

Zerbetto R., Croce M., Picone F. (2010) *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*, in V. Caretti e D. La Barbera, a cura di, *Le dipendenze patologiche. Clinica psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano.

LA RICERCA EMPIRICA NEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

di Mauro Croce¹, Francesca Picone², Riccardo Zerbetto³.

“Ma c'è un'altra faccia nel gioco, non è vero?”

J.M. Coetzee

1. Premessa

Ciò che definiamo gioco d'azzardo patologico (GAP) si presenta, in realtà, come un fenomeno estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dalla eziologia incerta. Nonostante, infatti, numerosi studi realizzati, in particolare a partire dalla sua collocazione nella terza edizione del DSM del 1980, i punti aperti rimangono ancora molti e si sarebbe quasi tentati di affermare, in accordo con l'ultima proposizione del *Tractatus* di Wittgenstein, che su ciò che non si può teorizzare si deve narrare. Narrare e cercare di comprendere nelle storie cliniche dei giocatori il significato simbolico che il gioco per essi ha assunto, come questo si sia insinuato nella loro esistenza, quali “buchi abbia coperto”, quali emozioni abbia offerto, anziché cercare una entità psicopatologica sofferta nella costruzione e debole nella verifica empirica. Le stesse sconsolanti conclusioni del rapporto del National Research Council (1999), del resto, hanno collocato metaforicamente nella fase dell'infanzia lo stato della ricerca sul gambling, sottolineando la necessità di un approccio multidimensionale e lo sviluppo di programmi di trattamento multimodali in grado di comprendere le diverse angolazioni e specificità che il gioco patologico presenta.

L'elaborazione, quindi, di un contributo che abbia come tema la ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico non può che denunciare i limiti e gli aspetti problematici ancora irrisolti, anche in relazione all'incerto confine tra patologia e normalità ed al fatto che, essendo le problematichità legate al gioco d'azzardo oggetto di interesse da parte di ricercatori di formazione diversa, si è assistito, soprattutto negli ultimi anni, alla pubblicazione in campo internazionale di una gran mole di studi da prospettive difficilmente comparabili che abbracciano la psicologia sociale, la clinica, la psicologia cognitiva, la neurobiologia.

¹ Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore Educazione alla Salute ASL VCO Omegna (VB).

² Medico, Psichiatra, Ser.T D.S. 13 ASL 6, Palermo.

³ Medico, Psichiatra, Direttore del Centro Studi di Terapia della Gestalt, Siena, Presidente ALEA.

Il presente lavoro è stato pensato e progettato congiuntamente. Materialmente Mauro Croce e Francesca Picone hanno redatto dal 1° al 6° paragrafo e l'8 ; Riccardo Zerbetto ha redatto il 7° paragrafo.

Si ringraziano per il contributo alla stesura del 7° paragrafo: Giuseppe Iraci per la raccolta dei test ed Adriano Schimmenti per l'elaborazione degli stessi con le conclusioni.

1. Il problema della diagnosi

L'ultima versione del 2001 del DSM-IV-TR colloca il gioco d'azzardo patologico (GAP) all'interno dei Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove insieme al Dist. Esplosivo Intermittente, alla Cleptomania, alla Piromania, alla Tricotillomania, al Disturbo Del Controllo degli Impulsi non altrimenti specificato. Tale collocazione, tuttavia, appare tutt'altro che condivisa ed accettata. Del resto, la problematicità dell'inquadramento nosografico del gioco d'azzardo patologico nasce dalla composizione eterogenea di tale disturbo, considerato un vero e proprio "crocevia di sintomi" (D'Andrea et al., 2004), che, a causa del mettersi insieme in un'unica sindrome di tratti psicopatologici appartenenti a svariate categorie diagnostiche, è stato di volta in volta inserito tra le dipendenze patologiche (Shaffer, 1996; Wray & Dickerson, 1981; Dickerson, 1993, Rozin & Stress, 1993), tra i disturbi ossessivo-compulsivi (Lejoyeux et al., 1998; Blaszczynski, 1999; Hollander & Wong, 1995) o ancora considerato una disfunzione di tipo neurobiologico (Bergh et al., 1997; Comings, 1998; DeCaria, 1998; Stein, 2000).

Il focus su cui il DSM si è centrato per individuare i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico riguarda l'impulsività e il discontrollo. L'impulsività entra, infatti, in gioco in molti disturbi psichiatrici, oltre che nel GAP ed è sicuramente un concetto complesso, che non ha ricevuto finora una definizione univoca, per cui ad oggi non è chiaro neanche se considerare i Disturbi del Controllo degli Impulsi, e quindi, anche il gioco d'azzardo patologico, una categoria diagnostica autonoma o appartenente ai Disturbi dell'Umore, o correlati al Disturbo Ossessivo-Compulsivo o ai Disturbi da Uso di Sostanze. Per tale motivo, appare evidente che nella diagnosi di gioco d'azzardo patologico (Tab. 1) secondo i criteri del DSM, potrebbe, comunque, risultare utile un ulteriore approfondimento attraverso sottoclassificazioni, con ulteriori codici, allo scopo di offrire indicazioni più precise ed esaustive sulla possibilità di raggruppare e/o differenziare soggetti sia sulla base della struttura di personalità, dell'anamnesi, sia relativamente all'esordio, all'andamento, nonché allo sviluppo del gioco patologico.

**Criteri diagnostici per il Gioco d'Azzardo Patologico[312.31] F63.0
(DSM-IV-TR, 2000)**

A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come è indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri:

- 1** - Eccessivo interesse nel gioco d'azzardo.
- 2** - Bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
- 3** - Ripetuti tentativi senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- 4** - Irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- 5** - Giocare d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico.
- 6** - Dopo aver perso al gioco, tornare un altro giorno per giocare ancora.
- 7** - Mentire ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
- 8** - Commettere azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
- 9** - Mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.
- 10** - Fare affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento di gioco non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.

Tab. 1

In linea con l'inquadramento del DSM, anche l'ICD 10 pone il gioco d'azzardo patologico tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi, che definisce Disturbi delle Abitudini e degli Impulsi, all'interno dei Disturbi di Personalità, secondo i seguenti criteri:

- 1) Presenza di episodi di gioco d'azzardo: due o più in un anno.
- 2) Episodi prolungati, nonostante la sofferenza personale e l'interferenza con il funzionamento dell'individuo.

- 3) Necessità impellente di giocare e incapacità di smettere con uno sforzo di volontà.
- 4) Individuo spesso alle prese con idee o immagini connesse al gioco.

Rimane il fatto, e non si può non considerare che i criteri individuati nel DSM per il GAP segnalano 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 quest'ultimo appare un criterio - come osservano Dickerson e Baron (2000) - quanto mai vago, ambiguo e certamente aspecifico. Del resto, come suggerisce, poi, Wakerfield (1997), l'eterogeneità dei criteri diagnostici pone un problema metodologico di non facile soluzione per via di una sovrainclusione, che non garantisce l'indipendenza delle variabili ed una non precisa differenziazione tra sintomi funzionali e non. Inoltre, la categoria dei disturbi del controllo degli impulsi apparirebbe un contenitore, che - attorno al concetto cardine di discontrollo - finirebbe per comprendere elementi e comportamenti (o sintomi), invero assai diversi tra loro, quali il disturbo esplosivo intermittente, la cleptomania, la tricotillomania.

In realtà, il giocatore patologico appare da più profili più simile a soggetti con altri comportamenti di addiction. E questo, sia sul piano della fenomenologia (cronicità, progressione dei sintomi, perdita del controllo, etc.), sia su quello della combinazione-sostituzione dei sintomi. D'altro canto, è evidente come, nello stesso DSM-IV sostituendo il termine gioco d'azzardo a sostanza psicoattiva, si ritrovi la sostanziale equivalenza di otto criteri su dieci. Risultano esclusi il criterio 6, che descrive il tipico fenomeno di rincorsa alla perdita tipico del giocatore (chasing) ed il criterio 10, anche questo specifico e relativo al fare affidamento al gioco per affrontare una situazione finanziaria.

LA RICERCA EMPIRICA DEI FATTORI DI RISCHIO

Sulle possibili cause del gioco d'azzardo si rilevano in letteratura posizioni molto articolate. Di fronte a studi che sembrerebbero indicare il forte ruolo svolto dalle caratteristiche biologiche dei soggetti, altre ricerche sembrano, invece, dimostrare come i giocatori patologici costituiscano un gruppo estremamente eterogeneo e differenziato, anche sulla base della presunta predisposizione biologica (McCormick & Ramírez, 1988; González-Ibáñez, Mercadé, Aymamí & Pastor, 1990; Dickerson, 1993; González-Ibáñez, 1994; Blaszczynski, 1996; Blaszczynski, 2000). Altri autori, invece, segnalano come il giocatore presenti un conflitto intrapsichico non risolto (Rosenthal, 1992; Wildman, 1997), mentre altri ancora si richiamano ad un problema di apprendimento cognitivo (tra questi, Anderson & Brown, 1984), ovvero al risultato di "distorted/irrational cognitions" (Sharpe & Tarrier, 1993; Ladoucer & Walker, 1996). Zuckerman (1979) propone, invece, di considerare il gambling come un comportamento di ricerca di sensazioni (sensation seeking), in cui il rinforzo positivo sarebbe fornito dall'arousal anticipatorio provato durante l'attività di gioco. Ma tale suggestiva interpretazione pur valorizzata - ed in parte confermata da successivi studi - sembra ridimensionata (Blaszczynski, Winter & McConaghy, 1986; Anderson & Brown, 1984; Coventry & Brown, 1993; González-Ibáñez et al., 1992; González-Ibáñez, 1994; González-Ibáñez et al., 1995; González-Ibáñez et al., 1997) in relazione ad una forte differenziazione tra tipi di giochi e di giocatori in riferimento anche a gruppi di controllo. Va segnalato, poi, come Dickerson e Baron (2000), nel contributo già citato, sostengano l'ipotesi di abbandonare il modello legato al disordine mentale e le concettualizzazioni derivanti da questo presupposto in favore di un approccio

alternativo, che ponga, invece, l'accento sul costruito di scelta e di controllo soggettivo sul gioco. Importante appare, poi, la similitudine e la vicinanza con vari disturbi dell'area dell'impulsività e della dipendenza: disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dell'alimentazione, condotte di addiction (Linden, Pope, Jones, 1986; Valleur & Buchner, 1997).

