Walters (1994) per esempio, elabora una teoria dello “stile di vita” del giocatore secondo l’ottica cognitivista. Lo stile di vita sarebbe determinato dall’interazione tra l’individuo e il suo ambiente, condizioni interne ed esterne al soggetto rappresenterebbero fattori di rischio o fattori protettivi, a seconda della loro funzionalità per il suo benessere. Egli è in grado di effettuare scelte responsabili che orientano la sua esistenza, ma in presenza di questi elementi disturbanti lo spettro delle possibilità si restringe. Per esempio, una bassa autostima favorisce in un individuo la percezione di se stesso come inadeguato, così probabilmente sarà più incline a comportamenti disadattivi, come il gioco d’azzardo. Altri fattori rischiosi secondo Walters possono essere il tipo di attaccamento sicuro o insicuro, le relazioni instaurate durante il corso della vita e l’immagine di sé stesso che il soggetto ne ricava, il fatto di essere cresciuto a stretto contatto con altri giocatori abituali, etc. Una volta instaurata la dipendenza da gioco, il giocatore ricorre a meccanismi cognitivi e razionalizzazioni che gli permettono di giustificare la propria condotta e salvare l’autostima.

Lesieur (1979) sostiene che la “carriera” di un giocatore d’azzardo può essere vista come una spirale: essa si articola in diversi gradini che lo portano ad un sempre più ampio coinvolgimento con l’attività di gioco. Come un medico od un avvocato, il giocatore percorre la sua scalata verso il successo, ma il successo in questo caso è il totale fallimento: diventare dipendente dal gioco.

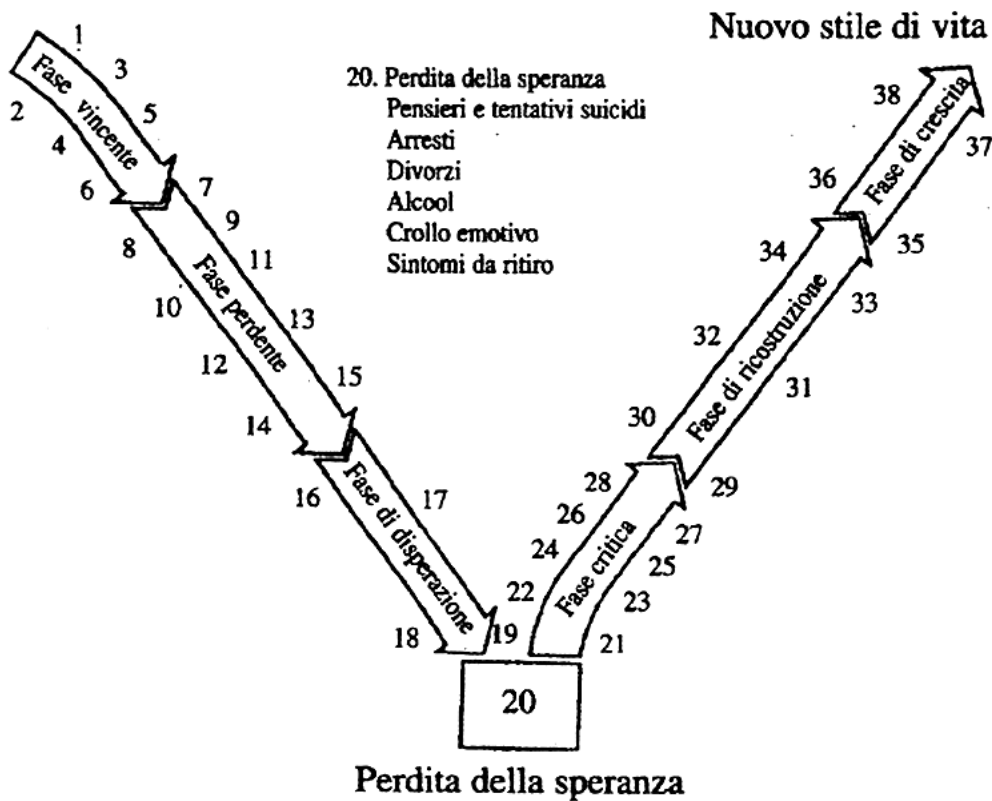
L’autore succitato introduce il concetto di *chasing*, la rincorsa della perdita : più il giocatore perde, più aumenta l’attività ludica e l’ammontare della

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

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

SCHEMA DI CUSTER

Le fasi del gioco patologico e della guarigione



1. Gioco occasionale
2. Vincita frequente
3. Eccitazione legata al gioco
4. Gioco più frequente
5. Aumenta l'ammontare della scommessa
6. Grossa vincita
7. Gioco solitario
8. Episodi di perdita prolungata
9. Pensare solo al gioco
10. Coperture, menzogne
11. Non si riesce a smettere di giocare
12. Irritabilità, agitazione, ritiro
13. Vita familiare infelice
14. Forti prestiti
15. Incapacità di risarcire i debiti
16. Marcato aumento del tempo e del denaro dedicati al gioco
17. Alienazione dalla famiglia e dagli amici
18. Panico
19. Azioni illegali

21. Sincero desiderio di aiuto
22. Speranza
23. Realistico, smette di giocare
24. Si prendono decisioni
25. Si schiariscono le idee
26. Si torna a lavorare
27. Soluzione dei problemi
28. Programmi di risarcimento
29. Rapporti familiari: miglioramento
30. Si torna a rispettare se stessi
31. Si sviluppano delle mete
32. Più tempo con la famiglia
33. Minore impazienza
34. Maggior rilassatezza
35. Diminuisce la preoccupazione legata al gioco
36. Introspezione
37. Comprensione per gli altri
38. Dare affetto agli altri

Nella prima fase, la ‘fase vincente’, il gioco è occasionale, si gioca per divertirsi e le vincite sono frequenti. Il giocatore sente di guadagnare soldi facilmente, così aumenta il tempo e il denaro impiegato nelle scommesse. Spesso si ha una grossa vincita durante questa fase che, secondo l'autore dura dai tre ai cinque anni.

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

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

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

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

Osservando lo schema di Custer noteremo che la freccia in salita che indica la ‘fase di crescita’ arriva più in alto rispetto al punto di partenza, costituito

dalla freccia in discesa. Ciò significa che il recupero, secondo l'autore deve passare attraverso una crescita della persona nella sua totalità, un ampliamento della coscienza che porterà l'individuo ad un benessere e ad una consapevolezza di sé mai raggiunti prima.

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

Capitolo 3:

L'inclusione del Gioco d'Azzardo Patologico nel DSM

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

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

1. E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per esempio, il soggetto è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse di gioco, a valutare o pianificare la prossima impresa di gioco, a escogitare i modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato;

3. ha ripetutamente tentato di ridurre, controllare o interrompere il gioco d'azzardo, ma senza successo.
4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);
7. mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. fa affidamento sugli altri per reperire il denaro per alleviare una situazione economica disperata causata dal gioco (una "operazione di salvataggio").

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

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

Queste patologie presentano alcuni punti in comune con il gioco d'azzardo, che giustificano la loro comune collocazione (Lavanco, 2001):

- L'incapacità di resistere agli impulsi, ai desideri o alla tentazione di compiere atti nocivi per se stesso o per gli altri;
- un senso crescente di tensione o eccitazione affettiva prima di compiere l'azione;
- un senso di piacere, di gratificazione o di liberazione mentre si commette l'azione;
- atti notevoli compiuti senza pensare ai loro effetti sulla vita.

La sistemazione che il gioco d'azzardo patologico ha trovato nel DSM non è però da tutti condivisa e lascia ancora oggi perplessità da cui scaturiscono opinioni diverse.

1. Disturbo del controllo degli impulsi o dipendenza?

La domanda che ci si pone in ambito scientifico è : ‘Sotto quale categoria diagnostica deve essere collocato il gioco d'azzardo patologico?’ La risposta arriva da due opposte correnti di pensiero: coloro che ritengono corretta l'attuale classificazione sotto il Disturbo del Controllo degli Impulsi, e coloro che invece vorrebbero spostarlo sotto la categoria delle dipendenze da sostanze.

I sostenitori di ambedue le opinioni portano interessanti e valide argomentazioni a sostegno della loro tesi.

Per quanto riguarda il primo schieramento, risultano significative le numerose ricerche che attribuiscono un ruolo fondamentale all'impulsività nel comportamento di gioco (Blaszczynski, Steel, McConaghy 1997; Steel e Blaszczynski 1998). Esse riportano alte correlazioni tra il gioco d'azzardo e disfunzioni nel controllo degli impulsi. Inoltre il riconoscimento del gioco d'azzardo patologico come dipendenza provoca perplessità perché non c'è

l'intervento di nessuna sostanza; alcuni autori infatti rimangono ancorati all'idea di dipendenza intesa come assoggettamento fisico dell'individuo da parte di una sostanza che agisce e modifica il funzionamento chimico dell'organismo.

Tale limitazione è però ormai superata dal momento che sempre più spesso si parla di "dipendenze comportamentali" (Alonso -Fernandez, 1999). E' su questa scia che si muovono coloro che auspicano il passaggio del gioco d'azzardo patologico sotto la categoria della dipendenza da sostanze, notando una profonda somiglianza tra i criteri diagnostici relativi a queste due patologie.

La seguente tabella sarà utile per effettuare un confronto critico:

Tab.2.1 *Confronto tra i criteri diagnostici per il GAP e la dipendenza da sostanze secondo il DSM IV:*

Criteri per la dipendenza da sostanze	Criteri per il GAP
1. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) Il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza	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. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche) b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza	2. Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto | 3. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo |
| 4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza | 4. E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo |
| 5. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando 'in catena'), o a riprendersi dai suoi effetti | 5. Gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione) |
| 6. Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza | 6. Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite) |
| 7. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per es., il soggetto continua ad usare la cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcol) | 7. Mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'identità 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 |

Come possiamo vedere c'è una chiara somiglianza tra i diversi criteri. Nella dipendenza da sostanze il punto 1(a) si riferisce alla tolleranza, il bisogno di aumentare sempre di più la quantità di sostanza da assumere per ottenere l'effetto desiderato; nel gioco d'azzardo patologico troviamo parallelamente il criterio 2, il bisogno di giocare somme ogni volta più elevate per sentire la stessa eccitazione. La tolleranza è quindi una caratteristica comune ad ambedue i disturbi, anche se nel gioco d'azzardo nessuna sostanza agisce a livello fisico. Griffiths (1993) spiega questo fenomeno confrontando la misurazione del battito cardiaco prima, durante e dopo una sessione di gioco, in giocatori regolari e non regolari. La conclusione a cui giunge è che entrambi i gruppi presentano un'accelerazione del battito cardiaco rispetto al livello di base durante il compito, e questa accelerazione non è significativamente diversa tra i due gruppi. Da qui si può dedurre che il gioco è oggettivamente (fisiologicamente) eccitante sia per i giocatori regolari che per i non regolari. Griffiths però scopre che nei primi il battito cardiaco rallenta immediatamente dopo l'interruzione del gioco, mentre nel secondo gruppo rimane più a lungo accelerato. Questo porta l'autore alla spiegazione della tolleranza: il giocatore regolare ha bisogno di giocare di più e più spesso per far risalire il livello di arousal ed esperire l'eccitazione iniziale.

Tornando al confronto tra gioco e dipendenza, possiamo notare una stretta somiglianza tra il criterio 4 (per la dipendenza) e il 3 (per il gioco d'azzardo), entrambi si riferiscono al *craving*, la forte spinta soggettiva a mettere in atto il comportamento o ad usare la sostanza di cui si ha bisogno. C'è inoltre una corrispondenza tra il punto 5 e l'1, in cui si fa riferimento alla forte ossessione del giocatore/tossicodipendente per il comportamento di gioco/ricerca e assunzione della sostanza.

Il DSM infine sottolinea come tutte e due le patologie portino a conseguenze disastrose per l'individuo (criterio 6 delle dipendenze e criteri 9 e 10 del gioco d'azzardo).

In conclusione, si può riconoscere che l'evidenza di tali analogie può supportare l'idea del gioco d'azzardo come una vera e propria dipendenza.

2. Comorbilità

Il gioco d'azzardo patologico si presenta spesso accompagnato da altri disturbi, quali (Croce e Zerbetto, 2001):

- Abuso di sostanze e alcolismo;
- Depressione;
- Disturbo di Personalità Antisociale

Si registra inoltre una comorbilità con il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività, sebbene le ricerche condotte a tale proposito presentino molti limiti di validità, e una frequente associazione con il suicidio, concomitante alla depressione.

2.1 Abuso di sostanze

Dal 1980 la ricerca empirica e teoretica si è concentrata sullo studio dei rapporti tra dipendenze chimiche e comportamentali, per cui la letteratura sull'argomento è molto vasta.

Lesieur e Heineman (1988) sono tra i primi che cercano di valutare l'incidenza della comorbilità tra gioco d'azzardo patologico e dipendenza da sostanze. Dal loro studio emerge che su 100 giovani appartenenti a

programmi terapeutici comunitari per abuso di sostanze, il 14% sono anche giocatori d'azzardo patologici.

Smart e Ferris (1996) in una ricerca condotta sulla popolazione adulta dell'Ontario, mettono in luce una correlazione tra gioco e alcol: l'alcolismo e l'eccessivo consumo di alcol sono associati a problemi di gioco. Lejoyeux et al. (1999) hanno il merito di indagare per la prima volta sulla relazione intercorrente tra dipendenza dall'alcol e Disordine del Controllo degli Impulsi su un gruppo di 79 pazienti alcolisti, ricoverati in un'unità psichiatrica di disintossicazione. Nonostante i limiti della ricerca, come la scarsità numerica del campione, gli autori arrivano a stimare che il 38% dei soggetti presentano un Disturbo del Controllo degli Impulsi, in particolare: 19 casi di Disturbo Esplosivo Intermittente, 7 di Gioco d'Azzardo Patologico (8.9 %), 3 casi di Cleptomania, 1 di Tricotillomania e nessuno di Piromania.

Interessante è anche il recente contributo di Cunningham-Williams et al. (2000), dal quale emerge una prevalenza dell'11% di giocatori patologici su un campione di soggetti facenti uso di droghe, tratto sia da setting di trattamento (n = 512), sia dalla comunità (n = 478). Sempre con lo scopo di scoprire una sovrapposizione tra i diversi tipi di dipendenza, Griffiths (1994) conduce uno studio di natura esploratoria sulle *cross addiction* (dipendenze crociate) nel Regno Unito. Egli invia 465 lettere a varie organizzazioni che si occupano di problemi di droga e alcol, chiedendo informazioni riguardo a soggetti dipendenti da gioco e da almeno un'altra sostanza o attività. Il 53% di coloro che hanno risposto alla lettera riportano almeno un caso di *cross addiction*, di cui la più frequente è quella composta da alcol/gioco d'azzardo (42%), seguita da droghe/gioco (20%), solventi/fruit machine (10.5%), alcol e droghe/gioco (7%) ed infine anfetamine/gioco (3.5%). In pochi casi isolati il gioco viene accompagnato

anche dall'uso di cannabis, di tranquillanti, di caffeina e da altre attività come mangiare esageratamente, giocare ai videogames, etc.

L'esistenza di una correlazione tra dipendenza da gioco e da altre sostanze è quindi provata ed è facile osservarla anche per occhi ingenui nella quotidianità. Se entriamo in un bar fornito di videopocker, sarà facile notare i comportamenti più frequenti dei giocatori: bere e fumare. L'alcol è la sostanza che si accompagna per eccellenza al gioco d'azzardo ed è stata avanzata l'ipotesi di una sua funzione disinibitoria sul comportamento del soggetto, per cui, causando la perdita del controllo porterebbe ad un progressivo coinvolgimento nel gioco. In questa direzione si sono mossi Kyngdon e Dickerson (1999), i quali confrontano due gruppi in laboratorio: uno sottoposto alla somministrazione di placebo, l'altro di alcol. I risultati mostrano che il consumo di alcol porta ad una persistenza nel gioco a seguito di una perdita, ma non si riscontrano incrementi significativi nell'ammontare della scommessa dei giocatori trattati con alcol rispetto al gruppo di controllo. Questo significa, secondo gli autori che l'interazione è complessa: se l'alcol disinibisce i comportamenti impulsivi in modo che il gioco tende a continuare, potrebbe però intervenire qualche controllo mediato cognitivamente dalla riduzione della somma messa in gioco.

Ancora di questo si occupano Baron e Dickerson (1999) in uno studio da cui risulta che l'alcol influisce all'inizio, incrementando l'urgenza di giocare, e alla fine, ostacolando l'interruzione del gioco. Continuare a bere durante la partita pare incidere modestamente nella progressiva perdita di controllo, che sembra piuttosto da attribuirsi al livello di coinvolgimento del giocatore (durata e spesa).

Un altro filone di ricerca sostiene l'idea che esistono delle dimensioni di personalità comuni ad ogni tipo di dipendenza. Non è importante da quale sostanza o comportamento il soggetto dipende, ma piuttosto la sua tendenza a diventare dipendente. Così si spiegano le polidipendenze e le dipendenze

crociate: nel primo caso coesistono più dipendenze nello stesso individuo, mentre nel secondo si passa da una all'altra successivamente.

Ciarrocchi et al. (1991) confrontano i punteggi all'MMPI di tre gruppi di soggetti: giocatori, alcolizzati e giocatori/alcolizzati. I risultati mostrano una somiglianza nei punteggi relativi ad alcune scale del test, non solo tra coloro che presentano una co-dipendenza (gioco e alcol insieme), ma anche tra i due gruppi con una sola dipendenza. Perciò gli autori concludono che la similarità riscontrata è dovuta a fattori comuni di personalità che determinano indifferentemente l'esordio di un disturbo o dell'altro o la loro associazione.

Anche Rozin e Stoess (1993) tentano di dimostrare una tendenza a diventare dipendenti fondata su variabili di personalità, ma tuttora questa ipotesi non è stata univocamente convalidata.

Riassumendo possiamo dire che la letteratura scientifica è d'accordo nel riportare frequenti correlazioni tra gioco d'azzardo e abuso di sostanze, ciò costituisce una prova in più per poter considerare il gioco d'azzardo come una vera e propria dipendenza. Tantopiù se si considera che esso può a volte provocare crisi d'astinenza con gli stessi sintomi delle tossicodipendenze (Lavano, 2001).

2.2 *Depressione*

La depressione è un altro disturbo che si associa al gioco d'azzardo patologico, spesso a livelli così gravi che si arriva persino al suicidio. La presenza della depressione è centrale nella dipendenza da gioco, tanto che Ladouceur (1990) vi riconosce uno dei principali motivi di richiesta d'aiuto spontanea. Tale affermazione sembra probabile se pensiamo che il giocatore non si rende conto del suo problema, ma avverte solo il disagio

finanziario; solo quando sente di non poter più controllare le sue azioni e vede la propria vita distrutta cade in depressione e decide di farsi aiutare.

Anche la letteratura scientifica ha trovato un'alta correlazione tra depressione e gioco.

Linden, Pope e Jonas (1986) somministrano ad un campione di 25 soggetti tratti dai Giocatori Anonimi un'intervista strutturata. I risultati riportano che il 72% del campione ha esperito almeno un episodio di depressione maggiore e il 52% soffre di episodi depressivi ricorrenti.

Un'altra ricerca significativa è quella di Becona et al. (1996): essi utilizzano invece un campione tratto dalla popolazione generale, non in trattamento, il che fornisce una maggiore rappresentatività. Questi soggetti vengono valutati secondo i criteri del DSM IV per il gioco d'azzardo patologico e con il Beck Depression Inventory (BDI) per stimare il loro livello di depressione. Gli autori scoprono una correlazione positiva tra i criteri soddisfatti e il punteggio al BDI: più è grave il comportamento di gioco, più è severa la depressione.

Stabilita una frequente comorbilità tra questi due fenomeni, resta però da interpretarla. A tal proposito sono disponibili tre modelli esplicativi (Croce e Zerbetto, 2001):

1. La depressione insorge a causa di eventi stressanti provocati dal giocod'azzardo. Essa è una conseguenza secondaria dello stile di vita condotto dal giocatore.
2. Il gioco d'azzardo è secondario alla depressione, è un'autocura del soggetto per sfuggire al disturbo dell'umore sottostante.
3. Il gioco d'azzardo patologico fa parte dello spettro dei disturbi affettivi. La depressione regredisce con l'aggravarsi del comportamento di gioco.

Non è facile stabilire se lo stato depressivo sia la causa, la conseguenza o un'alternativa al comportamento di gioco. Lo stress che si trova a fronteggiare un giocatore è talmente grande da giustificare in pieno un esordio depressivo, ma allo stesso tempo è difficile capire se essa era già presente, nascosta dietro un comportamento disfunzionale.

Lo scioglimento di questo nodo gioverebbe soprattutto nella pianificazione dei trattamenti, ma al momento sono necessarie ulteriori e più precise ricerche.

2.3 *Disturbo Antisociale della personalità*

Il comportamento antisociale è costituito dalle seguenti caratteristiche: atti antisociali ripetuti; abuso di droghe e alcol; impulsività e incapacità di rinviare comportamenti autograticanti, di provare empatia per gli altri, di provare sentimenti di colpa, o di instaurare legami interpersonali duraturi (Blaszczynski e McConaghy, 1994).

