



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CASSINO E DEL LAZIO MERIDIONALE

**Corso di Dottorato in
Metodi, modelli e tecniche per l'ingegneria
XXXII Ciclo**

Titolo

**SVILUPPO DELLA DIPENDENZA DA GIOCO TRA
AMBIENTE FISICO E VIRTUALE**

Supervisore

Prof.ssa Lorianca Castellani

Co-supervisore

Prof.ssa Valeria Verrastro

Dottorando

Matteo Pio Ferrara

Coordinatore

Prof.ssa Wilma POLINI

A.A. 2018/2019

INDICE

CAPITOLO 1.....	8
IL GIOCO D’AZZARDO E LA SUA EVOLUZIONE	8
1.1 GIOCHI TRADIZIONALI VS ATTUALI	11
1.2 IL GIOCO ONLINE E OFFLINE	12
1.3 GIOCO, GIOCATORI E SOCIETÀ	15
1.3.1 IL GIOCO E LE DONNE	18
1.3.2 IL GIOCO E GLI ADOLESCENTI.....	21
1.4 IL CAMBIAMENTO: DA GIOCO SOCIALE A GIOCO PATOLOGICO	25
1.5 FATTORI PSICHICI NEL DISTURBO DA GIOCO	35
1.6 PERSONALITÀ E SENSATION SEEKING NELLA DIPENDENZA	40
1.6.1 IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLO SVILUPPO DELLA DIPENDENZA	50
1.6.2 PROBABILITÀ O ILLUSIONE? LE DISTORSIONI COGNITIVE	54
1.6.3 FATTORI AMBIENTALI E DESIGN DEI LUOGHI DI GIOCO	57
1.7 ASPETTI E RIPERCUSSIONI SOCIALI	61
1.8 FATTORI DI VULNERABILITÀ E RESILIENZA	65
CAPITOLO 2.....	70
DIPENDENZE COMPORTAMENTALI.....	70
DIPENDENZA DA VIDEOGAME	70
2.1 LA DIPENDENZA IN BAMBINI E ADOLESCENTI.....	71
2.2 COME I VIDEOGAME POSSONO CREARE DIPENDENZA.....	72
2.3 COMPORTAMENTI A RISCHIO DA DIPENDENZA DA VIDEOGAMES	73
2.4 PROBABILI DANNI DA DIPENDENZA DA <i>GAMING</i>	74
2.4 MONDO REALE E MONDO VIRTUALE RISCHIO DI INTERFERENZE.....	75
DIPENDENZA DA INTERNET	76
2.5 PROBLEMI DELLA INTERNET DIPENDENZA.....	78
2.6 DISPERCEZIONE SPAZIO-TEMPO: L’ASSENZA DEL CORPO	79
DIPENDENZA DA SMARTPHONE	81

II FASCINO DELLA TECNOLOGIA.....	82
CAPITOLO 3.....	84
CENNI DI PREVENZIONI	84
I GENITORI: PRIMA FONTE DI PREVENZIONE	91
PREVENZIONE DEL GIOCO D’AZZARDO E INTERNET.....	92
PREVENZIONE E CURA DELLA INTERNET <i>ADDICTION</i> IN BAMBINI E ADOLESCENTI	93
PREVENZIONE AMBIENTALE	94
CAPITOLO 4.....	99
LA RICERCA SVILUPPO DELLA DIPENDENZA DA GIOCO D’AZZARDO TRA AMBIENTE E FISICO E VIRTUALE.....	99
OBIETTIVI	100
CAMPIONE.....	100
STRUMENTI.....	107
STUDIO 1: “DIPENDENZE E PERSONALITÀ”	110
STUDIO 2: “DIPENDENZE E FAMIGLIA”	114
STUDIO 3: “DIPENDENZE E DISTORSIONI COGNITIVE”	116
STUDIO 4: “DIPENDENZE ONLINE E OFFLINE”	118
DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	120
LIMITI DELLA RICERCA.....	125
CONCLUSIONI	126
BIBLIOGRAFIA.....	128
SITOGRAFIA.....	144

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 Vecchi e nuovi giochi	9
Figura 2 Schema di Custer	28
Figura 3 Schema del gircolo vizioso dell'azzardo	36
Figura 4 Differenza tra luoghi di gioco	59
Figura 5 Nuove e vecchie <i>slot machine</i>	60
Figura 6 Strutture cerebrali coinvolte nella dipendenza: Immagine adattata da Clapp et al. pubblicata dal National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Errore. Il segnalibro non è c	
Figura 7 Pubblicità	89

INDICE TABELLE

Tabella 1 Confronto tra vecchi e nuovi giochi	11
Tabella 2 Differenza tra dipendenze da sostanze e da comportamento	32
Tabella 3 Livelli di problematicità del gambling	37
Tabella 4 The Italian Journal of Gambling Addiction - Serpelloni 2012.....	66
Tabella 5 Tipologie di prevenzione - Serpelloni 2012	84
Tabella 6 età del campione	100
Tabella 7 età e differenze di genere.....	101
Tabella 8 titolo di studio.....	101
Tabella 9 occupazione	101
Tabella 10 entrata economica mensile	102
Tabella 11 stato civile.....	102
Tabella 12 con chi vive	102
Tabella 13 presenza di fratelli e sorelle.....	103
Tabella 14 religione praticata dal campione.....	103
Tabella 15 religione.....	103
Tabella 16 religiosità dei genitori.....	104
Tabella 17 frequenza a funzioni religiose dei genitori	104
Tabella 18 tipologie, modalità e frequenze di gioco	104
Tabella 19 persone con cui si gioca.....	105

Tabella 20 presenza di giocatori in famiglia	105
Tabella 21 chi gioca in famiglia	106
Tabella 22 luoghi di gioco	106
Tabella 23 preferenze nelle modalità di gioco online - offline	107
Tabella 24 spesa media per giochi e scommesse	107
Tabella 25 Correlazione di Pearson tra dipendenze	110
Tabella 26 ANOVA tra dipendenze comportamentali e differenze di genere	110
Tabella 27 ANOVA tra dipendenze e religione del campione.....	110
Tabella 28 ANOVA tra gruppi di SOGS-Ra e dipendenze comportamentali.....	111
Tabella 29 correlazione di Pearson tra personalità e dipendenze comportamentali.....	111
Tabella 30 ANOVA tra personalità e gioco d'azzardo	112
Tabella 31 correlazione di Pearson tra <i>sensation seeking</i> e dipendenze comportamentali	113
Tabella 32 ANOVA tra <i>sensation seeking</i> e gioco d'azzardo	113
Tabella 33 ANOVA tra personalità e dipendenza da videogame	114
Tabella 34 ANOVA tra <i>sensation seeking</i> e dipendenza da videogame.....	114
Tabella 35 correlazione di Pearson tra famiglia e dipendenze comportamentali.....	114
Tabella 36 ANOVA tra famiglia e gioco d'azzardo	115
Tabella 37 ANOVA tra famiglia e rischio dipendenza da videogame.....	115
Tabella 38 correlazione di Pearson tra dipendenze e distorsioni cognitive	116
Tabella 39 ANOVA tra distorsioni cognitive e differenze di genere.....	117
Tabella 40 ANOVA tra dipendenze e modalità online e offline.....	118
Tabella 41 ANOVA tra dipendenze e modalità online - offline per il solo gruppo ad alto rischio <i>gambling</i>	118
Tabella 42 ANOVA tra distorsioni cognitive e modalità online - offline per il solo gruppo alto rischio <i>gambling</i>	119

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si sono sviluppate alcune particolari forme di dipendenza, le “*New Addiction*”, in cui non è implicato l’utilizzo di una sostanza chimica, ma una o più attività lecite/legali e socialmente riconosciute.

Questi comportamenti, pur essendo considerati come normali abitudini o attività della vita quotidiana, possono per alcuni individui, diventare delle vere dipendenze, che sconvolgono ed invalidano l’esistenza della persona e del suo sistema di relazioni. Le dipendenze comportamentali, si manifestano nell’urgente bisogno di dover praticare un’attività per soddisfare un irrefrenabile impulso, inconsapevoli che, tutto questo condurrà all’autodistruzione. Pertanto, anche se non vi è assunzione di sostanze chimiche, il quadro fenomenologico è molto simile a quello della tossicodipendenza e dell’alcolismo.

Queste nuove dipendenze si incrociano tra loro, o si accompagnano alle dipendenze da sostanze; molto frequente è, per esempio, l’associazione di Gioco d’Azzardo Patologico e Dipendenza dall’Alcol o tra gioco d’azzardo, internet, videogame e smatphone.

Il Disturbo da gioco d’azzardo patologico (DGA) si presenta in realtà, come un fenomeno sfuggente e particolarmente invalidante, di difficile classificazione e dall’eziologia incerta. Per meglio interpretare il comportamento di gioco, è importante inserirsi in un ottica di funzionamento bio-psico-socio-culturale ed ambientale. Presupposto indispensabile di tale modello è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell’interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Adler, 1935; Engel, 1977, 1980).

Infatti, il gioco d’azzardo, nel mondo e non meno nel nostro Paese, ha assunto volumi importanti, seppure alcuni dati restano ancora sommersi, inoltre si aggiunge una persuasiva spinta da parte dei media e dalle innumerevoli pubblicità, sia su internet che in diverse attività commerciali. Il gioco d’azzardo si caratterizza come un disturbo subdolo e particolarmente invalidante, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale, con il rischio di innescare altre problematiche, alcuni studi riportano (A. Blaszczynski, Z. Steel, N. McConaghey, 1997) l’associazione fra DGA e depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze (alcol, sostanze psi-coattive), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), deficit dell’attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa). Questa condizione è ormai riconosciuta

come un disturbo compulsivo complesso e cioè una forma comportamentale patologica che può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, e contemporaneamente la possibilità di generare gravi problemi sociali e finanziari oltre che entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale, anche, e soprattutto, con quelle dell'usura.

Il progetto di ricerca qui presentato ha lo scopo di indagare quali sono i particolari processi di sviluppo nella genesi di una particolare forma di dipendenza comportamentale, la *Gambling Addiction*, ed il ruolo degli ambienti di gioco d'azzardo, intesi sia come luoghi fisici che luoghi virtuali. I riferimenti teorici di partenza risalgono alla teoria della *social cognition* di A. Bandura (1986), che spiega la funzione triadica del modello psicosociale intesa come causalità reciproca. In questa struttura causale, comportamento, cognizione, fattori personali e situazioni ambientali operano come determinanti interagenti che influenzano tutti gli altri in modo bidirezionale. Aspetto fondamentale riguarda il funzionamento del sistema familiare. In particolare è stato utilizzato il modello circonflesso di Olson che attraverso la struttura del questionario FACES IV indaga gli aspetti di coesione e flessibilità. Vi sono due scale bilanciate (coesione e flessibilità) e quattro sbilanciate (per la coesione: disimpegno e ipercoinvolgimento; per la flessibilità: rigidità e disorganizzazione). Nel questionario, la scala della comunicazione familiare si compone di dieci items. Olson (Olson & Barnes, 2004) definiscono la comunicazione come le azioni efficaci orientate a riportare informazioni, idee, pensieri e sentimenti tra i membri di un nucleo familiare. Questa può variare da povera a buona o molto buona. Secondo gli autori esiste una correlazione tra funzionamento familiare e comunicazione: tanto maggiore è il bilanciamento del sistema, tanto migliore sarà la comunicazione.

In tempi più vicini alcuni autori (Mayer, Johnson, Hu & Chen, 1998; Mayer & Johnson, 2003) portano in evidenza le condizioni di comfort e l'atmosfera dei Casinò, che sono così ben organizzati da consentire ai giocatori di trascorrervi più tempo e di conseguenza spendere maggior denaro. Anche Friedman (2000) nelle sue ricerche sulle strategie ambientali adottate dai Casinò ha mostrato come, oltre la location, l'*interior design* è la variabile più importante.

CAPITOLO 1

IL GIOCO D'AZZARDO E LA SUA EVOLUZIONE

La storia del gioco d'azzardo è strettamente legata alla storia dell'uomo, tanto che i primi cenni a questa attività si riscontrano addirittura nel **3000-4000 a.C.** Nella civiltà egiziana, era già praticato il gioco dei dadi, infatti, il termine "azzardo" deriva dal francese "*hasard*", a sua volta termine di origine araba, "*az-zahr*", che significa proprio "dadi". In altri luoghi quali India, Giappone e Cina, si hanno testimonianze di scommesse, sia al gioco dei dadi che veniva effettuato con tre dadi il cui punteggio massimo era 6-6-6, sia alle corse dei carri. Croce e Zerbetto (2001), notano che il numero 666, conosciuto come il numero del Diavolo, è anche la somma di tutti i numeri della roulette e accostano questa simbologia al fatto che il gioco d'azzardo possa diventare anche una dannazione, se si pensa al suo essere compulsivo e alle disastrose conseguenze alle quali può condurre questa "sete di rischio" (Dostoevskij, 1866). Anche nella Roma imperiale, personaggi come Nerone, Caligola, Claudio, furono a loro modo accaniti giocatori di dadi (in latino "alea").

Se il gioco dei dadi vanta la storia più lunga, nei secoli a noi più vicini c'è stata una notevole espansione delle modalità di gioco, le scommesse alle corse dei cavalli sono oggi tra le forme più popolari di gioco d'azzardo, ma il loro soprannome "sport dei re" indica che in origine non coinvolgeva il cittadino comune.

Altre due importanti forme di gioco d'azzardo risalgono all'opera di due inventori, Blaise Pascal e Charles Fey. All'attività di matematico di Pascal si deve lo sviluppo della versione finale della roulette, derivata da tre invenzioni precedenti: la "*hoca*" con tre zeri usata da Luigi XVI, la ruota "pari e dispari", e la "*boule*", che aveva una ruota con numeri fissi sul bordo su cui si tirava la biglia. Dopo 150 anni circa, nel 1895, lo statunitense Charles Fey inventò le poker-machine (in Italia note come slot-machine): neanche gli inventori, nei loro sogni più azzardati, avrebbero potuto immaginare le somme di denaro che sarebbero passate dalle loro creazioni e le conseguenze che ne sarebbero scaturite.



Figura 1 Vecchi e nuovi giochi

La nascita del Casinò

Il primo luogo in assoluto dove si giocava d'azzardo era la Baratteria medievale. Si tratta di un posto chiuso o aperto, separato da luoghi di culto o dalle piazze principali del centro abitato, in cui veniva praticato il gioco del dado. La gestione degli affari tenuti in tali contesti era affidata ai cosiddetti Barattieri.

In alcuni casi, venivano introdotti anche dei tavoli da gioco all'interno delle taverne, posti frequentati anche da persone di malaffare e da prostitute. Il ricorso al gioco d'azzardo, in epoca medievale, era uno dei principali mezzi attraverso cui raggirare la gente. Per questo motivo, chi praticava o gestiva il gioco d'azzardo nelle taverne, su volontà dell'imperatore Federico II, non poteva essere chiamato a testimoniare in un processo, o ricoprire delle cariche amministrative importanti, in quanto considerato poco credibile.

Ben presto, però, esattamente a cavallo tra il medioevo e il rinascimento, il gioco d'azzardo divenne un diritto e, in questo modo, i governatori dei comuni italiani ebbero modo di applicare delle imposte che gravano su tale giro d'affare. Allora vennero introdotte le cosiddette "gabelle" cioè una somma che doveva essere corrisposta annualmente dal gestore del gioco d'azzardo praticato in luoghi pubblici.

Nel nostro paese, bisogna attendere il 1638, per registrare la nascita della casa da gioco più antica del mondo: il Casinò di Venezia.

Nel 1930, inoltre, venne costruita un altro casinò che si trova nella litorale della città "serenissima": il Casinò di Venezia lido.

Successivamente, fecero la loro comparsa altre 3 case da gioco, in diverse aree dell'Italia settentrionale, come il casinò di Sanremo nel 1905, nato nella bellissima città dei fiori e sede del festival più importante della musica italiana, il Casinò di Campione d'Italia nel

1917 in un territorio di confine con la Svizzera e, infine, il Casinò di Saint Vincent nel 1947, una delle case da gioco più amate dagli appassionati provenienti da ogni angolo del vecchio continente.

In America e, in particolar modo, a New York e dintorni, verso l'inizio del primo ventennio, il gioco d'azzardo veniva praticato all'interno dei locali, dove si beveva e si assisteva anche a degli spettacoli di ballerine che danzavano in musical. Un atto del Congresso americano, dando inizio a quella che passerà alla storia come l'era del Proibizionismo, vietò l'assunzione di alcoolici e il gioco d'azzardo.

Inevitabilmente, il gioco d'azzardo, da questo momento in poi, diventa un'attività gestita dalle organizzazioni illecite newyorkesi capeggiate da malavitosi di origini italiane e in particolar modo meridionali. Nel 1931, nello stato del Nevada venne emanata una legge che legalizzava il gioco d'azzardo: nacquero così i famosissimi Casinò di Las Vegas.

I giochi d'azzardo ormai non sono più solo i Casinò, bische o giochi clandestini (lontani dalla maggior parte della gente comune), ma scommesse (cavalli, sport, ecc.) disponibili in svariate forme e tipologie (fisiche e locali, ma anche telefoniche, tramite tv digitale, telematiche ecc.); I nuovi giochi tecnologici (pur rifacendosi o richiamando in taluni casi giochi tradizionali) si stanno distinguendo per la loro attitudine ad un gioco solitario ed a-sociale con evidenti rischi di sconfinamento in forme di gioco problematico e patologico. Lotto e derivati dello stesso, Bingo, Win for life, 10 e Lotto, Slot-machine, New Slot e VLT (acronimo di *video lottery terminal* con la possibilità di giocare fino ad un massimo di 10 euro a tiro e con la possibilità di vincere un jackpot tra gli apparecchi racchiusi nella stessa rete), facilmente accessibili a tutti, diffusi in modo smodate. Anche questi giochi pur essendo legali non discostano minimamente dalla tematica dell' azzardo, poiché giocandoci vengono investite somme di denaro sulla previsione di una vincita ben lontana dalle abilità del giocatore ma riguarda solo il caso e il denaro investito non verrà più reso se perduto.

GIOCHI TRADIZIONALI VS ATTUALI

Per una corretta e semplice differenziazione tra i giochi tradizionali e datati e i nuovi giochi sempre più tecnologici, trovo che la tabella ripresa da un articolo di Croce (2001) sia particolarmente interessante.

Confronto tra giochi (Croce, 2001)

Tabella 1 Confronto tra vecchi e nuovi giochi

TRADIZIONALI	NUOVI
LENTEZZA Passare le carte, aspettare l'estrazione.	VELOCITÀ Macchine sempre più veloci, possibilità di giocare in tempo reale
RITUALITÀ	CONSUMO
SOCIALITÀ	SOLITUDINE
MANUALITÀ	TECNOLOGIA
VISIBILITÀ Chi gioca è visibile, sebbene in luoghi particolari	INVISIBILITÀ È possibile giocare senza farsi vedere da nessuno
CONTESTUALIZZAZIONE Luoghi e orari precisi	DECONTESTUALIZZAZIONE Ogni luogo, ogni ora
BASSA SOGLIA D'ACCESSO Per entrare al casinò, era necessario fornire i propri dati anagrafici, per entrare in determinate bische bisognava essere presentati	ALTA SOGLIA D'ACCESSO I giochi sono facilmente raggiungibili da chiunque
COMPLESSITÀ Per giocare ad alti livelli era necessario conoscere alcune regole	SEMPLICITÀ

IL GIOCO ONLINE E OFFLINE

A partire dagli anni '90 del secolo scorso, la diffusione del gioco d'azzardo online è aumentata all'aumentare della diffusione della Rete. Uno studio pubblicato nel 2007 da Griffiths e Barnes (ricerca empirica sul gioco online) ha comparato un gruppo di giovani giocatori d'azzardo con uno di giovani giocatori d'azzardo online. I dati mostrano che, anche, tra gli adolescenti il gioco condotto online è privilegiato più dagli uomini che dalle donne; esso determina una diminuzione delle attività sociali più del gioco offline.

Per giocare ci si può recare al casinò, alle sale corse, nei bar, alla ricevitoria o addirittura, più comodamente, rimanere a casa propria, se si dispone di un collegamento a internet e di una carta di credito. I nuovi giochi d'azzardo, segnati da una vera e propria evoluzione tecnologica, definiscono un nuovo modo di giocare: solitario decontestualizzato (ad ogni ora ed in ogni luogo), globalizzato, con regole semplici e universalmente valide e pertanto ad alta soglia di accesso. Inoltre, si rivolgono, appunto, ad un pubblico generalmente lontano dall'azzardo e dai suoi luoghi di culto: adolescenti, casalinghe e pensionati. Appare evidente che si sta verificando nell'offerta e nel consumo di gioco d'azzardo una importante trasformazione sia in termini quantitativi (maggior numero ed aumentata facilità di accesso) sia qualitativi (giochi che presentano un potenziale dipendente crescente). Circa il 43% dei giocatori online gioca settimanalmente ma ben il 19% gioca quotidianamente o più volte al giorno. La maggior parte di questi ultimi (32,3%) spende dai 1.000 ai 5.000 dollari annualmente e circa il 46% trascorre più di 3 ore per sessione di gioco, mentre il 50% tra una e tre ore. Nella casistica dello studio, si è visto anche che i giocatori online consumano normalmente più tabacco, alcol e sostanze stupefacenti, quali la cannabis, rispetto a quelli che non usano questo tipo di gioco d'azzardo.

Non a caso, il gioco online è molto popolare, in quanto offre la stessa emozione che molte persone trovano nel gioco d'azzardo dal vivo, ma in più riesce a fornire il comfort e la comodità di giocare dalla propria casa. Consente l'anonimato; può essere nascosto agli occhi dei familiari; è sottratto ai limiti temporali e spaziali; è preferito perché offre più opportunità e maggiore varietà di giochi, perché è economicamente più conveniente, perché sono ridotti i tempi di attesa e sono minori gli intervalli tra le giocate, ed infine, perché il risultato è immediato. Come sottolinea Croce, i giochi condotti online dagli adolescenti si rivelano particolarmente pericolosi, poiché determinano il passaggio da

attività ludiche condivise e organizzate a giochi condotti in solitudine e privi di qualsiasi elemento di crescita individuale e sociale. L'autore ne evidenzia le numerose conseguenze negative, quali: l'alto dispendio di denaro, le assenze da scuola, l'abbassamento del rendimento scolastico, i furti per procurarsi il denaro, l'utilizzo di sostanze stimolanti, nonché l'insorgenza di condizioni cliniche quali ansia e depressione.

Oggi, semplicemente grazie ad una connessione ad internet adeguata, tutti possono giocare ad una delle diverse piattaforme di *gambling* online. Tutte queste concrete possibilità hanno fatto sì che il gioco d'azzardo online sia cresciuto sempre più in maniera esponenziale. Infatti, ci sono veri e propri casinò online gestiti dai monopoli di stato o da compagnie private, attivi senza sosta e con un'ampia offerta di giochi, slot e lotterie, tavoli verdi virtuali; infinite possibilità di scommesse sportive su competizioni di tutto il mondo e di ogni livello agonistico. Il gioco online si rivolge ad una fetta di mercato per lo più diversa dal gioco d'azzardo tradizionale, si rivela molto appetibile soprattutto per adolescenti e giovani. Questa tipologia di gioco però predilige minore socialità rispetto a quella tradizionale. Esistono forum online riguardanti scommesse, poker o situati all'interno degli stessi siti di casinò online, dove è possibile scambiarsi opinioni, "tattiche vincenti" o formare piccoli sottogruppi con altri utenti coperti ciascuno dal proprio nickname. Tuttavia sono circoli di "amici" ancora meno reali di quelli di una comune sala slot. Per determinate persone è proprio questa minore socialità uno dei fattori che determinano la scelta di questa tipologia di gioco. I giocatori patologici online costituiscono una categoria con disagio sociale e sensibilità alle critiche, per cui il gioco sarebbe un mezzo grazie al quale raggiungere e mantenere l'isolamento.

Fra gli elementi che sono stati determinati per una tale evoluzione e che potranno incidere su nuovi sviluppi vi sono:

- l'affermazione del poker online come principale *skill game* (gioco di abilità): questo è il segmento che maggiormente contribuisce alla raccolta e che fa registrare i più alti tassi di crescita;

- l'aumento degli operatori del settore: con la suddivisione in network entrare nel mercato del gioco è diventato molto più facile anche per piccoli operatori che da soli non potrebbero sostenere i costi di realizzazione o gestione della piattaforma

tecnologica, aprendo le porte a scenari più competitivi e cambiamenti e differenziazioni delle offerte;

-introduzione di nuovi giochi: il 2009 ha visto l'arrivo sul mercato di novità come il bingo online e altri tipi di giochi a totalizzatore numerici, che sicuramente possono portare a interessanti scenari futuri;

-evoluzione della normativa e passaggio alla liquidità internazionale: i continui cambiamenti della normativa, che regolarizza il settore del *gambling* online, possono portare nell'immediato futuro all'apertura verso nuove concessioni che abilitano all'offerta di tutti i tipi di gioco online. Inoltre, l'apertura verso la liquidità internazionale, permettendo così ai giocatori italiani di giocare anche contro utenti non residenti in Italia, garantirebbe un maggior interesse nel settore e allo stesso tempo una misura protettiva ulteriore contro il mercato illegale.

Offline

Il gioco offline coinvolge fundamentalmente tutti i giochi da tavolo, slot machine in sale VLT, superenalotto e gratta e vinci. In particolare, possiamo distinguere:

-giochi numerici a quota fissa: sono quei giochi basati sui numeri, per cui la vincita dell'utente è definita, di volta in volta, in base all'importo delle giocate, come ad esempio il Lotto;

- giochi numerici a totalizzatore nazionale: quei giochi di sorte basati sulla scelta di numeri, da parte dei consumatori, nell'atto della scommessa. In questo caso, l'ammontare della vincita non è nota al momento della giocata ma è definita solo a posteriori, sulla base dell'ammontare complessivo del montepremi raccolto e del numero di giocate vincenti;

- apparecchi da intrattenimento: sono quei giochi in cui vi è interazione con una macchina, che restituiscono vincite in denaro. Si trovano spesso nelle tabaccherie, nei bar e negli alberghi, rappresentando un'attività aggiuntiva a quella principale;

esistono anche sale giochi e ricevitorie, che fanno dei giochi da intrattenimento la loro attività esclusiva;

- lotterie: l'utente partecipa all'estrazione di premi, tramite l'acquisto di un biglietto. Esse possono essere "differite", nel caso in cui l'estrazione dei premi sia collegata ad alcuni

eventi storici o artistici (ad esempio la Lotteria Italia) o “istantanee”, poiché la verifica della combinazione vincente è immediata, come nel caso del Gratta & Vinci;

- giochi a base sportiva: sono giochi in cui si vince grazie all’abilità di prevedere l’esito di alcuni eventi sportivi, come il Totocalcio e il Totogol;

- giochi a base ippica: sono, invece, i giochi per cui il giocatore vince grazie alla capacità di prevedere l’esito di corse ippiche. Il gioco si svolge presso le agenzie ippiche, gli ippodromi, i negozi ed i corner ippici e sportivi;

- bingo ha un carattere di intrattenimento, socializzazione e impiego piacevole del tempo libero, differenziandosi in maniera sostanziale da altri giochi, come le Slot machine e il poker, basati prevalentemente su comportamenti individuali;

- casinò: sono edifici in cui è possibile giocare alle roulette, al blackjack, al poker, alle slot machine e ad altri giochi ancora. Attualmente sono presenti sul territorio italiano solo quattro casinò autorizzati come il Casinò Municipale di Venezia, Casinò Municipale di Campione d’Italia, Casinò Municipale di Sanremo e il Casinò De La Vallée di Saint-Vincent in Valle d’Aosta.

GIOCO, GIOCATORI E SOCIETÀ

Uno spazio di approfondimento riguardante la ricerca empirica sul gioco d’azzardo patologico è stato destinato allo studio della relazione tra tipo di gioco e giocatore, cosa che è stato evidenziata ed approfondita anche per ciò che concerne l’utilizzo di sostanze.

Anche se le ricerche a riguardo non sono numerosissime, gli studi su queste ricerche risultano particolarmente interessanti, oltreché le osservazioni cliniche, che mostrano come siano diverse le caratteristiche in termini diagnostici, eziopatogenetici e anche prognostici, in relazione ai diversi tipi di giochi (Petry, 2003). Infatti, i diversi tipi di giochi, similmente alle sostanze, non solo possono presentare caratteristiche diverse tra loro, ma diversa è anche la loro accessibilità o il grado di appetibilità da parte dei soggetti in base ad età, interessi, classi sociali e al genere; con la possibilità di favorire diversamente la frequenza, l’intensità, l’interesse e lo sviluppo o meno di compulsività.

Petry (2003), evidenzia come le diverse tipologie di gioco problematico variano in funzione delle caratteristiche “socio-demografiche” dei giocatori e come la gravità del gioco patologico sia da porre in relazione alle difficoltà psicosociali.

In particolar modo, gli scommettitori alle corse di cavalli e cani sono prevalentemente maschi e mediamente più anziani rispetto ad altri gruppi di giocatori. Tendenzialmente questi soggetti presentano non solo problemi precoci con il gioco, un alto punteggio al SOGS e un alto dispendio di denaro, ma anche disturbi psichiatrici come ansia, disturbi di memoria, difficoltà di controllarsi con comportamento spesso violento e ideazioni suicidarie e basse problematiche legate all'uso di sostanze.

I giocatori di scommesse sportive più giovani rispetto al gruppo precedente che scommetteva alle corse dei cavalli, con un minore dispendio economico e con una minore frequenza di disturbi psichiatrici, sembrano, invece, evidenziare una tendenza all'abuso di alcol e problemi ad esso associati. I giocatori di carte, diversamente da questi, presenterebbero un basso indice di problematicità, una più bassa incidenza con i disturbi psichiatrici e una minore tendenza all'abuso di alcol, questo fenomeno deriva dal fatto che si ha la necessità di mantenere costantemente attiva la memoria e l'attenzione nelle fasi di gioco, quindi è richiesta la massima lucidità.

Come detto in precedenza il gioco si veste di rosa (Cesare Guerreschi, 2002), le donne, piuttosto anziane e con maggior frequenza di disturbi psichiatrici sono i giocatori tipo delle slot-machine. Le donne iniziano a giocare anche in età avanzata e presentano forti rischi economici. E' interessante, a proposito delle slot-machine, l'ipotesi di Jacobs (1988), secondo il quale le esperienze dissociative che si possono incontrare in tale tipo di gioco sono dovute ad una storia di trauma e che detta tipologia di gioco, capace di attirare e trattenere giocatori con disturbi psichiatrici/psicologici latenti. Si tratta per lo più di un gioco solitario, il cui utilizzo prolungato e con quantità crescenti di denaro può creare disturbi psicologici, determinando o aggravando problemi di isolamento con possibile aumento di sintomi depressivi e ansiosi.

Continuando troviamo i giocatori di gratta e vinci e di lotterie, un tempo sottovalutati, ma oggi in particolare aumento che presentano rischi particolarmente importanti. Sebbene, apparentemente spendano cifre più esigue, rischiano di giocare con frequenza crescente e non raramente presentano in fase di anamnesi, abuso di sostanze e disturbi psicologici.

I giocatori che cercherebbero di trovare 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, come per esempio roulette, blackjack, chemin de fer.

Secondo Hickey (1986), è importante segnalare come giocatori patologici con storie di abusi di sostanze riportino come la sensazione di vittoria mentre giocano somigli agli effetti soggettivi legati all'uso di psicostimolanti.

Mentre il risultato, in tutte le forme di gioco d'azzardo è basato principalmente sulla fortuna, in alcuni giochi, quali ad esempio le carte, scommesse sportive ecc. competenze e abilità (o presunta conoscenza e abilità) giocano un ruolo significativo (Ceci, Liker, 1986). Altri giochi, come lotterie e i gratta e vinci non fanno dell'abilità il loro focus principale. Uno studio di McCreadie et al. (2001), segnala come le lotterie siano un'attività ricreativa tra schizofrenici, mentre altre ricerche indicano una correlazione tra gioco patologico e lotteria, abuso di sostanze e un basso livello socioeconomico (Mikesell, 1991; Hendricks, 1997).

Le differenze di genere come già accennato in precedenza, hanno la loro importanza nella scelta e selezione del gioco e le donne sembra evidenzino maggiore interesse e problematicità con le slot-machine che con altre forme di gioco (Potenza et al., 2001; Petry, 2002). Questo suggerisce (Lesieur, Blume, 1991), l'ipotesi che nel sesso femminile il gioco svolga una funzione di fuga a problematiche familiari e personali, a differenza del sesso maschile, in cui è prevalente la ricerca dello stato eccitatorio. Per tale motivo, infatti, quello delle slot-machine o dei video-poker è da considerarsi 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 passano in ultimo piano fino a essere quasi dimenticati (Diskin, Hodgins, 1999). Inoltre, le donne sembrano preferire forme di gioco più solitarie, forse anche per evitare gli *acting-out* che sono per lo più tipicamente maschili durante il gioco (Kiesler, Sprull, 1985).

Per concludere, sembra che motivazioni ed effetti nel gioco delle slot-machine possano non solo differire dalle altre forme di gioco, ma anche rivolgersi ad una clientela particolare e anche creare o potenziare aspetti depressivi e condotte di evitamento e accentuare stati di sofferenza/esitamento, anziché di ricerca di emozioni, attraverso lo sprofondamento asociale che offrono. Giocare incollati ad uno schermo è un tipo di passatempo denigrante ed asociale. Non indicano uno 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 clandestini) o dalle scommesse sportive ai cavalli, non si basa su competenze tecniche, reali o presunte. È in sostanza un tipo di sprofondamento asociale, che ricorda, soprattutto nelle sale e nei bar, in cui i diversi giocatori sono allineati davanti le macchine, un lavoro ripetitivo di immissione di dati (Dal Lago, Quadrelli, 2003). È un qualcosa di routinario e per dirla alla Adam Smith (1776), la routine è distruttiva perché soggetto perde il controllo sulla propria vita e in generale su di sé, la ripetizione cui porta è alienante e costringe l'evoluzione della personalità entro certi limiti non lasciando spazio alla costruzione di una propria identità (Ferrara M.P. 2013).

Alcune esperienze italiane (Bellio, Fiorin, 2004; Patrizi, Bussu, 2005; Scardina, Lipari, Picone, 2006), indicano nella tipologia di richiesta 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 ormai dislocati in diverse attività commerciali e nella maggior parte dei bar, sia a una loro specificità quale il gioco in solitario, la velocità delle sessioni, la possibilità di una riscossione immediata in caso di vincita, la semplicità e ripetizione del gioco.

IL GIOCO E LE DONNE

Un'altra sostanziale differenza tra passato e presente è che in passato si parlava di giocatore visto come uomo, poiché le donne potevano partecipare solo ad alcuni giochi, sia per questioni di contesto socio-culturale sia per ragioni economiche, mentre oggi, nel presente, “ l'azzardo si veste di rosa” (Cesare Guareschi); infatti si è notato un incremento del gioco d'azzardo da parte di donne, mamme, mogli.

L'immagine classica è quella di un uomo giovane, alla ricerca di sensazioni forti, amante del rischio, delle belle donne, di soldi. Oggi invece l'immagine è anche quella di una donna semplice, una casalinga di mezza età, alle prese con le fatiche della quotidianità, della famiglia, che lotta contro la depressione, la solitudine degli affetti, tutto meno che alla ricerca dell'avventura.

La possibilità di sviluppare una dipendenza dal gioco d'azzardo sembra essere due volte maggiore per gli uomini rispetto alle donne (La Barbera, 2010);

La prevalenza del disturbo è però influenzata dalla crescente disponibilità del gioco d'azzardo unita alla pubblicità sempre più invasiva, entrambe sempre più rivolte anche al target femminile.

La percentuale di donne dipendenti dal gioco ha quindi iniziato ad aumentare costantemente tanto da avvicinarsi a quella degli uomini (stime nazionali ed europee, si muovono dal 30 al 40%).

Le donne, così come si osserva per altre dipendenze, impiegano più tempo degli uomini per valicare la barriera della trasgressione, ma quando questo accade, lo si fa in modo esasperato; il DGA Disturbo da gioco d'azzardo rappresenta oggi per le donne un altro “tabù infranto” (Prever, 2011).

L'evoluzione del sintomo è spesso molto più rapida che per gli uomini, portando le donne in breve tempo alla fase della disperazione (Custer, 1982). Si è notata una maggiore difficoltà da parte delle donne nel richiedere aiuto, poiché il sintomo viene sottovalutato o negato dai familiari, semplicemente non accettato; Difficile è anche trovare servizi “tagliati su misura”, con orari e *setting* adeguati che aderiscano alle attività svolte quotidianamente dalle donne che sono maggiormente impegnate tra casa e lavoro. Nell'intervento elettivo, quello di gruppo, spesso non trovano spazio per esprimere sentimenti legati a problemi relazionali più intimi, che solo nel femminile trovano ascolto ed empatia (Prever e Locati, 2010; Locati e Tadini, 2010).