Il nodo della depressione appare comunque, poi, in un certo senso, paradigmatico per comprendere le diverse posizioni. Se viene, infatti, da più autori riconosciuta l'importanza e la presenza di tale aspetto, forti appaiono le differenze tra chi (Taber, McCormick & Ramírez, 1987) ritiene che il ricorso patologico al gioco rappresenti un modo per affrontare uno stato depressivo preesistente e chi, invece, ritiene (Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1988; Blaszczynski & McConaghy, 1989; González-Ibáñez, 1994; González-Ibáñez et al., 1997) che la depressione debba essere interpretata quale conseguenza e non causa di gioco.

A tale proposito, alcuni studi dimostrano che l'alessitimia può essere un fattore di rischio nell'insorgenza del gioco d'azzardo patologico, anche in giovane età (Parker et al., 2005) e in particolari popolazioni (Lumley & Roby, 1995) e che questa correlazione è indipendente da depressione e da malattie organiche.

In particolare, nel loro studio, Lumley e Roby avevano esaminato soltanto il 'pensiero orientato all'esterno' e la 'difficoltà nell'identificare le emozioni', entrambi fattori della TAS (Toronto Alexithymia Scale), lo strumento di valutazione diagnostica per l'alessitimia (Taylor et al., 1985). Non avevano esaminato, invece, il fattore 'difficoltà nel descrivere le emozioni', fortemente correlato alla 'difficoltà nell'identificare le emozioni', riscontrando comunque un punteggio significativamente più elevato nei giocatori patologici rispetto ai controlli sul fattore 'pensiero orientato all'esterno' e sul punteggio totale della TAS, che segnala una relazione tra alessitimia e comportamenti di gioco.

A partire da queste premesse e dalle evidenze di molti ricerche che hanno mostrato un'incidenza particolarmente alta di giocatori patologici in giovane età (tra studenti universitari), ancor più che nella popolazione generale (Shaffer et al., 1999; Lightsey & Hulse, 2002; Neighbors et al., 2002; Oster & Knapp, 2001; Winters et al., 1998), Parker et al. hanno indicato che gli individui classificati come alessitimici riportano con maggiore significatività problemi di gioco rispetto a coloro identificati non alessitimici. Inoltre, hanno messo in evidenza che i giocatori patologici posseggono più caratteristiche alessitimiche rispetto ai non giocatori. In modo particolare, i giovani giocatori patologici hanno un punteggio più alto rispetto ai non patologici sul fattore 'pensiero orientato all'esterno' e sulla 'difficoltà nel descrivere le emozioni', così come sul punteggio totale della TAS. Piuttosto che fare riferimento al gruppo dei pari durante i momenti di stress, gli studenti con caratteristiche alessitimiche possono usare il gioco come forma di sollievo dallo stress o come regolatore emozionale. Questi risultati suggeriscono che l'alessitimia può essere considerato un fattore di rischio in giovane età per lo sviluppo di problemi di gioco. Con ridotte capacità a utilizzare le loro emozioni e i loro pensieri nel guidare i loro comportamenti (Taylor et al., 1997), i soggetti alessitimici possono fare ricorso al gioco per risolvere i loro problemi economici e finanziari (Lumley & Roby, 1995).

Inoltre, sebbene molti elementi empirici sembrano supportare fortemente una correlazione tra gioco d'azzardo patologico e dissociazione, in atto le ricerche in letteratura (Grant & Kim, 2003) non hanno mostrato significative differenze rispetto ai controlli normali, sebbene gli stessi studiosi ipotizzino che i risultati degli studi possano essere falsati dal fatto che i giocatori presi in considerazione fossero in trattamento e concludono

sostenendo la necessità di ulteriori approfondimenti sulla correlazione tra sintomi dissociativi e gioco patologico.

Risultati assolutamente opposti in un analogo studio, che dimostra invece, una correlazione significativa con la dissociazione nel caso della cleptomania (Grant, 2004).

Riguardo le cause del gioco d'azzardo patologico ed i possibili fattori predittivi, una analisi del National Opinion Research Center (N.O.R.C., 1999) considera che il gioco patologico si verifichi spesso in coincidenza con altri problemi comportamentali, compreso l'abuso di sostanze, i disturbi dell'umore e della personalità. Tuttavia, se la comorbidità costituisce un indubbio fattore di grossa importanza, resterebbe aperto il problema se il gioco problematico o patologico costituisca una singola patologia a sé stante, o se sia semplicemente un sintomo di una comune predisposizione, d'ordine genetico o altro, che starebbe alla base di tutte le dipendenze. In secondo luogo, risulterebbe forte l'evidenza del dato della familiarità, indicando così la possibilità che fattori genetici o modelli di ruolo possano incidere nella predisposizione al gioco patologico. Da non ultimo, viene evidenziata la maggiore probabilità che un soggetto diventi giocatore patologico in relazione al precoce inizio con il gioco. Studi retrospettivi hanno, infatti, dimostrato come la maggior parte dei giocatori patologici maschi abbia iniziato a giocare prima dei 20 anni (Livingston, 1974), mentre l'aver giocato d'azzardo prima dei 15 anni sembrerebbe svolgere un ruolo determinante nella predisposizione al gioco d'azzardo patologico (Wolkowitz et al., 1985).

Infine, alcuni studi (Petry & Steinberg, 2005; Kausch et al., 2006) hanno dimostrato la presenza di maltrattamento infantile nella storia dei giocatori patologici, soprattutto di sesso femminile; il trauma, sia di tipo emotivo, che fisico, che sessuale, è associato con una più alta frequenza di tentativi di suicidio, di dipendenza da alcol e farmaci, con una maggiore severità dei disturbi psichiatrici e effetti limitati sul funzionamento della personalità. La severità del maltrattamento infantile, e quindi la gravità del trauma, è correlata in modo significativo ad una più precoce età d'inizio di gioco e ad una crescente gravità dei problemi ad esso connessi.

2. I sottogruppi di Blaszczynski

Come già detto, un punto che sembra trovare consensi tra ricercatori è la convinzione che i soggetti che incontrano i criteri per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico non costituiscano una categoria omogenea, ma siano a loro volta differenziabili in sottogruppi. Tale intuizione, già presente in analisi precedenti, ha trovato un'interessante conferma in uno studio (Blaszczynski et al., 1991) sugli esiti dei trattamenti, ove si sono evidenziati tre diverse tipologie di esiti. Un primo gruppo di giocatori patologici giungeva ad una astinenza totale dal gioco, un secondo gruppo riprendeva il gioco senza controllo ed un terzo gruppo, infine, presentava la capacità di gestire un gioco controllato. Tali sottogruppi presentavano, inoltre, delle interessanti differenze a tal punto che in altri successivi contributi venivano precisate le caratteristiche delle tre diverse tipologie individuate (Blaszczynski, 2000; Blaszczynski & Nower 2002).

Il primo gruppo, denominato in un primo studio come "patologici non patologici" (2000) e, successivamente "*behaviourally conditioned problem gamblers*" (2002) e che, per inciso, corrisponderebbe al cluster 1 evidenziato da Gonzales-Ibanez (2001), sarebbe

caratterizzato da soggetti che non presentano una specifica diagnosi di premorbidità, e un concomitante abuso di sostanze. In tali soggetti, l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato e non causa del gioco; essi, sulla base di credenze erranee, di distorsioni di tipo cognitivo o contingenze specifiche, possono presentare eccessiva preoccupazione per il gioco, rincorsa delle perdite, e questo può avvenire in qualunque momento della loro vita e può essere in rapporto ad un'esposizione casuale al gioco, o attraverso familiari o coetanei. Presentano un'alta compliance al trattamento e, a conclusione dello stesso, possono, secondo Blaszczynski, raggiungere con il gioco un rapporto moderato. Anche all'interno di tale sottogruppo, si ritiene sia possibile individuare delle differenziazioni sulla base del peso giocato da tre elementi: a) la diversa relazione e funzione richiesta al gioco (dato affettivo), b) la presenza o meno di un evento traumatico recente (dato strutturale), c) la forte componente giocata dalle credenze erranee (dato cognitivo). Di fatto se, per taluni, infatti, il gioco sembra prevalentemente costituire una sorta di compensazione, una parentesi che apre un mondo maggiormente appassionante e paradossalmente meno rischioso di quello reale, per altri, invece, il ricorso al gioco apparirebbe correlato ad un desiderio/bisogno di modulare uno stato affettivo disforico recente e spesso a seguito di un evento traumatico. Sono soggetti che presentano (1-2 anni prima del coinvolgimento nel gioco) life events, quali la perdita di un ruolo sociale (nel lavoro, all'interno della famiglia), la diagnosi di una malattia cronica che richiede il cambiamento, più o meno consistente, dello stile di vita. Altri ancora presentano una forte presenza di pensiero magico, di distorsioni erranee di tipo cognitivo e la stessa "dinamica di coinvolgimento nel gioco" appare più come una conseguenza di tali credenze erranee in ordine alla probabilità di successo.

