

## Il gioco d'azzardo patologico

DANIELE LA BARBERA, CATERINA LA CASCIA

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 129-138

### RIASSUNTO

Il gioco d'azzardo rappresenta la più antica e studiata tra le dipendenze senza droga. Presente sin dalle epoche più antiche, negli anni è stato oggetto di numerose ricerche e di svariati modelli interpretativi (di matrice neurobiologica, psicodinamica, ecc.) rivolti alla conoscenza del gioco – anche nella sua variante tecnologica – come dipendenza comportamentale (con le caratteristiche condizioni di *craving*, tolleranza, assuefazione, astinenza), all'eziopatogenesi, alla comprensione della personalità del giocatore, con attenzione al giocatore adolescente. Vengono proposti, in particolare, l'inquadramento diagnostico del DSM IV, alcuni spunti interpretativi di matrice psicodinamica, il modello di Robert Custer, nonché alcuni tra gli studi più importanti condotti sull'argomento quali sono gli studi di Blaszczynski e Nower.

*Parole chiave:* gioco d'azzardo, *gambling*, dipendenza, modelli interpretativi.

### SUMMARY

Gambling is a very common and harmless activity for most people; but it can become a problematic or even a pathological condition. Epidemiological data and pathway models about aetiology and gambler personality are discussed as well as studies about the risk regarding teen-agers gambling and gambling online. Particularly we have focused DSM IV approach, psychodynamic model and the "evergreen" Robert Custer Model.

*Key words:* pathological gambling, addiction, dependence, pathway model.

## CENNI STORICI

Il gioco rappresenta una dimensione fondamentale dell'esistenza umana. Esso, infatti, è presente sin dalle prime fasi di vita e, seguendo l'evoluzione dell'individuo, attraversa diversi passaggi ed assume diversi ruoli e caratteristiche. In ogni caso esso costituisce come scrive Fink una vera "oasi della gioia"<sup>1</sup>, luogo di evasione, di affrancamento dalle tensioni psichiche e di "rifugio della mente"<sup>2</sup>. Il gioco d'azzardo, in particolare, rappresenta sin da tempi remoti una importante forma di intrattenimento e di socializzazione, come anche di strumento profetico, identificato dalle popolazioni primitive come attività divinatoria attuata per presagire il futuro<sup>3,4</sup>. Le prime pratiche risalgono, infatti, al 3600 AC alle popolazioni degli Assiri e dei Sumeri, e se ne trova traccia anche nei testi del Vecchio e del Nuovo Testamento<sup>5</sup>.

## LA DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è un fenomeno in diffusione crescente in tutto il mondo, le cui cause vanno rintracciate in fattori di ordine biologico, psicologico, sociale, ma anche culturale ed economico. Secondo dati dell'Eurispes gli scommettitori nel 1995 erano circa 30 milioni nelle varie categorie di giochi in Italia (ad esclusione delle attività dei casinò e dei circoli privati, nonché del gioco clandestino). A distanza di oltre dieci anni, in Italia il gioco sembra coinvolgere sino al 70-80% della popolazione italiana<sup>6</sup>. Secondo la Mazzocchi il 3% della popolazione italiana sembra essere affetta da GAP, ossia circa 750 mila persone<sup>7</sup>. Uno studio condotto dalla SII.Pa.C. (Società Italiana di Intervento per le Patologie Compulsive) conferma i dati presentati dalla Mazzocchi sulla diffusione del fenomeno in Italia, indicando che l'85% dei giocatori è costituito da uomini e di questi il 51% ha un'età compresa tra i 40 e i 50 anni; il 22% tra i 50 e i 60 anni ed il 65% ha più di 60 anni<sup>7,8</sup>. Infine, la diffusione del fenomeno sembra crescere in modo esponenziale negli adolescenti, più precocemente tra i maschi che tra le femmine<sup>9</sup>.