Il fatto che i giocatori incorrano spesso in azioni illegali e criminali ha portato gli autori a sospettare la presenza di un possibile disturbo di personalità antisociale sottostante (Cunningham-Williams et al., 2000).

Lesieur (1979) è invece contrario a questa ipotesi. Egli descrive l'evoluzione della carriera del giocatore includendo comportamenti criminali che spiega con la filosofia del *chasing*: Il giocatore per recuperare il denaro perduto si coinvolge sempre di più nel gioco fino ad esaurire le fonti legali da cui attingere i soldi. Perciò è costretto a ricorrere ad atti illeciti come la frode, pur di continuare a giocare, allo scopo di vincere e appianare tutti i suoi debiti. Secondo Lesieur è la "spirale" di coinvolgimento nel gioco d'azzardo che provoca la commissione dei crimini.

Ma questa evidente relazione può essere spiegata in due modi:

- Il primo attribuisce un ruolo causale primario al disturbo antisociale di personalità: è la sua presenza che predispone l'individuo a commettere azioni criminali o comportamenti di gioco, gli uni indipendenti dagli altri; oppure è sempre questo disturbo di personalità a favorire un rischio di commettere infrazioni nel far fronte ai problemi finanziari causati dal gioco;
- Inversamente può essere il gioco d'azzardo e lo stile di vita che ne deriva a provocare un cambiamento tale nella personalità normale del giocatore, che essa prende la forma di quella antisociale.

I ricercatori si sono pertanto attivati nello sforzo di comprendere quale ipotesi potesse elucidare meglio il legame intercorrente tra i due fenomeni, ma i dati emersi dagli studi sono ancora contraddittori e lasciano la questione nell'incertezza.

Blaszczynski è uno degli autori che ha fornito i maggiori contributi sul problema. In una ricerca del 1994 insieme a McConaghy, esamina il tipo di crimini commessi dai giocatori per capire se essi possono essere imputati ad una personalità antisociale o meno. I risultati dicono che per la maggior parte essi sono direttamente correlati al gioco (48%), il che significa che sono finalizzati ad affrontare situazioni difficili, piuttosto che dipendere da una propensione per il crimine in generale. Risulta comunque una percentuale del campione (15%) che risponde ai criteri per la diagnosi di disturbo antisociale della personalità, stabiliti dal DSM III. La differenza importante tra questi giocatori e quelli con personalità normale è che i primi manifestano subito, appena iniziano a giocare i comportamenti criminali, al contrario gli altri presentano uno scarto di tempo tra l'esordio del gioco e l'inizio degli atti illeciti. Questo dato è in accordo con l'osservazione di Blaszczynski e McConaghy(1988), per cui in genere i

problemi correlati al gioco si hanno dopo circa cinque anni dall'inizio. Ciò porta a concludere che esiste una porzione di giocatori il cui comportamento antisociale è espressione di una personalità patologica, ma nella maggior parte esso è indotto dai debiti e dalla volontà di nascondere la propria dipendenza dal gioco.

Neanche Meyer e Stadler (1999) riescono a far luce sulla vicenda: dalla loro ricerca emerge una prevalenza dell'89.3% tra i giocatori d'azzardo che hanno commesso almeno un crimine nella loro vita. I due autori seguono un approccio multifattoriale, assumendo come fattori predisponenti al crimine: la personalità, l'attaccamento sociale e il comportamento dipendente. Dal punto di vista causale gli autori ritengono possibile che il gioco d'azzardo si sviluppi da una costellazione criminale esistente che designa uno sviluppo deviante primario; ma ritengono altresì possibile che la dipendenza stessa conduca all'isolamento e all'allentarsi dei legami sociali per cui la personalità si modifica.

Da una ricerca del 1991, Blaszczynski formula una classificazione in sottogruppi dei giocatori d'azzardo patologici:

- **Giocatori patologici non patologici**, i quali rispondono ai criteri diagnostici del DSM IV per il gioco d'azzardo, ma non presentano nessun tipo di premorbidità. Nessun comportamento o patologia che accompagna il gioco può esserne considerata la causa.
- **Giocatori emotivamente disturbati**. Essi presentano problemi nella modulazione degli stati affettivi e il gioco è visto come una fuga, per scappare da stress e stati disforici.
- **Giocatori con correlati biologici**, distinguibili per la presenza di disturbi nella personalità, deficit dell'attenzione, impulsività che precederebbero e provocherebbero il comportamento di gioco.

Questa classificazione dimostra l'eterogeneità della categoria dei giocatori d'azzardo, rispecchia una realtà più complessa in cui non esistono legami monocausali, dove anche la manifestazione dello stesso comportamento in più individui può essere espressione di dinamiche interiori differenti. Ciò riportato al gioco d'azzardo significa che alcuni giocatori possono agire illegalmente solo in conseguenza di fattori situazionali, altri possono essere motivati da patologie psichiatriche sottostanti.

3. La valutazione

Esistono numerosi strumenti disponibili per la diagnosi del disturbo da gioco d'azzardo patologico. Alcuni di essi sono stati costruiti appositamente, altri vengono presi in prestito dalla clinica tradizionale, per esempio l'MMPI, il Rorschach, il 16 PF. Tutti questi test di personalità non sono in grado di individuare da soli un giocatore patologico, ma possono esserci di aiuto per aver un quadro completo della personalità dell'individuo e soprattutto per definire meglio il piano di trattamento (Lavanco, 2001).

Strumenti specifici: Il SOGS

Lo strumento più noto è il SOGS, South Oaks Gambling Screen (Lesieur e Blume, 1987), un questionario basato sui criteri diagnostici riportati dal DSM III-R, in cui è necessario rispondere positivamente a cinque item su venti per essere riconosciuti giocatori d'azzardo patologici. Il SOGS viene impiegato nella maggior parte delle ricerche e fornisce molteplici

informazioni quali: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza dell'attività di gioco, i mezzi per procurarsi il denaro necessario, etc. Inoltre ci dà un'idea sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, in particolare con quello lavorativo e familiare. Numerosi studi hanno però messo in luce un grosso limite di questo strumento (Croce e Zerbetto, 2001): la tendenza a produrre "falsi positivi", cioè a sovrastimare il numero dei giocatori patologici individuati.

La stessa critica è stata del resto mossa anche ai criteri diagnostici del DSM; Wackerfield (1997) infatti, sostiene che i falsi positivi derivano da una sovrainclusione di tali criteri, i quali sono troppo ampi. Dickerson e Baron (2000) concordano con questa affermazione, notando per esempio che l'eccessivo assorbimento in un'attività (criterio 1) non necessariamente implica una malattia mentale; e replicano al criterio 5 (gioca per sfuggire problemi o alleviare un umore disforico) che per gli stessi motivi una persona può andare al cinema o dedicarsi a qualsiasi altra attività ricreativa.

Questi criteri implicano troppo facilmente una patologia; parallelamente dal punto di vista quantitativo, gli autori stimano la precisione del SOGS tale che per ogni cinque casi diagnosticati positivi, quattro potrebbero essere falsi.

Nonostante tutto il SOGS rimane lo strumento principe nello screening del gioco d'azzardo patologico, sebbene a livello clinico sia utile affiancarvi altri questionari che, fornendo un quadro completo della personalità del soggetto, aiutino a pianificare il trattamento in maniera personalizzata.

Il gioco d'azzardo patologico, così come è concettualizzato nel DSM IV, è una categoria molto eterogenea (Croce e Zerbetto, 2001) quindi è probabile che all'interno dello stesso gruppo siano inclusi soggetti molto diversi, ai quali si adattano differenti tipi di programmi terapeutici. Anche per questo è interessante la classificazione di Blaszczynski sovracitata.

Altri strumenti specifici

Tra gli altri strumenti costruiti appositamente per questo tipo di diagnosi, possiamo citare il MAGS, Massachussettes Gambling Screen, di Shaffer, La Brie, Scanlan e Cumming (1994). Esso viene utilizzato soprattutto per gli adolescenti.

L'Addiction Severity Index è un'intervista semi-strutturata che raccoglie le informazioni su dipendenza da alcol e da sostanze; Lesieur e Blume (1992) vi hanno aggiunto domande sul gioco d'azzardo patologico.

Il Fischer DSM IV Screen e il questionario di Beaulieu e Cox (1999) sono due strumenti che si basano sui criteri del DSM, completati però da altre informazioni. Il secondo si diversifica dal primo in quanto gli item sono classificati secondo un ordine di recenza e attualità (in un certo momento della mia vita/ l'anno scorso, etc.) invece che di frequenza (mai/qualche volta/spesso).

Un altro strumento da citare per la sua notorietà è il questionario di autovalutazione dei Gamblers Anonymous: esso si compone di venti domande a cui si può rispondere affermativamente o negativamente, se si supera il punteggio critico di 7, si ha una relazione problematica col gioco d'azzardo. Anche lo schema di Custer è molto utile nella valutazione e soprattutto nella comprensione dell'evolversi dei casi di gioco. (Per ulteriori approfondimenti vedi Croce e Zerbetto, 2001; Lavanco, 2001).

Capitolo 4:

Meccanismi psicologici sottesi al gioco d'azzardo

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

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

1. Il punto di vista psicoanalitico

Freud è uno dei primi autori che si occupa di gioco d'azzardo dal punto di vista psicopatologico. Nella sua opera *Dostoevskij e il parricidio* (1928), egli prende come pretesto l'analisi del caso di questo scrittore per dare la sua interpretazione del gioco d'azzardo. Come è noto Dostoevskij fu un grande giocatore d'azzardo, tanto che scrisse il romanzo *Il giocatore* (1866) proprio per far fronte ai debiti di gioco. Freud attribuisce la causa di questa coazione a giocare ad una nevrosi isterica, confermata anche dagli attacchi epilettici di cui lo scrittore soffriva, la cui funzione consiste "nell'eliminare per via somatica masse di eccitamento che il soggetto non riesce a padroneggiare psichicamente" (Freud, 1928). La nevrosi sarebbe insorta in

seguito ad un trauma: il padre di Dostoevskij viene ucciso quando il figlio era ancora diciottenne, egli allora si identifica con l'assassino e da qui sviluppa un grande senso di colpa. Freud spiega il parricidio con il complesso di Edipo: il figlio vorrebbe possedere la madre e perciò desidera uccidere il padre, ma ha paura dell'evirazione alla quale sarebbe sottoposto come punizione, così rinuncia alla madre e relega tale fantasia nell'inconscio insieme al senso di colpa. Nel caso di Dostoevskij, la coazione a giocare diventa un'autopunizione che il soggetto si infligge per alleviare questa colpa ("il senso di colpa si era creato un sostituto palpabile in un carico di debiti", pag.534), non gioca infatti per vincere denaro, ma solo per giocare. Nei momenti di astinenza da questa attività, la sua capacità di lavorare viene meno, mentre grazie al gioco d'azzardo il suo senso di colpa si allevia e l'inibizione scompare, riuscendo così a scrivere senza problemi.

Nello stesso saggio Freud accosta il gioco d'azzardo all'onanismo: "Il 'vizio' dell'onanismo è sostituito da quello del giuoco, e l'attività appassionata delle mani posta in così grande risalto è davvero rivelatrice sotto questo profilo (...) quando i bambini manipolano i loro genitali con le mani, si usa dire appunto che 'giocano' con essi" (ibidem, pag.537). Continua inoltre mettendo in luce le caratteristiche che accomunano le due attività: l'irresistibilità della tentazione, i proponimenti di non farlo più che non vengono mai mantenuti, il "piacere che stordisce e la cattiva coscienza che ci sta rovinando" (ibidem, pag. 537).

Dopo Freud è Bergler (1957) a trattare il gioco d'azzardo ancora secondo l'ottica psicoanalitica: egli considera il masochismo il meccanismo principale sotteso a tale fenomeno. Il giocatore desidera inconsciamente di perdere ed è per questo che persevera nella sua attività autodistruttiva. Bergler sostiene che, come il bambino proietta l'amore per se stesso sui genitori, così l'adulto lo proietta sul Destino. La "tensione piacevolmente

penosa” che si prova mentre si aspetta il suo verdetto, assomiglia all’attesa della punizione del genitore dopo che si è commesso un misfatto. Il soggetto cerca di sfidare il Destino e di controllarlo ma da questo deriva solo un senso di colpa che si placcherà solo con l’autopunizione: la continuazione del gioco con la speranza inconscia di perdere.

L’interpretazione psicoanalitica, seppur molto affascinante, ha però un carattere teorico e speculativo a differenza delle concettualizzazioni che posteriormente vi sono seguite, basate su ricerche empiriche.

2. L’illusione di controllo e l’ottica cognitivista

Alcuni autori, nel cercare di capire i meccanismi che inducono alla perseveranza nel gioco d’azzardo, fanno appello al concetto di *illusione di controllo* (Langer, 1975). Esso è definito come un’aspettativa di successo personale eccessivamente alta rispetto alle probabilità oggettive. Langer è il primo ad occuparsi di questo fenomeno e a dimostrarne l’esistenza in alcuni soggetti. Nelle situazioni in cui è richiesta abilità c’è un legame causale tra comportamento e risultato, il successo è quindi sotto il controllo del soggetto. Al contrario, nelle situazioni in cui è la fortuna ad avere il ruolo principale il soggetto non può controllare gli eventi, il risultato non è influenzato dalle sue azioni. Questa differenza, seppur elementare, non è però da tutti riconosciuta, tanto che alcuni individui percepiscono il coinvolgimento dell’abilità anche laddove è la fortuna a decidere le sorti, questo è il caso dei giocatori d’azzardo. Langer trova che l’illusione di controllo si manifesta maggiormente in presenza di quattro fattori relativi all’abilità: la competizione, la scelta, la familiarità col compito ed il coinvolgimento personale passivo o attivo. Gli effetti di ogni fattore sono provati con un esperimento; per esempio nel caso della competizione,

Langer dimostra che anche in eventi aleatori in cui c'è competizione, è facile illudersi di poter controllare il risultato in base alle caratteristiche dell'avversario, come succede nelle dispute di abilità. In un altro esperimento due gruppi di persone vengono invitati a comprare un biglietto della lotteria, ma mentre il primo gruppo sceglie il biglietto, al secondo non viene data questa opportunità. Quando lo sperimentatore chiede ai soggetti a quale prezzo sarebbero disposti a rivendere il proprio biglietto, scopre che coloro che l'hanno scelto chiedono di più rispetto a agli altri, come se il fatto di averlo scelto personalmente avesse aumentato la probabilità che fosse quello vincente.

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

L'illusione di controllo è una distorsione cognitiva, una griglia erronea che i giocatori d'azzardo assumono per interpretare la realtà. Essi pensano così di essere onnipotenti, sentono di poter controllare situazioni incontrollabili. E' l'esatto contrario della *Learned Helplessness* (Seligman, 1975), lo scollamento totale tra azione e risultato, quando il soggetto non percepisce più di poter influenzare gli eventi; l'illusione di controllo porta invece all'errore opposto, credere che ciò che avviene sia sempre dipendente dalla nostra capacità.

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

per giustificare le perdite e le trasformano in ‘quasi vincite’ (*near miss*), come a dire: ‘Non ho vinto ma questa volta ci sono andato vicino, la volta successiva vincerò sicuramente’. Così acquistano fiducia nel successo e vanno avanti trascurando il peso del fallimento.

La presenza di pensieri irrazionali nei giocatori d’azzardo è stata riconosciuta anche da Griffiths (1994), il quale utilizza per la sua ricerca la tecnica dei pensieri a voce alta. Egli registra le verbalizzazioni di giocatori regolari e non regolari durante una sessione di gioco alle slot machine, concludendo che i giocatori regolari producono una percentuale maggiore di pensieri irrazionali (14%) rispetto a coloro che non giocano spesso (2.5%). Soprattutto i giocatori regolari personificano la macchina (“A questa macchina non piaccio”, “oggi non è di buon umore”), le parlano come se fosse un ‘amico elettronico’ (“Andiamo, vuoi pagarmi o no ?”) e le imprecano contro (“Bastarda!”). Tutto ciò accade in particolare con la slot machine più familiare, davanti alla quale hanno trascorso più tempo.

Da quanto detto si capisce che i cognitivisti non pretendono di rintracciare le cause del comportamento di gioco nella personalità del giocatore, ma cercano di comprendere i *bias* cognitivi attraverso i quali la realtà viene interpretata. Griffiths, nell’articolo succitato riassume le principali distorsioni cognitive, tra cui troviamo:

- L’illusione di controllo.
- Attribuzioni flessibili, giustificazioni con le quali si cerca di spiegare i fallimenti imputandoli a fattori esterni, mentre i successi vengono attribuiti alla capacità personale. In questa categoria l’autore include anche i tentativi di sottovalutare gli insuccessi e le “quasi vincite” di Gilovich (1983).
- Rappresentatività, significa che il caso particolare rappresenta sempre la regola generale, cioè se si chiede ad un soggetto di immaginare una

sequenza casuale di testa o croce, egli tenderà a produrre una proporzione vicina al 50%, come predicono le leggi del caso. Con questo si spiega anche un' altra distorsione cognitiva, la 'fallacia del giocatore' (Cohen, 1972), che consiste nel credere che più tempo passa senza vincere più la vincita si avvicina: "Più sono stato sfortunato, più presto arriverà la fortuna", "Più tempo passa dall'ultima uscita di un numero, più aumentano le probabilità che esca".

- Pregiudizio della disponibilità, si ha quando un soggetto, per valutare la probabilità di vincere, si basa sulla facilità con cui esempi rilevanti gli vengono alla mente. La disposizione delle slot machines nei casino si fonda questo bias cognitivo: esse sono infatti raccolte l'una vicina all'altra in grandi gruppi affinché il suono della vincita e delle monete che cadono venga udito di continuo, dando così l'impressione che ciò accade di frequente quando invece le vincite sono rare.
- Correlazioni illusorie, una sorta di comportamenti superstiziosi in cui si ritiene che delle variabili siano correlate, anche se in realtà non lo sono. Un esempio è il tirare i dadi delicatamente quando si desidera un numero basso e lanciarli invece con più vigore per far uscire un numero alto.
- Fissazione sulla frequenza assoluta, significa che i soggetti misurano i successi in base a quanto vincono, ma senza considerare quanto perdono, utilizzando una frequenza assoluta delle vincite. E' tipico del giocatore esultare per avere vinto, anche se tale somma non arriva a coprire le perdite subite fino ad allora.

Queste sono solamente alcune delle distorsioni cognitive che il giocatore utilizza per continuare a giocare d'azzardo, ma in realtà se ne potrebbero aggiungere molte altre, anche perché ognuno possiede le proprie personali superstizioni ed i propri rituali propiziatori.

Chau e Phillips (1995) conducono una ricerca sull'assunzione di rischio utilizzando un campione di giocatori di Blackjack simulato al computer. Gli autori trovano che i soggetti non seguono il calcolo delle probabilità per cercare di ottimizzare il proprio gioco, ma prendono decisioni sulla base di pensieri irrazionali. Essi anticipano il risultato in base a quello precedente, tanto che dopo una vincita aumentano l'ammontare della scommessa, ma questo dipende anche da un'altra variabile: se infatti hanno il controllo delle carte sentono che il risultato dipende dalla loro capacità, altrimenti ne attribuiscono le cause alla fortuna. In questo caso il soggetto regolerà le sue puntate per cercare di sfruttare al massimo il momento fortunato perciò a seguito di una vincita scommetterà una somma maggiore, mentre dopo una perdita ridurrà la puntata. Nel secondo caso gli aggiustamenti sulla scommessa saranno più modesti. Questo indica che i soggetti, quando percepiscono di avere il controllo attribuiscono a se stessi la responsabilità dell'esito del gioco, quando invece non lo hanno invocano fattori esterni.

3. La ricerca di sensazioni

Un altro filone di ricerca ipotizza che la causa del gioco d'azzardo sia riconducibile alla ricerca di forti sensazioni. Zuckerman (1983) è stato il primo a notare che alcune persone con un livello di attivazione fisiologica (arousal) più basso hanno bisogno di stimolazioni più forti per raggiungere un livello di arousal ottimale. Questi soggetti pertanto amano il rischio e tutte quelle situazioni che provocano sensazioni intense ed insolite come assumere sostanze stupefacenti, giocare d'azzardo o praticare sport estremi, inoltre non tollerano la noia, gli eventi ripetitivi e diventano irrequieti in caso di scarsa stimolazione. Al fine di misurare questa tendenza ed individuare i 'ricercatori di sensazioni', Zuckerman ha elaborato una Scala

della Ricerca di Sensazioni (Sensation Seeking Scale), composta da item tipo: ‘Mi piacerebbe un lavoro che comporta molti viaggi/ Preferirei un lavoro sempre nella stessa sede’; ‘Mi piacerebbe provare il paracadutismo/ Non vorrei mai buttarmi giù da un aereo, con o senza paracadute’; ‘Entro nell’acqua fredda gradualmente, per abituarci/ Mi piace tuffarmi in mare o in una piscina fredda’. Zuckerman considera la ricerca di sensazioni un tratto di personalità. Attraverso studi condotti su gemelli monozigoti conclude infatti che la sua variabilità è attribuibile all’ereditarietà per una frazione compresa tra il 50% e il 66%. L’autore scopre inoltre un’influenza su questo tratto da parte di alcuni neurotrasmettitori e di ormoni sessuali. Non sottovaluta comunque il ruolo che riveste l’ambiente sociale nel plasmare un tratto del comportamento, anche se gli è impossibile districare gli effetti dell’interazione tra ambiente ed ereditarietà genetica, dal momento che non si può allevare un individuo in condizioni di isolamento. Il gioco d’azzardo produce eccitazione e infatti molte ricerche, utilizzando la misura del battito cardiaco come indicatore, hanno provato che il livello di arousal subisce un innalzamento durante l’attività di gioco. Questa importante scoperta è stata utilizzata dal modello comportamentista per spiegare la nascita e il mantenimento della dipendenza da gioco: Anderson e Brown (1984) sostengono che questa condizione di maggior attivazione fisiologica associata al gioco d’azzardo può funzionare come il condizionamento classico di Pavlov e perciò favorire l’instaurarsi della dipendenza. Anche Dickerson (1979) ha precedentemente assimilato tale dipendenza ad un condizionamento, ma di tipo strumentale, in cui l’arousal svolge la funzione di rinforzo: i giocatori diventano dipendenti dalla loro stessa attivazione e dai suoi effetti fisici e psicologici. Con questo meccanismo si è spiegato anche il fenomeno della tolleranza trattata nel capitolo precedente: il livello di arousal cresce sia nei giocatori regolari, sia nei non regolari durante il gioco, ma se nei primi esso decresce

rapidamente alla fine della sessione, nei secondi rimane per un po' stabile. Perciò i giocatori regolari sono portati a rigiocare per ristabilire il livello di attivazione desiderato. Tornando alla ricerca di Anderson e Brown (1984) possiamo affermare che essa rappresenta un momento importante perché dimostra che un alto punteggio alla Sensation Seeking Scale (SSS) è correlato alla scommessa di somme più elevate di denaro, supportando così la tesi di Zuckerman secondo il quale i ricercatori di sensazioni sono più propensi ad assumersi dei rischi.

