

## INDICE

<b>INDICE.....</b>	<b>pag.1</b>
<b>1 IPNOSI.....</b>	<b>pag.2</b>
<b>1.1 TECNICHE DI INDUZIONE.....</b>	<b>pag.5</b>
<b>1.2 USO DELL'IPNOSI.....</b>	<b>pag.6</b>
<b>2. DIPENDENZE COMPORTAMENTALI.....</b>	<b>pag.7</b>
<b>2.1 STORIA DEL FENOMENO DELLE DIPENDENZE.....</b>	<b>pag.7</b>
<b>2.2 LE NUOVE DIPENDENZE.....</b>	<b>pag.16</b>
<b>2.3 IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO.....</b>	<b>pag.20</b>
<b>2.3.1 Cenni introduttivi.....</b>	<b>pag.20</b>
<b>2.3.2 Cenni storici.....</b>	<b>pag.22</b>
<b>2.3.3. Dati epidemiologici.....</b>	<b>pag.25</b>
<b>2.3.4. Eziologia.....</b>	<b>pag.25</b>
<b>2.3.5. GAP: disturbi di impulsività e compulsività.....</b>	<b>pag.27</b>
<b>2.3.6. Criteri diagnostici.....</b>	<b>pag.29</b>
<b>2.3.7. Basi neurobiologiche.....</b>	<b>pag.31</b>
<b>2.3.8. Aspetti psicodinamici.....</b>	<b>pag.33</b>
<b>2.3.9. Fattori predittivi.....</b>	<b>pag.37</b>
<b>2.3.10. Trattamento.....</b>	<b>pag.38</b>
<b>3.IPNOSI E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO.....</b>	<b>pag.40</b>
<b>4 SCOPO DELLA RICERCA.....</b>	<b>pag.42</b>
<b>5. METODOLOGIA DELLA RICERCA.....</b>	<b>pag.42</b>
<b>6 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE .....</b>	<b>pag.44</b>
<b>7. RISULTATI E DISCUSSIONE.....</b>	<b>pag.45</b>
<b>8. CONCLUSIONI.....</b>	<b>pag.47</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>pag.48</b>

## 1. L'IPNOSI

L'Ipnosi è uno stato di coscienza fisiologico, ma modificato e dinamico, che non può prescindere dal rapporto relazionale medico-paziente e si caratterizza per la creazione di un monoideismo plastico, cioè il permanere/crearsi nella mente del soggetto di un'unica idea. L'idea, suggerita dalla parola, può suscitare azioni, movimenti e sensazioni cioè condurre a modificazioni psicofisiologiche e/o comportamentali.

E' un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall'orientamento della potenzialità della rappresentazione mentale del soggetto, guidata o autogestita, finalizzata a ottenere modificazioni psicofisiologiche e/o comportamentali (si parla di autoipnosi quando la stessa modificazione si determina attraverso un atto volontario senza intervento di altri e di ipnosi quando una rappresentazione mentale si manifesta plasticamente attraverso un'operazione psicofisiologica suggerita da un altro).

Da un punto di vista neurologico l'ipnosi è considerata come un processo mutevole dello stato di coscienza che si sviluppa attraverso varie fasi: elicitazione dell'attenzione, accettazione acritica e risposta ipnotica.

Da un punto di vista psicologico è invece considerato come una forma di relazione interpersonale che, attraverso l'ideoplasia, permette di ottenere una serie di effetti (attivazione di risorse, potenziamento di esperienze correttive, ristrutturazione di gerarchie cognitivo-comportamentali, emersione di traumi passati, allevia sofferenza, rinforzo dell'io attraverso esercitazioni in sicurezza e competenza).

Nell'Ipnosi sono coinvolti aspetti neuro-psicofisiologici particolari, relazione interpersonale e impiego di potenzialità specifiche dei soggetti coinvolti. Ancora oggi vi sono diverse teorie e interpretazioni dell'ipnosi che si confrontano. In termini neurofisiologici è interpretata come condizionamento, apprendimento, inibizione e eccitazione corticale; in termini psicologici è interpretata come rapporto interpersonale, suggestione, gioco di ruoli, regressione, transfert.

Oggi è noto che l'ipnosi non è altro che una manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa

rappresentazione mentale, sia autonomamente sia con l'aiuto di un operatore con cui si è in relazione.

L'Ipnosi esprime la potenzialità dell'immaginazione, è la manifestazione plastica della rappresentazione mentale, un fatto biologico, un dinamismo psicosomatico di particolare partecipazione mente corpo attraverso cui il soggetto riesce a influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche. L'aspetto caratterizzante è il monoideismo plastico. Attraverso la propria coscienza adeguatamente orientata il soggetto è capace di gestire la potenzialità della sua rappresentazione mentale. Fondamentale il rapporto interpersonale operatore e soggetto. Perché ciò avvenga è necessario che il rapporto sia tale da permettere una chiara comunicazione e devono essere attuate una serie di procedure che orientino l'attenzione del soggetto sull'obiettivo da raggiungere, definite *tecniche di induzione*.

Se invece il monoideismo viene realizzato attraverso procedure autonome e non per mezzo della relazione interpersonale si parla di autoipnosi.

L'Ipnosi sembrerebbe esistere sin dall'antichità (alcuni reperti archeologici egizi dell'epoca di Ramses XII di circa 3000 anni fa ne sarebbero l'attestazione). Benchè non sia noto se fosse praticata in maniera sistematica e per quali scopi sono riportate testimonianze che ne indicano l'utilizzo presso i Greci, i Cinesi, i Celti, gli Indiani d'America, gli Esquimesi e presso alcune popolazioni africane.

Dapprima individuate esclusivamente come tecniche correlate alla magia e al mistico, a partire dal XVIII secolo D.C. sono state per la prima volta studiate all'interno delle scienze naturali, che per la prima volta iniziano a considerare come tali anche le realtà psicologiche (e non solo più quelle scienze quantificabili e misurabili). Agli inizi del 1900 Alexander, comico australiano, durante un tour rimase senza voce; grazie alla sua capacità di focalizzarsi sulle sue corde vocali riuscì a lavorare sulla condizione fisica e a riprendere le sue capacità di parola il giorno successivo; da ciò derivano due sue famose osservazioni: "è possibile prendere coscienza di un cattivo uso del corpo e sostituirlo con modalità più adeguate" e "dirigere l'attenzione su una parte del corpo significa influenzarla"; ciò è *ideoplasia*.

Di qui la nascita e l'ampliamento di svariati studi sul tema dell'Ipnosi sempre più strutturati all'interno di scuole di vario orientamento.

Verso la fine dell'800, in concomitanza con la nascita della psicoanalisi, si situano tre figure di rilievo che hanno modificato le tecniche ipnotiche e poi permesso lo sviluppo di queste nell'ambito della psichiatria e della neurobiologia: Janet, Breuer e Freud.

Nella seconda metà del Novecento si ampliano gli studi scientifici sul tema (Erickson, Spiegel, Watkins, Hilgard, Gualtieri, Granone), permettendo di utilizzarla come tecnica basata su evidenze scientifiche.

In Italia, dopo un periodo di discreto interesse, segue un momento di relativo abbandono dell'ipnosi, in concomitanza con lo sviluppo della scuola lombrosiana. Tra i pionieri dell'ipnosi italiana troviamo Benussi, impegnato in ricerche volte alla conciliazione tra ipnosi e psicoanalisi. A partire dagli anni '60 si assiste alla ripresa di interesse per il tema con possibilità di studi neurofisiologici sempre più strutturati fino alla possibilità di applicazione della tecnica in vari ambiti medici e creazione di scuole e corsi di ipnosi. Nel 1979 si situa la nascita a Torino del CIICS (Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale) che organizza ogni anno corsi rivolti a personale medico di varia specializzazione.

## 1.1 TECNICHE DI INDUZIONE

L'induzione è un processo volontario o pilotato di graduale destabilizzazione degli schemi di comportamento e riferimento abituali, delle modalità neurofisiologiche di funzionamento dell'io, mediante cui soggetto modifica sua maniera usuale di pensare, sentire, comportarsi, per aderire a modelli transitori e reversibili, propri di uno stato di coscienza diverso.

Può essere ottenuta tramite l'utilizzo di diverse tecniche: verbali e gestuali attive e passive, di tensione e rilassamento, dirette, indirette, mascherate, accompagnate da comunicazioni visive, tattili, posturali, sonore, immaginative.

Nella tecnica diretta l'operatore usa l'evocazione finalizzata di processi ideosensori e ideomotori con suggestioni esplicite e procedure più o meno standardizzate). E' utile soprattutto in condizioni di emergenza per estrema direttività.

Nelle tecniche indirette (Erickson) invece l'influenzamento è affidato a strategie che si adattano volta per volta alla situazione (es fiabe, metafore, allegorie, ecc) utile soprattutto per chiarire un tema, suggerire soluzioni, guidare a autoriconoscimento, disseminare nuove idee, accrescere motivazione controllare rapporto terapeutico, imprimere direttive, ridurre le resistenze, ristrutturare e ridefinire un problema.

## 1.2 USO DELL'IPNOSI

L'Ipnosi ai giorni nostri oltre a essere strumento di indagine scientifica rappresenta una valida tecnica utilizzabile in svariati campi medici (ginecologia, odontoiatria, dermatologia) ma anche extra-medici (sport, lavoro, studio).

Ottimi i risultati nell'induzione di analgesia in campo chirurgico e al momento del parto, nella riduzione dello stress correlato a indagini strumentali potenzialmente invasive, nelle malattie psicosomatiche.

In ambito psichiatrico viene utilizzata come tecnica psicoterapeutica (*ipnoterapia*) ma anche in tutta una serie di Disturbi Psichiatrici (Disturbi Depressivi, alcuni Disturbi D'Ansia tra cui il Disturbo da Attacchi di Panico, Disturbi Conversivi, ecc) mentre il suo utilizzo è controindicato nelle *Psicosi* (Disturbi Psicotici, Disturbo Bipolare).

L'utilizzo della tecnica nel campo delle Tossicodipendenze e nell'Alcolismo è controverso, con dati di efficacia, in particolar modo per quanto concerne le tecniche avversative, piuttosto bassi.

Per quanto concerne invece le "Nuove Dipendenze" (Gioco D'Azzardo Patologico, Shopping Compulsivo, Dipendenza da Internet, Dipendenza da Sesso) vi sono in letteratura pochi dati sull'utilizzo dell'Ipnosi [1].

# 1. LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

## 2.1 STORIA DEL FENOMENO DELLE DIPENDENZE

In tutte le epoche storiche e nelle varie culture è possibile riscontrare l'uso (fino all'abuso) di sostanze che modificano gli aspetti percettivi, relazionali e affettivi della persona, assunzioni in alcuni casi legate a riti religiosi o di tipo sociale, altre volte utilizzate come rimedi, altre volte ancora utilizzate a fini esclusivamente edonistici.

Gli storici indicano che già gli uomini primitivi attingevano alla botanica, seppur con scarse conoscenze. Nell'epoca classica si conosceva l'uso dell'oppio e di bevande alcoliche, utilizzato in ambito rituale o controllato da regole sociali ben precise e spesso destinato alle classi élitarie del potere religioso e politico.

All'interno delle diverse culture emergono poi forti differenze nell'uso di droghe; in certe società infatti una sostanza può essere totalmente proibita, mentre in altre vi può essere un'ampia accettazione del suo utilizzo.

Non va dimenticato, inoltre, l'impiego di erbe e sostanze psicotrope (in particolare funghi allucinogeni) in pratiche non solo di stregoneria, nell'ambito di riti e cerimonie, ma anche in professioni quali quella del farmacista e del medico.

Gli scambi commerciali e il periodo delle crociate facilitarono la circolazione delle idee e delle conoscenze, per esempio della farmacopea araba, che andò ad ampliare considerevolmente il sapere medico del mondo occidentale anche con l'uso di sostanze psicoattive, già note in altre culture, tra cui l'uso dei derivati della cannabis.

Infatti l'hashish (resina prodotta a partire dalle infiorescenze della pianta femminile di canapa) veniva assunto in battaglia dai soldati musulmani e i cristiani, che al ritorno dalle crociate, ne diffonderanno questi usi e costumi.