## TIPOLOGIE DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Non è esagerato sostenere oggi che ogni gioco è potenzialmente d'azzardo. È, infatti, noto che l'uomo può tendere ad instaurare un rapporto additivo con qualsiasi situazione capace di procurargli piacere e gratificazione. Tuttavia, tipicamente, il GAP è determinato dalla condotta reiterata e continuativa di alcuni giochi. Questi possono essere suddivisi in: 1) giochi dalla vincita immediata (per es. gratta e vinci, slot machine, videopoker, bingo); 2) giochi che prevedono un più prolungato tempo di attesa (per es. lotterie, poker, scacchi, totocalcio); oppure, ancora, in base al ruolo svolto dal giocatore, 1) ad un estremo si pongono i giochi nei quali il giocatore ha un ruolo attivo (per es. poker, scacchi), 2) all'altro i giochi nei quali la sorte del giocatore

dipende esclusivamente dall'elemento fortuna (gratta e vinci, bingo, lotterie). Infine possono essere differenziati i giochi *hard* e i giochi *soft*, in base alla quantità di tempo che intercorre tra la giocata e l'esito; alla facilità di accesso di gioco; alla possibilità di ripetere la giocata (e quindi di inseguire la vittoria e la possibilità di "rifarsi"), alla possibilità di giocare senza discontinuità<sup>10</sup>. I giochi a riscossione immediata sembrano essere a maggiore rischio di *addiction* a causa della sensazione di eccitazione immediata, intensa e brevissima, determinata dall'attesa del risultato e che spinge il giocatore a volere sperimentarla nuovamente subito dopo<sup>11</sup>. In modo analogo appaiono fortemente "a rischio" i giochi in cui prevale il fattore fortuna, nei quali i giocatori inseguono la vincita spinti dal convincimento magico che prima o poi "la fortuna girerà"<sup>12</sup>. Secondo la SII.Pa.C., infatti, tra i giochi che provocano dipendenza, il 51% è costituito dai videopoker (ormai fuori-legge dal 2004), seguiti dalle scommesse sui cavalli, dal Lotto, dal SuperEnalotto e dai Casinò<sup>8</sup>. L'insorgenza del disturbo non è riferibile ad una esclusiva fascia d'età né ad un sesso; tuttavia, in linee generali, l'adolescenza è vista come una fase di maggiore "vulnerabilità" e il sesso maschile come quello a maggiore rischio<sup>13,14</sup>.

Tra i due sessi, inoltre, esistono diversità nell'eziologia del disturbo: se, da un lato, il GAP rappresenta per la donna la via di fuga da situazioni dolorose (relazioni conflittuali, delusioni affettive, ecc.), dall'altro, l'uomo, invece, gioca per "sentirsi vivo, in azione", alla ricerca dell'eccitazione, del piacere o di guadagni facili e veloci<sup>15,16</sup>. Infine, il *gambling* patologico si può presentare con maggiore frequenza in soggetti che abusano sia di alcol che di sostanze stupefacenti piuttosto che nella popolazione generale, con una prevalenza nei soggetti di sesso maschile, appartenenti a famiglie in cui un genitore o un fratello era un giocatore patologico<sup>17</sup>.

## DEFINIZIONI DI GIOCO D'AZZARDO

La lunga storia del gioco, la sua eterogeneità, le sue diverse finalità, hanno fatto sì che negli anni esso venisse definito ed etichettato in modi svariati. Attualmente, il gioco d'azzardo è definito, dalla maggior parte degli autori, come GAP<sup>18-21</sup>. Negli anni passati, invece, le definizioni sono state diverse, come numerosi sono stati i ricercatori che hanno studiato e trattato il tema del gioco, utilizzando in modo interscambiabile ora il termine di "giocatore compulsivo" ora di "giocatore patologico". Negli anni '70, Moran sottolineò la necessità di definire il *gambling* patologico, poiché la parola compulsione portava in sé il concetto di egodistonia mentre, secondo l'autore, il gioco ha, per la maggior parte dei giocatori, il carattere dell'egosintonia<sup>22</sup>. Più recentemente, al termine patologico sono stati affiancati termini quali: giocatore "problematico", "a rischio", "eccessivo". Secondo Abbott e Volberg, la valutazione di "eccessivo" o "normale" si basa sul tempo trascorso, sui costi sostenuti e sul numero delle volte in cui il giocatore si reca a giocare<sup>23</sup>. Nel 1994 Shaffer propone la classificazione del giocatore in: non patologico, in transizione, patologico<sup>24</sup>; nel 1998 Gupta e Derevensky distinguono il gioca-