Da un'indagine condotta a Milano che si presenta come città multietnica, dove il potere dei soldi, marginalità e disagio sembrano convivere perfettamente, dove la popolazione femminile toccata dal problema del gioco è in rapida ascesa per il dilagare delle slot nei bar e perché città di punta per le Sale Bingo, ha portato alla creazione del gruppo “donne in gioco”, primo e a oggi unico in Italia. Nasce a Milano nel 2009 da un bisogno di risposta terapeutica specifica, in un luogo neutro, non connotato e facilmente accessibile alle donne; è un gruppo estremamente vario in termini di età, classe sociale e identità nazionale; si colloca all'interno degli interventi di gruppo che l'associazione AND da anni eroga gratuitamente alla popolazione, grazie al volontariato qualificato di professionisti del settore.

L'accesso è previa primo colloquio per individuare eventuali psicopatologie ostative al trattamento di gruppo; la cadenza del gruppo è quindicinale. Sono state coinvolte 15 donne

con un problema di gioco problematico o patologico, dai 30 ai 67 anni, tre delle quali straniere; nel colloquio iniziale per la valutazione sono stati utilizzati, oltre all'anamnesi, alcuni test e le categorie di Blaszczynski (saranno ben articolate in seguito).

Il potenziale dell'approccio sistemico è dato dalla semplicità con cui l'uomo si avvicina a questo modo di pensare e suggerisce una nuova visione delle cose e della vita. Si tratta di lavorare con questioni quotidiane, eventi presenti nella società, sofferenze vissute dalle famiglie e rispettarle attraverso l'accoglienza e la proposta di una nuova matrice di connessione delle relazioni e dei dati.

La scelta di questo approccio in alternativa a quello cognitivo comportamentale, tradizionalmente in uso per i gruppi per giocatori d'azzardo, nasce proprio in considerazione dell'alta rilevanza che per le donne hanno gli aspetti relazionali che sottendono il gioco, rispetto alle distorsioni cognitive e ai pensieri erronei (Grant, Potenza 2004).

Le principali pratiche cliniche utilizzate sono state le seguenti:

Ipotesi, circolarità e neutralità; oscillazione tra il "qui e ora" e "là e allora", tra la parte e il tutto; la connessione dei significati tra storie in tempi e luoghi diversi: capacità di mettersi in gioco col gruppo.

È stato messo in scena il rapporto con il gioco, simulando delle estrazioni del lotto, delle sequenze di slot e delle giocate al bingo, analizzando di volta in volta la comunicazione non verbale delle partecipanti e le strategie illusorie da esse messe in atto. Connesso quanto emerso e riportato il tutto agli insuccessi delle rispettive storie, al comportamento mantenuto nella famiglia di origine e più in generale nelle relazioni.

Le idee degli autori, prima soltanto condivise, poi agite, hanno avuto un effetto sul gruppo in termini di movimento, disequilibrio, informazione: le partecipanti restituito un'immagine nuova di sé, hanno costruito con le ideatrici un nuovo stato delle cose, riattivando le risorse che avevano dimenticato di possedere. Sfidate, hanno restituito un assetto particolare, che ha subito portate a rappresentarlo con una metafora, quella del circo; ogni donna presente ricordava un diverso artista, dal lanciatore di coltelli, al funambolo, al clown, al domatore di leoni, al trapezista. Rimandando all'idea del rischio, dell'essere in bilico, tra divertimento e pericolo, tra equilibrio e squilibrio.

Il processo di ridefinizione del sintomo e di ristrutturazione della storie familiari è andato di pari passo con l'evoluzione e la coesione del gruppo. L'uso della metafora è stata la svolta conclusiva.

L'astinenza è stata quasi totale, i miglioramenti sono stati valutati positivamente sul piano affettiva relazionale e fisico, soprattutto riguardo alle famiglie d'origine e attuali.

IL GIOCO E GLI ADOLESCENTI

Particolare interesse e preoccupazione riveste poi l'impatto della diffusione delle nuove forme di gioco presso gli adolescenti, dove si evidenzia il passaggio da giochi informali auto-organizzati e autogestiti verso il consumo di forme di gioco commerciale ed a forte rischio di *addiction* poiché facilmente raggiungibile tramite internet, oggi presente su tutte le apparecchiature informatizzate (*smartphone, tablet, ecc.*). Tale aumento è stato spiegato da uno studio condotto da Ladd e Petry (2002), su soggetti adolescenti con problematiche di gioco d'azzardo. Da questo esperimento si è notato che i ragazzi che utilizzavano internet avevano maggiori problematiche nel gioco d'azzardo, probabilmente dovute al facile accesso ai vari casinò e giochi online. Coloro i quali non utilizzavano molto internet o non erano pratici nell'utilizzo di tale strumento mostravano una soglia più bassa nella perdita del controllo degli impulsi, quindi minori problematiche nel controllare l'esordio del gioco d'azzardo.

Un'altra importante ricerca (Capitanucci, 2005) mette in evidenza come i giovani, oggi sono particolarmente coinvolti in attività di gioco d'azzardo, sviluppano e mantengono pensieri irrazionali col rischio di incorrere in gravi problemi. I primi contatti con il gioco d'azzardo avvengono sin dalle Scuole Primarie e l'abitudine a giocare d'azzardo è già ben consolidata in tarda adolescenza. Quanto prima una persona inizia a giocare quanto più è a rischio di sviluppare un problema di gioco d'azzardo patologico in età adulta.

Molinaro (2012), osserva come circa il 40% degli studenti italiani alle scuole superiori, circa 45.000 giovani tra 15 e 19 anni, dice di aver giocato almeno una volta nell'arco dell'anno. L'incontro con il mondo dei giochi è spesso fortuito: il 52% ha iniziato a giocare per caso. I ragazzi giocano di più rispetto alle coetanee (52,6 vs. 28,8%). I giochi preferiti sono Gratta e Vinci, Lotto, Superenalotto e simili. Tipicamente maschili, invece, slot-machine (almeno una volta il 14% dei maschi e il 4% delle ragazze) e scommesse

sportive (30% dei ragazzi e appena il 3% delle femmine). Tra gli studenti giocatori, il 69% nell'ultimo mese ha speso fino a 10 euro, il 24% tra gli 11 e i 50 euro ed il 7% più di 51 euro. Simili i dati raccolti da Bono (2009), su un campione rappresentativo di 8.582 studenti dell'ultimo biennio delle superiori: evidenziando le motivazioni al gioco, prevalgono speranza di vincita (51%) e divertimento (28%).

Gli studi di prevalenza 4,5 indicano una percentuale di giovani giocatori patologici maggiore degli adulti. Bastiani e collaboratori (2012, 2013), confermano che sebbene i giovani giochino meno degli adulti (35,7% vs. 45,3%) manifestano maggiori problemi sia in forma lieve (6,9% vs 5,8%) che severa (2,3% vs 2,2%). Atteggiamenti e cognizioni relativi all'attività di gioco costituiscono importanti fattori di rischio o di protezione per lo sviluppo di comportamenti patologici.

Contucci (2011), segnala come la spesa in gioco d'azzardo decresce con l'aumentare della cultura scientifica e quindi come la preparazione matematica sia fattore incidente per l'insorgere di patologie di dipendenza dal gioco d'azzardo. Capitanucci (2005), rileva come giocare per rilassarsi, per abitudine o per dimostrare abilità sia correlato al rischio di gioco patologico.

Sempre Bastiani (2013), mette in evidenza che i ragazzi che disapprovano il gioco d'azzardo manifestano meno comportamenti di gioco patologico.

Un fenomeno da considerare, poiché segue un'evoluzione esponenziale grazie ad internet, è il poker online, sia a torneo che *cash*, la propensione a questo gioco va da giovani dai 14 ai 30 anni e vi si dedica una quantità di ore e denaro cospicue, non si hanno particolari controlli su età o altro poiché basta inserire dati anagrafici (spesso falsi se soggetti minorenni) e un conto bancario o postale dove potersi appoggiare (tipo postepay), inoltre con una semplice apertura di una pagina web si ha un'apertura di banner pubblicitari con offerte e bonus che possono facilmente catturare l'attenzione di un ragazzo minorenne e non solo. Secondo Bedrina (2012), si tratta delle nuove leve del poker: tra 18 e 30 anni (ma anche minorenni che aggirano le barriere del web riuscendo ad aprire conti-gioco) sono studenti, impiegati, disoccupati; giocano solo online e il poker viene visto e «studiato» in quanto fonte di guadagno. Spesso giocano a livelli troppo alti per le loro possibilità e giocare diventa lo scopo della giornata. Possono praticare questa attività fino a 18 ore al giorno, con circa 2.000 – 2.500 mani, anche su 16 tavoli contemporaneamente. Inseguendo

il sogno di diventare Professional Poker Players molti abbandonano studi o lavoro sperando di ottenere contratti con le poker room online per giungere velocemente al successo ed emulare idoli quali Tom Dwan o Dario Minieri, diventando a loro volta star del circuito, guadagnando molto denaro, trasformando una passione in un lavoro, acquisendo fama e popolarità, viaggi di lusso, suite e limousine. Anche senza risultati, molti tentano la strada del professionismo pensando di farcela prima o poi: ma nel frattempo dilapidano denaro, smettono di investire sulla costruzione del loro futuro, ad esempio interrompendo gli studi, in maniera così evidente da destare la preoccupazione di docenti e genitori.

Infine, anche l'esposizione a pubblicità di giochi d'azzardo (non selettiva, spesso in onda in fasce protette o in popolari programmi di intrattenimento) è piuttosto rilevante: televisione, radio, web, riviste, giornali, affissioni in città e sui mezzi di trasporto presentano allettanti inviti a giocare inducendo a credere che giocare d'azzardo sia divertente, eccitante ed un buon modo per fare soldi facilmente.

L'accesso facile al gioco e la crescente prevalenza di gioco patologico tra i giovani dovrebbero quindi essere considerati questioni di interesse pubblico anche in Italia, prevedendo iniziative di prevenzione mirate. Ma quale prevenzione può essere utile?

La prevenzione ha come oggetto la protezione della salute un punto di vista fisico, psichico e sociale e, citando Caplan (1964), distinguiamo azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria che integrate da modelli più aggiornati descritti in seguito possono fornire una prima traccia per guardare al problema. La prevenzione primaria, finalizzata ad impedire l'emergere di malattie e situazioni sociali deleterie per l'equilibrio psicologico e le condizioni sociali dell'individuo, si attua o in assenza di comportamenti di gioco d'azzardo o in presenza di gioco sano. La letteratura internazionale suggerisce di lavorare sulla popolazione per favorire la comprensione esatta delle reali possibilità di vincita (evitando suggestioni illusorie di facili guadagni, neppure tramite i media). Si deve allertare la clientela dei giochi d'azzardo sugli elementi che stimolano la compulsione (velocità, facilità, possibilità di ripetizione delle giocate, illusione di controllo, ecc.), monitorando tali indicatori specifici per legge tra i produttori e gli esercenti dei giochi (approntando ad esempio slot-machine, VLT e altri prodotti di gioco normati anche sotto questo profilo).

Si devono infine prevedere misure di allerta rapida nei casi in cui si rilevi un evidente scollamento tra le proprie disponibilità economiche ed il denaro investito al gioco.

La prevenzione secondaria riguarda gli interventi rivolti alla cura precoce dell'individuo, grazie ad una diagnosi tempestiva ai primi segnali di disagio. Si attua all'inizio del gioco eccessivo, anche tramite esclusione imposta. La prevenzione terziaria riguarda gli interventi tesi a impedire il progredire di una malattia conclamata mediante trattamento, azioni di cura e riabilitazione in presenza di gioco patologico.

I nuovi sistemi di classificazione per la prevenzione, pragmatici e funzionali per la definizione di progetti, si basano su una diversa focalizzazione dei target degli interventi. Ci si riferisce agli approcci universali (desiderabili per tutta la popolazione senza considerare profili di rischio), selettivi (rivolti a sottogruppi di popolazione il cui rischio di sviluppare un determinato problema è significativamente maggiore rispetto alla media) e mirati (applicabili a soggetti portatori di chiari segni o sintomi prodromici tali da doverli considerare vulnerabili o ad alto rischio).

Evidentemente la prevenzione educativa non è e non può essere un atto avulso dal contesto in cui si colloca: anche i migliori strumenti possono risentire di un contesto sfavorevole laddove si intenda valutarne i risultati di efficacia a lungo termine e andrà necessariamente considerata l'adesione ad un approccio salute genico.

Infatti la complessità del fenomeno del gioco d'azzardo lecito in Italia, densa di ambiguità e contraddizioni, deve essere necessariamente tenuta in conto. La prevenzione è efficace solo attraverso un'azione collettiva nelle quattro aree descritte da Croce e Vassura (2008): l'asse strutturale, quello della relazione educativa, quello dell'informazione e non ultimo quello della partecipazione alla costruzione del capitale sociale. Queste aree sono tutte simultaneamente necessarie ed interdipendenti, dal momento che come afferma Graf (2005), specie in tempi di riduzione di risorse da destinare ad interventi di politica sociosanitaria, gli approcci educativi pur molto popolari, generalmente sono costosi e a rischio di scarsa efficacia specialmente se non integrati e a sé stanti, mentre gli approcci strutturali e politici (fatti di norme e sanzioni, ma anche di stanziamenti adeguati, programmazione partecipata e scelte politiche) sebbene meno popolari, sono certamente meno costosi e piuttosto efficaci.

Anche l'approccio del marketing preventivo per contrastare il consumo di sostanze e favorire l'adesione volontaria a stili di vita sani descritto da Serpelloni e Candio (2012) fornisce interessanti spunti se applicato alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico a partire dall'analisi dei bisogni che vengono soddisfatti attraverso questo tipo di consumo. Pertanto la prevenzione del gioco d'azzardo patologico risulta un atto complesso da affidare agli specialisti del settore, e le azioni preventive per ritenersi efficaci debbono essere *evidence-based* e necessariamente inquadrare nel contesto della salute pubblica.

IL CAMBIAMENTO: DA GIOCO SOCIALE A GIOCO PATOLOGICO

Il gioco d'azzardo è una patologia progressiva. A questo proposito Robert Custer, uno dei pionieri sulle tematiche del gioco d'azzardo patologico, noto anche per essere uno dei primi ad aver creato nel 1971 un unità di trattamento per giocatori presso il *Veteran Administration Hospital di Brecksville*, in Ohio (USA), sostituendo alcune metodologie utilizzate per il trattamento di soggetti alcolisti.

Secondo Custer (1982), alcuni soggetti restano ipnotizzati dal primo momento di contatto con il gioco, per altri soggetti l'evoluzione è più lunga e particolarmente insidiosa. Possono passarvi anni di gioco d'azzardo controllato seguiti da una fase di particolare coinvolgimento, in questo periodo i giocatori riferiscono di passare da una fase di astinenza ad una di totale coinvolgimento. Il gioco si sviluppa in maniera silente fin quando non raggiunge il suo apice arrivano al culmine della carriera, creando un dissesto psicologico, sociologico e familiare.

Il gioco si cerca e si crea uno spazio nella mente del soggetto con continui rinforzi, fornendo ogni volta un vantaggio. Così si costruisce la carriera del giocatore, lasciandosi invadere, spostando costantemente i limiti, fino alla totale perdita di controllo.

Custer nel 1982 mette in evidenza quelle che sono le progressive fasi di un giocatore: Fase vincente

Si inizia con una fase vincente o direi (S)fortuna del principiante, caratterizzata da gioco occasionale e da qualche vincita importante. Lo scopo del gioco è soprattutto il divertimento e la distrazione. Secondo Custer questa fase durerebbe dai 3 ai 5 anni,

determinando un progressivo aumento dell'attività di gioco e dell'investimento psicologico ed economico su di esso, senza tuttavia che ciò determini particolari conseguenze per il giocatore.

In questa fase i giocatori sperimentano una grande energia/eccitazione, una notevole concentrazione sul gioco, un'accresciuta abilità con i numeri e sono interessati alle strategie del giocare d'azzardo. Molti attribuiscono le vincite iniziali alla loro destrezza più che alla fortuna. Molti giocatori traggono dal gioco una notevole quota della loro autostima e fanno assegnamento sul gioco come aiuto per gestire le delusioni e i cattivi umori. Il giocatore gradualmente si allontana dalla famiglia e dagli amici e utilizza sempre più tempo ed energie nel gioco.

Fase Perdente

In questa fase il giocatore tende ad un gioco sempre più solitario ed a-sociale, caratterizzato da periodi di perdita prolungati, dall'“eccessivo assorbimento” e dalla progressiva perdita di controllo sul comportamento. Inizia, inoltre, a evidenziarsi una sempre maggiore perdita economica, con il formarsi dei primi debiti e la richiesta dei primi prestiti che difficilmente riuscirà a risanare. Il giocatore tenderebbe a puntare frequentemente su giochi che gli offrano minori possibilità di vincita, ma che promettano vincite più elevate. Le perdite sono vissute come sfortuna e il giocatore inizia a rincorrere la buona sorte. È in questa fase che si innesca il fenomeno della rincorsa alle perdite (*chasing*). Il soggetto inizia a mentire riguardo al tempo impiegato nel gioco e le cifre scommesse. Questa fase è caratterizzata dall'impossibilità di smettere, da irritabilità e da senso di agitazione.

Fase della disperazione

Il passaggio successivo è la fase della disperazione, durante la quale c'è una totale perdita della capacità di controllo sul comportamento di gioco, nel tentativo disperato di conquistare quella big win che è vista come l'unica possibile via di uscita.

In questa fase il tempo trascorso a giocare e il denaro speso aumentano vertiginosamente, è presente un'alienazione nei confronti della famiglia e degli amici. Compagno nel giocatore stati di panico, molto spesso si portano all'estremo fino a compiere azioni illegali

per reperire soldi. Si può perdere completamente la speranza e possono presentarsi pensieri e tentativi suicidio, possono andar distrutti i nuclei familiari di conseguenza un crollo emotivo e ritiro sociali che potrebbero indurre a utilizzo di alcolici o sostanze.

PERDITA DELLA SPERANZA

In questa fase si riassume tutto il percorso che avviene tra la fase iniziale fino a questo momento. Si spera che arrivati a questo punto ci sia una forza di volontà o uno spiraglio che porti alle fasi successive.

Fase critica

Questa fase è quella in cui il soggetto ha maturato l'idea di ricercare e richiedere un aiuto, spera in una remissione ed ha una reale intenzione di smettere di giocare. In questa fase il soggetto cerca di riprendere in mano le redini della sua vita su diversi fronti: la ricostruzione del nucleo familiare, lavorativo e sociale, cerca di ripristinare/risanare le sue perdite economiche.

Fase della ricostruzione

In questa fase tutto ciò su cui si stava lavorando per cercare di recuperare alcuni nuclei importanti sembrano dare buoni frutti e anche gli stati di ansia e panico si cominciano ad attenuare.

Fase di crescita

Questa è l'ultima fase, nella quale, grazie ad una ritrovata fase di quasi serenità e una migliore e ritrovata capacità introspettiva, si nota nel soggetto una diminuzione delle preoccupazioni legate al gioco, ed egli ricerca nuovamente il rapporto con gli altri e riscopre la dimensione emotiva sia nel bisogno di ricevere che in quello di dare affetto. Il soggetto diviene più recettivo nei confronti di ciò che lo circonda.

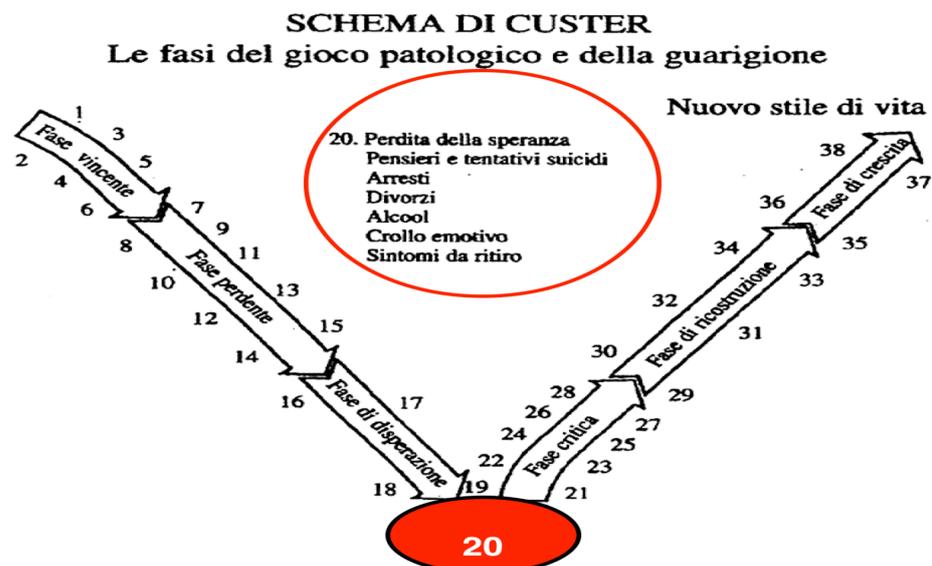


Figura 2 Schema di Custer

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA)

La lingua inglese opera un'importante distinzione tra i due termini *Dependence* e *Addiction* che in italiano vengono spesso tradotti con il termine unico "Dipendenza".

Addiction è un termine inglese ma di origine latina, che riflette l'etimologia della parola "schiavitù" ("*addictus*" in latino indicava chi si era reso "schiavo per un debito contratto con un padrone"): si riferisce alla dipendenza psicologica che spinge alla ricerca dell'oggetto senza il quale l'esistenza diventa priva di significato. Si tratta di un termine che racchiude in sé un po' tutto il quadro fenomenologico della dipendenza, compreso le conseguenze negative che ne derivano e che invalidano la vita dell'individuo portandolo ad un coinvolgimento sempre maggiore in una spirale distruttiva; un disordine progressivo, cronico recidivante che, in genere, comprende compulsione, perdita di controllo ed uso continuativo di alcool, tabacco ed altre droghe, malgrado le conseguenze negative di tale consumo.

Per *dependence* si indica quella condizione psichica e talvolta anche fisica, che deriva dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, chimica o naturale, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un

bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione.

Gli elementi cardini da prendere in considerazione (sintomi patognomonici) della patologia da dipendenza sono:

- 1) **craving** (desiderio irrefrenabile e incontrollabile di ripetere l'uso della sostanza);
- 2) **drug-seeking behavior** (comportamento compulsivo di ricerca della sostanza che si mette in pratica senza preoccuparsi delle conseguenze).

L'addiction è dunque l'atto di consegnarsi completamente ad un padrone (una sostanza, un oggetto, un'attività o una persona) tanto da esserne interamente posseduti. L'individuo quindi perde la propria integrità personale e spesso anche morale, ma soprattutto la propria libertà.

Per essere ancora più chiari, possiamo prendere quanto Maddux e Desmond (2000), anno tenuto a sottolineare: con **Addiction** si intende definire una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto, senza il quale l'esistenza diventa priva di significato. Con **Dependence** si vuole indicare la dipendenza fisica e chimica, la condizione in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare, perciò la richiede.

Per non creare troppa confusione in questo lavoro utilizzerò i due termini in maniera intercambiabile.

Classificazione del gioco d'azzardo patologico e criteri diagnostici

La penultima versione del 2001 del DSM-IV-TR (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) colloca il gioco d'azzardo patologico all'interno del *Disturbo del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove* insieme alla Cleptomania, alla Piromania, alla Tricotillomania, al Disturbo del Controllo degli Impulsi non altrimenti specificato. 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 della sua unione in sé di svariati tratti derivanti da diverse sindromi psicopatologiche, è stato di volta in volta inserito tra le dipendenze patologiche (Shaffer, 1996; Dickerson, 1993; Rozin, Stress, 1993), tra i

disturbi ossessivo – compulsivi (Lejoyeux et al., 1998; Blaszczynski, 1999; Hollander, Wong, 1995) o ancora considerata come disfunzione neurobiologica (Comings, 1998; DeCaria, 1998; Stein, 2000).

Il focus su cui il DSM si è concentrato per individuare i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico riguarda *l'impulsività e il discontrollo* degli impulsi. L'impulsività infatti entra in gioco in molti disturbi psicologici e psichiatrici, oltre che nel gioco d'azzardo patologico ed è sicuramente un concetto complesso, per questo motivo oggi non è del tutto chiaro neanche se considerare il Disturbo del Controllo degli Impulsi, e quindi il gioco d'azzardo patologico, una categoria diagnostica autonoma o appartenente ai Disturbi dell' Umore, o correlati a Disturbo Ossessivo – Compulsivo o al Disturbo di Abuso di Sostanze.

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

- Presenza di episodi di gioco d'azzardo: due o più in un anno.
- Episodi prolungati, nonostante la sofferenza personale e l'interferenza con il funzionamento dell'individuo.
- Necessità impellente di giocare e incapacità di smettere con uno sforzo di volontà.
- Individuo spesso alle prese con idee o immagini connesse al gioco.

Mentre i criteri diagnostici del DSM-IV-TR per il Gioco D'azzardo Patologico sono:

- Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo, come è indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri.
 - Eccessivo interesse nel gioco d'azzardo.
 - Bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
 - Ripetuti tentativi senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
 - Irrequietezza o irritabilità quando si tenta di interrompere o ridurre il gioco d'azzardo.

- Giocare d'azzardo per sfuggire ai problemi o per alleviare un umore disforico.
- Dopo aver perso al gioco, tornare un'altra volta per giocare ancora.
- Mentire ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del coinvolgimento nel giocare d'azzardo.
- Commettere azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
- Mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.
- Fare affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.
- Il comportamento di gioco non è meglio attribuibile ad Episodio Maniacale.

I criteri individuati nel DSM per il gioco d'azzardo patologico segnalano diversi aspetti sia di antisocialità che di psicopatia (criteri 7, 8, 9, 10), di ossessività (criterio 1) e compulsività (criteri 2, 6), sintomi assimilabili al *craving* cioè il desiderio incontrollabile di ripetere l'uso della sostanza (criteri 3, 4), e anche aspetti di ansia e depressione (criterio 5), anche se quest'ultimo criterio, come osservato da Dickerson e Baron (2000), appare vago, ambiguo e certamente aspecifico.

In realtà, il giocatore patologico appare da più profili simile a soggetti con altri comportamenti di *addiction*; Questo accade sia a livello fenomenologico (cronicità, progressione dei sintomi, perdita del controllo), sia sul piano della combinazione – sostituzione dei sintomi. D'altra parte, è evidente come, nello stesso DSM-IV-TR sostituendo il termine gioco d'azzardo patologico a sostanza psicoattiva, si riscontrano gli equivalenti otto criteri su dieci. Risultano esclusi il criterio 6, che descrive il tipico fenomeno di ricorso alle perdite tipica del giocatore d'azzardo cioè il *chasing* e il criterio 10, anche questo specifico per il giocatore, relativo al fare affidamento su altri per far fronte ad una situazione economico-finanziaria causata dalle giocate.

Attualmente l'orientamento che sta raccogliendo più consenso all'interno dell'*American Psychiatric Association* (APA) è quello di applicare gli stessi criteri diagnostici utilizzati per le dipendenze da sostanze alle nuove forme di dipendenza comportamentale.

Alonso-Fernandez (1996), propone una suddivisione delle dipendenze basata su due dimensioni degli oggetti di dipendenza:

Tabella 2 Differenza tra dipendenze da sostanze e da comportamento

	ILLEGALI	LEGALI
DA SOSTANZE	Oppiacei, cannabis, cocaina, lsd, extasy, ecc.	Tabacco, alcool, caffè.
DA COMPORTAMENTO	Furto, piromania.	Shopping, cibo, sesso, gioco.

Ciò che si distingue oltre alla legalità o meno tra le dipendenze da sostanza e quelle da comportamento non sono tanto le sintomatologie, quanto le caratteristiche degli oggetti di dipendenza.

Criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico proposti dal DSM-V: confronto con il DSM- IV. Il DSM-V, la cui uscita è prevista per Maggio 2013 , rispetto al DSM IV, ha apportato alcune modifiche tra cui quella riguardante il gioco patologico d'azzardo. Le principali modifiche apportate per il Gioco d'Azzardo Patologico sono:

1. il Disturbo da Gioco d'Azzardo non viene più collocato all'interno dei " Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" ma nella nuova categoria delle "Dipendenze comportamentali ";
2. nel DSM V, i criteri diagnostici sono nove rispetto ai dieci proposti dal DSM IV, essendo stato rimosso il criterio riguardante le azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.

I sottogruppi di Blaszczynski

Come già detto in precedenza, diversi ricercatori ritengono che non esista un unico criterio omogeneo per classificare il giocatore d'azzardo patologico. Un interessante conferma la troviamo in un importante studio di Blaszczynski (1991), sugli esiti dei trattamenti, dove si sono evidenziate tre diverse tipologie di risultati. Un primo gruppo di giocatori patologici arrivava a un'astinenza totale dal gioco, un secondo gruppo riprendeva il gioco senza controllo e un terzo gruppo presentava la capacità di gestire un gioco controllato.

Il primo gruppo denominato in un primo tempo "patologici non patologici" e, successivamente *"behaviourally conditioned problem gamblers"* (2002), sarebbe

caratterizzato da soggetti che non presentano una specifica diagnosi di problematicità e un concomitante abuso di sostanze. In tali soggetti, l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato e non come causa del gioco. Essi, sulla base di credenze erronee, di distorsione di tipo cognitivo, possono presentare eccessiva preoccupazione per il gioco, rincorsa delle perdite, e questo può avvenire in qualsiasi momento e può essere causato con un'esposizione al gioco, o attraverso familiari e coetanei. Presentano un'alta *compliance* al trattamento e, a conclusione dello stesso, possono secondo l'autore, raggiungere un rapporto moderato con il gioco. Anche all'interno di tale sottogruppo, si ritiene possibile individuare delle differenziazioni sulla base dell'interazioni di 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 dalla credenza erronea (dato cognitivo);**

Di fatto se per alcuni 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 rimodellare uno stato affettivo disforico recente e spesso a seguito di un evento traumatico. Sono soggetti coloro che 1-2 anni prima del gioco presentano degli eventi di vita particolarmente forti (*life events*), quali la perdita di un ruolo sociale o perdita legata ad un lutto, o una malattia cronica che presenta un radicale cambiamento di vita. Altri ancora presentano un forte pensiero magico, di distorsione erronea di tipo cognitivo e la stessa dinamica di coinvolgimento del gioco appare più come una conseguenza di tali credenze erronee in ordine alle probabilità di successo.

Il secondo sottogruppo individuato, fu prima indicato come "giocatori emotivamente disturbati", e successivamente "*emozional vulnerable problem gamblers*", appare costituito da soggetti che, pur mostrando processi di condizionamento e schemi cognitivi simili al primo sottogruppo, sembrano tuttavia evidenziare maggiori fattori di vulnerabilità come, ad esempio, la familiarità al gioco, tratti di personalità nevrotici e esperienze

negative che hanno influenzato lo 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)*.

Il ricorso al gioco in questo sottogruppo, sembrerebbe essere motivato dal desiderio di modulare gli stati affettivi. Anche in questo sottogruppo si possono evidenziare al suo interno alcune differenze. Per alcuni il ricorso al gioco sostituisce, integra, compensa, amplifica il consumo/abuso di sostanze o vere e proprie condotte di dipendenza e denota una probabile struttura di personalità di tipo dipendente. Invece, altri, sembrerebbero ricevere dal gioco emozioni forti ovvero un forte brivido, un eccitazione (*thrill*). Secondo Blaszczynski (2000), i soggetti appartenenti a questo sottogruppo richiederebbero interventi psicoterapeutici particolarmente intensi, mirati a fronteggiare la capacità di districarsi in situazioni stressanti, migliorare l'autostima, l'immagine di sé e volti a una maggior comprensione dei meccanismi intrapsichici. Inoltre, tali soggetti anche a conclusione del trattamento, rischiano di restare ancora troppo fragili nel mantenere un controllo sul gioco privo di ricadute, per questo motivo è consigliabile un *outcome* di mantenimento di astinenza totale dal gioco.

I soggetti appartenenti al terzo sottogruppo, ovvero i giocatori "con correlati biologici", in seguito denominati "*antisocial impulsivist problem gamblers*" sarebbero, caratterizzati da componenti di ordine biologico con comportamento impulsivo e deficit dell'attenzione, dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità e familiarità al gioco d'azzardo, tratti di personalità nevrotica e premorbilità alla depressione, ansia e dipendenza da sostanze, tendenza alla fuga o ad aggressività passiva. Questi soggetti presentano particolari indici di severità patologica e in essi l'impulsività precederebbe il gioco. Il ricorso al gioco risponderebbe a un bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso la dissociazione, un'alterazione del tono dell'umore e un restringimento dell'attenzione. Tali soggetti, inoltre non riescono a posticipare il senso di gratificazione, pretendono tutto nel più breve tempo possibile pur di arrivare all'eccitazione/brivido richiesto.

FATTORI PSICHICI NEL DISTURBO DA GIOCO

Come detto in precedenza la propensione al gioco è presente in ognuno di noi. Probabilmente potremmo tutti definirci giocatori occasionali (scommettiamo in occasione dei Mondiali di calcio, una schedina del super enalotto) o regolari (ogni settimana o una volta al mese compriamo un "gratta e vinci").

In questi casi il gioco rappresenta un passatempo, un'attività piacevole, il sogno di una vincita che permetterebbe di abbandonare una quotidianità forse un po' noiosa e frustrante, ma non tutti siamo per questo giocatori d'azzardo.

Il gioco d'azzardo patologico o compulsivo è poco conosciuto, sicuramente per il fatto di avere un'apparenza innocua, socialmente ben accettata e con profonde tradizioni popolari. In realtà, finché la sua pratica si mantiene nei termini di una tranquilla frequentazione, esso può svolgere un ruolo ricreativo e ludico assolutamente positivo. Pressanti problemi nascono quando, per una serie complessa e profonda di cause, il piacere del gioco diventa un impulso incontrollabile, patologico, che arriva a stravolgere i rapporti familiari, sociali, finanziari in una maniera forse ancora troppo sconosciuta nel nostro paese.

Un giocatore veramente dipendente è una persona in cui l'impulso per il gioco diviene un bisogno irrefrenabile e incontrollabile, al quale si accompagna una forte tensione emotiva ed una incapacità, parziale o totale, di ricorrere ad un pensiero riflessivo e logico. L'autoinganno e il ricorso a ragionamenti apparentemente razionali assumono la funzione di strumenti di controllo del senso di colpa e innestano ed alimentano un circolo autodistruttivo in cui se il giocatore dipendente perde, giustifica il suo gioco insistente col tentativo di rifarsi e di "riuscire almeno a riprendere i soldi persi", se vince si giustifica affermando che "è il suo giorno fortunato e deve approfittarne", sottolineando una temporanea vittoria che supporta, attraverso una realtà vera ma alquanto instabile e temporanea, questa affermazione interiore o esteriore.

Lo stato mentale di un giocatore patologico è pertanto estremamente diverso da quello di un giocatore anche assiduo non patologico e si caratterizza per il raggiungimento di uno stato simile alla sbornia, con una modificazione della percezione temporale, un rallentamento o perfino blocco del tempo, che nasce da una tendenza a raggiungere uno stato alterato di coscienza completamente assorbiti, fino ad uno stato di estasi ipnotica, dal gioco. Talvolta questa condizione della mente è favorita da un reale consumo di alcolici o

di altre sostanze, associato al gioco, che alimenta la perdita di controllo della propria condotta.

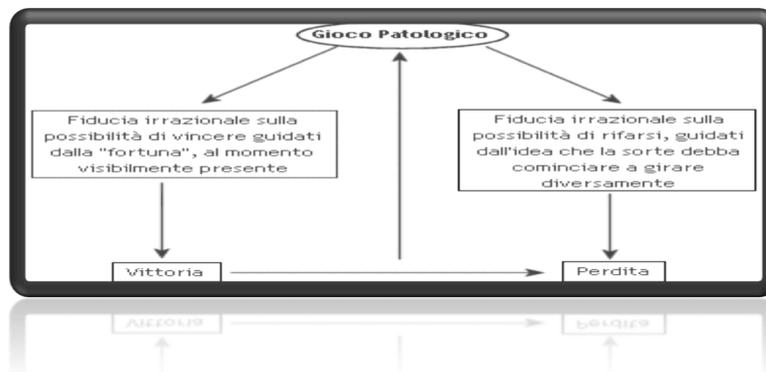


Figura 3 Schema del circolo vizioso dell'azzardo

Ma chi è il giocatore d'azzardo patologico?

Guerreschi ha ritenuto opportuno differenziare 6 macrocategorie.

1. **Giocatori d'azione con sindrome da dipendenza:** hanno perso il controllo sul loro modo di giocare. Per loro, giocare d'azzardo è la cosa più importante nella vita, l'unica cosa che li mantiene in "azione". Il gioco d'azzardo compulsivo è una dipendenza progressiva che abbraccia tutti gli aspetti della quotidianità e della vita del giocatore. Mentre continua a giocare, la sua famiglia, i suoi figli, i suoi amici ed il suo lavoro vengono influenzati negativamente dalla sua attività di gioco. Il giocatore compulsivo non può smettere di giocare, indipendentemente da quanto lo desideri o da quanto duramente ci provi.
2. **Giocatori per fuga con sindrome da dipendenza:** giocano per trovare sollievo dalle sensazioni di ansietà, depressione, rabbia, noia o solitudine, da un particolare vuoto interiore (Ferrara M.P., 2013). Usano il gioco d'azzardo per sfuggire da crisi o difficoltà. Il gioco provoca un effetto analgesico invece di una risposta euforica.
3. **Giocatori sociali costanti:** il gioco d'azzardo è la fonte principale di relax e divertimento, sebbene questi individui mettano il gioco in secondo piano rispetto alla famiglia e al lavoro. I giocatori sociali costanti mantengono ancora il controllo sulle loro attività di gioco.
4. **Giocatori sociali adeguati:** giocano per passatempo per svago, per socializzare e per divertirsi: Per questa classe, il giocare d'azzardo può essere una distrazione o una

forma di relax. Il gioco non interferisce con le obbligazioni familiari, sociali o lavorative. A questa categoria di giocatori appartiene la maggior parte della popolazione adulta.

