

***8° CORSO DI FORMAZIONE in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense Teoria e Tecnica della Perizia e della Consulenza Tecnica in ambito Civile e Penale, adulti e minorile.***

**IMPUTABILITA' DEL GIOCATORE D'AZZARDO PATOLOGICO**

Dott. Rocco Emanuele Cenci

***INTRODUZIONE***

Obiettivo di questo lavoro è il portare avanti una riflessione sulla imputabilità di un individuo affetto da una particolare forma di disturbo ossessivo compulsivo, ovvero il Gioco d'Azzardo Patologico. Il GAP è una patologia in forte crescita nel nostro Paese, e sempre più numerose sono le azioni legali sia contro i giocatori che avviate da loro contro varie entità: lo Stato, nella figura della Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), le Finanziarie, comprendendo in questo ampio termine le varie strutture para-bancarie che elargiscono prestiti in varie forme a soggetti privati, i gestori e i proprietari di bar, di sale giochi o di casinò. Queste figure sono chiamate in causa per il loro ruolo rispetto al giocatore, ovvero come controllore delle macchine da gioco (le NEW SLOT che hanno sostituito con l'art. 110 del 19 Settembre 2006 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza ( T.U.L.P.S.) i vecchi videopoker) e di tutte le forme di lotterie italiane (AAMS è il gestore per il ministero del Tesoro di Lotto, Super Enalotto, Lotterie istantanee, ovvero i Gratta & Vinci, e Lotterie Nazionali, Bingo, Totip, Scommesse Sportive, Totocalcio Totogol nonché del beni gestiti dai Monopoli di Stato), come enti che prestano soldi al giocatori per saldare debiti pregressi o per continuare a giocare, o semplicemente come persone che hanno tratto profitto diretto dalle azioni del soggetto affetto da disturbo ossessivo compulsivo legato al gioco d'azzardo. Procederemo valutando prima il concetto di Imputabilità, quindi le caratteristiche cliniche del GAP e i principali strumenti di indagine a disposizione del perito, quindi tentando di proporre un possibile quadro di riferimento.

## **IL CONCETTO DI IMPUTABILITA'**

Possiamo definire da un punto di vista meramente giuridico l'imputabilità quale presupposto necessario della punibilità: non è comunque punibile chi non era imputabile nel momento in cui ha commesso il fatto, ovvero se non è imputabile non può sottostare a condanna. Lo Stato fornisce il diritto ad appartenere alla congrega dei pari e ad essere garantito come titolare di diritto, ed in contemporanea comporta necessariamente la capacità responsiva a fronte di un reato, cioè un atto che colpisce il corpo delle regole sancite ed approvati dai pari, che si ritengono tali in quanto "uguali di fronte alla legge". Ma se questa capacità responsiva è assente, in tutto o in parte, l'individuo cessa di appartenere alla congrega dei pari, quindi cessa di far parte di coloro che sono "uguali di fronte alla Legge": la sua incapacità lo rende, di fatto, al di fuori di questo Sistema. Il riferimento normativo è dato dall' **art. 85 del codice penale. comma 1** "nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso non era imputabile" e **comma 2** "E' imputabile chi ha la capacità di intendere e volere". L'indagine di queste capacità è affidata dal giudice al perito, che esaminerà la questione da un punto di vista psichiatrico – forense, e quindi utilizzando categorie non proprie del Diritto, e definendo l'imputabilità come: "la possibilità di attribuire una determinata condotta, in astratto integrata una fattispecie criminosa, alla soggettività della persona che ha materialmente agito la condotta stessa" (Manacorda, 2003).

E' necessario notare che la norma legale in tema di imputabilità utilizza due formule leggermente diverse: quando si riferisce alla capacità utilizza: "intendere e volere", mentre quando parla della incapacità la dizione è : "intendere o volere"; ne deriva che presupposto della imputabilità è la contemporaneità nell'autore del fatto, e limitando la valutazione al momento strettamente circoscritto del reato, entrambe le capacità (distinte ma correlate) di intendere e volere. Se una delle due capacità è assente si configura il difetto di imputabilità, in presenza delle capacità l'adulto, al compimento del 18° anno di età, è sempre imputabile. Il vizio di mente può essere parziale (**art. 89**) o totale (**art. 88**), a seconda che le capacità siano scemate grandemente o assenti. Nel primo articolo rientrano, ad esempio, le alterazioni psichiche provocate dalla assunzione di sostanze stupefacenti per caso fortuito o per forza maggiore (**art. 93**), e la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (**art. 95**).

Intendere e Volere sono concetti giuridici, non psicologici, che definiamo come:

INTENDERE: rendersi conto del disvalore sociale dell'atto commesso,

VOLERE: capacità di autodeterminarsi,

seguendo il pensiero di Fornari. Possiamo anche intendere quindi la capacità di apprezzamento e previsione della portata delle proprie azioni.

La Corte di Cassazione, nella **sentenza dell'8 marzo 2005**, si è pronunciata circa la possibilità che disturbi di personalità incidano sull'imputabilità: "Anche i "disturbi di personalità", come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escutere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli art. 88 ed 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre "anomalie caratteriali" o gli "stati emotivi e passionali" (in riferimento all' **art, 90**), che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale e il fatto reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo". Quindi la cassazione ci indica la necessità del disturbo di personalità di essere *grave*, e la necessità di un legame forte e diretto tra disturbo e sintomatologia conseguente e reato.

Il DSM IV – R, suddivide i disturbi di personalità in tre gruppi:

- Gruppo A: Disturbi di personalità Paranoide, Schizoide, Schizotipico;
- Gruppo B: Disturbi di personalità Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico.
- Gruppo C: Disturbi di personalità Evitante, Dipendente, ed Ossessivo-Compulsivo.

In questo ultimo gruppo rientra il Gioco d'Azzardo Patologico, nonostante come vedremo molti indici lo rendano più vicino alle tossicodipendenze che ai disturbi compulsivi.

## **IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**

Per gioco d'azzardo s'intende qualsiasi gioco in cui è prevista una posta e per vincere non è determinante l'abilità degli scommettitori, ma semplicemente la sorte, il caso: chi gioca d'azzardo non ha la certezza di vincere (Ladouceur, 2000).

La maggior parte dei giocatori d'azzardo (circa il 43% della popolazione, secondo Cunningham, Williams et al., 2005) rientra, nella tipologia del giocatore "sociale" che può giocare occasionalmente o abitualmente, ma senza perdere il controllo sulle proprie azioni e senza rilevare importanti conseguenze; al contrario, il giocatore problematico (circa il 5 % della popolazione, Petry, 2007) ha uno scarso controllo sul gioco, potrebbe diventare patologico e smette di giocare solo quando ormai ha perso tutto (Lavanco, 2001).

Si può definire soggetto a patologia il giocatore che spende nel gioco una cifra maggiore rispetto alle proprie risorse, e che per il gioco contrae debiti sottraendo tempo al lavoro ed agli affetti (Petry, 2007).

In generale, esistono sia elementi di predisposizione individuale che elementi contestuali che denotano la pericolosità di un gioco.

Si sostiene, in linea di massima, che tanto più sono presenti le seguenti condizioni, tanto più il gradiente di pericolosità del gioco è maggiore (Imbucci, 1997):

- velocità nello svolgimento del gioco;
- minimo intervallo di tempo tra le giocate;
- assenza di intermediari;
- automatismo nell'esecuzione del gioco;
- prossimità ad esso.

Il problema nasce quindi nel momento in cui la gratificazione, in alcuni individui e nelle particolari condizioni appena citate, arriva a scatenare il drug craving, ossia quello che nell'ambito della tossicodipendenza viene definito come "impulso irresistibile e irrinunciabile ad assumere una sostanza" (Croce, Zerbetto, 2001).