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

Coventry e Constable (1999) apportano un altro contributo a tale modello. Essi conducono una ricerca su donne giocatrici di slot machines da cui emerge che il gioco da solo non è per sé stesso significativamente eccitante, ma è il fattore 'vincita' che provoca incrementi nel battito cardiaco e quindi

maggior attivazione fisiologica. Inoltre, contrariamente a Zuckerman, trovano una correlazione negativa tra alti punteggi alla SSS e frequenza di gioco. Questo risultato può comunque essere spiegato prendendo in considerazione il tipo di gioco. Potrebbe essere che le slot machines, come anche le corse dei cavalli non siano giochi adatti a coloro che ricercano forti sensazioni, i quali sarebbero più propensi verso attività più eccitanti e rischiose. Questa probabile spiegazione trova supporto nella distinzione operata da Guerreschi tra i “giocatori d’azione” e i “giocatori per fuga” : per i primi il gioco è la cosa più importante nella vita perché li mette in ‘azione’, attraverso di esso ricercano l’attivazione; la seconda categoria è rappresentata da coloro che giocano per alleviare sentimenti negativi come ansia, depressione, noia e tentano così di sfuggire ai loro problemi. L’autore sostiene che principalmente le donne tendono a diventare giocatrici per fuga e preferiscono giochi quali il bingo, il lotto e simili, le slot machine ed i videopocker. Questi in particolare assorbono il soggetto completamente, perché deve concentrarsi su quale pulsante premere, in quale momento, etc. La sua attenzione quindi si sposta dai problemi che l’angosciano, ai quali deve far fronte nella vita reale.

Da qui possiamo dedurre che attribuire ad una sola causa il comportamento di gioco risulta fuorviante. Già nel 1970 Moran aveva individuato l’intrecciarsi di fattori costituzionali, quali personalità insicure, immature o psicopatiche e fattori ambientali come la disponibilità di denaro o l’accettazione del comportamento da parte del sistema sociale, nella genesi del gioco d’azzardo patologico. Da questa interazione l’autore fa derivare cinque profili clinici (Lavanco, 2001):

1. Il “gioco subculturale”, comprensibile nel contesto sociale del soggetto, dipendente dalle sue origini sociali e familiari;

2. Il “gioco nevrotico”, che scaturisce come reazione a situazioni stressanti o problemi emozionali, per cui funziona come sollievo alla tensione che si accumula;
3. Il “gioco impulsivo”, che si accompagna alla perdita del controllo e produce danni sociali ed economici;
4. Il “gioco psicopatico”, che rappresenta solo un aspetto del disturbo di personalità da cui è affetto il soggetto;
5. Il “gioco sintomatico”, che può essere un sintomo derivante da una malattia mentale come la depressione.

Tra queste categorie risulta rilevante quella del “gioco impulsivo” perché ha aperto la strada all’idea di un legame tra gioco d’azzardo ed impulsività, che ha impegnato molti autori nel tentativo di darne conferma attraverso la ricerca empirica.

4. Gioco d’azzardo ed impulsività

La classificazione del gioco d’azzardo patologico nel DSM IV, sotto la categoria del Disturbo del Controllo degli Impulsi è supportata da tutta la mole di ricerche condotte sul rapporto tra gioco ed impulsività. Non si è ancora però arrivati a spiegare di che natura sia questo rapporto e come funzioni, se cioè l’impulsività sia legata direttamente al comportamento di gioco o seppure sia mediata dalla presenza di una psicopatia sottostante. Senza dubbio tra i due fenomeni ci sono molte somiglianze, Vitaro et al. (1999) ne mettono in luce le principali. Le caratteristiche del gioco d’azzardo patologico possono essere così riassunte:

1. Perseveranza: i giocatori vanno avanti per anni a giocare, non si fermano né davanti alle vittorie, né davanti alle sconfitte.
2. Intolleranza verso il fallimento: la filosofia del *chasing* (Lesieur 1979), indica che il giocatore non sopporta di perdere per cui si lancia in una rincorsa attraverso la quale spera di recuperare il denaro perduto. Inoltre tutte le varie distorsioni cognitive e le razionalizzazioni alle quali il soggetto ricorre possono essere utili per negare la sconfitta, che come abbiamo visto, il giocatore tende sempre a sottovalutare e a giustificare.
3. Disinteresse per le conseguenze: il giocatore è talmente assorbito dal gioco e dal bisogno di trovare denaro per andare avanti, che non si preoccupa delle conseguenze delle proprie azioni né dal punto di vista legale, né relazionale e familiare.
4. Eccessiva preoccupazione nel gioco d'azzardo: giocare è il pensiero che occupa di più la mente del giocatore, gli altri interessi vengono meno e progressivamente il gioco d'azzardo acquista un valore assoluto.

L'impulsività a sua volta può essere ridotta a quattro elementi di base, molto simili a quelli sopra elencati:

- Eccessiva sensibilità alle potenziali ricompense e desiderio di un rinforzo immediato. Ciò può spiegare il *chasing* del giocatore: gettarsi nell'immediato tentativo di recuperare il denaro perduto significa essere molto sensibili alle ricompense e desiderare un rinforzo immediato.
- Tendenza a rispondere impetuosamente senza riflettere sulle conseguenze. Tale caratteristica è pressoché identica a quella riportata al punto 3: il giocatore non si preoccupa delle conseguenze delle proprie azioni. Anche il pensiero fisso sul gioco può essere ricondotto a questo

punto, dato che il soggetto focalizza la propria attenzione sull'immediato per avere il rinforzo.

- Insensibilità verso la minaccia di punizioni (o non-rinforzi), che può essere legata al punto precedente: il giocatore trascura le conseguenze del suo comportamento al punto da non preoccuparsi delle ripercussioni negative che dovrà subire.
- Difetti nel controllo inibitorio che portano la persona a mettere in pratica il comportamento nonostante i rischi e le cattive conseguenze, questo spiega la perseveranza nel gioco di fronte sia alle sconfitte che ai successi.

Il confronto tra questi due gruppi di caratteristiche portano ovviamente Vitaro et al. (1999) alla conclusione che il gioco d'azzardo è una manifestazione del comportamento impulsivo. Su tali basi essi ipotizzano che l'impulsività sia un fattore predisponente l'esordio del gioco d'azzardo patologico, per dimostrarlo conducono una ricerca longitudinale su dei ragazzi: i risultati indicano che coloro che nella preadolescenza presentavano alti punteggi d'impulsività sono sei volte più a rischio degli altri di diventare giocatori problematici.

Questa ricerca non chiarisce però se l'impulsività sia un tratto isolato della personalità del giocatore oppure parte di un disturbo più ampio. Blaszczynski, Steel e McConaghy (1997) forniscono il loro contributo attraverso uno studio sul rapporto tra l'impulsività, il disturbo di personalità antisociale e il gioco d'azzardo patologico su un campione di soggetti in trattamento. Essi individuano un tipo di giocatore detto "impulsivo antisociale", nel senso che presenta una personalità antisociale con tutti i correlati comportamentali e psicopatologici compresa una scarsa capacità di controllo degli impulsi, misurata con l'Eysenck Impulsivity Scale. L'impulsività risulta pertanto una dimensione sottostante ad un disturbo di

personalità antisociale che predispone alla manifestazione di comportamenti maladattivi tra cui il gioco d'azzardo patologico. Questo è possibile se si considera che lo stesso Blaszczynski, in uno studio condotto nel 1994 insieme a McConaghy, aveva trovato un sottogruppo (15%) di giocatori patologici che rispondevano ai criteri diagnostici del disturbo antisociale, pur non essendo riuscito ad attribuire alla coesistenza delle due patologie il ruolo di causa dei crimini commessi.

Ancora Steel e Blaszczynski (1998) confermano i risultati a cui erano giunti nella ricerca precedente: l'impulsività media la gravità del comportamento di gioco, i soggetti che riportano punteggi più alti nella scala dell'impulsività di Eysenck, presentano anche una maggiore severità nel disturbo di gioco d'azzardo patologico. Inoltre viene anche ribadito il concetto di "impulsivo antisociale" come costrutto multifattoriale dato che, oltre alla presenza di tratti impulsivi e antisociali si ritrovano correlazioni positive con i disturbi di personalità narcisistica, borderline, dipendente, evitante e aggressiva-passiva.

5. Correlati biologici

Oltre ai meccanismi psicologici, si è cercato di scoprire anche le basi biologiche sulle quali poggiano il gioco d'azzardo patologico e le altre dipendenze comportamentali. Le ricerche hanno dimostrato che il gioco d'azzardo è accompagnato a livello fisiologico dalla disfunzione di alcuni importanti neurotrasmettitori: serotonina, dopamina e noradrenalina. Ciascuno è implicato nella regolazione di aspetti che riguardano principalmente il comportamento di gioco. La serotonina infatti è coinvolta nell'attivazione comportamentale, nell'inibizione e nell'aggressività; il sistema dopaminergico presiede ai meccanismi di gratificazione e rinforzo;

infine la noradrenalina è legata alle variazioni del livello di arousal, tono dell'umore e controllo degli impulsi (Pallanti, Rossi, Hollander, 2001).

Serotonina

Nei giocatori d'azzardo patologici si è ipotizzata una bassa attività serotoninergica, importante sistema di trasmissione neuronale attraverso il quale vengono condotte informazioni di attivazione e disinibizione comportamentale. La serotonina, che viene rilasciata dal neurone presinaptico, si ferma nella fenditura sinaptica dove entra in contatto con il recettore, in questo modo si ha la trasmissione dell'informazione. Ma il neurone presinaptico, dopo un certo periodo di tempo ricapta la serotonina che ha rilasciato, interrompendo il contatto con il bersaglio. Nei giocatori patologici, la carenza di tale sostanza può essere compensata allungandone il tempo di permanenza nella fenditura sinaptica, in modo da protrarne il contatto con il recettore ed aumentare l'effetto. Ciò è possibile grazie a dei farmaci che inibiscono la ricaptazione della serotonina, come per esempio la fluvoxamina (Alonso-Fernandez, 1996).

In uno studio preliminare, Hollander *et al.* (1998) hanno impiegato la somministrazione di fluvoxamina in dieci pazienti dipendenti dal gioco d'azzardo e hanno dimostrato che essa riduce l'urgenza di giocare, dato che sette pazienti su dieci hanno raggiunto l'astinenza.

L'efficacia di questo tipo di farmaco, inibitore della ricaptazione della serotonina, nel trattamento del gioco d'azzardo patologico, convalida l'ipotesi iniziale per cui questo disturbo sarebbe accompagnato da una disfunzione del sistema serotoninergico. Aumentando l'attività di questo neurotrasmettitore, il comportamento di gioco si riduce notevolmente.

L'attività della Mono-Amino-Ossidasi (MAO) nelle piastrine.

L'attività monoamminossidasi delle piastrine è responsabile della regolazione dei neurotrasmettitori, in particolare della serotonina. Alterazioni nella MAO corrispondono infatti a disfunzioni del sistema serotoninergico, che come sappiamo è implicato nel controllo degli impulsi e nella ricerca di sensazioni. Perciò comportamenti come il gioco d'azzardo, nel quale si ritrovano entrambe queste componenti, dipenderanno anche dall'attività monoamminossidasi presente nelle piastrine. A questo proposito Zuckerman (1983) trova una correlazione negativa tra il livello di MAO e il punteggio alla sua *Sensation Seeking Scale* (SSS) in soggetti normali: una bassa attività monoamminossidasi si accompagna al bisogno di ricercare forti sensazioni.

Blanco *et al.* (1996) misurano l'attività della MAO nelle piastrine di giocatori d'azzardo patologici e scoprono che essa è significativamente più bassa, rispetto a quella di un gruppo di controllo composto da non giocatori. Questo fattore può rappresentare una predisposizione biologica all'impulsività per i giocatori d'azzardo. Altri tratti di personalità emersi dalla somministrazione dell'MMPI e della SSS non sono correlati con l'attività monoamminossidasi.

Dopamina

I neuroni dopaminergici che risiedono nel nucleo accumbens (sistema meso-limbico) sono responsabili della ricompensa psichica. Sostanze d'abuso come cocaina, eroina, nicotina, etc. provocano un aumento di dopamina in questa regione, con una conseguente sensazione di piacere che funziona da rinforzo per la ripetizione dell'esperienza (Guelfi, 2001).

Si è ipotizzato che lo stesso meccanismo di ricompensa sia presente anche nell'attuazione di comportamenti gratificanti come il gioco d'azzardo.

Un tentativo di validare tale ipotesi arriva da Bergh *et al.* (1997). Essi conducono una ricerca dalla quale risulta che i giocatori d'azzardo patologici presentano elevati livelli di attività del sistema mesolimbico dopaminergico, confrontati con un gruppo di controllo, espressi anche dall'incremento dell'attivazione fisiologica (arousal).

Noradrenalina

Anche il sistema noradrenergico sembra avere un ruolo importante nello sviluppo e nelle manifestazioni del gioco d'azzardo patologico. Roy *et al.* (1988) evidenziano nel loro studio, delle differenze nel funzionamento noradrenergico di giocatori patologici, a confronto con dei soggetti sani. Questa disfunzione viene interpretata come una maggiore predisposizione a comportamenti rischiosi, dato che la noradrenalina è implicata nella regolazione del livello di arousal, ma anche nel controllo degli impulsi (Guelfi, 2001).

Capitolo 5:

Cenni sul Trattamento del Gioco d’Azzardo Patologico

Nonostante il suo riconoscimento come malattia mentale da parte della psicologia e della psichiatria, il gioco d’azzardo continua a rappresentare un passatempo, al massimo un “vizio” per una discreta fetta di popolazione. Ma il fatto più grave è che i giocatori stessi non si rendono conto della gravità del loro problema fino a che non cadono in rovina economica. In tutti i tipi di dipendenza non è facile per il soggetto riconoscere la propria condizione e chiedere aiuto, ma nel caso del gioco d’azzardo è ancora più difficile. L’accettazione del gioco come fenomeno socialmente condiviso occulta la gravità che questo fenomeno assume per molte persone, giungendo a distruggere la loro esistenza. Inoltre il giocatore, anche quando decide di farsi aiutare, lo fa per risolvere i suoi problemi economici, non perché riconoscere di aver sviluppato una dipendenza. Qualsiasi tipo di trattamento prende le mosse da questo momento di riflessione, in cui il soggetto prende coscienza della vera natura del proprio problema e si impegna nel cambiamento.

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

Un esempio è dato dalla *teoria cognitiva*, la quale individua nei processi cognitivi i fattori determinanti nello sviluppo e nel mantenimento dei problemi di gioco. Come descritto nel precedente capitolo, il giocatore sviluppa una sorta di “pensiero magico”, attraverso il quale interpreta gli eventi e si illude di poter controllare il caso, nella convinzione di essere capace di predire i risultati del gioco. Il trattamento secondo questo modello psicologico si fonda pertanto sulla correzione di queste percezioni

erronee, cercando di ristabilire nel soggetto il giusto concetto di "azzardo", nella convinzione che la motivazione a giocare scenda di conseguenza.

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

Esaminando la realtà Italiana, osserviamo che le opportunità di trattamento per la dipendenza da gioco sono ancora scarse, tant'è vero che il fenomeno viene ancora trattato nei Sert insieme alle altre dipendenze. L'unica associazione che si occupa specificamente del gioco d'azzardo patologico è la S.I.I.Pa.C, Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive, fondata a Bolzano dal Dott. Cesare Guerreschi. Occupandosi del recupero degli alcolisti negli anni '70, Guerreschi si rese conto che molti di loro presentavano anche una dipendenza da gioco, così iniziò a studiare la correlazione tra i due fenomeni e nacque il suo interesse per i giocatori patologici.

1. La S.I.I.Pa.C.

Essa è una associazione no-profit nel senso che non dipende dallo Stato, non opera a scopo di lucro e le entrate vengono impiegate per l'autofinanziamento. La S.I.I.Pa.C. è l'unica ad offrire in Italia una comunità di recupero residenziale per i giocatori d'azzardo, così come avviene per i tossicodipendenti. Il programma terapeutico prende in carico il soggetto sotto tutti gli aspetti, partendo dal presupposto che la dipendenza da gioco non si è instaurata per caso, ma è il risultato di una

sofferenza che apparteneva al soggetto anche prima del suo incontro con il gioco. L'approccio su cui ci si basa è infatti quello sistemico-relazionale, che interpreta la dipendenza come un disagio derivante da una disfunzione nel sistema familiare, in cui tutti i rapporti devono essere analizzati e devono essere ristabiliti i ruoli all'interno dei diversi piani generazionali. Per questo anche la famiglia del giocatore viene coinvolta nel processo di cambiamento del giocatore, il quale compirà un cammino di crescita interiore e di presa di coscienza delle proprie problematiche. Lo scopo non è quindi solo quello di raggiungere l'astinenza, che comunque è necessaria, ma riuscire a risolvere i nodi che hanno portato al momento di *impasse* e all'esordio della dipendenza come sintomo funzionale ad un situazione familiare patologica sottostante.

L'astinenza, come ho accennato, è il punto di partenza ed è ritenuta indispensabile anche alla fine del trattamento. Questo perché Guerreschi sostiene che non si può mai "guarire" completamente da una dipendenza, come gli alcolisti non riescono ad assumere alcol in maniera regolata nemmeno dopo anni di astinenza, così il giocatore non potrà mai avere un controllo sul suo comportamento di gioco.

Le tappe della terapia ricalcano principalmente la fase ascendente dello schema di Custer, la quale termina con il raggiungimento di un nuovo stile di vita. Il soggetto in genere chiede aiuto nella "fase critica" quando si rende conto di non avere più le risorse per risolvere i propri problemi economici. Egli infatti non riconosce il vero problema, ovvero l'incapacità di controllare il proprio bisogno di giocare, ma si concentra sul disastro finanziario. Anche a questo sono dovute le prime resistenze al cambiamento: smettere di giocare significa abbandonare la speranza di poter recuperare magicamente ed in fretta ciò che si è perduto. La figura del *tutor* che cura gli interessi del giocatore dal punto di visto finanziario è importantissima all'interno del progetto, il pagamento dei debiti consente al

soggetto di acquistare una certa autostima, necessaria per portare avanti l'impegno della terapia. Nella "fase critica" si cerca soprattutto di costruire la motivazione al cambiamento del soggetto, essa si compone di otto tappe:

- a) Avere un sincero desiderio di aiuto;
- b) Avere speranza;
- c) Smettere di giocare;
- d) Prendere decisioni;
- e) Schiarire le idee;
- f) Tornare a lavorare;
- g) Risolvere i problemi;
- h) Programmare il risarcimento dei debiti

In genere l'astinenza all'inizio del trattamento non crea grossi problemi, ma bisogna mettere in conto la possibilità di ricadute. Esse non devono essere considerate né dal giocatore, né dall'operatore come un fallimento, anzi possono servire soprattutto al giocatore per metterlo in guardia di fronte ad eventuali situazioni a rischio e dissuaderlo da un atteggiamento di eccessiva sicurezza.

La seconda fase che il giocatore attraversa nel suo recupero è detta "di ricostruzione" e si articola in sei tappe:

- a) Migliorare i rapporti familiari;
- b) Tornare a rispettare se stessi;
- c) Sviluppare delle mete;
- d) Trascorre più tempo con la famiglia;
- e) Avere minore impazienza;
- f) Avere maggiore rilassatezza.