Il secondo sottogruppo individuato da Blaszczynski, prima indicato come "giocatori emotivamente disturbati", e successivamente "*emotional vulnerable problem gamblers*" (cluster 2 Gonzales-Ibanez), appare costituito da soggetti che, pur mostrando processi di condizionamento e schemi cognitivi simili al primo sottogruppo, sembrano tuttavia evidenziare maggiori fattori di vulnerabilità quali, ad esempio, la familiarità al gioco, tratti di personalità nevrotici ed esperienze negative nel corso dello sviluppo; in sintesi: Childhood disturbance Personality (assunzione di rischio, propensione alla noia); Mood disturbance (depressione, ansia); Poor coping/problem solving (life stresses, uso di sostanze). In questo sottogruppo, il ricorso al gioco sembrerebbe essere motivato dal desiderio di modulare gli stati affettivi. Anche per tale sottogruppo, pare possibile evidenziare importanti differenze al proprio interno. Per taluni, infatti, il ricorso al gioco sostituisce, integra, compensa, amplifica il consumo/abuso di sostanze o vere e proprie condotte di dipendenza ed evidenzia una probabile struttura di personalità di tipo dipendente. Altri invece, sebbene sia evidente come in molte situazioni il confine sia sfumato, sembrerebbero ricercare nel gioco emozioni forti ovvero il *thrill*, la "*pleasurable painful sensation*" descritta da Bergler (1957). Ad ogni buon conto, secondo Blaszczynski, i soggetti appartenenti al secondo gruppo richiederebbero interventi psicoterapeutici più intensi, mirati a fronteggiare la capacità di affrontare lo stress, migliorare l'autostima, l'immagine di sé e volti a una maggiore comprensione dei meccanismi intrapsichici. Inoltre, tali soggetti, anche a conclusione del trattamento, rischiano di rimanere troppo fragili nel mantenere un controllo del gioco privo di ricadute, per cui è consigliabile un outcome di mantenimento di astinenza totale dal gioco.

Gli appartenenti al terzo gruppo, ovvero i giocatori "con correlati biologici", successivamente nominati "*Antisocial Impulsivist Problem Gamblers*" sarebbero, invece, caratterizzati da componenti di ordine biologico con impulsività nel comportamento (Steel &

Blaszczynski, 1996) e deficit nell'attenzione, dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità, familiarità al gioco d'azzardo (e ad altre dipendenze), tratti di personalità nevrotica e premorbidità a depressione, ansia, dipendenza da sostanze, tendenza alla fuga o ad aggressività passiva. Tali soggetti presentano maggiori indici di severità patologica e in essi l'impulsività precederebbe il gioco, ne sarebbe, in un certo senso, indipendente e si ritiene possa costituire un buon indicatore nel prevedere la gravità nel successivo comportamento di coinvolgimento. Il ricorso al gioco risponderebbe ad un bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso la dissociazione, un'alterazione del tono dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Tali soggetti, infine, evidenziano una marcata propensione a ricercare attività gratificanti ed un'incapacità a posticipare la gratificazione.

3. La comorbidità con Abuso e Dipendenza Multipla da sostanze.

La comorbidità tra gioco d'azzardo patologico ed altri disturbi, come i Disturbi dell'Umore (Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbo Bipolare) e d'Ansia, Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività, propensione ai tentativi di suicidio, e con Disturbi di Personalità (Antisociale, Borderline, Narcisistico), oltrechè con Abuso e Dipendenza multipla da sostanze, pone certamente riflessioni in merito alla specificità del gioco d'azzardo patologico come patologia singola a se stante. Tuttavia, il tema della sovrapposizione tra un certo numero di diagnosi del DSM, soprattutto i disturbi di personalità, distinte e indipendenti, che crea notevoli difficoltà di classificazione e concettuali, non appare peculiare del gioco d'azzardo patologico, ma sembra poter essere riconducibile all'impostazione teorica del sistema diagnostico del DSM. Alcuni ricercatori hanno concentrato, infatti, l'attenzione sullo studio delle correlazioni tra abuso di sostanze e psicopatologia, utilizzando la definizione di comorbidità derivante dal DSM IV, che, con un "*atteggiamento ateoretico*", postula "l'indipendenza eziologica e fisiopatologica delle due condizioni morbose" (Clerici et al., 2000). Ciò, se fornisce utili conoscenze sull'incidenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione tossicodipendente e sulle ripercussioni che questi hanno sulla prognosi (Clerici, 1993; Gerra et al., 2000), rimanda ad un'altra questione ancora aperta, e cioè se davvero abbia senso parlare ancora oggi di doppia diagnosi o se piuttosto la doppia diagnosi e il tema della comorbidità non abbiano piuttosto a che fare con una sorta di "*specializzazione*" dei servizi rispetto al tipo di psicopatologia evidenziata. D'altra parte, è vero che i molteplici studi che mettono in guardia dal rischio di un uso eccessivo della doppia diagnosi (Blatt & Levy, 1998), non rendono ragione di tante evidenze cliniche ed epidemiologiche che attengono più strettamente le varie forme di dipendenze. Nel caso del gioco d'azzardo e uso di sostanze, è forse il caso di segnalare come molte ricerche indichino una correlazione tra i due comportamenti patologici variabile dal 9 al 33% (Spunt et al., 1995; Daghestani et al., 1996; Lesieur & Blume, 1986; Agus, 1998; Lejoyeux, Mc Loughlin, Adès, 2000; Spunt, Lesieur, Hunt, Cahill, 1995). In questo quadro, può apparire suggestiva l'ipotesi della presenza di una comune predisposizione all'addiction, almeno per quanto riguarda il sottogruppo 3 di Blaszczynski, che potrebbe trovare una spiegazione nel comune meccanismo della Reward Sindrome. Tuttavia, è anche possibile ipotizzare come l'accedere ad una dipendenza patologica, indipendentemente da quale sia la *porta di ingresso* (la sostanza, il gioco o entrambe contemporaneamente), o quale sia la motivazione alla base (predisposizione individuale,

elementi contestuali), possa permettere con maggiore facilità l'accesso ad altre "stanze" di dipendenza, attraverso, ad esempio, la possibilità di trovarsi in contesti dove sia possibile incontrare una offerta di sostanze o dove l'inibizione sia allentata o dove, ancora, si ricerchi nell'uso di sostanze un effetto collegato alle fasi di gioco attraverso una funzione di *attivazione-disinibizione* prima del gioco; una funzione di *potenziamento* durante il gioco (situazione in cui le sostanze attenuerebbero le sensazioni disforiche, riducendo l'autocritica e le preoccupazioni inerenti il discontrollo del comportamento o dei sensi di colpa); e di *modulazione del down* successivo al gioco in caso di perdita oppure di *amplificazione della dimensione euforica* in caso di vincita.

Se, per taluni soggetti, si può parlare, poi, di meccanismo di reciproca e contemporanea interazione che produce una *amplificazione e sovrapposizione* tra gioco e sostanze, è il caso di segnalare anche il fenomeno della *migrazione-sostituzione* come tentativo di "superamento o riduzione dei danni" della dipendenza ritenuta dal soggetto più problematica. Si veda, ad esempio, il caso di ex dipendenti da eroina che si ritrovano giocatori patologici o alcolisti.

Rimane il fatto, e questi sono i risultati di una recente ricerca della National Epidemiologic on Alcohol and Related Conditions (Petry et al., 2005) che almeno i tre quarti dei giocatori patologici osservati presentano un disturbo da uso di alcol, il 38,1% da abuso di sostanze, il 60,4% di nicotina; inoltre, il 49,6% ha un disturbo dell'umore, il 41,3% un disturbo d'ansia e il 60,8% un disturbo di personalità.

4. Gli strumenti di classificazione o *assessment*

Estremamente vasto è il campo degli strumenti di classificazione del gioco d'azzardo patologico. Tra questi, certamente il più diffuso in campo internazionale per la diagnosi di gioco patologico, anche se più a fini epidemiologici che clinici, è rappresentato dal SOGS (South Oaks Gambling Screen) di Lesieur e Blume (1987). Tale strumento permette di evidenziare in modo semplice e veloce la probabile presenza di un gioco problematico, fornendo informazioni sul tipo di gioco preferito, sulla frequenza di gioco, sulla difficoltà a giocare in modo controllato, sulla consapevolezza riguardo il proprio problema, sui mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, sul rincorrere le perdite, sul mentire e sulle conseguenze sociali e relazionali più frequenti nel GAP.

Tuttavia, le linee guida, emanate nel 1999 e riviste nel 2002 in occasione della V Conferenza Europea su studi e politiche del Gambling a Barcellona, dalla National Gambling Impact Study Commission precisano che per identificare giocatori problematici e patologici nella popolazione generale devono essere utilizzati i criteri diagnostici previsti dal DSM-IV. Questo significa che il SOGS viene sconsigliato, in quanto strumento basato sui criteri ormai superati del DSM-III. La NORC (National Organization for Research at the University of Chicago), di cui fa parte tale Commissione, a partire da tre scale basate sui criteri del DSM-IV, la Fisher DSM-IV Screen (Fisher, 1996), la Diagnostic Interview Schedule (DIS; Cunningham-Williams et al., 1998) e la Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS; Winters, Specker, Stinchfield, 1997), ha messo, quindi, a punto un nuovo strumento chiamato NODS (NORC DSM Screen for Gambling Problems), composto da 17 items che riguardano la situazione di gioco attuale e 17 items corrispondenti alla situazione di gioco nell'ultimo anno. La NORC ha così identificato una tipologia di giocatori NODS sulla base dei

risultati di una vasta ricerca, adottando la terminologia corrispondente ai livelli di problematicità rilevati dalle aree indagate.

La tassonomia dei giocatori presentata dalla NORC è, pertanto, così articolata:

- Non giocatori (coloro che non hanno mai giocato);
- Giocatori a basso rischio (coloro che giocano, ma non perdono mai più di 100 \$ in un giorno solo o nell'arco dell'intero anno precedente; OPPURE: coloro che giocano e perdono più di 100 \$ in un solo giorno o nell'arco dell'intero anno precedente, ma non presentano nessun criterio del DSM IV);
- Giocatori che perdono più di 100 \$ in un giorno solo o nell'arco dell'intero anno precedente E presentano inoltre:
 - uno o due criteri del DSM-IV = giocatori a rischio;
 - tre o quattro criteri del DSM-IV = giocatori problematici;
 - cinque o più criteri del DSM-IV = giocatori patologici;
 - otto o più criteri = giocatori patologici gravi.

Riassumendo i punti più interessanti dei risultati della ricerca condotta dalla NORC, si può affermare che:

- 1) la rincorsa alla perdita (il cosiddetto "chasing") è il criterio che indica anche da solo una situazione di gioco problematico, ma può presentarsi anche con molti altri piccoli sintomi ed è principalmente discriminante tra giocatori non sintomatici e giocatori paucisintomatici.
- 2) l'essere eccessivamente assorbito dal gioco (preoccupation), il giocare per sfuggire problemi o l'alleviare la disforia (escape), il mentire per nascondere il proprio coinvolgimento (lying) sono i criteri più frequenti tra i giocatori problematici.
- 3) il comportamento criminale dovuto alle perdite consistenti è tipico dei gravi giocatori patologici;
- 4) le conseguenze sul piano economico inducono i gravi giocatori patologici a richiedere un trattamento;
- 5) storie di arresti e carcere sono frequenti tra giocatori patologici gravi.