Chi lo vive indirizza le energie, l'attenzione e i pensieri quasi esclusivamente all'attività che dà piacere; per alcuni studiosi si può parlare di dipendenza solo quando è presente il craving (e non per esempio la crisi di astinenza), il medesimo desiderio che a volte assale chi si è disintossicato da una droga e che favorisce le ricadute; per questi motivi, il Gioco d'Azzardo Patologico è spesso considerato nella sezione delle dipendenze patologiche. Tuttavia, vi sono anche altre posizioni nel modo di considerare il Gioco d'Azzardo Patologico rispetto alle diverse categorie diagnostiche.

L'APA (già dal 1980, ma anche nell'attuale versione del DSM – IV TR, 2000) colloca tale disturbo nella categoria "Disturbi del controllo degli impulsi".

L'inclusione del disturbo in questa sezione nasce dalla constatazione che le dinamiche di certi comportamenti disfunzionali del giocatore patologico ricorderebbero le fasi tipiche degli atti impulsivi, cioè uno stato di tensione preliminare, un'azione ed una sensazione di piacere-sollievo contemporanea o successiva (Croce, 2001).

Anche l'ipotesi di un'equiparazione del gioco patologico con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Hollander, 1998) ha riscosso una certa attenzione; tale posizione nasce dalla considerazione della ripetitività dei comportamenti e dei pensieri ricorrenti centrati intorno all'attività di gioco.

Tuttavia, questa tesi risulta piuttosto debole perché l'impulso a giocare, a differenza del disturbo ossessivo-compulsivo, appare egosintonico e non sembra manifestare l'intrusività e l'afinalismo delle ossessioni (Croce, 2001).

Un'ulteriore posizione interpretativa tenderebbe a considerare il GAP come una forma di disturbo affettivo.

Questa considerazione deriva dalla constatazione che nei soggetti con gioco d'azzardo patologico si riscontrano alti tassi life time di depressione (oltre il 70%,

Zanda, 2007); tuttavia, un'associazione tra depressione e gioco d'azzardo patologico non indica un rapporto di causa-effetto né necessariamente suggerisce una comune eziologia, al contrario, la sintomatologia a carico del tono dell'umore riscontrata nel gioco d'azzardo patologico potrebbe costituire una reazione secondaria alle conseguenze negative del gioco d'azzardo stesso.

D'altra parte, nel gioco d'azzardo patologico sono stati provati con successo farmaci efficaci nei disturbi dello spettro affettivo, tra i quali il litio, la carbamazepina e il valproato (Zanda,2007).

Non tutti i giocatori presentano le stesse modalità di approcciarsi al gioco.

Molti clinici e ricercatori (Greenson, 1947; Moran, 1970) hanno tentato una sorta di classificazione, a seconda del livello di gravità o a seconda dei diversi atteggiamenti nei confronti della scommessa.

Custer (1984) ha individuato 5 tipologie di giocatore d'azzardo, per buona parte sovrapponibili a quelle proposte successivamente da Guerreschi (2003):

- *Giocatori professionisti*: si mantengono giocando d'azzardo, considerano il gioco una professione come un'altra per mantenersi economicamente. Sono abili nei giochi che scelgono di giocare e sono in grado di controllare tanto l'ammontare di denaro quanto il tempo speso a giocare; perciò, i giocatori professionisti non sono dipendenti dal gioco. Essi pazientemente aspettano la scommessa e quindi cercano di vincere il più possibile;
- *Giocatori antisociali*: in contrasto con i giocatori professionisti, i giocatori antisociali si servono del gioco d'azzardo per ottenere denaro in maniera illegale; sono spesso coinvolti in corse truccate di cavalli o cani, oppure giocano con dadi truccati o carte segnate. Talvolta provano ad ottenere una diagnosi di "gioco d'azzardo compulsivo" per usarla nelle difese legali;
- *Giocatori sociali occasionali*: per loro il gioco mantiene il suo significato originario legato al divertimento e alla socializzazione: può essere una distrazione, uno svago o una forma di relax. Il gioco non interferisce con le obbligazioni familiari, sociali e lavorative. Esempi di questo modo di giocare possono essere sporadiche partite a poker o il coinvolgimento occasionale nelle lotterie;
- *Giocatori per fuga e per alleviamento*: questa tipologia gioca per trovare sollievo alle sensazioni di ansia, depressione, rabbia, noia o solitudine. Usano il gioco d'azzardo per sfuggire da crisi o difficoltà: il gioco provoca loro un effetto analgesico invece che euforizzante. Questi giocatori non sono giocatori compulsivi, ma sono paragonabili ai bevitori per fuga o alleviamento;
- *Giocatori compulsivi*: hanno perso il controllo sul loro modo di giocare. Per loro, giocare d'azzardo è la cosa più importante nella vita, il gioco diventa strumento di «azione», fine ultimo della giornata. Le relazioni familiari, sociali e lavorative vengono influenzate negativamente dall'attività di gioco (Custer, 1984).

Nel tentativo di tracciare un ritratto dello scommettitore, molte ricerche hanno indagato i fattori di rischio individuali e familiari, i quali possono aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo. All'interno di questi fattori riscontriamo caratteristiche demografiche, familiarità, personalità e altri disturbi in Asse I e Asse II. Dai dati che emergono dalle ricerche sui GAP (Cunningham, Williams et al., 2005; Teo e Mythily, 2007) risulta che l'età d'inizio dei comportamenti di gioco può essere molto varia: mediamente dai 22 ai 34 anni (ma con una gamma che va da 9 a oltre 50 anni!); è presumibile quindi la possibilità che in qualsiasi momento del ciclo di vita si possa sviluppare una "passione", ed in seguito una patologia, per il gioco d'azzardo; nel 10% dei casi, i giocatori d'azzardo problematici o patologici hanno iniziato durante l'adolescenza (Ladouceur, 2005). Sempre secondo Teo e Mythily (2007), le tipologie di gioco preferite dai pazienti che chiedono un trattamento sono di vario genere: lotterie (46% dei soggetti presi in carico), scommesse sportive (43%), slot machine (45%) e corse di cavalli (44%) sono risultati essere i preferiti (Teo e Mythily, 2007). Le motivazioni che i pazienti hanno riportato per spiegare il loro comportamento di gioco sono riferite soprattutto alla "*rincorsa alle perdite*", ossia tornare a giocare per recuperare i soldi persi (32%), la compagnia di amici scommettitori (15%), e il "brivido" della vincita (11%) (Teo e Mythily, 2007). I giocatori problematici o patologici risultano avere nella maggior parte dei casi un basso livello di istruzione (Cunningham-Williams et al., 2005; Teo e Mythily, 2007), uno status socioeconomico non elevato (Petry, 2007; Volberg, Steadman, 1989), e risultano essere più frequentemente occupati che disoccupati (Shaffer, Hall e Vander Bilt, 1999).

## **MODELLI INTERPRETATIVI DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**

### **Modello Biologico**

Partendo da ricerche che evidenziavano la correlazione tra disfunzionalità della serotonina e comportamenti impulsivi, nel 1991 Moreno e i suoi collaboratori osservarono come in alcuni pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico presentassero evidenti disfunzionalità nel trasportatore di serotonina.

Nel 1996 Blanco identificò su un altro gruppo di giocatori d'azzardo patologici bassi livelli di monoamminossidasi (MAO), un enzima coinvolto nella regolazione dei neurotrasmettitori (in particolare serotonina e dopamina).

Altri studi hanno preso in considerazione il sistema noradrenergico, il cui scorretto funzionamento viene associato a disturbi dell'attenzione e dell'arousal: quest'ultimo è un concetto molto importante perché moltissimi giocatori sostengono che l'eccitazione è una delle più forti motivazioni a giocare che abbiano, per questo si può pensare a un tentativo di mantenere un livello di arousal ottimale.