A questo punto il soggetto inizia a lasciare la vita da giocatore patologico. L'astinenza dal gioco gli permette di avere più tempo da passare con la famiglia per cui ha la possibilità di migliorare i rapporti ed entrare in contatto con una emotività che sembrava perduta a causa dell'assorbimento totale nella dipendenza. Il risanamento dei debiti favorisce anche questi rapporti. Dal punto di vista personale, si iniziano ad intravedere i primi risultati della terapia: il soggetto comincia a comprendere i propri limiti, abbandonando l'illusione di onnipotenza che alimentava il comportamento di gioco, allo stesso tempo aumenta la sua autostima grazie al risanamento dei problemi finanziari. Egli abbandona anche un' altra percezione distorta, la speranza di poter ottenere tutto e subito. Impara a pianificare e capisce che per arrivare alla realizzazione di un progetto occorre impegno e sacrificio. Il nuovo quadro della situazione permette al soggetto di essere più rilassato.

Progressivamente si arriva alla 'fase di crescita', che complessivamente rappresenta lo scopo della terapia. Essa si compone di quattro momenti:

- a) Diminuzione della preoccupazione legata al gioco;
- b) Introspezione;
- c) Comprensione per gli altri;
- d) Dare affetto agli altri.

La remissione del comportamento disfunzionale lascia una sorta di "vuoto" dato che esso riempiva tutto lo spazio psichico del soggetto. Ma a questo punto egli è pronto a riempire questo vuoto con nuovi valori, atteggiamenti, emozioni che faranno parte del suo nuovo stile di vita.

Come possiamo notare questo approccio è molto ricco, il programma terapeutico che Guerreschi propone è originale in quanto è stato creato da lui stesso e mette insieme teorie diverse. Possiamo rintracciare uno sforzo

di stampo cognitivista nel tentativo di eliminare idee irrazionali, come l'illusione di onnipotenza e di controllo dal funzionamento psichico del soggetto. A questo si affianca l'impegno nel potenziamento dell'autostima e dell'autoefficacia, concetti tratti dalla *social cognition* di Bandura. Inoltre si possono vedere anche tracce di comportamentismo nell'astinenza iniziale, confidando sul fatto che i risultati conseguiti mano a mano con la terapia fungeranno da rinforzo per un suo mantenimento nel tempo.

L'approccio si dice *multimodale* in quanto si serve di diversi strumenti per raggiungere i risultati prefissati. Vengono infatti praticate terapie individuali, di gruppo, consulenze legali, sostegno alla famiglia grazie alla costituzione di gruppi di auto-aiuto, etc.

La S.I.I.Pa.C. ha sede a Bolzano, dove si possono seguire sia trattamenti residenziali in comunità, sia ambulatoriali. Recentemente però è stato aperto a Roma lo sportello Infoazzardo, gestito dalla stessa associazione in collaborazione con l'Ufficio Roma Sicura.

Lo Sportello Infoazzardo

Questo servizio ha lo scopo principale di fornire informazioni sul gioco d'azzardo patologico tramite l'attivazione di un numero verde che può essere contattato dai residenti del comune di Roma. Gli operatori telefonici rispondono alle necessità degli utenti che presentano problemi di dipendenza da gioco o dei loro familiari, fornendo informazioni sul tema e fissando colloqui di consulenza con lo psicologo, qualora l'utente ne abbia necessità. Il contatto telefonico è il primo momento importante di presa in carico del soggetto e la funzione dell'operatore che risponde è quella di fornire sostegno, comprensione ed empatia all'utente tramite l'ascolto attivo. Molto spesso le persone che chiamano il numero verde parlano del

loro problema o di quello del familiare per la prima volta, così l'operatore telefonico deve creare un clima di fiducia che permetta al soggetto di aprirsi senza paura con l'impressione di essere compresi ed accolti. Solo così egli sarà disponibile a farsi aiutare compiendo il secondo passo: sostenere dei colloqui con lo psicologo, che potrà fissare direttamente durante la telefonata. Anch'essi gratuiti, vengono effettuati presso lo sportello e sono quattro: il primo detto di accoglienza, il secondo di motivazione, il terzo di astinenza e l'ultimo di invio. Essi servono alla presa di coscienza del problema e allo sviluppo della motivazione al cambiamento, per cui se l'utente risponde positivamente viene indirizzato verso un programma terapeutico.

Oltre al servizio telefonico e ai colloqui di consulenza, Infoazzardo organizza gruppi di informazione per i giocatori, per i familiari, gruppi di auto-aiuto, servizi di consulenza legale e finanziaria. In più si occupa di prevenzione e del monitoraggio del fenomeno nelle scuole superiori di Roma, per individuare eventuali zone a rischio.

Questa iniziativa consente di tenere maggiormente sotto controllo il gioco d'azzardo patologico, dato che una sola sede a Bolzano non riusciva a rispondere alle esigenze del nostro paese, dove l'incidenza del fenomeno è molto alta (tra l'1 e il 3% della popolazione). Tutt'ora non è sufficiente l'offerta di servizi specifici e c'è bisogno di molto impegno in questo campo soprattutto al fine di formare nuovi operatori.

2 I gruppi di auto-aiuto

I gruppi di auto-aiuto sorgono in seguito al fallimento del sistema del *welfare state*. I cittadini, non sentendosi soddisfatti dai servizi offerti dallo stato e percependo gli operatori come demotivati e troppo distaccati, si

uniscono nel tentativo di darsi sostegno reciproco. Questi gruppi sono autogestiti ed autofinanziati, rifiutano una struttura di tipo gerarchico e si fondano sulla *parità* tra i membri, i quali a turno rivestono ruoli di organizzazione e gestione amministrativa, impedendo così che il potere si accentri nelle mani di uno solo. Il gruppo non è perciò guidato da un professionista e la presenza di un eventuale psicologo per esempio, è tollerata solo se non interferisce nell'organizzazione del gruppo ed interviene all'unico scopo di facilitare la comunicazione tra i partecipanti. Durante gli incontri ciascuno racconta a turno la propria storia e gli altri ascoltano con partecipazione emotiva (Francescano e Ghirelli, 1998). I *Gamblers Anonymous*, giocatori anonimi, sono i primi ad inaugurare questa tendenza aggregativa nel 1935, allo scopo di combattere la loro dipendenza dall'alcol. La filosofia dei gruppi di self-help risiede nel concetto di mutuo aiuto: ogni membro aiutato dagli altri e allo stesso tempo aiuta gli altri. In questo modo si mettono in moto una serie di processi benefici per l'individuo:

- ♣ vedendo che un' altra persona con il suo stesso problema è riuscita a superarlo, abbandona l'idea di impotenza che aveva sviluppato nei confronti della sostanza (se per es. il problema è una dipendenza) che lo ha assoggettato;
- ♣ Sentendosi utile per un'altra persona il soggetto acquista maggiore fiducia in se stesso ed aumenta la propria autostima;
- ♣ Un'adeguata autostima porta a sentirsi competenti ed in grado di portare a termine con successo dei progetti (maggiore *self-efficacy*);
- ♣ Il soggetto si sente potenziato nella capacità di risolvere il problema;
- ♣ Inoltre la condivisione del problema da parte di un gruppo ne fa sentire meno il peso su ogni singolo individuo (“mal comune mezzo gaudio”).

Nel 1957 nasce l'associazione dei *Gamblers Anonymous*, i Giocatori Anonimi (GA), sull'esempio degli Anonimi Alcolisti (AA). Essi ritengono che il gioco d'azzardo sia una *malattia* con natura progressiva, la quale non può essere curata, ma solo arrestata, attraverso il raggiungimento della totale astinenza. Il recupero si fonda sulla lettura a turno dei "dodici passi dell'unità", che rappresentano una specie di regolamento dell'associazione e dei "dodici passi del recupero", attraverso i quali il giocatore riconosce la propria impotenza di fronte al gioco, si affida ad un Potere più grande di lui, fa un esame della propria vita, riconosce i propri errori e con la meditazione mira a cambiare la propria vita. (Croce e Zerbetto, 2001).

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

Ogni tipo di terapia può comunque essere accompagnata da un trattamento di tipo farmacologico, soprattutto nei casi più gravi, laddove il gioco d'azzardo sia associato ad altre forme psicopatologiche come la depressione, che espone l'individuo a rischio di suicidio. In questi casi risulta efficace l'azione di un farmaco antidepressivo, il Fevarin, che agisce sul sistema serotoninergico, responsabile nell'iniziazione dei comportamenti, nella regolazione dell'aggressività e nella capacità di controllare gli impulsi. Ravizza, direttore del dipartimento di neuroscienze di Torino afferma l'utilità di questo tipo di farmaco nella cura dei giocatori

patologici. Dal punto di vista psicologico però l'eliminazione di un comportamento disfunzionale porta alla soluzione del problema solo in superficie, perciò un trattamento psicoterapeutico adeguato risulta imprescindibile.

Parte terza:

La Dipendenza da Internet

Capitolo 1:

La Rete delle reti

L'introduzione della *telematica*, l'unione tra telecomunicazioni (il telefono) e informatica (il computer), ha permesso ai vari computer di comunicare tra loro e scambiarsi ogni tipo di documento (file). Ciò è possibile grazie ad un unico apparecchio, il *modem*, il quale converte i segnali digitali provenienti dal computer in segnali analogici, che possono essere trasmessi attraverso le linee telefoniche. Questo è il meccanismo che sta alla base di *Internet*, la 'Rete delle reti', così denominata perché collega diverse reti formate a sua volta da varie unità di base "*client-server*". Con il termine "*client*" si intende il computer ed il programma col quale l'utente chiede di accedere all'informazione posseduta dal server. Il "*server*" è il computer sul quale è installato un programma che rende disponibile ad altri il reperimento dei dati da esso conosciuti.

Internet può essere considerato un sistema "democratico" (Festini e coll., 2001), perché permette la libera comunicazione tra i computer di tutto il mondo, i quali si scambiano l'informazione in maniera decentrata ed indipendente: non c'è infatti un unico centro che si occupa dello smistamento dei dati. Questa innovazione tecnologica ha avuto, più di qualsiasi altra, un enorme impatto nella vita quotidiana di ogni individuo.

1. Cenni storici

L'origine di Internet risale al 1969, quando, in piena Guerra Fredda, il Dipartimento della Difesa Statunitense affidò all' ARPA (Advanced Research Project Agency), il compito di creare una rete di collegamenti tra i computer

presenti nelle postazioni tattiche militari più importanti. Fondamentale era che non vi fosse nessun nodo centrale nella rete, ma che tutti i computer veicolassero il passaggio dell'informazione in entrata e in uscita. In questo modo, anche se uno o più segmenti della rete fosse stato distrutto dai bombardamenti, i dati avrebbero potuto seguire altre strade e non essere comunque perduti. La rete militare che venne istituita si chiamò ARPANET (Advanced Research Projects Agency Network). Durante gli anni settanta nacquero altre reti universitarie e di ricerca collegate ad ARPANET, ma tuttavia restavano esclusi tutti gli atenei che non avevano rapporti con il Ministero della Difesa. Così nel 1983 la sezione militare di ARPANET si separò creando una propria rete alternativa, MilNet; contemporaneamente il governo istituì la National Science Foundation (NSF), con il compito di creare un'altra rete a scopi di ricerca che collegasse tutte le università interessate. Nacque così NSFNET, che diventerà poi l'attuale Internet. Con la crescita della rete, si sviluppò la consapevolezza che essa poteva essere sfruttata anche per scopi commerciali. Il boom di questo tipo di utilizzo si ha negli anni Novanta: nel 1991 infatti, il Cern (Consiglio Europeo per la Ricerca Nucleare) crea una nuova architettura per semplificare la navigazione sulla rete, il World Wide Web (WWW). Da questo momento esplose lo sviluppo di Internet, che oggi è formato da migliaia di singole reti, ciascuna delle quali raccoglie un certo numero di macchine individuali. È diventato uno strumento di massa, non più accessibile esclusivamente ad università ed enti di ricerca; rappresenta una realtà costituita da servizi, risorse, affari, enti e persone, un'enorme banca dati di quasi tutto lo scibile.

2. I servizi della Rete

In realtà Internet si rende disponibile per un'infinità di funzioni, di seguito saranno elencati alcuni dei servizi principalmente utilizzati, che nel loro insieme,

non solo servono alla comunicazione, ma vanno a costituire il *cyberspazio*. Il computer non fornisce uno spazio reale in cui interagire, ma una ‘Realtà Virtuale’. Il termine ‘virtuale’ deriva dal latino *virtus*, che significa forza, potenza, per cui il virtuale è ciò che esiste in potenza e non in atto, è qualcosa che è possibile attuare ma che non si è ancora concretizzato. In questo senso la comunicazione avviene in uno spazio nuovo, che non ha un ‘dove’, ma dei ‘siti’ in cui gli utenti si incontrano. L’elemento fondante del Cyberspazio è la condivisione dell’informazione, in una società slegata dal contatto fisico.

Le E-Mail

Con questo termine si indica il servizio di posta elettronica, una delle prime applicazioni di Internet, dopo il semplice trasferimento di file. Questo sistema consente di ricevere ed inviare messaggi ad altri computer che possiedono un proprio indirizzo e-mail, il quale funziona come una sorta di casella postale sul computer, che consente di ricevere il messaggio anche se in quel momento non si è collegati. Tale sistema è molto veloce, il messaggio impiega pochi secondi ad arrivare a destinazione ed inoltre si possono inviare non solo file testuali, ma anche suoni, immagini, etc. (Valente e Cappelleri, 2000).

La comunicazione che si crea tramite l’invio delle e-mail è di tipo *asincronico*, perché la posta viene letta e spedita in momenti separati (Festini, 2001).

Riflettendo su tale innovazione tecnologica, possiamo rintracciare molti vantaggi rispetto per esempio alla posta tradizionale: il servizio e-mail è infatti molto più veloce, ma anche più economico, dato che non ci sono spese aggiuntive per l’invio di un messaggio, oltre al normale costo di collegamento alla Rete. Tale praticità incoraggia la comunicazione tra individui che si trovano in parti anche molto distanti del mondo. Uno svantaggio è invece rappresentato dal fatto che, viaggiando attraverso la Rete a disposizione di tutti, il messaggio può essere intercettato e letto anche da altri. In questo senso la posta tradizionale

garantisce in misura maggiore la privacy di mittente ed interlocutore. Inoltre a mio modesto avviso, quest'ultima stimola il piacere dello scrivere e la cura del linguaggio testuale, al quale si fa ormai poca attenzione, in un mondo che va di fretta. Il linguaggio veicolato dal computer è infatti stringato ed essenziale, le emozioni vengono trasmesse attraverso un gergo particolare che sarà illustrato più avanti.

Le Mailing List

A meno di un anno dalla messa in funzione di ARPANET vengono create le Mailing List (indirizzari): questo sistema permette di inviare un messaggio in un unico posto, dove un programma provvede a recapitarlo a tutti gli iscritti alla lista, facilitando così la comunicazione tra un gran numero di persone (Festini e coll., 2001).

L'iscrizione ad una lista permette quindi ad un gruppo di soggetti di discutere su un determinato argomento, la copia di ogni messaggio viene spedita automaticamente ad ogni membro del gruppo.

I newsgroup di Usenet

Usenet è un sistema messo a punto nel 1979 per facilitare la comunicazione su Internet. Esso permette all'utente di trovare in Rete dei forum di discussione divisi per argomento (newsgroup), ai quali si può partecipare liberamente senza bisogno di iscrizione. Questo è la caratteristica principale che lo differenzia dalle Mailing List. Entrambi sono sistemi di interazione che stimolano la comunicazione e lo scambio di opinione, nonché la socializzazione.

World Wide Web

World Wide Web (WWW) significa letteralmente “ragnatela mondiale” e rappresenta la fitta rete di computer che contiene milioni di documenti sparsi in tutto il mondo, i quali possono essere collegati tra di loro. Il Web è costituito da pagine (“siti”) che mettono in mostra informazioni in maniera *multimediale*: non solamente attraverso il testo, ma anche con suoni, immagini statiche o in movimento, etc. Queste pagine si basano sul concetto di *ipertesto*, un sistema molto vicino al processo con cui la mente umana elabora i pensieri: l’utente può passare da un documento ad un altro correlato tramite un *link*, un collegamento attuabile con un semplice “click” sui tasti del mouse (Valente e Cappelleri, 2000).

Digitando sulla tastiera del computer l’indirizzo del sito che si desidera, appare sul monitor la pagina corrispondente. Se non siamo a conoscenza dell’indirizzo, basta connettersi a dei motori di ricerca, computer molto potenti deputati alla ricerca automatica delle informazioni presenti in Rete.

Questa è l’applicazione di Internet più conosciuta, molto utile per accedere ad informazioni su qualsiasi argomento. Inoltre grazie a tale sistema si è potuta utilizzare la Rete per scopi commerciali: oggi si possono, infatti, fare acquisti sui siti Web, partecipare ad aste on-line, scambiare ogni tipo di merce con altri utenti.

I MUD’s (Multi User Dimensions)

Sono giochi di ruolo a cui molti giocatori, collegandosi alla Rete, possono partecipare simultaneamente. Il primo MUD venne programmato da due studenti americani nel 1978, essi si ispirarono ad un gioco di ruolo molto in voga a quel

tempo, chiamato *“Dungeons and Dragons”* , infatti la sigla “MUD” signi ficava originariamente Multi User Dungeons (Oliverio Ferraris e Malavasi, 2001).

Esistono due tipi di MUD, uno *sociale* in cui i personaggi collaborano alla costruzione di un mondo virtuale, creando oggetti e ambienti; l’altro tipo è di *avventura*, il cui scopo è quello di accumulare punti tramite l’uccisione di mostri e draghi, e attraverso il combattimento contro gli altri giocatori.

Gli utenti per entrare in gioco devono scegliere un personaggio che li rappresenti e sono tenuti a darne una descrizione dettagliata. Per cui ognuno può costruirsi l’identità che preferisce all’interno di quel mondo virtuale ed attribuirsi un nome fittizio. Nei MUD sociali non c’è un inizio né una fine, essi rappresentano secondo Festini e coll. (2001), un “romanzo collettivo”, dato che ognuno partecipa alla costruzione di una società parallela a quella reale. Questi autori analizzano un MUD italiano chiamato “Little Italy”, lo scopo di questo gioco è costruire una civiltà migliore e democratica, alla quale tutti possono contribuire. Esiste comunque una gerarchia tra giocatori, basata sulla capacità degli stessi di costruire oggetti: i *Guest*, i *Player*, i *Builder*, i *Programmer*, ed infine i *Wizard* (mago), fondatori e manager del gioco.

Il fatto di vivere un’identità alternativa in un mondo ideale crea un grosso impatto nel soggetto, ma i risvolti psicologici della Rete verranno trattati in un capitolo a sé stante.

Le Internet Relay Chat (IRC)

Nel gergo degli Internauti (i navigatori di Internet) “chattare” significa chiacchierare. L’IRC è infatti un sistema che permette la conversazione in tempo reale tra gli utenti di Internet. La comunicazione è quindi di tipo *sincronico*, contrariamente a quella del servizio di posta elettronica. Ciò che viene digitato sulla tastiera da un individuo compare sul video degli altri, che possono a sua

volta “parlare” sempre tramite la tastiera, con la stessa immediatezza (Cantelmi e Talli, 1998).

Le chat presentano dei punti in comune con gli altri servizi di Internet, soprattutto con i MUD's. Per esempio in entrambi l'utente può presentarsi con un'identità diversa da quella reale, dato che l'assenza dell'interazione “faccia a faccia” garantisce l'anonimato. Inoltre in tutti e due i servizi, per porre rimedio alla scarsa espressività del linguaggio scritto, si usa un gergo particolare, nel quale vengono impiegati dei segni per esprimere le emozioni.

3. L'Irachese

Il termine Irachese proviene da IRC (Internet Relay Chat) e designa il linguaggio utilizzato nella comunicazione elettronica. Essa, non implicando il contatto “faccia a faccia”, favorisce la genuina apertura emotiva verso gli altri, ma allo stesso tempo il suo essere veloce ed essenziale, rende difficile l'espressione delle emozioni. Per questo è stato necessario creare un linguaggio particolare, costituito da convenzioni grafiche dette “*emoticons*” o “*smiles*”, al fine di far funzionare al massimo il messaggio scritto.

Eccone alcuni esempi:

: -)	sto sorridendo, sono felice
: -(sono triste
: -)) oppure :))	grande sorriso, sono molto felice
:)))))))))	sono veramente contento
:((((((((sono veramente scontento
: / oppure :-!	sono perplesso
: -D	risata, allegria
; -)	ammiccare, scherzo
: -O	stupore, schock

=) sono sorpreso
:-e sono deluso

Capitolo 2:

Internet e patologia

Come ogni altra innovazione tecnologica, Internet consente sotto molti aspetti un miglioramento nella vita delle persone, ma allo stesso tempo rappresenta anche un pericolo per chi non ne sappia usufruire in maniera adeguata. Infatti, è ormai assodato che l'uso eccessivo della Rete porta progressivamente alla distruzione della normale esistenza di un individuo, il quale viene assorbito totalmente dalla sua esperienza virtuale, rimanendo "agganciato" alla rete (Jamison, 2000).

Nel 1995 Ivan Goldberg, osservando questa sconvolgente realtà, propone ironicamente di introdurre nel DSM una nuova sindrome: l'Internet Addiction Disorder, di cui indica anche i criteri diagnostici, sulla base dei sette riportati dal DSM IV per la dipendenza da sostanze.