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 129-138

tore in: sociale, problematico, patologico<sup>25</sup>. La Victorian Casino & Gaming Authority parla di *gambling* patologico, e la “patologia” della condotta di gioco risiede sulle conseguenze della stessa sul giocatore, sulla sua famiglia o sulla comunità d'appartenenza<sup>26</sup>. In ogni classificazione è, tuttavia, presente il limite di utilizzare uno solo, o un numero molto limitato, di criteri ed il rischio che si corre è che vengano inclusi sotto la denominazione di giocatori patologici anche soggetti che, tutto al più, possono essere definiti come giocatori problematici o come soggetti con problemi di gioco<sup>27</sup>.

Il tentativo di individuare criteri certi e oggettivi per diagnosticare il disturbo da GAP viene compiuto dall'American Psychiatric Association che nel 1994 propone la classificazione ancora oggi più comunemente utilizzata<sup>28</sup>.

## IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEL DSM

Le edizioni I (1952) e II (1968) del Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali ignoravano totalmente il GAP; è solo nell'edizione del 1980 che il GAP ha ricevuto un inquadramento diagnostico insieme agli altri disturbi psichiatrici<sup>28</sup>.

Nella sua attuale veste, il DSM IV-TR inserisce il gioco d'azzardo nella categoria: “disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati”, insieme alla piromania, alla cleptomania, al disturbo esplosivo intermittente, alla tricotillomania e al disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.

L'American Psychiatric Association sceglie di inserire il GAP nella categoria “disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove”<sup>28</sup>, privilegiandone gli aspetti relativi all'impossibilità di controllare la spinta verso il gioco e l'assenza di considerazione per le conseguenze. Secondo la classificazione del Manuale, perché sia diagnosticato il disturbo, devono verificarsi entrambi i criteri A e B e, all'interno del criterio A, almeno 5 sottocriteri (tabella I).

## IL GIOCO D'AZZARDO: UNA DIPENDENZA SENZA DROGA

A partire dagli anni 90 il *gambling* è stato inserito nel gruppo delle “dipendenze senza droghe”, ossia quel vasto gruppo di condotte additive connesse a situazioni di per se stesse non dannose (per es. lo sport, il sesso, l'uso delle nuove tecnologie) che in alcuni soggetti arrivano ad assumere le caratteristiche della dipendenza. Tale indirizzo è, in qualche modo, rintracciabile anche nei criteri diagnostici per GAP proposti dall'APA, quasi interamente utilizzabili anche per la diagnosi di dipendenza da sostanze, ad eccezione del criterio n. 6 “dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite)”<sup>29</sup>. Da questo punto di vista, il giocatore d'azzardo patologico è un tossicomane, che vive i momenti *high* connessi alla giocata (con sensazione di attivazione ed euforia) come il cocainomane quando assume la sostanza, i momenti *down* tra una giocata e l'altra (con sintomi depressivi e ansiosi, disforia, irritabilità) come il tossicomane tra un'assunzione e l'altra. Si presentano, inoltre, le situazioni tipi-



**Tabella I. Criteri del DSM IV.**

**Criterio A.**

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

1. è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
3. ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo;
4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rin-correndo le proprie perdite);
7. mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

**Criterio B.**

Il comportamento d'azzardo non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale.

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 129-138

che delle condotte tossicomane tradizionali – quali il *craving*, l'assuefazione e l'astinenza –, pensieri intrusivi ed egodistonici, perdita del controllo, incapacità di limitare l'attività, tendenza a protrarre la condotta nonostante le conseguenze.