5. ***Giocatori antisociali***: sono giocatori antisociali coloro che si servono del gioco d'azzardo per ottenere un guadagno in maniera facile ma soprattutto illegale.

6. ***Giocatori professionisti non-patologici***: si mantengono giocando d'azzardo e considerano il gioco d'azzardo una professione.

Qual è il problema del gioco d'azzardo?

Il problema creato dal gioco d'azzardo non è solo la perdita di soldi. I problemi derivanti dal gioco possono influire sulla vita di una persona in tutto il suo complesso. Il gioco diventa un problema quando:

- interferisce con il lavoro, la scuola e altre attività
- danneggia la salute mentale o fisica
- danneggia le finanze
- danneggia la reputazione
- causa problemi con gli amici o con la famiglia.

Tabella 3 Livelli di problematicità del gambling

LIVELLI DI PROBLEMATICITÀ
<p>I problemi di gioco possono presentarsi da moderati a severi:</p> <ul style="list-style-type: none">• La maggioranza delle persone gioca con gusto e senza conseguenze.• I giocatori sociali più seri giocano regolarmente per divertimento ma non mettono il gioco prima della famiglia o del lavoro.• Chi gioca eccessivamente spesso ha problemi con lavoro o famiglia e amici. Il gioco spesso produce problemi finanziari.• Per alcuni, il gioco eccessivo danneggia seriamente ogni settore della loro vita.

Infatti per il giocatore d'azzardo patologico il gioco è tutto, non esistono stimoli altrettanto forti.

Anche quando non gioca, egli può trascorrere il tempo leggendo articoli su gli sport sui cui scommette, elaborando delle probabilità, studiando delle schedine. Nei luoghi del gioco incontra persone che condividono la sua stessa passione, che non lo disapprovano come possono al contrario fare familiari e amici. In questi luoghi egli si sente a suo agio, prova un senso d'appartenenza che può essere forte quanto il desiderio intenso di vincita.

Le motivazioni al gioco possono essere le più diverse ed è per questo motivo che non è possibile valutare, spiegare le motivazioni al gioco e curare tutti con la medesima terapia. Si è parlato del desiderio di vincere denaro, di procurarsi una vita sociale più ricca, di vincere la noia, di vivere uno stato di eccitazione ma esistono studi interessanti relativi al ruolo di altre variabili specifiche quale, ad esempio, l'autostima, la solitudine, lo stress.

Si è ipotizzato che una scarsa autostima possa rendere un individuo particolarmente vulnerabile alla nascita di ossessioni che lo libereranno dalla bassa considerazione che ha di sé stesso permettendogli di immaginarsi come ricco, potente, ricercato, amato.

Tali motivazioni possono presentarsi come più o meno marcate o, al contrario, equilibrate tra loro.

Ogni giocatore in realtà è storia a sé. Possono esserci caratteristiche comuni ma è necessario cogliere la specificità di ogni caso sia nelle motivazioni che hanno portato al gioco compulsivo, sia nella gestione di questa problematica da parte del soggetto e del suo sistema relazionale, in modo da poter pianificare anche interventi di recupero mirati e funzionali.

La scienza non è attualmente in grado di spiegare perché alcune persone sviluppino un'attività di gioco dipendente, può solamente offrire delle teorie ognuna delle quali, probabilmente, non sarebbe in grado di spiegare da sola, in modo completo e soddisfacente, la nascita e il mantenimento del comportamento di gioco problematico.

Come spesso accade in Psicologia, sono gli approcci eclettici ad apparire più utili e promettenti.

Per ottenere un quadro il più possibile completo della dipendenza dal gioco d'azzardo, è necessario considerare, sia pure brevemente, il ruolo che familiari e amici possono svolgere nell'insorgenza e/o nel mantenimento del comportamento problematico.

Inoltre è sicuramente necessario considerare l'impatto che tale patologia può avere su questi e il ruolo che essi possono svolgere nel sostenere il soggetto che abbia intrapreso un percorso di recupero.

Da alcune ricerche, anche se di scarsa pertinenza scientifica è stato messo in luce come spesso il partner di un giocatore problematico assuma, sia pure inconsapevolmente, il ruolo di *co-partner*.

Inizialmente il partner giocatore appare come una persona attiva, piena di risorse, fortunata, brillante e generosa, tende infatti a condividere le sue vincite con gli altri acquistando regali, offrendo cene e tanto altro.

La sua attività di gioco è percepita come positiva o comunque innocua.

Quando il gioco inizia a intensificarsi e quando di conseguenza le perdite diventano più frequenti, il giocatore inizia a mentire. Parlerà ed enfatizzerà esclusivamente le vincite, utilizzerà il denaro messo da parte dalla famiglia, mentirà sui prestiti richiesti e sui debiti contratti.

Se inizialmente il partner ignora la situazione, i primi dubbi sorgeranno quando lo stile di vita comincerà a modificarsi in modo più visibile:

1. le assenze del coniuge più frequenti e lunghe;
2. il diminuito interesse per le vicende familiari;
3. le prime telefonate di creditori spazientiti che esigono la restituzione del prestito;

Le giustificazioni che il giocatore fornisce non sono più sufficienti, la verità emerge. Il partner finora all'oscuro di tutto, si trova di fronte a un coniuge disperato che si scusa e giura che non giocherà più o che smetterà (forse) domani.

L'altro gli crede perché gli vuole bene, perché ha comunque fiducia in lui, forse perché prova dei sensi di colpa e anche perché c'è un'immagine sociale da salvaguardare.

Con tale meccanismo auto-justificatorio ci si riferisce all'irresistibile impulso (compulsione) a giocare sempre più freneticamente in fase di perdita (o dopo una lunga sequenza di perdite), comportamento denominato "inseguimento". Questo curioso fenomeno, conosciuto da molti profani non di meno che dagli addetti ai lavori, nell'ambito del dibattito psicologico sul gioco è stato indagato soprattutto dalla psicoanalisi, che già quasi un secolo fa ne offrì interessanti interpretazioni (lo stesso Freud vi dedicò grande attenzione in *Dostoevskij e il parricidio del 1928*). La pietra miliare delle teorizzazioni

psicoanalitiche prodotte sull'argomento è rappresentata dal concetto di "masochismo", per cui il giocatore d'azzardo sarebbe mosso da un inconscio desiderio di perdere, responsabile della sua proverbiale recidività e ostinazione. Secondo tali concettualizzazioni, componenti intrinseche all'esperienza del gioco quali l'angoscia legata al rischio, la tensione e la paura sono da considerare elementi regressivi della personalità, riflessi di tendenze masochistiche sorte nell'infanzia. L'idea potrebbe sembrare completamente assurda e dunque cerchiamo di spiegarci meglio. Il cosiddetto masochismo psichico, riscontrabile non solo nei giocatori d'azzardo ma in tutti coloro che inconsciamente sono portati a cercare l'umiliazione, la sconfitta o il rifiuto, trae le sue origini da stadi molto precoci dello sviluppo, in cui il bambino sperimenta una situazione di conflitto, provocato dalla necessità di assoggettarsi ai divieti e alle imposizioni genitoriali interferenti con il principio di piacere. Ciò può suscitare in lui sentimenti di insofferenza e aggressività nei confronti delle figure genitoriali (chi di noi non li ha mai provati) che in questi soggetti sarebbero stati particolarmente intensi ma anche un conseguente senso di colpa associato all'angoscia di poter perdere le persone amate, a causa dei propri pensieri ostili, o la protettiva rassicurazione del loro amore. La necessità di difendersi da tali sentimenti, avvertiti come inaccettabili per la propria coscienza e pericolosi per la propria sopravvivenza, porta il bambino (e più tardi anche l'adulto in fase regressiva) a rivolgerli contro se stesso, come unico modo per soddisfare contemporaneamente la propria aggressività e il proprio senso di colpa. Si riesce così ad alleviare l'angoscia e a ristabilire una temporanea condizione di benessere. In conseguenza di questa complessa dinamica psichica le emozioni e le sensazioni negative come il dolore, la colpa e la punizione sono convertite in piacere, con la probabile conseguenza che il soggetto sempre più spesso inizi a ricercare situazioni problematiche o punitive, piuttosto che evitarle.

PERSONALITÀ E SENSATION SEEKING NELLA DIPENDENZA

Le dipendenze sono stessamente correlate a disturbi di personalità o disturbi dell'umore. Va detto che in alcuni casi possono essere l'effetto della dipendenza, altre volte ne possono essere il sintomo. Non sono rare le condizioni in cui una persona con disturbo di dipendenza da comportamento o sostanza utilizza l'oggetto del desiderio o la sostanza stessa come sedativo alla loro sofferenza.

La presenza di disturbi di personalità rappresenta sicuramente un aspetto di vulnerabilità per lo sviluppo del gioco patologico o di altre dipendenze comportamentali. Questi disturbi rispecchiano una modalità disfunzionale di funzionamento generale della persona. Molti studi hanno trovato una forte associazione tra dipendenze e disturbi di personalità, tra questi: evidenziato, alta prevalenza di personalità antisociale, borderline, istrionico e narcisistico.

I tratti di impulsività, di disregolazione emotiva, di *sensation e novelty seeking* tipici di questo cluster di personalità sono stati spesso osservati e riscontrati nei giocatori patologici e sembrano essere alla base dei comportamenti disfunzionali messi in atto da queste persone. Il disturbo antisociale, nello specifico, sembra essere il disturbo in maggior misura osservato tra i giocatori patologici anche se non è la caratteristica unica. Di fatto queste persone giocano con modalità differenti e il più delle volte commettono azioni illegali per finanziarsi il gioco. Lo studio di Steel e Blaszczynski ha messo in evidenza che nel 53% dei giocatori patologici si riscontra un disturbo di personalità non antisociale.

Invece, nello studio condotta da Specker et al., il disturbo più consueto nei giocatori patologici è risultato il disturbo evitante seguito dal quello narcisistico e ossessivo-compulsivo.

I risultati di questi studi, mostrano una correlazione positiva tra disturbo da gioco d'azzardo e impulsività e indicano una comorbilità con specifici aspetti dell'impulsività. La prospettiva dimensionale, basata su un'analisi prevalentemente di tipo funzionale, presuppone l'esistenza di un *continuum* di spettro psicopatologico all'interno dei quali i disturbi di personalità rappresentano l'estremo maladattivo e disfunzionale. Considerando gli aspetti dimensionali della personalità, i tratti temperamentali *Sensation Seeking* e *novelty seeking* sono stati associati alla "*addictive personality*" e caratterizzano la personalità dipendente. Nello specifico dell'approccio dimensionale, Cloninger ha proposto un modello sociobiologico che integra le componenti genetiche, neurobiologiche e psicologiche. Il modello trova la sua applicazione pratica nel Temperament and Character Inventory (TCI) che ipotizza l'esistenza di 7 dimensioni, di cui 4 temperamentali e 3 caratteriali, nelle quali rispecchiare la personalità e a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico schema di comportamento in risposta ai vari stimoli ambientali. I tratti "temperamentali" (ricerca di novità, evitamento del danno, dipendenza dalla ricompensa e

persistenza) rappresentano tratti di personalità stabili geneticamente determinati, poco influenzati dalle componenti socio-culturali. Ciascuna delle prime 3 dimensioni rifletterebbe l'attività dei 3 sistemi cerebrali principali cioè il sistema centrale di attivazione comportamentale (dopamina), sistema centrale di inibizione comportamentale (serotonina), sistema centrale di mantenimento del comportamento (noradrenalina). I tratti temperamentali sarebbero, secondo Cloninger, un potente strumento per distinguere i vari disturbi di personalità o per individuare una vulnerabilità per un ampio spettro di disturbi mentali.

Nella ricerca effettuata da Kim e Grant i soggetti con DGA hanno mostrato punteggi significativamente più alti di Ricerca della Novità, rispetto sia a soggetti con disturbi di personalità ossessivo-compulsivo. Nello stesso studio, l'evitamento del pericolo, che può essere definito come la tendenza a una risposta inibitoria a stimoli avversivi, è risultato significativamente più basso nei giocatori patologici; infine, non sono emerse differenze fra i tre gruppi nella scala della dipendenza dalla ricompensa.

La depressione, l'ideazione suicidaria, i tentativi di suicidio e i suicidi sono molto più comuni nei soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo che nella popolazione generale. Per alcuni il disturbo dell'umore sarebbe la risultante clinica delle conseguenze negative del disturbo per altri un fattore eziopatologico. Come detto in precedenza, anche l'ansia è stata associata al DGA, se è precedente, può aumentare notevolmente la probabilità di comparsa del *gambling*.

La *sensation seeking* del giocatore

“Il gioco ci rapisce. Giocando siamo per un po' liberati dall'ingranaggio della vita, come trasferiti su un altro mondo dove la vita appare più leggera, più aerea, più felice”.

(Fink E., 1969. Il gioco come simbolo del mondo)

Il gioco è una costante del comportamento culturale dell'essere umano ed accomuna sia il bambino che l'adulto; dà libero sfogo alle fantasie ed al tempo stesso detta ed insegna delle regole che il gioco stesso racchiude in sé.

Il gioco è spesso separato dalla realtà comune. Innumerevoli sono i giochi e di vario tipo: di società, di destrezza, d'azzardo, di pazienza, di costruzione, ecc.; ed il grandissimo

numero e l'infinita varietà rende complessa una loro classificazione secondo un principio che consente di suddividerli tutti in un numero di categorie ben definite.

Un'interessante chiave di lettura delle dinamiche psicologiche inerenti al gioco d'azzardo ci è offerta da Callois (1962) attraverso una riflessione che ricomponendo osservazioni etologiche, filosofiche e pedagogiche propone una classificazione dei giochi (accolta ed adottata coralmemente dagli studiosi della materia) riconducibile a quattro tipologie, in base all'elemento motivazionale predominante e al tipo di attitudine richiesta: 1) Giochi di *Agòn* (competizione); 2) Giochi di *Mimicry* (imitazione); 3) Giochi di *Alea* (rischio); 4) Giochi di *Ilinx* (vertigine). Nei giochi di *Agon* gli elementi prevalenti sono rappresentati dalla fiducia nelle proprie capacità e nella propria intelligenza, dall'assertività e dalla tenacia, dallo spirito di sacrificio, dalla generosità, dall'autostima e dalla valutazione dei propri meriti e delle proprie responsabilità. Rappresentano il trionfo delle potenzialità umane e l'appagamento dei bisogni esistenziali più importanti, in tutte le età della vita. Inoltre l'aspetto agonistico favorisce lo spirito di squadra e l'emergere di valori e sentimenti "sani" rafforzando il senso di competenza e autoaffermazione. Fanno parte di questo tipo naturalmente tutte le discipline sportive e i giochi di abilità. I giochi di *Mimicry* si basano sulla componente fantastica e immaginativa e sul desiderio, innegabilmente presente in tutti gli esseri umani, di poter essere qualcosa o qualcun altro, di reinventarsi, di rappresentarsi in una realtà alternativa a quella ordinaria. Naturalmente il modo stesso in cui queste attività sono strutturate presuppone l'utilizzo di "analogie" e il ricorso al pensiero magico. In questo senso questi giochi hanno una funzione importante, soprattutto nell'infanzia, per imparare a gestire aspetti della vita reale attraverso gradi variabili di simulazione. Esempi di queste attività sono i giochi di ruolo, le recite, le mascherate, ma anche le rappresentazioni teatrali stesse. I giochi di *Ilinx* sono caratterizzati dalla ricerca della vertigine e del brivido e dal tentativo deliberato di alterare la normale percezione della realtà attraverso il ricorso ad esperienze tipicamente "no limits"; l'aspetto motivazionale di fondo dei soggetti dediti a queste attività sembra essere la ricerca del sensazionale (il cosiddetto "*sensation seeking behavior*") come compensazione ad un livello di attivazione fisiologica percepito come insufficiente. Ne sono esempi gli sport estremi, le pratiche fisiche di caduta o lancio, le corse illecite di auto truccate, e altre condotte pericolose. Com'è intuibile già in questo tipo di giochi si riscontra l'aspetto di

assunzione del rischio (*“risk taking”*), ma sono specificamente i giochi di *Alea* (dalla parola latina che indica il gioco dei dadi) quelli che contengono l’elemento dell’“azzardo” per antonomasia, rappresentato dall’incertezza dell’esito e dall’affidamento al caso, cui si aggiunge la presenza di una posta in gioco attraverso la scommessa. “Aleatori” sono infatti quei giochi in cui il risultato finale dipende quasi esclusivamente dalla sorte e solo in minima parte dall’abilità del giocatore. È interessante notare come ciò che qualifica l’azzardo in questi giochi non sia rappresentato tanto dalla presenza di una posta economica, quanto dall’atto dello “scommettere”, che assume il significato di una sfida dell’uomo contro il proprio destino, nell’illusione di controllarlo (un esempio fra tutti la pratica mortale della roulette russa in cui ci si gioca la vita per confermare il valore e il senso perduto dell’esistenza). Nel breve intervallo della scommessa la tensione adrenalinica, provocata dall’incertezza dell’esito e dal rischio, sale a dismisura e trasporta il giocatore in una dimensione fantastica ed estatica in cui il principio di realtà è soverchiato da quello del piacere. Per questo i giochi con forte componente aleatoria, rispetto a quelli di *Agòn*, possono rappresentare un’abdicazione del senso di responsabilità in favore di un passivo e regressivo abbandono a ciò che la sorte riserva, senza più valutazione di merito, né sacrificio, né senso di frustrazione per aver fallito perché buona parte della responsabilità dell’esito sarà sempre attribuibile alla presenza del caso. È anche vero che questa distinzione non debba essere interpretata rigidamente, in quanto diversi giochi possono contenere sia aspetti di *Agòn* che di *Alea* contemporaneamente (ad esempio il poker e anche alcune competizioni sportive). Le forme più patologiche di *gambling* sono associate a quei giochi caratterizzati da un grado molto elevato di aleatorietà rispetto a quello di abilità, perché ciò procura loro quelle particolari condizioni psicofisiche che il giocatore percepisce come pressanti e indispensabili e che possono assumere l’aspetto di una vera e propria forma di dipendenza. La sfida non è più quindi uomo vs uomo ma diventa uomo vs fortuna (o caso o destino) spostandosi dal piano reale a quello fantasmatico (perciò necessariamente impari) con la tendenza a far scivolare il giocatore in una dimensione sempre più artificiale ed estranea dalla realtà, governata da forze e leggi di tipo magico, che lo distanziano sempre di più dalla consapevolezza di sé e delle proprie reali facoltà. Alla luce di questa distinzione delle attività di gioco, un’interessante ipotesi interpretativa riguarda appunto quanto possano influire sulla spinta motivazionale il

rapporto fra la componente di abilità (*Agòn*), quella di rischio (*Alea*) e il sistema di aspettative del soggetto riguardo alla propria competenza. *Il pathological gambler* che fa del gioco d'azzardo il suo mestiere cerca di affermare la propria capacità su un terreno in cui non può esserci reale valutazione di capacità, perché il caso governa su tutto, incontrastabile, nonostante i sistemi di credenze magiche costruiti dal giocatore stesso. L'atteggiamento, poi, di disprezzo del pericolo e di assunzione del rischio, ostentato dal giocatore come atto di coraggio, (e anche, talvolta, come stile di vita) si rivela, spesso come il patetico tentativo di lenire sentimenti di inefficacia, fallimento e insoddisfazione personale presenti su altri fronti, di compensare un'autostima carente e una scarsa fiducia in sé e nelle proprie capacità. Così l'azzardo si configura come via di fuga rispetto a sentimenti di inferiorità e/o a dimensioni depressive e richiama sempre più azzardo, innescando un circolo vizioso in cui c'è sempre meno spazio per *l'Agòn*. Ne deriva che facendo aumentare il senso di competenza personale del soggetto in attività di gioco che coinvolgano e sviluppino abilità fisiche o intellettuali e possano rafforzare la percezione della propria autostima, potremmo attenderci un progresso nell'assetto psicologico e cognitivo del giocatore, favorendo il riappropriarsi del proprio ruolo attivo e produttivo anche nella vita.

Devereux (1968), considerava il gioco d'azzardo come un modello di devianza istituzionalizzata, sviluppatosi a partire dalle pratiche magiche e religiose di gente che ambiva a confrontarsi con l'incertezza e con il fato. Secondo l'autore, l'etica del lavoro protestante incentrato sulla diligenza e sull'abitudine di vita ispirati alla morale e alla castigazione dei costumi era di per sé frustrante all'interno di una società di sistemi capitalistici. Quindi il gioco d'azzardo veniva definito come attività strumentale volta in modo cosciente solo a fini economici e come divertimento fine a se stesso. A questo punto si potrebbe affermare quanto detto da autori quali Oldman (1978), Caldwell (1972) e Cornish (1978), che il gioco d'azzardo è legato all'insoddisfazione del proprio status, mentre dall'altra parte è associato all'appagamento che nasce dall'esperienza in sé, dall'attività stessa di giocare.

Ulteriori studi se pur dati, sostengono il movente economica, che tuttavia potremmo riscontrare anche con lo stato attuale delle cose. Tec (1964), in una sua ricerca condotta in Svizzera su giocatori di totocalcio, ha provato che essi si concentravano più di altri a

migliorare le proprie condizioni e prospettive lavorative, ed erano più insoddisfatti del loro livello salariale di coloro che non si dedicavano al gioco: consideravano le vincite al totocalcio come una possibile via per migliorare il proprio stile di vita economico e sociale.

Secondo Croce (2002), il gioco d'azzardo è un'attività ludica che ha tre caratteristiche fondamentali:

- lo scopo del gioco è l'ottenimento di un premio in denaro, beni materiali, ecc.;
- per parteciparvi è necessario rischiare una somma più o meno ingente di denaro o altri tipi di beni (mobili o immobili);
- la vincita è spesso dovuta al caso, quasi mai alle abilità del giocatore o solo in rarissimi casi.

Gioco d'azzardo non significa necessariamente gioco patologico. È necessario distinguere il gioco d'azzardo patologico dal gioco come forma di attività sociale e ludica o sportiva.

Dunque è necessario introdurre la distinzione tra **Vizio** e **Malattia**.

Per chiarire le caratteristiche diagnostiche del gioco patologico, è molto importante altresì distinguere il “*vizio del gioco*” dalla “*malattia del gioco*”, sottolineando anche che spesso esiste una tendenza ad usare il primo termine per designare impropriamente comportamenti patologici. La distinzione è estremamente importante perché permette di individuare una delle caratteristiche fondamentali del gioco d'azzardo patologico, disturbo siglato in psichiatria G.A.P: la perdita di controllo sul proprio comportamento, che invece nel vizio è un comportamento volontario e può essere controllato ed eventualmente interrotto da una persona che, tuttavia, lo mette in atto con volontà e consapevolezza delle connotazioni negative attribuite ad esso da un punto di vista morale.

Un'altra distinzione che è opportuno fare, anche in relazione alla diversa impostazione del possibile percorso terapeutico, è quella tra “*dipendenza da gioco*”, ossia *disturbo primario del gioco*, noto anche come “*compulsive gambling*” o “*ludopatìa morbosa compulsiva*”, e “*gioco patologico secondario*”, ossia sintomo di un'altra problematica psichica. In quest'ultimo caso, infatti, il gioco patologico può essere considerato come un effetto di un disturbo primario che deve divenire il focus della terapia. Nella “*ludomania*” invece spesso

esistono dei problemi psicologici o psichiatrici che sono conseguenza del circolo vizioso del gioco.

Il fumo, l'alcool e il gioco d'azzardo rimangono un vizio finché non insorgono le caratteristiche tipiche delle dipendenze cioè:

1. **la tolleranza** “bisogno di sempre più sostanza o più gioco per ottenere lo stesso livello di eccitamento”;
2. **l'astinenza** “nervosismo, ansia, tremori se si tenta di smettere”;
3. **la perdita di controllo** “presunta capacità di poter smettere, senza riuscirci nella realtà”;

LA FREQUENZA DI GIOCO

Il giocatore patologico, solitamente, non riesce a separarsi dal gioco se non per brevi periodi di tempo. Inoltre, la frequenza di gioco è elevata anche per l'illusione che il giocatore nutre di rifarsi delle precedenti perdite (fenomeno della rincorsa alla perdita).

IL TEMPO INVESTITO NEL GIOCO

Il giocatore patologico stabilisce col gioco un rapporto esclusivo e particolarmente coinvolgente. L'elevato livello di eccitazione raggiunto lo spinge a trascorrere sempre più tempo al gioco, trascurando tutto quello che lo riguarda, la famiglia, il lavoro, la società.

LE SOMME DI DENARO INVESTITE/SPESE

Il giocatore patologico avverte il bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato (fenomeno della tolleranza). Perdendo a sua volta la cognizione ed il valore del denaro stesso.

COMPORAMENTO

Quando il giocatore patologico gioca, appare completamente assorbito dal gioco, estraniandosi da tutto ciò che lo circonda. Quando tenta di ridurre o interrompere il gioco invece, manifesta uno stato di irrequietezza e irritabilità (fenomeno dell'astinenza).

Così come esistono bevitori sociali e fumatori occasionali, esistono altresì giocatori sociali, per i quali il gioco d'azzardo rimane un'attività di divertimento, in cui investire deliberatamente parte del proprio tempo e del proprio denaro (circa il 95-96% di chi gioca d'azzardo o di chi beve alcolici). Per alcune persone, tuttavia, quello che sembrava un semplice vizio si trasforma in una vera e propria schiavitù, coinvolte come sono in dinamiche prive di controllo.

Comorbidità con abuso di sostanze o dipendenze multiple

La comorbidità tra gioco d'azzardo patologico e altri disturbi, come i Disturbi dell'umore (Disturbo depressivo maggiore e Disturbo bipolare) e Disturbi d'ansia, Disturbo da deficit di attenzione/ipertattività, propensione ai tentativi di suicidio e con Disturbi di personalità (Antisociale, Borderline, Narcisistico), oltretutto con Abuso e Dipendenza multipla da sostanze, pone alcune 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 per quando riguarda i Disturbi di personalità, distinte e indipendenti, che crea notevoli difficoltà di classificazione concettuali, non appare peculiare del disturbo da gioco d'azzardo ma sembra poter essere riconducibile all'impostazione teorica del DSM.

Alcuni ricercatori hanno concentrato l'attenzione sullo studio delle correlazioni tra abuso di sostanze e psicopatologia, utilizzando la definizione di comorbidità derivante dal DSM-IV-TR, che con un "atteggiamento ateoretico", postula l'indipendenza eziologica e fisiopatologica delle due condizioni morbose (Clerici et al., 2000).

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% (Spunten et al., 1995; Lesieur, Blume, 1991; Agus, 1998;). In questo quadro, può

apparire suggestiva l'ipotesi della presenza di una comune predisposizione all'addiction, almeno per quanto riguarda il 3 sottogruppo di Blaszczynski (precedentemente spiegato), che potrebbe trovare una spiegazione nel comune meccanismo della *reward syndrome*. Tuttavia, è anche possibile ipotizzare come l'accedere a 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 e situazioni contestuali), possa permettere con maggiore facilità l'accesso ad altre stanze di dipendenza, per esempio attraverso la possibilità di trovarsi in contesti dove sia possibile incontrare un offerta di sostanze o dove l'inibizione si allontana o dove si ricerchi nell'uso della sostanza 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 al discontrollo del comportamento o dei sensi di colpa); di modulazione del *down* successivo al gioco in caso di perdita oppure amplificazione della dimensione euforica in caso di vincita.

Se per alcuni soggetti, si può parlare di meccanismi di reciproca e contemporanea interazione che produce un amplificazione e sovrapposizione tra gioco e sostanze, è il caso di evidenziare anche il fenomeno della migrazione-sostituzione come tentativo di superamento o riduzione dei danni della dipendenza che il soggetto ritiene più problematica. Un esempio è il caso di ex dipendenti da eroina che si sono ritrovati giocatori patologici o alcolisti.

Da alcuni recenti studi della *National Epidemiologic on Alcohol and Related Conditions* (Petry et al., 2005), si evidenzia come almeno i $\frac{3}{4}$ dei giocatori patologici osservati presentino 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.

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLO SVILUPPO DELLA DIPENDENZA

Oltre la personalità e la ricerca di sensazioni, un altro compito di fondamentale importanza è attribuita al ruolo familiare. Infatti lo sviluppo in adolescenza richiama l'attenzione della famiglia e consiste in quello che Palmonari chiama processo di "emancipazione dalla figure parentali" (Palmonari, 2001).

Sebbene l'individuo in questo periodo della vita tenda ad allargare le interazioni sociali al di fuori del contesto familiare, resta comunque la famiglia ad avere un ruolo indispensabile per il giovane, per le scelte che fa, per le idee che ha e per l'immagine che ha di sé. In particolar modo, il supporto sociale fornito dalla famiglia è considerato un importante fattore di protezione, in quanto riduce le reazioni del giovane allo stress, e contemporaneamente rinforza il livello di autostima dello stesso. L'emancipazione dalle figure parentali, è un processo lungo e progressivo e contrariamente a quanto avveniva in passato non consiste "nell'uscita da casa" da parte del giovane ma consiste nell'acquisire autonomia dalla famiglia pur rimanendo all'interno della famiglia stessa.

Il processo di emancipazione dalla famiglia non riguarda solo l'adolescente ma anche i genitori, i quali devono accettare che i figli diventino adulti e devono contribuire al loro svincolo. Anche i genitori, dunque, devono "separarsi" dai figli e il modo in cui affrontano tale distacco influisce decisamente sul processo di autonomia dei figli. A volte, infatti, sono proprio i genitori che, alle prese con la paura del "nido vuoto", non accettano volentieri l'indipendenza dei figli e così vi oppongono delle resistenze.

A questo proposito Bowen, (che è uno dei pionieri della terapia familiare), parlerebbe di processo di differenziazione del Sé che consiste nel riuscire a mantenere un'obiettività emotiva verso il sistema familiare senza però rompere i rapporti con tale sistema e quindi riuscendo ad essere attivamente in relazione con le persone-chiave del sistema. La differenziazione, per Bowen è, dunque, il risultato del processo di svincolo dalla famiglia attraverso il lavoro continuo di autodefinizione e individualizzazione. Differenziarsi comporta un impegno che accompagna l'individuo per tutto l'arco della sua esistenza e non è certo limitato al periodo adolescenziale (Bowen,1979).

Nel processo di separazione-individualizzazione dell'adolescente assume una particolare rilevanza lo stile educativo genitoriale. Numerose ricerche hanno dimostrato che lo stile

“autorevole”, caratterizzato da elevato sostegno e controllo, sia utile per favorire lo sviluppo dell’adolescente. In questo caso, i genitori favoriscono il processo di autonomia, pur ponendo dei limiti al comportamento dei figli. Si tratta, dunque, di riuscire a mescolare contenimento e calore affettivo in modo di favorire al figlio lo sviluppo di abilità sociali, autostima e senso di responsabilità (Bonino, Cattelino, Ciairano, 2003).

Secondo la prospettiva sistemico-relazionale la famiglia è come un sistema che tende all’omeostasi e il cui sviluppo avviene per stadi all’interno di una dimensione temporale; essa passa attraverso una serie di “epoche” ognuna consistente in un periodo di stabilità e un periodo di transizione. La famiglia, dunque, ha un ciclo vitale le cui fasi sono contrassegnate da particolari eventi significativi come nascite, morti, separazioni, unioni, che vanno a modificare la struttura familiare (Andolfi, 2003). Possiamo considerare l’ingresso di un membro della famiglia nell’adolescenza come uno di questi eventi “critici” per il sistema familiare. L’adolescenza di un membro, infatti, scuote l’equilibrio di tutto il sistema familiare in quanto occorre ridefinire i ruoli di ognuno e le modalità di funzionamento dell’intero sistema. In particolar modo la famiglia si trova a dover regolare due movimenti antagonisti: la tendenza del sistema all’unità e al mantenimento dei legami affettivi da una parte, la spinta verso la differenziazione e l’autonomia dei singoli membri dall’altra.

Da quanto detto si evince che la famiglia può rappresentare un importante punto di riferimento per l’adolescente che sta cercando la sua autonomia, ma può anche essere un sistema che inibisce lo sviluppo se caratterizzata da relazioni che rendono difficili i processi di differenziazione e individuazione.

La ricerca sembra aver evidenziato alcuni elementi ridondanti nelle famiglie con uno o più adolescenti con problemi legate all’uso di sostanze o comportamenti devianti. Un primo elemento si riferisce alla mancanza di confini o a confini poco chiari nel differenziare i diversi sottosistemi presenti nella famiglia.

Spesso le relazioni genitori-figli sono caratterizzate o da eccessiva vicinanza e coinvolgimento o al contrario da freddezza e superficialità. Spesso si osserva un genitore intensamente coinvolto con il figlio dipendente, mentre l’altro è punitivo, distante e assente. Il comportamento di abuso assume il significato di pseudo-individuazione, una

sorta di compromesso tra il desiderio di emancipazione, negata dalla dipendenza, e la difficoltà a staccarsi dalla famiglia di origine.

Altri modelli teorici che si sono occupati di indagare la relazione tra uso di sostanza in adolescenza e *parenting* hanno approfondito specifici aspetti dello stile parentale quali il monitoraggio, la coerenza e la fermezza della disciplina, il supporto della famiglia nei confronti del ragazzo e ciò che quest'ultima riceve dal contesto sociale (Hawkins et al., 1997).

Diversi studi longitudinali hanno dimostrato che bassi livelli di monitoraggio parentale, inconsistenza della disciplina e scarso supporto sociale sono associati a disturbi nell'uso di sostanze e ad altri comportamenti a rischio (Dobkin et al., 1997). Sebbene tali studi sembrino suggerire che uno stile parentale inadeguato possa giocare un ruolo determinante nello sviluppo di comportamenti di dipendenza, è anche importante evidenziare come adolescenti con scarse capacità di auto-regolazione possano favorire nei genitori l'attuazione di modelli parentali deficitari (Ingram e Price, 2001). Perciò una variabile rilevante è il supporto genitoriale cioè la disponibilità ad ascoltare e a condividere i problemi dei figli durante tutto il percorso dello sviluppo adolescenziale (Ciariano et al., 2001). La percezione di poter contare su relazioni familiari stabili e affidabili incide positivamente sull'immagine di sé e ha una funzione protettiva sulle condotte devianti o su comportamenti che possono essere un pericolo per la salute fisica dell'adolescente (Caprara e Fonzi, 2000).

In linea generale, le posizioni estreme in merito al controllo (mancanza di controllo oppure ipercontrollo) sono associate a difficoltà nella crescita, a comportamenti devianti e di dipendenza. Alcune ricerche hanno evidenziato come gli adolescenti che iniziano a fumare precocemente (a partire cioè da 10-11 anni) si differenzino dai coetanei per minor supporto e controllo genitoriale (Wilkinson e Abraham, 2004). Un controllo genitoriale inefficace faciliterebbe non solo la vicinanza del ragazzo a gruppi di coetanei devianti, ma anche comportamenti precoci di dipendenza. Quest'ultimo effetto risulta potenziato dalla presenza in famiglia di adulti che a loro volta hanno problemi di dipendenza (in particolare la figura paterna).

Il controllo da parte dei genitori, associato al supporto genitoriale, sembra però avere un effetto positivo nella prima adolescenza e negativo nelle fasi successive dello sviluppo.

L'approccio evolutivo considera la famiglia come un insieme di personalità interagenti, organizzato internamente in modo complesso e al tempo stesso dinamico e suscettibile di modificazioni. Questo approccio viene definito "evolutivo" proprio perché interpreta la famiglia come una realtà in continuo cambiamento, all'interno di un arco di tempo piuttosto ampio. Il concetto centrale di questo approccio è quello di ciclo di vita familiare inteso come una successione di stadi evolutivi caratterizzati da alcuni eventi particolarmente significativi, che introducono, nel corso della vita familiare del soggetto, trasformazioni di ordine strutturale, relazionale, psicologico e organizzativo. La famiglia è un sistema vivente che passa attraverso stadi differenti che richiedono un certo grado di adattamento e flessibilità. La famiglia deve attuare delle trasformazioni psicologiche e pratiche che coinvolgono anche le relazioni che i singoli membri hanno con il contesto sociale allargato. Ognuno in famiglia deve affrontare dei cambiamenti che hanno a che fare con il proprio ruolo.

Questo approccio si basa sull'assunzione che le famiglie maturano diversi tipi di strutture, organizzazioni e relazioni. Una delle teorie principali sulla famiglia che segue l'ottica evolutiva è rappresentata dal Modello Circonflesso di Olson (Olson, Rusell e Sprenkle, 1983) attraverso il quale sono stati individuati tre modelli di famiglie:

1. **famiglie bilanciate**, che hanno relazioni di scambio con l'ambiente sociale e presentano confini semi-aperti: sono inserite nel tessuto sociale pur mantenendo una propria autonomia di comportamento e di pensiero;
2. **famiglie centripete**, sono famiglie le cui esigenze vengono completamente soddisfatte all'interno dei confini familiari che risultano rigidi e impermeabili rispetto al contesto sociale;
3. **famiglie centrifughe**, sono famiglie che si realizzano all'esterno del nucleo familiare e la famiglia tende a dissolversi.