5. Gli "errori" dei giocatori: l'idea di controllare un evento aleatorio.

Così come molte ricerche hanno messo in evidenza, sono comuni alla maggior parte delle persone "errori e credenze" che si fondano sull'idea che gli eventi aleatori siano modificabili, siano interpretabili, siano prevedibili. In altre parole, non solo "abbiano una *loro* logica, siano correlati o correlabili con altri eventi", ma sia possibile comprendere tale logica, prevederla, manipolarla o interpretare da "segnali esterni" il messaggio premonitore. I meccanismi più frequenti che si possono riscontrare riguardano, ad esempio, l'avvicinamento alla vincita, così come può essere il sorteggio di un numero vicino o simile a quello che si era pronosticato. (Reid, 1986) Questa percezione di essere "prossimi alla vittoria" può sviluppare la convinzione sia necessario insistere per raggiungere l'obiettivo ed i propositi di limitazione che ci si era dati debbano essere accantonati in quanto "*ormai è fatta!*"

Anche la cosiddetta teoria dei "numeri ritardatari", ovvero l'idea che gli eventi che non compaiono da maggior tempo abbiano maggiori probabilità di successo degli altri, può portare a "dimenticare l'aleatorietà degli eventi" e, quindi, a insistere sul numero o sulla

combinazione che da tempo viene sorteggiata (Cohen, 1972). Tuttavia, per il giocatore pervaso da pensiero magico può valere anche il procedimento inverso – sebbene della stessa a-logica – ovvero l'insistere sull'evento "fortunato" perché si interpreta la ricorrenza come segno del destino, come "filotto", come momento fortunato, come "provocazione-segnale". Ovviamente, tale atteggiamento amplifica il senso di onnipotenza del giocatore, in quanto "a dispetto" della "logica" che porterebbe a scommettere sull'evento ritardatario, si segue invece l'istinto, l'emozione, il rischio.

Anche l'idea di avere un "ruolo attivo" nel gioco spesso sostiene la reiterazione e l'a-logica nella condotta. Si pensi, ad esempio, ad esperimenti condotti con il lancio dei dadi, in cui la velocità e la forza del lancio appare correlata con l'aspettativa di un numero alto e viceversa (Henslin, 1967). Del resto, già Wortman (1975) aveva notato come la partecipazione attiva favorisca un sentimento immotivato di scelta e di responsabilità che, tuttavia, modifica la percezione di controllo.

Un altro elemento che può influenzare la condotta di gioco è relativo alla percezione di "essere scelti". Si pensi, ad esempio, al fatto che le persone dopo avere acquistato un biglietto della lotteria, tendono a rifiutare la vantaggiosa offerta di scambio con più biglietti, ritenendo o che il proprio biglietto abbia maggiori possibilità oppure che non lo si "debba tradire" di fronte ad una offerta, sebbene vantaggiosa.

Anche le combinazioni dei numeri assumono un valore "divinatorio" e contrario alle leggi della logica e della probabilità. Non si sceglie, infatti, un biglietto della serie A123456789 se si ha l'alternativa di uno della serie N29294738, in quanto si ritiene impossibile sia estratto un biglietto A123456789, nonostante abbia la stessa identica probabilità dell'altro. Per la stessa ragione, non si giocano al lotto i numeri 1,2,3,4,5 oppure 10,20,30,40,50, ma si preferisce disporre diversamente la propria scelta. Ad esempio, 4,34,46,53,72. Questi fattori – ripetiamo – comuni anche ai non giocatori patologici di fatto "predispongono, costruiscono, mantengono" condotte di gioco e spesso costituiscono la base sulla quale si innescano escalation e reiterazioni.

Uno dei meccanismi più frequenti, problematici, ed anche indicativi di gravità nei giocatori patologici, come già detto, è però il cosiddetto fenomeno del già citato "chasing", ovvero della rincorsa alla perdita corrispondente al sesto criterio del DSM, che porta ad un incremento esponenziale nel gioco dettato dalla esigenza di recuperare il denaro perduto ed alla assunzione di rischi (es. indebitamento, usura, condotte di rilevanza penale), finalizzati al procacciarsi denaro per potere continuare. Tale "esigenza" di rifarsi è spesso accompagnata dalla razionalizzazione che una volta "in pareggio" non si giocherà più e si ripianeranno tutti i debiti, ed è interpretabile, anche attraverso gli studi di Kahneman e Tversky, sul paradosso della propensione al rischio ovvero che le persone sono più propense ad accettare rischi nelle fasi di perdita piuttosto che in quelle di vincita. Tale evidenza è stata dimostrata da un esperimento dove venivano offerti 1000 \$ a dei soggetti con la possibilità di raddoppiare tale somma oppure di perderla con una probabilità del 50%. La maggior parte dei soggetti di fronte ad un guadagno sicuro non accettava il rischio. Tuttavia, se si proponeva una perdita sicura di 100 \$ con la possibilità, sempre con il 50% di probabilità, di andare "a pari" oppure di perderne 200, la maggior parte delle persone preferiva assumersi il rischio. Tale teoria applicabile in ambiti diversi del comportamento, spiegherebbe nel caso del gioco come in "fase di perdita" e di "necessità di recupero" il giocatore assumerebbe maggiori rischi. A questo fattore, va aggiunto, poi, il "sunk cost effect" (Thaler, 1985), ovvero la teoria "dell'affondamento", che spiega come la volontà di mantenere una determinata linea di condotta possa essere influenzata in maniera irragionevole dalle risorse (tempo, denaro, fatica) precedentemente investite.

Tale comportamento riguarda non solo il gioco d'azzardo ma gli investimenti in generale: economici, affettivi, professionali e spiegherebbe come le persone persistano in comportamenti distruttivi o antieconomici anche di fronte a dati di realtà che suggerirebbero di cambiare atteggiamento.

6. Giochi e giocatori.

Uno spazio di approfondimento per la ricerca empirica sul gioco d'azzardo patologico è rappresentato dallo studio della relazione tra tipo di gioco e giocatore, né più né meno come nella relazione tra consumatore e tipo di sostanze. Sebbene questa area appaia curiosamente poco frequentata dagli studiosi, interessanti sono le ricerche, oltretutto le osservazioni cliniche, che mostrano come siano diverse le caratteristiche sia in termini diagnostici, eziopatogenetici ed anche prognostici, in relazione ai diversi tipi di giochi (Petry, 2003). Infatti, i tipi di gioco, similmente alle sostanze, non solo possono presentare caratteristiche diverse tra loro, ma anche essere diversamente accessibili o appetibili da parte dei soggetti in ordine all'età, agli interessi, alla classe sociale, al genere; con la possibilità di favorire diversamente la frequenza, l'intensità, l'interesse e lo sviluppo o meno di compulsività.

A tale proposito, Petry (Petry, 2003) evidenzia come le diverse forme di gioco problematico varino in funzione delle caratteristiche socio-demografiche dei giocatori e come la gravità del gioco patologico sia da porre in relazione alle difficoltà psicosociali.

In particolare, gli scommettitori alle corse di cavalli e cani sono prevalentemente maschi e mediamente più anziani rispetto agli altri gruppi di giocatori. Tendenzialmente tali soggetti presentano, non solo problemi precoci con il gioco, un alto punteggio al SOGS ed un alto dispendio di denaro, ma anche disturbi psichiatrici (ansia, disturbi di memoria, difficoltà di controllarsi con comportamento spesso violento e ideazione suicidaria) e basse problematiche legate all'uso di sostanze.

I giocatori di scommesse sportive - più giovani rispetto al gruppo precedente, con un minore dispendio di denaro e con una minore frequenza di disturbi psichiatrici - sembrano, invece, evidenziare una tendenza all'abuso di alcol e problemi ad esso correlati. I giocatori di carte, diversamente da questi, inoltre, presenterebbero un più basso indice di problematicità, una minore incidenza di disturbi psichiatrici ed una minore tendenza all'abuso di alcol: questo anche in ragione della necessità di mantenere costantemente attiva la memoria e l'attenzione nelle fasi di gioco.

Sono, invece, prevalentemente donne, piuttosto anziane e con una maggiore frequenza di disturbi psichiatrici, i giocatori-tipo di slot machines. Esse iniziano a giocare anche in età avanzata e presentano forti rischi economici. Interessante poi, a proposito delle slot-machines, l'ipotesi di Jacobs, secondo il quale le esperienze dissociative che si possono incontrare in tale tipo di gioco siano dovute ad una storia di trauma (Jacobs, 1988), e che questa sia una tipologia di gioco in grado di attirare e trattenere giocatori con disturbi psichiatrici latenti. Si tratta di un gioco solitario, il cui utilizzo per lungo tempo e con quantità crescenti di denaro può esacerbare disturbi psichiatrici, determinando o aggravando problemi di isolamento con possibile aumento di sintomi depressivi e ansiosi. Infine, i giocatori di gratta e vinci e alle lotterie, spesso sottovalutati, sembrano presentare alcuni rischi importanti. Sebbene, infatti, apparentemente spendano cifre più esigue,

rischiano di giocare con frequenza crescente e non raramente presentano nell'anamnesi abuso di sostanze e disturbi psichiatrici: il 30% hanno tentativi di suicidio, il 15% allucinazioni e il 10% altri sintomi.

I giocatori che cercherebbero nel gioco un rush o un'eccitazione particolare (Anderson & Brown, 1984) sono, invece, rintracciabili – oltreché nelle scommesse (ippiche e di cani) – nei giochi di casinò, quali, ad esempio, roulette, black jack, chemin de fer. E', poi, forse il caso di segnalare come giocatori patologici con storia di abuso di sostanze riportino come la sensazione di vittoria mentre giocano somigli agli effetti soggettivi legati all'uso di psicostimolanti (Hickey, 1986).