Un altro tentativo di ricerca è stato compiuto dall'equipe guidata dal professor Goldstein(1985) che ha analizzato le onde EEG di un gruppo di giocatori d'azzardo patologico e di un gruppo di controllo; si è così dimostrato che i soggetti del primo gruppo mostrano livelli di differenziazione emisferica più bassi rispetto al gruppo di controllo; inoltre i risultati trovati sono molto simili a quelli dei bambini con disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività.

### **Modello Psicodinamico**

La psicoanalisi ha iniziato ad interessarsi ai giocatori compulsivi già all'inizio del secolo scorso. Nel 1914 Von Hattinberg affermò che le emozioni insite nel gioco (l'attesa, la possibilità di vittoria o di sconfitta e le conseguenti ansie e paure) erano simili alle pulsioni sessuali con tendenze masochistiche. Freud stesso ne scrisse in *Dostoevskij e il parricidio* (1927), ipotizzando che il gioco fosse per il grande scrittore un modo di autopunirsi: in quel caso il giocatore avrebbe avuto il bisogno di perdere per espiare i sensi di colpa scaturiti dai sentimenti di amore-odio verso il padre. La persistenza a giocare contro ogni tipo di logica sarebbe, secondo Freud, una forma di masochistica atta a ripristinare il senso di colpa generato dai desideri inconsci verso il padre.

In tempi più recenti Bergler (1949) teorizzò che il giocatore d'azzardo patologico è spinto dal desiderio di perdere per ragioni edipiche. La sostituzione del principio del piacere col principio della realtà tipica del passaggio dall'età infantile a quella adulta, in questi soggetti sarebbe vissuta come una forte imposizione ed essi tenderebbero ad andarci contro tramite il gioco d'azzardo; a questa rivolta si affiancherebbe un desiderio di punizione e questo spiegherebbe il perché molti giocatori più o meno inconsciamente si augurano di perdere. Bergler definì il giocatore d'azzardo patologico come colui che coglie ogni opportunità di giocare e sente brividi sia piacevoli che dolorosi per questa attività.

Nel 1994 Rosenthal e Ruge affermarono che si gioca d'azzardo per una serie di ragioni, che definiscono *differenti tipologie di giocatori*. Più di una ragione può coesistere nello stesso individuo.

- Per alcuni individui alla base del gioco d'azzardo patologico vi sarebbe una sorta di *eccitamento*. La vincita sarebbe fantasticata come un trionfo e la spinta al successo sarebbe dovuta all'intenso desiderio di fare colpo sugli altri (in particolare su uno dei genitori).
- Per altri il gioco d'azzardo sarebbe come una *provocazione onnipotente*, sarebbe come flirtare con la fortuna. Ciò comporterebbe il coinvolgimento in attività molto rischiose, come fare puntate straordinariamente alte. La *ricerca di sensazioni forti* avrebbe lo scopo di compensare sentimenti di vuoto e depressivi.
- Una terza ragione sarebbe la *competitività*, cioè il bisogno di eccellere nell'unico campo in cui si pensa di essere bravi, come reazione all'essersi sentiti non apprezzati e trascurati durante la crescita.

- Una quarta ragione potrebbe essere il *desiderio di trasgressione*, che porterebbe ad infrangere le regole e le convenzioni. Ciò corrisponderebbe ad una *tendenza aggressiva*, la vincita sarebbe associata a fantasie di vendetta nei confronti degli altri, ottenuta acquistando ed ostentando auto e vestiti molto costosi.
- Anche la *ricerca dell'indipendenza* può rappresentare una ragione del gioco d'azzardo, in quanto una grossa vincita permetterebbe di smettere di lavorare, di separarsi dal coniuge o di rendersi autonomi dai genitori.
- Una sesta ragione potrebbe essere cercare di essere *accettati a livello sociale*. Alcuni giocatori d'azzardo rimangono impressionati dal fatto di ricevere alcuni "trattamenti di favore", materiali (sconti, camere d'albergo o pasti gratis) o meno (essere riconosciuti dal personale della casa da gioco, sedersi accanto ad un personaggio famoso al tavolo della roulette).
- Infine alcuni, quando sono soli e depressi, cercherebbero nel gioco d'azzardo sollievo e consolazione come *auto-terapia*.

### **Modello Comportamentista**

Secondo questa interpretazione, proposta da Skinner (1953) la predisposizione a giocare dipenderebbe da uno schema di rinforzo per cui il giocatore verrebbe spinto a rigiocare, grazie ai rinforzi dovuti a vincite sporadiche, poiché più tentativi equivalgono a maggiori possibilità di vincita. Semplificando sarebbe un meccanismo simile a quello che si studia in laboratorio quando uno stimolo positivo su di un animale innesca il comportamento cercato. In seguito la scuola comportamentista si è incentrata sull'analisi dei meccanismi che intercorrono tra il momento della puntata e l'esito della scommessa. In questa fase si verificherebbero i momenti più stimolanti per il meccanismo di rinforzo. E' stato notato come spesso i grandi giocatori tendono a fare le puntate all'ultimo momento al fine di aumentare la tensione e l'eccitamento; una grossa puntata è un ulteriore fattore di rinforzo di queste ultime emozioni.

Anderson e Brown (1984) elaborarono la *reversal theory* : lo stato di attivazione può essere presente in due modi: *telic* e *paratelic state*.

Nel primo l'individuo è prevalentemente indirizzato verso qualche preciso obiettivo, nel secondo egli è prevalentemente orientato verso qualche sensazione piacevole. Queste due condizioni possono alternarsi spesso, per esempio se un individuo inizia a giocare per ottenere una vincita può, nel corso dell'attività di gioco, continuare a giocare per l'eccitazione che provoca l'attività che sta compiendo e in seguito ricominciare a concentrarsi sul danaro a causa delle perdite subite e della voglia di recupero. Questi due stati (*telic* e *paratelic*) corrispondono ai processi di tipo cognitivo e a quelli di tipo emotivo.

### **Modello Cognitivista**



Questo modello focalizza l'attenzione sulle credenze che hanno i giocatori circa il gioco. Stein (1989) individuò l'origine del coinvolgimento nel gioco in un ritardo nello sviluppo cognitivo, riconducibile alla fase di transizione dall'adolescenza all'età adulta. Quindi gli individui che sviluppano una dipendenza dal gioco si troverebbero in *uno stadio operatorio concreto* ovvero lo stadio in cui il bambino (intorno ai 10 anni) è capace di compiere ragionamenti che sono strettamente legati all'azione concreta ma non ancora in grado di compiere deduzioni logiche. Il gioco viene da questi individui inteso come un luogo di piacere, una fuga dalla sofferenza e i giocatori si sentono imbattibili, spesso dotati di requisiti innati.

Per risolvere il problema costoro dovrebbero passare dallo stadio delle operazioni concrete allo stadio delle operazioni formali nel quale si è raggiunta psicologicamente l'età adulta. In questo stadio, caratterizzato da un pensiero che è in grado di procedere attraverso delle deduzioni e delle astrazioni, i giocatori possono rendersi conto dell'assurdità delle loro convinzioni e considerare il gioco come sinonimo di sofferenza.

Walker (1992) questa teoria affermando che i giocatori regolari ritengono che, attraverso la conoscenza e l'abilità, il gioco sia sotto il loro controllo e le perdite vengono considerate come fattori temporanei che incentivano a giocare ancora di più. Queste strategie di ragionamento sarebbero caratterizzate da tre processi psicologici:

*l'Illusione del controllo* è una aspettativa secondo la quale le possibilità di vincita sono molto più alte rispetto alla realtà; sentendo che la strategia di gioco è valida e la vincita sempre più vicina bisogna insistere al fine di ottenere la vincita.

*La Distorta valutazione dei risultati* è la convinzione che i successi dipendano esclusivamente dall'abilità personale mentre le perdite siano dovute a cause esterne quali la sfortuna o degli eventi sfavorevoli.