Sempre nel XIX secolo il consumo di sostanze stupefacenti diventò un fatto di moda e a Parigi si assistette alla nascita del Club degli "hashishiens", un gruppo di intellettuali che faceva uso anche di oppiacei, laudano in primis.

Nel 1803 Friederich Seturner isolò la morfina.

Durante le diverse guerre dell'800, la morfina e il laudano furono utilizzati dai

medici non solo per anestetizzare il dolore, ma a scopo ansiolitico-sedativo per fornire sollievo ai disagi psicologici e alle “tensioni da battaglia”. Questo comportamento diede origine ai primi veri e propri morfinomani.

Per quanto riguarda la storia dell’oppio tuttavia è importante ricordare quando, nella Cina imperiale all’inizio dell’ ’800, l’abuso di questa sostanza divenne di tale gravità che l’Imperatore decise di limitare la diffusione della e scatenando due guerre dell’oppio con gli inglesi che si vedevano minacciati nei loro interessi economici.

L’alcol continuò a restare la sostanza di abuso più diffusa assieme al tabacco che iniziò a diffondersi a partire dal ’700.

La rivoluzione industriale e la conseguente formazione e concentrazione di grandi masse proletarie, favorì la diffusione dell’alcolismo.

Anche il mito romantico dell’assenzio è ascrivibile al connubio esistente con gli scrittori e artisti parigini alla fine del XIX secolo e all’inizio del XX, fino alla sua proibizione nel 1915 per la sua tossicità, addirittura mortale, quando assunto in dosi elevate.

Con l’entrata in vigore del 18esimo emendamento alla Costituzione americana, prese avvio nel 1919 negli Stati Uniti l’era del proibizionismo. Se da un punto di vista di salute pubblica vi fu in quegli anni un calo significativo delle morti per cirrosi epatica, da un punto di vista sociale il proibizionismo portò a una diffusione della criminalità organizzata che, dopo la fine del proibizionismo, trasferì le proprie attività su altre droghe.

La prima metà del ‘900 vide invece l’avvento dei barbiturici, diventati famosi per i numerosi suicidi attuati facendovi ricorso. Negli anni ‘30 vi fu la scoperta delle amfetamine, che verranno poi usate anche in ambito bellico per permettere ai soldati di sostenere la fatica e di essere maggiormente concentrati. Le applicazioni di queste sostanze saranno poi varie: anoressizzanti per dimagrire e sostanze dopanti, specie nel ciclismo.

Già negli ultimi anni del ‘800 si conoscevano i poteri allucinogeni della mesalina, mentre addirittura al medioevo risale la conoscenza degli effetti dirompenti della segale cornuta che conteneva alcaloidi col nucleo dell’acido lisergico, poi sintetizzato nel 1943 dal Dottor Hofmann con il nome di LSD.

Sempre all'inizio del '900 viene sintetizzata la metamfetamina (MDMA) a cui, anni dopo, si darà il nome di ecstasy e che aprirà la porta alle designer drugs, cioè a quelle droghe di sintesi "disegnate" appositamente per rispondere ai "bisogni di evasione dei giovani".

Nel 1924 venne emanata la prima Legge federale sugli stupefacenti, poi aggiornata, nel 1951, con la Legge attualmente in vigore, nella quale vengono ripresi i principi fissati dalle convenzioni internazionali e, in modo particolare, il principio del controllo degli stupefacenti.

Se fino agli anni '50 le preoccupazioni di salute pubblica vertono quindi soprattutto sugli abusi di alcol e, in parte di morfina e di cocaina (il tabacco non preoccupa ancora come oggi), a partire dalla seconda metà degli anni '60 si verifica una sorta di salto di qualità. Si diffondono dagli Stati Uniti movimenti di rivolta soprattutto come reazione alla guerra del Vietnam (basti pensare agli *Hippy*) che propongono, oltre alla musica e a un nuovo modo di vestire e di intendere la vita, anche una cultura delle droghe intesa come forma di liberazione; ecco quindi che l'LSD, come pure la marijuana, diventano una vera e propria pratica di vita, spesso ritualizzata collettivamente.

In questi anni l'uso di sostanze psicotrope assume una forte valenza trasgressiva ed è finalizzato alla ricerca del piacere, di stati di coscienza alterati, come alternativa a valori puramente strumentali della società "adulta". L'obiettivo ricercato attraverso l'utilizzo di queste sostanze è il potenziamento di facoltà psicologiche e collettive non ancora esplorate, nonché l'amplificazione della possibilità di conoscere e percepire la realtà.

Il fenomeno giovanile, caratterizzato da sperimentazione ed uso di sostanze psicoattive e accompagnato al crescente interesse per le religioni orientali e per i viaggi verso lontani paesi esotici, si colloca all'interno di un quadro di creazione di una nuova controcultura alternativa a quella dominante e in netta contrapposizione con la società degli adulti, nella quale le droghe si configurano proprio come porta di accesso ad esperienze alternative, ad una società differente e ad un mondo nuovo.

Negli anni '70, con il cambiare delle ideologie e delle aspettative, lo scenario tossicomano muta radicalmente. Cadono progressivamente il mito della

“partecipazione” e l’ideologia di un “cambiamento”, mentre inizia a manifestarsi il fenomeno dello sfaldamento dell’unità familiare e il protrarsi dell’adolescenza ben oltre i limiti fisiologici, come conseguenza del prolungamento della durata degli anni di scuola obbligatoria e della crescita della disoccupazione.

Il consumo delle sostanze psicoattive si generalizza e coinvolge giovani appartenenti a diversi gruppi sociali.

Successivamente alla fine della guerra del Vietnam la diffusione delle droghe pesanti, in particolare il consumo di eroina, si mostra legata al desiderio di non attutire il dolore e sentire meno in termini di pensiero e sentimento.

La figura dell’eroinomane viene ad incarnare il ruolo di colui che, più degli altri, vuole farsi portavoce di un profondo disagio di fronte agli strumenti di controllo e di integrazione sociale, arrivando fino a sfidare la morte in maniera solitaria e silenziosa, allontanandosi da quella funzione aggregativa, attribuita alle droghe, che tanto aveva significato per i giovani della generazione precedente.

Il consumo di droga si allontana così sempre più dalle ideologie di culture alternative e legate alla ricerca di una condizione di benessere, ma diviene un sintomo di emarginazione e di esclusione.

Contemporaneamente crolla anche il mito della “ricerca interiore” per cedere il posto alla ricerca di un antidoto alla sofferenza, alla noia e alle frustrazioni esistenziali e i giovani manifestano la mancanza di energia per protestare, perdono l’entusiasmo nel creare o scoprire qualcosa di nuovo, lasciando spazio solo ai tentativi di alleggerire il peso del pensiero e attutire la sofferenza.

In Italia si afferma, negli anni ’70, anche l’uso di cannabinoidi, in particolare tra gli adolescenti nell’ambito di riti iniziatici o legati alla socializzazione, e riprende piede, sia pur presso una fascia élitaria di persone, la cocaina che, come esposto in precedenza, aveva suscitato un certo interesse tra fine ‘800 e inizio ‘900 (pensiamo agli scritti di Sigmund Freud e all’utilizzazione in campo medico).

Soprattutto negli ultimi anni l’accentuarsi dell’uso di questa sostanza in modo trasversale, ha destato preoccupazione, confermata dai dati attuali che indicano un crescente aumento del consumo di cocaina tra i giovani.

Ritornano inoltre in auge gli allucinogeni (funghi, LSD), mentre conoscono grande successo in ambienti specifici le droghe sintetiche, in particolare quelle

entactogene, come l'ecstasy. Queste sostanze sono legate ai rave party, alle riunioni musicali, ai ritrovi del fine settimana.

Per quanto riguarda la cannabis, dopo la diffusione degli anni '60 e '70, si osserva una certa stabilizzazione nell'uso con un successivo massiccio aumento nel corso degli anni '90.

Gli anni '80 si aprono con una crisi scatenata dalla diffusione della dipendenza da eroina con incremento delle infezioni da virus HIV e della miseria dovuta all'emarginazione del tossicomane.

Negli stessi anni l'uso di sostanze psicotrope comincia ad apparire sempre più demetaforizzato. Ci si droga sulla spinta di un misto di noia, curiosità, accettazione acritica dei modelli proposti, impossibilità a progettare percorsi dotati di senso. Il nuovo tossicodipendente si rivela fragile, disorientato profondamente incerto nella sua ricerca di identità. Il rapporto che si instaura con la sostanza diviene conflittuale: non si vuole rinunciare ad essa, ma al tempo stesso se ne temono le possibili conseguenze. Comincia a emergere, sia pure in modo confuso, la consapevolezza che la droga può anestetizzare il dolore, ma al prezzo della perdita della gioia di vivere, dell'isolamento e dell'emarginazione.

Si inizia a sentire invece l'esigenza di un uso della sostanza sempre più compatibile con la vita "normale", e di integrare le modalità di consumo con le regole e i tempi imposti dalla partecipazione alla scuola, al lavoro e alla vita sociale.

La classica immagine del drogato, eroinomane ed emarginato, pur ancora diffusa nella mentalità collettiva, viene affiancata a quella di una nuova tipologia di tossicodipendente.

Nasce una nuova tipologia di consumatore integrato nel contesto socio-culturale e lontano dalla marginalità sociale, che si ritiene in grado di controllare la sua relazione con l'eroina, per esempio consumandola soltanto durante i week-end o in circostanze particolari, e che quindi, avendo scarsa percezione del disturbo, non chiede aiuto [2].

L'uso di droga sembra collocarsi sulla via della ricerca di un piacere non più trasgressivo quanto analgesico, rappresentando semplicemente il mezzo per poter condurre uno stile di vita abituale.

Sono sempre più frequenti figure di individui dipendenti come quella del cocainomane, perfettamente inserito nella società o quella del policonsumatore che utilizza anche per lunghi periodi sostanze differenti o che associa, alla dipendenza da sostanza, forme di dipendenza comportamentale.

Le ragioni di questi cambiamenti sono legate sia al raggiungimento di un giudizio dell'opinione pubblica, che in parte ha perduto l'atteggiamento di incondizionato rifiuto nei confronti della droga, sia alla recente apparizione sul mercato delle nuove droghe di sintesi che, veicolando un'immagine di "droga pulita", hanno di fatto contribuito a trasformare proprio la stessa rappresentazione della droga.

Inoltre quello che emerge sempre più è il fenomeno della polidipendenza, cioè la presenza di diverse forme di *addiction* nello stesso individuo. Gossop ha proposto il termine "rete di dipendenza" (web of addiction) proprio per indicare l'interdipendenza tra diverse forme di dipendenza (2001). In una ricerca americana emerge che il 72% degli adolescenti con una diagnosi di dipendenza da alcol utilizza in maniera problematica anche altre sostanze (marijuana e allucinogeni). E' stata inoltre rilevata anche un'elevata sovrapposizione tra dipendenza da esercizio fisico e comportamenti da alterato comportamento alimentare, abuso di alcol e nicotina (Aubin et al., 1999). La polidipendenza si realizza spesso come esasperazione di tratti temperamentali, come la propensione al rischio o l'impulsività, o come "slatentizzante" strutture di personalità anche patologiche che non sarebbero emerse senza l'uso di sostanze [3].

Un altro fenomeno attuale è poi quello della *cross-dipendenza* e cioè il frequente passaggio, nello stesso individuo, da una forma di dipendenza a un'altra. Ad esempio l'uso di alcol e tabacco in adolescenza sembrerebbe facilitare la transizione all'uso di altre droghe illecite [4].

Il nuovo tossicomane oggi cerca una sostanza di facile consumo che possa essere autogestita e soprattutto che gli consenta di evitare sia i rischi fisici sia quelli connessi all'isolamento e all'emarginazione.

Ci si trova di fronte a giovani ben integrati nella società, ma che al contempo vivono una condizione di "dissociazione", una sorta di doppio registro costituito dall'alternarsi di vissuti di noia dei giorni feriali all'esaltazione di sé nell'eccitante e variegato panorama del week end.