Per quanto riguarda lo studio e la valutazione del *parenting* questo modello è fondamentale per capire che non esiste di per sé un tipo di genitore o di famiglia patologica, ma la disfunzionalità nasce nel momento in cui un nucleo familiare ripropone rigidamente una certa modalità, senza possibilità di muoversi lungo le varie dimensioni.

PROBABILITÀ O ILLUSIONE? LE DISTORSIONI COGNITIVE

Molte ricerche hanno messo in evidenza, come molto spesso la maggior parte delle persone vada incontro a “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 “segni esterni” il messaggio premonitore. I meccanismi più frequenti che si possono ritrovare riguardano ad esempio, l’avvicinamento alla vincita, così come può essere il sorteggio di un numero vicino o simile a quello di cui si era in possesso (Reid, 1986). Questa percezione di essere “**vicini alla vittoria**” può sviluppare la convinzione che sia necessario continuare ad insistere per raggiungere l’obiettivo e i propositi di limitazione che si erano prefissati debbano essere accantonati in quanto “ormai è fatta”.

Anche la così detta teoria dei “**numeri ritardatari**”, ovvero l’idea che perché un numero non venga estratto da maggior tempo abbia una probabilità di gran lunga superiore di essere estratto a differenza di altri numeri, questo fenomeno può portare a “dimenticare l’aleatorietà degli eventi” e, continuare ad insistere sul numero o sulla combinazione che da tempo non 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, questo atteggiamento aumenta 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 la (a)logica nella condotta. Si pensi per esempio, a esperimenti condotti con il lancio dei dadi, in cui la velocità e la forza con cui si lanciano i dadi appare in correlazione all’aspettativa di uscita di numeri alti o viceversa (Henslin, 1967).

Già Wortman (1975), aveva notato come la partecipazione attiva favorisca un sentimento immotivato di scelte e di responsabilità che, tuttavia, modifica la percezione di controllo.

Un altro fattore che può influenzare la condotta del gioco è relativo alla credenza di “essere scelti”. Si pensi, alla gente che acquistato un biglietto della lotteria, tendono a rifiutare la

vantaggiosa idea di scambio con più biglietti, ritenendo che il proprio biglietto abbia maggior possibilità di vittoria o che comunque non lo si “debba tradire” di fronte ad un offerta, sebbene vantaggiosa o comunque sicura.

Un altro fattore di falsa percezione è determinata dalla combinazione dei numeri che assumono un valore “divinatorio” e contrario alle leggi della logica e delle probabilità. Non si sceglie un numero di biglietti della serie A123456 se si ha l’alternativa di uno della serie N123456, in quanto si ritiene impossibile che esca dall’estrazione un biglietto della serie A, nonostante abbia le stesse probabilità di uscita nell’estrazione. Lo stesso identico motivo per cui non si gioca al lotto i numeri 1,2,3,4,5 oppure 10,20,30,40, ma si preferisce disporre diversamente la propria scelta, per esempio, 25,47,55,29. Questi fattori, 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 problematici più frequenti, che indicano anche la gravità dei giocatori problematici è la cosiddetta rincorsa alle perdite (*chasing*), che porta il gioco ad un incremento esponenziale, dettato dalla esigenza di recuperare il denaro perduto e all’assunzione di forti rischi (per esempio, usura, indebitamento, condotte di rilevanza penale), finalizzati al procacciarsi denaro per poter continuare. Questa esigenza al recupero è spesso accompagnata dalla realizzazione che una volta in pareggio tra vincite e perdite non si giocherà e si salderanno tutti i debiti contratti, questo si può osservare negli studi di Kahneman e Tversky (1979), 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. Questo fenomeno venne dimostrato attraverso un esperimento in cui venivano offerti 1000 dollari a dei soggetti con la possibilità di raddoppiare tale somma oppure di perderla con una probabilità del 50%. La maggior parte dei partecipanti di fronte ad un guadagno sicuro non accettava il rischio. Tuttavia, se si proponeva loro una perdita sicura di 100 dollari con la possibilità, sempre con il 50% di probabilità di andare a pari oppure di perderne 200 dollari, la maggior parte delle persone preferiva di accollarsi il rischio. Applicando questa teoria in diversi ambiti del comportamento, spiegherebbe nel caso di gioco come in “fase di perdita” e di “necessità di recupero” il giocatore patologico 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 spropositata e irragionevole dalle proprie risorse (tempo, denaro, fatica) precedentemente investite. Questa teoria non riguarda solo il gioco d’azzardo ma investimenti in generale: economici, affettivi, professionali e spiegherebbe come le persone persistano in comportamenti distruttivi e deleteri o ancora antieconomici anche di fronte a realtà che suggeriscano di modificare atteggiamento.

Il giocatore d’azzardo patologico commette degli errori cognitivi di logica: applica delle strategie proprie, cerca di interpretare ogni segnale dell’ambiente che lo circonda, si affida alle sue sensazioni interne e a calcoli particolari sulle probabilità, ben lontana dalle leggi della statistica pura, per dominare la situazione di gioco e ottenere una vincita, nella speranza che sia quella che gli cambi per sempre il resto della vita.

Quando si rivedono gli aspetti decisionali del gioco, bisogna prendere in considerazione due importanti fenomeni che illustrano l’irrazionalità del pensiero e delle decisioni prese da chi vi partecipa: la “**fallacia del giocatore**“ (*fallacia di Montecarlo*), “**l’illusione di controllo**” e “**la quasi vincita**” (Gilovich, 1983) cioè la convinzione che gli insuccessi sono vicini a diventare successi.

Anche la cosiddetta “*near miss*” può essere considerata una trappola mentale per i giocatori. Molti di loro, quando incappano in una *near miss* credono di aver sfiorato la vittoria (da qui il termine inglese). Un esempio di questa quasi vincita, riferita al gioco del Lotto, è aver puntato sull’ambo 45-37 mentre vengono estratti il 46 e il 36. L’errore cognitivo sta nel considerare la giocata una quasi vittoria sulla base del fatto che i numeri giocati si avvicinano *aritmeticamente* a quelli estratti. Ma le regole secondo cui funziona il Lotto non si basano sull’aritmetica. Fra i 90 numeri del Lotto non esiste alcun rapporto aritmetico: in questo senso, il 58 è vicino al 59 quanto qualsiasi altro numero. La comprensione di questo fatto può non essere immediata, perché fin dall’infanzia ci si abitua a considerare i numeri in relazione fra loro: il 10 e l’11 sono vicini, 20 è il doppio di 10 e così via. Nel gioco d’azzardo in generale questa nozione non è valida e per capire il motivo può essere utile un semplice esperimento: consideriamo ancora una volta il Lotto e sostituiamo i 90 numeri con altrettanti simboli che non abbiano somiglianze fra loro (ad

esempio una campana, una stella, una ciliegia, ecc.). Nel gioco d'azzardo non esistono quasi vittorie, ma solo vittorie o sconfitte.

La fallacia del giocatore viene spesso associato al nome di Cohen (1972), e si verifica quando il giocatore tende a sopravvalutare la probabilità di successo di una scommessa dopo una serie di sequenze inesatte e scommesse perse; al contrario un giocatore si sente meno sicuro della vincita in seguito ad una scommessa vinta.

L'illusione di controllo di cui parlava Langer (1975) definita come "aspettativa di successo personale erroneamente alta rispetto a quanto l'obiettivo possa garantire" si riferisce alla situazione in cui le persone manovrano gli eventi casuali come se dipendessero dalla loro personale volontà, o percepiscono il gioco d'azzardo come un gioco di abilità.

Molto spesso queste tre variabili si scontrano tra di loro e molto spesso i giocatori d'azzardo compiono rituali di ogni genere pur di esorcizzare la sfortuna.

FATTORI AMBIENTALI E DESIGN DEI LUOGHI DI GIOCO

Quando parliamo di fattori ambientali, non parliamo soltanto dell'ambiente socio culturale o geografica legato al mondo dei giochi.

Da diversi anni, alcuni autori quale Friedman hanno studiato il design dei casinò distinguendo i casinò parco giochi da quelli essenziali.

Entrando in un qualsiasi casinò ci si sente accolti o smarriti, si trovano labirinti di slot machine scintillanti, tavoli da Poker, Blackjack e Dadi. Le hostess accolgono con dei Cocktail e in ambiti spesso accattivanti.

Il modo in cui i casinò sono progettati è diventato argomento di grande interesse, e molte delle teorie classiche su come i casinò debbano essere organizzati sono stati di recente messi sotto valutazione. Il risultato è che la classica teoria del layout si sta evolvendo - con l'obiettivo di incoraggiare ulteriori puntate mentre si assicura che tutti abbiano ulteriore divertimento.

Molti giocatori, un casinò

Un casinò è progettato per accogliere ed ospitare diverse persona. Deve soddisfare le necessità di svariati visitatori ogni giorno dell'anno, dai neofiti che non hanno mai messo una moneta in una slot machine alle ricchissime personalità disposte a spendere, che cercano di giocare sui tavoli ad alte puntate per ore.

Per tanto, quando si studia un nuovo casinò, i designer cercano di analizzare quanto più possibile i diversi segmenti di utenti-clienti da attirare e provano a creare un design che funzioni per tutti loro.

Il casinò deve funzionare per tutti questi giocatori in modo che non portino i loro interessi (soldi) altrove.

Ogni tipo di variabile deve essere preso in considerazione, incluso cosa è visibile sopra il livello delle serie di slot machine, in cui le persone tendono a riunirsi, il rumore ambientale e persino gli odori nel casinò. Tutti questi piccoli particolari catturano l'attenzione del cliente e ne modificano in qualche modo l'aspetto percettivo reattivo.

Per fare un esempio sullo studio del target, si riporta che le donne sono più a proprio agio a scommettere in ambienti con meno persone. Una teoria suggerisce che tendono a sentirsi nervose quando giocano se pensano di essere osservate.

I designer tengono conto di tutte queste tipologie di clienti e dei loro possibili movimenti e tengono anche conto dei grandi scommettitori che camminano verso la stanza del poker o gli ospiti dell'hotel che vanno verso gli ascensori.

Detto questo è risaputo che la maggior parte dei casinò di Las Vegas e non solo, hanno un Hotel nella stessa struttura. Gli ospiti dell'hotel possono imbattersi in una varietà di tipologie di giochi uscendo dalla reception, mostrando quello che il casinò può offrire, mentre il giocatore casuale di strada trova rapidamente le slot più scintillanti senza dover andare troppo lontano. Questo conduce al secondo importante passo nel processo della distribuzione degli oggetti: come progettare una sala che attiri i clienti e li spinga ad andare avanti e lontani dall'uscita.

Dal labirinto alla sala da giochi

Negli anni '90 ed inizio anni 2000, quando Las Vegas sentiva le prime convulsioni del rinascimento e enormi palazzi per le scommesse venivano aperti, i designer di casinò adottarono in massa una teoria nota come il layout del labirinto.

L'idea era che un casinò dovrebbe rapidamente attirare giocatori e poi rendere incredibilmente difficile per loro andarsene. Il concetto del labirinto è stato adottato in maniera estesa ed è entrato rapidamente nella mitologia della cultura pop di Las Vegas. Questo è il motivo per cui non ci sono orologi sui muri e non ci sono finestre nei casinò,

come spesso si diceva, per tenere i frequentatori confusi sull'orario.

La disposizione a labirinto potrebbe essere meglio osservata nella sala stessa, con le slot machine che sono distribuite non in righe ordinate come erano negli anni '60, ma in archi dalle curve disordinate. Un giocatore che entrava in questa disposizione doveva avere un tempo di attesa maggiore per trovare la via d'uscita, così da poter restare ancora qualche tempo e investire ancora altro denaro se attirato da una slot. Le idee di curve disordinate del labirinto rendono la ricerca dell'uscita più confusiva e disordinata così che il giocatore vedrà sempre una grande varietà di macchine o tavoli da gioco.

Man mano che si avvicinava il 2010, la teoria del layout dei casinò ricevette la sua prima grande revisione in diversi decenni, grazie all'apertura di sale come il Bellagio e il Wynn. I bassi soffitti dei giorni andati furono alzati al cielo (spesso con il cielo letteralmente pitturato su di essi), e il concetto del labirinto fu abbandonato in favore di gruppi di macchine più piccoli con maggiore spazio aperto attorno ad esse. Quando un giocatore arrivava alla porta non vedeva più delle slot. Vedeva sculture e la luce del sole, e grandi passaggi che portavano ai tavoli da gioco.

Questo concetto è stato conosciuto come l'area giochi o casinò parco giochi, con l'idea di base di trasformare il casinò da un luogo di confusione e apprensione in un palazzo di lusso in cui i giocatori potevano sentirsi confortevoli ed entusiasti, circondanti dall'opulenza in ogni direzione. Il casinò si è evoluto in una esperienza da invitante centro benessere.

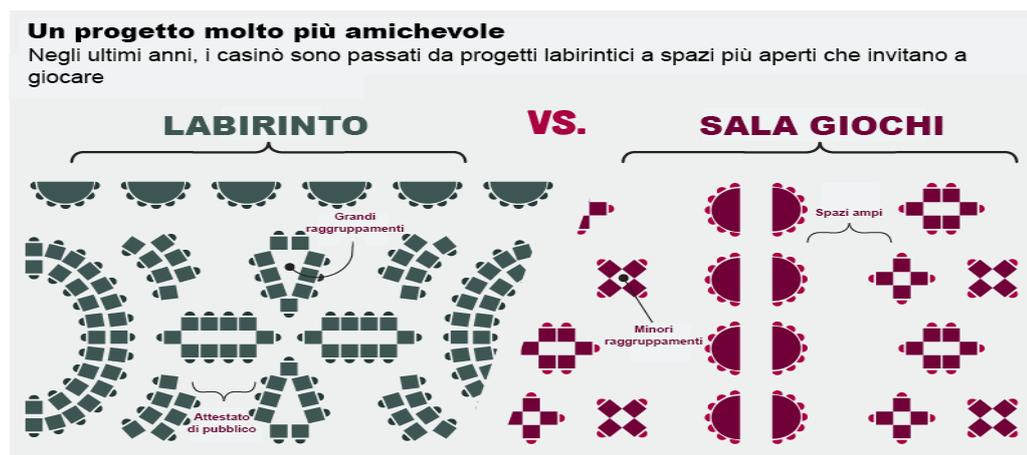


Figura 4 Differenza tra luoghi di gioco

Il progetto dell'area giochi si è dimostrato incredibilmente di successo nell'incoraggiare i giocatori a puntare, e i progettisti hanno appreso nel contempo delle importanti

informazioni in ambito psicologico. I giocatori che sono più a proprio agio e più felici quando vincono, e sono più comprensivi quando perdono. Tutto li persuade nel continuare con altre nuove puntate.

Layout delle slot machine

L'aspetto più critico di qualunque disposizione di un casinò riguarda le slot. Negli anni '70 le slot portavano circa il 40% dei ricavi della sala da casinò. Oggi è fino al 71%, e i giocatori abituati ai a svolgere tali attività su uno smartphone continuano a preferire le macchine da gioco ai tradizionale giochi da tavolo, persino quando le probabilità non sono così buone. Nella maggior parte dei casinò, le slot superano i tavoli da gioco con un rapporto di 10 a 1.

Il successo delle slot è stato guidato in gran parte dall'avvento dei *touchscreen*, che hanno permesso ai designer di realizzare un vasto array di slot machine a tema. Oggi un casinò non ha più bisogno di avere 300 macchine identiche ma può avere quattro o otto unità selezionate da decine di diversi tipi di macchine. Questo dà all'utente una varietà molto maggiore e più motivi per trattenersi.

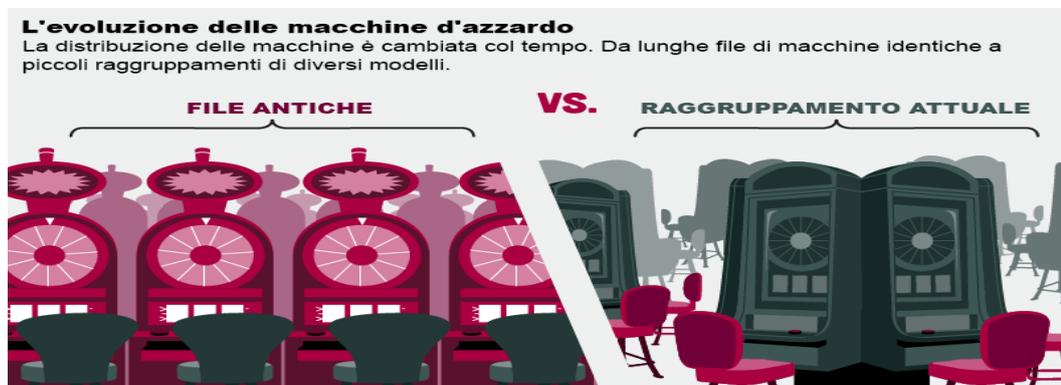


Figura 5 Nuove e vecchie slot

La varietà d'altro canto consente ai progettisti del casinò di organizzare le macchine in gruppi più piccoli. Il risultato è stato un abbandono delle lunghe file per gruppetti più piccoli di macchine, che possono essere raggruppati in un cerchio o in una fila più piccola. Questo design consente ai giocatori di vedere una più grande varietà di giochi con ogni elemento di vantaggio, dando loro più scelte e più opzioni da spendere. Raggruppare le slot è stato anche rivelato come renda giocare più socievole, simulando quanto avviene per i

giochi da tavolo.

Gruppi di persone, specialmente i più giovani che si avventurano in gruppo, possono raccogliersi in cerchio e giocare assieme, aumentando lo spirito di gruppo e rendendo l'esperienza più divertente.

Layout dei giochi da tavolo

I progettisti hanno minore flessibilità quando posizionano i giochi da tavolo, che sono tradizionalmente messi assieme nel mezzo del casinò dove possono essere gestiti e resi sicuri in maniera centrale. Questi giochi non sono di grande interesse per i giocatori casuali, mentre gli scommettitori abituali sopraggiungeranno in ogni caso, quindi il posizionamento non è particolarmente complesso.

Tale raggruppamento di giochi da tavolo ha diversi vantaggi. Ad esempio, i tavoli da gioco come il Blackjack sono spesso allegri e rumorosi, in particolare quando qualcuno ottiene una buona serie di risultati che genera energia e crea un ambiente coinvolgente. Avere questi giochi posizionati in maniera centrale consente di far emergere quell'energia, attirando nuovi giocatori.

Inoltre l'esperienza del gioco stesso è contagiosa. Più persone giocano ad un tavolo, più probabile è che più gente vorrà giocare a quel tavolo. I tavoli vuoti non attirano i clienti, mentre quelli quasi pieni sì.

ASPETTI E RIPERCUSSIONI SOCIALI

I costi sociali del gioco d'azzardo patologico interessano diverse aree. Innanzitutto, come si è già accennato, fortemente coinvolta risulta la sfera delle relazioni familiari. Similmente ad altre forme di dipendenza i costi, le sofferenze, i disagi, non sono pagati solamente dalla persona coinvolta ma anche dai suoi cari che debbono affrontare crisi economiche, convivere con un senso di impotenza, di sfiducia. Tutto ciò non raramente porta a crisi coniugali, a separazioni o divorzi. I figli dei giocatori patologici, anch'essi coinvolti nella spirale dei debiti, spesso assistono a conflitti familiari e rischiano di "adultizzarsi precocemente" preoccupandosi dei problemi del genitore sottraendogli promesse di smettere di giocare. Ma anche nel giocatore la modificazione del ritmo sonno/veglia, il forte stress dovuto alle molte ore trascorse a giocare non può che non avere conseguenze

sul piano della salute. Frequenti sono infatti i periodi di profonda depressione, di forte nervosismo, di paura, e forte è anche il rischio di suicidio. Alcuni farmaci vengono assunti per malesseri secondari al gioco d'azzardo ed altri sintomi “*stress related*” quali difficoltà di memoria e concentrazione, disordini intestinali, emicrania, sono stati segnalati da diversi studiosi come pure è stata segnalata in alcuni giocatori una vera e propria sindrome di astinenza con sintomi quali dolori addominali, tremori, mal di testa, sudori freddi, ecc.

Ma il gioco patologico può anche innescare una pericolosa spirale sul piano lavorativo vuoi attraverso le frequenti assenze dal luogo di lavoro, vuoi attraverso difficoltà, trascuratezze, richieste di anticipi che spesso amplificano un percorso di progressiva discesa sociale o anche uscita dal circuito lavorativo. Tuttavia è anche da segnalare come in molti giocatori si presenti un fenomeno apparentemente opposto ovvero quello del superlavoro dettato dalla necessità di avere denaro, che può portare a trascurare non solo i basilari diritti sindacali ma anche a richiedere o accettare lavori molto faticosi, rischiosi, o privi di garanzie, a lavorare senza sosta, a trovarsi a lavorare in condizioni di stanchezza ove i momenti di pausa sono spesso sostituiti dall’esigenza di giocare con gravi rischi per la propria e l’altrui sicurezza.

Un aspetto importante riguarda le attività illegali e di interesse penale che riguardano non solo la condotta del giocatore patologico ma anche gli interessi nel gioco da parte della criminalità organizzata. Tali interessi vanno dalla gestione diretta dell’attività di gioco illegale all’indotto che può derivare dal gioco legale (riciclaggio di denaro o/e di banconote false, usura, prostituzione, ecc). Secondo alcune indagini svolte nel corso degli anni 80 da magistrati veneziani sulla presenza mafiosa nella regione Veneto è emerso ad esempio come le case da gioco oltre ad essere strumenti funzionali al riciclaggio ed all’usura, fossero considerati dai malavitosi luoghi ove fosse possibile realizzare una serie di attività, tra le quali lo stabilire contatti e frequentazioni interpersonali altrimenti difficilmente giustificabili, l’acquisire informazioni circa le reali disponibilità patrimoniali ed economiche dei giocatori al fine di commettere altre attività delittuose (es. sequestro di persona), l’acquisizione di informazioni circa l’eventuale presenza di altri gruppi criminali possibili concorrenti nel territorio.

Il rischio di attività illegali da parte del giocatore

Diversi sono gli studi che hanno dimostrato come i giocatori patologici siano frequentemente coinvolti in attività illecite finalizzate a procacciarsi denaro per giocare. Del resto ricordiamo come il DSM-IV indichi tra i criteri di diagnosi di gioco d'azzardo patologico l'aver commesso azioni illegali come falsificazione, la contraffazione di assegni, frode, furto, frode fiscale, appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo e pertanto "l'elevata criminogenicità del gioco d'azzardo sia indiretta e i crimini commessi derivino dalla catena di eventi legata all'ingente quantità di soldi che girano intorno al gioco". Alcuni studi condotti su pazienti in trattamento confermerebbero tali indicazioni. Uno studio condotto in Australia su un campione di giocatori compulsivi facenti parte sia del gruppo dei *gamblers anonymous* che in trattamento presso un centro specializzato ha rilevato come circa il 54% dei soggetti avesse commesso almeno un reato durante la sua "carriera" di giocatore e solamente il 9% dei soggetti facenti parte del campione non avesse mai commesso crimini legati al gioco d'azzardo. Un successivo studio ha riscontrato come la commissione di almeno un reato legato al gioco si troverebbe nel 59% dei casi, con un rischio maggiore di condotte illegali nei soggetti con disturbo antisociale di personalità. Un altro elemento di interesse criminologico è relativo al rapporto tra gioco d'azzardo ed uso di sostanze illegali, dove numerosissimi sono gli studi che evidenziano una maggiore possibilità di trovare fenomeni di abuso o di dipendenza tra giocatori patologici rispetto a non giocatori, così come maggiore è la possibilità di trovare giocatori patologici o problematici tra consumatori di sostanze. L'uso di sostanze illegali (cocaina, eroina, amfetamina) così come l'uso di alcol sembra inoltre essere un elemento che favorisce la possibilità di commettere reati. Il primo studio di dimostrò ad esempio come il 3% del campione avesse riferito di avere commesso reati sotto l'effetto di alcol. L'alcol e/o le sostanze stupefacenti in questo caso fungerebbero da "facilitatore" nel trovare "il coraggio", superare le barriere interne, la giustificazione nel commettere reati. Altre ricerche hanno evidenziato un fatto interessante ovvero come, se il bisogno continuo di denaro spinge oltre il 60% dei giocatori patologici al ricorso in attività illegali per continuare a giocare, in una minoranza dei casi la commissione di reati divenga una pratica abituale. Se queste ricerche fossero confermate da successivi studi si potrebbe ipotizzare come in taluni soggetti il gioco funga da porta di ingresso nel mondo della illegalità ed una

volta varcata questa porta il continuare la condotta illegale non sia strettamente legata alla necessità di denaro per giocare. D'altro canto è vero anche il percorso inverso ovvero il fatto che delinquenti comuni accedano al gioco direttamente dal mondo della malavita. Altri studi hanno inoltre segnalato come il ricorso alla illegalità correlata al gioco d'azzardo non sembrerebbe risparmiare le donne e gli adolescenti. Nello specifico degli adolescenti le conseguenze principali del gioco sarebbero da ricercare oltre che nell'alto dispendio di denaro, nelle assenze dalla scuola e nei conseguenti scarsi risultati scolastici, nei furti, nella presenza di sintomi di tipo depressivo e negli intenti auto-soppressivi. È importante poi segnalare sempre rispetto agli adolescenti l'associazione con l'uso di sostanze ed altri indicatori di disadattamento psicosociale, in relazione a problemi legati all'uso dei videogiochi nelle sale giochi. Il quadro complessivo sembrerebbe indicare come gli adolescenti giocatori problematici si ritrovino progressivamente coinvolti in un insieme di comportamenti a rischio, che in varia misura a loro volta influiscono sul loro comportamento generale e sembrano spingere verso l'adozione di condotte di rischio, di esclusione sociale, di adesione a modelli astensionistici, delinquenziali o a vere e proprie forme di *addiction*.

Tuttavia dobbiamo considerare come il fenomeno gioco d'azzardo e nella fattispecie il fenomeno criminale legato al gioco d'azzardo presenti molti punti oscuri, i dati vadano presi con molta cautela e sia lecito pensare ad un numero oscuro di reati di gran lunga superiore a quelli identificati. È infatti noto in criminologia come l'indice di occultamento ed il numero oscuro relativo alle varie tipologie di reati risulti fortemente correlato ad alcuni fattori in grado di determinare in misura maggiore o minore il divario esistente tra criminalità nota ed occulta. In altre parole la differenza che intercorre tra il numero di reati commessi e quelli identificati sarebbe in relazione alla specie di delitto, all'atteggiamento della vittima, alla qualità dell'autore di reato ed all'atteggiamento degli organi istituzionali. Nel caso del gioco d'azzardo l'atteggiamento della vittima, risulta fortemente rilevante. Se infatti si considera il giocatore d'azzardo quale vittima di usura è lecito ipotizzare come i giocatori caduti nella rete della criminalità organizzata tendano raramente a richiedere l'intervento dell'autorità giudiziaria. Questo non solo in relazione al rischio di intimidazione da parte degli usurai, ma anche al delicato ed ambivalente rapporto (per taluni aspetti assimilabile a quello tra tossicodipendente e spacciatore) con l'usuraio stesso

che “offre” il denaro (la sostanza) per potere giocare; alla speranza in una grande vincita che permetterà di appianare tutti i problemi e da non ultimo al pregiudizio sociale che incombe sul giocatore con la conseguente paura di essere individuato non come vittima ma come causa del fatto. Se la denuncia e l’atteggiamento della persona offesa rappresentano una delle fonti principali in grado di ridurre l’indice di occultamento di una determinata tipologia di reati va considerato anche come spesso i reati commessi dai giocatori si perpetuano nell’ambiente di lavoro o nella cerchia dei conoscenti. Non è raro tuttavia considerare come, in tali contesti, si tenda a rinunciare alla denuncia accontentandosi nel caso del posto di lavoro delle dimissioni e anche in considerazione alla conoscenza, della situazione, del rapporto personale ed alla sfiducia nel riavere il denaro sottratto e si preferisca non infierire sul soggetto attraverso un procedimento penale. Pertanto è lecito considerare come il numero e la tipologia di reati commessi in relazione al gioco d’azzardo risultino fortemente sottodimensionati.

FATTORI DI VULNERABILITÀ E RESILIENZA

Non tutti gli individui che giocano d’azzardo sviluppano una forma patologica di dipendenza. Vi sono infatti differenze nella popolazione esposta al gioco che comportano l’esistenza di individui più vulnerabili rispetto ad altri a sviluppare dipendenza (cioè gioco d’azzardo patologico), in virtù di una serie di fattori propri individuali, ambientali e di altri dipendenti dalle caratteristiche dei giochi.

Le condizioni di vulnerabilità all’*addiction*, e quindi allo sviluppo di una dipendenza patologica, sono sostenute da una combinazione di fattori in grado di produrre un alto potenziale additivo. I fattori individuali annoverano alterazioni neuropsico-biologiche che, in sintesi, si possono identificare in alterazioni dei sistemi della gratificazione, con una contemporanea bassa efficacia del controllo prefrontale degli impulsi. Individui vulnerabili presentano alta frequenza di comportamenti di ricerca/specializzazione. Oltre a questo, è necessario però anche un contesto sociale favorente che spesso è caratterizzato da relazioni familiari problematiche, scarsa presenza di offerte attive di prevenzione, scarse regole e leggi di controllo e deterrenza (alta pressione pubblicitaria). Anche la tolleranza e la promozione attiva del gioco d’azzardo nel contesto sociale, nonché l’uso di sostanze stupefacenti e l’abuso alcolico, sono fattori in grado di incrementare il potenziale additivo.

La terza componente riguarda lo “stimolo” e le sue caratteristiche ed in particolare la facile disponibilità e accessibilità, l’alta frequenza d’uso, l’intensità, la capacità di creare un effetto gratificante e nel contempo un effetto inibente su ansia, pensieri ossessivi, depressione e noia (Bouju 2011; Potenza 2011). La vulnerabilità al gioco d’azzardo patologico riguarda un segmento della popolazione. In particolare, in quella giovanile si sono dimostrati particolarmente a rischio i soggetti con temperamento *novelty seeking* (ricerca della novità), con un’evoluzione del gioco d’azzardo che da iniziale “gioco sociale e socializzante”, diventa “gioco individuale” e quindi “gioco isolato” nel momento in cui si sviluppa una dipendenza patologica. Lo sviluppo di questo tipo di dipendenza presuppone dunque che ci sia uno stato di vulnerabilità preesistente al contatto con il gioco d’azzardo e, spesso, anche con le sostanze stupefacenti. Se questo contatto avviene inoltre in carenza di fattori protettivi (scarso attaccamento parentale, deficit del controllo familiare, bassa presenza di sistemi sociali protettivi, ecc.) vi è la possibilità di attivazione di un percorso evolutivo e di meccanismi auto-generanti verso una vera e propria forma di *addiction*. I livelli di vulnerabilità in questa tipologia di persone, pertanto, sono due. Il primo caratterizzato da un maggior rischio di primo contatto e di “prova/ricerca dello stimolo”. Il secondo caratterizzato da un maggior rischio di sviluppo e persistenza dell’*addiction* post-stimolo. Gli indicatori di vulnerabilità allo sviluppo di *addiction* sono quindi diversi e fanno comprendere come non tutte le persone siano vulnerabili ad esso (Jacobs 1989). I fattori di vulnerabilità e resilienza variano in base alla loro presenza ed espressività, sono rappresentati sia a livello individuale, familiare e ambientale e possono creare una condizione generale più o meno orientata o resistente allo sviluppo di un percorso evolutivo verso il gioco d’azzardo problematico e/o patologico.

Questi fattori sono:

Tabella 4 The Italian Journal of Gambling Addiction - Serpelloni 2012

<i>Espressione come fattore di rischio</i>	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	<i>Espressione come fattore di resilienza</i>
Giovane (% maggiore) Anziano (% minore)	Età	Adulto
Maschile	Sesso	Femminile
Alterato	Sistema dopaminergico della gratificazione	Normale

Novelty seeker	Temperamento e carattere	<i>Harm avoidance</i> (evitamento del danno)
Deficit di attenzione e iperattività (disturbi comportamentali)	Funzioni attentive e comportamentali	Attenzione e comportamenti normali
Alta attitudine, bassa consapevolezza e bassa percezione del rischio	Attitudine, consapevolezza percezione del Rischio	Bassa attitudine, alta consapevolezza e alta percezione del rischio
Scarsa capacità con impulsività e alta e precoce aggressività espressa	Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale) e livello di aggressività comportamentale	Buona capacità con basso livello di impulsività e aggressività espressa
Bassa o onnipotenza	Autostima	Alta
Bassa e utilizzo di strategie legate alle emozioni	Capacità e strategia di <i>coping</i>	Alta e strategie legate agli obiettivi
Basse	Capacità di comportamento adattivo	Alte
Alta	Estroversione	Moderate
Presenza di credenze irrazionali sulla fortuna e le proprie capacità di condizionare elementi di gioco dovuti al caso e assenza di consapevolezza della bassa probabilità di vincita	Credenze e distorsioni cognitive sul gioco d'azzardo patologico	Assenza di credenze irrazionali e presenza di consapevolezza della bassa probabilità di vincita
Timidezza eccessiva, bassa assertività	Modalità relazionali e grado di assertività	Estroversione, alta assertività
Assente o ridotta	Social conformità	Presente
Presenti	Patologie psichiatriche	Assenti
Presente (occasionale o abitudinario) e precoce	Uso di sostanze stupefacenti	Assente
Presente e precoce	Abuso di alcol	Assente
Presente e precoce	Tabagismo	Assente
Presente	Uso di farmaci incentivanti il gioco d'azzardo	Assente
Bassa	Capacità di gestire il proprio denaro	Alta
	FATTORI FAMILIARI	
Presente	Famigliarità per gioco d'azzardo patologico	Assente
Deboli e negativi	Legami famigliari di attaccamento	Forti e positivi
Assente o discontinuo e incapace	Controllo educativo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari	Presente, costante e capace
Assenti, incoerenti o non fatte rispettare	Regole di condotta in famiglia	Presenti, coerenti e fatte rispettare
Presente	Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori	Assente
Tollerante, di approvazione anche	Atteggiamento dei genitori nei confronti del	Non tollerante, di stigmatizzazione

implicita del gioco d'azzardo	gioco d'azzardo	del comportamento del gioco d'azzardo
	GRUPPO DEI PARI	
Alta prevalenza di gioco d'azzardo, atteggiamento di accettazione e promozione del gioco d'azzardo	Gioco d'azzardo nel gruppo dei pari	Assenza o bassa prevalenza di gioco d'azzardo, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione del gioco d'azzardo
Assenti e/o orientati a modelli negativi	Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva	Presenti e persistenti
	FATTORI AMBIENTALI	
Alta	Disponibilità, accessibilità del gioco d'azzardo sul territorio	Bassa
Povertà diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione, appartenenza a minoranze etniche	Condizioni sociali	Povertà ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione, appartenenza a maggioranza etnica
Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalità diffusa	Condizioni di legalità sociale	Legalità istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalità
Assente o mal funzionante e non nota	Rete dei servizi territoriali per famiglie e Giovani	Presente, nota, accessibile e ben organizzata
Tolleranti e normalizzanti l'uso indiscriminato	Politiche e culture sociali	Anti GA, esplicite, fortemente regolamentate, controllate e permanenti
Presente, incentivata e tollerata	Pubblicità sul gioco d'azzardo	Assente e non tollerata
Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate	Agenzie "educative" virtuali non regolamentate (Internet, TV e altri media, mondo dello spettacolo, ecc.)	Assenti o accessibili sotto controllo e Regolamentate
Assente o poco attivo	Controllo e repressione del gioco d'azzardo Illegale	Presente ed attivo

Il gruppo dei pari può rappresentare un fattore di rischio, in quanto può diventare il luogo in cui si incontra l'abitudine al gioco d'azzardo (Couyoumdjian, 2005; Albiero, 2012; Langhinrichsen-Rohling, 2010).

La scarsa capacità di *coping* come fattore di rischio è stata documentata da vari studi (Gupta, 2000; Lesieur, 1987), così come l'utilizzo di strategie di *coping* legate alle emozioni, e non agli obiettivi (Bergevin, 2006).

Anche l'alta estroversione, un basso grado di conformismo e autodisciplina, soprattutto se accompagnate da scarse capacità di comportamento adattivo, rappresentano importanti fattori di rischio (Dickson, 2002).

I fattori socio-ambientali possono essere una fonte di stimolo e sviluppo del gioco d'azzardo patologico. Molti studi (Mitika, 2001; Paternak, 1999; Sibbald, 2001; Volberg, 2000), hanno dimostrato che esiste un legame tra la disponibilità ambientale di gioco d'azzardo e lo sviluppo di gioco d'azzardo patologico. Oltre a questo, è stato dimostrato anche che le aperture dei casinò possono portare un incremento notevole dei giocatori d'azzardo nelle zone limitrofe. Uno studio, in particolare, ha evidenziato che in una determinata area, i giocatori d'azzardo erano il 14% della popolazione prima dell'apertura del casinò e, in seguito ad essa, sono arrivati al 60% della popolazione (Ladouceur, 1999).