Questo gesto ironico e provocatorio ha un sorprendente impatto in ambito clinico, tanto che molti psichiatri e psicologi iniziano a pensare che Goldberg possa avere ragione, che veramente fosse possibile sviluppare una dipendenza nei confronti della Rete così come per la droga o l'alcol. Ovviamente da allora si è scatenato un dibattito non ancora concluso, dal momento che molti autori, pur riconoscendo che l'abuso di Internet conduce a conseguenze molto negative, rifiutano l'idea che si possa parlare di una vera e propria dipendenza.

Essi sostengono che considerare l'uso eccessivo della rete alla stregua di un disturbo psichiatrico primario, potrebbe essere fuorviante per l'intervento clinico, dato che l'ipotesi non è stata ancora provata da valide ricerche scientifiche (Huang e Alessi, 1997).

Uno degli studi pionieristici su questo fenomeno è quello di Brenner (1996). Egli conduce un'inchiesta on-line dalla quale risulta che i soggetti riportano una media di 19 ore a settimana di collegamento ad Internet e oltre dieci segni

d'interferenza nel funzionamento della vita quotidiana. L'80% del campione presenta almeno cinque di questi segni, tra cui incapacità di amministrare il tempo, perdita del sonno e dei pasti, etc. Questi numeri fanno pensare che qualche problema correlato all'uso della Rete sia normale e perciò, non necessariamente si deve pensare ad una dipendenza.

Nonostante oggi si parli moltissimo di dipendenze comportamentali e di *Technological Addictions* (Griffiths, 1995), alcuni autori oppongono ancora resistenze al concetto di dipendenza senza sostanza. Ma, da un punto di vista strettamente psicologico, come ragionevolmente sostiene Grohol (1999), 'Non è la tecnologia (che sia Internet, un libro, il telefono o la televisione) ad essere importante o a provocare la dipendenza, piuttosto è il comportamento.' (ibidem, pag.2)

Lo psicologo Griffiths (1997) sostiene che le dipendenze da prodotti tecnologici, tra cui Internet, condividono con le dipendenze da sostanze alcune caratteristiche essenziali:

- **Dominanza (salience):** L'attività o la droga domina i pensieri ed il comportamento del soggetto;
- **Alterazioni del tono dell'umore:** l'inizio dell'attività o l'assunzione della sostanza provoca cambiamenti nel tono dell'umore, il soggetto può sentirsi eccitato oppure più tranquillo;
- **Tolleranza:** bisogno di aumentare la quantità di droga o l'attività per ottenere lo stesso effetto;
- **Sintomi d'astinenza:** malessere psichico e/o fisico che si manifesta quando s'interrompe o si riduce il comportamento o l'uso della sostanza;
- **Conflitto:** conflitti interpersonali tra il soggetto e coloro che gli sono vicini, e conflitti intrapersonali interni a se stesso, a causa del suo comportamento disfunzionale;

- **Ricaduta:** tendenza a ricominciare l'attività o l'uso della droga dopo averla interrotta.

Shaffer (1995) a questo proposito sostiene che, “come leggere e collezionare francobolli, i computer sono psicostimolanti e una certa parte della popolazione può sviluppare una dipendenza in risposta ad essi” (New York Times, pag.1).

Secondo la dott.ssa Young, una delle maggiori studiose americane di tale fenomeno, l'uso del termine “addiction” non è esattamente appropriato, ma è immediatamente comprensibile dalla gente. Inoltre le conseguenze disastrose che derivano dall'abuso della Rete giustificano il termine “dipendenza”, anche se in questo caso sono minori i problemi fisici, dato che l'organismo non assume nessuna sostanza chimica.

Questo dibattito è sorto anche riguardo al Gioco d'Azzardo Patologico, come ho riportato nella sezione relativa ad esso.

Uso patologico di Internet e gioco d'azzardo compulsivo hanno infatti diversi punti in comune e molti autori hanno notato tale somiglianza.

1. Internet Addiction Disorder e Pathological Gambling

K. S. Young è una delle prime autrici ad interessarsi al fenomeno dell'abuso di Internet. Nel 1996 conduce una ricerca on-line, allo scopo di valutare l'esistenza di una dipendenza dalla Rete, come aveva ironicamente ipotizzato Goldberg, e di studiare i problemi ad essa correlati.

Dalla ricerca risultano 396 soggetti dipendenti e 100 non-dipendenti. L'analisi qualitativa mostra differenze significative nell'uso di Internet da parte dei due gruppi. I soggetti dipendenti, per esempio, spendono otto volte di più delle ore a settimana spese dai non-dipendenti; inoltre i primi tendono ad incrementare progressivamente il tempo di collegamento, al contrario dei secondi. Questo

potrebbe essere interpretato come un indicatore della tolleranza che si sviluppa nelle tossicodipendenze. L'autrice nota anche una differenza nelle applicazioni maggiormente utilizzate: i dipendenti preferiscono le chat-rooms ed i MUD's, mentre i non-dipendenti usano prevalentemente il servizio di posta elettronica e la ricerca di informazioni tramite WWW.

L'elemento fondamentale che emerge dalla ricerca è comunque che, mentre i normali utenti non riportano interferenze nella vita quotidiana e vedono Internet come una risorsa, i soggetti dipendenti subiscono da moderati a gravi problemi, a causa dell'abuso della Rete (Young, 1996).

Questa ricerca prende le mosse dalla notevole somiglianza che l'autrice riscontra tra Internet Addiction Disorder e Gioco d'Azzardo Patologico. Ella, infatti, suddivide i soggetti nei due gruppi, sulla base dei criteri diagnostici che propone per la dipendenza da Internet, i quali hanno origine da quelli indicati dal DSM IV per il Gioco d'Azzardo Patologico.

Tab.2.1 *Criteri diagnostici per l'Internet Addiction Disorder (IAD).*

1. Ti senti eccessivamente assorbito da Internet (pensi al collegamento precedente o pianifichi già la prossima sessione on-line)?
2. Senti il bisogno di passare sempre più tempo collegato alla Rete per ottenere la stessa soddisfazione?
3. Hai ripetutamente tentato di controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet, ma senza successo?
4. Ti senti irrequieto, nervoso, depresso o irritabile quando tenti di ridurre o interrompere l'uso di Internet?
5. Rimani on-line più a lungo di quanto originariamente intendessi?
6. Hai mentito ai familiari, al terapeuta o ad altri per nascondere l'entità del tuo coinvolgimento nella Rete?
7. Usi Internet come mezzo per scappare dai problemi o per alleviare l'umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)?

Occorrono almeno cinque risposte positive per poter formulare una diagnosi di dipendenza.

Due criteri del Gioco d'Azzardo Patologico non sono pertinenti con la dipendenza da Internet per cui non sono stati presi in considerazione: 'Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo' e 'Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo'.

Orzack è un'altra psicologa clinica, che assimila l'uso patologico del computer non solo al gioco d'azzardo, ma anche all'assunzione di droghe, allo shopping compulsivo ed ai disturbi alimentari. Tutte queste forme di dipendenza infatti affliggono la persona e coinvolgono coloro che le sono vicini, andando ad interferire con il normale funzionamento della vita di tutti (Orzack, 1996).

2. Conseguenze dell'abuso della Rete

Quando Internet diventa l'interesse principale della vita di un individuo e tutto il resto si svuota d'importanza, l'individuo stesso cade in un progressivo isolamento che lo conduce a conseguenze molto negative sia dal punto di vista psicologico che fisico. L'esordio di alcuni di questi disagi caratteristici può essere sintomatico di una probabile dipendenza dalla Rete.

Problemi fisici

Disturbi fisici derivano principalmente dalla grande quantità di tempo speso davanti al computer e dallo stile di vita sedentario. Più frequentemente si registrano (Young, 1999; Orzack, 1996):

- **Disturbi del sonno**, causati dall'abitudine del soggetto di rimanere collegato fino a tardi, sconvolgendo quindi il normale ritmo di sonno-veglia.
- **Eccessiva stanchezza**, provocata dalla perdita delle ore di sonno.
- **Indebolimento del sistema immunitario**, anch'esso conseguenza dell'irregolarità del sonno.
- **Irregolarità dei pasti**. Il soggetto, a volte, si dimentica o salta volontariamente i pasti per massimizzare il tempo di collegamento ad Internet.
- **Scarsa cura del corpo e carenza di allenamento**, poiché l'attenzione del soggetto è diretta verso un'unica attività: quella di collegarsi alla Rete.
- **Mal di schiena**, sintomo della vita sedentaria e della mancata attività fisica.
- **Sindrome del Tunnel Carpale**, dovuta particolarmente alla posizione del braccio per tenere il mouse.
- **Mal di testa**.
- **Stanchezza degli occhi**.

La dipendenza da Internet non porta, comunque, a problemi fisici gravi come quelli che si presentano nelle tossicodipendenze o nell'alcolismo. Piuttosto, similmente al Gioco d'Azzardo Patologico, sono le conseguenze psicologiche, familiari, economiche e lavorative ad assumere enormi dimensioni.

Conseguenze familiari

L'abuso di Internet interferisce nella vita relazionale del soggetto: numerose ricerche hanno riportato questo dato (Young 1996; Egger 1996; Brenner 1996). Aumentando progressivamente le ore davanti al computer, ovviamente diminuisce il tempo disponibile da dedicare alle persone significative ed alla famiglia. In questo modo si rovinano rapporti tra genitori e figli, amicizie importanti, ma soprattutto sono i matrimoni che risentono più spesso dell'interferenza di un uso patologico della Rete (Young, 1996). Inizialmente Internet è un ottimo mezzo per scappare dalla realtà quotidiana, la quale perde progressivamente di interesse, finché il soggetto arriva a trascurare gli oneri domestici, il lavoro ed il matrimonio stesso. Si riportano addirittura casi in cui madri dimenticano di andare a prendere i figli a scuola e di preparare loro i pasti (Young, 1999). Molte volte nascono relazioni sentimentali on-line, che vanno a mettere in crisi la stabilità della coppia, la quale ricorre spesso al divorzio.

Problemi lavorativi e scolastici

Da tempo l'uso di Internet è entrato sia in ambito scolastico, sia lavorativo, in particolare nel settore impiegatizio. Se esso rappresenta una risorsa per migliorare la produttività, è anche però un pericolo per coloro che sono a rischio

di sviluppare una dipendenza nei suoi confronti; ambedue i contesti ne facilitano, infatti, l'uso senza regola.

Il soggetto dipendente, che rimane collegato per gran parte della giornata, comprese le ore notturne, non potrà avere un buon rendimento né a scuola, né a lavoro, a causa della stanchezza. Young (1996) trova che il 58% degli studenti appartenenti al campione della ricerca citata nel paragrafo precedente, riportano un declino nel rendimento e nell'impegno scolastico, dovuto all'eccessivo uso di Internet. Esso, pur essendo un ottimo strumento di ricerca per gli studenti, è anche una fonte di distrazione poiché mette a disposizione una miriade di attività ludiche e si presta facilmente ad un uso improprio. Anche gli impiegati hanno la possibilità di utilizzare la Rete comodamente sul posto di lavoro, per scopi non professionali. Molto frequenti sono, infatti, i licenziamenti che seguono a causa di questo comportamento.

Problemi finanziari

Questi si presentano soprattutto nei casi in cui il soggetto dipendente dalla Rete partecipa ad aste, commercio on-line e gioco d'azzardo virtuale. Comunque i problemi economici possono anche scaturire dai costi dei collegamenti, che in alcuni casi raggiungono la durata di cinquanta ore settimanali. Un'altra attività che può compromettere la stabilità finanziaria è la fruizione di materiale pornografico: molti siti di questo tipo richiedono il numero della carta di credito all'utente che li vuole visitare.

3 La valutazione

La mancanza di criteri diagnostici definitivi e condivisi dalla comunità scientifica rende difficile la valutazione clinica dell'Internet dipendenza. In seguito alla proposta provocatoria di Goldberg sono nati in Rete una serie di questionari, che attualmente sono gli unici strumenti a disposizione per

effettuare una diagnosi di dipendenza da Internet. Il limite, però, è che gli autori non riportano il loro grado di attendibilità e validità (Cantelmi e Talli, 1998).

Ecco alcuni esempi di questionari rintracciabili on-line.

Internet Addiction Survey di Kimberly Young (1996)

E' composto da quattro parti e 162 item.

Nella prima parte si indaga l'atteggiamento riguardo all'uso di Internet e le modalità di collegamento, nonché altre eventuali dipendenze da sostanze. Un esempio di item è: 'Hai mai perso interesse per le attività sociali, occupazionali o ricreative a causa di Internet (hobby, uscire con gli amici, etc.)?'

La seconda parte valuta le caratteristiche di personalità e la capacità di problem solving del soggetto potenzialmente dipendente da Internet. La terza sezione valuta il livello di depressione, attraverso item tipo: 'Mi sento scoraggiato riguardo al mio futuro'.

Nell'ultima parte si indaga la tendenza a ricercare emozioni che, come abbiamo visto, è una caratteristica marcatamente evidente anche nel gioco d'azzardo patologico (Young, 1996).

L'autrice sviluppa inoltre un altro strumento, l'**Internet Addiction Test**, più breve del primo e con lo scopo di misurare specificatamente il rischio psicopatologico connesso all'uso di Internet.

Internet Usage Survey di Victor Brenner (1996)

Lo strumento comprende due parti: una sulle generalità della persona, l'altra sullo stile di vita in relazione all'uso di Internet. Questo questionario è stato utilizzato per la prima volta nella ricerca pionieristica condotta dall'autore nel 1996. (Brenner 1996, sito Internet ww.mu.edu/dept/ccenter/intro-srv.html).

Internet Addiction Quiz di M. H. Orzack

Questo test non si propone di diagnosticare la dipendenza da Internet, ma di dare una stima del rischio di incorrere in tale disturbo. Esso comprende venti item con modalità di risposta di tipo vero/falso. Alcuni esempi significativi sono: ‘Sperimenti un senso di euforia, eccitazione o sollievo quando sei al computer?’; ‘Ti senti vuoto, depresso o irritabile quando non sei al computer?’ (Orzack, sito www.newsweek.com/nw-srv/tnw/today/ex_0107-1.htm)

Internet Behavior Questionnaire di O. Egger

Esso è composto da cinque parti per un totale di 46 item.

La prima parte valuta l’aspetto sociale di Internet ed il suo utilizzo come mezzo di comunicazione (per esempio, ‘Con quante persone comunichi via Internet?’).

La seconda sezione indaga le modalità, i tempi e gli scopi di collegamento, con item tipo ‘Quante ore spendi alla settimana per i servizi di Internet?’

La terza valuta la presenza di ansia, sensi di colpa e pensieri ossessivi, facilmente riscontrabili nei soggetti affetti da Internet dipendenza, mentre la quarta parte rileva alcune esperienze legate all’uso della Rete, come per esempio la perdita della cognizione del tempo durante il collegamento.

Infine l’ultima sezione riguarda le generalità della persona quali, sesso, età, etc. (Egger, sito www.ifap.bepr.ethz.ch/egger/ibq/res.htm).

Possiamo inoltre citare l’**Internet Addiction questionnaire** di John Suler (1996), che però non si trova più in Rete; l’**Internet Stress Survey** di M. C. Orman (www.stresscure.com/hrn/addiction.html), che misura la tendenza a sviluppare una dipendenza da Internet con soltanto nove item, per cui risulta di facile applicazione ma di dubbia attendibilità e validità. Tutti questi test valutano il disturbo di dipendenza dalla Rete in generale, ma in seguito sono nati altri

strumenti più specifici volti alla diagnosi e allo studio di attività e applicazioni particolari. Per esempio l'**On-line Sexual Addiction Questionnaire** di Putnam (www.on-line-sex-addict.com/osaq.html), sulla dipendenza da materiale sessuale; oppure l'**On-line Addiction Survey** di W. Claire (<http://pluto.njcc.com/claire/olas.txt>), il quale valuta in particolare le modalità e gli aspetti correlati all'uso delle chat-line.

3.1 L'U.A.D.I. (Uso, Abuso e Dipendenza da Internet)

Nel panorama italiano spicca l'interessante lavoro di Del Miglio, Gamba e Cantelmi (2001), volto alla costruzione e alla validazione di un questionario per valutare sia il rischio psicopatologico dell'abuso di Internet, sia l'utilizzo psicologico che gli utenti fanno della Rete. Gli item sono stati scritti seguendo tre dimensioni teoriche: *dipendenza*, *dissociazione* e *spazio psicologico*. Secondo diversi autori, infatti, si può ormai parlare di dipendenze comportamentali (Young, 1996; Griffiths, 1995; Orzack, 1996; Rigliano, 1998; Alonso-Fernandez, 1999). La dimensione della dissociazione deriva invece dalla concezione che Internet, per alcune sue caratteristiche fondamentali come l'assenza di vincoli spazio-temporali e l'anonimato, offre la possibilità di vivere un'esperienza particolare, simile al sogno. Carretti (2000), a tale proposito parla di *Trance dissociativa da videoterminale*, un disturbo conseguente alla dipendenza dal computer, caratterizzato da alterazioni dello stato di coscienza, depersonalizzazione e perdita del senso della propria identità personale, la quale viene a volte sostituita da un'altra parallela (Oliverio Ferraris e Malavasi, 2001). La Rete può, inoltre, rappresentare uno spazio psicologico in cui il soggetto proietta i propri vissuti e fantasie, il quale facilmente prevarica sulla vita reale.

Il campione della ricerca, composto da 244 soggetti, ha risposto al questionario secondo una modalità off-line. L'Analisi fattoriale delle componenti principali ha portato gli autori all'individuazione di cinque fattori, che spiegano la varianza del test: *Evasione compensatoria*, *Dissociazione*, *Impatto sulla vita reale*, *Sperimentazione* e *Dipendenza*. E' stata inoltre studiata la variabile *tempo di collegamento*, trovando una correlazione negativa tra i *mesi di utilizzo* di Internet e la scala di dissociazione. La variabile *ore di collegamento* non ha presentato correlazioni con nessuna delle cinque scale del questionario, perciò non si è rivelata un buon criterio per la discriminazione della dipendenza da Internet. Questi risultati fanno pensare che siano gli utenti che usano la Rete da meno tempo a sviluppare condotte patologiche nei suoi confronti. Ciò concorda con il modello di Grohol (1999) che descrive l'instaurazione della dipendenza da Internet, il quale sarà trattato più approfonditamente nel prossimo capitolo.

L'U.A.D.I. non si propone come strumento per la diagnosi dell'Internet Dipendenza, ma può essere molto utile per riconoscere il tipo e la presenza di un eventuale abuso della Rete e per comprendere quale funzione psicologica essa svolga nell'individuo.

4. Conclusioni

Tenute presenti le controversie e la dubbia correttezza del termine 'Internet Addiction', possiamo ritenere il suo utilizzo accettabile, vista la somiglianza tra le conseguenze derivanti da questo fenomeno con quelle che accompagnano le dipendenze da sostanze ed il gioco d'azzardo patologico. Tutti questi disturbi portano infatti ad un deterioramento della vita normale dell'individuo nell'ambito relazionale, familiare, fisico ed occupazionale. Ciò è dovuto ad un progressivo coinvolgimento con l'oggetto della dipendenza, a discapito degli altri aspetti della vita del soggetto, i quali divengono sempre meno interessanti e

degni di attenzione. Questo meccanismo si verifica sia quando l'oggetto è una sostanza, sia quando è un'attività o un comportamento.

Dall'illustrazione degli strumenti che consentono di rilevare gli indicatori tipici dell'Internet Addiction Disorder, è emersa la consapevolezza che non esiste solo una generale dipendenza dalla Rete, ma piuttosto si può dipendere da una o più attività in particolare, come il sesso virtuale, la comunicazione, etc.

Sarà utile approfondire questo aspetto nel capitolo seguente.

Capitolo 3:

Le manifestazioni dell'Internet addiction Disorder

Lo studio di diversi casi clinici ha portato alla conclusione che esistono due classi di soggetti dipendenti da Internet (Cantelmi e D'Andrea, 2000):

- Coloro che presentano una pregressa psicopatologia, perlopiù dell'area affettiva o con tratti ossessivo-compulsivi. Per questi pazienti la dipendenza da Internet sarebbe solo un disturbo secondario;
- Coloro che non presentano alcuna pregressa psicopatologia. Questi soggetti svilupperebbero una dipendenza da Internet primaria, molto probabilmente dovuta all'incontro delle caratteristiche additive della rete, la quale consente di vivere una sensazione di onnipotenza, con i bisogni psicologici dell'individuo.

Questo è uno dei punti in comune con il Gioco d'Azzardo Patologico che, come abbiamo visto, può manifestarsi come disturbo primario o secondario.

Inoltre entrambe le patologie hanno un esordio progressivo: lo schema di Custer è la griglia di lettura che illustra meglio il processo col quale il soggetto si coinvolge sempre di più nel comportamento di gioco; la dipendenza da Internet si sviluppa essenzialmente attraverso quattro fasi. Esse possono essere così schematizzate (Cantelmi e D'Andrea, 2000):

1. *Fase delle e-mail*: nel primo approccio alla rete l'utente utilizza soprattutto il servizio di posta elettronica. Questo dato emerge anche dalla

ricerca della Young (1996), in cui il 30% dei non dipendenti utilizzano le e-mail, contro il 13% dei dipendenti;

2. *Fase Lurker (guardoni)*: l'utente non ha sviluppato ancora una dipendenza, ma intraprende questo percorso, iniziando a navigare in Rete, dando un'occhiata ai vari siti ed iniziando a prendere confidenza con il gergo tipico degli "internauti";
3. *Fase delle Chat Rooms*: secondo i risultati riportati dalla Young (1996), le Chat Rooms sono utilizzate dal 35% dei soggetti dipendenti, mentre solo il 7% dei non-dipendenti preferiscono questo tipo di applicazione. Essa offre la possibilità di conversare con tante persone contemporaneamente ed in tempo reale e questo crea un forte senso d'onnipotenza. Perciò è facile che l'utente, aumentando progressivamente il tempo dedicato a tale attività, ne diventi dipendente.
4. *Fase dei MUD's*: il coinvolgimento sempre maggiore nei giochi di ruolo virtuali rappresenta l'ingresso nella dipendenza dalla rete vera e propria. A questo punto il soggetto non sarà più capace di controllare la durata dei suoi collegamenti, che arrivano a coprire gran parte della giornata, è sempre più isolato e la sua vita cade in rovina.