*L'Intrappolamento* che, mentre il giocatore è in fase di perdita, gli impedisce di decidere se smettere o meno, non potendo stabilire fino a quando andranno avanti le perdite e quando inizierà invece il momento del recupero.

## **Modello Sociologico**

Nel 1901 Thomas, partendo dal fatto che l'uomo ha sempre giocato, descrive il gioco d'azzardo come insito nella natura umana e che è correlabile all'abilità nel destreggiarsi in mezzo ad eventi imprevedibili di grande importanza evolutiva. Secondo Devereux (1968) l'impulso a giocare nasce dall'insoddisfazione del proprio status economico e sociale. Egli considera il gioco come un modello di devianza istituzionalizzata sviluppatasi dalle pratiche magiche e religiose di coloro i quali ambivano a confrontarsi con l'incertezza e con il fato. Quindi il gioco da una parte è un'attività strumentale volta a fini di tipo economico e contemporaneamente un'attività espressiva che provoca divertimento fine a se stesso.

Il movente emotivo non trova una spinta solo nell'eccitazione: secondo Newman(1972) i giocatori provano piacere nel consultarsi tra loro, nel formulare giudizi e nel fare previsioni. Così il gioco diviene anche un fattore aggregante e socializzante. Altri sociologi quali Downes (1976), invece, negano l'esistenza di questo fattore ed anzi considerano il gioco come stimolante del silenzio e dell'isolamento.

Si nota come le varie correnti e le varie teorie che hanno tentato di spiegare il gioco d'azzardo e il gioco d'azzardo patologico sono alquanto disomogenee nella loro storia; non è un approccio corretto giudicarle vere o false ma si deve cercare di integrarle nelle loro componenti più realistiche al fine di descrivere più correttamente possibile un fenomeno così complesso.

### ***Il modello evolutivo di Robert Custer***

Sebbene le storie dei giocatori patologici siano diverse le une dalle altre è possibile individuare degli elementi comuni: tappe che vanno dal gioco sporadico a quello abituale, dal gioco problematico a quello patologico in un percorso che ha inizio da un approccio inoffensivo basato sul divertimento e la socializzazione, sfocia in un atteggiamento ossessivo, monopolizzante il tempo, gli affetti e i valori e può risolversi in percorsi di ricostruzione e crescita.

Robert Custer(1984), uno dei massimi esperti di gioco d'azzardo, anch'egli ex giocatore, ha elaborato una scala che è una sorta di cammino che il giocatore fa nella sua patologia ed ogni giocatore attraversa in tempi e modi diversi tutte le fasi.

La scala di Custer è divisa in 7 fasi:

#### **A) Fase vincente**

1. Gioco occasionale: si gioca soprattutto per divertirsi e passare il tempo.
2. Vincita frequente. E' caratterizzata da vincita frequente.
3. Eccitazione legata al gioco. Si manifesta l'eccitazione legata al gioco.
4. Gioco più frequente. Il gioco si fa sempre più frequente.
5. Aumenta l'ammontare della scommessa.
6. Grossa vincita.

Si tratta di una fase tipicamente maschile, è difficile che le donne (a causa di vari fattori, quali il minor interesse per i numeri e le strategie di gioco) attraversino una iniziale fase di vincita. Durante tale fase, che dura generalmente dai 3 ai 5 anni, i giocatori vincono più spesso di quanto perdono.

Questo fatto, unitamente alla presenza, di solito, di una grande vincita, infondono nel giocatore la convinzione di essere più abile degli altri e di essere un grande giocatore. Si afferma in loro la convinzione di poter diventare un giocatore professionista e spesso si percepiscono come tali, sviluppando fantasie di vittoria e di successi strabilianti.

Questo periodo è caratterizzato da un aumento della dipendenza psicologica dall'essere in azione, vista come rimedio per stati disforici quali noia, rancore e ansietà, e come fonte di piacere e autostima. Questo li porta ad investire nel gioco sempre più tempo e più denaro.

### **B) Fase perdente**

7. Gioco solitario.
8. Episodi di perdite solitarie e prolungate.
9. Il giocatore pensa 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

Durante tale fase, che dura mediamente oltre 5 anni, il giocatore spende sempre più tempo e più denaro nel gioco. Quando incomincia a perdere, attribuisce la colpa ad un periodo di scarsa fortuna. Cambia anche il tipo di scommesse: punta sui giochi che gli danno poche possibilità di vincita, ma che promettono vincite molto alte ma, inesorabilmente, le perdite superano le vincite.

Subentra la *rincorsa della perdita*: il giocatore torna spesso a giocare per recuperare il denaro perduto, possibilmente tutto in una volta. A causa del pressante bisogno di denaro inizia a chiedere prestiti e iniziano le bugie che servono per continuare ad apparire agli altri come un giocatore fortunato ed abile e per mantenere inalterata la considerazione che essi hanno di lui.

Incominciano i grossi impedimenti, il giocatore si trova in gravi difficoltà finanziarie e cerca di convincere (riuscendoci spesso) i suoi familiari di qualche causa di forza maggiore che rende necessario il ricorso ad un prestito. Il prestito è considerato alla stregua di una vincita al gioco, e il giocatore torna a giocare più febbrilmente di prima.

### **C) Fase della disperazione**

16. Marcato aumento del tempo e del denaro dedicati al gioco.
17. Alienazione dalla famiglia e dagli amici.
18. Panico.
19. Azioni illegali

In questa fase il giocatore ha totalmente perso il controllo sul gioco. Ha bisogno di giocare per alleviare le pene, perlopiù causate dal gioco stesso, e continua a giocare sapendo che continuerà a perdere.

Anche le menzogne sono fuori dal suo controllo: quando gli altri non credono alle sue bugie diventa aggressivo e li accusa di essere la causa del suo problema. Ha bisogno di ottenere il denaro con cui giocare. I suoi familiari sono allo stremo. In questo periodo i giocatori possono compiere azioni illegali, quali appropriazione indebita e furti di vario genere. Il giocatore considera il denaro così ottenuto come un prestito, da restituire grazie alla grossa vincita che è sicuro di ottenere. Spesso è in grado di presentarsi come una persona che mantiene il controllo della sua attività.

#### **D) Perdita della speranza**

20. Pensieri e tentativi suicidi
21. Arresti
22. Divorzi
23. Alcool
24. Controllo emotivo
25. Sintomi da ritiro

Il giocatore continua nella sua attività, subentra la paura di pressioni da parte dei creditori o di parenti che chiedono la restituzione di un debito. Deve giocare per alleviare la sua sofferenza. Il suo desiderio di autopunirsi lo porta a pensare di farla finita

La vita familiare precipita in una spirale di cui è impossibile vedere la fine e il coniuge del giocatore si convince che la colpa della situazione sia la sua. La maggior parte dei giocatori accetta di intraprendere una terapia solo dopo aver ottenuto un ultimatum dal coniuge o dopo aver esaurito tutte le possibilità di ottenere denaro.

#### **E) Fase critica**

21. Sincero desiderio di aiuto
22. Speranza
23. Smettere di giocare
24. Prendere decisioni
25. Schiarire le idee
26. Tornare a lavorare
27. Risolvere i problemi
28. Programmi di risarcimento debiti

Tutte queste tappe nel momento in cui il giocatore entra in trattamento, si attraversano in un tempo relativamente breve. Il sincero desiderio di aiuto fonda la richiesta di un trattamento che permette di interrompere l'attività di gioco.

Il soggetto passa alla fase in cui si assume, almeno a un certo livello, parte delle responsabilità che aveva declinato in passato. Si prende la decisione di proseguire

nel trattamento e inizia a programmare la sua attività futura, riprende l'attività lavorativa e sviluppa un programma di risarcimento dei debiti.