La presenza delle cosiddette "rossine ambientali", cioè di contesti dove è possibile giocare d'azzardo, aumenta quindi la probabilità di disturbi associati quali il gioco d'azzardo patologico (Volberg, 2002). Le zone con compresenza di luoghi di gioco d'azzardo registrano tassi significativamente maggiori di persone che richiedono assistenza per il gioco d'azzardo patologico (Shaffer, 2002).

Relativamente alla familiarità, si è visto che il 20% dei soggetti con DGA ha familiari affetti dalla stessa patologia. Se si esaminano i giocatori problematici rispetto ai giocatori non problematici, si osserva che la probabilità di avere almeno un genitore con gioco d'azzardo patologico è di 3-8 volte superiore nei giocatori problematici. È stato osservato, inoltre, che la possibilità di insorgenza del DGA è 3 volte superiore se presente in famiglia un genitore con DGA e diventa 12 volte superiore se ci sono nonni con la stessa dipendenza.

CAPITOLO 2

DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

I VIDEOGAME

Definita tecnicamente “gaming disorder”, è oggi ufficialmente una patologia mentale riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Con una nota ufficiale arata nel gennaio 2018, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha reso nota l'inclusione dei disturbi legati alla dipendenza da videogame all'interno della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 11). Un documento utilizzato da medici di tutto il mondo e finalizzato alla diagnosi e al riconoscimento di patologie legalmente riconosciute.

L'inquadramento del “gaming disorder” (letteralmente: *disturbo da gioco*) all'interno di questa lista avviene inoltre in un periodo particolarmente importante per il settore dei videogames, che allo stato attuale, registra un forte incremento delle vendite.

È infatti l'agenzia di ricerca tedesca GfK a mostrare come, solo in Italia, nel 2016 l'industria dei videogiochi abbia sviluppato un fatturato di circa 1 miliardo e 30 milioni di euro, con un incremento nel 2017 dell'+8,2%. Dati coerenti con quelli sviluppati dall'Associazione Editori Sviluppatori Videogiochi Italiani (AESVI), che registrano, tra le altre cose, un sostanziale innalzamento della fascia d'età dei giocatori, il cui 62% sembra essere composto da individui compresi tra 25 e i 55 anni.

CHE COS'È E COME RICONOSCERE LA DIPENDENZA DA VIDEOGAME

Si tratta di una vera e propria patologia che si configura quando l'utilizzo dei videogiochi diventa pervasivo nella vita di un individuo. Secondo la classificazione ICD redatta dall'OMS, la dipendenza da gioco “è caratterizzata da un pattern di gaming persistente o ricorrente, che può avvenire online o offline”.

Come specificato in una nota recentemente diffusa dal CESDA (Centro Studi Dipendenze) nella diagnosi della ludopatia non vi sono distinzioni tra gioco d'azzardo,

quello finalizzato a scommesse in termini economici (slot machine, Gratta&Vinci, lotterie) e videogame prettamente ludici.

La dipendenza da videogiochi si manifesta solitamente quando compaiono sintomi come:

- Difficoltà di controllare frequenza, l'intensità e la durata del gioco, con conseguente incapacità di interromperlo (sintomi da astinenza);
- Percezione alterata di frequenza e durata del gioco: il giocatore patologico non si accorge di quanto tempo gioca e di quante volte al giorno torna a giocare;
- una sempre maggiore priorità del gioco rispetto al contesto, fino al punto in cui il “bisogno” di giocare acquista la precedenza su altre attività della vita quotidiana: il giocatore patologico potrebbe dimenticare persino di mangiare, di dormire o di tornare a casa in orario consono con gli impegni familiari;
- la persistenza o l'aumento della frequenza nell'atto del giocare nonostante la comparsa di conseguenze negative (perdite economiche, ansia, manifestarsi di altri problemi riconducibili al gioco stesso).

Il comportamento patologico relativo al gioco, porta quindi a: *“problemi significativi nella sfera personale, familiare, sociale, scolastica, lavorativa o in altre importanti aree di funzionamento”*.

Ma perché sia definita e inquadrata come “patologia”, secondo l’OMS, l’insieme dei sintomi determinati da comportamenti reiterati, episodici o ricorrenti, devono essere evidenti per un periodo di almeno 12 mesi.

LA DIPENDENZA IN BAMBINI E ADOLESCENTI

Particolare attenzione deve essere riservata al manifestarsi di sintomatologie riconducibili alla dipendenza da videogame nei più piccoli. Una continua e sempre maggiore disponibilità di dispositivi adatti al gioco elettronico (smartphone, tablet, console e PC) espone oggi bambini e bambine al rischio maggiore di sviluppare una dipendenza dal gioco.

I sintomi sono gli stessi che si riscontrano negli adulti, con l’aggravante che, alcuni di essi, potrebbero costituire un ostacolo al corretto e normale sviluppo psico-fisico e psicomotorio dei bambini.

In particolare i genitori dovrebbero notare se un bambino:

1. dorme poco perché resta sveglio di notte a giocare;
2. tende a isolarsi e a rifiutare la vita sociale (ad esempio uscire di casa);
3. ha difficoltà a concentrarsi, ha difficoltà a scuola.

“La fascia di età più a rischio è quella che va dai 10 ai 12 anni”, spiega Massimo Clerici, docente di psichiatria presso l’Università di Milano Bicocca, “una fase critica nella quale gli adolescenti cominciano a sviluppare la propria identità autonoma e dunque a porre le basi per ciò che saranno in futuro”.

D’altro canto, i videogiochi non sono un male assoluto, anzi. Negli ultimi tempi si sono programmati ed evoluti diversi giochi e videogiochi educativi, alcuni di questi tipo i *serious game* sono utilizzati anche dai docenti per i BES. La cosa da comprendere, come sempre, è utilizzare sì i videogame ma con buonsenso e in maniera equilibrata.

COME I VIDEOGAME POSSONO CREARE DIPENDENZA

I videogames sono strutturati in modo tale da attrarre la persona che vi gioca, basti pensare alle luci, colori, suoni e particolari animazioni. Inoltre le attuali frontiere di tali tecnologie permettono una particolare interazione web mediata.

Queste attività al pari del gioco d’azzardo, esercita emozioni contrastanti.

Di fatto, alcune persone sperimentano verso di essi un'incontrollabile repulsione mentre altre ne restano irresistibilmente attratte.

Su quelle che ne sono attratte, giocare non solo non soddisfa il bisogno, ma sembra addirittura che lo faccia crescere in modo esponenziale.

Il gioco è un'attività che allontana dalle preoccupazioni o dalle frustrazioni quotidiane, crea emozioni induce uno stato modificato di coscienza, come quello della trance ipnotica e la persona si sente appagata. Dopo la sperimentazione di questo stato risulta difficile rinunciarvi (dipendenza), anzi, si ha bisogno di una dose di tempo sempre maggiore per provare lo stesso stato di benessere (assuefazione) derivante dalla gioco. Si ha quindi il bisogno di giocare sempre più a lungo, o con giochi sempre più emozionanti, violenti o comunque con effetti grafici sempre più attraenti.

Secondo gli psichiatri, le emozioni e la sensazione di piacevolezza che si sperimentano durante il gioco si innescano particolari meccanismi compensatori simili a quelli

sperimentati durante l'assunzione di sostanze o derivanti dal gioco d'azzardo patologico, per tale ragione si producono dopamina, serotonina, glutammato e gaba, adrenalina e noradrenalina. A brevissimo termine queste sostanze provocano nell'organismo una sensazione diffusa di benessere, o hanno un effetto sedativo rispetto a stati d'ansia o di depressione.

COMPORAMENTI A RISCHIO DA DIPENDENZA DA VIDEOGAMES

1. la persona dedica moltissimo tempo a videogiocare (o lo dedicherebbero se non gli fosse impedito);
2. Si addormenta a scuola o mentre svolge altre attività;
3. Trascura le altre attività, compresi gli studi;
4. Quando può scegliere, preferisce giocare piuttosto che passare il tempo con gli amici;
5. Mostra una caduta nel rendimento scolastico, degli studi o professionale;
6. Mostra un ritiro dalle altre attività sociali;
7. Gioca di nascosto;
8. Tende ad essere apatico o irascibile quando non può giocare;
9. Si arrabbia quando lo si interrompe mentre gioca, o quando gli si impedisce di giocare;
10. Pensieri e fantasie sono focalizzati sul gioco, anche quando svolge altre attività;
11. Cerca di procurarsi videogiochi sempre nuovi;
12. Spende somme considerevoli di denaro (se ne dispone) per i videogiochi;
13. Presenta alterazioni o anomalie nelle abitudini (alimentazione, igiene personale, funzioni fisiologiche, sonno);
14. Presenta sintomi fisici quali mal di testa, schiena, dolori al collo, arrossamenti agli occhi, disturbi della vista, sindrome del tunnel carpale.

Non esistono studi che abbiano dimostrato con certezza che bambini o adolescenti con determinate caratteristiche siano più soggetti di altri a sviluppare una dipendenza da videogiochi. Alcuni ritengono che possano essere più a rischio minori con difficoltà di

socializzazione, con disturbi ADHD o coloro i quali presentano disturbi d'ansia o stati depressivi.

PROBABILI DANNI DA DIPENDENZA DA *GAMING*

I videogiochi sono un fenomeno relativamente recente. Gli studi sulle conseguenze dell'esposizione a videogiochi sono ancora pochi, con risultati contrastanti e nessuna conclusione definitiva. Questo è vero soprattutto per gli effetti a lungo termine sui bambini. In altre parole non si sa ancora con certezza cosa succederà in età adulta a coloro i quali siano stati esposti già in tenera età.

Gran parte delle affermazioni sulla presunta pericolosità dei videogiochi sono opinioni autorevoli, ma basate più su osservazioni cliniche e meno su condizioni empiriche.

I pochi studi esistenti presentano dei limiti che rendono difficilmente generalizzabili le conclusioni. Sono stati condotti, ad esempio, su videogiocatori accaniti e non su giocatori che per necessità o per virtù giocano per periodi limitati di tempo, o diversamente sono condotti su persone che giocano su game violenti.

Inoltre anche qualora fosse effettivamente riscontrata una correlazione statistica tra esposizione massiccia al videogioco e comportamenti problematici nei bambini, resterebbe da individuare il rapporto tra causa ed effetto.

È il videogioco che crea bambini problematici, o sono i bambini con delle difficoltà di crescita che sono più soggetti a lasciarsi attrarre dai videogiochi? O entrambe le caratteristiche sono determinate da qualche altra variabile a monte?

Generalmente i bambini che giocano molto, guardano anche i cartoni giapponesi, amano i film violenti, e sono limitatamente controllati dai genitori.

La diffusa tendenza a non differenziare i videogiochi, lascia inoltre un dubbio. Sono dannosi tutti i videogiochi o soltanto alcuni? Un ragazzo che gioca a The Sims, o a pilotare un aereo (magari anche non militare) o a costruire città con il computer, corre proprio gli stessi rischi di chi gioca a fare a pezzi zombie e mostri?

Videogiochi violenti e sanguinari quali rischi per i minori

Dei ricercatori dell'Università di Iowa (USA), sono arrivati alla conclusione che i videogiochi violenti, forse non inducono la persona ad atteggiamenti violenti ma più

probabilmente li rendono meno sensibili facendo sembrare la violenza qualcosa di normale.

Non sappiamo come avrebbero reagito i soggetti della ricerca, se le scene di violenza a cui hanno assistito dopo aver videogiocato fossero state reali, anziché filmate. Anche se i dati sperimentali sono ancora scarsi, molti psicologi si esprimono nella dannosità dei videogiochi, mentre altri sostengono il contrario.

Va ricordato che esistono anche soggetti particolarmente fragili, che potrebbero essere più vulnerabili.

Amesso che non creino turbe psichiche, molti videogiochi, violenti o non violenti, sono comunque diseducativi. Possono trasmettere una visione del mondo sbagliata o non conforme ai valori che i genitori vogliono trasmettere ai propri figli.

Videogiochi e danni neuropsicologici nei minori

Sussiste ancora perplessità per quanto riguarda l'aspetto di eventuali danni neuropsicologici (memoria, concentrazione, riflessi e attenzione) che i videogame possono eventualmente produrre.

È molto diffusa l'opinione che i più accaniti dimostrino poi deficit o problemi in particolare nelle aree della memoria, dell'attenzione, e della concentrazione.

Va detto che i videogiocatori accaniti, giovani o meno giovani, il più delle volte hanno una qualche forma di dipendenza dal gioco stesso, che li porta a rimanere focalizzati su di esso piuttosto che sui compiti richiesti dalla vita reale e questo può dare la sensazione che la persona sia assente e poco concentrata.

MONDO REALE E MONDO VIRTUALE RISCHIO DI INTERFERENZE

Secondo la moderna psicologia, il rischio di esposizione ai videogiochi non comporta necessariamente che gli esposti a giochi violenti diventino a loro volta aggressivi ma che rendano tale fattore qualcosa di normale. Il rischio probabilmente più concreto è che la filosofia di vita del videogioco diventi qualcosa da assorbire e riportare nella vita reale.

Si potrebbe finire pertanto con il vedere il mondo come un posto dove si combatte da soli contro tutti, dove l'importante è sparare e vincere.

Oppure dando continuità all'interazione con personaggi virtuali il rischio è che nel tempo si possano modificare le reali interazioni amicali e sociali. Il rischio forse più preoccupante ma non ancora analizzato da ricerche longitudinali richiama l'attenzione alla propria identità. La continua esposizione ad avatar o personaggi irreali potrebbe a lungo termine modificare il proprio sé e la propria identità; così, un po' alla volta e senza accorgersene, il mondo virtuale dei videogiochi potrebbe finire per sovrapporsi a quello reale ed interferire con esso.

Purtroppo lasciati da soli davanti al computer, i ragazzi spesso non sono in grado di leggere l'ambientazione del gioco. Ne colgono solo gli aspetti più superficiali o fraintendendo il messaggio che il programmatore del gioco ha tentato di dare, se ha cercato di farlo, o recependo messaggi e significati che di fatto non esistono.

I videogiochi trasmettono valori e credenze in maniera indiretta, possono creare distorsioni cognitive ed avere ripercussioni sociali, relazionali familiari e nella costruzione della propria identità.

DIPENDENZA DA INTERNET

Internet e le sue svariate applicazioni hanno prodotto per l'umanità numerose novità e vantaggi in diversi ambiti, dal quello del sapere alla vita relazionale, dal mondo del lavoro al quello dell'intrattenimento. Nella vita di tutti i giorni, pur con modalità differenti, tutti o quasi, siamo chiamati a confrontarci con queste nuove tecnologie, che sono in continua evoluzione.

Nel giugno 2010 gli utilizzatori di internet di tutto il mondo erano quasi due miliardi di persone con una crescita nell'ultimo decennio del 445%. In Europa erano 475 milioni: circa il 59% della popolazione.

Nella nostra penisola dal 2000 al 2009 la percentuale degli internauti è cresciuta esponenzialmente del 127%. Precisamente, nel 2010, gli italiani on line erano più di trenta milioni: circa il 52% della popolazione, di cui diciannove milioni iscritti a Facebook.

Il processo evolutivo del mondo web ha modificato le forme di comunicazione e di pensiero dando origine alle prime manifestazioni di disturbi correlati ad un uso patologico

della Rete e delle sue risorse, fino alla formazione di stati patologici di dipendenza e altre forme di psicopatologia web-mediata.

I primi studi sulla IAD (*Internet Addiction Disorder*) sono attribuibili a Goldberg (1995), che ha definito il concetto di dipendenza da Internet individuandone i principali sintomi:

1. bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore in rete per ottenere soddisfazione;
2. marcata riduzione d'interesse per altre attività che non siano Internet;
3. sviluppo, dopo la sospensione o diminuzione dell'uso della rete, di agitazione psicomotoria, ansia, depressione, pensieri ossessivi su cosa accade online, classici sintomi astinenziali;
4. necessità di accedere alla rete sempre più frequentemente o per periodi più prolungati rispetto all'intenzione iniziale;
5. impossibilità di interrompere o tenere sotto controllo l'uso di Internet;
6. dispendio di grande quantità di tempo in attività correlate alla rete;
7. continuare a utilizzare Internet nonostante la consapevolezza di problemi fisici, sociali, lavorativi o psicologici provocati dalla rete.

A seguito di queste primi studi, venne fondato da Kimberly Young, il Center for *Online Addiction* statunitense, che ne determinò 5 caratteristiche specifiche:

1. *Cyber-sex addiction* (dipendenza dal sesso virtuale): le persone che soffrono di questa patologia, sono solitamente dediti allo scaricamento, all'utilizzo e al commercio di materiale pornografico online, interessati a partecipare in chat-room per soli adulti. Non è insolito che tale problematica sia accompagnata a masturbazione compulsiva.
2. *Cyber-relational addiction* (dipendenza dalle relazioni virtuali): la persona resta irretita da questa tipologia di relazioni, spesso si accompagna al tradimento del partner. Le relazioni amicali online diventano prioritarie rispetto a quelle reali. In molti casi questo conduce all'instabilità coniugale o della famiglia.
3. *Net-compulsion*: la dipendenza dai giochi in Rete comprende una vasta categoria di comportamenti, compreso il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo e il commercio online compulsivo.

Il più delle volte vengono cliccati i casinò virtuali, i giochi interattivi, i siti delle case d'asta o le scommesse su Internet e si perderanno importi cospicui di denaro, arrivando ad interrompere doveri relativi all'impiego o rapporti significativi.

4. *Information overload*: la ricchezza dei dati disponibili sul Web ha creato un nuovo tipo di comportamento compulsivo per quanto riguarda la navigazione e l'utilizzo dei database virtuali. Le persone trascorrono sempre più tempo nella ricerca e nell'organizzazione di dati dal Web. Questi comportamenti sono legati ad aspetti ossessivi compulsivi che ledono le relazioni sociali, aspetti lavorativi e il benessere della persona a tutto tondo.

5. Giochi di Ruolo online: videogame con tematiche per lo più di azione o di guerra, giochi che richiamano particolari tecniche e strategie per riuscire a superare i livelli e terminare il gioco. Sono di fatto quelle attività che per essere portate a termine richiamano la necessità di giocare diverse ore. La particolarità di questi giochi è la connessione tramite Internet di utenti che interagiscono da tutte le parti del mondo anche se quasi sempre sono e restano sconosciuti gli uni con gli altri.

PROBLEMI DELLA INTERNET DIPENDENZA

Come detto in precedenza, le nuove tecnologie hanno portato diverse migliorie ma anche alcune problematicità. Ad oggi bisogna ancora comprendere se l'uso indiscriminato e a-finalistico di Internet e dei suoi derivati senza alcun limite temporale o di confini possa in qualche modo ledere la persona.

Sicuramente per certi versi, il mondo virtuale può essere stimolante e ricco di novità, specialmente per i più giovani. A suo modo il virtuale è in grado di moltiplicare le relazioni con il proprio gruppo di pari evitando il contatto dal vivo, emotivamente più impegnativo (F. Tonioni, S. Corvino: Dipendenza da Internet e psicopatologia web-mediata 419).

Quando la persona vive in maniera timorosa la propria vita relazionale o amicale, la rete può avere un certo fascino lasciando che la persona riesca ad inserirsi riuscendo a colmare spazi psicologici deficitari. Di fatto però in alcuni contesti, un uso incontrollato e quindi compulsivo di Internet può seriamente aggravare tratti psicopatologici preesistenti ed è in grado indurre una dispercezione dei confini del sé.

DISPERCEZIONE SPAZIO-TEMPO: L'ASSENZA DEL CORPO

L'abuso, che sia da sostanze o dettato da un comportamento, porta progressivamente a oltrepassare i propri limiti, non lasciando spazio alle attese o alla riflessione. Il più delle volte porta la persona a snaturarsi perdendo la propria essenza e identità. Non raramente vi è un ritiro sociale o si socializza con persone che vivono lo stesso disagio, il valore emotivo delle relazioni è vissuto in modo refrattario e distorto.

Nel mondo virtuale l'aspetto corporeo cambia il suo significato e con esso cambia anche l'aspetto comunicativo non verbale e la prossemica del tutto assente.

La mancanza di una vera presenza fisica riduce la possibilità di apertura a tutta una serie d'informazioni indispensabili nell'interazione fra due individui. Anche se parzialmente visibili con una web-cam, due persone che chattano non riescono ad arrossire, pur parlando di cose che possono imbarazzare, proprio perché il corpo fisico non c'è; e non basta vedersi a distanza per entrare nella dimensione di vero contatto.

La comunicazione non verbale che passa per le emozioni e che ha sempre un corrispettivo somatico (rossore del viso, tachicardia, dolore colico, postura, balbuzie, etc.) non è sotto il nostro controllo (non si può decidere quando diventare rosso) e non rappresenta un'alternativa alla comunicazione verbale; essa è piuttosto l'assenza della comunicazione.

Dunque, nelle relazioni web-mediate, che ormai sono tra i giovani più numerose di quelle reali, è possibile comunicare soltanto parzialmente (senza il corpo); il che, di solito, è alla base di sensazioni di onnipotenza, di vissuti di depersonalizzazione e di un incremento dell'ideazione paranoidea: una tendenza al controllo dell'altro, piuttosto che alla condivisione.

Tra le dinamiche della dipendenza da internet risulta fondamentale la dispercezione dello spazio e del tempo.

Quando navighiamo nel web, chattiamo o giochiamo in internet l'attenzione ne è completamente presa, restiamo "assorti", ovvero siamo in uno stato che richiama quello del sogno ad occhi aperti definibile come uno stato dissociativo normale⁹. È consuetudine che dallo stato sognante si esce in pochi secondi tornando al mondo reale, mentre l'alterazione del timing della vita online dura per tutto il tempo in cui si è connessi e anche oltre.

Altro aspetto rilevante della navigazione è l'iperconnettività con le altre pagine virtuali. Quando siamo in rete si aprono diversi collegamenti, solitamente di interesse del navigante. Questo porta a restare connessi per lungo tempo.

Esistono sintomi di intossicazione e sintomi di astinenza.

I sintomi da intossicazione, sono organizzati intorno a processi dissociativi crescenti e si concretizzano in progressivo ritiro sociale, decremento della performance scolastica fino ad interruzione degli studi, mancata partecipazione attiva alle dinamiche familiari, distacco emotivo, alterazione del ritmo sonno-veglia.

Al contrario, il principale sintomo di astinenza è la rabbia: con aggressività auto-ed eterodiretta.

LA DIPENDENZA DA INTERNET IN BAMBINI E ADOLESCENTI

L'interesse per Internet inizialmente può confondersi con il normale entusiasmo che bambini e adolescenti mostrano per le cose che li appassionano. È la loro modalità, e semmai è la sua assenza che può essere guardata con un certo sospetto. Per intervenire in tempo è utile prestare attenzione ad alcuni segnali, da considerare tuttavia con molta cautela. Il fatto che vostro figlio presenti un paio dei sintomi descritti non fa di lui in Internet dipendente.

Quando è in rete, il ragazzo manifesta palesemente un senso di benessere ed euforia, oppure è totalmente assorbito, commenta o fa spesso esclamazioni ad alta voce, come se gli altri non ci fossero.

Sembra incapace di staccarsi da Internet. Se nessuno interviene resta collegato per tempi lunghissimi anche quando si accorge che è tardi e dovrebbe fare altre cose. Se costretto a smettere si innervosisce o mostra forti reazioni di sofferenza e insofferenza.

Quando non può collegarsi manifesta apatia, depressione, irritabilità, stanchezza, malessere psicologico generale. Oppure ha un'aria distratta e assente: non ha "staccato la spina".

Approfitta di ogni occasione e di ogni scusa per collegarsi anche per brevi periodi, anche di nascosto.

Più tempo passa in Rete, più vorrebbe passarne. Nega di passare troppo tempo su Internet, anzi si lamenta di non passarne abbastanza.

Manifesta una caduta negli altri interessi che aveva prima e non ne sviluppa di nuovi. Internet diventa un interesse in sé, e non uno strumento al servizio degli altri interessi. Ad esempio le notizie sulla sua squadra o sulle moto o sui cartoni preferiti lo interessano solo se può accedervi attraverso Internet. Gli altri canali d'informazione (giornali, TV, discussioni con altri) non suscitano più interesse.

Manifesta un ritiro dalle relazioni sociali. Preferisce internet alla compagnia degli amici o dei familiari.

Trascura gli altri doveri, in primo luogo quelli scolastici, in qualche caso anche l'igiene e la cura personale, perché o passa molto il tempo su Internet o li esegue senza impegno, con la testa altrove.

Non riesce a dare resoconti delle attività svolte online, è volutamente evasivo, mente.

Ci sono alterazioni nel comportamento alimentare: mancanza d'appetito, tende a saltare i pasti, a mangiare fuori pasto, a mangiare in fretta per correre al computer. I sintomi elencati sopra diventano preoccupanti se molti, regolari, intensi, e se si manifestano solo per Internet e non quando fa il ragazzo fa altre cose.

DIPENDENZA DA SMARTPHONE

Oggi nella nuova era digitale non si parla più del cellulare, che ha depresso le armi in favore dei più moderni e accessoriati smartphone. Questi nuovi strumenti hanno ampliato ulteriormente le possibilità di esplorazione e di comunicazione esistenti, al punto che, oggi, gli adolescenti considerano il telefono come uno strumento a cui è impossibile rinunciare divenendo unico, attraverso il quale poter comunicare, esprimere la propria personalità, definire i propri spazi personali, organizzare la propria vita quotidiana, prendersi cura delle proprie relazioni sociali. Qualche anno fa non avremmo immaginato che uno dispositivo tecnologico, potesse diventare un oggetto personale così emotivamente rilevante per la nostra personalità.

La relazione uomo-tecnologia è in continua evoluzione, I paesaggi virtuali nei quali siamo immersi fanno parte ormai della nostra realtà quotidiana, ci serviamo della tecnologia come fosse uno strumento in più, a nostra disposizione, come un'estensione a tutti gli

effetti, del nostro corpo, ma soprattutto della nostra dimensione mentale; "utilizziamo le macchine come se fossero un'estensione di noi stessi, del nostro corpo, vediamo le tecnologie alla stregua di un prolungamento della persona" (Oksman & Rautianen, 2003). Nel caso specifico degli adolescenti, lo smartphone rappresenta uno dei beni maggiormente apprezzati ed accattivanti. La scelta del telefono non è dovuta soltanto alle possibilità di comunicazione; per gli adolescenti, il telefono è molto più di questo. I giovani considerano molto importante conoscere e saper sfruttare al meglio tutte le possibilità delle nuove tecnologie; giorno per giorno e con grande spigliatezza, sviluppano nuove forme d'uso, nuovi modelli di comunicazione, basati anche su un uso diverse delle tecnologie, rispetto agli adulti, un uso più creativo, più libero, più interattivo e senza confini di alcun genere o pregiudizio. Tutte queste caratteristiche rendono i giovani e gli adolescenti, estremamente vulnerabili nei confronti del rischio di sviluppare un comportamento di abuso relazionato con il telefonino.

IL FASCINO DELLA TECNOLOGIA

Esistono particolari aspetti che rendono lo smartphone così affascinante agli occhi degli adolescenti, tra questi (Chòliz, Villanueva 2009):

Autonomia: lo smartphone è uno strumento che permette definire il proprio spazio personale (Oksman e Turtiainen, 2004) e che attribuisce una maggior indipendenza rispetto ai genitori o ai propri familiari (Fortunati e Magnanelli, 2002). È vero anche che il telefono permette libertà da una parte e al contempo, controllo, poiché reperibile e rintracciabile. Questo meccanismo permette al genitore una sorta di controllo.

Identità e Prestigio: ad oggi tutti o quasi possiedono uno smartphone ma ciò che crea l'identità e il prestigio del possessore è la marca, la tipologia e le sue caratteristiche, la sua capacità di poter "scaricare" le app. Ancor più la sua personalizzazione, dalla cover alla suonerie a tutti gli svariati accessori che ne creano lo status (Lobel-Maris, 2003).

Va detto che la soglia di accessibilità all'acquisto di uno smartphone si è notevolmente abbassata, infatti oggi è possibile trovarne in commercio da 70 a 1500€.

Attività di svago: le innovazioni tecnologiche, oltre a tendere ad un'ottimizzazione del processo di comunicazione, rappresentano, in molti casi, una forma di intrattenimento nel tempo libero, trasformandosi in una fonte di svago (Rodriguez, 2002), dal momento che

posseggono le caratteristiche essenziali di una condotta motivata estrinsecamente, come sfida ottimale o autodeterminazione (Deci e Ryan, 1980).

Promozione e consolidamento delle relazioni interpersonali: le diverse applicazioni dello smartphone facilitano il consolidamento ed il mantenimento delle relazioni interpersonali. Il telefono fa sì che la comunicazione avvenga in maniera rapida, concisa, efficace e discreta (Riviere, 2002). Tuttavia, la complessità delle funzioni che possono assumere le chiamate perse o gli sms, così come le evidenti differenze sociali e culturali di coloro che possono utilizzarli, necessitano di un'analisi più approfondita.

Accessibilità: le nuove tecnologie permettono di raggiungere chiunque in ogni luogo e in ogni dove, sono possedute da quasi tutte le etnie, non vi sono differenze di genere, o di status socioeconomico. Non vi sono confini comunicativi ed è d'ausilio anche per coloro i quali abbiano limitazioni di espressione.

Alta velocità: le notizie attraverso lo smartphone viaggiano alla velocità di un click, le notizie sono facilmente accessibili e in tempo reale.

Garantisce una connessione istantanea, una sincronicità che costituisce una delle caratteristiche sostanziali per cui questi mezzi di comunicazione siano parte integrante ormai della vita di tutti: la velocità di informazione e di comunicazione semplifica la vita dell'uomo contemporaneo, rendendola concreta, pronta per l'uso.

Questo meccanismo genera una maggior produttività in minor tempo, aumenta la conoscenza, amplia gli orizzonti. Di contro, anche *fake news* e altro materiale viene diffuso sulla rete ed è di difficile cancellazione.

Stimolazione sensoriale: è noto come alcuni giochi, come gli scacchi o i giochi di enigmistica, eludano l'atrofia cerebrale ed il deterioramento cognitivo; anche le nuove tecnologie, se impiegate correttamente, possono stimolare diverse funzioni cognitive, come la percezione visuo - spaziale, la creatività, aumentare la concentrazione, migliorano i riflessi e riducono i tempi di reazione del cervello, in sostanza costituiscono una sorta di allenamento per la mente. Di fatto diverse tecnologie vengono utilizzate in ambito scolastico ed educativo, nei processi di apprendimento.

CAPITOLO 3

CENNI DI PREVENZIONI

Anche per questa patologia come per tante altre, la prevenzione rappresenta l'azione principale per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati al gioco d'azzardo. Prima di tutto, però, è necessario ribadire che al pari di qualsiasi altro comportamento a rischio (gioco d'azzardo) per la salute e malattia (gioco d'azzardo patologico), non dovrebbe essere possibile né corretto attivare campagne di prevenzione e di riduzione dei rischi, se prima non si comprendono esattamente e non si prendono in considerazione la fisiopatologia e l'eziopatogenesi di questi disturbi, comprendendo quindi i fattori determinanti e di resilienza su cui agire con specifici interventi preventivi di tipo selettivo.

Al pari di tutte le altre forme di dipendenza patologica, anche per il gioco d'azzardo patologico esistono quindi delle persone più vulnerabili di altre e la loro identificazione precoce è la prima forma di prevenzione da attivare, oltre ad una serie di altre misure socio-ambientali che necessariamente devono accompagnare gli interventi sull'individuo che, in caso contrario, potrebbero venire vanificati e risultare sterili. Per esempio, non accetteremmo mai una campagna vaccinale, e quindi preventiva, contro una malattia se prima non sapessimo esattamente se si tratta di un virus o di un batterio, la sua patogenesi e le risposte ai nostri interventi. Così dovrebbe essere anche per il gioco d'azzardo patologico.

A scopo riepilogativo e orientativo, riportiamo di seguito le varie tipologie di prevenzione (selettiva, indicata, universale, ambientale) e alcune specifiche che possono aiutare il lettore ad inquadrare meglio le azioni e le condizioni da attivare in questo caso.

Tabella 5 Tipologie di prevenzione - Serpelloni 2012

Tipo di prevenzione	Target principale	Specifiche	Macro indicatori di rischio	Condizioni incrementanti il rischio	Obiettivi delle azioni di prevenzione
Selettiva	Soggetti che non hanno ancora giocato d'azzardo ma che presentano un rischio specifico di malattia superiore alla media, legato alla presenza di	Soggetti che presentano disturbi comportamentali o dell'attenzione(fatt. di vulnerabilità Individuale che comportano un rischio incrementale	Insuccessi scolastici Aggressività Difficoltà relazionali Iperattività Deficit cognitivi	Povertà Ambiente sociale problematico Alta offerta di occasioni di gioco d'azzardo Famiglia	Individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio e corretta gestione in famiglia e a scuola (Early detection and

	fattori individuali e/o ambientali	di sviluppo di percorsi evolutivi verso l'addiction se giocheranno d'azzardo	Figli di genitori giocatori d'azzardo	problematica con basso controllo parentale Bassa presenza di interventi preventivi Eventi stressanti	Early intervention → fatt. rischio) Supporto educativo alla famiglia
Indicata	Soggetti che hanno giocato d'azzardo e giocano ancora in modo "sperimentale" e discontinuo ma in assenza di dipendenza.	Soggetti che giocano occasionalmente e/o periodicamente sostanze (es. weekend gamblers) in una fase iniziale ma con un rischio evolutivo verso forme di gioco problematico o forme di dipendenza.	Precoce gioco Comparsa di disturbi dell'umore Cambiamenti comportamentali ed abitudinari Calo del rendimento scolastico Alterazione del ritmo sonno veglia Alterazione della abitudini alimentari.	Pregressi disturbi comportamentali o dell'attenzione Povertà, Ambiente sociale problematico, Alta offerta di gioco, Famiglia problematica, Gruppo sociale dei pari a rischio (gioco d'azzardo diffuso), Eventi stressanti Bassa presenza di interventi preventivi.	Individuazione precoce dell'uso e corretta gestione in famiglia e a scuola (Early detection and Early intervention → gioco patologico) Diagnosi precoce della dipendenza Riduzione del rischio evolutivo Supporto educativo alla famiglia.
Universale	Tutti i soggetti	si rivolge alla totalità della popolazione; è orientata principalmente verso aspetti preventivi informativi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati al gioco d'azzardo al possibile sviluppo della dipendenza.	Assenza di informazioni preventive di base fruibili.	Alta presenza di pubblicità o occasioni di gioco.	Comunicazione ed informazione generale sulla pericolosità del gioco e sulle bassissime probabilità di vincita dei rischi connessi Appoggia, favorisce e struttura interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, rivolti a tutta la popolazione.
Ambientale	Tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione.	Si tratta di creare una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo anti gioco d'azzardo in tutti gli ambienti che il giovane frequenta e vive.	Assenza di campagne e programmi preventivi ufficiali strutturati, coordinati e coerenti tra loro.	Incoerenza dei messaggi e delle azioni nei vari ambienti e nelle azioni delle varie amministrazioni e organizzazioni di riferimento del giovane (stato, regione, comune, scuola, società).	Rendere coerenti i messaggi, le azioni e le caratteristiche ambientali (a vari livelli) con le strategie anti gioco d'azzardo.

Sulla base di varie sperimentazioni (Jacobs, 1989; Rosenthal, 1992; Gambino, 1993; Petry, 1999; Ibanez, 2002; Goldstein, 2004; Crockford, 2005; Pallanti, 2006; Marazziti, 2008; De Ruiter, 2009; Clark, 2009; Goudriaan, 2009; Miedl, 2010; Takahashi, 2010; Goudriaan, 2010; Buhler, 2010; Hewig, 2010; Joutsa, 2011; Winstanley, 2011; Martini, 2011; Joutsa, 2011; Pinhas, 2011), le persone su cui concentrare l'attenzione, cioè il target dell'intervento, sono quelle riportate nell'elenco successivo e che hanno presentato maggior rischio di sviluppare gioco d'azzardo patologico:

- Bambini (3-12 anni) con deficit del controllo comportamentale ed emozionale.
- Adolescenti vulnerabili con presenza di disturbi comportamentali e temperamenti “*novelty seeking*” (propensione al rischio).
- Persone con familiarità di gioco d'azzardo patologico.
- Persone giovani con disturbi del controllo dell'impulsività.
- Persone con false e distorte credenze sulla fortuna e sulla reale possibilità di vincita al gioco d'azzardo.
- Persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico.
- Persone prevalentemente di sesso maschile (70%).
- Persone divorziate.
- Adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti (anti-noia).

Ad oggi le evidenze scientifiche hanno dimostrato che se queste persone sono sottoposte a stimoli pubblicitari continuativi e fortemente promozionali, aumenta la loro probabilità di sviluppare una malattia cronica (con tutte le conseguenze correlate).

Alla luce di questa consapevolezza, che non può più essere sottovalutata e non tenuta in forte considerazione, questo può comportare e connotare una responsabilità diretta in chi utilizza forti stimoli pubblicitari per promuovere il gioco d'azzardo.

È chiaro ormai, infatti, che esso può essere fonte di malattia, disabilità fisica, psichica e sociale nonché di rischio suicidario.

Non è da escludere che, in futuro, gruppi di cittadini colpiti da questa patologia possano legittimamente intraprendere azioni di tutela e richiesta di risarcimento dei danni subiti, proprio in virtù del proprio stato di vulnerabilità neuro-psichica, mediante operazioni di “*class action*” (azione collettiva).