La droga diviene quindi un mezzo per garantire un buon funzionamento, anestetizzare il mondo psichico, nonché ricomporre le parti di sé in contraddizione.

Non è un caso che la più diffusa delle moderne designer drugs, MDMA, venga chiamata con il nome di Ecstasy, la cui parola estasi designa il più alto grado di contatto con il soprannaturale e rimanda al campo d'esperienza degli stati modificati di coscienza.

Tuttavia, negli ultimi anni, l'avanzare del progresso tecnologico e di una nuova civiltà, che da una parte genera stress, vuoto e noia e dall'altra stimola la tendenza all'immediata gratificazione, fornendo sempre gli strumenti appropriati, ha agevolato lo sviluppo e un'esponentiale diffusione di nuove forme di dipendenze.

Già Alonso-Fernandez nel 1996 aveva osservato come proprio il ruolo giocato dalla cultura post-moderna, caratterizzata da frammentazione e incertezza, fosse determinante nel favorire l'insorgere di nuove forme di dipendenza non legate a sostanze specifiche e definite *dipendenze comportamentali* e cioè caratterizzate da una condotta individuale caratterizzata da costrizione ed obbligatorietà a dipendere da qualcosa o da qualcuno che non è, appunto, una sostanza chimica esterna all'individuo, ma un oggetto o una persona con la quale si stabilisce una condizione psicologica di esclusività di legame, in grado di modificare temporaneamente lo stato di dolorosa sofferenza psichica che ha spinto il soggetto a ricercarne compulsivamente la vicinanza.

E' possibile infatti che il progresso abbia modificato non solo le abitudini, le modalità esperienziali, cognitive ed affettive delle persone, ma anche il loro modo di esprimersi in situazioni patologiche, determinando un vero e proprio mutamento antropologico [5-10].

In altre parole, il profondo mutamento socio-culturale e tecnologico, che ha portato all'ingresso in quella che è stata denominata da filosofi e sociologi l'epoca post-moderna, ha portato allo sviluppo di nuovi comportamenti sintomatici, con la conseguente necessità di ridefinire i confini tra salute e malattia mentale, adottando una nuova visione della sofferenza psichica e del concetto di dipendenza.

Secondo diversi studiosi infatti "le nuove condizioni di vita, dovute alla

complessità dei sistemi sociali e il conseguente allargamento dei confini, hanno prodotto un sempre più diffuso sentimento di perdita dei legami”.

Di fronte quindi ad una realtà esistenziale caratterizzata da assenza di senso la risposta è la ricerca di rifugio in esperienze sensoriali differenti e in stati alterati di coscienza e in quest’ottica le nuove dipendenze sono l’espressione di un disagio psichico e di un vasto e pervasivo malessere culturale [11], tipico di un’epoca intrisa di cultura dell’eccesso e del virtuale e caratterizzata da passioni tristi e dallo smarrimento di sistemi valoriali e di punti di riferimento.

Il quadro che si fa sempre più dominante deriva da una cultura che valorizza una dimensione consumistica delle relazioni e una dimensione relazionale dei consumi e che non è più in grado di distinguere tra essere e apparire così come si può riscontrare, ad esempio, nello shopping compulsivo, dove gli oggetti d’acquisto prediletti riguardano prevalentemente l’area che interessa l’immagine e l’apparire (scarpe, vestiti, gioielli, cosmetici, etc.).

In tale società narcisistica ed anomica, dove assume rilievo la ricerca del successo e dell’altrui ammirazione, il desiderio di confermare la propria bravura e il proprio coraggio, la nozione di limite si perde. La coesistenza di una spinta all’eccesso associata all’incertezza per la perdita dei punti di riferimento fanno sì che l’adolescente moderno mostri un crescente bisogno di sicurezza e di controllo degli eventi, che lo conduce a ricercarli in surrogati esterni.

Tuttavia il rischio di perdere la capacità di discernere tra un uso sano dell’oggetto (cioè di saper gestire e dosare il consumo) ed un utilizzo disfunzionale e patologico (caratterizzato da modalità di utilizzo intense, ripetute e con compromissione significativa del funzionamento socio-lavorativo) e quindi di scivolare dall’uso all’abuso è molto forte.

In quest’ottica le nuove dipendenze possono inserirsi in un contesto invaso dalla cultura dell’eccesso, di perdita del limite e dei punti solidi, che rende l’adolescente contemporaneo insoddisfatto di ciò che è o ha, spingendolo a superare il confine dell’uso e sfociando nell’abuso.

Mauro Croce (2004) segnala come l’uomo post-moderno sia sempre più svincolato, lontano, insofferente, disilluso e probabilmente anche timoroso di ogni legame, egli si illude di trovare uno spazio di autodeterminazione attraverso

l'inganno di un accesso illimitato al possesso di beni o informazioni, il quale denota, però, un sentimento insaziabile di mancanza. Tale mancanza, riconducibile alla scomparsa di punti solidi di riferimento, fa sì che venga meno la base sicura da cui allontanarsi e a cui ritornare, per gustare successivamente i piaceri della distanza e l'emozione dell'avvicinamento (Augé, 1992), punto di aggancio per la propria identità personale e sociale.

L'eterogeneità del quadro sintomatologico, comprendente una molteplicità e complessità di fattori, rende la loro classificazione a tutt'oggi problematica, non avendo una connotazione patologica riconosciuta all'unanimità e non essendo contemplate all'interno del DSM-IV-TR. Alcuni autori riconducono le New Addiction all'interno del II asse del DSM, postulando l'esistenza di una Addictive Personality (Personalità Dipendente), essi identificano gli aspetti che accomunano i soggetti dipendenti adottando paradigmi derivanti dal pensiero psicoanalitico tradizionale e psicodinamico-relazionale, postulando l'esistenza di un substrato personologico che predisponga alla dipendenza.

Il nuovo DSM V considera il Gioco D'Azzardo Patologico all'interno del capitolo "Substance Related and Addictive Disorder" in quanto pare alterare meccanismi di ricompensa simili a quelli delle droghe di abuso ed è l'unico tra i disturbi comportamentali; questi ultimi infatti benchè descritti e in continuo aumento non sono stati inclusi in quanto non vi sono sufficienti studi e review che permettano di stabilire adeguatamente criteri diagnostici e descrizioni dell'andamento.

## 2.2 LE NUOVE DIPENDENZE

Nella cultura occidentale il concetto di dipendenza ha un'accezione negativa, associata a debolezza, incapacità, passività, ma la dipendenza è necessaria e funzionale alla sopravvivenza, e non solo nelle prime fasi della vita quando la sopravvivenza fisica ed emotiva del bambino è legata all'accudimento dei caregivers. La dipendenza, oltre che necessaria, è anche positiva in quanto l'indipendenza autentica si fonda sulla capacità di dipendere, quindi sulla complementarietà della fiducia in se stessi e della fiducia nell'altro [12].

Dipendere significa avere bisogno di qualcuno o qualcosa per soddisfare una propria esigenza vitale: benessere organico e equilibrio psicologico.

La ricerca di sostanze o comportamenti per migliorare le proprie prestazioni rientra nel desiderio dell'uomo di superare i propri limiti e fronteggiare l'angoscia, ma non necessariamente sconfinava in una dipendenza patologica.

Alla luce delle considerazioni espresse, la dipendenza si colloca su un continuum dipendenza sana - dipendenza patologica: a un estremo vi sono gli stati di dipendenza morbosa e incoercibile che si delineano come quadri psicopatologici e all'altro si trovano stati motivazionali e sensoriali che rientrano nell'evasione piacevole e transitoria dalla quotidianità.

La “*dipendenza patologica*” può essere definita “una forma morbosa determinata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; una specifica esperienza caratterizzata da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere ripetuta con modalità compulsive; ovvero una condizione invasiva in cui sono presenti i fenomeni del *craving*, dell'*assuefazione* e dell'*astinenza* in relazione ad un'abitudine incontrollabile e irrefrenabile che il soggetto non può allontanare da sé” [13].

La *tolleranza* consiste in una progressiva riduzione degli effetti, in seguito all'assunzione ripetuta della stessa “dose” di una sostanza o di un comportamento, per cui è possibile ripristinare l'effetto iniziale aumentando la dose. La riduzione ovvero l'interruzione dell'uso della sostanza o del comportamento, producono la *sindrome d'astinenza* che comporta una modificazione patologica del comportamento, con effetti fisiologici e/o cognitivi. Il fenomeno di “*craving*” (dal

verbo inglese “to crave” che significa “desiderare ardentemente”) consiste nell'attrazione incontenibile verso sostanze o comportamenti al punto da comportare la perdita del controllo e una serie di azioni volte alla soddisfazione del desiderio, anche in presenza di forti ostacoli o pericoli.

Nei paesi anglosassoni per designare la dipendenza si utilizzano due termini dal significato differente: "*addiction*" e "*dependence*".

Il termine "*addiction*" significa "dedizione, inclinazione" e deriva dal termine latino "addictus", che designava lo "schiavo per debito" e che fa riferimento ad una condotta attraverso cui un individuo viene reso schiavo. Si intende una condizione generale di dipendenza psicologica che spinge alla costante ricerca dell'oggetto o dell'attività per affrontare la sofferenza psichica.

L'altro termine inglese utilizzato è "*dependance*" che indica la dipendenza fisica e chimica dell'organismo dalla sostanza [14].

*Addiction* e *dependence* non necessariamente sono correlate: si può reperire una *addiction* priva di *dependance*, ovvero casi in cui la messa in atto di determinati comportamenti di ricerca non presenta legami con una dipendenza fisica tipica. Viceversa, ci può essere dipendenza fisica in assenza di *addiction*; un esempio è la nicotina, in cui la lenta dipendenza fisica non porta il soggetto a compiere atti illeciti o comunque al di fuori delle norme comuni al fine di procurarsi il tabacco. La dipendenza è il risultato dell'interazione tra soggetto e oggetto, nell'ambito di una relazione che si sviluppa in un dato ambiente ed è condizionata dalle caratteristiche di entrambi. La dipendenza è in sé stessa un problema di relazione. Secondo quest'ottica, le condizioni necessarie per l'insorgere di una dipendenza sono legate a:

1. caratteristiche del soggetto, sia dal punto di vista biologico sia per quanto concerne la disposizione emotiva e cognitiva a fare l'esperienza e ad attribuirle un particolare significato;
2. effetto trasformativo dell'oggetto;
3. facilitazione/veicolazione del contesto ambientale.

Il soggetto, portatore di una serie di caratteristiche e di bisogni, incontrando l'oggetto della dipendenza che può essere una sostanza, un comportamento o una relazione, vive un'esperienza particolare data dalla ristrutturazione che il sé

subisce a seguito di questo incontro. L'interpretazione di questo vissuto pone le basi per il suo ripetersi.

Da un concetto di dipendenza, fortemente legato all'assunzione di sostanze stupefacenti, il campo di indagine si è allargato a comportamenti patologici di ricerca reiterata dell'oggetto di piacere in pazienti che non assumono droga.

Già nel 1945 Otto Fenichel nella sua opera "The Psychoanalytic Theory of Neurosis" propose di includere nelle addiction anche un insieme di disturbi compulsivi, interpretabili come "tossicomania senza droga", in aggiunta alle note tossicodipendenze.

Il termine "nuove dipendenze", o *new addictions*, definisce un gruppo eterogeneo di dipendenze in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica. L'oggetto della dipendenza è in questo caso un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata, quale lo shopping, l'uso di Internet, il gioco d'azzardo, il lavoro, l'attività fisica, le relazioni affettive, il sesso. Per la maggior parte delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze.

Le dipendenze in generale sono classificabili in [5]:

1. dipendenze sociali o legali;
2. dipendenze antisociali o illegali.

Con le prime ci si riferisce alle cosiddette droghe legali (farmaci, alcool, tabacco) e ad attività socialmente accettate, come il nutrirsi, le attività ludiche, il fare acquisti, il lavorare. Queste forme di dipendenza sono favorite dall'avanzare della tecnologia e dai mutamenti della società che da un lato sono generatori di stress e di noia e, dall'altro stimolano e facilitano la gratificazione immediata dal momento che ne forniscono i mezzi idonei (computer, sale bingo, centri commerciali, ecc.).