### **F)La fase di ricostruzione**

29. Miglioramento dei rapporti familiari
30. Si torna a rispettare se stessi
31. Si sviluppano delle mete
32. Più tempo con la famiglia
33. Minore impazienza
34. Maggiore rilassatezza

La fase di ricostruzione è la fase intermedia nella terapia per il recupero del giocatore. E' il momento in cui il soggetto prende contatto con i ritmi e le aspettative relative al nuovo stile di vita che si pone come obiettivo.

In questa fase il soggetto inizia ad abbandonare i tipici comportamenti del giocatore patologico.

Il miglioramento dei rapporti familiari è dovuto a diversi fattori concatenati: infatti il soggetto ha cessato di giocare, ha iniziato il piano di risanamento dei debiti e ha la possibilità, proprio perché non gioca più, di trascorrere più tempo con la sua famiglia. In questo compito, un grande aiuto deriva dal mutato atteggiamento dei familiari verso il giocatore.

Importante è il rispetto che il soggetto riscopre verso se stesso; inoltre inizia nuovamente a fare programmi anche a medio e a lungo termine e abbandona l'idea del tutto e subito, con il risultato di raggiungere uno stato di maggiore rilassatezza e minore impazienza.

### **G)Fase di crescita**

34. Diminuisce la preoccupazione legata al gioco
35. Introspezione
36. Comprensione per gli altri
37. Dare affetto agli altri

L'obiettivo del recupero del giocatore patologico, secondo Custer, è rappresentato da un nuovo stile di vita.

La diminuzione della preoccupazione legata al gioco è legata al fatto che il soggetto ha imparato ad abbandonare parte dei comportamenti tipici dei giocatori patologici. Ha iniziato ad organizzare il suo tempo con attività alternative, riuscendo, almeno in parte, a coprire il vuoto che si era creato smettendo di giocare. A questo punto è in grado di dedicare spazio ad alcuni atteggiamenti che rappresentano il suo nuovo stile di vita.

L'introspezione, innanzitutto, e quindi la coscienza dei propri bisogni, l'onestà con se stessi, la capacità di ammettere le proprie debolezze. Si tratta delle prerogative per mantenere alto il livello di attenzione verso i pericoli di una ricaduta.

Il soggetto non era più in grado di mostrare affettività, interesse, partecipazione verso gli altri, ivi compresi i membri della sua famiglia. I bisogni altrui passavano in secondo piano, le esigenze reali della famiglia erano subordinate ai suoi bisogni rispetto al gioco. Queste due tappe rappresentano un ribaltamento delle priorità emotive del soggetto e sono le basi del suo nuovo stile di vita.

## ***DIAGNOSTICARE IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO CON I CRITERI DSM***

Un tema molto forte e che divide gli studiosi è se il gioco d'azzardo debba essere considerato un comportamento di addiction o meno. Le tesi in favore di tale ipotesi, si fondano su indubbie evidenze. Tuttavia nel 1980 l'A.P.A. (American Psychiatric Association) ha inserito il gioco d'azzardo patologico (Pathological Gambling) nella terza versione del DSM come un disturbo del controllo degli impulsi. Tale inclusione nasceva dalla constatazione che la dinamica di certi comportamenti disfunzionali del giocatore patologico ricorderebbero le fasi tipiche degli atti impulsivi e cioè uno stato di tensione preliminare, una azione ed una sensazione di piacere-sollievo contemporanea o successiva. Nonostante alcune forti reazioni all'inclusione del gioco d'azzardo patologico tra i disturbi del controllo degli impulsi (si veda l'analisi storica di Castellani, 2000), il consenso da parte degli studiosi sembra essere stato abbastanza ampio ed acritico e ciò anche probabilmente in relazione alla simile inclusione nell' ICD-10. Tale collocazione tuttavia è sempre più andata in crisi e, nonostante alcune similitudini, risulta ora ai più quanto meno bizzarra ed inappropriata la collocazione dei giocatori in compagnia di tricotillomani, cleptomani, persone affette da disturbo esplosivo intermittente, piromani, in un contenitore che di fatto - attorno al concetto cardine di discontrollo - comprende elementi e comportamenti (o sintomi) in realtà assai diversi tra loro.

Anche l'ipotesi di una equiparazione del giocatore patologico con i Disturbi Ossessivo-Compulsivi (Hollander,1998) ha riscosso e riscuote una certa attenzione anche - e forse prevalentemente - nel campo dei trattamenti farmacologici. Tale ipotesi nasce dalla considerazione della ripetitività dei comportamenti e dei ricorrenti pensieri centrati intorno all'attività di gioco. Tuttavia anche tale tesi risulta piuttosto debole in quanto l'impulso a giocare, a differenza del disturbo ossessivo compulsivo, appare egosintonico e non sembra manifestare l'intrusività e l'afinalismo delle ossessioni. Le preoccupazioni del paziente sembrano poi riferite - come lo stesso DSMIV riconosce- più alle conseguenze del gioco che non al gioco in sé ( " la persona di solito ne trae piacere e può desiderare di resistervi solo per le sue conseguenze deleterie" DSM IV pag.466, ed it. 1995). Il giocare

poi non sembra avere la stessa intensità difensiva, non viene considerata dal paziente una attività irragionevole se non nella dismisura e nella difficoltà di porne un freno e si presenta come comportamento con una intenzionalità ed una premeditazione. Elementi questi che - pur in presenza di alcune similitudini - deporrebbero in favore di forti elementi di differenza dalle compulsioni.

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

1) E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)

2) Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere

l'eccitazione desiderata.

3) Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.

4) E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

5) Gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (ad esempio: sentimenti di impotenza, colpa , ansia o depressione.

6) Dopo aver perso al gioco, spesso torna ad un altro gioco per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite).

7) Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

8) Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.

9) Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.

10) Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria

disperata causata dal gioco d'azzardo.

Ma il giocatore d'azzardo patologico - così come evidenziato dal DSM IV - presenta aspetti sia di antisocialità che di psicopatologia (criteri 7, 8, 9, 10), di ossessività (criterio 1) e compulsività (criteri 2, 6) ,sintomi assimilabili al craving (criteri 3, 4),ed anche aspetti di ansia e depressione (criterio 5) anche se questo criterio - come osservano Dickerson e Baron (2000) - appare quanto mai vago, ambiguo e certamente aspecifico. L'eterogeneità poi dei criteri diagnostici pone un problema metodologico di non facile soluzione (Wakefield,1997) per via di una

sovrainclusione che non garantisce l'indipendenza delle variabili ed una non precisa differenziazione tra sintomi funzionali e non funzionali. Queste osservazioni evidenziano solo alcune delle difficoltà nel definire e nell'utilizzare criteri per inquadrare il giocatore patologico o problematico.

Se è infatti relativamente semplice cogliere le differenze e le specificità tra i due poli del problema (ovvero tra chi gioca raramente ed in maniera controllata e chi invece evidenzia tutti gli elementi di addiction nel gioco) difficile è comprendere le diverse sfumature tra diversi comportamenti di gioco anche all'interno di modalità comportamentali simili.

Se Bolen e Boyd (1968) sostengono che sarebbe più appropriato considerare il gioco patologico come sintomo complesso riscontrabile in una vasta gamma di disturbi mentali piuttosto che un disturbo specifico a se stante, Dickerson (2000), pur non condividendo tale ipotesi, evidenzia come da una analisi della letteratura il gioco patologico venga da molti considerata una sindrome a tutti gli effetti, a volte associata ad un disordine di altra natura. Interessante anche la posizione di Cancrini (1996) il quale sottolinea come, relativamente al decorso ed ai vissuti, ci si dovrebbe orientare chiaramente verso una struttura di personalità analoga a quella dei tossicomani del tipo C e fortemente caratterizzata in senso border-line.