Grohol (1999), invece, elabora un modello molto particolare sullo sviluppo dell'Internet Dipendenza, che sembrerebbe essere confermato dai risultati della ricerca per la validazione dell'U.A.D.I. (Del Miglio, Gamba, Cantelmi, 2001). L'autore ritiene che i soggetti affetti da Internet Addiction siano, più frequentemente i nuovi arrivati in Rete. Essi devono attraversare una prima fase di ambientazione in questo nuovo contesto, immergendovisi completamente e rimanendone affascinati (Stage I: Enchantment). Dal momento che l'ambiente è molto più ampio di qualsiasi altro visto finora, alcune persone rimangono in questa prima fase per un lungo periodo di tempo. E' qui che, più spesso, si possono verificare comportamenti patologici legati all'uso della Rete e si può

sviluppare un' Internet Dipendenza. Altre persone, invece, proseguono verso la seconda fase, di allontanamento e disillusione (Stage II: Disillusionment), nella quale viene meno l'interesse verso la Rete. Infine, segue la fase di equilibrio (Stage III: Balance), caratterizzata da un uso di Internet responsabile e corretto.

1. I tipi di dipendenza da Internet

L'Internet Addiction Disorder è un'ampia categoria che racchiude diversi tipi comportamenti. Possono essere elencati cinque sottotipi di dipendenza dalla Rete (Young, 1999):

- 1. Cybersexual Addiction:** uso compulsivo di siti dedicati al sesso virtuale e alla pornografia;
- 2. Cyber-relational Addiction:** eccessivo coinvolgimento nelle relazioni nate in rete;
- 3. Net Compulsion:** comportamenti compulsivi tramite Internet come, gioco d'azzardo, shopping e commercio on-line;
- 4. Information Overload:** ricerca di informazioni tramite la "navigazione" sul World Wide Web;
- 5. Computer Addiction:** tendenza al coinvolgimento eccessivo in giochi virtuali, come per esempio i MUD's.

Cybersexual addiction

La dipendenza dal sesso virtuale è uno dei più frequenti sottotipi dell' Internet Addiction: si stima che un soggetto su cinque dipendenti dalla Rete sia impegnato in qualche forma di attività sessuale on-line (Young, 1998). Questa categoria comprende diversi comportamenti, tra cui la visione di materiale pornografico, rapporti sessuali virtuali, masturbazione, etc.

Young (1999) riporta questi risultati:

Attività in rete	Non-dipendenti	Dipendenti
Flirtare	20%	57%
Parlare esplicitamente di sesso	9%	38%
Masturbarsi	12%	37%
Relazioni amorose sulla rete	14%	42%
Contatti telefonici	18%	50%
Sesso nella vita reale	13%	31%

Possiamo notare che i non dipendenti praticano in misura nettamente minore tali tipi di attività, rispetto ai soggetti dipendenti. Essi riportano percentuali abbastanza vicine su ogni forma di cybersex, tra cui emerge come preferita il flirtare on-line, mentre solo nella minoranza dei casi (31%) queste relazioni divengono reali e giungono ad un vero e proprio rapporto sessuale al di fuori della rete.

Secondo Young i segni di riconoscimento della dipendenza da cybersex sono:

1. L'abitudine di trascorrere molto tempo in chat rooms e messaggerie private con l'unico scopo di trovare sesso virtuale.
2. Essere assorbiti nell'uso di Internet per trovare partner sessuali nella Rete.

3. Impiegare la comunicazione anonima per esprimere fantasie sessuali, normalmente non manifestate nella vita reale.
4. Programmare la prossima sessione di collegamento ad Internet, con l'aspettativa di provare eccitazione sessuale e gratificazione.
5. Passare dal sesso virtuale a quello telefonico (o anche ad incontri nella vita reale).
6. Nascondere le proprie relazioni virtuali agli altri.
7. Provare sentimenti di colpa o vergogna per l'uso della rete.
8. Eccitarsi all'inizio quando ci si trova accidentalmente davanti a materiale cybersex, in seguito ricercarlo attivamente.
9. Masturbarsi nel corso del collegamento e nelle chat erotiche.
10. Considerare il cybersex come la forma primaria di gratificazione sessuale, riducendo l'investimento sul proprio partner reale.

La pratica di questa attività porta ovviamente a conseguenze disastrose per la coppia, il partner diventa geloso e, soprattutto quando le relazioni nate on-line si concretizzano in veri e propri tradimenti, si arriva al divorzio dei due coniugi.

E' lecito chiedersi, a questo punto, quali siano i fattori che favoriscono l'instaurarsi della dipendenza dal sesso virtuale: Young (1998) formula il modello ACE, in risposta a tale domanda. ACE è l'acronimo di Anonimità, Convenienza, Evasione.

L'**Anonimità** protegge l'utente e gli permette di esprimersi liberamente. Nella vita reale, in cui le interazioni sono "faccia a faccia", esistono delle convenzioni da rispettare e spesso vengono repressi dei desideri o delle tendenze per paura di essere rifiutati dalla società. Nel mondo virtuale è tutto completamente diverso: non esistono convenzioni, ognuno si sente libero di esternare fantasie sessuali normalmente repressi, di cambiare partner quando vuole, nella completa accettazione da parte della comunità virtuale. Gli individui sono incoraggiati a

sperimentare se stessi e ad esprimere liberamente il proprio modo di vivere la sessualità, protetti dalla garanzia dell'anonimato.

La **Convenienza** si riferisce alla disponibilità di siti e chat rooms a contenuto pornografico o cybersex. La fruizione di materiale sessuale è oggi molto facilitata grazie ad Internet, che mette a disposizione una miriade di opportunità di gratificazione per tutti i gusti. La Rete è uno strumento molto comodo perché permette di collegarsi tranquillamente da casa, il che permette di mantenere anche una certa privacy.

L'eccitazione che si sperimenta nella pratica di qualsiasi attività sesso virtuale provoca una sorta di fuga mentale, di **Evasione** dai problemi della vita quotidiana. Si pensa che sia tale fuga mentale, piuttosto che la gratificazione sessuale, a fungere da rinforzo e a favorire la ripetizione dell'esperienza. L'espressione di fantasie erotiche, la creazione di un personaggio che nasconde la propria vera identità, porta il soggetto a vivere una realtà parallela che può a volte sostituire la vita reale.

Cyber-Relational Addiction

E' la tendenza ad instaurare relazioni amicali o amorose con persone incontrate on-line. Le applicazioni maggiormente utilizzate da questi soggetti saranno quindi le e-mail, ma soprattutto le chat ed i newsgroup. Progressivamente le relazioni virtuali divengono più importanti di quelle reali ed il soggetto si isola, vivendo in un mondo parallelo, popolato da persone idealizzate. Anche in questo tipo di dipendenza gioca un ruolo molto importante l'anonimità, che permette di presentarsi agli altri con identità del tutto inventate, sulla base di come ci piacerebbe essere.

Alcuni segni clinici di riconoscimento possono essere (Cantelmi e D'Andrea, 2000):

1. Ha bisogno di passare molto tempo in Rete per intraprendere relazioni amicali e/o sentimentali;
2. Perde interesse per la relazioni amicali e/o sentimentali off-line;
3. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il protrarsi degli scambi amicali e/o sentimentali on-line.

Net Compulsions

I tre principali comportamenti compulsivi che si possono mettere in atto tramite Internet sono:

- Gioco d'azzardo,
- Partecipazione ad aste on-line;
- Commercio in Rete;

Queste attività hanno diverse caratteristiche in comune: la competizione, il rischio ed il raggiungimento di una immediata eccitazione (Ritchie, 1999).

Young sostiene che partecipare ad un'asta è come giocare d'azzardo: 'E' l'eccitazione di vincere il prezzo" (Goldberg, 1999). Le persone che sviluppano una dipendenza per una di queste attività, subiscono problemi finanziari gravi.

I segni clinici che vengono proposti sono quelli del gioco d'azzardo patologico, adattati per ciascuna dei tre comportamenti compulsivi. Young spiega come l'instaurarsi di queste dipendenze sia facilitato dalle caratteristiche della Rete, attraverso il suo modello ACE (Young, 1998).

Accessibilità: Internet offre la possibilità intraprendere le tre succitate attività stando comodamente a casa propria, mentre prima occorreva spostarsi. E' aumentato smisuratamente il numero dei casino virtuali, dei siti in cui si svolgono aste on-line e in cui si può fare acquisti senza recarsi nei negozi e giocare in Borsa. Questa disponibilità aumenta la probabilità che gli utenti

sperimentino esperienze simili e che siano invogliati a continuare. Inoltre la facile accessibilità rende le gratificazioni immediate, dato che si superano le limitazioni di spazio e tempo tipiche della realtà off-line.

Controllo: Esso si riferisce alla possibilità di monitorare i propri investimenti e di valutare da soli, senza bisogno di intermediari quali siano i più vantaggiosi. Inoltre per quanto riguarda il gioco d'azzardo è importante notare come l'accessibilità dalla propria casa consenta anche il controllo della privacy. Il giocatore, non dovendosi più recare al casino, può agire di nascosto, senza essere visto da nessuno e questo incentiva a giocare, perché permette di mantenere intatta la propria reputazione.

Eccitazione: Essa rappresenta l'alterazione emozionale che accompagna la vincita. Nell'asta è la conquista di un oggetto che provoca eccitazione, anche se l'oggetto non ha nessuna utilità per chi lo ha comprato. Lo stesso meccanismo si ripete anche negli investimenti on-line e nella vincita al gioco d'azzardo. Tutte queste attività generano un'illusione di onnipotenza, da cui deriva una forte attivazione emozionale.

Information Overload

Il bisogno di reperire informazioni sta diventando un problema per molte persone, lo dimostra una ricerca chiamata "Glued to the Screen: An investigation into information addiction worldwide." (1997). Essa si basa su un campione di 1000 persone provenienti dal Regno Unito, Stati Uniti, Germania, Singapore ed Hong Kong; i risultati mostrano che circa il 50% dei soggetti intervistati passa molto tempo a ricercare informazioni sulla Rete ed il 54% sperimenta un senso di eccitazione quando riesce a trovare ciò che stava cercando. Young commenta: "Internet semplicemente alimenta la mentalità americana del "fast food" nei confronti dell'informazione. La gente desidera ardentemente essere sempre al corrente ed avere accesso alle informazioni, tanto

che poi si trova intrappolata in enormi scorpacciate di notizie.”(1997, pag.2). La “navigazione” sui siti del Web offre un’ottima opportunità per queste persone, che progressivamente diventano dipendenti dallo scaricamento di materiale da Internet. Alcuni criteri utili per riconoscere questo tipo di comportamento compulsivo sono (Cantelmi e D’Andrea, 2000):

1. Ha bisogno di passare molto tempo in Rete per trovare notizie, aggiornamenti o qualsiasi altra informazione;
2. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere l’attività di ricerca;
3. Perdura in questa attività nonostante incorra in problemi sociali, familiari ed economici, verosimilmente causati o esacerbati dalla ricerca eccessiva di informazioni.

Computer Addiction

I giochi che si possono installare nel computer sono numerosissimi, ma oltre ed essi sono nati oggi, grazie ad Internet, i giochi interattivi, nei quali i partecipanti giocano contemporaneamente ed interagiscono tra di loro. I MUD’s, dei tipi di giochi di ruolo virtuali, sono molto coinvolgenti proprio perché consentono al soggetto di nascondere la propria vera identità e costruirsi un’altra, con la quale si presenterà agli altri giocatori. L’anonimato consente di esprimere se stessi liberamente e di inventare dei personaggi che sostituiscono la vera personalità dell’individuo. E’ come nel teatro greco: gli attori indossano delle maschere per interpretare vari personaggi, che poi si tolgono una volta scesi dal palco scenico. Su Internet si possono sperimentare sé alternativi e costruirsi una vita parallela, che può essere così coinvolgente da assumere un’importanza maggiore di quella reale. In questi casi si può parlare di dipendenza dai giochi

interattivi, il soggetto vive una sorta di sdoppiamento, intrappolato nel bisogno di uscire dalla propria vita quotidiana per trasformarsi nel personaggio virtuale, sul quale proietta tutti i suoi desideri e le sue illusioni (Oliverio Ferraris e Malavasi, 2001). La Rete dà la possibilità di essere ciò che si desidera, senza che nessuno scopra la nostra vera natura. Soprattutto le persone con scarsa autostima, timide e che non accettano se stesse, corrono il rischio di cadere nella trappola; per loro infatti, è un'opportunità molto preziosa quella di cambiare identità.

Internet isola gli individui dal contesto sociale, dalle regole, da apprezzamenti fisici e considerazioni di status: è per questo che si sentono più disinibiti e riescono ad esprimere parti di sé altrimenti nascoste (Festini e coll., 2001).

Secondo l'originale interpretazioni di Suler, i MUD soddisferebbero la gerarchia dei bisogni di Maslow (King, 1996). Alla base della piramide ci sono i bisogni basilari come quello della procreazione, soddisfatti da questi giochi grazie al frequente formarsi di relazioni amorose; al secondo livello troviamo il bisogno di contatto interpersonale e di senso di appartenenza, anch'esso pienamente gratificato dai MUD's, vere e proprie comunità virtuali; salendo nella gerarchia si incontra la necessità di autostima, la quale deriva dal successo personale. Questo viene raggiunto grazie all'opportunità di cambiar e identità ed assumere il ruolo di una persona con molti pregi, inoltre è possibile crescere di status in base alle capacità che si dimostrano durante il gioco. Tutto ciò soddisfa anche l'ultimo gradino della gerarchia, il bisogno di autorealizzazione (King, 1996). In conclusione si può affermare che i giochi di ruolo virtuali compensano sia i bisogni psicologici basilari, sia quelli più avanzati, perciò possiedono un grande potenziale attrattivo.

2. Conclusioni

Abbiamo visto che la dipendenza da Internet si può manifestare in svariate modalità. Questo perché la Rete è un mondo polimorfo che offre la possibilità di praticare qualunque attività. Nel prossimo capitolo saranno analizzati i meccanismi psicologici coinvolti nell'uso di questo potente strumento, i quali danno ragione dell'instaurarsi, in alcuni casi, di una dipendenza.

Capitolo 4:

I meccanismi psicologici sottesi all'uso della Rete

L'instaurarsi dell'Internet Addiction Disorder è legato alla complessa interazione tra le caratteristiche basilari dello spazio virtuale e le caratteristiche psicologiche dell'utente.

1. Caratteristiche fondamentali del Cyberspace

Young, nella sua ricerca "What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Internet Use" (1997), trova che non tutte le applicazioni di Internet hanno la stessa potenzialità di creare dipendenza, proprio perché ciascuna sottende la messa in moto di diversi meccanismi psicologici nell'utente. Le Chat Rooms (35%) ed i MUD's (28%) sono le più utilizzate tra i soggetti dipendenti, i quali sostengono di essere attratti da alcune loro caratteristiche essenziali come: possibilità di mantenere facilmente l'anonimato (86% dei soggetti dipendenti), accessibilità (63%), sicurezza (58%) e semplicità nell'uso (37%).

Grazie ad una ricerca precedente (1996), la stessa autrice aveva inoltre affermato che, mentre i soggetti non dipendenti fanno prevalentemente uso di quelle applicazioni che gli consentono di raccogliere informazioni e di mantenere rapporti preesistenti tramite la comunicazione elettronica, i dipendenti

preferiscono, invece, quegli strumenti che permettono di socializzare e scambiare idee con persone nuove con modalità interattive.

Riordinando questi risultati, Young giunge alla classificazione di tre aree sulle quali Internet e le sue proprietà interattive agiscono da rinforzo: supporto sociale, soddisfazione sessuale e creazione di personaggi virtuali.

Supporto sociale

Attraverso la Rete si possono conoscere un'infinità di persone provenienti da qualsiasi parte del mondo; essa è perciò un mezzo per espandere i propri confini ed instaurare una serie di nuovi rapporti, all'interno di un contesto molto diverso da quello reale. L'assenza del contatto faccia a faccia elimina le convenzioni sociali ed il timore del giudizio altrui, per cui l'individuo riesce ad aprirsi con maggiore sincerità. Le relazioni sono quindi più dirette e schiette, nonostante debbano passare attraverso una comunicazione scritta, agevolata solo da un gergo ormai condiviso e da segni convenzionali che consentono un'espressione emozionale più diretta, le *emoticons*.

L'abitudine di frequentare un particolare gruppo, per esempio una specifica area della chat o un determinato MUD, crea una familiarità ed un senso di comunità tra i membri, incrementato anche dall'uso di un linguaggio unico che tende a caratterizzarli fortemente.

Tutto ciò garantisce supporto sociale e l'impressione di essere compresi dagli altri, è per questo che sono nati in Rete molti gruppi di discussione e di sostegno reciproco tra coloro che soffrono o vivono delle situazioni di disagio.

Soddisfazione sessuale

Essa viene raggiunta attraverso in numerosi siti pornografici, chat erotiche, etc., che si possono trovare in Rete. E' già stato discusso nel capitolo precedente il modello ACE (Anonimità, Convenienza; Evasione), che Young utilizza per

spiegare la forte attrattiva che il sesso virtuale esercita sulle persone, in particolare su coloro che non sono soddisfatti del proprio aspetto fisico e della loro personalità. Questi individui possono cambiare identità on-line, diventando belli, giovani, simpatici, etc. Soprattutto le donne, le quali sono spesso insicure del loro aspetto fisico, traggono vantaggio dalla possibilità di presentarsi con caratteristiche più apprezzabili.

In Rete, si riscontra molto anche la tendenza ad assumere il sesso opposto, chiamata “gender swapping” (Festini e coll., 2001). Spesso uomini diventano donne o viceversa e questo è un buon modo per imparare a conoscere l’altro sesso, calandosi temporaneamente nei suoi panni. Sembra che nella maggioranza dei casi siano gli uomini a presentarsi con un’identità femminile, principalmente per capire di più sulle donne e riuscire ad instaurare rapporti migliori con loro. Si può scegliere, inoltre, di non essere né uomo, né donna, non dichiarando il proprio sesso e classificandosi come “altro” (Festini e coll., 2001).

Creazione di personaggi virtuali

Turkle (1995) descrive il mondo dei MUD ed i meccanismi psicologici sottesi a questi giochi, in particolare sottolinea la possibilità di cambiare identità: “Internet (...) permette alla persona di ricostruire la propria identità”, “la realtà virtuale diventa una vita, non tanto alternativa, quanto parallela.” Nell’articolo *La maschera dei desideri* (Oliverio Ferraris, Malavasi, 2001), viene riportata la testimonianza di un giovane frequentatore di MUD, Alessio di 16 anni: “Quando giochi per parecchie ore con un MUD le cose intorno cambiano, spesso non ti ricordi più chi sei.”

La capacità di spersonalizzare i soggetti, propria di queste applicazioni e di Internet in generale, rappresenta il rischio maggiore per lo sviluppo di una dipendenza dalla Rete. Come nel romanzo *Dr. Jekyll & Mr. Hyde*, si può vivere uno sdoppiamento di personalità, il quale fa coesistere due personaggi nello

stesso individuo: uno conforme all'ambiente sociale, con le sue regole e convenzioni; l'altro costituito dalla proiezione dei desideri repressi e profondi dell'individuo stesso. Diventa difficile liberarsi di questa "identità parallela" che vive attraverso il computer e che ci rende più soddisfatti di quella reale; così si trascorrono ore ed ore collegati alla Rete, per recitare il ruolo del personaggio virtuale, progressivamente ci si isola dagli altri, innescando il processo che conduce alla dipendenza.

Per gli adolescenti Internet rappresenta una risorsa per sperimentare senza pericoli vari modi di essere; non avendo ancora sviluppato un proprio sé definito, essi possono assumere diversi ruoli e vedere come gli altri rispondono ad ognuno di essi (Young, 1997).

2. Altre caratteristiche

Oltre a queste caratteristiche della realtà virtuale, ne possiamo individuare altre che possiedono importanti risvolti psicologici (Suler, 2002).

Esperienze sensoriali limitate

La comunicazione on-line è soprattutto di tipo testuale, mancano le interazioni faccia a faccia, perciò non è possibile vedere, udire e toccare l'interlocutore col quale si sta interagendo. Questo rappresenta uno svantaggio, poiché vengono meno tutta una serie di gesti e simboli non verbali che arricchiscono la comunicazione e creano significati, per esempio la stretta di mano, la pacca sulla spalla, il bacio etc. Le esperienze sensoriali sono un'importante fonte di conoscenza, grazie alle quali anche i rapporti diventano più saldi e profondi; su Internet, in assenza di tutto ciò, i legami sono meno vincolanti. D'altro canto però, l'assenza di interazioni dirette e personali impedisce che le conseguenze

dell'attività del soggetto on-line, si ripercuotano sulla sua vita reale, perciò egli si sente più libero e disinibito nel palesare il proprio sé, senza paura del giudizio altrui (King, 1996).