Mentre l'esito in tutte le forme di gioco d'azzardo è basato principalmente sulla fortuna, competenza o abilità (o presunta conoscenza ed abilità) giocano un ruolo in alcuni giochi, quali, ad esempio, quelli di carte, scommesse sportive, etc. (Ceci & Licker, 1986). Altri giochi, invece, come le lotterie e i gratta e vinci non fanno dell'abilità il loro focus principale. Uno studio (McCreadie et al., 2001) segnala come la lotteria sia un'attività *ricreativa tra schizofrenici*, mentre altre ricerche indicano una correlazione tra gioco patologico alla lotteria abuso di sostanze ed un basso livello socio-economico (Mikesell, 1991; Hendricks, 1997).

Le differenze di genere, come già accennato, hanno la loro importanza nella "scelta del gioco" e le donne sembra evidenzino maggior interesse e problematicità con le slot che con altre forme di gioco (Potenza et al., 2001; Petry, 2002). Ciò suggerisce (Lesieur & Blume, 1991c) l'ipotesi che nel sesso femminile il gioco svolga una funzione di fuga a problemi familiari e personali, a differenza che nel sesso maschile, in cui, invece, è prevalente la ricerca dello stato di eccitazione. Per tale motivo, infatti, quello delle slot machines o dei videopoker è da considerare un "gioco di fuga", dove i giocatori possono entrare in uno stato dissociativo (Jacobs, 1988; Wynne, 1994; Kofoed et al., 1997), e tempo e luogo essere dimenticati (Diskin & Hodgins, 1999). Inoltre, le donne sembrano preferire forme di gioco più solitarie, forse anche per evitare gli acting out che sono, invece, più tipicamente maschili durante il gioco (Kiesler & Sproull, 1985).

In conclusione, sembra che motivazioni ed effetti nel gioco delle slot machines possano non solo differire dalle altre forme di gioco, ma anche rivolgersi ad un pubblico particolare ed anche creare o potenziare aspetti depressivi e condotte di evitamento e accentuare di stati di sofferenza/esitamento, anziché di ricerca di emozioni, attraverso lo sprofondamento asociale che offrono. "Giocare di fronte ad uno schermo è un tipo di consumo privo di attributi sociali. Non indicano status specifico, non attrae nessun tipo di pubblico, non implica alcuna comunicazione. Diversamente dai giochi d'azzardo tradizionali non comporta un'esperienza comune e, quindi, un'attività narrativa o fabulatoria. Diversamente dal toto (legale o clandestino) o dalle scommesse ai cavalli, non si basa su competenze tecniche, reali o presunte. Diversamente dal lotto, non consente elaborazioni magiche del caso e della probabilità. E' un tipo di sprofondamento asociale che ricorda, soprattutto nelle sale o nei bar, in cui diversi giocatori sono allineati davanti alle macchine, un lavoro ripetitivo di immissione di dati". (Dal Lago, Quadrelli, 2003)

Alcune esperienze italiane (Bellio, Fiorin, 2004; Patrizi & Bussu, 2005; Scardina, Lipari, Picone, 2006⁴) indicano nella tipologia di richieste di aiuto ai servizi un'alta percentuale di giocatori di videopoker o di slot machine e questo in relazione sia alla diffusione e facilità di incontro e frequentazione di tali giochi dislocati nella maggior parte

⁴ Il riferimento è alla casistica dell'Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d'azzardo Patologico del "Progetto GAP", attivato all'interno del Ser.T D.S. 13 dell'A.S.L. 6 di Palermo nel 2006, operante dal 2001.

dei bar, sia ad una loro specificità, quali il giocare in solitudine, la velocità delle sessioni, la possibilità di riscossione immediata, la semplicità e la ripetitività del gioco.

7. Prima valutazione del Programma residenziale intensivo "Orthos" per giocatori d'azzardo patologici.⁵

Rare sono le proposte di tipo residenziale per giocatori patologici in confronto alle diverse esperienze di trattamento ambulatoriale vuoi di tipo individuale (psicoterapico e/o farmacologico), che familiare o gruppale. Una delle esperienze maggiormente significative è costituita dalla Comunità Gordon nei pressi di Londra. Un progetto che prevede un periodo di permanenza di molti mesi, coerentemente allo schema classico di intervento comunitario sulle dipendenze. Il progetto che di seguito viene presentato muove, invece, dalla premessa che un programma residenziale per giocatori non possa eccedere il periodo di tre settimane per non risultare incompatibile con un inserimento nel mondo lavorativo, familiare e sociale che va, per quanto possibile, tutelato ed anzi rinforzato. All'interno di tale limitato spazio temporale è tuttavia organizzato un programma intensivo fondato su un quadro di riferimento teorico e metodologico di tipo psicoterapeutico (ad orientamento gestaltico-umanistico) che consente di lavorare in profondità sulle aree di criticità presentate dai giocatori patologici. Destinatari sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socio-economico e che ancora dispongono di una rete minima di legami familiari. Il progetto si rivolge a soggetti con personalità non fortemente compromesse da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. La eventuale rilevanza dei carichi penali viene valutata caso per caso. L'impostazione fortemente orientata alla responsabilizzazione dei residenti non consente l'accettazione di soggetti affetti da patologie di tipo grave, sia sul versante delle dipendenze multiple che dei disturbi di personalità. Le figure professionali sono rappresentate da un direttore della comunità, un consulente organizzativo-gestionale, uno psicologo psicoterapeuta, un consulente psichiatra, educatori o counselors, un ludo-arteterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative e di manutenzione, un operatore culturale per l'aspetto psicoeducativo, di stimolo alla crescita culturale e di allargamento della prospettiva esistenziale, un responsabile amministrativo e consulente finanziario e gli obiettivi terapeutici sono sintetizzabili in:

1. esplorazione della storia personale e identificazione di eventuali disturbi della personalità che hanno messo in atto e successivamente perpetuato l'incapacità di regolare i propri impulsi e di realizzazione di un soddisfacente progetto di vita;
2. riappropriazione delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali disfunzionali, assumendone la personale responsabilità come individui adulti e evitando l'attribuzione a situazioni esterne, al mondo, agli altri;
3. rivisitazione della storia affettiva e analisi dei possibili meccanismi di compensazione – attraverso il gioco compulsivo ed altri comportamenti di dipendenza o a rischio - della possibilità di strutturare soddisfacenti rapporti di intimità e di relazione costruttiva;

⁵ Progetto Residenziale per giocatori patologici finanziato dalla Regione Toscana con delibera n. 918 del 13-09-2004 ed iniziato nel marzo del 2007 sotto la direzione di Riccardo Zerbetto. Per riferimenti: www.comunitaorthos.it

4. messa a punto della situazione economico-lavorativa con programma di rientro di eventuali situazioni debitorie e di reinvestimento su possibili prospettive di lavoro.

Una sintesi sul Progetto "Orthos"

Il nome *Orthos*, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. *Orthos* è "colui che sta in piedi", che non è reclinato (da cui "cliente") o abbandonato passivamente (da cui "paziente") a se stesso e non dipende, quindi, da altri nel reggersi sulle proprie gambe. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica, inoltre, la scelta filosofica di fondo, all'origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere quanto l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori tale legittima aspirazione dell'essere umano. Se, infatti, il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell'uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile sradicarlo completamente dall'individuo. Tale discorso è in particolar modo importante per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socio-culturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco. Si tratta, quindi, di confrontarsi con il tema del "giusto equilibrio" in una ricerca sofferta e paziente che consenta di riportare sotto controllo un comportamento che tendenzialmente a questo controllo sfugge. In una prospettiva che privilegia la persona nel suo insieme più che un suo sintomo, non è quindi tanto importante un superficiale mutamento del comportamento quanto una più profonda, anche se dolorosa, consapevolezza del "destino" che si porta dentro. L'obiettivo è quindi quello di fare emergere quel "*daimon*" che si è tramutato in demone distruttivo forse anche per il fatto di non essere mai stato accolto nella sua più profonda unicità. Tra le componenti del programma terapeutico si riportano in sintesi gli elementi peculiari: a) Interrompere i comportamenti compulsivi: ovvero interrompere, a livello concreto oltre che simbolico, il ripetersi di comportamenti coattivi ed autolesivi questo attraverso la creazione di un contesto teso a favorire l'auto-osservazione, la analisi esistenziale, il confronto con compagni di corso. Trova senso in questa prospettiva la collocazione in una casa colonica della campagna senese. La sua particolare ubicazione consente un piacevole soggiorno ai pazienti in un ambiente tranquillo e confortevole dotato di stanze da letto, spazi comuni, biblioteca specializzata e ambienti per lo studio, ambiente per le attività terapeutiche, atelier per le attività di espressione artistica e corporea, spazi per attività occupazionale e lavoro al computer; b) Vivere secondo natura: dove vivere 'secondo natura' rappresenta la metafora di una ricerca di elementi essenziali e 'costitutivi' del vivere al di là dei moduli spesso alienanti della urbanizzazione; un ritorno al 'naturale' per sottrarsi ad un eccesso di 'virtualità', tipica del nostro tempo, dove le simulazioni del gioco, di realtà virtuali e fittizie hanno spesso il sopravvento sulla dimensione reale. Ritrovare, inoltre, un contesto dove riassaporare aspetti della vita da cui ci siamo allontanati ed ai quali merita forse riaccostarsi; c) Affrontare il vuoto e la nostra "ombra": in tale contesto è infatti possibile affrontare quell'*horror vacui*, a cui tanti comportamenti assuntivi si riconducono, perchè stare con il 'vuoto' può rappresentare quel punto di svolta da una continua fuga dalla propria ombra verso una ritrovata familiarità con se stessi, le proprie paure, i propri mostri persecutori