Con le seconde si intendono le dipendenze da droghe illegali (eroina, cocaina, oppiacei, ecc.) o da azioni illecite ( il furto, lo stupro, l'appiccare incendi).

Le dipendenze sociali trovano il loro fondamento in un forte impatto a livello individuale e collettivo determinato dai cambiamenti nella società, i quali richiedono un forte sforzo adattativo che deve essere interpretato come uno dei

più importanti fattori alla base del diffondersi dei nuovi comportamenti “additivi”, oltre che della presentazione di patologie dell’area nevrotica e di disturbi di personalità.

Infine non va dimenticato che le dipendenze non hanno solo una valenza distruttiva e disadattiva, ma evidenziano anche bisogni e aspettative, e a volte progetti che non riescono a realizzarsi per mancanza di mezzi e strumenti adeguati. Si deve cercare di decodificare e interpretare le richieste celate che spesso stanno alla base dei processi di dipendenza e che sono domande di vita, di relazione e di contatto, le quali spesso si infrangono contro l'impossibilità a vivere e gestire rapporti veri e profondi.

## 2.3 IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

### 2.3.1 Cenni introduttivi

Il gioco è una via per esplorare e conoscere il mondo esterno, ma nello stesso tempo rappresenta una fondamentale attività di conoscenza, poiché, come scrive Winnicott (1974) “è nel giocare che l’individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell’intera personalità; ed è solo nell’essere creativo che l’individuo scopre il Sé”.

Secondo Huizinga (1938), nel suo *Homo ludens*, per tutte le tipologie di gioco sono caratteristici gli aspetti di "fenomeno culturale" e di "bisogno sociale". Il gioco non costituisce un prodotto figlio della cultura, bensì al contrario: “La cultura sorge in forma ludica, la cultura è dapprima giocata (...) nei giochi e con i giochi la vita sociale si riveste di forme sopra-biologiche che le conferiscono maggior valore. Con quei giochi la collettività esprime la sua interpretazione della vita e del mondo. Dunque ciò non significa che il gioco muta o si converte in cultura, ma piuttosto che la cultura, nelle sue fasi originarie, porta il carattere di un gioco” .

I giochi sono innumerevoli e di vario tipo: di società, di destrezza, d’azzardo, di pazienza, di costruzione e altro. Il grandissimo numero e l’infinita varietà rendono complessa una loro classificazione secondo un principio che consenta di suddividerli tutti in un numero di categorie ben definite.

Roger Caillois (1958) è il primo a proporre una classificazione in quattro categorie, accolta e adottata unanimemente dagli studiosi della materia:

- Giochi di competizione (agon) in cui il vincitore risulta tale in quanto "migliore".
- Giochi di travestimento (mimicry), caratterizzati dall'impersonare qualcuno differente da sè, come per esempio le drammatizzazioni ed i giochi di ruolo.
- Giochi di vertigine (ilinx) che si basano sulla ricerca del capogiro, della vertigine o dello stordimento, di cui ritroviamo esempi nel girotondo, l'altalena, le montagne russe.

- Giochi di alea (dal latino, gioco dei dadi) in cui la vincita o la sconfitta non sono legati ad alcuna abilità del giocatore ma unicamente al caso.

I giochi d'azzardo sono in prevalenza giochi di alea. il Codice Penale li definisce come quelli "nei quali si rincorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente aleatoria" ossia eventi dall'esito incerto determinato unicamente dal caso" (C.P. Art. 271).

È necessario a questo punto chiarire i tre concetti fondamentali di questa interpretazione:

- esito che deriva prioritariamente dal caso: significa che l'esito (in termini di vincita o perdita) è influenzato per la maggior parte da pura casualità ma ammette in minima parte altri tipi di fattori quali la "bravura" del giocatore o la possibilità di prevedere l'esito di una giocata, di una partita o di una scommessa;
- giocata irreversibile: irreversibile significa "da cui non si può tornare indietro". Perciò, una giocata irreversibile mette il giocatore nella posizione per cui non ha la possibilità né di scegliere se ritirarsi o meno, né di recuperare la somma giocata;
- oggetto di valore: il gioco d'azzardo implica necessariamente la scommessa di denaro o di oggetti che per il giocatore hanno un certo valore (materiale ma anche affettivo). Nel momento in cui manca questa componente, manca il "rischio" e perciò il gioco stesso perde notevolmente di interesse.

Giungiamo così a una definizione di gioco d'azzardo inteso come un'attività ludica che si caratterizza per il rischiare una più o meno ingente somma di denaro, in vista di una vincita in denaro, strettamente legata al caso e non all'abilità individuale.

Alcuni giochi d'azzardo racchiudono in sé aspetti di agon e di alea (tipico esempio è il poker) allo stesso modo in cui giochi di agon possono trasformarsi in giochi di alea tramite le scommesse su di essi. Proprio per questo aspetto non univoco bensì fuso con altre tipologie ludiche, l'azzardo rischia di divenire "un'occasione per costruire una realtà parallela e alternativa alla realtà quotidiana; un luogo mentale, ma anche un luogo dalle precise dimensioni spazio-temporali, in cui rifugiarsi per

sentirsi liberi dai vincoli della vita quotidiana, dalle fatiche, dai principi di realtà [...] la possibilità di inventare il proprio futuro, di immaginarlo diverso, più ricco, più felice; è lo spazio immaginario in cui poter creare il mondo che si desidera” [15].

Il ruolo del denaro nella vita quotidiana assume un valore sia simbolico sia reale risultando uno dei fulcri dell'esperienza umana in quanto valore che a propria volta permette l'accesso ad altri valori. Nel gioco d'azzardo patologico questo ruolo non è assoluto; molti giocatori affermano di giocare per il piacere che l'azione produce e non per la vincita, infatti, spesso reinvestono il denaro vinto in ulteriori giocate.

Il gioco d'azzardo si configura come un processo simbolico, in cui il giocatore usa la scommessa come un mezzo per trascendere i propri limiti personali, nella convinzione illusoria di poter controllare un evento insicuro, di svolgere un ruolo attivo, attraverso astuzie, credenze disfunzionali o errati calcoli probabilistici. Del resto, l'attrattiva del gioco sta proprio nel desiderio di “controllare l'incontrollabile”.

Così facendo il giocatore si trova psicologicamente immerso nel gioco, passivamente ed attivamente, entrando in quel ciclo di azione-conseguenza che porta alla dipendenza [16].

### **2.3.2 Cenni storici**

La storia del gioco d'azzardo [17] è strettamente legata alla storia dell'uomo, tanto che le prime notizie risalgono al Vecchio Testamento e a un'opera in sanscrito, il Mahabharata, in cui un re perse il regno, la moglie e se stesso a causa del gioco. Ci sono testimonianze nell'antico Egitto risalenti al circa 3000 anni a.c., ma anche in India, Cina, Giappone.

La parola “azzardo”, dal francese hasard, trova la sua più antica origine nella lingua araba, dove con il termine zahr si designava l'oggetto ludico a noi comunemente noto come “dado”.

Si ritrovano informazioni su giochi d'azzardo risalenti al 2300 a.C nell'antica Cina, riguardanti il Wei Ch'i, il gioco di "enclosing" il cui obiettivo era quello di

circondare l'avversario. Si trattava fondamentalmente di un gioco di abilità, ma gli spettatori scommettevano sul risultato. Risalente ai tempi dell'Antico Egitto (ca. 1570 a.C.) era invece il Gioco di Atep, in cui si doveva indovinare il numero di dita tese dall'avversario senza osservarlo. Se ne ha testimonianza da una tomba di un alto dignitario di corte della XXV dinastia, in cui si vede chiaramente la rappresentazione pittorica del defunto intento a stendere il braccio con un numero, contrapposto ad un altro giocatore. Lo stesso gioco è passato ai Greci, e ne abbiamo prova in una pittura vasale greca in cui è palese la sfida tra Elena e Paride, con le mani protese nell'atto di giocare. Nel mondo greco, inoltre, una leggenda racconta che Zeus e i suoi fratelli, dopo aver sconfitto i Titani, si sarebbero spartiti l'universo a dadi.

La forte inclinazione per le attività ludiche si perpetuò anche nella cultura romana e nella Roma Imperiale: personaggi come Nerone, Caligola e Claudio furono accaniti giocatori. La propensione al gioco degli antichi romani è tuttora testimoniata da insegne, trovate in diverse taverne romane, recanti la scritta *panem et circenses*: cibo e scommesse. Inoltre, famoso è l'aneddoto riguardante il mantello di Gesù giocato a dadi (probabilmente a 6 facce).

Nel Medio Evo, fin dal secolo VIII, i giochi d'azzardo e di abilità che vedessero correlate scommesse in denaro vennero condannate come fonte di peccato e depravazione e di conseguenza ostacolate attraverso rigide disposizioni ecclesiastiche e governative, dall'esilio al carcere, dalle pene corporali alla confisca di edifici e attrezzature. Gli stessi giocatori dell'epoca, oltre che a testimoniare a noi la loro passione, spesso erano anche testimoni degli sforzi per vincerla: il poeta trecentesco Antonio da Ferrara narra di un voto da lui fatto per non toccare i dadi, e di come in breve tempo lo ruppe. Intorno al 1350 fu introdotto in Europa il gioco delle carte, che osservò una rapida e capillare diffusione lungo tutto il 1400 a dispetto della dura e persistente condanna da parte di magistrati e predicatori (numerose sono le testimonianze di roghi pubblici di carte da gioco in molte piazze europee). Il divieto non interessava invece le lotterie, tollerate da Chiesa e governo, e spesso funzionali alla raccolta di fondi destinati a spese pubbliche di vario genere.

Attorno al XII e XIII secolo fanno la loro comparsa le corse dei cavalli con le relative scommesse, ma si attenderà il 1665 per veder sorgere il primo ippodromo, ad Hempstead Plains, New York.

Il 1872 portò l'invenzione del telegrafo duplex, e ciò rese possibile la trasmissione dei risultati delle corse in tempo quasi reale; così facendo, lo scommettitore si ritrovava in una condizione agevolata di gioco in quanto poteva comodamente procedere alle puntate senza recarsi direttamente sui luoghi in cui le corse avevano luogo. Ciò inevitabilmente portò ad una diffusione massiva del gioco anche verso chi sino ad allora non ne era mai rimasto coinvolto, contribuendo a creare le basi delle dipendenze oggi in esame.

La prima lotteria ufficialmente strutturata come le attuali compare nel 1566 su iniziativa di Elisabetta I d'Inghilterra. E' proprio al gioco del lotto che possiamo ricondurre le radici culturali del gioco d'azzardo in Italia; esso era infatti già diffuso a Genova nel XVI secolo e al 1638 risale l'apertura della prima casa da gioco istituita e gestita dallo Stato: il Ridotto di Venezia. Da questa data, il numero di case da gioco si moltiplicò rapidamente in Italia [18].

Al giorno d'oggi il gioco d'azzardo è sempre più caratterizzato da rapidità ed immediatezza: le molteplici possibilità di scommessa sulla rete internet, l'installazione capillare di apparecchi di videopoker, le lotterie istantanee denominate "gratta e vinci" permettono l'accesso verso il mondo dell'azzardo a chiunque, in maniera rapida ed anonima, abbattendo così del tutto le barriere socio-economiche che fino a poco tempo prima potevano contribuire a limitare i rischi connessi all'azione di gioco.

Allo stato attuale il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno mondiale in continua diffusione e che ha le proprie cause in fattori di origine biologica, psicologica ma anche socioculturale ed economica. Nel 1995 secondo l'Eurispes gli scommettitori in Italia erano circa 30 milioni (ad esclusione delle attività nei Casinò e dei giochi clandestini). Nel 2005 il fenomeno si è ampliato coinvolgendo sino al 70-80% della popolazione italiana.