## MODELLI INTERPRETATIVI

Le prime interpretazioni ad indirizzo psicologico del gioco d'azzardo risalgono agli anni '20 del secolo scorso. Nel 1927 Freud, nel saggio "Dostoevskij e il parricidio", descrive lo scrittore come affetto da "*gambling* compulsivo" insorto, secondo l'interpretazione del padre della Psicoanalisi, a seguito degli eventi traumatici vissuti, ed in particolare della morte del padre, e

vista da Dostoevskij non come mezzo per procurarsi denaro ma come forma di distrazione, che assume la forma di una vera e propria dipendenza<sup>30</sup>.

Un paio di decenni dopo, Otto Fenichel cataloga come secondo tipo di “nevrosi impulsiva” quello delle “tossicomane senza droghe”; tra queste, inserisce la bulimia e il gioco patologico nello scritto “Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi” del 1945<sup>31</sup>.

Negli stessi anni, Huinziga cita Frobenius che, in sintonia con la visione di Freud, ritiene che l’impulso al gioco (*Spieltrieb*) sia governato non da un principio di utilità ma dal “sentimento di essere afferrati (*Ergriffenheit*), da un meccanismo misterioso per il quale le leggi che governano l’universo si rispecchiano, anche ad insaputa del soggetto, nella gestualità ripetitiva, ma ricca di varianti, riproposta dallo schema di gioco”<sup>32</sup>.

Bergler<sup>33</sup>, alcuni anni dopo, rintraccia nel gioco una forma di regressione orale che porta ad una forma di “nevrosi di base”, in cui il soggetto tenta di sostituire lo sconforto legato alla realtà con un impulso verso il piacere. Il giocatore finisce con il non riuscire a controllarsi e con il divenire un oggetto. “È il fatto che il giocatore preferisce essere l’oggetto, e non il soggetto dello schema di gioco, a dimostrare le tendenze passive fortemente radicate”<sup>33</sup>.

Negli anni ’70, Rosenthal, in una prospettiva psicorelazionale, interpreta il *gambling* come una “fuga dall’intimità, una via per negare sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa”<sup>34</sup>.

Gli anni ’80, invece, vedono la nascita dei primi studi scientifici condotti sul GAP. I primi furono condotti da Robert Custer. L’autore giunge a tracciare il profilo di sei tipologie diverse di giocatore e a descrivere l’escalation del giocatore come una “carriera”<sup>35,36</sup> tossicomantica caratterizzata da tre fasi: la fase vincente, la fase perdente e la fase della disperazione.

Il merito dell’autore è quello di avere contestualizzato il gioco d’azzardo, non considerandolo avulso dal resto della vita del giocatore e dalla sua personalità. Secondo Custer, ogni giocatore ha, infatti, una finalità peculiare che lo spinge al gioco, in virtù della quale la forma di *gambling* è differente. Individua le seguenti tipologie di giocatore<sup>35</sup>:

- ◆ il giocatore professionista: fa del gioco una professione; preferisce i giochi ad alta competizione e riesce a mantenere il controllo sulla condotta;
- ◆ il giocatore antisociale: bara al gioco; predilige i giochi illegali e, quando partecipa a giochi leciti, lo fa senza rispettare le regole;
- ◆ il giocatore sociale casuale: definito anche giocatore sociale adeguato, non si lascia assorbire dal gioco; usa il gioco come strumento di socializzazione e di svago momentaneo;
- ◆ il giocatore sociale severo: il gioco è la principale fonte di divertimento e rappresenta l’hobby preferito; esso, tuttavia, non interferisce con l’attività lavorativa del giocatore né con i rapporti familiari;
- ◆ il giocatore nevrotico: il gioco è un antidoto alla noia, all’ansia, alla depressione e alla bassa autostima; il giocatore nevrotico è definito come inadeguato, compulsivo ma non dipendente;

- ◆ il giocatore compulsivo: il gioco è l'elemento centrale della vita; il giocatore non ha più il controllo su di sé; il lavoro, la famiglia e tutti gli altri interessi sembrano svanire dalla mente del giocatore che impiega tutte le proprie energie e risorse per il gioco: è il giocatore d'azzardo patologico. Custer applica a quest'ultima categoria il modello della "carriera" del giocatore<sup>36</sup>.