che tali non sono più, se solo c'è la possibilità di essere aiutati ad affrontarli e a conoscerli con l'aiuto di un terapeuta formato e di compagni di viaggio con cui condividere l'esperienza di un nuovo incontro con se stessi; una più agevole possibilità di impegno lavorativo per alcune ore al giorno, a contatto con aspetti della natura da cui trarre un nutrimento estetico, emozionale e, perché no, spirituale; d) Fermarsi e fare il punto sul personale percorso esistenziale: di qui la possibilità di affrontare i nodi esistenziali irrisolti, avendo a disposizione finalmente quel tempo e quella concentrazione che servono con l'aiuto di persone che a questo compito hanno dedicato la loro professione; rivisitare il proprio percorso di vita cogliendone luci ed ombre per farne un bilancio che permetta al giocatore di sanare 'il rosso' che è stato accumulato non solo a livello economico, ma soprattutto affettivo e recuperare quei valori su cui poter reimpostare una esistenza piena e soddisfacente; e) Per non ripetere gli stessi errori e poter riprendere un percorso evolutivo: gli obiettivi terapeutici si possono sintetizzare in un'esplorazione della storia personale e nell'identificazione di eventuali disturbi della personalità che hanno originato e successivamente perpetuato l'incapacità di regolare i propri impulsi e di realizzare un soddisfacente progetto di vita, nella riappropriazione delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali disfunzionali, assumendone la personale responsabilità come individui adulti e evitando l'attribuzione a situazioni esterne, nella rivisitazione della storia affettiva ed analisi dei possibili meccanismi di compensazione della possibilità di impostare soddisfacenti rapporti di intimità o relazioni costruttive, nella messa a punto della situazione economico-lavorativa con un programma di rientro da eventuali situazioni debitorie e di reinvestimento su possibili prospettive di lavoro; f) Verso quale progetto di vita: nella fase più avanzata del programma viene dedicato uno spazio alla elaborazione/riformulazione di un personale e più soddisfacente *Progetto di vita*. Tale compito consiste in un vero lavoro applicato alla analisi, ristrutturazione, riprogrammazione di diversi aspetti inerenti la propria vita personale, passando da quello lavorativo a quello affettivo o dell'uso del tempo libero. *Il life project* viene progressivamente elaborato sotto forma di testo scritto che il giocatore ha l'opportunità di rivedere e modificare con lo scopo di renderlo sempre più aderente ad un plausibile compromesso tra ambizioni e realistiche stime di realizzazione. Tale testo diventa anche oggetto del confronto nelle successive verifiche previste per il periodo post-residenziale; g) Il pensiero magico: tra le varie attività di gruppo, una è dedicata ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche, etc.), come ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi. Sia le ricerche in ambito analitico di Freud (1927) e di Bergler (1957) che di Ladouceur in ambito cognitivistico (Ladouceur & Walker, 1996; Ladouceur et al., 2003), hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le svelte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza. Tuttavia il giocatore patologico risulta spesso solo (single o separato) o coinvolto da relazioni intense ma tempestose e prive di quelle caratteristiche che consentano la costruzione di relazioni affettive profonde e durature. In alcuni casi, si evidenziano situazioni di dipendenza affettiva con elementi di forte ambivalenza e conflittualità. In sintesi, sembra che il gioco tenda a compensare quell'elemento di gratificazione che può giungere, più naturalmente, dall'eros e dagli affetti. L'opportunità per una riflessione sulla vita affettiva rappresenta così uno degli elementi più importanti del programma, come pure quello di verificare la componente di "alesitimia", di difficoltà, cioè, a familiarizzare con il mondo emozionale e degli affetti. In

questa prospettiva seppur muovendosi in un contesto (setting) di gruppo, l'attenzione è quella di mantenere una metodologia che privilegia la traiettoria di ogni singolo individuo nel percorso terapeutico. Accanto alle attività condivise, viene quindi riservato uno spazio che favorisce la autoriflessione assistita, la ricostruzione del proprio percorso esistenziale attraverso una relazione duale con un operatore che finalizzato ad un accompagnamento personalizzato del processo di autoesplorazione e progettualità. Anche il gioco ha un "suo spazio" ed una sua funzione terapeutica all'interno della comunità e la serata viene talvolta dedicata al gioco creativo. Si intende con questo termine un'attività di gioco che esplori una gamma ampia e diversificata di possibilità di gioco che non abbia implicazioni di denaro, che privilegi l'aspetto della competenza-competizione rispetto alla alea, che implichi un forte elemento di socializzazione e che consenta al giocatore di confrontarsi con le sue dinamiche problematiche (pensiero magico, incapacità di perdere, sopravvalutazione dell'elemento-denaro, perdita della attitudine giocosa a favore di una competitività esasperata, etc.). Le persone inserite nel progetto devono tuttavia risultare protagoniste attive del processo di cambiamento e pertanto sono chiaramente ed approfonditamente informate del fatto che il loro progresso terapeutico avviene non solo in misura di come sanno recepire passivamente (come pazienti) le varie forme di intervento terapeutico, ma anche da come sanno a loro volta metterli a frutto a vantaggio dei compagni. Essere "agenti" attivi e partecipi del processo di cambiamento rappresenta, infatti, la chiave di volta nel delicato passaggio da una posizione "orale passiva" ad una posizione attiva e generativa, in altre parole, adulta. Attraverso l'adozione di tecniche specifiche viene, quindi, enfatizzata l'importanza di procedere "in cordata" nel difficile percorso "sul ghiacciaio" pieno di insidie e di possibilità di ricadere a valle. Lo stesso programma terapeutico inizia e si conclude con gruppi di utenti ben definiti i quali compiono in modo solidale e sincrono il percorso previsto e non prima di un esplicito *commitment* reciproco sulla determinazione di portare a compimento il percorso che si intende intraprendere. Infine, la consistenza dei processi di cambiamento viene attentamente monitorata nel periodo post-residenziale attraverso la fase dell'accompagnamento e dei richiami che copre, con cadenze regolari, il primo anno successivo alla dimissione dalla comunità. A ciascun "corsista" viene anche consegnata una "schedina" con un punteggio relativo a diversi aspetti della vita come: attività lavorativa, relazioni familiari, vita associativa, condizioni psicologiche ed altri aspetti che connotano la "qualità della vita" a cui l'interessato viene chiamato a dare un sintetico punteggio autovalutativo. Tale autovalutazione è oggetto di confronto negli incontri di verifica. La autenticità della auto-valutazione non è messa in dubbio, salvo l'emergere di fondati elementi che depongano per il contrario. Tale confronto avviene in gran parte sulla base della conoscenza che i corsisti hanno l'uno dell'altro rappresentando essi stessi i giudici più severi del progresso che ognuno dimostra di aver fatto.

Le fasi del programma

Il processo terapeutico prevede 3 fasi.

- **Accoglienza.** Viene svolta presso la sede ambulatoriale del progetto a Siena, la sede della comunità, le sedi collegate che si attivano mano a mano che sul territorio nazionale operano professionisti formati alla filosofia ed alla metodologia applicativa del Programma.
- **Comunità residenziale o semi-residenziale.** Tre settimane intensive estremamente strutturate. Segue un incontro di 3 giornate, dopo 3 mesi dal trattamento intensivo di richiamo, per l'approfondimento di problematiche residue o sopravvenute, di 2 giornate di

trattamento intensivo di mantenimento a distanza di ulteriori 3 mesi, ed infine una giornata di verifica di fine programma.

- **Accompagnamento e richiami.** E' previsto un attento monitoraggio sulla fase del reinserimento sociale, familiare e lavorativo che comporta l'impegno ad essere inseriti in un programma che preveda la partecipazione ad un gruppo terapeutico di auto-aiuto con operatori che collaborano con Orthos e la partecipazione alle giornate di trattamento intensivo di richiamo.

1. Dati preliminari di una ricerca sugli utenti

La ricerca è stata effettuata su 32 soggetti con GAP (29 maschi, 90,6%; 3 femmine, 9,4%), afferenti al programma Orthos nei primi quattro moduli del 2007.

I soggetti di questo gruppo hanno un'età media di 47,38 anni ($ds= 10,4$), e si presentano assai eterogenei rispetto a diverse variabili di natura sociodemografica e clinica, evidenziando, quindi, come il GAP sia un disturbo che si può manifestare in diversi contesti culturali, economici e relazionali.

Infatti, la maggior parte dei soggetti risulta coniugata, ma è elevata anche la percentuale dei soggetti separati, divorziati o privi di partner. La metà dei soggetti ha un livello di istruzione medio-basso (scuola media inferiore), e solo 2 (6,25%) hanno un'istruzione universitaria.

Anche rispetto all'attività professionale è presente un ampio range di variabilità, sebbene si osservi complessivamente un'elevata percentuale di soggetti con probabile reddito medio-basso (disoccupati, operai e pensionati).

La tipologia di gioco d'azzardo più comune è quella da scommesse, con ben il 43,75% dei casi che presentano una dipendenza da SNAI; elevata anche la prevalenza della dipendenza da slot-machine (15,6%). Tuttavia, nel campione si osservano diversi "oggetti" su cui si orienta il GAP (casinò, giochi di carte, gratta e vinci, lotto).

I soggetti afferenti al programma Orthos hanno un debito medio di 101.966 euro. Tuttavia può essere più utile osservare il valore mediano (25.000 euro), poiché la variabilità del debito è piuttosto alta ($ds=368.758$ euro), in relazione al fatto che due partecipanti non hanno situazioni debitorie in corso, mentre un soggetto, un broker finanziario, ha un debito pari addirittura a 2.000.000 di euro.

Undici soggetti (34,4%) mostrano anche altre diagnosi psichiatriche in comorbidità, con un'elevata prevalenza della depressione, che riguarda ben 7 di loro (63,6% degli 11 soggetti con comorbidità psichiatrica). Le altre diagnosi in comorbidità osservate sono: disturbo d'ansia, dipendenza da alcol, disturbo borderline di personalità e sindrome di Parkinson. Questi soggetti ricevono anche un trattamento farmacologico per i loro disturbi.

Al campione di soggetti GAP qui descritto è stata somministrata una batteria di test, comprendente i seguenti reattivi self-report:

- a) SOGS (South Oaks Gambling Screen: Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;
- b) BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività;

- c) DES-II (Dissociative Experiences Scale – Revised: Bernstein Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative;
- d) TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20 items: Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alessitimia e della disregolazione affettiva.

Sono, quindi, stati estrapolati i punteggi medi ottenuti ai reattivi dai soggetti del campione (vedi **Tabella 1**).