Le principali azioni preventive (Clark et al., 2009; McComb, 2010; Blinn-Pike, 2010; Grant, 2010; Shead, 2010; Shaffer, 2010; Potenza, 2011; Slutske, 2012; Rahman, 2012; Todirita, 2012; Jimenez-Murcia, 2012; Caillon, 2012; Larimer, 2012; Khazaal, 2012) dovrebbero mirare ai singoli fattori di rischio, tenendo conto che per un'azione efficace è necessario agire sia sull'individuo ma anche sugli stimoli e sul contesto socio-ambientale.

Per quanto riguarda l'individuo, la prevenzione selettiva è la forma che si è dimostrata più efficace soprattutto negli ambienti della scuola e della famiglia. Le azioni concrete consigliate sono *l'early detection* (individuazione precoce) delle condizioni di vulnerabilità (6 – 12 anni) e *l'early detection* dei comportamenti a rischio (nel momento in cui le persone cominciano a giocare). Sull'individuo è possibile anche espletare degli interventi precoci quali i *training* per il riconoscimento preventivo delle situazioni di rischio, il rinforzo delle funzioni di autocontrollo e di *coping* e la correzione delle distorsioni cognitive e delle false credenze sulle probabilità e abilità di vincita.

È possibile anche agire sugli stimoli del gioco d'azzardo diminuendo la disponibilità ambientale (riduzione del numero delle sale giochi, del numero delle slot-machine e dei giochi online).

È da prevedere anche una diminuzione dell'accessibilità agli stimoli soprattutto da parte dei minori (divieto di gioco prima dei 18 anni) e dotare le slot-machine e i giochi che basano il loro funzionamento su apparecchi digitali (compreso Internet) di segnali di *warning* e di “stop” in caso di comportamenti problematici del giocatore. Un'altra misura risultata efficace l'uso di carte prepagate controllabili e tracciabili.

Infine, come detto nel capitolo precedente è necessario ricordare che esistono alcuni farmaci specifici in grado di incentivare il gioco d'azzardo e, pertanto, sarebbe opportuno indicare esplicite avvertenze sui foglietti illustrativi di questi farmaci e sostanze varie.

Per quanto riguarda il contesto socio-ambientale, le misure che si sono dimostrate efficaci sono l'esistenza di leggi di controllo, deterrenza e contrasto soprattutto del gioco d'azzardo sui minori. Le azioni di prevenzione ambientale, però, devono essere permanenti, non a spot. La pubblicizzazione dei punti di supporto e di aiuto per le persone che presentano disturbi di gioco d'azzardo problematico è un'altra misura da prevedere per evitare la progressione a gioco patologico.

Un'importante misura, inoltre, è quella di non utilizzare testimonial famosi soprattutto nell'ambito dello spettacolo e dello sport e attrattivi per i giovani poiché vengono percepiti come esempi/stimoli (infatti non fa onore a campioni del calibro di Totti, Buffon, Messi ecc. che già di per sé super pagati, sponsorizzare attività di gioco che possono provocare una dipendenza patologica).

Una forte disapprovazione sociale, ben esplicitata, sul gioco d'azzardo come sulle altre dipendenze derivanti, ad esempio, dall'uso di sostanze, si è dimostrata efficace nel ridurre il numero di utilizzatori di questi giochi. Di conseguenza, una forte riduzione e gestione dei messaggi pubblicitari generalizzati sarà auspicabile nei prossimi anni.

La prevenzione selettiva precoce è giustificata anche da un'evidenza secondo cui nei bambini con età di 3 anni, dove sia presente un temperamento che manifesta una carenza di controllo caratterizzato da scarso controllo dei comportamenti e delle emozioni (Slutske, 2012), vi è un aumento della probabilità di sviluppare disordini correlati al gioco d'azzardo in età adulta (21-32 anni). L'obiettivo di questo tipo di prevenzione selettiva è quindi quello di cogliere anticipatamente il deficit del controllo degli impulsi emotivi e comportamentali in giovanissima età, intervenendo tempestivamente, attraverso la diagnosi precoce del deficit prefrontale e un intervento altrettanto precoce per il potenziamento dell'autocontrollo e della regolazione emotiva e di supporto educativo alla famiglia.

Si è dimostrata inoltre efficace l'azione di prevenzione specifica e precoce sulle distorsioni cognitive dei ragazzi relative al gioco d'azzardo. L'obiettivo di questa azione è quella di cambiare le credenze errate sul gioco d'azzardo (probabilità di vincita, capacità di influenzare il risultato di vincite casuali mediante riti od oggetti o abilità, ecc.). Esiste, inoltre, anche la possibilità di usare software interattivi specifici e contemporaneamente interventi di educazione emotiva e razionale (Todorita, 2012).

Una particolare attenzione va inoltre posta sul marketing e la pubblicità in quanto fattori di forte impatto emotivo ed in grado di influenzare fortemente le persone vulnerabili al gioco d'azzardo e a spendere forti somme per giocare. Molti studi sono stati fatti a riguardo che dimostrano questa condizione (Paternak, 1999; Ladouceur, 1999; Volberg, 2000; Mitka, 2001; Sibbald, 2001; Volberg, 2002; Shaffer, 2002; Korn, 2003; Monaghan, 2010; Binde, 2005; Friend, 2009; McMullan, 2009; Derevensky, 2010; Fried, 2010; McMullan, 2010; Livingstone, 2011; Planinac, 2011; Sklar, 2010).

Il meccanismo fisio-patologico dei danni da pubblicità del gioco d'azzardo viene particolarmente esacerbato da quella pubblicità generalizzata che utilizza immagini e situazioni fortemente evocative, ingannevoli (sulla base anche delle leggi della probabilità di vincita) e figure di opinion leader oltre che di soluzione di tutti i problemi sociali e di vita del giocatore.

Schema 1- Meccanismo patologico dei danni da pubblicità del gioco d'azzardo (Shaffer, 2002; Serpelloni, 2012)

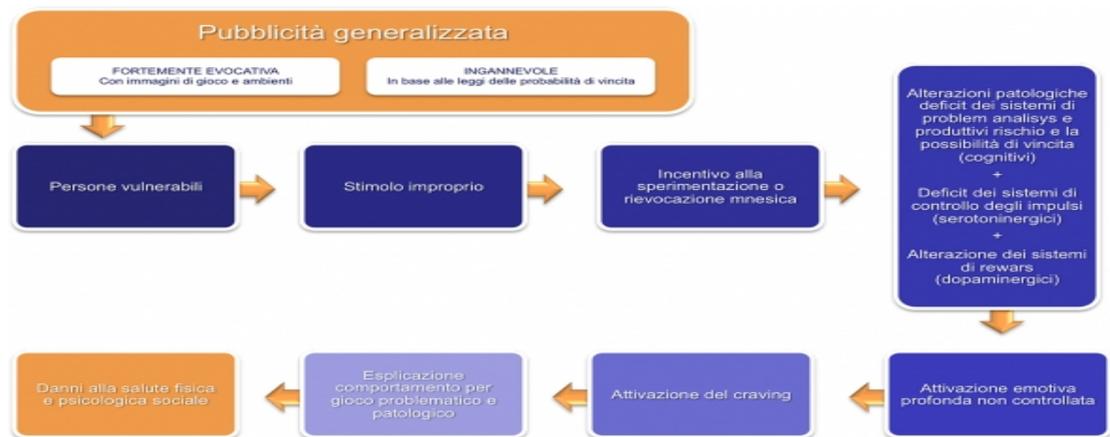


Figura 6 Pubblicità

La pubblicità del gioco d'azzardo è quindi in grado di influenzare fortemente le persone vulnerabili a spendere forti somme nel gioco. Al fine di evitare questo tipo di stimolo e prevenire quindi l'inizio di un comportamento di gioco problematico e successivamente patologico, sono state individuate una serie di azioni che si ritiene opportuno possano venire adottate a livello nazionale. Tali misure, sulla base della letteratura scientifica *evidence based* (Ladouceur, 1999; Volberg, 2000; Mitka, 2001; Sibbald 2001, Volberg 2002; Shaffer, 2002; Derevensky, 2010; Fried 2010), si sono rivelate efficaci nel ridurre il numero di giocatori d'azzardo.

Di seguito se ne riportano, in modo sintetico, le specifiche generali.

1. Non incoraggiare il gioco d'azzardo in alcun modo e rappresentare l'astensione dal gioco d'azzardo come un valore positivo.
2. Ridurre fortemente l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato, evitando la diffusione ambientale generalizzata e il possibile raggiungimento di target inconsapevoli e particolarmente sensibili (effetto protettivo delle fasce giovanili e adolescenziali ed anziane) durante tutte le ore del giorno e della notte.

3. Non utilizzare o restringere fortemente e regolamentare la pubblicità dei giochi d'azzardo in ambiente esterno (strade, piazze, locali, ecc.) e via mediatica (tv, radio, internet, giornali, ecc.), al pari di quella del fumo di tabacco, evitando di far diventare un valore sociale e di costume i comportamenti d'azzardo.

Uno studio australiano ha evidenziato una differenza sulle attitudini di gioco che può essere riferita al sistema normativo.

4. Non utilizzare per la pubblicità, neppure indirettamente, persone minorenni (o apparentemente tali).

5. Pubblicizzare, attraverso le cifre, e comunque sempre in maniera esplicita ed obbligatoria per tutti i giochi, le reali possibilità di vincita e di perdita (questo ha un effetto cognitivo positivo sulle persone vulnerabili) ed evidenziare inoltre che il gioco d'azzardo è vietato ai minori di 18 anni.

6. Vietare e sanzionare la pubblicità ingannevole e non veritiera (diretta o indiretta) relativamente alle probabilità di vincita (effetto deterrente) e che può costituire una facile soluzione ai problemi quotidiani di vita.

7. Evidenziare contestualmente che il gioco d'azzardo può comportare dei rischi per la salute e la socialità della persona e della sua famiglia.

8. Permettere ai locali pubblici una forma pubblicitaria semplice e scevra da slogan o immagini che possano incentivare, direttamente o indirettamente, il gioco d'azzardo. Anche la pubblicità interna alle sale da gioco deve rispettare il criterio della veridicità e non essere ingannevole sull'effettiva probabilità di vincita.

9. Per promuovere il gioco d'azzardo, non utilizzare testimonial "famosi, autorevoli ed accreditati" presso il grande pubblico per le loro attività artistiche o sportive. Questa forma di pubblicità risulta particolarmente attrattiva per le persone vulnerabili e soprattutto per i giovani.

10. Non permettere il posizionamento di distributori automatici non controllabili sul territorio di riferimento (l'accesso dei minorenni a lotterie del tipo gratta e vinci deve essere verificabile).

11. Definire criteri di pubblicizzazione dei locali, escludendo quelli diretti al gioco, evitando l'associazione con messaggi emozionali che, contemporaneamente al gioco d'azzardo, evocano:

- sesso
- consumo di alcol o tabacco
- “vacanze perenni” grazie alle vincite
- “futuro migliore/felicità alla portata” con una semplice giocata
- rivincite sociali e personali tramite la vincita al gioco
- soluzioni di problemi economici, famigliari, ecc. (es. estinzione del mutuo della casa, tramite il gioco d’azzardo)
- emulazione di personaggi famosi e ricchi che sostengono il gioco d’azzardo
- successo e credito sociale tramite il gioco d’azzardo

12. Nelle varie pubblicità è necessario che si dichiarino sempre che il gioco d’azzardo può creare dipendenza e generare effetti collaterali (al pari di quanto dichiarato per i farmaci) sulle condizioni di salute mentale, fisica e sociale (depressione, stress, ipertensione, debiti, insuccessi, problemi legali, perdita della credibilità personale, conflitti famigliari, ecc.).

13. Aumentare i prezzi per la partecipazione al gioco d’azzardo, evitando di porre vincite di basso valore monetario (es. gratta e vinci) ma molto diffuse e probabili (incentivi impropri a continuare a giocare) per tentare vincite maggiori ma molto più improbabili. È provato che la partecipazione a basso costo (Barnes, 2011; Felsher, 2003; Wood, 2004) fa aumentare l’accessibilità al gioco d’azzardo soprattutto per i giovani.

I GENITORI: PRIMA FONTE DI PREVENZIONE

Va spiegato con chiarezza al minore cos’è la dipendenza da videogiochi e cosa può comportare. Può essere funzionale leggere qualcosa assieme o spiegargli cosa può succedere quando si trascorre troppo tempo incollati ad una fonte luminosa. Diversamente e non di rado, i Servizi per le Dipendenze Patologiche organizzano giornate di prevenzione-sensibilizzazione-formazione contro le diverse dipendenze.

Una delle prime questioni da prendere in considerazione è l’organizzazione del tempo che si può trascorrere a giocare, impostare regole di tempo, di spazio e luogo.

Comprende cioè tutte le attività svolte con il computer (internet, videogiochi, altro), ad esclusione delle attività didattiche. Per compiti specifici assegnati dai genitori, possono essere concessi tempi supplementari. È opportuno che tra le sessioni di gioco vi siano delle pause così da non essere troppo assorbiti a livello attentivo, non stancare la vista e non

innescare quei meccanismi compensatori tipici della dipendenza. Sarebbe per questo motivo, utile organizzare giornate alternative (uscite al parco, giochi sociali, altro) astenendosi da attività di videogiochi o comunque virtuali. Così facendo l'abitudine non diviene necessità. Nei limiti del possibile, vanno incoraggiati quei videogiochi praticabili in due o più persone. Portano meno a focalizzazione l'attenzione sul gioco, e permettono un maggiore rapporto con la socializzazione e la realtà.

PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO E INTERNET

Come detto nel primo capitolo, il gioco d'azzardo è praticabile anche via Internet. Esistono infatti numerosi siti su cui è possibile giocare a poker o tentare la sorte con scommesse online o slot-machine virtuali. Tali siti risultano per la maggior parte fruibili da chiunque, incluse persone minorenni le quali, per le loro abilità tecnologiche, risultano di fatto i soggetti maggiormente esposti a questo tipo di stimolo. Inoltre, poiché queste forme di gioco d'azzardo permettono spesso di mantenere l'anonimato o comunque di fornire generalità non completamente verificabili, risulta anche difficile tracciare l'uso che ne fanno i giocatori, in particolare i minorenni. Infine, per poter puntare e giocare online, è necessario disporre di carte di credito o di carte prepagate ciò significa che chiunque, anche se non titolare della carta o anche se minorenne, può utilizzare il denaro e partecipare ad una partita di poker o alla roulette online. I giocatori d'azzardo patologici spesso utilizzano carte di credito o denaro altrui per poter soddisfare il proprio desiderio di giocare, provocando ingenti perdite, quindi, non solo al proprio patrimonio ma anche a quello di parenti e/o amici.

Il gioco d'azzardo su Internet, perciò, può comportare un aumento del rischio di sviluppare forme patologiche di gioco d'azzardo con tutte le conseguenze che ne derivano per la salute e la vita sociale della persona. Per questo sono state individuate una serie di misure volte a ridurre questo rischio e a prevenire che le persone sviluppino una dipendenza da gioco.

Alcune specifiche per la prevenzione:

1. Incentivare il controllo dell'uso di internet da parte dei genitori che possono verificare quali siti il proprio figlio consulti, con quale frequenza e con quali modalità. Se necessario,

impostare dei blocchi di accesso a specifici siti web dove non si desidera che il proprio figlio navighi.

2. Mantenere il controllo da parte dello Stato delle autorizzazioni dei siti di gioco d'azzardo.
3. Impedire alle aziende che gestiscono i siti di gioco online di inviare spam (messaggi pubblicitari indesiderati) ai potenziali utenti.
4. Impedire la comparsa di pop up che promuovono il gioco d'azzardo sui siti che nulla hanno a che vedere con il gioco e che spesso sono dedicati a giovani.
5. Aprire una linea di segnalazione presso le Forze dell'Ordine per segnalare i siti di gioco d'azzardo online non autorizzati, alla stregua dei siti pedopornografici.
6. Attivare studi e ricerche sulle modalità di controllo e prevenzione del gioco d'azzardo patologico mediante gioco online.

PREVENZIONE E CURA DELLA INTERNET *ADDICTION* IN BAMBINI E ADOLESCENTI

L'osservanza delle regole generali di navigazione dovrebbe di per sé essere sufficiente a prevenire la dipendenza. In caso di sostanziali segnali di allarme, ci sono alcune cose che potrebbero attuarsi.

Il disturbo da dipendenza da Internet è quasi sempre *egosintonico*, il portatore non avverte i sintomi come disturbanti. Dal suo punto di vista il problema sono gli altri che, impedendogli di fare le cose che vuole fare, ledono i suoi diritti e lo fanno stare male.

- Meglio quindi non fare diagnosi. Questo spingerebbe all'autodifesa ed alla negazione, compromettendo il dialogo. Le diagnosi non richieste fanno infuriare le persone di qualsiasi età. Non è opportuno utilizzare la parola "sintomi", meglio parlare di "comportamenti" o "abitudini".

-Avvisare e far comprendere al ragazzo che il suo comportamento non è adeguato e si chiede di modificarlo.

-Le famiglie funzionano in maniera diversa dalle grandi democrazie.

-Potete parlargli del disturbo da dipendenza da Internet semplicemente come preoccupazione remota per il futuro. In questo caso è opportuno spiegargli cos'è visitando e leggendo con lui siti dove se ne parla.

-Spiegategli che volete che lui usi Internet in un certo modo, per lo stesso motivo per cui volete che non mangi troppe porcherie o che faccia sport.

-Spiegategli in maniera precisa quali sono i comportamenti che disapprovate e che deve modificare. Evitate richieste generiche del tipo *“vogliamo che ti controlli di più”*, o *“vogliamo che tu sia più ubbidiente”*. Preferite richieste del tipo *“vogliamo che tu ti scelga un altro interesse da coltivare a computer spento”* o *“vogliamo che tu non faccia scenate quando ti diciamo che è ora di disconnettersi”*.

-Aumentare il vostro controllo, rendendo più difficili trovare sotterfugi.

-Lasciategli la possibilità di accedere ad Internet. Il totale proibizionismo non è opportuno

-Creare alternative ad Internet, ed incoraggiare attività sociali, occasioni di stare insieme con altri ragazzi, occasione di stare con voi.

-Potete chiedergli di svolgere attività di ricerca per voi, così comprendono che gli adulti non demonizzano internet.

-Se pensate che il problema o le attività vadano oltre, è opportuno contattare un professionista della salute.

PREVENZIONE AMBIENTALE

È opportuno che azioni di prevenzione del gioco d'azzardo vengano realizzate non solo nell'ambito della pubblicità, ma anche a livello ambientale, rivolgendosi a tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione, creando una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo anti gioco d'azzardo in tutti gli ambienti che l'individuo frequenta e in cui vive. Per fare ciò, sono state individuate una serie di misure, di efficacia dimostrata, che contribuiscono a prevenire l'inizio del comportamento di gioco d'azzardo e a disincentivare il passaggio da gioco ricreativo a gioco d'azzardo patologico.

Di seguito se ne riportano le specifiche.

1. È necessario concentrare l'attenzione della regolamentazione sulle slot-machine e il gioco on-line (che mostrano un'alta prevalenza di utilizzo e di sviluppo di dipendenza) per ridurre la diffusione e l'accessibilità.

2. È opportuno controllare attivamente e non permettere l'accesso a qualsiasi forma di gioco d'azzardo alle persone minorenni e ai soggetti vulnerabili (per i minori, il divieto è

stato già previsto dalla Legge finanziaria 2011). A tal fine, ad esempio, è possibile impostare dei controlli elettronici automatici nelle slot-machine mediante l'inserimento della tessera sanitaria del giocatore prima dell'inizio del gioco al fine di verificarne l'età.

3. Ridurre il numero di sedi sul territorio dove poter giocare d'azzardo per limitarne la probabilità e la facilità di accesso (da tener presente che oggi giorno troviamo slot-machine ovunque e i gratta e vinci negli uffici postali).

4. Dislocare le suddette sedi sempre lontano da scuole o luoghi di raduno giovanile.

5. Evitare la diffusione generalizzata delle slot-machine, circoscrivendole solamente ad alcune specifiche sedi di gioco.

6. Aumentare il costo delle singole giocate (di questo non sono convinto poiché anche se parliamo di prevenzione non vuol dire che aumentando i prezzi delle giocate la persona non ci provi comunque, Ferrara M.P. 2013).

7. Attivare campagne di prevenzione nelle scuole per fornire agli studenti (inizio più efficace da 6 – 8 anni con linguaggio idoneo) e ai genitori messaggi precoci su:

- segni e sintomi “sentinella” di esistenza del problema;
- modalità per affrontare precocemente il problema;
- rischio per la salute mentale, fisica e sociale;
- consapevolezza delle vere probabilità di vincita;
- informazioni sui servizi cui rivolgersi in caso di problemi già esistenti (per giovani con più di 15 anni);

8. Attivare azioni di prevenzione selettiva orientate alla diagnosi precoce dei fattori di rischio in giovanissima età (disturbi comportamentali, del controllo degli impulsi, della gratificazione e della motivazione, ecc.) e dei comportamenti di gioco problematico.

9. Realizzare campagne informative per i genitori e gli insegnanti affinché monitorizzino i figli/studenti anche relativamente alle proprie spese sia con denaro contante, sia con carte di credito (utilizzate per il gioco su internet).

10. Stampare supporti cartacei ed elettronici relativi a tutte le forme di gioco d'azzardo circa le reali probabilità di vincita e l'elenco dei possibili effetti collaterali (al pari delle sigarette).

11. Prevedere campagne specifiche per gli anziani da divulgare nei luoghi in cui essi si ritrovano frequentemente.

12. Prevedere la realizzazione di campagne informative nazionali e periodiche sulle reti tv e radio (come per il fumo).

A tal proposito, è utile evidenziare che le campagne pubblicitarie del cosiddetto “gioco responsabile o consapevole” non si sono dimostrate efficaci in termini di prevenzione del gioco d’azzardo.

In particolare, per gli adolescenti va segnalato che si sono dimostrati più efficaci programmi sulla salute (Jessor, 1998) che includono tutti i comportamenti a rischio (ad esempio droga, il consumo di tabacco, alcol e comportamento sessuale a rischio) e che promuovono comportamenti resilienti (Luthar, 1993; Rutter 1987, 1989; Werner, 2000; Evans, 2003) .

I temi che si dovrebbero sviluppare negli interventi sui minori sono: l’aumento delle capacità di *problem solving*, delle capacità di astrazione, della competenza sociale (comprendente doti di flessibilità, capacità di comunicazione e comportamenti prosociali). Oltre a questi anche l’auto-efficacia, l’autocontrollo, il senso di avere uno scopo, la progettualità per il futuro e la motivazione (Brown, 2001; Dickson, 2002).

I programmi di prevenzione devono comunque includere il tema dell’informazione e della prevenzione del rischio (Ferland, 2002).

Come strategia complementare ai programmi di prevenzione sopra descritti, alcuni autori (Benson e Saito, 2000; Damon, 2004; Shek Daniel e Sun Rachel, 2011), propongono di prendere in considerazione quello che definiscono lo “sviluppo positivo del giovane” per incrementare i fattori protettivi che possono contribuire a mantenere il ragazzo lontano dal gioco d’azzardo. I programmi di sviluppo positivo del giovane prendono in forte considerazione e puntano a valorizzare e sviluppare ulteriormente le caratteristiche e le attitudini positive del ragazzo, i suoi punti di forza, i suoi interessi e le sue potenzialità. I principali elementi che contraddistinguono tali programmi sono:

- la promozione di solidi legami affettivi, ovvero creare legami con persone positive (adulti o coetanei) o altri significativi (scuola, comunità) che presentano atteggiamenti critici nei confronti del gioco d’azzardo ma anche dell’uso di sostanze e dell’abuso alcolico, in grado di prevenire problemi legati al comportamento di gioco negli adolescenti;

- la promozione di competenze sociali, che si riferiscono a capacità interpersonali (comunicazione, assertività, autocontrollo dell'impulsività e dell'aggressività, risoluzione dei conflitti, negoziazione) utili per costruire relazioni positive e opportunità;
- la promozione delle competenze emotive, che includono la consapevolezza e la capacità di gestire le proprie emozioni, la capacità di comprenderne le altrui e la capacità di gestire lo stress emotivo;
- la promozione delle competenze cognitive, che includono la capacità di fare pensieri logici, di risolvere i problemi, di definire degli obiettivi, di fare auto-riflessione e di coordinare molteplici punti di vista;
- la promozione di competenze comportamentali, quali la capacità di usare strategie verbali e non verbali finalizzate ad adottare comportamenti socialmente accettati e a fare scelte corrette;
- la promozione di competenze morali, tra cui l'espressione di comportamenti di tipo altruistico e la capacità di esprimere giudizi su questioni di tipo morale;
- lo sviluppo dell'auto efficacia (*self-efficacy*), che si riferisce alla convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno, in modo da raggiungere i risultati prefissati;
- l'incoraggiamento verso l'osservanza di norme pro-sociali, che favoriscono comportamenti socialmente desiderabili (comportamenti altruistici, solidali, volontariato, ecc.);
- la coltivazione della resilienza, cioè la promozione della capacità di non adottare cambiamenti distruttivi e causa di stress al fine di raggiungere e mantenere uno stile di vita sano;
- la coltivazione dell'auto-determinazione che si riferisce alla capacità di un adolescente di porsi degli obiettivi e fare delle scelte secondo il proprio modo di pensare riducendo il potere di influenza del gruppo e di singoli;
- la valorizzazione e l'esercizio della spiritualità, la promozione della credenza nel futuro, che riflette speranza e ottimismo, inclusi gli obiettivi e le aspettative che un giovane si pone;

- lo sviluppo di un'identità chiara e positiva, cioè il consolidamento di una buona autostima e una buona autodefinizione;
- l'opportunità di essere coinvolto in attività pro-sociali, che normalmente non sono associate ad atti di criminalità e a problemi di tipo psicologico;
- il riconoscimento e la consapevolezza di quali siano i comportamenti positivi, cioè in grado di sostenere lo sviluppo e la buona efficacia dei sistemi di gratificazione e il riconoscimento dei comportamenti positivi che possano far comprendere al giovane quali sono da ripetere (e da fissare nelle proprie abitudini) e quali da evitare.

CAPITOLO 4

LA RICERCA SVILUPPO DELLA DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO TRA AMBIENTE E FISICO E VIRTUALE

INTRODUZIONE

Il progetto di ricerca qui presentato ha lo scopo di indagare quali sono i particolari meccanismi che possono dare origine e allo sviluppo di dipendenza comportamentale, nel caso specifico la *Gambling Addiction*. I riferimenti teorici di partenza risalgono alla teoria della *social cognition* di A. Bandura (1986) e per tale ragione sono state prese in esame variabili di personalità, sensation e novelty seeking, aspetti familiari e la sua comunicazione, le distorsioni cognitive. Inoltre, si propone di valutare le varie differenze in chi gioca o svolge attività online e quindi in modo virtuale o offline in modo fisico. In questo modo è possibile approfondire il funzionamento dell'ambiente, inteso non solo come ambiente socio culturale e anagrafico ma ambiente di gioco.

Infatti, in tempi più vicini alcuni autori (Mayer, Johnson, Hu & Chen, 1998; Mayer & Johnson, 2003) evidenziano le condizioni di comfort e l'atmosfera dei Casinò, che sono così ben organizzati da consentire ai giocatori di trascorrervi più tempo e di conseguenza spendere maggior denaro.

Anche Friedman (2000) nelle sue ricerche sulle strategie ambientali adottate dai Casinò ha mostrato come, oltre la location, *l'interior design* è la variabile più importante che porta alla ricerca e al successo in un determinato Casinò e di conseguenza la percezione che i *gamblers* hanno di quella particolare location, con la deduzione che la persona che vive bene l'ambiente è disposta anche a giocare maggiormente.

Alla luce di queste considerazioni, si vuole indagare come la percezione di ambienti fisici e ancor più virtuali, in adolescenti e giovani adulti, incidano sullo sviluppo e performance nello sviluppo di dipendenze comportamentali e da gioco d'azzardo.

IPOSTESI

- Il mondo virtuale aumenta il rischio di sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo.
- Il genere femminile è maggiormente suscettibile a particolari dipendenze comportamentali.
- La possibilità di strutturare nuovi protocolli terapeutici con supporto digitale.

OBIETTIVI

Il progetto di ricerca proposto ha lo scopo di verificare gli effetti prodotti dall'ambiente fisico e virtuale nello sviluppo della dipendenza da gioco d'azzardo e le differenze socioeconomiche nella scelta dell'ambiente di gioco, nello specifico si propone di:

- Analizzare se esiste una correlazione tra dipendenza da *gambling* e altre dipendenze comportamentali.
- Individuare le caratteristiche di personalità comuni nelle diverse dipendenze.
- Valutare il coinvolgimento familiari nello sviluppo di dipendenza.
- Indagare se ci sono differenze nel giocare in modalità online e offline.

CAMPIONE

Descrizione - diffusione del fenomeno e le caratteristiche sociopsicologiche dei giovani giocatori d'azzardo.

Provenienza

Lazio, Campania, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia, Veneto, Lombardia e Piemonte.
7 Romania, 3 Venezuela, 3 Marocco, 2 Albania, 2 India, 1 Polonia, 1 Pakistan, 1 Ucraina,
1 Olanda, 1 Egitto, 1 Brasile, 1 Filippine, 1 Moldavia.

Tabella 6 età del campione

	N	Minimo	Massimo	Media	SD
ANNI	2423	13	21	17,18	1,839

Tabella 7 età e differenze di genere

età	Frequenza	Percentuale valida
13	16	,7
14	240	9,9
15	244	10,1
16	325	13,4
17	490	20,2
18	518	21,4
19	288	11,9
20	279	11,5
21	23	,9
Totale	2423	100,0

MASCHIO	1100	47,6
FEMMINA	1209	52,4
Totale	2436	100,0

Tabella 8 titolo di Studio

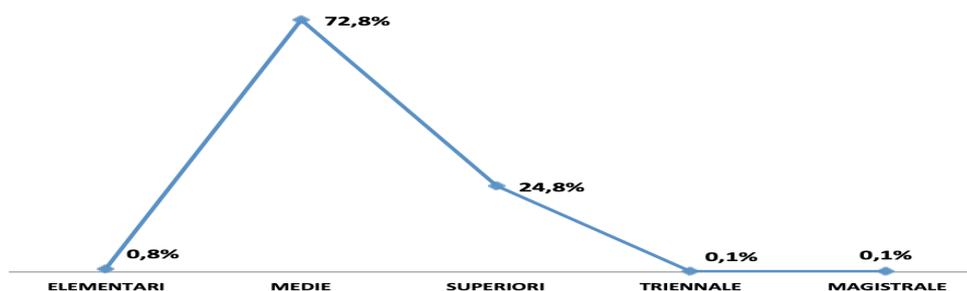


Tabella 9 occupazione

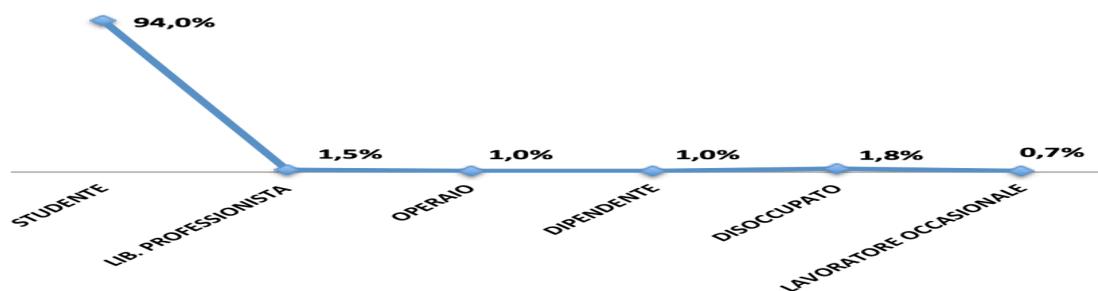


Tabella 10 entrata economica mensile

Solo 705 dichiara un entrata economica	M=300€
---	---------------

Tabella 11 stato civile

STATO CIVILE	N.		FIGLI	N.	
Celibe-nubile	2323	95,4%	No	2410	99%
Convivente	41	1,7%	Si	10	0,4%
Sposato	2	0,1%			

Tabella 12 con chi vive

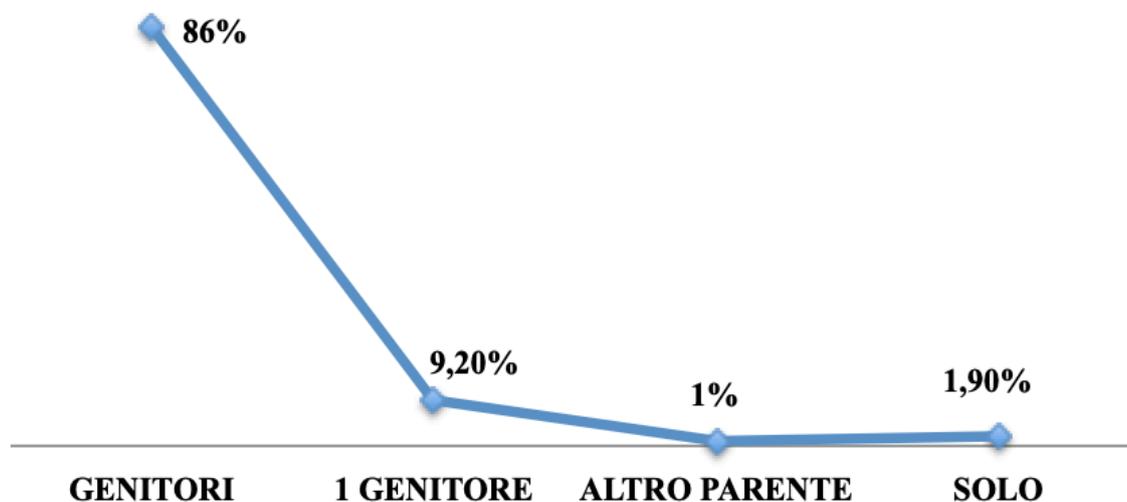


Tabella 13 presenza di fratelli e sorelle

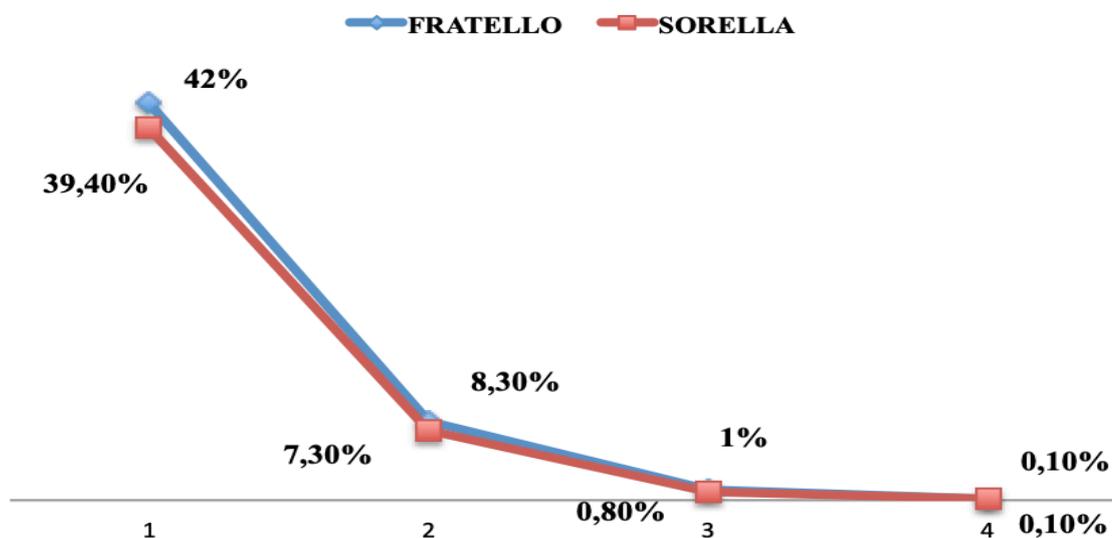


Tabella 14 frequenze partecipanti professanti una religione

	Frequenza	Percentuale valida
NO	659	29,5
SI	1578	70,5
Totale	2237	100,0

Tabella 15 religione professata

	Frequenza	Percentuale valida
NESSUNA	872	35,8
ATEO	17	,7
BUDDISTA	3	,1
CATTOLICA	1133	46,5
CRISTIANA	354	14,5
EVANGELICA	8	,3
GEOVA	6	,2
GNOSTICISMO	1	,0
INDUISTA	1	,0
ISLAMICA	5	,2
MUSULMANA	14	,6
ORTODOSSA	13	,5
POLITEISTA	1	,0
PROTESTANTE	5	,2