Percezioni alterate

Attraverso Internet si possono fare esperienze surreali, ciò che esiste nella fantasia può concretizzarsi nella realtà virtuale. Cambiare identità, conversare in tempo reale con persone molto lontane, costruire oggetti, fare acquisti standosene comodamente seduti a casa propria, sono solo esempi delle molteplici opportunità che la Rete offre e che conducono il soggetto ad una sorta di alterato stato di coscienza, molto simile al sogno. Perciò Internet affascina così tante persone, le quali hanno la possibilità di vivere in un mondo ideale e fantastico, senza i confini e le restrizioni proprie di quello reale.

Uniformità di status

Ognuno, in Rete, ha uguali opportunità di esprimersi, a prescindere da ordini di status, genere, razza, etc. Quella di Internet è una comunità ampiamente "democratica" (Suler, 1996). L'impatto che una persona esercita sugli altri utenti dipende unicamente dalle sue qualità personali, dall'abilità di comunicare, dalla bontà delle proprie idee, dalla disponibilità verso gli altri, etc. Nessuno parte avvantaggiato, piuttosto tutti devono guadagnarsi la fiducia e la stima partendo alla pari dalle stesse possibilità. Questo fattore differenzia enormemente la realtà virtuale da quella off-line ed è facile immaginarsi come nella prima ci si possa sentire più liberi e a proprio agio.

Superamento dei limiti spaziali

Anche questo aspetto è già stato in parte analizzato tra le righe della trattazione. La distanza geografica limita gli incontri che si possono fare nella vita, ma l'abbattimento di questo limite attraverso Internet, che mette in contatto pressoché tutto il mondo, amplia i confini ed eleva all'infinito il numero delle persone che si possono conoscere. In questo modo anche coloro i quali hanno idee o gusti particolari e poco comuni, hanno maggiori possibilità di trovare altre persone con cui condividerli. Purtroppo in questo aspetto ci sono dei risvolti molto negativi, si pensi per esempio ai pedofili, che trovano in Internet un ottimo strumento per mettere in pratica e coltivare la loro perversione.

Flessibilità del tempo

Sia la comunicazione sincrona delle chat, sia quella asincrona delle e-mail passano attraverso la scrittura di un testo, perciò intercorre un certo lasso di tempo tra un'affermazione e la replica da parte dell'interlocutore. Nella comunicazione verbale faccia a faccia, invece, non c'è lo stesso tempo per pensare, la risposta viene data immediatamente; Internet opera quindi uno stiramento del tempo.

Dall'altra parte però, esso è anche condensato: le innovazioni tecnologiche si susseguono velocemente, così come la nascita di nuovi rapporti ed interessi. In questo senso un individuo che frequenti un certo gruppo on-line da alcuni mesi, viene già considerato un "vecchio membro", una sorta di veterano (Suler, 1998). Tale flessibilità del tempo contribuisce a trasportare il soggetto in quella dimensione fantastica, quasi onirica dalla quale è così tanto affascinato.

Molteplicità sociale

La Rete mette a disposizione un'ampia varietà di persone con le quali interagire. Ognuno sceglierà in base alle proprie preferenze, non solo consce, ma anche

inconscie le amicizie, le relazioni sentimentali, etc. Le alternative sono innumerevoli e l'anonimato permette al soggetto di rompere senza preoccupazioni i rapporti che non lo soddisfano più.

Possibilità di registrare i documenti

Il computer può salvare in memoria tutti i documenti che ha ricevuto od inviato. In questo modo ogni conversazione tramite chat o e-mail può essere registrata, a differenza della comunicazione verbale. Il soggetto dispone quindi dell'opportunità di rivedere i propri rapporti, di rifletterci sopra e di investirli di ogni sorta di significato.

Tutte queste caratteristiche creano un senso di onnipotenza negli individui, in particolare nelle categorie di cui parlerò di seguito, le quali rischiano maggiormente di sviluppare una dipendenza da Internet.

3. Caratteristiche psicologiche dei soggetti a rischio

Internet, con tutte le proprietà elencate sopra, rappresenta un'ottima risorsa per fuggire dalle preoccupazioni quotidiane ed isolarsi in una realtà idilliaca. Particolarmente esposti al rischio di sviluppare una dipendenza dalla Rete sarebbero, quindi, i soggetti con problemi esistenziali, con bassa autostima, con difficoltà nei rapporti sociali e tendenti all'isolamento (Cantelmi e Talli 1998). Essi sarebbero particolarmente attratti dalla possibilità di trascurare i propri

problemi investendo tutte le proprie energie in una realtà illusoria quanto gratificante.

Young e Rodgers (1998) conducono una ricerca in cui indagano i tratti di personalità in un campione composto da 259 dipendenti dalla Rete, attraverso la somministrazione del 16 PF. I risultati mostrano che questi soggetti tendono a condurre una vita solitaria e a restringere i propri contatti sociali. Essi si conformano generalmente poco alle convenzioni sociali e sono emozionalmente più reattivi nei confronti degli altri. In conclusione emerge un profilo del soggetto dipendente caratterizzato da spiccata sensibilità, tendenza ad isolarsi e ad evitare di esporsi al contatto sociale. Riflettendo su queste caratteristiche si vede subito come esse trovino una risposta ed una soddisfazione immediata in tutte quelle componenti della Rete di cui si è già discusso. Per esempio, l'anonimato delle attività on-line è un forte attrattore per i soggetti solitari e cauti nelle relazioni sociali.

Nel panorama italiano è importante segnalare una ricerca (Del Miglio, Cantelmi, Talli, Artelli, Cavolina, 2000) condotta per la prima volta off-line, su un campione di 74 soggetti, che sono stati divisi tra dipendenti e non-dipendenti sulla base dei punteggi riportati all'Internet Addiction Test (Young, 1998). In seguito sono stati somministrati loro dei test di personalità, al fine di verificare se i due gruppi presentassero delle differenze nei profili e se i soggetti dipendenti riportassero maggiori rilievi clinici dei non dipendenti. Dai risultati è emerso che entrambi i gruppi non presentano condizioni sintomatologiche rilevanti, ma i dipendenti riportano punteggi più alti nella scala di deviazione psicopatica e d'instabilità emotiva; sembrano inoltre avere scarso controllo delle proprie emozioni. Questi risultati indicano che il soggetto dipendente da Internet tende verso una maggiore istintualità ed una espressione diretta del suo sé, che difficilmente si conforma alle regole sociali. La Rete, attraverso l'anonimato, promuove l'abbassamento delle inibizioni e la libera manifestazione di sé.

4. Conclusioni

Abbiamo visto che l'Internet Addiction Disorder si può spiegare solo nel contesto dell'interazione complessa che si mette in moto in un dato momento tra un determinato individuo, portatore delle sue peculiari caratteristiche, e l'oggetto della dipendenza, il quale viene investito di particolari significati dal soggetto stesso. Le proprietà dell'oggetto, Internet, rivestiranno un ruolo importante rispetto ai bisogni, alle aspettative del soggetto, il quale in seguito al primo collegamento on-line, vive un'esperienza emotiva particolare che faciliterà un riavvicinamento successivo alla Rete. La comprensione di questa complessità è importante soprattutto per la progettazione delle strategie terapeutiche, che saranno trattate nel prossimo capitolo.

Capitolo 5:

Cenni sul trattamento dell'IAD

Esiste, ad oggi, una forte difficoltà nel reperire un trattamento adeguato al proprio problema di dipendenza da Internet e questo è ancora più evidente nel contesto italiano. Molti professionisti psichiatrici non sono preparati su tale tema ed alcuni non ne riconoscono neppure l'esistenza.

Dato che non c'è una definizione di questa patologia su cui vige il comune accordo tra i ricercatori, esistono diverse possibilità di trattamento dell'Internet Addiction Disorder, in base all'approccio teorico seguito.

Possono pertanto essere intrapresi percorsi terapeutici differenti, anche in relazione alle esigenze e alle predisposizioni individuali (Fata, 2001):

- 1. Gruppi di auto-aiuto:** negli Stati Uniti esistono numerosi esempi di gruppi di auto-aiuto per Internet dipendenti. Essi sono formati da persone accomunate dallo stesso tipo di problema, le quali si riuniscono periodicamente per condividere esperienze, prescriversi delle regole sull'utilizzo della Rete e riacquistare il controllo sulla propria vita. Tali gruppi sono proliferati sia off-line, tramite incontri diretti e personali, sia on-line. Quest'ultima modalità è stata criticata da alcuni studiosi, perché ritenuta colpevole di esacerbare il problema.
- 2. Counseling terapeutico:** favorisce la presa di consapevolezza delle motivazioni che stanno alla base del proprio comportamento verso la Rete e può fornire un forte impulso ed un sostegno nel percorso diretto al cambiamento.
- 3. Psicoterapia individuale:** particolarmente indicata nel caso in cui la dipendenza da Internet si accompagni ad una patologia pregressa. Un corretto programma terapeutico permette di giungere alla presa di

consapevolezza di parti profonde di sé ed al loro cambiamento. Come il counseling terapeutico, anche la psicoterapia può essere intrapresa off-line, in maniera tradizionale, ma anche on-line. Orzack, una psicologa clinica statunitense che si occupa dei comportamenti di dipendenza al McLean Hospital di Belmont, nel Massachusetts, sostiene che la “Computer Addiction” è simile a tutte le altre dipendenze, perciò deve essere trattata allo stesso modo. Ritiene in particolare, che la terapia d’orientamento cognitivo-comportamentale sia la più appropriata, perché aiuta il soggetto ad identificare il problema, a risolverlo ed a sviluppare strategie utili per evitare la ricaduta. Orzack, però, rifiuta categoricamente il trattamento on-line, infatti, in un articolo apparso sul suo sito www.computeraddiction.com, dice: “Mi sono laureata in Massachusetts, non nello spazio virtuale” (1996, pag.3).

Al contrario, Young (1998) ha creato una clinica virtuale per i soggetti dipendenti da Internet, allo scopo di fornire informazioni, mettere gli utenti immediatamente in contatto con professionisti preparati, gestire interventi brevi, centrati a controllare e ridurre l’uso di Internet e fornire sostegno nella ricerca di ulteriori trattamenti off-line, se richiesto. Da un’iniziale sperimentazione è emerso che questo progetto si è rivelato utile per la prevenzione, per l’educazione all’uso della Rete e per gli interventi a breve termine sull’uso patologico di Internet.

1. Strategie cognitivo-comportamentali

Young (1999) sostiene che il modello tradizionale dell’astinenza non si adatta al trattamento della dipendenza da Internet. Esso è uno strumento molto utile e legittimato in molti ambiti della vita quotidiana, come sul posto di lavoro, a

scuola, etc., perciò sarebbe invalidante bandirne l'uso per alcuni soggetti. Lo scopo cui tendere attraverso un percorso terapeutico è, perciò, l'uso controllato e moderato della Rete. A tale proposito l'autrice elenca venti strategie di stampo cognitivo-comportamentale, utili al fine di gestire un cambiamento nelle abitudini di utilizzo incontrollato di Internet (Young, 2000). Di seguito alcune delle principali:

1. ***Riconoscere quello che si sta perdendo.*** Fare una classifica, assegnando un punteggio da 1 a 3 (1: molto importante; 2: importante; 3: non molto importante), di tutte le attività che sono state trascurate a causa del tempo trascorso su Internet. Per ognuna valutare anche il grado di importanza rispetto ad Internet. Questo esercizio aiuta il soggetto a prendere consapevolezza delle scelte e delle rinunce conseguenti alla propria dipendenza.
2. ***Valutare il tempo trascorso on-line.*** Annotare il numero effettivo delle ore di collegamento e delle attività preferite svolte on-line. Per maggiore precisione si può registrare come si compone una settimana tipo, per poi confrontare le quantità di tempo dedicate a ciascuna applicazione e classificare i propri utilizzi preferiti.
3. ***Utilizzare tecniche di gestione del tempo.*** Gestire il tempo di collegamento in modo differente da come si è fatto finora, attraverso i seguenti percorsi, che possono essere seguiti singolarmente o combinandoli insieme:
 - ***Coltivare un'attività alternativa:*** scegliere e mettere in pratica un hobby, un'attività alternativa; per questo può essere d'aiuto la lista descritta al punto 1. L'impegno in un'attività piacevole impedirà di sentire la mancanza di Internet ed il desiderio di collegarsi.

- *Praticare il contrario:* riflettere sulle proprie abitudini d'uso di Internet e cercare di fare l'opposto. Per esempio, se ci si collega la sera, provare a farlo il giorno; se si utilizza il computer nello studio, spostarlo nella camera; se s'inizia il collegamento leggendo le notizie del giorno, leggere prima un quotidiano cartaceo, etc. Tutto questo contribuisce a distruggere le abitudini e mobilita il soggetto verso il cambiamento.
- *Stabilire dei tempi fermi:* utilizzare come punti di riferimento per interrompere il collegamento le cose da fare concretamente. Ad esempio se si decide di coricarsi alle 22.30, interrompere il collegamento 10 minuti prima dell'orario prefissato. Il pericolo, in tal caso, consiste nell'ignorare i "campanelli naturali", a tale scopo si può utilizzare una sveglia, da tenere a distanza dal computer, la quale obblighi ad alzarsi per spegnerla, quando suona.
- *Programmare settimanalmente l'utilizzo di Internet:* stabilire un programma ragionevole da rispettare, diminuendo le ore da trascorrere online. Per esempio, si può stabilire di dedicare 20 ore alla settimana ad Internet, invece delle 40 attuali e stabilire degli orari specifici da segnare nell'agenda o sul calendario. E' meglio organizzare delle sessioni brevi, ma frequenti, per evitare di sperimentare sindromi d'astinenza. Tale programmazione permette di sentirsi in grado di controllare Internet, anziché essere controllati da esso.

4. *Trovare un sostegno nel mondo reale.* Per un Internet dipendente, il primo passo per riacquistare il controllo sulla propria vita è ammettere di avere una dipendenza psicologica. Inoltre si possono identificare quali bisogni si cercano di soddisfare tramite la Rete e si può tentare di realizzarli nella vita reale. A questo proposito, può essere utile entrare a far parte di un gruppo di auto-aiuto o intraprendere una terapia di gruppo, per condividere le proprie

esperienze con altri e trovare una rete di sostegno psicologico. Può essere d'aiuto anche dedicarsi a degli hobby o attività piacevoli ed interessanti.

5. *Riconoscere ciò che fa scattare il comportamento.* Riconoscere come ci si sente prima di collegarsi e mentre si è collegati, consente di capire da cosa si sta fuggendo e cosa si spera di raggiungere quando si è on-line. Alcune situazioni emotive, infatti, spingono ad immergersi nella Rete per ore ed ore e conducono, in parte, verso un comportamento tossicomano. Riconosciute le spinte emotive, si può scegliere di passare ad un'attività più costruttiva. Inoltre si possono correggere alcuni pensieri negativi, che dominano il soggetto dipendente, sostituendoli con altri positivi. Per esempio, quando si è assaliti dall'idea: "Devo stare sveglio", si può pensare, con un po' di pratica e determinazione: "Spegnerò il computer quando sarà ora di dormire, per non fare tardi a scuola".

6. *Portare con sé schede promemoria con messaggi positivi.* E' utile fare un elenco dei principali problemi causati dalla dipendenza da Internet e dei vantaggi che deriverebbero dalla limitazione del suo uso. Si può trascrivere questi due elenchi su un cartoncino da tenere sempre in tasca o nel portafoglio, in modo che, quando ci si sente assaliti dal desiderio di collegarsi, si rilegge la scheda per ricordarsi cosa si vuole evitare e cosa si vuole fare per se stessi.

7. *Fare passi concreti per centrare i veri problemi.* Una volta identificati i problemi che hanno favorito lo sviluppo della dipendenza, è importante impegnarsi nel risolverli. Se, per esempio, il problema è la mancanza di un lavoro, si può pensare alle diverse strategie per trovarne uno e metterle poi in pratica. Questo porta ad impegnare il proprio tempo, in modo da non sentire la mancanza della Rete e genera gratificazione.

8. *Ascoltare le diverse voci della negazione.* Una caratteristica fondamentale di ogni tipo di dipendenza, compresa quella da Internet, è che il soggetto nega di avere un problema. Ognuno utilizza in particolare una o più forme di negazione, che, ovviamente, impediscono il cambiamento e la crescita. Quindi è importante riconoscere il proprio stile di negazione del problema, come minimizzare il fenomeno, dare giustificazioni, etc. La presa di coscienza della propria condizione di dipendente pone le basi per l'inizio del processo di cambiamento e la soluzione del problema.

Le altre strategie puntano ancora sul riconoscimento del problema sia da parte del dipendente, sia da parte della famiglia o delle persone che gli stanno vicino; rimando alla fonte originale per ulteriori approfondimenti (Young, 2000).

L'autrice consiglia, inoltre, il ricorso alla terapia familiare laddove la dipendenza da Internet abbia provocato distruzione di matrimoni e relazioni familiari. Gli interventi, in questo senso, devono mirare a dare informazioni alla famiglia su questo tipo di patologia, ridurre l'atteggiamento di rimprovero verso il soggetto, incoraggiare la comunicazione e la disponibilità da parte della famiglia nel sostenere il dipendente (Young, 1999).

2. La psicoterapia su Internet

Internet rappresenta, oggi, lo strumento che per eccellenza incoraggia e favorisce la comunicazione tra gli individui, perciò può essere impiegato anche nel campo della salute mentale. In America, la Rete viene ormai correntemente utilizzata come mezzo per dare sostegno ed aiuto psicoterapeutico; in Italia quest'idea ha preso forma solo negli ultimi anni e non è ancora, del tutto, entrata a far parte della nostra cultura clinica. Si può definire la psicoterapia on-line

come “quel trattamento e cura non farmacologica dei disturbi della psiche conseguibili all’interno di una relazione terapeutica priva della presenza fisica dei due partner” (Cipolla, Grifo, Cantelmi, 2001; pag. 70).

2.1 L’esperienza di Psychoinside

Nel 1999 ha preso avvio la sperimentazione italiana di un centro di psicoterapia on-line, chiamato *Psychoinside*, accessibile tramite il collegamento al sito www.psychoinside.it (Cantelmi, Putti, Talli, 2001). Questo servizio, al fine di valutare l’effettiva realizzabilità di un intervento psicologico in Rete, ha offerto l’accesso gratuito a professionisti psicoterapeuti, in grado di aiutare gli utenti tramite interventi, mediati dalla Rete, sia di tipo consulenziale, sia di tipo terapeutico. Il sito ha ricevuto, in un anno di sperimentazione, circa 1500 richieste da utenti perlopiù italiani, ma anche di altri Paesi, con disagi di ogni genere, in particolare di tipo relazionale. Questo dato può essere spiegato alla luce di quanto detto nel capitolo precedente: soggetti inibiti nei rapporti sociali e con difficoltà relazionali tendono a cercare rifugio nel mondo virtuale, facilitati dall’anonimato e dall’assenza di rapporti di tipo “faccia a faccia”. Questi soggetti sono, perciò, anche più esposti al rischio di sviluppare una dipendenza da Internet (Cantelmi, D’Andrea, Del Miglio, Talli, 2000).

Di seguito viene riportata la tabella che illustra le percentuali relative alle problematiche espresse dai soggetti, che hanno contattato il sito di Psychoinside (Cipolla, Grifo, Cantelmi, 2001).

Tab.5.1 Problematiche espresse al sito www.psychinside.it (Cipolla, Grifo, Cantelmi, 2001).

Problematiche	N.Utenti	Maschi	Femmine	% Totale
Problemi relazionali	38	26	12	27.1%
Consulenza su disturbi, psicofarmaci, psicoterapie	28	10	18	20%
Ansia e attacchi di panico	18	10	8	12.9%
Fobie e ossessioni	10	6	4	7.1%
Problemi riguardanti terzi	10	4	6	7.1%
Disturbi sessuali	8	4	4	5.7%
Depressione	8	2	6	5.7%
Disturbi alimentari	4	2	2	2.9%
Dipendenza da Internet	2	0	2	1.5%
Problematiche varie (difficoltà di studio, realizzazione progetti, droghe,etc.)	14	10	4	10%
Totale	140	74(52.9%)	66(47.1%)	100%

Osservando la tabella si può notare una prevalenza dei maschile degli utenti che si sono rivolti al servizio, probabilmente perché c'è una disparità tra i generi nell'utilizzo di Internet, pare infatti che gli uomini ne facciano maggiore uso.

La comunicazione tra utenti e specialisti ha avuto luogo grazie a tre strumenti, che hanno svolto il ruolo di setting, all'interno del quale ha potuto prendere forma la relazione terapeutica:

- **Le e-mail:** questo tipo di applicazione consente una comunicazione asincrona. Il paziente può inviare un messaggio al terapeuta, che risponderà nel momento che ritiene più opportuno, senza l'obbligo dell'immediatezza, tipico delle interazioni "faccia a faccia". Nel progetto sperimentale, gli

utenti sono stati informati dei giorni nei quali gli esperti avrebbero inviato le risposte, in modo da formare un contratto terapeutico preciso e privo di equivoci. Il differimento dei tempi di invio, ricezione e scambio dei messaggi di posta elettronica consente ad ambedue gli interlocutori una grande possibilità di concentrazione, che può migliorare la qualità della relazione e facilitare la comunicazione.