Dall'ultima valutazione dell'Eurispes sul gioco d'azzardo in Italia, il mercato dei giochi ha raggiunto proporzioni tali da poter essere considerata una vera e propria industria, con 35 milioni di italiani coinvolti ed una spesa complessiva, negli

ultimi sei anni, di 194 miliardi di euro. La raccolta complessiva dei giochi in Italia, nei primi nove mesi del 2009, ha superato i 39 miliardi di euro (+14,4% rispetto ai primi nove mesi del 2008). Questi dati confermano e rafforzano ulteriormente il trend in crescita registrato nel corso degli ultimi sei anni. Tale crescita non ha però interessato in maniera omogenea tutte le diverse tipologie di giochi, essendo viceversa il risultato del bilanciamento tra due diverse dinamiche: la minore raccolta dei giochi a base ippica, del bingo e del lotto, contro la crescita di Superenalotto, degli apparecchi da intrattenimento, dei giochi a base sportiva, delle lotterie e il successo dei giochi di abilità a distanza e poker on-line. I giochi a distanza (tramite Internet, Tv e cellulare) sono cresciuti del 64,6% nel 2008, rispetto all'anno precedente. Riguardo gli apparecchi da intrattenimento, le NewSlot sono progressivamente diventate la tipologia di gioco principale per raccolta di denaro, arrivando nel 2008 a rappresentare il 45,6% delle entrate complessive del settore (Eurispes, 2010).

### ***2.3.3 Dati epidemiologici***

Da uno studio sulla popolazione italiana il 3% della popolazione italiana pare essere affetta da Gioco D'Azzardo Patologico, per un totale di 750mila persone [17]. Questi dati vengono confermati da uno studio eseguito dal SII.Pa.C. (Società Italiana di Intervento per le Patologie Compulsive), secondo il quale l'85% dei giocatori è di sesso maschile e, di questi, il 51% ha un'età tra i 40 ed i 50 anni. Il 22% rientra tra i 50 ed i 60 anni mentre il 65% ha più di 60 anni. Il fenomeno si sta diffondendo, inoltre, con una crescita esponenziale tra gli adolescenti, più precocemente tra i maschi rispetto alle femmine [10].

### ***2.3.4 Eziologia***

Croce e Zerbetto [18] sottolineano il fatto che attraverso il tempo la competenza in materia di gioco d'azzardo è stata prima della religione, che ne ha sottolineato il carattere peccaminoso, poi è passata sotto il dominio del diritto, il quale ne ha messo in luce la caratteristica di illegalità. I primi barlumi di interesse a tale

fenomeno da parte della psicologia e della medicina si intravedono con Kraepelin, che tratta di "mania del gioco d'azzardo" (1915). Nel 1898 Gerolamo Caramanna, medico italiano nonché allievo di Lombroso, riconosce tre tipologie di giocatori:

1. quelli occasionali (la maggior parte);
2. quelli di professione, che mirano al guadagno di denaro;
3. quelli per passione, che Dostoevskij definì i "giocatori del gioco per il gioco", mossi da un istinto innato.

Caramanna giunge a formulare in tal modo l'esistenza di un "giocatore nato", sulla scia del "criminale nato" di Lombroso.

Il 1866 è l'anno in cui Dostoevskij, nel suo romanzo "Il giocatore" descrive con perizia la figura del *pathological gambler*, essendolo stato lui stesso: "M'invase una terribile sete di rischio. Forse, passando attraverso tante sensazioni, l'anima non se ne sazia, fino allo spossamento definitivo [...]: Provavo solo una certa tremenda voluttà, di riuscita, di vittoria, di potenza, non so come esprimermi". Successivamente, Sigmund Freud contribuisce all'argomento nel saggio "Dostoevskij e il parricidio" (1927), rileggendo in chiave edipica la figura dello scrittore russo e definendo come "febbre da gioco" la sua passione patologica per l'azzardo.

Soltanto nel 1980 però il Gioco D'Azzardo Patologico (GAP) viene ad essere riconosciuto come vera patologia dalla psichiatria e incluso nel DSM-III (APA, American Psychiatric Association, 1980). Dopo due revisioni (1987 e 1994) dei criteri diagnostici, nel DSM-IV-TR l'azzardo patologico trova posto tra i "disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati" assieme alla piromania, alla cleptomania ed al disturbo esplosivo intermittente, venendo definito come "un comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari o lavorative" (APA, 2000). Essenziale, inoltre, per le basi dell'attuale concezione del gambler patologico è il cosiddetto schema di Custer in cui vengono rappresentate le fasi che attraversa un giocatore d'azzardo nel suo percorso verso uno stato patologico [19].

Nella prima fase, o "fase vincente", che dura dai tre ai cinque anni, il giocatore pratica la scommessa occasionalmente e per divertimento, spesso vince e di conseguenza aumenta il tempo e denaro impiegato nel gioco.

Segue di norma una fase detta "fase perdente" in cui il giocatore aumenta ancora la posta nel tentativo di recuperare il perduto; proprio questo tentativo, secondo Leisieur (1979), sembrerebbe attuare la dipendenza. Interviene il ricorso a prestiti in attesa della grossa vincita, che avverrà ridando fiducia al giocatore che, nonostante possa essersi rifatto delle sconfitte, proseguirà nel gioco, sino alla "fase della disperazione" in cui perderà il controllo degli eventi giungendo anche a compiere atti illeciti pur di avere il denaro per la scommessa.

Il passo successivo è la "fase della perdita di speranza" in cui il giocatore sarà l'unico a credere ancora in se stesso e in una possibile vittoria futura mentre verrà abbandonato ed allontanato dai contatti a lui vicini.

Il soggetto una volta che riuscirà a chiedere aiuto entrerà nella "fase critica" percorrendo una via riabilitativa che, tramite la "fase di ricostruzione" lo condurrà alla "fase della crescita".

Proprio il culmine di questa fase, nello schema proposto da Custer, dovrà trovarsi più in alto rispetto al punto di partenza, indicando in questo modo che il processo di ricostruzione della persona dovrà non solo esser correlato alla dipendenza da gioco, bensì abbracciare la totalità dell'individuo accompagnandolo in una crescita interiore.

### ***2.3.5 GAP: disturbo dell'impulsività e della compulsività***

In merito al gioco d'azzardo patologico risulta di grande interesse lo studio sui disturbi impulsivi e compulsivi.

Per il DSM-IV-TR (APA, 2000) l'impulsività viene definita: "Impossibilità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sè o per gli altri. [...] il soggetto avverte una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, e in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo nel momento in cui commette l'azione stessa. Dopo l'azione possono esservi o meno rimorso, auto-riprovazione, o senso di colpa".

Il deficit del controllo degli impulsi può comprendere una serie di manifestazioni patologiche: le parafilie, il disturbo esplosivo intermittente, la piromania, la

cleptomania, la tricotillomania, e si manifesta anche nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, del disturbo di personalità antisociale, del disturbo di personalità borderline e, per l'appunto, del gioco d'azzardo patologico.

La compulsione, invece, viene definita, sempre dal DSM-IV-TR, come: “Comportamenti ripetitivi o azioni mentali il cui obiettivo è quello di prevenire o ridurre l'ansia o il disagio, e non quello di fornire piacere o gratificazione. Nella maggior parte dei casi la persona si sente spinta a mettere in atto la compulsione per ridurre il disagio che accompagna un'ossessione o per prevenire qualche evento o situazione temuti. [...] Per definizione le compulsioni sono chiaramente eccessive e non connesse in un modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o prevenire. [...] Causano disagio marcato, interferendo con il funzionamento lavorativo, con le attività sociali o con le relazioni con gli altri” .

Per il DSM-IV-TR si riscontrano sintomi compulsivi nelle diagnosi di: disturbo ossessivo compulsivo (DOC), disturbo di dismorfismo corporeo, ipocondria, disturbo di depersonalizzazione, anoressia nervosa, sindrome di Tourette e disturbo di personalità ossessivo-compulsiva.

Per Hollander (1993) l'atto impulsivo e quello compulsivo sono semplicemente gli estremi di un filo continuo che va da una tendenza a sovrastimare il pericolo e quindi all'evitamento di esso da un lato, ad una riduzione nel percepire il pericolo dall'altro. I disturbi compulsivi in questo modo sono caratterizzati da una tendenza all'evitamento del rischio associato ad alti livelli di ansia anticipatoria. In opposizione, i disturbi degli impulsi sono contrassegnati dalla presenza di comportamenti rivolti alla ricerca di un rischio associati a scarsa ansia anticipatoria. Tali disturbi generano comportamenti volti a procurare piacere a scapito di conseguenze che possono essere dolorose. Si è riscontrato che entrambe le classi di disturbi, sia ossessivi, sia compulsivi, hanno però lo stesso nucleo centrale: l'incapacità a ritardare o ad inibire la messa in atto di comportamenti ripetitivi [20].

Il Gioco D'Azzardo Patologico (GAP) è considerato dal DSM-IV-TR come un disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. Il pattern fondamentale che lo correla ai disturbi del controllo degli impulsi è appunto l'impossibilità di resistere ad un impulso, o anche la spinta o la tentazione a

compiere un'azione che risulta pericolosa per sè stesso o per gli altri (APA, 2000). Inoltre, risulta affine ai disturbi del controllo degli impulsi un montante senso di allarme, di tensione prima di compiere l'atto, ed un vissuto di gratificazione o sollievo quando si mette in pratica l'azione.

Riguardo alla somiglianza del GAP con i disturbi compulsivi, comune è la difficoltà ad inibire o ritardare la messa in pratica di un impulso da cui risultano determinati comportamenti ripetitivi. Analogie si riscontrano anche tra il Gioco d'Azzardo Patologico ed i disturbi da uso di sostanze, in quanto in entrambi i casi riscontriamo fenomeni di tolleranza, dipendenza ed astinenza; proprio tali analogie agirono da spinta a considerare il GAP tra le cosiddette “nuove dipendenze” [21].

Nel nuovo DSM V infatti la collocazione del GAP viene modificata inserendo il disturbo proprio all'interno del capitolo “Substance Related and Addictive Disorder”.

### ***2.3.6 I criteri diagnostici del DSM-IV-TR***

Per fare diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico il DSM-IV-TR richiede la soddisfazione di almeno cinque dei punti elencati nel criterio A (APA, 2000).

Il soggetto 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);
- ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
- ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- gioca d'azzardo per sfuggire i problemi o per alleviare un umore disforico (per es. sentimenti di onnipotenza, colpa, ansia, depressione);

- dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);
- mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

Al fine di fare diagnosi, il DSM-IV-TR richiede ancora l'esclusione che il comportamento d'azzardo non sia meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale (criterio B) [22].

Se invece il giocatore soddisfa 4 dei 10 criteri elencati in precedenza, si può parlare di giocatore problematico (problem gamblers): individui che non riescono ad avere un pieno controllo sul gioco e quindi iniziano a compromettere, creare danni o rompere la cerchia di relazioni personali, familiari e sociali, anche se non sono ancora giunti alla fase della disperazione. Per tale motivo, questi soggetti sono molto a rischio di diventare giocatori patologici; fanno quindi parte di un continuum verso sempre un maggior coinvolgimento e danno alla propria vita.

Infine, i giocatori non problematici (non problem-gamblers) si possono suddividere nei "non giocatori" e nei "giocatori sociali". Questi ultimi, a loro volta suddivisi in occasionali e abituali, giocano solo per divertirsi o per rilassarsi. Desiderano vincere sia consciamente che inconsciamente, preferiscono giochi più lenti e pur essendo attratti dal rischio sanno smettere in qualunque momento. Anch'essi comunque possono, in condizioni particolari, andare incontro ad una dipendenza, se attraversano le fasi del giocatore patologico di Custer elencate in precedenza [11].

Nel DSM V i criteri necessari alla diagnosi di Gioco D'Azzardo Patologico sono invariati rispetto al DSM-IV-TR ma ciò che cambia è la sua collocazione: non lo troviamo più all'interno del capitolo dei Disturbi da Discontrollo degli Impulsi ma viene inserito all'interno del capitolo "Substance Related and Addictive Disorder" in quanto pare alterare meccanismi di ricompensa simili a quelli delle droghe di abuso.