Tabella 1

	Media	<i>Ds</i>
SOGS	14,00	<i>3,13</i>
BIS-11	75,53	<i>8,35</i>
DES-II	20,13	<i>11,27</i>
TAS-20	57,09	<i>9,77</i>

Le statistiche descrittive ci informano, dunque, di alcune peculiari caratteristiche di questo gruppo. Innanzitutto, se si considera che il cut-off del SOGS suggerito dagli autori per lo screening del GAP è di 5 punti, è evidente la grave condizione patologica di questi soggetti, che presentano invece un punteggio medio di 14. Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di $64,11 \pm 10,08$). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il cut-off di 30 suggerito dagli autori per lo screening della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti di questo gruppo si classificano come "borderline per l'alessitimia", ottenendo un punteggio medio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici.

Gli studi di correlazione ci offrono invece risultati singolari, che meritano un approfondimento. Da una parte, i punteggi al SOGS non correlano significativamente con le altre variabili indagate. Se, da una parte, ciò può essere dovuto alla non elevata ampiezza campionaria, che riduce certamente la potenza statistica del test di correlazione, dall'altra, questo dato evidenzia che le misure comportamentali del GAP sono solo parzialmente sovrapponibili al costrutto di impulsività come misurato dalla BIS-11, che sembra indagare maggiormente una variabile latente di tratto.

L'impulsività, a sua volta correla a livello di trend ($r=0,34$; $p<0,06$) con l'alessitimia, segnalando come *il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento.*

Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia ($r=0,53$; $p<0,01$), ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II ($r=0,55$; $p<0,01$). Questo elemento è già stato rilevato in letteratura rispetto ad altre forme di dipendenza patologica (Caretti, Craparo, Schimmenti, 2006; Caretti et al., 2007) e mostra nuovamente che nella TAS-20 è il primo fattore l'indicatore del grado di disregolazione affettiva maggiormente convergente con altre misure della psicopatologia nelle addiction.

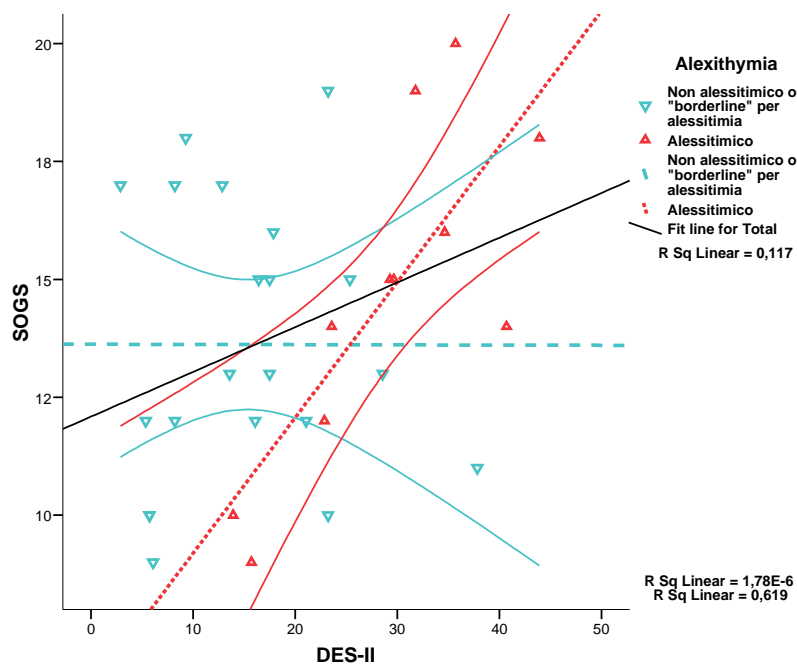
Altrettanto interessanti sono i risultati degli studi di regressione. Essi ci informano che i migliori stimatori dell'impulsività, misurata attraverso BIS-11, risultano l'età (Beta= -0,34, t= -2,12; p<0,05) e, ancora una volta, il primo fattore della TAS-20 (Beta=0,40, t=2,48; p<0,02), ad ulteriore conferma della sua capacità di predire diversi deficit connessi all'incapacità di individuare gli stati emotivi connessi all'attivazione fisiologica e quindi di autoregolare gli affetti. Dunque, il modello complessivo (R^2 corretto=0,143, $F_{2, 29}$ = 4,73, p<0,02; t=9,98, p<0,01) ci suggerisce che all'incremento delle difficoltà nell'identificare le emozioni ed al decrescere dell'età corrisponde un significativo aumento dell'impulsività, almeno rispetto a questo gruppo.

In relazione al SOGS, l'unica variabile selezionata dagli studi di regressione *stepwise* è stata la dissociazione strutturale (Beta=0,36, t=2,14; p<0,05), ovvero la variabile dicotomica (presenza/assenza) che distingue le esperienze dissociative non pervasive da quelle patologiche, individuata attraverso il valore di cut-off di 30 alla scala DES-II, come suggerito da Carlson e Putnam nel loro articolo del 1993 (R^2 corretto=0,10, $F_{1, 30}$ = 4,57, p<0,05; t=23,15, p<0,01). Questo aspetto è molto importante, per cui ci sembra utile approfondirlo brevemente. Esistono numerosi modi di intendere la dissociazione (Caretta, Schimmenti, 2007): essa può essere intesa nel senso di sistema o unità mentale non integrata alla coscienza, di alterazione della coscienza che comporta una disconnessione dal Sé o dalla realtà esterna (è questo il caso dei disturbi dissociativi descritti nei manuali di diagnosi psichiatrica), e di meccanismo di difesa. I sintomi psichiatrici della dissociazione inoltre presentano diverse sfumature (anche di gravità) che vanno da forme abbastanza comuni di assorbimento immaginativo, presenti anche nei soggetti normali o con diagnosi meno severe, a manifestazioni eclatanti di processi di "compartimentalizzazione" del Sé (Putnam, 1997), come quelli che caratterizzano i disturbi dissociativi di identità. Analizzando la capacità diagnostica della DES-II, gli autori hanno individuato che valori pari o superiori a 30 discriminano al meglio tra i casi che presentano un disturbo dissociativo di interesse psichiatrico (dissociazione strutturale), e quelli che invece, pur potendo presentare alcuni sintomi dissociativi, non hanno comunque un disturbo dissociativo (cioè che non presentano diagnosi di disturbo dissociativo di identità, depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia e fuga dissociativa o DDNAS).

Nonostante il dato ottenuto fosse significativo, comunque, la bassa percentuale di varianza spiegata dal modello e l'elevato valore della somma dei residui quadratici mostrava la necessità di analizzare più accuratamente questo risultato. Abbiamo, quindi, effettuato uno studio sulla covariazione della dissociazione e dell'alessitimia, e abbiamo osservato un significativo effetto di interazione tra le due variabili rispetto ai punteggi SOGS ($F=3,42$, gdl=3, p<0,05; Eta-quadro=0,268). In particolare, la condizione di alessitimia incrementava di molto le medie marginali stimate al SOGS in rapporto alla presenza o meno di dissociazione strutturale (17,4 versus 12,5).

Abbiamo, quindi, ritenuto che la bassa percentuale di varianza dei punteggi SOGS spiegata dalle esperienze dissociative patologiche potesse essere meglio approfondita in base alla presenza o meno di una condizione alessitimica. Il modello di regressione totale e per sottogruppi che abbiamo sviluppato è mostrato nel **Grafico 3**.

Grafico 3



Come evidenziato da questo *scatterplot*, in cui è mostrata anche la retta di regressione totale e quelle parziali per i sottogruppi alessitimico e non-alessitimico (con relativo intervallo di confidenza al 95%), la DES-II di per sé non risulterebbe un'efficace stimatore dei punteggi al SOGS, ma quando utilizziamo come variabile di selezione la condizione alessitimica conclamata (punteggi alla TAS-20 superiori a 60, ovvero al cut-off individuato dagli autori per la diagnosi di alessitimia), allora la potenza del modello accresce enormemente (R^2 corretto=0,58, $F_{1,9} = 14,62$, $p < 0,01$; $Beta = 0,79$, $t = 3,82$, $p < 0,01$). In sintesi, dunque, quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano. Possiamo, quindi, ipotizzare che, quando non sono in grado di autoregolare i propri affetti e di utilizzarli adeguatamente nei contesti interpersonali, i soggetti GAP ricorrono al comportamento dipendente, e che questa condotta sia essa stessa in qualche modo un sintomo dissociativo volto a modulare gli stati affettivi ed allontanare emozioni non elaborabili, avvertite come traumatiche e sopraffacenti. Quando, invece, i soggetti GAP mostrano un minore deficit della regolazione affettiva, la causa del comportamento di dipendenza è da cercare altrove rispetto al funzionamento della dissociazione. Questo dato ci informa, comunque, che sia la dissociazione (in particolare quella patologica e strutturale) che l'alessitimia sono variabili importanti per comprendere i meccanismi della dipendenza dal gioco d'azzardo.

Chiaramente, i risultati ottenuti in questo lavoro non possono essere estesi all'intera popolazione dei giocatori d'azzardo patologici, a causa dell'ampiezza e della specificità del campione; ci sembra, tuttavia, che le indicazioni fornite da questo studio, in particolare quelle inerenti all'*interazione tra alessitimia e dissociazione rispetto al grado di severità del gioco d'azzardo compulsivo*, siano da approfondire ulteriormente, ed eventualmente da

tenere in considerazione per meglio comprendere e trattare i meccanismi psicopatologici che caratterizzano questo disturbo.

2. Risultati preliminari

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del primo modulo intensivo dei 21 giorni. Per la valutazione dei successivi tre moduli, che hanno avuto luogo nel maggio, agosto e dicembre 2007, dovremo quindi attendere la fine del 2008.