- **Le chat:** la comunicazione in questo caso è sincrona, poiché utente e terapeuta possono conversare in tempo reale. Come nel servizio di posta elettronica, i messaggi sono solamente di tipo testuale, perciò si perdono le informazioni derivanti dalla gestualità degli individui e l'intero canale della comunicazione non verbale.
- **Collegamento audio-video tramite webcam:** L'uso della videocamera permette di trasmettere messaggi, non più solamente di tipo testuale, ma anche audio-visivo. Questa caratteristica rappresenta un vantaggio per due motivi: è possibile coglier i segnali non verbali degli interlocutori e inoltre si escludono elementi di distrazione, dato che l'utente può guardare in faccia il terapeuta. La comunicazione si avvicina molto a quella che avviene personalmente, durante un incontro in un ambiente reale. L'uso della webcam porta, però, anche degli svantaggi, per esempio si perde la dimensione dell'anonimato, caratteristica importante in quanto agevola la disinibizione e favorisce l'espressione delle emozioni. Inoltre, questa nuova tecnologia presenta ancora degli inconvenienti tecnici, a causa dei tempi di latenza che intercorrono tra le immagini e il messaggio audio. Ciò provoca una ricezione, prima di quanto detto a voce, poi dell'immagine visiva, per cui è difficile collegare correttamente il canale verbale con quello non verbale.

2.2. *Vantaggi e svantaggi della psicoterapia on-line*

Ci sono ancora grosse perplessità riguardo alla possibilità di effettuare validi interventi psicoterapeutici tramite Internet (Merciai, 2001). Attraverso la sperimentazione italiana del sito Psychoinside, si sono concretamente delineati tutti i vantaggi e gli svantaggi di questa nuova modalità psicoterapeutica (Cantelmi, Talli, De Marco, 2001).

Vantaggi

1. *Facilità d'accesso*: Internet è facilmente accessibile da tutti e consente alle persone di comunicare, stando comodamente sedute a casa propria. Per questo, la creazione di siti che offrono servizi di psicoterapia on-line, rappresenta un'opportunità di cura per tutte quelle persone che non possono raggiungere le strutture di salute mentale, per limitazioni geografiche, di handicap, etc. Il reperimento di professionisti competenti in materia psicologica e psichiatrica diventa così più semplice in Rete piuttosto che nella realtà off-line, dove la scarsità d'informazione rende, in genere, difficile sapere a chi rivolgersi nei momenti di disagio.
2. *Anonimato*: questa dimensione peculiare di Internet è già stata ampiamente affrontata nel capitolo precedente. L'assenza di un contatto "faccia a faccia" abbassa le difese del soggetto, che riesce ad esprimere meglio il suo sé, senza inibizioni e senza paura di essere giudicato. Tale libertà di comunicazione incide moltissimo sulla relazione terapeutica, il paziente è più disposto ad aprirsi con il terapeuta, eliminando i meccanismi di difesa che gli sono necessari nell'interazione sociale diretta.

Svantaggi

1. *Assenza di setting neutro:* la cornice entro cui si svolge l'interazione tra psicoterapeuta e paziente deve essere neutra e priva di stimoli distraenti. Nella psicoterapia on-line il setting non può essere controllato, poiché il soggetto non si trova in uno studio appositamente allestito dal terapeuta. Gli stimoli che lo possono influenzare rappresentano una variabile di disturbo per una efficace interazione.
2. *Assenza della comunicazione non verbale:* La comunicazione tra due persone è costituita da informazioni che provengono da ciò che viene detto, dal canale "verbale", ma anche dal "non verbale". Quest'ultimo si riferisce a tutta la gestualità, le espressioni del viso, la postura corporea, il ritmo di scansione delle parole, i silenzi, etc., che accompagnano, completano e a volte contraddicono il messaggio verbale. È importante, quindi, per decodificare correttamente tale messaggio, tenere conto di entrambe le modalità di comunicazione. Un grosso limite di Internet è che, fatta eccezione per i collegamenti tramite webcam, si possono trasmettere documenti solo di tipo testuale, perdendo così le informazioni di tipo "non verbale".
3. *Scarsa riservatezza:* la conversazione veicolata da Internet può essere intercettata da altri utenti. In questo modo la riservatezza, caratteristica fondamentale della relazione terapeutica, viene violata on-line. Inoltre è possibile che altre persone, come i familiari, accedano ai documenti contenuti nel computer, anche quando vengono cancellati, perché essi non scompaiono subito dalla memoria del computer. Per risolvere questi inconvenienti si può, comunque, ricorrere a dei sistemi di cifratura dei messaggi che li proteggano ed assicurino la riservatezza.

3. Conclusioni

La sperimentazione del progetto psychoinside ha avuto un discreto successo ed ha dimostrato l'utilità di un servizio psichiatrico on-line, soprattutto per estendere la possibilità di trattamento a quelle persone svantaggiate che, per limiti di distanza geografica o di handicap, non possono raggiungere di persona le strutture adeguate.

In alcuni casi la psicoterapia on-line può essere preferita a quella tradizionale, in particolare quando il soggetto è molto inibito ed trova difficoltà nell'esprimere i propri problemi. In questi casi l'anonimato di Internet facilita l'abbassamento delle difese e la disinibizione del soggetto, il quale si sente più a suo agio nell'aprirsi con un terapeuta sconosciuto. Per esempio, è difficile comunicare disturbi come la pedofilia, oppure ammettere la propria omosessualità, perché c'è la paura di essere giudicati; l'anonimato protegge invece il soggetto dalle ripercussioni sociali, derivanti dall'espressione del proprio sé (Cantelmi, Talli, De Marco, 2001).

Bibliografia

- Alonso-Fernandez F. (1999). *Le altre droghe*. Roma: E.U.R.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Fourth Edition (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Association (trad. it. 1996). *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Anderson G. and Brown R. I. F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.
- Baron E. and Dickerson M. (1999). Alcohol Consumption and Self-Control of Gambling Behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 3-15.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Becona E., Del Carmen Lorenzo M., Fuentes M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Bergh C., Eklund T., Sodersten P., Nordin C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27, 473-475.
- Bergler E. (1957). *The Psychology of Gambling*. (trad. it. 1974). *Psicologia del giocatore*. Roma: Newton Compton.
- Blanco C., Orensanz-Munoz L., Blanco-Jerez C., Saiz-Ruiz J. (1996). Pathological Gambling and Platelet MAO Activity: A Psychobiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 119-121.
- Blaszczynski A. and McConaghy N. (1988). SCL-90. Assessed Psychopatology in Pathological Gamblers. *Psychological Reports*, 62.
- Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86(3), 299-306.

- Blaszczynski A. and McConaghy N. (1994). Antisocial Personality Disorder and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10(2), 129-145.
- Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 92(1), 75-87.
- Blaszczynski A. (1999). Pathological gambling and Obsessive-Compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 84, 107-113.
- Bleuler E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. New York: Macmillan.
- Bolen D. W. and Boyd W. H. (1968). Gambling and the Gambler. *Archives of General Psychiatry*, 18, 617-630.
- Brenner V. (1996). *An Initial Report on the Online Assessment of Internet Addiction: the first 30 days of the Internet Usage*. Scaricato dal sito Internet <http://www.ccsnet.com/prep/pap/pap8b/638b012p.txt>.
- Brenner V. (1997). Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and Addiction: the first 90 days of the Internet usage survey. *Psychological Reports*, 80, 879-882.
- Browne B. R. (1991). The Selective Adaptation of the Alcoholics Anonymous Program by Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 7(3), 187-205.
- Caforio G. (1999). *New Addiction*. Scaricato dal sito Internet <http://www.tno.it/sip.puglia/psinpug/attualita/caforio6.htm>.
- Caillois R. (1958). *Les jeux et les hommes. Le masque et la vertige*. (trad. it., 1981). *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*. Milano: Bompiani.
- Cantelmi T. e Talli M. (1998). Internet Addiction Disorder. *Psicologia Contemporanea*, 150, 4-11.
- Cantelmi T. e D'Andrea A. (2000). *Fenomeni psicopatologici Internet-correlati: osservazioni cliniche*. In Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. (2000). *La mente in Internet*. Padova: Piccin.

- Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. (2000). *La mente in Internet*. Padova: Piccin.
- Cantelmi T, Putti S. e Talli M. (a cura di) (2001). *@psychotherapy. Risultati preliminari di una ricerca sperimentale italiana*. Roma: E.U.R.
- Caretti (2000) *Psicodinamica della trance dissociativa da videoterminale*. In Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. (2000). *La mente in Internet*. Padova: Piccin.
- Chau A. W. and Phillips J. G.(1995). Effects of Perceived Control Upon Wagering and Attributions in Computer Blackjack. *The Journal of General Psychology*, 122, 253-268.
- Christenson G. A., Faber R. J. *et al.* (1994). Compulsive Buying : descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(1), 5-10.
- Ciarrocchi J. W., Kirschner N. M., Fallik F. (1991). Personality Dimensions of Male Pathological Gamblers, Alcoholics, and Dually Addicted Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7(2), 133-141.
- Cipolla B., Grifo L, Cantelmi T. (2001). www.psychoinside.it: *il sito nella Rete*. In Cantelmi T, Putti S. e Talli M. (a cura di) (2001). *@psychotherapy. Risultati preliminari di una ricerca sperimentale italiana*. Roma: E.U.R.
- Cohen J. (1972). *Psychological Probability or the Art of Doubt*. London: Allen and Unwin.
- Coventry K. R. and Constable B. (1999). Psychophysiological arousal and sensation-seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 94(3), 425-430.
- Croce M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli.
- Croce M. (2001). *Gioco d'azzardo e psicopatologia:la difficile inclusione*. Tratto da: Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.

- Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M., Spitznagel E. L., Ben-Abdallah A. (2000). Problem Gambling and Comorbid Psychiatric and Substance Use Disorders Among Drug Users Recruited from Drug Treatment and Community Settings. *Journal of Gambling Studies*, 16(4), 347-376.
- Custer (1982). *Pathological gambling*. In Whitfield A. (A cura di). *Patients with Alcoholism and other Drug Problems*. New York: Year Book Publ.
- Del Miglio C., Gamba A, Cantelmi T. (2001). Costruzione e validazione preliminare di uno strumento (U.A.D.I.) per la rilevazione delle variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di Internet. *Giornale Italiano di psicopatologia*, 7(3), 293-306.
- Del Miglio C., Cantelmi T., Talli M., Artelli F e Cavolina P. (2000). *Fenomeni psicopatologici Internet-correlati: ricerca sperimentale italiana*. In Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. (2000). *La mente in Internet*. Padova: Piccin.
- De Sanctis Ricciardone P. (1994). *Antropologia e gioco*. Napoli: Liguori.
- Dickerson M. (1979). FI schedules and persistence at gambling in the UK setting office. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 12, 315-323.
- Dickerson M. (1984). *Compulsive gamblers*. (trad. it. 1993). *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*. Torino: Gruppo Abele.
- Dickerson M. and Baron E. (2000). Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling. *Addiction*, 95(8), 1145-1159.
- Dostoevskij F. (1866). *Igrok* (trad. it. 1993). *Il giocatore*. Milano: Mondatori.
- Egger O. and Rauterberg M. (1996). *Internet Behavior and Addiction*. Scaricato dal sito Internet <http://www.ifap.bepr.ethz.ch/~egger/ibq/res.htm>.
- Faber R. J. and O'Guinn T. C. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*.

- Fata A. (2001). *20 strategie di disintossicazione*. Scaricato dal sito Internet <http://www.pol-it.org/ital/youngstrategie.htm>.
- Festini W. e coll. (2001). *La città che non esiste: analisi psicologica di una comunità virtuale*. Scaricato dal sito Internet <http://www.psychomedia.it/pm/telecomm/telemdz 1.htm>.
- Fiasco M. (2001). *Aspetti sociologici, economici e rischio criminalità*. In Croce M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli.
- Francescato D. e Ghirelli G. (1998). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma: Carocci.
- Freud S. (1928). *Dostoevskij e il parricidio*. In *Opere*, vol X. (1978). Torino: Boringhieri.
- Gilovich T. (1983). Biased Evaluation and Persistence in Gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1110-1126.
- Goldberg T. (1999). *Bidding till you're broke*. Scaricato dal sito Internet <http://www.zdnet.com/zdnn/stories/news/0,4586,2200289,00.htm>
- Griffiths M. (1993). Tolerance in gambling: an objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addictive Behaviors*, 18, 365-372.
- Griffiths M. (1994a). An Exploratory Study of Gambling Cross Addictions. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 371-384.
- Griffiths M. (1994b). The Role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 351-369.
- Griffiths M. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths M. (1995). The Role of Subjective Mood States in the Maintenance of Fruit Machine Gambling Behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 11(2), 123-135.

- Griffiths M. (1997). Psychology of computer use: XLII. Some comments on 'Addictive use of the Internet' by Young. *Psychological Reports*, 80, 81-82.
- Grohol J. M. (1999). *Internet Addiction Guide*. Scaricato dal sito Internet <http://www.psychcentral.com/netaddiction>.
- Guadagnucci L. (2001). *Italiani, 'malati' di scommesse e videopoker*. Scaricato dal sito Internet <http://lanazione.monrif.net/chan/webreportage:1562610:/2001/06/05>
- Guelfi G. P. (2001). Gioco e attivazione endogena di neuromediatrici. In Croce M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli.
- Guerreschi C. (2000). *Giocati dal gioco*. Milano: San Paolo.
- Hollander E., DeCaria C., Mari E. *et al.* (1998). Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1781-1783.
- Huang M. P. and Alessi N. E. (1997). Drs. Huang and Alessi Reply. *American Journal of Psychiatry*, 153(6). 890.
- Huizinga J. (1938). *Homo ludens* (trad. it. 1982). *Homo ludens*. Torino: Einaudi.
- Imbucci G. (1997). *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Venezia: Marsilio.
- Jamison B. (2000). *Hooked Online*. Scaricato dal sito Internet <http://my.webmd.com/content/article/1674.50516>.
- King S. A. (1996). *Is the Internet Addictive, or Are Addicts Using the Internet?* Scaricato dal sito Internet <http://www.concentric.net/~astorm/iad.html>.
- Kraepelin E. (1915). *Psichiatrie*. 8th ed. Germany: Johann Ambrosius Barth.
- Kyngdon A. and Dickerson M. (1999). An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity. *Addiction*, 94(5), 697-707.

- Ladouceur R. (1990). Lorsque la raison déraile. *Psychologie des jeux de hasard et d'argent. Actualités Psychiatriques*, 7, 11-17.
- Langer E. J. (1975). The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 311-328.
- Langer E. J. and Roth J. (1975). Heads I Win, Tails It's Chance: The Illusion of Control as a Function of the Sequence of Outcomes in a Purely Chance Task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6), 951-955.
- Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Lavanco G., Varveri L., Lo Re T. (2001). *Un inquadramento generale. Minima metodologica*. In Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Lejoyeux M., Adès J., Tassain V., Solomon J. (1996). Phenomenology and Psychopathology of Uncontrolled Buying. *American Journal of Psychiatry*, 153(12), 1524-1529.
- Lejoyeux M., Feuché N., Loi S., Solomon J., Adès J. (1999). Study of Impulse-Control Disorders Among Alcohol-Dependent Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(5), 302-305.
- Lesieur H. R. (1979). The Compulsive Gambler's Spiral of Options and Involvement. *Psychiatry*, 42, 79-87.
- Lesieur H. R. and Blume S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur H. R. and Blume S. B. (1992). Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 1(3), 240-247.
- Lesieur H. R. and Heineman M. (1988). Pathological gambling among multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addiction*, 83, 765-771.

- Levenkron S. (1991). *Obsessive-compulsive Disorders: Treating and Understanding Crippling Habits*. New York: Warner.
- Linden R. D. Pope H. G., Jonas J. M. (1986). Pathological Gambling and Major Affective Disorder: Preliminary Findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(4), 201-203.
- Maddux J. F. and Desmond D. P. (2000). Addiction or dependence? *Addiction*, 95(5), 661-665.
- McElroy S. L., Hudson J. I., Pope H. G., Keck P. E., Aizley H. G. (1992). The DSM III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(3), 318-327.
- McElroy S. L., Keck P. E., Pope H. G., Smith J., Strakowski S. M. (1994). Compulsive Buying: a report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 242-248.
- Meyer G. e Stadler M. A. (1999). Criminal Behavior Associated with Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 29-43.
- Moran E. (1970). Varieties of Pathological Gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116(535), 593-597.
- New York Times (1995). *Addiction to the Net*. Scaricato dal sito Internet <http://www.cwrl.utexas.edu/~claire/texts/addiction.html>.
- Oliverio Ferraris A. e Malavasi G. (2001). La Maschera dei Desideri. *Psicologia Contemporanea*, 166, 30-37.
- Orzack M. (1996). *Computer Addiction Services*. Scaricato dal sito Internet <http://www.computeraddiction.com>.
- Pallanti S., Baldini Rossi N., Hollander E. (2001). *Terapia farmacologica del gioco d'azzardo patologico*. In Croce M. e Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli.
- Rigliano P. (a cura di) (1998). *In-dipendenze*. Torino: Gruppo Abele.

- Ritchie E. (1999). *e-Bayla virus? Auction fun can turn to auction fever*. Scaricato dal sito Internet [http://www.usc.edu/isd/publications/networker/99-00/v10n1-Sept-Oc.../sidebar-ebayla.htm](http://www.usc.edu/isd/publications/networker/99-00/v10n1-Sept-Oct.../sidebar-ebayla.htm).
- Roy A. *et al.* (1988). Pathological gambling : a psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 369-373.
- Rozin P. and Stoess C. (1993). Is there a general tendency to become addicted? *Addictive Behaviors*, 18, 81-87.
- Sbrocco G. (2000). *Un milione di lire all'anno gettate "alla fortuna"*. Scaricato dal sito Internet <http://www.volontariato.it/movinforma/gagiocdati.html>.
- Seligman M. E. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shaffer H. J., LaBrie R., Scanlan K. M., Cummings T. N. (1994). Psychological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10, 339-362.
- Shaffer H. J. (1996). Undersanding the means and objects of addiction: technology, the Internet, and gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 461-469.
- Sharpe L., TARRIER N., Schotte D., Spence S. H. (1995). The role of autonomic arousal in problem gambling. *Addiction*, 90, 1529-1540.
- Smart R. G. and Ferris J. (1996). Alcohol, Drug and Gambling in the Ontario Adult Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 36-45.
- Steel Z. and Blaszczyński A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.
- Suler J. (Jan. 1996). *The Psychology of Cyberspace*. Scaricato dal sito Internet <http://www1.rider.edu/~suler/psyber/psyber.html>.
- Suler J. (2001). *The Basic Psychological Features of Cyberspace*. Scaricato dal sito Internet <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/basicfeat.html>.

- Suler J. (2002). *Personality Types in Cyberspace*. Scaricato dal sito Internet <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/personotypes.html>.
- Turkle S. (1995). *Life behind the screen: identity in the age of the Internet*. (trad. it. 1997). *La vita sullo schermo*. Roma: Apogeo.
- Valente E. e Cappelleri A. (2000). *Internet oggi*. In Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. (2000). *La mente in Internet*. Padova: Piccin.
- Vitaro F., Arsenault L., Tremblay R. E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94 (4), 565-575.
- Wakerfield J. K. (1997). Diagnosis DSM-IV- Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 633-649.
- Walters G. D. (1994). The Gambling Lifestyle: I. Theory. *Journal of Gambling Studies*, 10(2), 159-182.
- Walters G. D. (1994). The Gambling Lifestyle: II. Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 10(3), 219-235.
- Young K. S. (1996). *Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder*. Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/articles/newdisorder.htm>.
- Young K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.
- Young K. S. (1997). *What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Internet Use*. Scaricato dal sito Internet <http://nwtaddiction.com/articles/habitforming.htm>.
- Young K. S. (1997). *What Makes Online Usage Stimulating: Potential Explanations for Pathological Internet Use*. Scaricato dal sito Internet <http://mentalhelp.net/apa/young.htm>.
- Young K. S. and Rodgers R. C. (1998). *Internet Addiction: Personality Traits Associated with Its Development*. Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/articles/personality-correlates.htm>.

- Young K. S. (1998). What is Cybersexual Addiction? Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/cybersexual-addiction.htm>.
- Young K. S. (1998). *The Internet Addiction Test*. Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/resources/test.htm>.
- Young K. S. (1998). *How to Deal with Net Compulsions*. Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/net-compulsions.htm>.
- Young K. S. (1997). *Reuters Study Reveals Growing Danger of Information Addiction Worldwide And New Generation Of Dataholics*. Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/bio/reuters.html>.
- Young K. S. (1999). *Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, And Treatment*. Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/articles/symptoms.htm>.
- Young K. S. (1999). *How do you treat Internet Addiction?* Scaricato dal sito Internet <http://netaddiction.com/treatment.htm>.
- Young K. S. (2000) *Caught in the Net* (trad. it. 2000). *Presi nella Rete*. Bologna: Calderoni.
- Zuckerman M. (1983). La ricerca di forti sensazioni. *Psicologia Contemporanea*, 59, 27-33.