SIKH	2	,1
TAOISTA	1	,0
Totale	2436	100,0

Tabella 16 religiosità dei genitori

	Frequenza	Percentuale valida
NO	305	14,4
SI	1813	85,6
Totale	2118	100,0

Tabella 17 frequenza a funzioni religiose dei genitori

	Frequenza	Percentuale valida
NO	946	45,2
SI	1148	54,8
Totale	2094	100,0

Tabella 18 tipologie, modalità e frequenze di gioco

ELENCO GIOCHI	BASSO RISCHIO		MEDIO RISCHIO	ALTO RISCHIO/DIPENDENZA			Totale Alto-medio rischio
	Mai	Raramente	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	Più di una volta a settimana	Ogni giorno	
Slot dal vivo	80,5%	11,8%	3,1%	1,6%	1,5%	1,5%	7,70%
Slot online	88,8%	6,6%	1,8%	1,1%	1%	0,7%	4,60%
VLT	88,8%	5,5%	1,9%	1,2%	1%	1,6%	5,70%
Poker live	79%	14,4%	2,7%	1,5%	1,5%	0,9%	6,60%
Poker online	84,2%	8,8%	3,2%	1,3%	1%	1,4%	6,90%
Roulette	90,1%	5,5%	1,7%	0,8%	0,8%	1,1%	4,40%
G&V	37,6%	43,9%	10,6%	4%	1,7%	2,2%	18,50%
Superenalotto	72,2%	19,4%	4,5%	1,5%	1%	1,4%	8%
Lotto	80,2%	13,4%	2,7%	1,2%	0,9%	1,6%	6,40%
10eLotto	80,9%	12,1%	2,4%	1,5%	1,5%	1,6%	7,00%
Scommesse	57,5%	16,8%	8,6%	8,6%	5,5%	3,1%	25,80%
Bingo	82,7%	10,4%	3,1%	1,6%	1,2%	0,9%	6,80%
Black jack	90,6%	4,9%	1,9%	1%	0,7%	1%	4,60%
Baccarat	95,5%	1,6%	1,1%	0,7%	0,5%	0,6%	2,90%

Tabella 19 persone con cui i partecipanti giocano

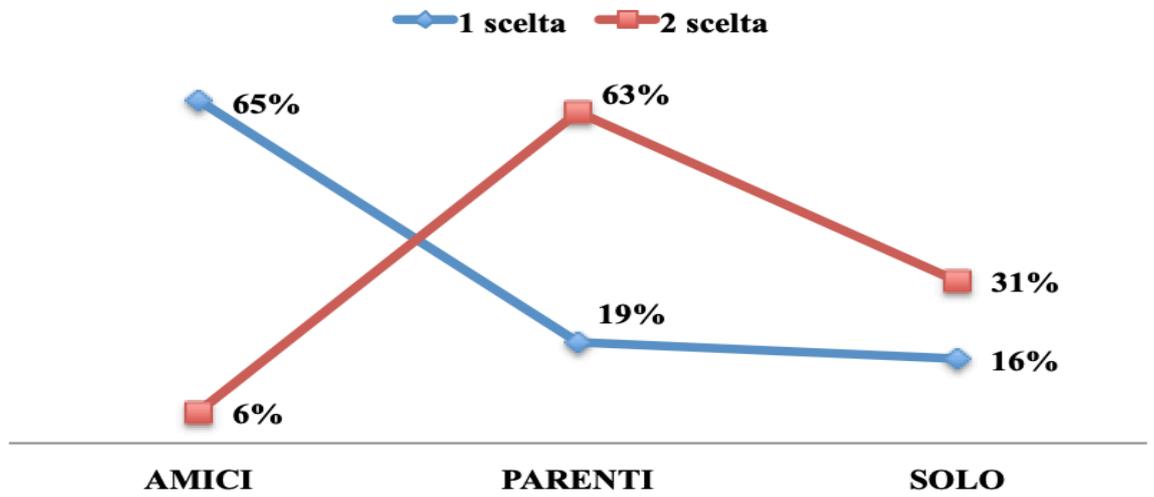


Tabella 20 presenza di giocatori in famiglia

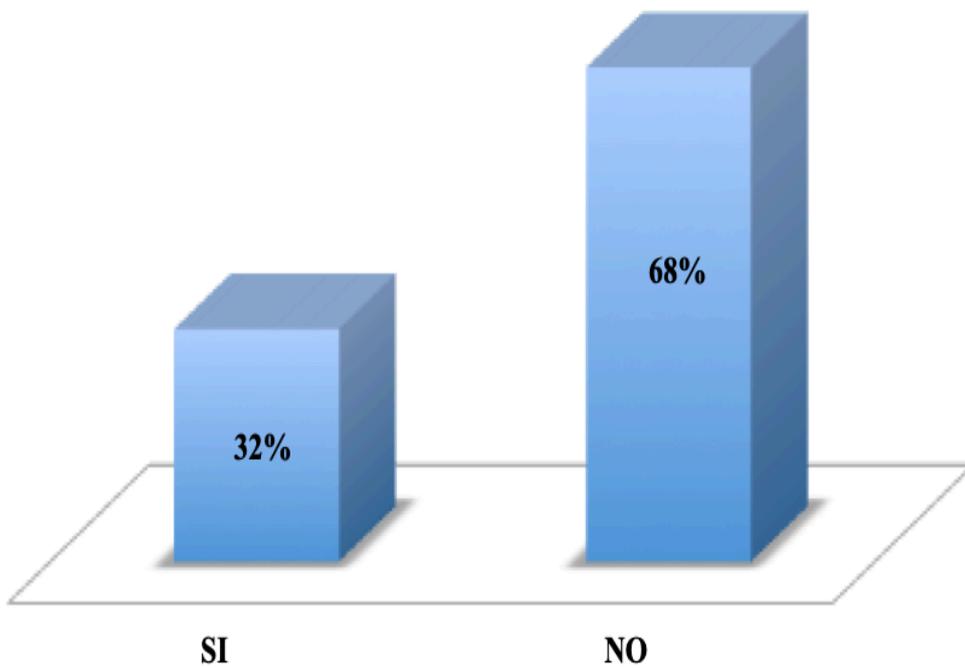


Tabella 21 chi gioca in famiglia

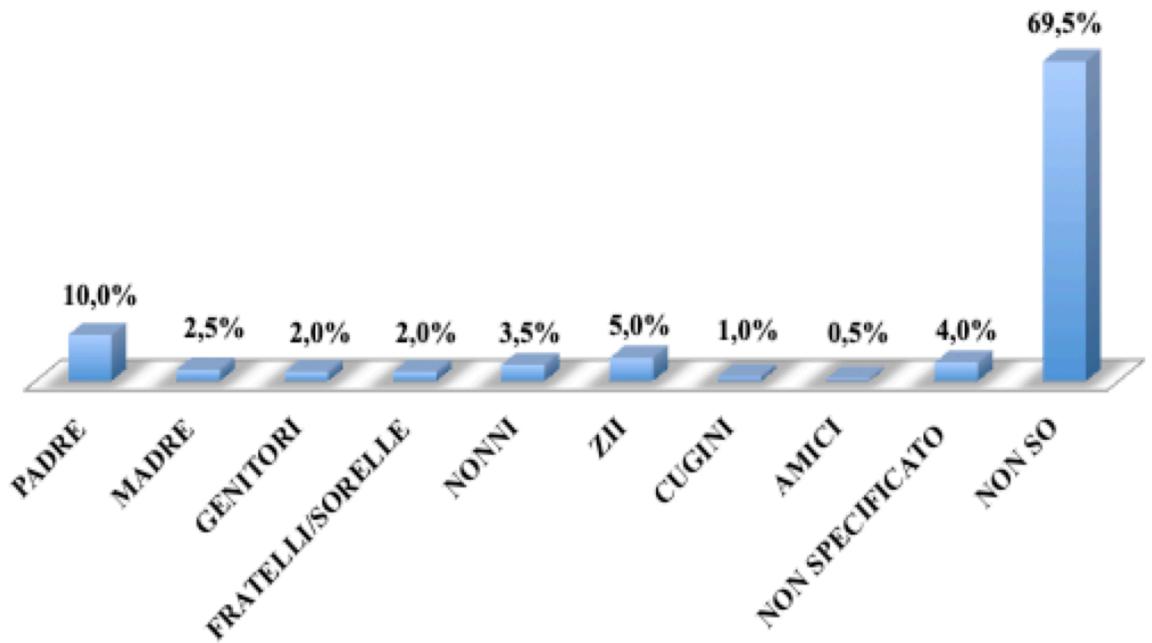


Tabella 22 luoghi di gioco

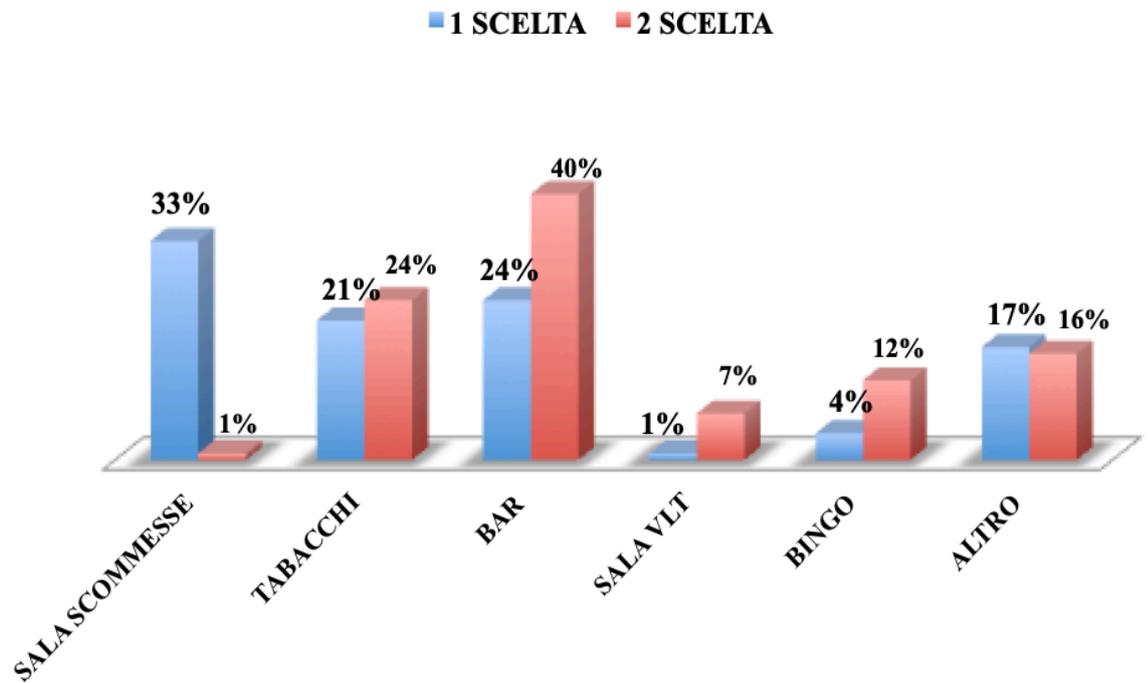


Tabella 23 preferenze nelle modalità di gioco online - offline

	Frequenza	Percentuale valida
ON LINE	414	28,7
OFFLINE	1026	71,3
Totale	1440	100,0

Tabella 24 spesa media per giochi e scommesse

Spesa media per giochi e scommesse	39€ (mese)
---	-----------------------

STRUMENTI

Questionario socio-anagrafico: in questa sezione sono stati richiesti i dati di base, età, genere, provenienza, titolo di studio, occupazione e con chi del nucleo familiare (entrambe i genitori, uno solo o altro parente diverso dal genitore), se vi erano fratelli o sorelle. Nella seconda parte dello stesso, veniva richiesto se presente o meno un introito economico e di che tipo, il tipo di religione praticata dai genitori, se praticata e la religione della persona.

Check list - condizioni e scelte di gioco on line / off line: questa è stata strutturata ad hoc dalla Dottoressa Fontanesi L. e da Ferrara M. P., per vagliare le diverse tipologie e modalità di gioco. La prima parte è composta da una lista di giochi (slot machine dal vivo o virtuale, VLT, bingo ecc.) con risposta in scala Likert a 6 punti – da 1 Mai a 6 ogni giorno. Nel secondo item viene chiesto con chi giochi, se solo, con amici o altri parenti, con l'opzione di selezionare più risposte.

Nel terzo item viene chiesto se in famiglia ci sono stati casi o meno di gioco e nel quarto se preferisce giocare online, offline o in entrambe le modalità. Nel quinto item quali sono i

siti preferiti di gioco o diversamente i luoghi di gioco (bar, tabacchi, centri scommesse ecc.) Nel settimo item quanto eventualmente scommette in euro.

In ultimo nell'item otto, è presente una griglia con una lista di aggettivi, quali ad esempio: facile, difficile, veloce, redditizio ecc. l'opzione di risposta andava sulla preferenza: online, offline, entrambe, nessuna.

South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent - SOGS-Ra (Winters, Stinchfield & Fulkerson, 1993). Composto da 12 item che indagano la perdita di controllo sul gioco, la rincorsa delle perdite, l'interferenza con la vita scolastica e relazionale e i sentimenti di colpa legati al gioco. I punteggi, consentono di definire tre categorie di giocatori: non problematici (0-1), a rischio (2-3) e problematici (maggiore o uguale a 4).

Gambling Related Cognitions Scale - GRCS (Raylu & Oei, 2004, versione italiana validata da Iliceto, Fino, Cammarota et. al. 2013), utilizzato per rilevare la presenza di eventuali distorsioni cognitive nei *gambler*. Si tratta di un questionario self-report da 23 item, che definiscono: Illusione di controllo, Controllo predittivo, Bias interpretativi, Aspettative dal gioco, Incapacità a fermarsi.

Shorter Promise Questionnaire - AI (Cristo, 2003. Trad. Baiocco R.) ***Abuso di Internet***
Composto da 10 item e valuta uso-abuso di internet.

Game addiction scale for adolescents - GAS-A (Lemmens, 2009). Composto da 7 domande, valuta le condotte di gioco ai videogame e computer. Nello specifico valuta la rilevanza, la tolleranza, cambiamento di umore, le ricadute, il ritiro, conflitto e problemi.

Mobile Phone Involvement Questionnaire - MPIQ (Wlash et al., 2013). Il questionario è composto da 8 domande volte ad indagare l'uso-abuso del cellulare in rapporto all'utilizzo, frequenza, incapacità di astenersi.

Sensation Seeking Scale – SSS (Zuckerman M., Kolin A., Price L. & Zoob I. 1964), valuta la ricerca di sensazioni; composta da 40 item a risposta dicotomica (A o B). È composta da 4 sottoscale quali: Disinibizione, Suscettibilità alla noia, Ricerca di nuove esperienze, Ricerca di brivido ed avventura.

Big five questionnaire 2 - BFQ (Caprara et al., 1993) costituito da 40 item. Individua 5 dimensioni fondamentali per la descrizione e la valutazione della personalità. Le dimensioni riguardano: *estroversione – introversione (Energia)*; *gradevolezza – sgradevolezza (Amicalità)*; *coscienziosità – negligenza (Coscienziosità)*; *nevroticismo – stabilità emotiva (Stabilità emotiva)* e, infine, *apertura mentale – chiusura mentale (Apertura mentale)*.

Family adaptability and cohesion evaluation scale - FACES IV (Olson, D. H. 2006). Il questionario, indaga le differenti tipologie di funzionamento e modelli familiari. Presenta due scale che indagano i livelli di Flessibilità e Coesione che valutano il bilanciamento o sbilanciamento dei ruoli all'interno del sistema familiare e, quattro scale che valutano il Disimpegno, Ipercoinvolgimento, Rigidità e il modello Disorganizzato e Caotico.

Scala Kinsey: raggruppa le preferenze sessuali della persona, la scala è formata da sette livelli che vanno da 0 (totalmente eterosessuale) a 6 (esclusivamente omosessuale) mentre nel mezzo, ai due poli ci sono le relative sfumature quali: bisessualità ecc.

STUDIO 1: “DIPENDENZE E PERSONALITÀ”

Tabella 25 Correlazione di Pearson tra dipendenze

	1	2	3
VIDEOGAME	-		
INTERNET	,415**	-	
CELLULARE	,297**	,647**	-
GIOCO AZZARDO	,273**	,225**	,152**

** la correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* la correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

Dall’analisi di correlazione bivariata di Pearson emerge che vi è una significatività tra le varie dipendenze da comportamento. Come riportato in tabella 25, è presente una stretta correlazione tra internet e videogame ($r = ,415$; $p < .01$), questo fenomeno è probabilmente dettato dalle nuove frontiere del mondo dei giochi che consentono la possibilità di giocare in rete con connessioni che raggiungono l’intero pianeta. Si può costruire un avatar e giocare in interconnessione. Un’altra correlazione significativa riguarda internet e cellulare ($r = ,647$; $p < .01$) che oggi viaggiano di pari passo, infatti tutti gli smartphone sono connessi ad internet attraverso una rete 4G o Wifi.

Tabella 26 ANOVA tra dipendenze comportamentali e differenze di genere

VARIABILI	MASCHI		FEMMINE		F	p
	M	SD	M	SD		
VIDEOGAME	14,3	6,8	10,5	5,2	20,8	,000
INTERNET	28,5	10,6	29,6	10,6	6,0	,014
CELLULARE	24,9	12,1	29,4	12,4	74,3	,000
GIOCO AZZARDO	2,1	3,0	1,6	2,8	75,1	,000

Nell’analisi della varianza, il genere maschile ha ottenuto punteggi medi più elevati nella dipendenza da videogame ($F=20,8$; $p < .01$) e gioco d’azzardo ($F=57,1$; $p < .01$), mentre il genere femminile ha ottenuto punteggi più elevati per quanto riguarda internet ($F=6,0$; $p < .01$) e cellulare ($F=74,3$; $p < .01$).

Tabella 27 ANOVA tra dipendenze e religione del campione

VARIABILI	NO RELIGIONE		SI RELIGIONE		F	p
	M	SD	M	SD		
VIDEOGAME	13,3	6,7	11,8	6,0	25,6	,000
INTERNET	29,5	10,4	29,0	10,4	1,4	,241

CELLULARE	26,0	12,1	28,0	12,5	11,6	,001
GIOCO AZZARDO	2,0	3,1	1,4	2,6	15,7	,000
DISTORSIONI INTERPRETATIVE	8,6	6,1	6,5	4,8	80,1	,000

Dai risultati è possibile riscontrare che la religione potrebbe fungere da fattore protettivo per alcune dipendenze. Probabilmente lo stesso risultato non è riscontrabile per quanto riguarda la dipendenza da internet che ad oggi corrisponde anche a diverse richieste da parte del mondo lavorativo e scolastico.

Tabella 28 ANOVA tra gruppi di SOGS-Ra e dipendenze comportamentali

VARIABILI	BASSO RISCHIO		MEDIO RISCHIO		ALTO RISCHIO		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
VIDEOGAME	1,9	,8	2,2	,8	2,5	,7	70,5	,000
INTERNET	27,6	10,0	31,9	10,3	35,2	11,1	85,9	,000
CELLULARE	26,2	12,2	28,3	11,7	32,9	12,9	40,5	,000

Come anticipato, dall'analisi della varianza, effettuata tra i gruppi del SOGS-Ra, il questionario che valuta la dipendenza da gioco d'azzardo, emerge che tra le diverse dipendenze è proprio internet ($F=85,9$; $p<.01$) e videogame ($F=70,5$; $p<.01$) hanno ottenuto punteggi medi elevati soprattutto nel gruppo alto rischio gioco d'azzardo.

Tabella 29 correlazione di Pearson tra personalità e dipendenze comportamentali

	1	2	3	4	5	6	7	8
VIDEOGAME	-							
INTERNET	,415**	-						
CELLULARE	,297**	,647**	-					
GIOCO AZZARDO	,273**	,225**	,152**	-				
ENERGIA	-,051*	,077**	,094**	-,007	-			
AMICALITÀ	-,237**	-,067**	-,018	-,134**	,444**	-		
COSCIENZIosità	-,176**	-,084**	-,060**	-,102**	,484**	,613**	-	
STABILITÀ EMOTIVA	,019	-,220**	-,333**	-,018	-,253**	-,190**	-,154**	-
APERTURA ESPERIENZA	-,078**	-,011	,014	-,086**	,333**	,408**	,494**	-,112**

** la correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* la correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

È stata effettuata una correlazione di Pearson tra le diverse dipendenze in oggetto e il questionario BFQ-2 che valuta le cinque dimensioni fondamentali della personalità. Da tale analisi è possibile riscontrare che vi è una relazione positiva significativa tra **Energia**, intesa come Dinamismo - Dominanza e la dipendenza da internet ($r. = ,077$; $p<.01$) e cellulare ($r. = ,094$; $p<.01$). Questo indica che oggi, una personalità dinamica intrattiene le

sue relazioni anche attraverso il mondo virtuale e più probabilmente attraverso i social network. Mentre una personalità con poco dinamismo e dominanza sono più vicini a poter sviluppare una dipendenza da videogiochi ($r. = -.051$; $p < .05$).

L'**Amicalità** intesa come Cooperatività – Cordialità richiama una correlazione negativa ma significativa con i videogiochi ($r. = -.237$; $p < .01$) e gioco d'azzardo ($r. = -.134$; $p < .01$). Aspetti di una personalità introversa e asociale con difficoltà a socializzare con la vita reale.

Anche la **Coscienziosità** intesa come Scrupolosità – Perseveranza risponde ad una correlazione negativa con le altre dipendenze. La **Stabilità Emotiva** che riguarda il Controllo delle Emozioni – Impulsi risulta correlata negativamente con la dipendenza da internet ($r. = -.220$; $p < .01$) e la dipendenza da cellulare ($r. = -.333$; $p < .01$). Una bassa stabilità emotiva porta una maggiore propensione a provare paura, ansia, tristezza che induce le persone a utilizzare maggiormente un focus centrato sull'emozione, mentre i soggetti con alta coscienziosità sono tenaci, in grado di autoregolarsi, il che riduce l'utilizzo di tale strategia. Questa strategia di *coping*, a sua volta, può portare a condizioni non desiderate che potrebbero provocare emozioni negative (Tang et al., 2014). In tal caso, le persone hanno maggiori probabilità di utilizzare internet per alleviare tali emozioni negative (Lightsey & Hulsey, 2002). Infine, per quanto riguarda l'**Apertura Mentale** si fa riferimento alla capacità della persona di aprirsi verso nuove idee, verso i valori degli altri e verso i propri sentimenti. Dalla nostra analisi, risulta che la poca apertura all'esperienza ha una correlazione negativa con l'utilizzo di videogame ($r. = -.078$; $p < .01$) e dipendenza da gioco d'azzardo ($r. = -.086$; $p < .01$).

Tabella 30 ANOVA tra personalità e gioco d'azzardo

VARIABILI	BASSO RISCHIO		MEDIO RISCHIO		ALTO RISCHIO		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ENERGIA	3,2	,7	3,2	,7	3,2	,7	,5	,612
AMICALITÀ	3,8	,8	3,6	,8	3,4	,9	32,2	,000
COSCIENZIOSITÀ	3,4	,7	3,4	,7	3,2	,7	17,6	,000
STABILITÀ EMOTIVA	3,0	,8	2,9	,8	2,9	,7	,51	,601
APERTURA ESPERIENZA	3,1	,8	3,0	,8	2,9	,9	9,7	,000

Dall'analisi della varianza non risultano particolari differenze medie tra i vari gruppi del SOGS-Ra e il fattore di personalità Energia così come nella Stabilità Emotiva. Si riscontra una certa differenze nei fattori Amicalità, Coscienziosità e Apertura Mentale-Esperienza.

Tabella 31 correlazione di Pearson tra *sensation seeking* e dipendenze comportamentali

	1	2	3	4	5	6	7
VIDEOGAME	-						
INTERNET	,415**	-					
CELLULARE	,297**	,647**	-				
GIOCO AZZARDO	,273**	,225**	,152**	-			
SUSCETTIBILITÀ ALLA NOIA	,049*	,047*	,075**	,035	-		
DISINIBIZIONE	,064**	,070**	,070**	,047*	,252**	-	
RICERCA ESPERIENZA	,033	,045*	,088**	,033	,314**	,212**	-
RICERCA EMOZIONI E AVVENTURE	-,021	,041	,054**	,009	,263**	,267**	,268**

** la correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* la correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

La *Sensation* o *Novelty Seeking* è un fattore comportamentale con molte sfaccettature, definito come il bisogno e la tendenza a raggiungere esperienze emotive molto intense, e concettualizzato come una tendenza ereditabile all'esplorazione e all'eccitazione in risposta alla novità. Numerosi studi hanno evidenziato come alti indici di *sensation seeking* siano sempre presenti nelle persone che presentano un uso problematico di sostanze o dipendenza da un comportamento e che ciò possa costituire un importante fattore di rischio per l'esordio della dipendenza.

Dalla correlazione di Pearson effettuata si riscontrano una rapporto tra suscettibilità alla noia e uso abuso del cellulare ($r. = ,075$; $p < .01$), meno per i videogame ($r. = ,049$; $p < .05$) e cellulare ($r. = ,047$; $p < .05$). Una delle sottoscale che correla con tutte le dipendenza risulta la disinibizione. Mentre tutte le altre correlano in particolar modo con la dipendenza da cellulare.

Tabella 32 ANOVA tra *sensation seeking* e gioco d'azzardo

VARIABILI	BASSO RISCHIO		MEDIO RISCHIO		ALTO RISCHIO		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
SUSCETTIBILITÀ NOIA	14,4	1,6	14,3	1,3	14,5	1,7	1,9	,144
DISINIBIZIONE	14,9	1,6	15,1	1,4	15,0	1,6	2,3	,100
RICERCA ESPERIENZA	14,1	1,6	14,1	1,5	14,3	1,6	1,4	,248
RICERCA BRIVIDO E AVVENTURA	15,0	1,6	15,2	1,5	15,0	1,7	2,4	,089
SENSATION SEEKING	58,4	4,3	58,8	3,5	58,6	4,3	1,8	,163

Dall'analisi della varianza, non risultano particolari differenze medie tra i gruppi a basso, medio e alto rischio se non in misura lieve in disinibizione ($F = 2,3$; $p = ,100$) mentre in ricerca di brivido ed avventura ($F = 2,4$; $p = ,089$).

VIDEOGAME

Tabella 33 ANOVA tra personalità e dipendenza da videogame

VARIABILI	basso rischio		medio rischio		alto rischio		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ENERGIA	3,2	,8	3,2	,7	3,2	,7	1,2	,295
AMICALITÀ	3,8	,9	3,8	,7	3,4	,8	33,4	,000
COSCIENZIOSITÀ	3,4	,7	3,4	,6	3,2	,7	21,7	,000
STABILITÀ EMOTIVA	2,9	,8	3,0	,8	2,9	,7	,394	,674
APERTURA ESPERIENZA	3,1	,9	3,1	,8	3,0	,8	6,7	,001

Tabella 34 ANOVA tra sensation seeking e dipendenza da videogame

VARIABILI	basso rischio		medio rischio		alto rischio		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
SUSCETTIBILITÀ NOIA	14,5	1,6	14,3	1,5	14,5	1,6	2,4	,095
DISINIBIZIONE	14,8	1,6	15,0	1,5	15,1	1,6	3,8	,023
RICERCA ESPERIENZA	14,2	1,7	14,0	1,5	14,4	1,7	5,6	,004
RICERCA BRIVIDO E AVVENTURA	15,1	1,7	15,0	1,8	15,0	1,8	1,5	,219
SENSATION SEEKING	58,7	4,9	58,4	3,7	59,0	4,9	2,5	,086

Così come per la dipendenza da gioco d'azzardo, è stata eseguita l'ANOVA anche per la personalità e dipendenza da videogiochi. I risultati nelle differenze medie, sono gli stessi e richiamano l'amicalità, coscienziosità e apertura all'esperienza. Diversamente da quanto ottenuto dalla stessa analisi ma tra la sensation e novelty seeking e dipendenza da videogame. In questo caso vi è una maggior differenza per ciò che riguarda la disinibizione ($F = 3,8$; $p = ,023$) e ricerca esperienza ($F = 5,6$; $p = ,004$).

STUDIO 2: “DIPENDENZE E FAMIGLIA”

Tabella 35 correlazione di Pearson tra famiglia e dipendenze comportamentali

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
VIDEOGAME	-								
INTERNET	,415**	-							
CELLULARE	,297**	,647**	-						
GIOCO AZZARDO	,333**	,270**	,186**	-					
FLESSIBILITÀ	-,173**	-,101**	-,076**	-,152**	-				
COESIONE	-,205**	-,160**	-,162**	-,135**	,634**	-			
DISIMPEGNO	,277**	,275**	,217**	,241**	-,405**	-,542**	-		
IPERCOINVOLGIMENTO	,077**	,111**	,083**	,082**	,266**	,270**	,018	-	
RIGIDA	,036	,054**	,012	,032	,283**	,240**	,009	,353**	-
DISORGANIZZATA-CAOTICA	,226**	,253**	,216**	,140**	-,290**	-,364**	,602**	,104**	,053*

** la correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* la correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

Dalle nostre analisi di correlazione (Pearson) tra dipendenze e stili familiari emerge che, in famiglie poco flessibili e poco coese vi è una stretta correlazione negativa con lo sviluppo di dipendenze. Tra videogame e poca flessibilità ($r. = -,173$; $p < .01$), gioco d'azzardo ($r. = -,152$; $p < .01$), internet ($r. = -,101$; $p < .01$) e cellulare ($r. = -,76$; $p < .01$). Condizioni analoghe si riscontrano con la poca coesione e le dipendenze ($r. = -,205$; $-,160$; $-,162$; $-,135$ $p < .01$). Per quanto riguarda le quattro scale di sbilanciamento (disimpegno, ipercoinvolgimento, rigida, disorganizzata e caotica) vi è una correlazione con tutte le dipendenze prese in esame. Vi è un'eccezione per la rigidità che correla in particolare con la dipendenza da internet ($r. = ,054$; $p < .01$).

Tabella 36 ANOVA tra famiglia e gioco d'azzardo

VARIABILI	BASSO RISCHIO		MEDIO RISCHIO		ALTO RISCHIO		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
FLESSIBILITÀ	14,0	3,2	13,2	3,6	16,6	3,7	25,6	,000
COESIONE	15,0	3,7	14,2	3,7	13,7	3,5	20,0	,000
DISIMPEGNO	8,3	3,6	9,5	4,0	10,9	4,0	66,5	,000
IMPERCOINVOLGIMENTO	10,9	3,2	11,4	3,2	11,5	3,3	7,8	,000
RIGIDITÀ	11,5	3,6	11,7	3,2	11,8	3,4	1,1	,332
DISORGANIZZATA - CAOTICA	9,0	3,3	9,7	3,4	10,3	3,5	21,4	,000

Gli stessi dati della correlazione di Pearson sono avvalorati dalla differenza nelle medie dell'analisi della varianza. Questi fattori sono da inquadrare tra i fattori di rischio o di protezione. Una giusta dose di flessibilità ($F=25,6$; $p < .01$) e buona comunicazione e coesione ($F=20,0$; $p < .01$) risultano fattori di protezione nello sviluppo di dipendenza. Di contro, una famiglia disimpegnata ($F=66,5$; $p < .01$), ipercoinvolta ($F=7,8$; $p < .01$) e disorganizzata e caotica nei ruoli e nella comunicazione ($F=21,4$; $p < .01$) risultano fattori di rischio nel potenziale sviluppo di un dipendenza.

Tabella 37 ANOVA tra famiglia e rischio dipendenza da videogame

VARIABILI	basso rischio		medio rischio		alto rischio		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
FLESSIBILITÀ	14,0	3,4	14,1	3,5	13,0	3,5	21,0	,000
COESIONE	14,9	4,0	15,0	3,5	14,4	3,8	27,2	,000
DISIMPEGNO	8,5	3,7	8,4	3,6	10,3	3,8	43,6	,000
IMPERCOINVOLGIMENTO	10,7	3,2	10,8	2,9	11,3	3,0	4,8	,008
RIGIDITÀ	11,4	3,5	11,5	3,6	11,8	3,4	1,7	,183
DISORGANIZZATA - CAOTICA	8,9	3,5	8,8	3,1	9,4	3,4	35,2	,000

Dall'analisi della varianza eseguita tra i gruppi di uso abuso videogame e FACES IV emerge una differenza nella scale del bilanciamento familiare: flessibilità ($F=21,0$; $p<.01$) e coesione ($F=27,2$; $p<.01$). Per quanto riguarda le scale di sbilanciamento familiare: disimpegno ($F=43,6$; $p<.01$), ipercoinvolgimento ($F=4,8$; $p<.01$) e disorganizzata e caotica ($F=35,2$; $p<.01$).

STUDIO 3 “DIPENDENZE E DISTORSIONI COGNITIVE”

Tabella 38 correlazione di Pearson tra dipendenze e distorsioni cognitive

	1	2	3	4	5	6	7	8
VIDEOGAME	-							
INTERNET	,415**	-						
CELLULARE	,297**	,647**	-					
GIOCO AZZARDO	,273**	,225**	,152**	-				
ASPETTATIVE DAL GIOCO	,423**	,346**	,276**	,477**	-			
ILLUSIONE DI CONTROLLO	,379**	,299**	,263**	,436**	,777**	-		
CONTROLLO PREDITTIVO	,410**	,308**	,253**	,440**	,815**	,804**	-	
INCAPACITÀ A SMETTERE	,398**	,314**	,285**	,472**	,806**	,778**	,760**	-
DISTORSIONI INTERPRETATIVE	,421**	,334**	,273**	,468**	,852**	,762**	,838**	,787**

** la correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* la correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

Nella persona con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) si sviluppano una serie di falsi miti e credenze rilette alle attività di gioco. Queste pseudo teorie vanno a distorcere il senso della realtà che vivono. Pertanto, si parla di **distorsioni cognitive** che non permettono al gambler di fornire a se stesso e a chi lo circonda una **valutazione della realtà concreta**. La voglia di gioco che nasce nella mente del giocatore patologico fa leva su **pensieri irrazionali**, su convinzioni che lo persuadono di avere grandi possibilità di vincita.

Nei vari studi, emersi nella letteratura di riferimento che si occupa di studiare questa patologia, emergono diverse distorsioni. Due studiosi, Kahneman e Tversky, in merito al gioco patologico, hanno elaborato quelle che seguono:

- fallacia del giocatore d'azzardo (*Gambler's fallacy*);
- sopravvalutazione (*Overconfidence*);
- tendenze dei numeri (*Trends in number picking*);
- correlazione illusoria (*Illusory correlations*);
- vittoria di altri giocatori (*Validity of other wins*);
- polarizzazione della memoria sulle vincite passate o su quelle ipotetiche (*Inherent memory bias*);
- illusione di poter controllare la situazione e di poter smettere di giocare in qualsiasi momento.

Come emerge dalla correlazione di Pearson tra le varie dipendenze e il GRCS, risulta così come da ricerche pregresse una stretta correlazione con il gioco d'azzardo. Qualcosa di diverso accade per quanto riguarda le altre dipendenze comportamentali. In particolare tra videogiochi e aspettative dal gioco ($r. = ,423$; $p < .01$), illusione di controllo ($r. = ,379$; $p < .01$), controllo predittivo ($r. = ,410$; $p < .01$), incapacità di smettere ($r. = ,398$; $p < .01$) e distorsioni interpretative ($r. = ,421$; $p < .01$). Condizioni simili sono riscontrabili anche nell'uso abuso di internet e cellulare. Probabilmente questo risultato è dato dalla stretta correlazione che oggi tra l'utilizzo di nuove tecnologie e il mondo virtuale. Infatti, come detto in precedenza tutti i giochi, che siano d'azzardo o che siano videogiochi sono connessi al mondo web e praticabili online. Anche i nuovi smartphone presentano app di giochi e gli stessi social network presentano delle attività di gioco e/o di svago all'interno della stessa app.

Tabella 39 ANOVA tra distorsioni cognitive e differenze di genere

VARIABILI	MASCHI		FEMMINE		F	p
	M	SD	M	SD		
ASPETTATIVE DAL GIOCO	8,7	5,7	6,5	4,6	96,4	,000
ILLUSIONE DI CONTROLLO	7,3	5,0	6,3	4,3	25,3	,000
CONTROLLO PREDITTIVO	12,9	8,0	10,4	6,8	62,3	,000
INCAPACITÀ DI SMETTERE	9,2	6,9	7,6	5,2	36,9	,000
DISTORSIONI INTERPRETATIVE	8,6	6,1	6,5	4,8	80,1	,000

Come emerge dall'analisi della varianza, il genere maschile ha ottenuto punteggi medi più alti per quanto riguarda le distorsioni cognitive nelle diverse dipendenze.

STUDIO 4 “DIPENDENZE ONLINE E OFFLINE”

Tabella 40 ANOVA tra dipendenze e modalità online e offline

VARIABILI	ONLINE		OFFLINE		F	p
	M	SD	M	SD		
INTERNET	32,7	11,6	28,7	9,8	42,4	,000
VIDEOGAME	15,8	7,4	12,2	6,0	90,7	,000
CELLULARE	30,7	13,3	26,3	11,7	38,0	,000
GIOCO AZZARDO	3,3	3,4	1,8	2,8	65,6	,000

È stata eseguita un ANOVA per osservare le differenze medie tra chi svolge attività online e offline per le diverse dipendenze comportamentali. Come è possibile osservare chi svolge attività di videogame online ($F=90,7$; $p<.01$), cellulare ($F=42,4$; $p<.01$) e gioco d'azzardo online ($F=65,6$; $p<.01$) ha ottenuto punteggi medi significativamente più alti rispetto a chi svolge le stesse attività offline.

Tabella 41 ANOVA tra dipendenze e modalità online - offline per il solo gruppo ad alto rischio *gambling*

VARIABILI	ONLINE		OFFLINE		F	p
	M	SD	M	SD		
INTERNET	37,4	11,6	33,5	10,0	9,9	,002
VIDEOGAME	19,0	7,6	16,3	7,3	9,2	,003
CELLULARE	35,6	13,7	30,8	11,8	11,1	,001

Prendendo in esame il solo gruppo ad alto rischio di sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo e analizzandone la varianza con le altre dipendenze, emerge una differenza di punteggi medi su internet ($F=9,9$; $p<.01$), videogame ($F=9,2$; $p<.01$) e cellulare ($F=11,1$; $p<.01$).