Infatti tali pazienti presentano oscillazioni violente del tono dell'umore, pienezza del coinvolgimento, difficoltà di controllo, manifestazioni di labilità dell'io, ed altri elementi che sono i segni più comuni di un funzionamento a questo livello. Tuttavia lo stesso autore ricorda come ciò che caratterizza la situazione del giocatore patologico, non risiederebbe soltanto nella dimensione sincronica del vissuto, ma anche in quella diacronica del decorso. Cioè "le persone che sperimentano un coinvolgimento personale totale con il gioco (o con le droghe) funzionano tutte, nel tempo in cui tale coinvolgimento si manifesta, ad un livello di border-line. Ma tale coinvolgimento può essere limitato nel tempo e legato a circostanze individuali e modificabili. Tra le varie ipotesi, Moran (1970) propone una categorizzazione tra diversi livelli di gioco all'interno di una posizione teorica che considera il gioco come problema primario o sintomatico di un altro problema: generalmente uno stato depressivo. Le categorie indicate da Moran sarebbero: subculturale, nevrotico, impulsivo, psicopatico, sintomatico.

Tale posizione è tuttavia criticata da altri autori sia per l'assenza di un criterio metodologico e statistico sia per la mancata precisazione dei criteri diagnostici adottati. Nonostante ciò anche Kusyszyn (1973) indica cinque diverse varietà di gioco patologico, mentre Dickerson – nel ritenere ottimistiche tali categorizzazioni – propone di considerare i giocatori ad alta frequenza come unico gruppo (sebbene eterogeneo) che si differenzerebbe dagli altri sul grado di autocontrollo. Studi recenti relativi agli outcomes (Gonzales-Ibanez, 1996, Blaszczyński, 1998) hanno portato a considerare e sostanziare l'ipotesi che "il giocatore patologico (così come "trovato" dal DSMIV) non appartenga ad una categoria omogenea. E che i soggetti che presentano "almeno cinque dei criteri" appartengano a



sottogruppi molto diversi tra loro sebbene accomunati da comportamenti simili" (Croce, 2001).

I sottogruppi ipotizzabili secondo Blaszczynski (1999) sarebbero : il sottogruppo dei giocatori patologici non patologici, quello dei giocatori emotivamente disturbati e quello dei giocatori con correlati biologici. Mentre i soggetti del primo gruppo sarebbero caratterizzati dall'assenza di ogni specifica diagnosi di premorbidità, di concomitante abuso di sostanze e l'ansia la depressione possono essere interpretabili come risultato e non causa del gioco, gli appartenenti al secondo sottogruppo sembrano presentare fattori di vulnerabilità , possono presentare familiarità con il gioco, tratti di personalità nevrotici ed esperienze negative nel corso dello sviluppo. Gli appartenenti al terzo sottogruppo sarebbero invece caratterizzati da componenti di ordine biologici che comportano impulsività nel comportamento (Steel, Blaszczynski, 1996), deficit nell'attenzione e sarebbero caratterizzati dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità, da familiarità e da tratti di personalità nevrotica.

Il GAP presenta quindi caratteri distintivi:

carattere di **DIPENDEZA**

- tollerabilità della somme di denaro scommessa
- incapacità di controllare le condotte di gioco
- sintomi da astinenza in caso di sospensione dei comportamenti di gioco

carattere di **COMPULSIVITA'**

- comportamenti di gioco persistenti e ripetitivi
- incapacità di inibire o procrastinare l'impulso del gioco
- manifestazioni ansiose derivanti da ogni tentativo di ridurre il gioco

carattere di **IMPULSIVITA'**

- Immediatezza/urgenza del comportamento
- Comportamenti di ricerca
- Fallimento dell'inibizione

## **STRUMENTI DIAGNOSTICI**

### **Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS)**

Il DIGS è un'intervista diagnostica strutturata per il gioco d'azzardo in atto (*current*) o pregresso (*historic*). Comprende 2 domande per ciascuno dei 10 criteri diagnostici del DSM-IV-TR e circa 5 domande di screening per ognuna delle principali categorie diagnostiche di Asse I (tratte dalla *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, SCID*).

## **South Oaks Gambling Screen (SOGS)**

Il SOGS, ideato da Lesieur e Blume (1987; ver.it. 1992), è un questionario auto-somministrato, costituito da 20 items.

Permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza delle attività di gioco, la difficoltà a giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso, le menzogne circa le attività di gioco, il giocare più della somma prevista inizialmente, l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola, il prendere in prestito per giocare, e i prestiti non rimborsati. Il SOGS fornisce anche indizi preziosi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Quantifica, inoltre, il livello di Gioco d'Azzardo problematico nell'anno trascorso (*past year*) e nel corso della vita (*lifetime*) del soggetto in esame.

Il punteggio assegnato ad ogni item va da 0 a 20. Un punteggio superiore a 2 indica la presenza di Gioco d'Azzardo problematico e superiore a 4 indica la presenza di Gioco d'Azzardo patologico.

Numerosi studi (Ladoucer et al., 2000) dimostrano però che questo strumento per sua stessa natura tende a sovrastimare il numero di giocatori eccessivi. Inoltre esso, basandosi sulla memoria del giocatore, è in grado di fornire soltanto delle stime, talvolta delle approssimazioni, a meno che questi, cosa decisamente improbabile, non abbia registrato nei dettagli, in itinere, le sue attività di gioco.

Tenuto conto della quantità rilevante di risposte falso-positive ottenute, e del fatto che chiunque richieda un trattamento per il gioco patologico ottiene almeno un punteggio di cinque, non si dovrebbe fare una diagnosi utilizzando solo questo questionario, e pertanto ad esso andrebbe associato almeno un secondo strumento.

## **Lie/Bet Questionnaire**

Questo breve questionario si basa sul fatto che, secondo gli autori (Johnson et al., 1997), non tutti i criteri diagnostici elaborati per esempio nel DSM IV hanno la stessa valenza predittiva, ossia non tutti i criteri si ritrovano con la medesima frequenza. I più frequenti sono quelli considerati da Johnson e collaboratori, ossia la tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata, sia per "rincorrere" le perdite, sia per una perdita di controllo sull'attività di gioco. E' difficile che uno di questi criteri, o magari anche ambedue siano presenti in una

persona che non abbia problemi di gioco. Non solo: per via della loro frequenza, e per via della loro funzionalità nel gioco problematico, sono spesso anche collegati. Questo test non dà nessun altro dato, se non, appunto, la presenza di un gioco problematico. Non è quindi in grado di distinguere tra gioco problematico e gioco patologico. Il Lie/Bet non ha un'applicazione diagnostica in senso stretto: ma può servire da strumento di screening.

- 1) Hai mai sperimentato il bisogno di scommettere sempre più denaro?
- 2) Hai mai dovuto mentire a qualcuno importante per te circa l'ammontare di quello che hai giocato?

#### Gambling Time-Line Follow-Back (G-TLFB)

Questa metodologia è finalizzata alla valutazione dei cambiamenti del comportamento di dipendenza negli ultimi sei mesi, mediante l'utilizzo di strumenti di monitoraggio, come calendari, diari, etc., nei quali vengono registrati la frequenza e l'intensità del gioco d'azzardo, le spese sostenute per il gioco d'azzardo, i periodi di astensione dal gioco d'azzardo, le modalità del gioco d'azzardo, etc.

Si tratta di una strategia che aiuta a ricordare gli avvenimenti e le modalità di comportamento relativamente a diversi ambiti, quali:

- il tipo di gioco d'azzardo
- il tempo complessivo speso nel giocare d'azzardo
- il denaro che si intende usare per le scommesse
- il denaro effettivamente usato per le scommesse
- il risultato "netto" del gioco d'azzardo
- il numero di bevute (standard) effettuate.

Nei primi tempi il giocatore viene assistito da personale qualificato nella registrazione dei dati, successivamente la compilazione del calendario viene effettuata in modo indipendente.