La prima fase (della vincita) è di idillio; inizia spesso con una grossa vincita e determina forti emozioni di piacere, la sensazione di onnipotenza e grandezza, l'innalzamento dell'autostima ed il sentimento di invincibilità. Il giocatore inizia ad intensificare l'attività, riducendo i tempi tra una giocata e l'altra e investendo sempre più denaro. Inizia a perdere il controllo sul gioco.

Secondo Lesieur è caratteristica di questa condizione la "ricerca di azione", opposta alla "ricerca di fuga" tipica del giocatore nevrotico<sup>35,16</sup>. Nella seconda fase (della perdita) il gioco è diventato droga. Il giocatore trascorre tutto il proprio tempo giocando, i suoi pensieri sono rivolti a cosa giocare e a come reperire il denaro per farlo; contrae debiti, ruba ai familiari, chiede prestiti ad amici e parenti, si assenta dal lavoro. Si presentano i primi sintomi di malessere: depressione, ansia, insonnia, disforia, irritabilità. Con una forma di pensiero magico, il *gambler* continua a giocare convinto che prima o poi potrà rifarsi e investe quote sempre più ingenti di denaro. In tal modo risolve il proprio umore e il livello di autostima. È ormai innescato il circuito dell'inseguimento della vincita; il giocatore continua a perdere nel tentativo di vincere (*chasing*). Terza fase (della disperazione): il giocatore, dopo la fase della negazione, acquisisce la consapevolezza di avere un problema. I sintomi di malessere si acutizzano. Il ricorso all'abuso di alcol e droghe è frequente ed il rischio suicidario elevato. Il soggetto può ritrovarsi in una condizione di totale disperazione e di solitudine; colpevolizzato o abbandonato dai familiari; non raramente con problemi legali, senza lavoro e con debiti che non riesce a saldare. A partire da questo momento, il giocatore può continuare la propria condotta tossicomantica o può iniziare la lenta e difficile fase della risalita.

A partire dalla fine degli anni '90, Blaszczynski e Nower, seguendo una impostazione biopsicosociale, propongono un modello teorico che delinea la presenza di tre distinte *pathways* che conducono allo sviluppo di differenti sottogruppi di *gambling* patologico<sup>27</sup>.

Gli autori ritengono concettualmente sbagliato tentare di applicare lo stesso modello interpretativo a tutti i giocatori poiché, sebbene possano apparire simili, l'eziologia del disturbo risiede su basi differenti: precise configurazioni biologiche<sup>37,38</sup>, diverse caratteristiche di personalità<sup>39,40</sup>, peculiari storie di vita. In ogni sottotipo una componente prevale sulle altre ed è alla base dello sviluppo del disturbo. I soggetti del primo gruppo sviluppano il *gambling* patologico perché suscettibili del "condizionamento dall'esterno"; si tratta di soggetti coinvolti dal gioco, alla ricerca della vincita, che possono sviluppare sintomi ansiosi e/o depressivi. Questi sintomi non sono la causa del disturbo, ma una conseguenza del gioco d'azzardo. Questo tipo di *gambling* può insorgere a qualsiasi età e verificarsi a seguito dell'esposizione al gioco, anche non diretta (vedere giocare un familiare o un amico). Si tratta, comunque, del tipo meno grave di disturbo, che gli autori pongono al livello più basso di un continuum di gravità e che ha la migliore prognosi. Il secondo tipo rappresenta