Rappresenta l'unico tra i disturbi comportamentali a essere degno di entità nosografica autonoma nel DSM V poiché le altre forme di Nuove Dipendenze benchè descritte e in continuo aumento non hanno all'attivo sufficienti studi e review che permettano di stabilire adeguatamente criteri diagnostici e descrizioni dell'andamento.

Nel DSM V viene inoltre introdotta una specifica in termini di *severità* del disturbo basata sul numero di criteri diagnostici soddisfatti: lieve se vengono soddisfatti 4/5 criteri, moderato se ne sono soddisfatti 6/7 e severo se i criteri sono 8/9.

### **2.3.7 Basi neurobiologiche**

Secondo uno studio sperimentale [24] si è riscontrata una disfunzione a livello del sistema serotonergico alla base sia dei disturbi compulsivi (aumento del tono), sia di quelli impulsivi (riduzione del tono).

La funzionalità del sistema serotonergico può essere misurata tramite il dosaggio nel liquido cefalo-rachidiano dei cosiddetti metaboliti della serotonina (5-HT) come l'acido 5-idrossi-indolacetico (5-HIAA) oppure attraverso una risposta sia comportamentale sia neuroendocrina ad agenti serotonergici e attraverso la risposta al trattamento con SSRI (inibitori del reuptake della serotonina).

I disturbi come il Disturbo Ossessivo Compulsivo (Thoren et al., 1980; Insel et al., 1985; Kaye et al., 1991) risultano essere caratterizzati da un'aumentata concentrazione di 5-HIAA e da una buona risposta farmacologica agli SSRI, mentre si riscontra una diminuita concentrazione nei pazienti con condotte suicidarie violente [25] e con impulsività aggressive [26].

Tramite mezzi radiodiagnostici quali la tomografia ad emissione di positroni (PET), la tomografia ad emissione di singoli fotoni (SPECT) e la tomografia computerizzata (TC) sono state dimostrate anomalie in struttura ed in funzione nel SNC dei pazienti con disturbi dell'impulsività e compulsivi. Da segnalare è un'intensa attività metabolica e del flusso ematico a livello del lobo frontale [27], attività tanto più accentuata quanto risulta severo il disturbo compulsivo [28].

Al contrario, in pazienti impulsivi si è riscontrata una riduzione del consumo metabolico del glucosio a livello del lobo frontale, fenomeno più evidente nei soggetti che manifestavano maggiore aggressività [29].

Successivamente si è dimostrato, tramite PET e SPECT, che a livello striatale nei soggetti dipendenti da sostanze è presente una concentrazione ridotta dei recettori dopaminergici D2 accompagnata da una riduzione del rilascio di dopamina [30]. La deduzione fatta dai ricercatori porta ad intuire che i soggetti dipendenti, a causa del deficit descritto, presentino una minore sensibilità agli stimoli naturali di rinforzo. In questo modo i circuiti della gratificazione sono attivati più facilmente dalle sostanze e l'individuo le preferirà, rispetto alla ricerca di stimoli naturali. Il consumo cronico delle sostanze porterebbe ad una ridotta attività dopaminergica che causa una disfunzione della corteccia orbito-frontale e del giro cingolato, aree coinvolte nell'inibizione dei comportamenti disfunzionali e regolatrici della salienza agli stimoli. Tali aree risultano ipoattive durante l'astinenza, mentre si attivano all'assunzione e ogni volta vi siano stimoli associati alla sostanza [31]. Dato che è stato dimostrato che l'attivazione di queste aree è correlata a comportamenti compulsivi [28], essa potrebbe essere alla base dell'insufficiente controllo sull'assunzione della sostanza e della messa in atto di condotte compulsive di ricerca della sostanza e di altre condotte compulsive, come il GAP [32].

Anche il sistema dopaminergico influisce sui comportamenti di ricompensa e di rinforzo, con riscontri sia sull'animale, sia sull'uomo [33,34].

Un sottoinsieme di neuroni dopaminergici proiettano direttamente dall'area ventrale tegmentale al nucleus accumbens attraverso il fascicolo mediale telencefalico. Questi neuroni appaiono cruciali per i meccanismi di rinforzo e di ricompensa dal momento che un'interruzione nei circuiti dopaminergici a livello recettoriale o a livello assonico, diminuisce la capacità di ricompensa data dalla stimolazione dopaminergica dell'area ventrale tegmentale [35]. Studi hanno posto in evidenza la correlazione tra gambling patologico e morbo di Parkinson riscontrando come un trattamento farmacologico con L-DOPA e dopaminoagonisti (pramipexolo e ropinirolo) scateni un disturbo degli impulsi nel 10% dei pazienti causando franchi segni di gioco d'azzardo patologico e di ipersessualità

secondo un quadro denominato “dopaminergic dysregulation syndrome” [36] avvalorando l'ipotesi secondo la quale la dopamina sia protagonista nel ruolo delle dipendenze, e nel caso specifico, del pathological gambling [37,38].

### **2.3.8 *Aspetti psicodinamici***

Il primo studio psicoanalitico sul GAP risale al 1914, anno in cui von Hattingberg ha teorizzato che centrale nel GAP sia il "masochismo pregenitale" o il "piacere nella paura": l'autore ipotizza che alla base del disturbo vi sia una natura sessuale della paura e della tensione intrinseche al gioco, dovute ad un senso di colpa insorto durante l'infanzia legato alla gratificazione delle pulsioni anali e uretrali, con inibizione delle stesse e tendenza ad erotizzare la tensione e la paura.

Da lì si sono differenziate tre linee di ricerca:

1) una che ha proseguito ad evidenziare le equivalenze sessuali evidenziando un'analogia fra le fasi della scommessa e le fasi di eccitamento sessuale o la masturbazione [39]; Simmel per primo pubblicò un case report di GAP dove evidenziava i tratti pregenitali presenti nel soggetto esaminato, la soddisfazione erotica provata in seguito al gioco e anticipò le determinanti edipiche poi riprese da Freud in quanto il gioco era visto come mezzo per soddisfare un piacere erotico; inoltre intuì il ruolo centrale delle fantasie onnipotenti anali, delle fantasie narcisistiche di grandiosità, di diritto, di pseudoindipendenza e il bisogno di negare sentimenti di impotenza. Greenson (1947) sviluppò tali teorie evidenziandone i derivati pregenitali e genitali al cui soddisfacimento la nostra società si contrappone: nel GAP tendenze orali, anali, masturbatorie, onnipotenti, edipiche, omosessuali latenti e masochistiche possono trovare appagamento. Infatti, nel gioco, la tensione sempre in crescita e la quiete finale sono considerate, dall'autore, vere e proprie regressioni che derivano da pulsioni parziali infantili. Inoltre, l'ambiente di gioco tendenzialmente maschile, il mangiare e il fumare eccessivamente, la trascuratezza o l'eccessiva cura nel vestire e l'attenzione rivolta alle fiches sarebbero per lui dimostrazione di pulsioni orali e derivati sadico-anali di elementi fallici ed omosessuali. Anche il pensiero magico, che spesso è sotteso al gioco, è dimostrazione di una regressione. Per Greenson vi è anche un ruolo del

conflitto edipico, in quanto il giocatore è stato precocemente privato dei genitori per cui cerca nel Fato e nella Fortuna l'amore di cui è stato mancante. L'autore ha riscontrato punti in comune con le tossicomanie e le perversioni e, secondo lui, ciò può essere visto come un tentativo di difesa da una grave depressione: vincere è un trionfo onnipotente, il rifondersi alla madre, mentre perdere rappresenta l'abbandono materno.

2) Un'altra linea di studio ha enfatizzato il ruolo del masochismo e dell'inibizione delle pulsioni uretrali e anali da parte dei genitori che negano al bambino il piacere e veicolano il principio di realtà. Il bambino tende a ribellarsi a questa inibizione con aggressività, ma così prova un senso di colpa ed un bisogno di punizione che porta al masochismo per espiare [40]. Il GAP ricalca questo ciclo di rabbia, aggressione e punizione. Vi è quindi un desiderio inconscio di perdere per espiare. Il piacere deriva dalla ribellione grandiosa, il dolore dalla sicura punizione. Quindi l'angoscia di perdere è erotizzata in un masochismo cronico anche detto "masochismo psichico".

Bergler (1957) fu il primo a vedere il giocatore dal punto di vista psicopatologico, mentre prima era soprattutto un'attività condannata moralmente e legalmente. Bergler infatti descrive il giocatore "nevrotico" (neurotic-gambler) e lo distingue da quello che ottiene il denaro con mezzi illegali (gambler-racketeer) e che appartiene al campo della criminologia. Il giocatore che secondo Bergler, è un nevrotico frainteso, è caratterizzato da 6 particolarità:

- aspetto quantitativo: corre rischi e gioca con regolarità;
- il gioco preclude ogni altro interesse;
- non impara mai dalle perdite: è come se avesse stipulato un "contratto con il Fato" e che quindi si aspetti una ricompensa; si pone quindi al di sopra di ogni argomentazione logica;
- non si ferma mai quando vince, perchè come si accennava prima, per lui la vincita è il pagamento diretto del suo contratto col Fato, non è un risultato casuale;
- finisce sempre col rischiare somme troppo alte;
- prova una tensione piacevole-dolorosa tra quando scommette al risultato, ed è proprio questa la sensazione che il giocatore cerca e, secondo Bergler,

lo scopo ultimo del suo gioco è proprio perdere.

3) Altri autori infine si sono focalizzati su una fissazione a livello anale e su dinamiche di erotismo anale [41].

Anche Freud si occupò del gioco d'azzardo, ipotizzando la passione del gioco come una trasformazione simbolica della masturbazione infantile, intrecciata a fantasie incestuose e parricide di prendere il posto del padre, nel suo lavoro "Dostoevskij e il parricidio": il protagonista "ha uno stile di vita autodistruttivo e perde al gioco per ottenere un sollievo masochistico".

Le fantasie grandiose sono anche sottolineate da Fenichel (1951), che ipotizza un "Fato genitoriale: ... giocare è un tentativo per costringere magicamente il Fato a fare il suo "dovere"; giocare è una lotta contro il Fato". Per lui la funzione psicologica del gioco risiede nel tentativo di liberarsi da tensioni estreme mediante la ripetizione o l'anticipazione delle stesse in momenti e modi scelti dal soggetto.

Kris (1938) ha suggerito che le tensioni sessuali più intime, nei giocatori d'azzardo, siano esperite con terrore e l'orgasmo abbia una connotazione mortale; alla base del gioco ci sono quindi delle forti tensioni sessuali che lo spingono a giocare, ma che, a lungo andare, intrappolano il soggetto in un circolo vizioso, trasformando il gioco in una questione di vita e di morte fino a perdere il carattere di gioco.

Lindner (1950) ha sottolineato la rivalità edipica verso il padre: quando si vince al gioco si vive una conferma di un senso di onnipotenza, quando si perde ne ha la negazione. Pone poi l'accento sul senso di colpa dovuto alla conferma di tale onnipotenza, quando il padre realmente muore. Quindi sia il vincere che il perdere hanno contemporaneamente una valenza positiva e negativa e, visto che l'unica soluzione sarebbe vincere e perdere al tempo stesso, il giocatore deve continuare a giocare.

Galdston (1960) descrive il GAP come una domanda d'amore alla Fortuna, vista come simbolo materno.

Per Bolen e Boyd (1968) il GAP è inconsciamente un'attività proibita che soddisfa indirettamente pulsioni aggressive e libidiche, scatenando un senso di colpa che suscita un desiderio di punizione appagato dalla perdita al gioco. Per questi autori

è anche una forma di difesa da depressione, psicosi schizofrenica e maniaco-depressiva.

Recentemente, si è sottolineata l'importanza della presenza di un disturbo di personalità narcisistico nel GAP [42]; i giocatori d'azzardo, per difendersi da un profondo senso di debolezza, devono continuamente provare a se stessi il proprio valore e ricorrono a primitivi meccanismi di difesa come negazione, scissione e proiezione, nel tentativo di ricostruire l'illusione di onnipotenza. E' quindi l'imprevedibilità del risultato che spinge a giocare, per rafforzare quel senso di onnipotenza controllando l'incontrollabile.