### **Addiction Severity Index (ASI)**

L'ASI è un'intervista semi-strutturata ideata da McLellan e collaboratori(1980); è uno strumento che valuta i problemi correlati ai comportamenti additivi, spesso utilizzato per monitorare i cambiamenti nel corso del trattamento.

Sono indagate varie aree di funzionamento: salute, attività lavorativa, uso di alcol o altre sostanze d'abuso, problemi legali, socio-familiari ed emozionali.

L'ASI-G contiene 5 domande supplementari, che riguardano:

- i giorni in cui si è giocato d'azzardo

- i soldi spesi
- i problemi sperimentati giocando d'azzardo
- il malessere correlato a tali problemi,
- l'importanza del trattamento durante gli ultimi 30 giorni.

## **IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E IL CERVELLO**

La ricerca neurobiologica indirizzata al gioco d'azzardo ipotizza che il piacere che deriva da tale attività sia sostenuto biologicamente e abbia conseguenze fisiopatologiche sul cervello.

In particolare si è dimostrato che il gioco d'azzardo è accompagnato a livello fisiologico dalla disfunzione di alcuni importanti neurotrasmettitori: la serotonina, la dopamina e la noradrenalina. Ciascuno è implicato nella regolazione di aspetti che riguardano 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).

### **1. Serotonina**

Nei giocatori d'azzardo patologici si è ipotizzata una bassa attività serotoninergica, con un conseguente squilibrio nell'attivazione e nella inibizione comportamentale.

Sembrerebbe che la serotonina rilasciata nello spazio presinaptico non raggiunga il recettore ma venga ricaptata dal neurone presinaptico, interrompendo il contatto con il bersaglio.

La soluzione sarebbe quella di allungare il tempo di permanenza della serotonina nella fenditura sinaptica, in modo da prostrarne il contatto con il recettore. Ciò è possibile grazie a dei farmaci che inibiscono la ricaptazione della serotonina, come ad esempio la fluvoxamina.

In uno studio preliminare, Hollander et al. (1998) hanno impiegato la fluvoxamina in dieci pazienti dipendenti da gioco 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 convalida l'ipotesi iniziale per cui questo disturbo sarebbe accompagnato da una disfunzione del sistema serotoninergico. Aumentando, quindi, l'attività di questo neurotrasmettitore, il comportamento di gioco si riduce notevolmente.

### **2. Dopamina**

I neuroni dopaminergici che risiedono nel nucleo accumbens sono responsabili della ricompensa psichica. Sostanze d'abuso come cocaina, eroina, nicotina, ecc. 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 intervenga anche nell'attività di gioco. 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).

### **3. Noradrenalina**

Anche il sistema noradrenergico sembra avere un ruolo importante nello sviluppo delle 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)

## **GIOCATORI E CAPACITA' DI COMPREDERE IL RISCHIO**

Numerosissime sono le ricerche degli ultimi anni sulla capacità dei Giocatori d'Azzardo Patologici di prendere decisioni legate ad una ricompensa e di rendersi conto delle probabilità di vittoria o sconfitta delle loro azioni. Strumento "principe" di queste ricerche è lo **Iowa gambling task**, creato nell'Università dell'Iowa da Bechara, Damásio, Tranel e Anderson (1994). Allo scopo di avere uno strumento che permettesse di valutare in maniera statistica le decisioni prese in una simulazione di vita reale, proponendo la scelta di volta in volta tra due mazzi di carte in un sistema di vittoria-sconfitta, dove un mazzo è definito "buono", con vittorie non molto ingenti e scarse sconfitte, ed uno "cattivo", con grandi vittorie ma molto rare rispetto alle frequenti sconfitte. I risultati delle ricerche sono concordi: persone diagnosticate come giocatori d'azzardo patologici, messi a confronto con gruppi di controllo, mostrano risultati largamente peggiori nei compiti forniti dall' IGT. (Xian, H., Shah, K.R., Phillips, S.M., Scherre, J.F., Volberg, R., Eisen, S.A., 2008; da Rocha, F.F., Malloy-Diniz, L., Lage, N.V., Romano-Silva, M.A., de Marco, L.A., Correa, H., 2008; Hanson, K.L., Luciana, M. Sullwold, K., 2008; Huber & Huber, 2008; Brand, M., Kalbe, E., Labudda, K., Fujiwara, E., Kessler, J., Markowitsch, H.J., 2005; Fukui, H., Murai, T., Fukuyama,

H., Hayashi, T., Hanakawa, T., 2005; Moran, R.B., Ariel, R.M., Salguero, R.T., 2003; solo per citare i più recenti e significativi.) Non solo, nelle ricerche di Hanson, Luciana e Sullwold del 2008, gli stessi risultati sono stati riscontrati in pazienti con dipendenza cronica da MDMA e da altre sostanze.

Il significato di queste ricerche è abbastanza chiaro: messi di fronte ad una situazione in cui possono scegliere tra una ricompensa quasi certa ed un grande rischio, il giocatore d'azzardo patologico non è in grado di effettuare una scelta razionale come potrebbe fare una persona presa dal gruppo di controllo, allo stesso modo in cui si potrebbe comportare un dipendente patologico da sostanze stupefacenti come cocaina o ecstasy. Di conseguenza, quindi, posto di fronte ad una macchina da gioco, il giocatore patologico non è in grado di comprendere la conseguenza delle sue azioni, nella misura in cui non è in grado di capire cosa sia meglio per lui in quel momento: la decisione razionale, ovvero il ricercare la piccola vincita, ma sicura, è oscurata dalla decisione del giocatore: il rischiare nonostante si abbia la certezza quasi matematica della sconfitta. Il brivido del gioco e del rischio ha la meglio sul comportamento razionale della massimizzazione del capitale

### ***IMPUTABILITÀ DEL GIOCATORE D'AZZARDO PATOLOGICO***

Tentiamo quindi di unire ora il concetto di "imputabilità" con il concetto di "giocatore d'azzardo patologico", cercando di fare il punto parallelamente alle richieste giuridiche dell'imputabilità: seguendo i risultati delle ricerche citate, comprendiamo come nell'atto del gioco, una persona diagnosticabile come giocatore d'azzardo patologico secondo i criteri definiti dal DSM – IV, si trova in una condizione in cui la sua patologia, e non uno stato emotivo momentaneo, gli impedisce di comprendere a pieno la conseguenza della sua azione e di capire il rapporto tra rischio e guadagno. Il giocatore patologico è affetto da un comprovato discontrollo degli impulsi, non essendo in grado di autodeterminarsi pienamente: l'anomalo funzionamento dei neurotrasmettitori, in particolare della serotonina, impedisce alla persona di rimandare il gioco e di riflettere razionalmente sulla sua azione immediata, creando un comportamento simile al tossicodipendente.

In che modo tutto questo si correla con la crescente casistica di denunce a carico dei giocatori patologici per mancati pagamenti, creati sì a causa della loro problematica ma solo indirettamente collegati ad essa? Il giocatore non è in grado di comprendere a pieno le sue azioni mentre gioca, non potendo mettere il suo guadagno davanti al suo bisogno quando si trova di fronte ad una situazione di rischio collegato ad una ricompensa, sia essa una "new slot", una cartella del bingo o una giocata del Super Enalotto, per non parlare di una sessione di poker in un Casinò. In quel momento, la patologia di cui egli è portatore ne impedisce, almeno parzialmente, la capacità di capire le conseguenze di cosa sta facendo e di decidere autonomamente cosa fare, rendendo la persona parzialmente incapace

di intendere le conseguenze, ad esempio, di un rilancio al tavolo verde con solo una coppia in mano, ed un piatto di diverse migliaia di euro.

Questa stessa condizione non sussiste però nel momento in cui il giocatore, ad esempio, stipula un contratto per un mutuo o richiede un prestito, azione che avviene lontano dal tavolo da gioco e con cui lo stato di giocatore d'azzardo patologico non ha rapporti diretti, in cui non esiste una scelta tra diverse variabili di cui non conosciamo con certezza gli esiti, e che non avviene in maniera incontrollata e non gestibile dalla persona.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali (Text Revision)*, 4<sup>a</sup> ed. (DSM-IV-TR), ed. It.(2002), Masson, Milano.