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 129-138

i giocatori spinti da “bisogni emotivi”; alle caratteristiche dei soggetti del primo gruppo si aggiungono la presenza di una personalità premorbosa caratterizzata da ansia, depressione, scarse capacità di coping e di problem-solving, nonché difficili storie familiari ed eventi di vita problematici. Il gioco rappresenta la via di fuga emotiva dalla condizione di vita. È un tipo di *gambling* più problematico, la cui prognosi è resa più grave dalle caratteristiche di personalità più che dall’entità del gioco d’azzardo. Infine, l’ultima categoria di *gamblers* è quella dei giocatori “impulsivi-antisociali”. Al di là degli elementi presenti nei primi due tipi, tale gruppo è caratterizzato da una base di vulnerabilità biologica, da personalità con tratti antisociali, da disturbi del controllo degli impulsi, da deficit dell’attenzione. Sono soggetti esposti anche al rischio di abuso di sostanze e di attuare comportamenti illegali, con povere relazioni interpersonali e storie di *gambling* in famiglia. L’età di insorgenza del GAP è piuttosto precoce, ha una escalation molto rapida e può facilmente portare il soggetto a comportamenti antisociali (furti, atti di violenza). La possibilità che il disturbo si estingua è molto bassa, sia per le caratteristiche sintomatologiche sia per la scarsa compliance a qualsiasi forma di intervento.

## IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO ONLINE

A partire dagli anni '90 del secolo scorso, la diffusione del gioco d’azzardo online è aumentata all’aumentare della diffusione della Rete. Basti pensare che, secondo alcuni dati della *Committee on Treatment Services for Addicted Patients* dell’APA, nel 1997 circa 6,9 milioni di persone erano potenziali internet *gamblers*, un anno dopo erano 14,5 milioni e i siti dedicati al gioco d’azzardo erano oltre 1300<sup>41</sup>.

Le ragioni del fenomeno sono tante: il *gambling* online consente l’anonimato; può essere nascosto agli occhi dei familiari; è sottratto ai limiti temporali e spaziali. Inoltre l’utilizzo della carta di credito consente di giocare ingenti somme di denaro senza averne piena consapevolezza e la rapidità del gioco determina un circuito di *reward* che si estingue velocemente spingendo, quindi, il giocatore a reiterare la condotta.

Uno studio pubblicato nel 2007 da Griffiths e Barnes<sup>42</sup> 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; 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<sup>10</sup>, 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, depressione e rischio suicidario. Infine, la precocità dell'insorgenza del disturbo fa sì che il gioco si radichi come elemento strutturale della personalità in via di sviluppo; ciò comporta che la personalità adulta di questi giovani giocatori patologici sarà fondata sul gioco e gli eventuali tentativi di estinguere la condotta comporteranno il dover rivedere tutta la struttura di personalità del giocatore; con il rischio di andare incontro all'ulteriore insorgenza di disturbi psichici, soprattutto dello spettro del tono dell'umore (depressione maggiore) e a importante rischio suicidario.

## CONCLUSIONI

Sebbene il gioco d'azzardo sia una pratica antica, mai come nell'epoca attuale è arrivato a rappresentare un disturbo psichiatrico *tout court*. La maggior parte dei giocatori non ha problemi con il gioco, ma un'ampia parte sviluppa, senza averne la minima consapevolezza, un *gambling* problematico e una crescente percentuale tra questi diventa un giocatore d'azzardo patologico. La cultura del gioco e la sottostima del problema fa sì che non tutti abbiano *insight* sul problema sia che esso riguardi l'individuo stesso, un familiare o un amico. Soprattutto gli adolescenti sembrano essere particolarmente a rischio per lo sviluppo del GAP, ed in particolare di quello condotto online; ciò richiederebbe la promozione di programmi di prevenzione educativi sulle insidie del gioco e sui rischi che esso può comportare. Infine oggi non si può trascurare il notevole indotto criminogeno e antisociale che il GAP può determinare, costituendo spesso uno dei problemi più gravi che il giocatore d'azzardo patologico può trovarsi ad affrontare.