Questo dato mostra come chi svolge determinate attività e le svolge online potrebbe avere un rischio maggiore di sviluppare una dipendenza rispetto a chi svolge le stesse attività ma in modo offline.

Tabella 42 ANOVA tra distorsioni cognitive e modalità online - offline per il solo gruppo alto rischio *gambling*

VARIABILI	ONLINE		OFFLINE		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
GRCS						
ASPETTATIVE DAL GIOCO	17,0	7,2	11,5	6,7	48,5	,000
INCAPACITÀ A SMETTERE	19,7	9,2	12,9	8,2	45,4	,000
CONTROLLO PREDITTIVO	23,3	9,2	16,7	9,3	37,3	,000
DISTORSIONI INTERPRETATIVE	17,2	7,0	11,3	6,7	57,8	,000
ILLUSIONE DI CONTROLLO	14,1	6,9	10,1	6,1	28,6	,000

Come riportato in precedenza esiste una stretta correlazione tra dipendenze e distorsioni cognitive. Di fatto per comprendere se sono più o meno presenti in chi svolge queste stesse attività online abbiamo svolto un ANOVA prendendo solo il gruppo ad alto rischio di sviluppo azzardo. Come si era ipotizzato chi svolge attività di giochi e scommesse sul circuito virtuale ha ottenuto punteggi medi più alti rispetto al gruppo offline.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

La ricerca condotta è stata strutturata per meglio comprendere quali sono o possono essere i potenziali fattori che concorrono allo sviluppo di dipendenza comportamentale. Di fatto l'idea nasce dal desiderio di poter realizzare un protocollo terapeutico *ad hoc*. L'idea di partenza è vagliare anche possibili forme tecnologiche a sostegno di percorsi terapeutici consolidati. Se diverse dipendenze tecnologiche nascono proprio dal contatto con esse nulla impedisce che siano le stesse a poterle risolvere attraverso l'unione di competenze ingegneristiche e psicologiche.

Se pensiamo a i serious game (*giochi seri*) ovvero simulazioni virtuali interattive dotate di un obiettivo ben strutturato in cui gli aspetti seri e quelli ludici si trovano in equilibrio. Secondo Clark C. sono “*giochi con un esplicito e ben definito scopo educativo, non pensati primariamente per il divertimento, senza però escluderlo*”.

Questi giochi trovano applicazioni in contesti diversissimi tra loro: dal *marketing* (*Advergame*) alla riabilitazione di persone con deficit cognitivi, dal *recruiting* al settore socio-educativo.

Ad oggi manca un'applicazione o una metodologia terapeutica che possa affiancare le terapie standard attraverso una modalità più tecnologica. Con questo non parliamo di sostituzione tecnologia – uomo ma anche di forme di prevenzione che passino attraverso modalità ludico ricreative che educino le nuove generazioni ad evitare il contatto con diverse forme di dipendenza o di altri aspetti disfunzionali per il potenziale sviluppo.

Per avere un quadro più completo possibile la ricerca condotta ha preso in esame gli aspetti fondamentali nello sviluppo di una dipendenza da comportamento. In particolare sono state prese in analisi variabili che indagano la presenza o meno di una correlazione tra le diverse dipendenze; per cui sono stati somministrati questionari che valutano l'uso-abuso di videogame, di internet, del cellulare e del gioco d'azzardo. Da una prima correlazione bivariata di Pearson sono emerse relazioni di linearità tra queste dipendenze.

È interessante notare che se un tempo alcune dipendenze riguardavano prettamente il genere maschile, oggi non è più così scontato, soprattutto per quanto riguarda la dipendenza da smartphone o da internet. Anche se il dato non emerge in maniera preponderante, sono sempre più le donne che si dedicano anche al mondo dei videogames. Per quanto riguarda

il gioco d'azzardo patologico, resta una prerogativa maschile anche se risulta in aumento il numero delle donne che si dedicano a tale attività soprattutto per quanto riguarda il bingo, gratta e vinci, 10 e Lotto ed altri giochi affini.

Come è ormai noto in letteratura esistono personalità o tratti di personalità che sono maggiormente implicate nello sviluppo potenziale di dipendenza, sia essa da comportamento o da sostanza. Per vagliare tale ipotesi o differenza abbiamo somministrato il Big five questionnaire - 2 per valutare la relazione tra le 5 grandi dimensioni e lo sviluppo di dipendenza da comportamento. I risultati ottenuti indicano che persone con una scarsa Energia (dominanza-dinamismo), Amicalità (cooperatività-cordialità), Coscienziosità (scrupolosità-perseveranza), Stabilità Emotiva (controllo emozioni – controllo impulsi) e bassa Apertura Mentale (apertura alla cultura-apertura a nuove esperienze) hanno un rischio maggiore di sviluppare una dipendenza. Un dato particolare riguarda l'Energia e la relazione positiva con internet ($r. = ,077$; $p < .01$) e cellulare ($r. = ,094$; $p < .01$). Probabilmente questa differenza sta alle nuove frontiere delle modalità relazioni tra i più giovani. Queste, oggi, sono sostenute dal mondo virtuale e da relazioni amicali tenute tramite social network.

La ricerca di sensazioni è un tratto di personalità definito dalla ricerca di esperienze e sentimenti "nuovi, complessi e intensi" e dalla prontezza a "correre rischi fisici, sociali, legali e finanziari per il gusto ottenuto dall'esperienze stessa". Il rischio non è una parte essenziale del tratto, poiché molte attività ad esso associate non sono rischiose. Tuttavia, il rischio può essere ignorato, tollerato o minimizzato e può anche essere considerato come un fattore di eccitazione per l'attività. Dalla nostra esperienza di ricerca emerge una stretta correlazione e una buona significatività tra suscettibilità alla noia, la ricerca di nuove esperienze e la ricerca di brivido ed avventura in relazione al cellulare. Mentre la disinibizione correla con tutte le dipendenze.

Come detto in precedenza, è ormai noto come la comunicazione mediata dalle nuove tecnologie sia cambiata e come questa possa agevolare l'inizio di meccanismi di disinibizione. Il termine "disinibizione", tra i naviganti della rete, è stato spesso usato in maniera intercambiabile per indicare messaggi online violenti e volgari (Lea et al., 1992). È stato confermato in numerose ricerche che questi tipi di messaggi ricorrono con una frequenza quattro volte maggiore rispetto a quella riscontrata nella comunicazione *vis à vis*

(Dyer et al., 1995). Prentice-Dunn e Rogers (1982) considerano la disinibizione come un prodotto di una ridotta coscienza di sé che porterebbe ad una minore preoccupazione per il giudizio degli altri; quindi, la disinibizione online non è definita come una manifestazione di messaggi violenti ma piuttosto come qualsiasi comportamento caratterizzato da una riduzione della preoccupazione per la presentazione di sé e il giudizio degli altri.

Questo comportamento delle persone in rete, può dipendere da quello che viene definito “*effetto disinibitorio online*” (Suler, 2004). Tale disinibizione online è una lama a doppio taglio, infatti, può esprimersi in due direzioni opposte. Parliamo di “disinibizione benigna” quando le persone condividono vissuti personali, rivelano emozioni, desideri, paure, mostrando anche generosità e supporto all’altro; mentre per “disinibizione tossica”, si fa riferimento ad una comunicazione che assume aspetti violenti e volgari e in cui si esprimono sentimenti di rabbia, di odio e di minaccia. Alcune azioni dovute ad una disinibizione benigna possono portare ad uno sviluppo e ad una migliore conoscenza di se stessi, all’elaborazione di problemi e alla scoperta di nuovi modi di essere, invece, i comportamenti disinibitori tossici possono facilmente condurre ad una catarsi cieca, ovvero ad una esternalizzazione di bisogni che non portano a nessuna crescita personale.

Oltre la personalità e la ricerca di sensazioni, un altro compito di fondamentale importanza è attribuita al ruolo familiare. Partendo dall’assunto dell’approccio sistemico-relazionale la famiglia è come un sistema che tende all’omeostasi e il cui sviluppo avviene per stadi all’interno di una dimensione temporale; la famiglia può rappresentare un importante punto di riferimento soprattutto per l’adolescente che sta cercando la sua autonomia, ma può anche essere un sistema che inibisce lo sviluppo se caratterizzata da relazioni che rendono difficili i processi di differenziazione e individuazione.

Alcuni studi relativi all’Internet Gaming Disorder hanno evidenziato la necessità di prestare uguale attenzione ai contesti individuali, culturali e soprattutto al mondo online (Kuss 2013). In tale senso è stato scoperto che i fattori contestuali della famiglia, compresi gli atteggiamenti dei genitori, la comunicazione familiare e la coesione, agiscono in modo protettivo per un uso eccessivo di Internet, mentre altri, come l’esposizione ai conflitti familiari, hanno dimostrato di aumentarlo (Park et al. 2008). In questo contesto, il significato della coesione familiare è stato illustrato per comprendere i comportamenti di dipendenza (Reeb et al. 2015). La coesione familiare è descritta come legame emotivo tra i

membri della famiglia e il sentimento di vicinanza che è espresso dai sentimenti di appartenenza e accettazione all'interno della famiglia (Johnson et al. 2001). Le famiglie coese sembrano funzionare in modo che possono ridurre i comportamenti di dipendenza, sembrano ridurre i motivi di fuga virtuale, cioè le persone potrebbero non ritirarsi nel mondo virtuale poiché appagati dal contesto familiare. Inoltre, tali famiglie possono moderare positivamente i fattori stressogeni esterni quali le relazioni tra pari, relazioni amicali o problematiche scolastiche.

Quindi, non di rado le relazioni genitori-figli sono caratterizzate o da eccessiva vicinanza e coinvolgimento o al contrario da freddezza e superficialità. Questo dato è riscontrato anche dalla nostra ricerca. Secondo il modello circonflesso di Olson all'interno di un sistema familiare esistono dei ruoli, stili comunicativi e compiti dei membri. Questi possono essere bilanciati o sbilanciati; infatti i nostri dati ci portano a confermare che in famiglie dove vi è scarsa flessibilità, poca comunicazione e coesione tra i membri (scale di bilanciamento) ed un elevato grado di confusione, di disimpegno o ipercoinvolgimento (scale di sbilanciamento) il rischio di sviluppare una dipendenza da comportamento è alquanto probabile.

Un altro aspetto fondamentale, tipico della dipendenza da *gambling* è la presenza di distorsioni cognitive. Queste distorsioni vengono indotte dal gioco d'azzardo stesso e secondo Turner (2000), la mente umana non sembra ben equipaggiata per gestire eventi casuali. Le classiche tipologie di errori cognitivi sono: illusione di controllo, controllo predittivo dell'esito, distorsioni interpretative, le aspettative dal gioco e la percezione di essere incapaci a smettere (Raylu & Oei, 2004; Toneatto, 1999). I pensieri disfunzionali giocano un ruolo significativo nel generare le spinte a tornare a giocare (Beck et al., 1993). Il gioco continuativo porta come conseguenza il progressivo accumularsi di perdite economiche cui il soggetto tenta di far fronte con la rincorsa delle perdite (*chasing*), tornando a giocare per rifarsi, peggiorando così la propria situazione e quella familiare. Queste distorsioni sono emerse anche nella nostra ricerca. Dalle analisi di correlazione e dall'analisi della varianza emerge che le stesse distorsioni presenti nei giocatori d'azzardo si riscontrano anche nei giocatori di videogame e non meno in chi utilizza il cellulare o naviga in rete. Questo dato può in qualche modo rappresentare l'inizio di un lavoro sulla costruzione di uno strumento che validi queste distorsioni nei videogiocatori. Un risultato

non atteso è dato dalla presenza di distorsioni con l'utilizzo del cellulare. Questo probabilmente dettato dalle nuove applicazioni di giochi online presenti sugli smartphone. Altro dato importante sulle distorsioni cognitive riguarda la differenza in che gioca e scommette online e offline. Dai nostri dati emerge che chi svolge queste attività e lo fa online ha maggiori distorsioni cognitive e maggior probabilità di sviluppare una dipendenza.

Questi risultati mostrano come, in adolescenza, scommettere e giocare online possa rappresentare un rischio anche per lo sviluppo di altre dipendenze correlate. Con questo non si vuole demonizzare la rete o il mondo virtuale ma vuole aprire uno spazio a possibili frontiere educative e di tutele soprattutto per i più giovani nativi digitali. Di fatto il mondo virtuale offre svariate possibilità ma la tendenza è avvicinarsi ad aspetti nocivi, quindi sarebbe opportuno pensare a modelli digitali che educino o che possano sensibilizzare i giovani a riflettere su alcuni aspetti emotivi e se ripercussioni familiari e sociali.

Come sempre e per ogni essere umano la famiglia gioca un ruolo protettivo fondamentale, un aspetto che non riguarda il mero controllo ma un processo comunicativo funzionale, un impegno costante e un dialogo continuo.

LIMITI DELLA RICERCA

Prendendo in considerazione i limiti e i punti di forza del presente progetto di ricerca, una riflessione può essere fatta sugli strumenti che sono stati utilizzati ed in particolar modo sulla mancanza di un questionario che indagasse in modo più specifico l'utilizzo di social network. In questo modo sarebbe stato di maggior utilità valutare le differenze di personalità, *sensation e novelty seeking* e le relazioni familiari in coloro che utilizzano lo smartphone e sono spesso connessi al mondo virtuale.

Altro limite è la mancanza di strumenti e analisi che possano valutare la differenza percettive nei differenti contesti ambientali. Come detto in precedenza, gli ambienti di gioco sono strutturati per modificare le percezioni e le performance dei giocatori. Per intenderci, le vincite e le perdite alle slot machine hanno effetti distintivi e misurabili fisiologicamente sui giocatori. Il suono gioca un ruolo importante nel rafforzamento, e quindi a livello di eccitazione e risposta allo stress dei giocatori. I suoni portano i giocatori a sopravvalutare in modo significativo il numero di volte in cui hanno vinto giocando alla slot machine. La luce rossa, a differenza di quella blu, favorisce atteggiamenti di giocare a rischio, di puntate più alte e frequenti (Spenwyn e co, 2010). Vale a dire che luce rossa con musica ad alta frequenza portano un aumento della frequenza e velocità di gioco. Tutto questo ha sicuramente una correlazione quando si gioca in un ambiente fisico, di fatto però se la gente gioca e il più delle volte comincia a farlo anche online, sarebbe opportuno strutturare un test o questionario in grado di valutare in modo dettagliato questi aspetti o comunque indagare queste aree a livello neurofisiologico.

Un altro limite di questa ricerca è stato il soffermarsi su aspetti negativi dell'uso/abuso di videogames e internet senza vagliare gli aspetti positivi che alcune modalità di gioco possono offrire e quali le potenzialità che ne possono derivare.

In ultimo ma non per meno importanza l'assenza di un questionario o test correlato all'aggressività nell'uso abuso di videogame.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta ha sicuramente confermato alcune condizioni già presenti in letteratura, per altri versi ha probabilmente individuate variabili nuove che possono condurre la persona, ancor più se adolescente allo sviluppo di una dipendenza, nel caso specifico comportamentale.

Esistono fattori di personalità che possono fungere da fattori di rischio o di protezione. Tra quelli di rischio inerenti la personalità ritroviamo la poca capacità dell'individuo nel riuscire ad intrattenere delle buone relazioni sociali e amicali. Tra i fattori di protezione ritroviamo la capacità e volontà di riuscire ad avere una buona dose di energia e dinamismo per affrontare le situazioni reali della vita quotidiana. Inoltre anche quella sana curiosità (apertura all'esperienza e cultura) che stimolano la persona ad attività sempre nuove e diverse allontanandole da quelle attività routinarie e ripetitive come la slot machine o un videogioco. Tutti questi aspetti della personalità sono in parte ereditarie sia per condizioni genetiche, sia per processi di imitazione. Come noto i processi di imitazione più significativi arrivano da figure di riferimento quali i genitori o da personalità forti presenti nel gruppo dei pari. Il compito della famiglia è riuscire a mantenere un atteggiamento flessibile e coeso (bilanciamento) in cui l'adolescente o il bambino possono percepirsi come attivi ma riconoscere il ruolo delle figure genitoriali. Di contro non sono funzionali atteggiamenti invischiati, ipercoinvolti o troppo rigidi.

Come già detto le distorsioni cognitive sono tipiche dei giocatori d'azzardo ma emerge che alcune di queste distorsioni sono presenti anche in chi svolge altre attività quali videogame, navigare in internet e utilizzare il cellulare. Si potrebbe dedurre che non solo il *gambling* struttura determinate distorsioni ma anche le altre attività. Di fatto da ulteriori altre analisi statistiche emerge che sono ancor più presenti in coloro che queste attività le svolgono online.

Quindi per concludere, gli adolescenti che giocano d'azzardo, lo fanno soprattutto *online*, e questo potrebbe rappresentare un problema. Infatti coloro i quali hanno ottenuto alti punteggi nella dipendenza da gioco d'azzardo hanno riportato alti punteggi anche nei videogiochi e nella navigazione virtuale.

Laddove internet può ampliare questo effetto e falsare le proprie aspettative e percezioni. Questi risultati mostrano come, in adolescenza, scommettere e giocare online possa rappresentare un rischio anche per lo sviluppo di altre dipendenze correlate. I dati ottenuti possono essere utilizzati per lo sviluppo di programmi di prevenzione *ad hoc*, che informino sui rischi specifici del gioco d'azzardo online.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, J. (1966). Gambling, drugs and alcohol: a note on functional equivalents, [*Issues in Criminology*], 2(1), pp. 111-118.
- Caretti V., La Barbera D. (2010). *Addiction: Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina Editore.
- APA - American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Tr. It. Masson, Milano 1996.
- APA - American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Anderson, G., Brown, R.I.F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal. *British Journal of Psychiatry*, 75, pp. 401-441.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 23-32.
- Baiocco, R. (2008). *Prevenzione e trattamento delle dipendenze in adolescenza*. <http://tfa.scuolaiad.it/login/index.php>.
- Becona E., Del Carmen L. M., Fuentes MJ. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychol Rep* 1996; 78: 635-40.
- Barker, J.C., Miller, M. (1966a). Aversion therapy for compulsive gambling, "Lancet", 1, pp. 491-492; (1996b). Aversion therapy for compulsive gambling, "British Medical Journal", 2, p. 115.

- Bastiani, L., Gori, M., Colasante, E., Siciliano, V., Capitanucci, D., Jarre, P., Molinaro, S. (2011). Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. *Journal of Gambling Studies*.
- Bellio, G., Fiorin, A. (2004). Gioco d'azzardo e gioco d'azzardo patologico in un campione di tossicodipendenti in trattamento ambulatoriale. Relazione presentata al IV Congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze, Rimini.
- Bergler, E. (1957). *The Psychology of Gambling*. Hill and Wang, New York, NY.
- Blaszczynski, A. (1996). Is pathological gambling an impulsive control, addictive or obsessive-compulsive disorder?. Relazione presentata al *First International Symposium on Pathological Gambling, Ciutat Sanitaria I Universitaria de Bellvitage, Barcelona*.
- Blaszczynski, A. (1999). *Pathological Gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. Psychological Reports*, 84, pp. 107-113.
- Blaszczynski, A. (2000). Pathways to pathological gamblers. Identifying typologies, e-gambling. *eGambling, The Electronic Journal of Gambling Issues*, 1. The Centre for Addiction and Mental Health.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of the Addictions*, 24, pp. 337-350.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1991). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addictions*, 86, pp. 1485-1489.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathway model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, pp. 487-499.

Blaszczynski, A., Winter, S.W., McConaghy, N. (1986). Plasma endorphin levels in pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2, pp. 3-14.

Bonino, S., Cattellino, E., Ciairiano, S. (2003). *Adolescenti e rischio*. Firenze: Giunti.

Bowen M. (1979) tr. It. *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.

Brodo, M. (2007). *Gli italiani si giocano una finanziaria*. *Affari Italia*.

Caldwell, G. (1972). *Gambling Cultures: Studies in History and Interpretation* a cura di Jan McMillen

Callois, R. (1962). *Man, Play and Games*, *Thames & Hudson: London*. Italia Bompiani editori 1995.

Campbell, D.P. (1976). Who wants to be a professional gambler?, in Eadington, W.R. (a cura di), *Gambling and society: Interdisciplinary Studies on the Subject of Gambling*, *Thomas, Springfield, III*.

Cancrini, L., (2003). *Schiavo delle mie brame*. Storie di dipendenza da droghe, gioco d'azzardo, ossessione di potere. Edizione Frassinelli.

Cantelmi T., Toro M. B., Talli, M. (2010). *Avatar*. Dislocazioni mentali, personalità techno-mediate, derive autistiche e condotte fuori controllo. Edizioni Magi.

Cantelmi T. (2010). *Le Dipendenze Comportamentali: descrizione e concettualizzazione*. *Mente e Cura*.

Cantelmi T., Giardina G. (2003). *La mente virtuale*. San Paolo Edizioni.

Cantelmi T., Talli, M. B. D'Andrea, A. Del Miglio, C. (2000). *La mente in Internet*. Piccin Editore, Padova.

Capitanucci, D., Capelli, M., Biganzoli, A., Smaniotti, R. e Alippi, M. (2005). *Il gioco d'azzardo nel territorio, Prospettive Sociali e Sanitarie, XXXV(1)*, pp. 12-18.

Caprara, G.V., & Perugini, M. (1994). Personality described by adjectives: The - generalizability of the Big Five to the Italian lexical context. *European journal of personality, 8(5)*, 357-369.

Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Vecchione, M. (2007). *Big-Five Questionnaire-2*. Firenze: Giunti O.S Organizzazioni speciali.

Caretti, V., Craparo, G., Schimmenti, A. (2006). Fattori di rischio della dipendenza patologica in adolescenza. *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia, 3*, pp. 160-169.

Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007). Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA. *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia, 1*, pp. 3-16.

Carter E., Mc Goldrick M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. Gardner Press, New York.

Cattellino, E., Calandri, E., Bonino, S. (2001). Il contributo della struttura e del funzionamento della famiglia nella promozione del benessere di adolescenti di diverse fasce d'età. *Età Evolutiva, 69*, 49-60.

Ceci, S.J., Liker, J.K. (1986). A day at the races. A study of IQ, expertise, and cognitive complexity. *Journal of Experimental Psychology: General, 115*, pp. 255-266.

Chòliz, M. (2010). *Mobile Phone Addiction in Adolescence: Evaluation and prevention of mobile phone addiction in teenagers*. Saar brucken: Lambert Academic Publishing.

Chòliz, M. (2008). *Uso y abuso del telefono movil en la adolescencia en la Comunidad Valenciana*. Proyecto de Investigacion no publicado financiado por la Fundacion para el Estudio, Prevencion y Asistencia a las Drogo dependencias (FEPAD).

Chòliz, M., Vilianueva, M. C., Tejero, P. (2008). Abuse and dependence test on mobi le phone. XXIX International Congress of Psychology. Berlin, 20-25 de Julio de 2008.

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

Clarke D. (2004). Impulsiveness, locus of control, motivation and problem gambling. *J Gambl Stud* 2004; 20: 319-45.

Clerici, M. (1993). *Tossicodipendenza e psicopatologia*. Franco Angeli, Milano.

Clerici, M., Bertolotti Ricotti, P., Malagoli, M. (2000). Epidemiologia e diagnosi della comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze. Un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali. *I Quaderni di Itaca*, 6, pp. 40-55.

Cloninger CR. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-88.

Cloninger CR. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.

Cohen, J. (1972). *Psychological Probability or the Art of Doubt*. Allen & Unwin, London.

Cornish, D.B. (1978). *Gambling: a review of the literature and its implications for policy and research*, HMSO, London.

Coventry, K.R., Brown, I.F. (1993). Sensation seeking and gambling addictions. *Addiction*, 88, pp. 541-554.

Christo, S., Baiocco, R. et al., (2009). Shorter Promise Questionnaire- SPQ.

Croce, M. (1993). Postfazione. Tossicomanie e gioco d'azzardo: quando la sfida diventa passione. *Dickerson, M.G., La Dipendenza da gioco*. Gruppo Abele, Torino.

Croce, M.(1996). Riflessioni su gioco d'azzardo e tossicomanie. *Atti della seconda Conferenza Europea ERIT*, Parigi.

Croce, M. (1998a). Perché il gioco d'azzardo può interessare gli studiosi delle tossicomanie. *Atti della terza Conferenza Europea degli operatori delle tossicodipendenze. Droghe e crisi delle società europee. Rivedere la qualità degli interventi*, Rastignano, 5-7 febbraio. Copy Center, Reggio Emilia, pp. 156-160.

Croce, M. (1998b). *Il gioco d'azzardo*. In Rigliano, P. (a cura di), *In-dipendenze*. Gruppo Abele, Torino.

Croce, M. (2000). *Risico ergo sum*. *Animazione Sociale*, 11, pp. 32-39.

Croce, M. (2001a). Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono. *Personalità/Dipendenze*, 2, pp. 225-242.

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

Croce, M. (2002). La diversa addittività dei giochi ed i meccanismi psicologici del giocatore. *Personalità/Dipendenze*, 3, pp. 342-343.

Croce, M. (2003a). Le difficoltà nel riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze. *Personalità/Dipendenze*, 9, pp. 43-53.

Croce, M. (2003b). La clinica del gioco patologico. Diagnosi e trattamento. Nizzoli, U., Pissacroia, M. (a cura di), *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin, Padova.

Croce, M., Zerbetto, R. (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Il fenomeno, la clinica, la possibilità di intervento. Franco Angeli, Milano.

Croce, M. (2006). È possibile prevenire o ridurre i danni del gioco d'azzardo? In Lavanco, G., Varveri, L. (a cura di), *Psicologia del gioco d'azzardo e delle scommesse*. Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi, pp. 139-151. Roma: Carocci Ed.

Custer, R.L. (1982). *Pathological gambling*, in Whitfield, A. (a cura di), *Patients with Alcoholism and Other Drug Problems*, Year Book Publishers, New York.

Custer, R.L.- Custer, L.F. (1978). *Characteristics of the recovering compulsive gambler: a survey of 150 members of Gamblers Anonymous*, paper presentato alla V Conferenza annual sul gioco d'azzardo, Nevada.

Dal Lago, A., Quadrelli, E. (2003). *La città e le ombre*. Crimini, criminali, cittadini. Feltrinelli, Milano.

D'Andrea, G., Di Cristina, A., Lipari, A., Picone, F., Scardina, S., Spinnato, G. (2004). La sostanza della dipendenza: il gioco d'azzardo e l'approccio sistemico. *Personalità/Dipendenze*, 12, pp. 135-144.

- Dickerson, M.G. (1993). *La dipendenza da gioco*. Gruppo Abele, Torino.
- Dickerson, M.G., Baron, E. (2000). Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling. *Addictions*, 95, 8, pp. 1145-1159.
- Dickerson, M.G., Ninchy, J. (1988). The prevalence of excessive and pathological gambling in Australian. *Journal of Gambling Behaviour*, 4, pp. 135-151.
- Dostoevskij, F. (1866). *Il giocatore*. Garzanti libri.
- Elman I, Becerra L, Tschibelu E, Yamamoto R, George E, Borsook D., (2012). Yohimbine-induced amygdala activation in pathological gamblers: *a pilot study*. *PLoS One*; 7(2):e31118.
- Engel, GL. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fernandez-Montalvo J, Echeburua E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *J Pers Disord*; 18: 500-5.
- Fiasco, M. (2001). Aspetti sociologici, economici e rischio di criminalità. M. Croce e R. Zerbetto (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento, pp. 327-340. Milano: Franco Angeli.
- Fink, E. (1969). *Il gioco come simbolo del mondo*. Lerici editore - collana "discorsività" n. 6, diretta da Nanni Cagnone.
- Fisher, S. E. (1996). Gambling and problem gambling among casino patrons. *Report to the British Casino Industry Consortium*.

Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt impulsiveness Scale- 11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57, pp. 815-828.

Freud, S. (1927). *Dostoevskij e il parricidio*. Tr. It. In *Opere*, vol. 10. Boringhieri, Torino 1978.

Fulcheri, Mario (2005). *Attuali frontiere della psicologia clinica*.

Gambino, B. (2006). A comment on the utility of prevalence estimates of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, pp. 322-328.

Gerra, G., Frati, F. (2000). La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcolisti. *Personalità/Dipendenze*, 6, pp. 73-87.

Gerstein, D.R. (2006). Us National Gambling Impact and Behavior Study. *AGRI FIFTH Annual Conference, the Banf Center*, 21 Aprile.

Gonzalez-Ibanez, A. (1994). Características psicológicas y conductuales de los jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. *Tesi di dottorato, Universidad de Barcelona*.

Gonzalez-Ibanez, A. (2001). *Esperienze di valutazione sui trattamenti*. Tr. It. In Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di) *Il gioco e l'azzardo*. Franco Angeli, Milano.

Gonzalez-Ibanez, A., Aymamì Sanromà, M.N., Jimenez-Murcia, S., Parada, R., Domènech, J.M., Granero, R., Vallejo, J. (1997). Assessment and cognitive-behavioural treatment of slot-machine pathological gamblers. *Relazione presentata al X International Conference on Gambling and Risk-Taking, Montréal*.

- Gonzalez-Ibanez, A., Mercadè, P.V., Aymami Sanroma, M.N., Pastor Cordero, C. (1992). Clinical and behavioural evaluation of pathological gambling in Barcelona. *Journal of Gambling Studies*, 8, pp. 299-310.
- Grant, J.E. (2004). Dissociative symptoms in kleptomania. *Psychological Report*, 94, pp. 77-82.
- Grant, J.E., Kim, S.W. (2003). Dissociative symptoms in pathological gambling. *Psychopathology*, 36, pp. 200-203.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., (2010). *Il gioco d'azzardo patologico*. Una guida al trattamento. Edizione Italiana (a cura di) Clerici, M. Gruppo Abele.
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths, M. D. (2009). The Use of Online Methodologies in Data Collection for Gambling and Gaming Addictions. Pubblicato online 8 aprile 2009. *Int J Ment Health Addiction* (2010) 8:8–20.
- Guerreschi C. (2000). *Giocati dal gioco*. Milano: San Paolo.
- Hollander, E., Wong, C.M. (1995). Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, pp. 7-12.
- Iliceto P., Fino E. (2014): La Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I): Uno strumento valido nell'assessment di cognizioni relative al gioco d'azzardo nella popolazione italiana. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20:71-77.
- Iliceto P., Fino E., Cammarota C., Giovani E., Petrucci F., Desimoni M., Sabatello U., Candilera G., Oei T.P. (2015): Factor Structure and Psychometric Properties of the Italian

Version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). *Journal of Gambling Studies*, 31:225-242.

Johnson L., Mayer K. J., Champaner E. (2004). "Casino Atmospherics from a Customer 's Perspective : A Re-Examination Abstract"

Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC., (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry Jun 1*;49(11):914-21.

Kim SW, Grant JE. (2010). Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychia- try Res*; 104: 205-12.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2000). *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*. Tr. It. Centro scientifico editore, Torino 2003.

Ladouceur, R., Wolker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. Salkovskis, P.M. (a cura di), *Trend in cognitive terapy. Wiley, Oxford*, pp. 89-120.

Lavanco, G., Croce, M. (2008). *Psicologia delle dipendenze sociali*. Mondo intero e comunità. McGraw-Hill Milano.

Lavanco, G., Varveri, L. (2006). *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*. McGraw-Hill, Milano.

Le Bon O, Basiaux P, Streel E, et al. (2014). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug Alcohol Depend*; 73: 175-82.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77-95.

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

Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991 a). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British journal of Addiction*, 86,8, pp.1017-1028.

Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991 b). When Lady Luck loses. The female pathological gambler. *VAN DER BERGH, N., Feminist perspectives on Addictions*. Springer Publications, New York, NY.

Lightsey, O. R., Jr., & Hulsey, C. D. (2002). Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 202–211.

Maddux J. F., Desmond D. P. (2000). Addiction or dependence? *Addiction*, 95 (5), 661-665.

Martinotti, G., Stavros Hatzigiakoumis, D., Janiri, L. (2010). *Alessitimia e Dipendenze patologiche*. Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma, pp. 191-209.

McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1998). *Pathological gambling*. Howells, J.G. (a cura di), *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. Brunner/Mazel Publishers, New York, NY.

National Opinion Research Center (1999). *Gambling impact and behavior study. Report to the National Gambling Impact Study Commission, 1 aprile 1999*. University of Chicago.

Olson, D.H., Russell, C.S. and Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22, 69–83.

Olson D.H., & Barnes, H. (2004). “Family Communication, in FACES IV Package”, disponibile sul sito www.facesiv.com

Olson D.H. (2011). FACES IV and the Circumplex model: Validation Study. *Journal of Marital and family Therapy*, 3(1), 64-80.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1980). ICD: Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche. Milano: Masson.

Palmonari A. (2001). *Gli adolescenti.* Il Mulino, Bologna.

Petry, N.M., (2002). A comparison of young, Middle age, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*, 42, pp. 92-99.

Petry, N.M., (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, pp. 645-655.

Petry, N.M., Stinson, F.S., Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, pp. 564-574.

Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, Fulbright RK, Lacadie CM, Wilber MK, et al., (2003). Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* Aug;60(8):828-36.

Potenza, M.N., Steinberg, M.A., McLaughlin, S.D., Wu, R., Rounsaville, B.J., O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 1500-1505.

Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1982). Effects of public and private self-awareness on deindividuation and aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), 503-513.

Young KS. (2009). Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery. New York: John Wiley & Sons.

Raylu, N., Oei P. S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. Validazione italiana, Iliceto, Fino, Cammarota et. al. (2013).

Reuter J, Raedler T, Rose M, Hand I, Glascher J, Buchel C., (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat Neurosci* 2005 Feb;8(2):147-8.

Roy, A., Custer, R., Lorenz, V., Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, pp. 163-165.

Scardina, S., Lipari, A., Picone, F. (2006). *Quando i servizi si mettono in gioco*. L'ambulatorio interdistrettuale specialistico per il gioco d'azzardo patologico all'interno di un Ser.T. Relazione presentata al Congresso "A carte scoperte. Prevenire il gioco d'azzardo e le Nuove Dipendenze. Palermo, 9-11 Novembre.

Shaffer, H.J. (1996). Understanding the means and objects of addiction. Technology, the Internet, and gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, pp.461-469.

Shaffer, H.J., Hall, M.N., Vanderbilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, pp. 1369-1376.

Sharpe, L., Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, pp. 407-412.

Specker SM, Carlson GA, Edmonson KM, Johnson PE, Marcotte M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *J Gambl Stud*, 12: 67-81.

Steel, Z. Blaszczynski, A. (2008). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*; 93: 895-905.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 991-9.

Suler, J. (2007). *The Psychology of Avatars and Graphical Space in Multimedia Chat Communities. A Study of The Palace.*

www.rider.edu/suler/psyber/html

Tanabe J, Thompson L, Claus E, Dalwani M, Hutchison K, Banich MT., (2007). *Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and non gambling substance users during decision-making. Hum Brain Mapp*, Dec;28(12):1276-86.

Tang, J., Yu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhang, D., & Wang, J. (2014). Prevalence of Internet addiction and its association with stressful life events and psychological symptoms among adolescent Internet users. *Addictive Behaviors*, 39, 744–747.

Toneatto, T. (1999): Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse*, 34, 1593–1604.

- Tonioni F. (n.d.). Quando Internet diventa una droga. Tori- no: Einaudi Editore 2011.
- Tversky A., Kahneman D. (1992). Advances in Prospect Theory: Cumulative Representation of Uncertainty, *Journal of Risk and Uncertainty*, 5:297-323.
- Tversky A., Kahneman D. (1981). The Framing of Decision and the Psychology of Choice, *Science*, Vol. 211, January.
- Vinciguerra, R., Federico, V., Varveri, L. e Lavanco, G. (2005). *Giocarsi il disagio. Giovani e Videopoker*. In G. Lavanco e C. Novara (a cura di) Marginaglia. *Psicologia di comunità e ricerche-intervento sul disagio giovanile*, pp. 202-2016. Milano: Franco Angeli.
- Walsh, S. P., White, K. M., Young, R. M. (2010). *Needing to connect: The effect of self and others on young people's involvement with their mobile phones*. *Australian Journal of Psychology*; 62:194-203.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Fulkerson, J. (1993a). Toward the development of an adolescent problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.
- Xavier., J. (2013). La nomophobia: la paura di rimanere senza cellulare. <http://psicologia.doctissimo.it/disturbi-psicologici/fobie/nomofobia.html>
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking*. Beyond the optimal level of arousal. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Zuckerman M. (1974). The sensation seeking motive. In: Maher BA (ed). *Progress in experimental personality research*. New York: Academic Press.
- Zola, I.K. (1964). *Observations on gambling in a lower-class setting*. H.S. Becker (ed.), *Outsiders. Perspectives on Deviance* pp. 124-147.

SITOGRAFIA

www.cedostar.it

www.conagga.it

www.giocaresponsabile.it

www.norc.org

www.caspur.it

www.codacons.it

www.libera.it

www.miur.it

www.politicheantidroga.it

www.mayoclinic.com/health/compulsive-sexual-behavior/DS00144

<http://www.toninocantelmi.it>