Nel 2006 Waska ha sottolineato i problemi nelle relazioni oggettuali dei soggetti affetti da GAP e da altre dipendenze: durante la terapia, tali pazienti mettono in atto dinamiche di transfert con acting out, dinamiche sadomasochistiche, proiezioni, fantasie di perdita e persecuzione. Ha inoltre evidenziato un funzionamento paranoide, schizoide e depressivo.

Dal punto di vista comportamentista si prende spunto dalla teoria skinneriana e dalle teorie dello stimolo intermittente; da studi su animali emerge come, anche in presenza di rinforzi casuali e rari, si può mantenere un certo comportamento. Il rinforzo casuale spinge a ritentare più volte perchè un maggior numero di tentativi significa maggiori possibilità di vincita. Si è poi studiato cosa succede fra la puntata e la vincita: oltre al denaro vinto, l'eccitazione associata all'attesa funziona anch'essa da rinforzo [43]. Vi è una variante della teoria dell'attivazione, la reversal Theory [44]: durante il gioco possono coesistere e alternarsi il prevalere della motivazione dovuta ai soldi o all'eccitazione di per sé. Di solito sono più attratti dal gioco coloro che giocano per l'eccitazione di per sé.

Infine, secondo il modello cognitivista [45], il GAP origina in soggetti con un ritardo dello sviluppo cognitivo, che si colloca nella transizione dall'adolescenza all'età adulta. I giocatori sono rimasti allo "stadio delle operazioni concrete", in cui il gioco è visto sulla base delle singole scommesse e delle singole vincite, e ci si sente onnipotenti e fortunati, capaci e potenti, senza rendersi conto delle problematiche connesse, sia finanziarie che emozionali.

Il gioco d'azzardo può essere considerato un "espediente compensativo", un "sucedaneo di speranza" che in questo senso assolve quasi ad una funzione

sociale [16]. Ma il rischio di cadere in un tunnel e compiere l'escalation che porta dal gioco occasionale a quello abituale, al gioco problematico ed infine a quello patologico, è decisamente alto.

### ***2.3.9 Fattori predittivi***

L'insorgenza in un soggetto di un GAP non è attribuibile ad un solo fattore, ma alla presenza di più fattori con effetti cumulativi [46]. Vi sono tre ordini di fattori che contribuiscono all'eziopatogenesi del GAP: neurobiologici, individuali ed ambientali.

Si possono perciò individuare dei fattori predisponenti riconducibili a quelle tre categorie.

I fattori neurobiologici implicano una vulnerabilità genetica con alterazioni dei recettori D2 dell'area mesolimbica e mesocorticale o alterazioni neurotrasmettitoriali.

Per quanto riguarda le variabili sociodemografiche, i maschi hanno un rischio relativo due volte maggiore delle donne di ammalarsi di GAP. Le donne giocatrici negli ultimi anni però stanno aumentando, soprattutto per tipologie di gioco d'azzardo specifiche come il bingo, il lotto ed il gratta e vinci. Inoltre le donne tendono a giocare per sfuggire da situazioni spiacevoli, mentre gli uomini giocano per l'eccitazione provata durante il gioco. Le donne giocatrici di solito hanno un esordio più tardivo ed una progressione della malattia più veloce.

### **2.3.10 *Trattamento***

Attualmente il trattamento del gambling patologico ritrova molte analogie con i modelli utilizzati nelle tossicodipendenze. Le modalità di recupero includono tecniche educative, terapie individuali e di gruppo ed il coinvolgimento dei familiari.

La collaborazione con l'associazione denominata Giocatori Anonimi, nata a Milano il 12 dicembre 1999, per aiutare quanti vogliono curarsi dalla dipendenza dal gioco d'azzardo patologico o compulsivo, e Gam-Anon, sorta a Padova il 2 febbraio 2000, con funzione di sostegno per parenti ed amici dei giocatori d'azzardo patologici, spesso completa il trattamento.

In alternativa, o in aggiunta a queste modalità, sono state utilizzate varie tecniche comportamentali di desensibilizzazione e avversative.

L'intervento terapeutico è avviato con la conquista della fiducia del paziente e mediante la stimolazione della presa di coscienza della sua malattia, e procede con il sostegno fornito dalla struttura sanitaria negli immediati problemi fisici, psichiatrici e sociali presentati dal paziente, in associazione all'impegno del soggetto ad astenersi dal gioco. Segue un lavoro di riabilitazione che, tramite il miglioramento dell'atteggiamento interpersonale e sociale del paziente, ha come obiettivo la duratura astensione dal gioco [47].

Il gambling patologico è una malattia che dura tutta la vita e, allo stesso modo delle tossicodipendenze, il giocatore d'azzardo patologico può subire ricadute anche dopo anni di astensione. È tuttora esiguo il numero degli studi pubblicati sull'efficacia delle terapie. Il costo-beneficio del trattamento del gambling patologico è stato esaminato da Politzer (1985); qui l'autore conclude che il rapporto beneficio-costi per la società è di 20 a 1. Nonostante i benefici promettenti, negli USA la diffusione dell'azzardo legale non è accompagnata dalla promozione della prevenzione e del trattamento [47].

Da una review Cochrane del 2007 [48] sulle psicoterapie comportamentali e cognitivo-comportamentali utilizzate nel GAP, che ha valutato l'efficacia della terapia comportamentale sia a breve (entro un mese) che a lungo termine (oltre sei mesi), è emerso che, al momento attuale, ci sono poche evidenze di efficacia,

anche perchè gli studi sono pochi e piuttosto eterogenei. Comunque risulta che sul breve termine tali terapie sono più efficaci del controllo. Sul lungo termine non ci sono risultati significativi, ma risulta comunque esserci un trend di efficacia rispetto al controllo.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, attualmente non esiste un trattamento standard per il GAP.

In un case report del 1992 [49] è stata valutata l'efficacia della clomipramina, ma i casi più numerosi riguardano l'utilizzo di SSRI. Tre studi hanno valutato l'efficacia della fluvoxamina in dosaggi tra i 100 ed i 250 mg/die [49-51]. Lo studio di Blanco (2002) eseguito in doppio cieco controllato con placebo, non ha portato risultati statisticamente significativi eccezione fatta per un sottogruppo di giocatori maschi giovani; tale risultato era dovuto alla riduzione del tempo e del denaro impiegati dai soggetti nel gioco d'azzardo. Due studi [52, 53] hanno valutato l'efficacia di trattamento con paroxetina a dosaggi compresi tra 10 e 60 mg/die; nel primo studio il trattamento è risultato efficace, mentre nel secondo tale dato non è stato confermato. L'efficacia di citalopram e di escitalopram è stata vagliata da due studi [54, 55], di cui il primo, su citalopram, ha dimostrato l'efficacia terapeutica del farmaco migliorando le condotte di gioco ed i sintomi depressivi, nonché sulla qualità di vita dei pazienti. Nel secondo studio il trattamento con escitalopram è risultato efficace e ben tollerato. Dati i risultati positivi, secondo Black (2007) sarebbe opportuno effettuare un trial randomizzato controllato con placebo su un campione più ampio.

Vi sono anche studi con l'utilizzo di stabilizzatori dell'umore quali litio e carbamazepina [56, 57].

Tra le altre molecole potenzialmente efficaci nella terapia del GAP, si ritrova il naltrexone (antagonista dei recettori oppioidi  $\mu$ ), di norma utilizzato nel trattamento da dipendenza da alcool ed oppioidi, con effetto maggiore in quei soggetti che all'inizio dello studio dimostravano un'impulsività più marcata [58] ed il bupropione, soprattutto nei soggetti in comorbidità con sindrome da deficit di attenzione e da iperattività (ADHD) [55].

### 3. IPNOSI E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Al momento non sono disponibili studi italiani di rilievo che valutino l'utilizzo dell'Ipnosi nel Gioco D'Azzardo Patologico.

Gli unici dati a disposizione provengono da ricerche su internet ove viene identificata come potenzialmente efficace nel "Gambling" l'Ipnosi Regressiva Dinamica, utilizzata al fine di ridurre i meccanismi di difesa del soggetto e poter portare più agevolmente a livello conscio i conflitti inconsci che sarebbero alla base del disturbo [59].

Molto scarsi anche i dati presenti nella letteratura mondiale con pochi studi effettuati in alcuni centri specializzati in Ipnosi in Australia, Nuova Zelanda, America e Inghilterra.

Alcuni ipnoterapisti utilizzano tecniche ipnotiche suggestive/avversative (impiegate da alcuni sia per le tossicodipendenze che per le nuove dipendenze) partendo dall'assunto che, anche se non viene ingerita alcuna sostanza, il *gambler* ottiene dal gioco la stessa sensazione ma anche gli stessi effetti che un'altra persona ottiene da una sostanza di abuso: alterazione dell'umore, ripetizione del comportamento in quantità crescente per ottenere lo stesso effetto con aumento del craving, graduale riduzione della capacità di resistere, aumento di intensità e frequenza del comportamento. Le possibili motivazioni alla base sono comuni a quelle dei tossicodipendenti: allontanarsi da cattive sensazioni, ansia, solitudine, depressione, dolore, rabbia, stress, noia, accettazione all'interno di un gruppo, relazione sentimentale insoddisfacente o modalità adottata come risposta ai problemi. Se lo stimolo sottostante al disturbo permane si instaura un circolo vizioso che mutua la dipendenza. Una volta instaurato il comportamento di dipendenza è necessario quindi aiuto al fine di imparare una nuova via di vivere senza la sostanza (il comportamento nel caso del Gioco D'Azzardo Patologico). Proprio per tale motivo le tecniche avversative rischiano di non essere risolutive ma, anzi, di spostare unicamente il problema "da una dipendenza a un'altra"[60]. Sulla base di questi presupposti viene indicata come efficace l'Ipnosi Regressiva, capace di andare a colpire le cause profonde che hanno motivato la dipendenza: identifica il problema alla base del disturbo in modo da interrompere il circolo

vizioso che conduce al mantenimento della patologia stessa. In tal senso l'Ipnosi potrebbe rappresentare una via di aiuto non ottenibile diversamente o ottenibile più agevolmente.

Alcuni studiosi londinesi hanno invece creato un programma di Ipnosi specificamente adattato che utilizza tecniche di visualizzazione e suggestione diretta (non ben evincibili) ma mostrando tassi di risposta vicini al 100 % già dopo il primo mese di intervento che tendono a mantenersi dopo 12 mesi, con bassi tassi di ricaduta [61].

Di maggior rilievo i dati che, in vari paesi (America, Nuova Zelanda, Australia e Gran Bretagna), valorizzano l'utilizzo dell'Ipnosi nel Gioco D'Azzardo in aggiunta ai programmi riabilitativi standard di normale impiego: sembra infatti che tale associazione determini un notevole aumento dell'efficacia dei programmi, diversamente gravati da risultati molto scarsi con altissimi tassi di ricaduta.

Dati americani affermano che il trattamento standard intensivo usato nelle Nuove Dipendenze (cosiddetto a "12 step") determina un tasso di guarigione solo del 22%. Se a tale programma si aggiunge l'Ipnosi i risultati crescono a più dell'87%; per tale motivo è stato creato un programma avanzato con l'aggiunta di tecniche ipnotiche in grado di riprogrammare la risposta allo stress, ridurre o eliminare il craving e motivare al mantenimento dell'astinenza [62].

Tale dato viene confermato da altri ipnoterapisti californiani, dal cosiddetto programma californiano "Triumph over addiction" che consta di 12 sessioni di ipnosi in un mese. Durante tale periodo i soggetti ricevono inoltre un cd di rinforzo ipnotico che viene ascoltato a domicilio. Alla fine del mese i soggetti hanno imparato come evitare comportamenti "autosabotanti", aumentato la loro autostima, sviluppato identità autonoma di chi non necessita del comportamento verso cui erano dipendenti prima [63].