## Bibliografia

1. Fink E. Oasi della gioia. Idee per una ontologia del gioco. Salerno: 10/17 Cooperativa Ed.; 1987: p. 27.
2. Steiner J. Psychic retreats. Pathological organisations. In: Psychotic, neurotic and borderline Patients. The New Library of Psychoanalysis. London: Routledge; 1996.
3. Cohen J. Psychological probability or the art of doubt. London: Allen e Unwin; 1972.
4. Luppino OI. Introduzione al fenomeno del gioco d'azzardo. SRM Psicologia Rivista ([www.psyreview.org](http://www.psyreview.org)). Roma; 18 gennaio 2006.
5. Packel E. Matematica dei giochi e dell'azzardo. Bologna: Zanichelli; 1988: p. 1.
6. [www.eurispes.it](http://www.eurispes.it).
7. Mazzocchi S. Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere dei giocatori estremi. Milano: Baldini Castoldi Dalai Editore; 2005.
8. [www.siipac.it](http://www.siipac.it)
9. Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. Adolescenti e nuove dipendenze. Roma-Bari: Laterza; 2006.
10. Croce M. Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono. Personalità/Dipendenze 2001; II: 225-42.
11. Garau L. Storia, neurofisiologia, diagnosi e trattamento del gambling. It J Addiction 1998; 29-39.
12. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 129-138

13. Lesieur HR, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addict* 1988; 3: 765-71.
14. Griffiths M, Wood RTA. Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. *J Gambl Stud* 2000; 16: 199-225.
15. Lesieur HR, Blume SB. *When lady luck loses: women and compulsive gambling*. New York: Springer-Verlag; 1991: p 181-97.
16. Lesieur HR, Rosenthal RJ. Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *J Gambl Stud* 1991; 7: 5-39.
17. Lesieur HR, Blume SB, Zoppa RM. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res* 1986; 10: 33-8.
18. Griffiths MD. Gambling in children and adolescents. *J Gambl Stud* 1989; 5: 66-83.
19. Bergh C, Kuhlhorn E. Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. *J Gambl Stud* 1994; 10: 275-85.
20. Blaszczynski A. Pathways to pathological gambling: identifying typologies. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling* 2000; Issue 1.
21. Guerreschi C. *Il Gioco d'Azzardo Patologico, quando il divertimento diventa una malattia*. Milano: San Paolo Editore; 2000.
22. Moran E. Varieties of pathological gambling. *Br J Psychiatry* 1970; 116: 593-7.
23. Abbott MW, Volberg R. The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *J Gambl Stud* 1996; 12: 43-60.
24. Shaffer HJ, Latrie R, Scanlan KM, Cummings TM. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *J Gambl Stud* 1994; 10: 339-62.
25. Gupta R, Derevensky J. Adolescent gambling behaviour: a prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *J Gambl Stud* 1998; 14: 319-45.
26. Victorian Casino & Gaming Authority (VCGA). *Definition and incidence of pathological gambling including the socioeconomic distribution*. Melbourne: Victorian Casino & Gaming Authority; 1997.
27. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487-99.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
29. Croce M. Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d'azzardo. In: Lavanco G. *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill; 2001.
30. Freud S. Dostoevskij e il parricidio. In: Shakespeare, Ibsen e Dostoevskij. *Opere*, vol. X, Torino: Bollati Boringhieri; 1977.
31. Fenichel O. *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabio; 1951.
32. Huinzig J. *Homo ludens*. Torino: Einaudi; 1973: p 32.
33. Bergler E. *Psicologia del giocatore*. Vicenza: New Compton; 1970.
34. Rosenthal RJ. The Gambler as a case history and literary twin: Dostoevsky's false beauty and the poetics of perversity. *Psychoanal Rev* 1997; 503-616.
35. Custer RJ. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: pp 35-8.
36. Custer RL, Milt H. *When luck runs out*. New York: Facts on File; 1985.
37. Carlton PL, Goldstein L. Physiological determinants of pathological gambling. In: Galski T, ed. *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1987: p. 111-22.
38. Comings DE, Rosenthal RJ, Lesieur HR, Ruge L. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics* 1996; 6: 223-34.
39. McCormick RA, Taber JI. The pathological gambler: salient personality variables. In: Galski T, ed. *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1987: pp. 9-39.
40. Blaszczynski A. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports* 1999; 84: 107-13.
41. National Gambling Impact Study Commission. *National Gambling Impact Study Commission Report*. Washington DC, National Gambling Impact Study Commission, 1999.
42. Griffiths M, Barnes A. Internet gambling: an online empirical study among student gamblers. *Int J Ment Health Addiction* 2007; 5: 179-276.