Anderson G., Brown (1984), Sensation seeking and arousal in real and laboratory gambling, *British Journal of Psychology*, 85, 401-410.

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

Bergh , Eklund T., Sodersten P. e Nordin C. (1997), Altered dopamine function in pathological gambling, in *Psychological Medicine*, 27, 473-475.

Bergler E. (1949) *The psychology of gambling. Hill and Wang, New York.*

Blanco C., Orensanz-Munoz L., Blanco-Jerez C., Saiz-Ruiz J. (1996), Phathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study, *American Journal Psychiatry*, 153: 119-21.

Blaszczynski A, McConaghy N.(1989),Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling, *International Journal of the Addictions*, 24, 337-350.

Blaszczynski A., Steel Z. (1996), Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 92,75-87.

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

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

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

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

Brand, M., Kalbe, E., Labudda, K., Fujiwara, E., Kessler, J., Markowitsch, H.J., (2005), *Decision-making impairments in patients with pathological gambling*, *Psychiatry Research* n 133, pp 91-99.

Caillois R., (1981), *I giochi e gli uomini*, Bompiani.

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

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

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

Croce M., (2001),Vizio, malattia, business? Storia dei paradigmi del gioco d'azzardo, in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), (2001), *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano

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

Cunningham-Williams, R.M., Grucza, R.A., Cottler, L.B., Womack, S.B., Books, S.J., Przybeck, T.R., Spitznagel, E.L., Cloninger, C.R. (2005), Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study, *Journal of Psychiatric Research*, July; 39(4):377-390.

Custer R. J. (1984), The diagnosis and scope of pathological gambling, *The handbook of pathological gambling*.



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

da Rocha, F.F., Malloy-Diniz, L., Lage, N.V., Romano-Silva, M.A., de Marco, L.A., Correa, H., (2008), *Decision-making impairment is related to serotonin transporter in promoter polymorphism in a sample of patients with obsessive-compulsive disorder*, *Behavioural Brain research* n 195, pp 159-163.

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

Dickerson M., Hinchy J., England S.L. (1990), *Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation*. *Journal of Gambling Studies*, 6, 87-102.

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

Downes, D.M. (1976), *Issues in the Study of Gambling*, in Downes, D. et al. (1976), *Gambling, Work and Leisure: a Study across three Areas*, pp.11-98, Routledge & Kegan, London.

Freud S. (1927), *Dostoevskij e il parricidio*, in *Opere*, vol. X, pp.521-538, ed.it. Boringhieri, 1978.

Fukui, H., Murai, T., Fukuyama, H., Hayashi, T., Hanakawa, T., (2005), *Functional activity related to risk anticipation during performance of the Iowa gambling task*, *NeuroImage* n 24, pp 253-259.

Gheradri S., Lesieur E., Blume S.B. (1992), *Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS)*. South Oaks Foundation.

Goldstein L., Manowitz P., Nora R., Swartzburg M., Carlton P. R., (1985), *Differential EEG activation and pathological gambling*, *Biological Psychiatry*, 20, pp. 1232-1234.

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

Greenson, R.R. (1947); *On gambling*, *American Imago* 4:61-77.

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

Guerreschi C. (2003), *Il Gioco d'azzardo patologico*, Campomarzo Editrice.

Hanson, K.L., Luciana, M. Sullwold, K., (2008), *Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users*, *Drug and Alcohol Dependence* n 96, pp 99-110.

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

Huber, O., Huber, O.W., (2008), *gambles vs. quasi-realistic scenarios: Expectations to find probability and risk-defusing information*, *Acta Psychologica* n 127, pp 222-236.

Imbucci G. (1997), *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storie dei comportamenti sociali*, Marsilio, Venezia.

Johnson E.E., Hamer R., Nora R.M., Tan B. (1997), The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers, *Psychological Reports*, 80. 83-88.

Kusyszyn I., Rutter R. (1985), Personality characteristics of male heavy gamblers, light gamblers, nongamblers, and lottery players, *Journal of Gambling Behaviour*, 1,59-64.

Ladouceur R. (1991), The prevalence of pathological gambling in Canada, *Journal of Gambling Studies*, Vol. 12, 2.

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

Ladouceur R. (2000), *I pensieri erronei nel gioco d'azzardo eccessivo: terapia e prevenzione*, Seminario sul Gioco D'Azzardo Patologico, Varese.

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

Lesieur H.R., Blume S.B. (1987), A new instrument for the identification of pathological gamblers, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

Manacorda, A. (2003), *La perizia psichiatrica nel processo penale*, CIC Editore Internazionale.

McLellan A.T., Luborsky L., Woody E.G., O' Brien C.P. (1980), An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168,26-33.

Moran, E. (1970); Varieties of pathological gambling, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 116(535) 593-597.

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

Moran, R.B., Arial, R.M., Salguero, R.T., (2003), *Risk.takers: do they know how much of a risk they are taking?* Psychology in Spain, Vol. 7, no. 1 pp 3-9.

Newman O. (1972), Gambling; Hazard and Reward, *Athlone Press*, London.

Pallanti S., Rossi N., Hollander E.(2001), *Terapia farmacologica del gioco d'azzardo patologico*, in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco & l'azzardo*, Franco angeli, Milano.

Petry, N. M. (2007), Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment, American Psychological Association Washington DC, US.

Rosenthal R.J, Rugle L.J., Miller W.B.( 1994), Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviours: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American Journal of Medical Genetics*, 20, 358-368.

Roy A., Adinoff B., Roehrich L., Laparsky D., Custer R., Lorenz V., Barbaccia M., Guidotti A., Costa E., Linnoila M. (1988), Pathological gambling: a psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 369-373.

Shaffer, H. J., Hall, M. N., Vander Bilt, J. (1999), Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis, *American Journal of Public Health*, Vol 89(9) 1369-1376.

Skinner B.F. (1953), Science and human behavior, Free Press, New York.

Stein S. (1989). A developmental approach to understanding compulsive gambling behaviour.

Teo, P., Mythily, S., Anantha, S., Winslow, M. (2007), Demographic and Clinical Features of 150 Pathological Gamblers Referred to a Community Addictions Programme, *Annals Academy of Medicine*, Singapore, 36(3):165-8.

Thomas, W.I. (1901), The gaming instinct, *American Journal of Sociology*, 6, pp 750-763.

Volberg R. A., Steadman, H. J. (1989), Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland, *American Journal of Psychiatry*, Vol 146(12) 1618-1619.

Von Hattingberg (1914). Analerotik, Angstlust und Eigensinn, *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 2, 244-258.

Wakefield J.C. (1997), Diagnosing DSM IV-Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behav. Res. Ther*, 35,7:633-49.

Walker M. (1992), *The psychology of gambling*, Pergamon Press, Oxford.

Walters G.D. (1997), Problem gambling in a federal prison population: results from the South Oaks Gambling Screen, *Journal of Gambling Studies*, 13(1),7-24.

World Health Organization (1992), *The ICD-10. International Classification of Diseases*, Geneve.

Xian, H., Shah, K.R., Phillips, S.M., Scherre, J.F., Volberg, R., Eisen, S.A., (2008) *Association of cognitive distortion with problem and pathological gambling in adult male twins*, *Psychiatry research* n° 160, pp 300-307.

Zanda, G. (2007); *Il gioco d'azzardo patologico: diagnosi, doppia diagnosi e trattamento farmacologico*, in *Corso di formazione "Gioco d'azzardo: alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio"*, Arezzo 10 maggio.

Zerbetto R, (2001), *Dall'intervento terapeutico ad una politica di gioco responsabile*.