Dal documento prodotto dalla Commissione di Valutazione composta da quattro operatori professionali su incarico della Regione Toscana sono emerse le seguenti indicazioni:

1. Il 51.5% degli utenti proviene dalla Regione Toscana, mentre il 48.5% da fuori Regione. Il 63.3% dell'utenza è stata inviata dai SerT, mentre altri utenti hanno appreso dell'esistenza del programma da Internet o da organi di stampa.
2. Il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona *retention rate* ed una buona *compliance* nei confronti del programma.
3. Di questi ultimi utenti, ad una stima condotta a fine 2007, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute. Tali stime, con il passare dei mesi, hanno avuto un modesto peggioramento percentuale. E' pur vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente "tenuta" nei confronti delle ricadute. Una valutazione che tenga conto di un arco di tempo necessariamente più ampio è tuttora in corso.
4. Il 54.5% degli utenti che hanno completato il programma sono stati inviati ai SerT per essere sostenuti nel programma di mantenimento. Nelle sedi di Siena, Milano e Roma vengono condotti incontri periodici di sostegno per gli utenti che hanno completato il programma. In taluni casi si è avviato o confermato un inserimento in gruppi per Giocatori anonimi o di Auto-mutuo-aiuto.
5. Si è confermata l'importanza del coinvolgimento della famiglia per una migliore riuscita del trattamento, spesso in collegamento con i servizi territoriali o liberi professionisti.

Quali elementi di criticità sono stati evidenziati:

- a. La inadeguatezza del programma ad ospitare situazioni più gravemente compromesse per problemi di comorbidità con problematiche psichiatriche o abuso di alcol e droghe illegali.
- b. una carenza di raccordo tra la Comunità e i SerT sia nella fase di invio (con valutazione diagnostica) sia nella fase delle dimissioni del giocatore per una migliore impostazione della fase di mantenimento.

A seguito di tale valutazione è stata comunque confermata l'utilità di proseguire con il programma sperimentale.

8. Conclusioni... necessariamente aleatorie.

E' certamente vero che il gioco d'azzardo patologico, già argomento di studio e interesse dai tempi di Freud (1927), sta assumendo oggi una rilevanza ed una problematicità crescente. Difficile, tuttavia, trovare indicatori precisi di dati di prevalenza ed incidenza. Secondo il DSM-IV, la prevalenza di giocatori patologici sarebbe stimabile tra l'1 ed il 3% della popolazione adulta. Tuttavia, i diversi studi epidemiologici presentano risultati non sempre coincidenti, sovrapponibili e comparabili⁷. Questo in relazione alla diversità dei modelli di ricerca adottati, alle specificità delle comunità oggetto di studio (Dickerson & Ninchy, 1988) ed ai differenti strumenti di valutazione. Vero è che individuare dati di prevalenza ed incidenza di giocatori patologici in una data popolazione costituisce una sfida estremamente complessa per diverse ragioni. In primo luogo, si tratta di quantizzare un fenomeno che presenta una scarsa visibilità: si pensi, da non ultimo alla possibilità di giocare via internet. Inoltre, come già accennato, risulta non solo molto complessa, ma anche arbitraria sia la definizione stessa di giocatore patologico, che la distinzione tra le diverse sfumature che vanno dal gioco sociale, a quello problematico a quello patologico. Gli stessi strumenti diagnostici a loro volta esprimono forti criticità in ordine alla comparazione dei risultati. Ad esempio, mentre il SOGS include sia *items* che indagano sui vissuti del soggetto che *items* comportamentali; il DSM indica solo criteri comportamentali: sebbene il quinto criterio ("gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico, per es.: sentimenti di impotenza, colpa, ansia o depressione") esprima non poche ambiguità in proposito. Un altro forte *bias* tra i due strumenti è dovuto al fatto che, se l'aver ottenuto prestiti da più parti può portare a un punteggio SOGS di 5 o più e pertanto, può spingere a classificare in chiave patologica il soggetto, sono solo due i criteri del DSM che considerano tale elemento e così lo stesso soggetto potrebbe rischiare di apparire patologico al SOGS e non al DSM. Inoltre, è noto come qualsiasi strumento clinico tenda in popolazioni a bassa prevalenza a sovrastimare la patologia. Risulta, quindi, necessario, al fine di avere dati maggiormente veritieri e confrontabili, definire soglie diagnostiche che siano rilevanti dal punto di vista clinico e sociale, integrare le stime di prevalenza con indici di gravità ben definiti e di utilità pratica e altri fattori predittivi correlati alla richiesta di trattamento (Gambino, 2006).

Inoltre, va segnalato come, a dispetto della stabilità a livello aggregato, alcuni dati sembrano indicare come, per non pochi soggetti, il sintomo possa essere *temporaneo* ed *episodico* piuttosto che duraturo e stabile. Ed una singola rilevazione piuttosto che diagnosi ripetute rischia di sovrastimare il dato. Infatti, vi sono evidenze di come per molti soggetti la *remissione del sintomo* possa costituire una regola piuttosto che una eccezione (Slutske, Jackson, Sher, 2003). Ricerche evidenziano, poi, come nel 20% dei casi (N=24) gli episodi di compresenza di sintomi durarono per più di 1 anno, mentre nel 27% si presentarono più di 2 episodi di compresenza di sintomi. Ancora, se per taluni soggetti il decorso sembra indicare una condizione di cronicità, in altri i dati indicherebbero una episodicità. Un altro punto interessante e problematico sembra dovuto al fatto che con il tempo i soggetti tendono a sottostimare la gravità della loro condizione passata (Abbott, Williams, Volberg, 2004). La questione del tempo di osservazione appare, pertanto,

⁷ Si consideri ad esempio come, i risultati di una intervista clinica telefonica semi strutturata condotta da uno psicologo non confermassero nell'82% i risultati ottenuti con gli strumenti di screening SOGS or CPGI (Ladouceur et al., 2005)

centrale e problematica. Ad esempio, gli studi che utilizzano il DSM-IV possono operare una distinzione tra i giocatori che hanno incontrato i criteri del gioco patologico o problematico una volta o l'altra nella vita, oppure nell'ultimo anno. Al fine di misurare la prevalenza nella popolazione generale, il considerare il tempo relativo alla vita di una persona può portare a sovrastimare i giocatori patologici includendo persone che possono avere superato il problema e non presentare attualmente alcun sintomo. Ad esempio, uno storico studio condotto da Volberg negli Stati Uniti indicava una presenza nel "corso della vita" (lifetime) di patologia pari al 5.1% (Volberg, 1996). D'altro canto, considerare solo l'ultimo anno può portare a sottostimare il problema, in quanto potrebbero essere esclusi soggetti che potrebbero presentare problemi, pur non avendo avuto comportamenti oggetto di analisi nell'ultimo anno. Nonostante queste cautele, uno studio di Shaffer e coll. (1999) sulla letteratura stima che approssimativamente l'1.6 % della popolazione adulta statunitense si collocherebbe nella descrizione del DSM-IV di "Pathological Gambler" (Level 3) ed un altro 3.85 % tra i "Level 2 Gamblers" (dove vengono inserite le persone problematiche ma al di sotto del livello patologico). Del resto, precedenti studi di Kallick e collaboratori (Kallick et al., 1979) stimavano nel 1974 negli USA un milione e centomila probabili giocatori compulsivi, più altri tre milioni e trecentomila potenziali giocatori compulsivi, pari allo 0.77% ed al 2.33 % della popolazione adulta. Nonostante questo studio sia stato oggetto di diverse critiche per l'utilizzo di indici indiretti di misura dei problemi legati al gioco e per l'arbitrarietà della distinzione tra giocatore "probabile" e "potenziale" (Nadler, 1985), ricerche successive condotte in diversi stati americani hanno confermato un tasso di probabili giocatori patologici tra l'1.5 ed il 3% della popolazione adulta (Culleton, 1985; Culleton e Lang, 1985). Tali dati sembrerebbero superare una "storica" ed "ottimistica" ipotesi di Clark (1966), secondo la quale poco meno dell'1% della popolazione avrebbe potuto rientrare nella categoria del gioco patologico, così come è stata assunta successivamente dal DSM-IV. Tra i vari studi, quelli di prevalenza di giocatori patologici in alcuni stati degli U.S.A., condotti da Volberg & Steadman e realizzati tramite interviste telefoniche, (Volberg & Steadman, 1988; Volberg & Steadman, 1989) hanno indicato dati sostanzialmente simili nel ritrovare una prevalenza di gioco d'azzardo patologico, dell'1.5% ed una prevalenza di forme minori di gioco del 2.8%.

Molto diverso appare, poi, l'identikit del giocatore patologico dalle diverse ricerche. Ad esempio, gran parte delle ricerche nordamericane che hanno preso come popolazione di riferimento i partecipanti ai gruppi di Gamblers Anonymous o persone in trattamento delineano il profilo di giocatore patologico quale maschio, quarantenne sposato, occupato. Studi, invece, strutturati sulla base di interviste telefoniche su campioni rappresentativi della popolazione, sebbene, poi, disconfermati da altre ricerche, indicano tra i giocatori problematici e quelli patologici un terzo di donne, una proporzione più elevata rispetto alla popolazione generale di persone sotto i trentanni, disoccupati e soggetti con un livello di formazione ed un reddito basso (Volberg e Steadman, 1988). Tuttavia, non si può non considerare come il tentativo di ottenere dati attraverso interviste telefoniche escluda di fatto soggetti quali militari che vivono in caserma, senza fissa dimora, studenti lontani da casa, carcerati, ricoverati in ospedale o in comunità terapeutiche.

Un altro punto interessante è relativo al fatto che, mentre la maggior parte degli studi è finalizzata a comprendere il "perché si comincia" sarebbe altrettanto e forse più interessante anche comprendere "perché si smette" o si passa a forme di gioco non problematico" dopo un singolo episodio; in quanto sembra essere una caratteristica che distingue coloro per i quali il gioco appare come attività sociale da coloro che sviluppano e mantengono un gioco patologico. (Raylu, Oei, 2002).

Di fatto, pur non potendo dare conto di tutti gli studi di incidenza e prevalenza, è necessario osservare come, tra l'offerta di gioco e sviluppo di problematiche relative, sia lecito considerare una positiva correlazione. E, quindi, di fronte ad un aumento di occasioni, opportunità, tipologie di gioco che si stanno presentando, senza peraltro una adeguata attività di prevenzione/informazione, i rischi di ampliamento della platea di persone con problematiche legate al gioco sia verosimilmente un tema da considerare con forte attenzione.