Vengono inoltre indicati programmi associati di Ipnosi e Programmazione Neuro-Linguistica (PNL) che sembrerebbero essere particolarmente efficaci per la capacità di agire sia a livello pratico-comportamentale che sulle motivazioni profonde: mentre la PNL insegna come prendere decisioni cosce circa comportamenti e abitudini l'ipnoterapia agisce sull'inconscio andando a lavorare sulle cause profonde motivanti il disturbo [64].

#### **4. SCOPO DELLA RICERCA**

Vista la mancanza di studi sperimentali che valutino l'utilizzo dell'Ipnosi nel Gioco D'Azzardo Patologico e le indicazioni di efficacia, seppur deboli, riscontrate in America, Inghilterra, Nuova Zelanda e Australia, ci siamo proposti di valutare se l'associazione dell'ipnosi al percorso standard proposto presso il nostro servizio ambulatoriale (costituito da regolari visite psichiatriche di controllo di valutazione clinica e, eventualmente farmacologica, e colloqui psicologici a indirizzo espressivo-supportivo) potesse permettere una maggiore efficacia rispetto al solo percorso standard in termini di remissione del disturbo e tassi di ricaduta.

#### **5. METODOLOGIA DELLA RICERCA**

Il servizio di SSCVD Psicologia Clinica di Liaison (Prof. Munno) presso la Città della Salute di Torino, Ospedale Molinette, offre un servizio ambulatoriale dedicato alle Nuove Dipendenze ove alla diagnosi e alla tipizzazione del disturbo (Gioco D'azzardo Patologico, Shopping Compulsivo, Dipendenza da Sesso, Dipendenza da Internet, Dipendenza da Videogiochi, Dipendenza da Facebook) segue la presa in carico del paziente e, qualora necessario, dei familiari.

Il paziente viene seguito con regolari visite psichiatriche di controllo clinico e, quando ritenuto il caso, farmacoterapico. In associazione viene effettuato anche un percorso psicologico a carattere espressivo-supportivo della durata di quattro mesi.

Successivamente il paziente prosegue con regolari visite psichiatriche di controllo e, solo se necessario, viene effettuato un ulteriore ciclo psicoterapico.

Solo in casi particolari si rende necessario il ricovero.

Vista la scarsità di dati in letteratura che valutino l'utilizzo dell'Ipnosi nelle Nuove Dipendenze e, in particolare, nel Gioco D'Azzardo Patologico, si è deciso di mettere a confronto un campione di pazienti con tale diagnosi che effettuassero il percorso psicoterapico "standard" verso un altro campione di pazienti che

ricevessero in aggiunta anche cinque sedute di ipnosi all'inizio del ciclo psicoterapico.

Visti gli scarsi risultati dell'Ipnosi avversativa nel campo delle dipendenze da sostanze è stato pensato di utilizzare una tecnica ipnotica che permettesse invece di dare un rimando positivo al paziente e di lavorare su un rinforzo dell'autostima. Sono state effettuate tre sedute della durata di circa 20 minuti l'una all'inizio del ciclo psicoterapico. Durante la prima seduta è stata effettuata una induzione classica ed è stato dato il comando post-ipnotico in modo da poter favorire le sedute successive. Nella seconda seduta il paziente ha lavorato ritornando con i ricordi fino alla prima volta che ha giocato e riferendo le sensazioni percepite in termini di vista, udito, olfatto, tatto, gusto. A questo punto ci si è focalizzati sulla sensazione che egli sentiva maggiormente correlata al gioco e che lo conduceva a esso: questo viene considerato "il campo da mettere a posto". Si effettua quindi una "scozzata": la percezione alterata viene modificata e resa più piacevole al soggetto che a quel punto viene indotto a prendere una scelta differente, a compiere una scelta diversa da quella avvenuta all'epoca di quel primo contatto col gioco, a scegliere di non giocare. Viene rinforzata la grande capacità del soggetto e, nell'ultima seduta, è stato effettuato un rinforzo dell'io, al fine di aumentare l'autostima del paziente e fargli percepire la propria forza di scelta.

In seguito il paziente ha proseguito con le sedute psicologiche espressivo-supportive.

Sono stati somministrati i seguenti test:

- **Clinical Global Impression (CGI)** per valutare, sulla base di un giudizio clinico, la gravità di malattia e l'andamento del paziente in termini di risposta terapeutica;
- **Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)** per valutare la presenza e la gravità di sintomatologia depressiva;
- **Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)** per valutare la presenza e la gravità di sintomatologia ansiosa.

I test sono stati somministrati a inizio, a metà e alla fine del ciclo psicoterapico.

Veniva inoltre valutata, durante i colloqui psichiatrici di controllo, la presenza e la frequenza di eventuali ricadute di alterate condotte di gioco d'azzardo, la quantità di soldi giocata e se fossero stati effettuati prestiti/debiti.

A causa di fattori escludenti (età del soggetto, comorbidità psichiatriche, disponibilità alla tecnica) e tempistiche ristrette non si è potuto mettere a confronto un campione ampio ma effettuare esclusivamente un confronto tra due pazienti.

## **6. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE**

Il campione è costituito da due pazienti giunti in prima visita presso gli ambulatori di SSCVD Psicologia Clinica di Liaison, Città della Salute di Torino, Ospedale Molinette, cui è stata posta diagnosi di Gioco D'Azzardo Patologico secondo i criteri del DSM-IV-TR.

Entrambe i pazienti sono di sesso maschile, sono coniugati e non hanno figli.

Il primo paziente, di anni 44, lavora come operaio.

Il secondo paziente, di anni 46, lavora come personal trainer in una palestra.

Ambo i pazienti hanno sviluppato un quadro depressivo di grado lieve reattivo alle alterate condotte di gioco e alle ripercussioni in ambito economico e familiare.

Nessuno dei due ha presentato altri Disturbi Psichiatrici di Asse I (DSM-IV-TR) nè Disturbi di Personalità in asse II (DSM-IV-TR) in comorbidità.

Per entrambe era la prima valutazione psichiatrica nella vita.

Per nessuno dei due pazienti si è resa necessaria impostazione di farmacoterapia.

## 7.RISULTATI

Il primo paziente, di anni 44, ha effettuato un percorso psicoterapico espressivo-supportivo della durata di 4 mesi cui sono state aggiunte, in fase iniziale, tre sedute di ipnosi con la tecnica sopra descritta. Ha effettuato regolari controlli psichiatrici a cadenza mensile per il monitoraggio dell'andamento clinico. Non è stata somministrata alcuna farmacoterapia. Il paziente non aveva mai effettuato prima ipnosi né training autogeno né tecniche di rilassamento. Riconosceva come momento di massimo rilassamento quello sul divano davanti alla TV, in cui si sentiva "pesante", come se "sprofondasse nei cuscini del divano". E' stato dato pertanto maggior rilievo nella seduta di induzione alla "pesantezza".

Una volta giunto alla "prima giocata" riconosceva come estremamente "accecante" ma "molto accattivante e attraente" la componente visiva, con colori molto forti e intensi. Si è lavorato su tale dato percettivo, modificandolo in modo da rendere i colori più tenui e creando una nuova percezione di colore caldo, tenue, rilassante, che lo faceva stare bene e che non gli faceva sentire più la "tensione, attrazione, ricerca del gioco", ma lo allontanava dalla macchinetta, ora non più percepita come interessante. Nell'ultima seduta è stato dato un rinforzo dell'Io attraverso l'utilizzo della metafora della "salita di una scalinata".

I risultati dei test somministrati sono i seguenti:

- a inizio ciclo la GCI indica che il paziente è moderatamente ammalato, la HAM-D rileva un quadro depressivo lieve (punteggio totale pari a 11) e la HAM-A la presenza di sintomatologia ansiosa di grado lieve (punteggio totale pari a 15);
- a metà ciclo GCI lievemente ammalato con lieve miglioramento, la HAM-D la presenza di sintomatologia depressiva lieve (punteggio totale pari a 8) (sebbene ridotta rispetto alla precedente valutazione l'intensità all'interno di alcuni items), la HAM-A indica livelli di normalità (punteggio totale pari a 8);
- a fine ciclo GCI solo marginalmente ammalato con moderato miglioramento, HAM-D assenza di depressione (punteggio totale pari a 5) e HAM-A indica livelli di normalità (punteggio totale pari a 5).

Il paziente, durante tutti i quattro mesi, non ha mai manifestato alterate condotte di gioco.

Il secondo paziente ha ricevuto invece esclusivamente un percorso psicologico espressivo-supportivo della durata di quattro mesi. Ha effettuato regolari controlli psichiatrici a cadenza mensile per il monitoraggio dell'andamento clinico. Non ha assunto alcuna farmacoterapia.

I risultati dei test somministrati sono i seguenti:

- a inizio ciclo la GCI indica che il paziente è moderatamente ammalato, la HAM-D rileva un quadro depressivo lieve (punteggio totale pari a 17) e la HAM-A la presenza di sintomatologia ansiosa lieve (punteggio totale pari a 17);
- a metà ciclo GCI lievemente ammalato con lieve miglioramento, HAM-D lieve (punteggio totale pari a 10) (sebbene ridotta rispetto alla precedente valutazione l'intensità all'interno di alcuni items) e la HAM-A A indica livelli di normalità (punteggio totale pari a 13);
- a fine ciclo GCI solo marginalmente ammalato con moderato miglioramento, HAM-D assenza di depressione (punteggio totale pari a 6) e la HAM-A A indica livelli di normalità (punteggio totale pari a 7).

Il paziente ha presentato, nel corso del ciclo psicoterapico, saltuarie ricadute seppur lievi delle condotte di gioco che si sono caratterizzate per una netta riduzione sia della frequenza che della quantità di denaro giocata rispetto all'arrivo ai servizi con perdite economiche dell'ordine di poche decine di euro massime a giocata. Inoltre si è notata una ulteriore graduale riduzione di frequenza e gravità delle condotte di gioco con il progredire della terapia. Il paziente non ha comunque contratto debiti nè chiesto prestiti durante questa fase di monitoraggio. Sono in corso rivalutazioni testistiche di follow-up in quanto i cicli psicoterapici sono terminati da tempi troppo esigui. Entrambe i pazienti continuano a essere seguiti presso i nostri ambulatori con regolari visite psichiatriche di controllo e, al momento, solo il secondo paziente (che ha ricevuto solo il ciclo psicologico supportivo e non l'ipnosi) ha manifestato saltuarie ricadute, sebbene lievi, delle condotte di gioco.

## 8. CONCLUSIONI

Dai dati a disposizione sembrerebbe che l'Ipnosi, aggiunta al normale ciclo psicoterapico utilizzato presso il nostro servizio ambulatoriale nel Gioco D'Azzardo Patologico, possa dare un beneficio in termini di risposta più rapida e soprattutto di una quota inferiore di ricadute sia durante che dopo la psicoterapia. Inoltre la particolare tecnica utilizzata sembra aver ottenuto degli effetti molto positivi sul paziente, a detta anche della moglie, che afferma di sentirsi più rilassato, più sicuro di sé e fiducioso delle sue capacità e in armonia e benessere relazionale con la moglie. Dichiarò di non sentire in alcun modo la necessità di giocare e di non sentirsi attratto dal gioco.

Tuttavia il campione è troppo esiguo e poco rappresentativo della popolazione dei "Giocatori D'Azzardo Patologici" e quindi non permette di ricavare dati statistici generalizzabili in termini di efficacia della tecnica nel disturbo.

Si ritengono pertanto necessari ulteriori studi su un campione più ampio di pazienti al fine di poter avere maggiori evidenze di efficacia e permettere una miglior definizione delle tecniche di Ipnosi da utilizzare.

## BIBLIOGRAFIA

1. Casiglia E., Rossi A.M., Lapenta A.M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*. Editrice Artistica Bassano. Bassano Del Grappa, 2006.
2. BOGETTO F, MUNNO D. *“Nuove droghe” e nuovi tossicomani. Aspetti farmacologici, psicologici e socio-culturali*. Torino, Ed. Minerva Medica, 2002.
3. Lucchini A, Cicerone PE, *Oltre l'eccesso*. Milano, Franco Angeli, 2011.
4. Cloninger CR. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. In *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44: 573-588.
5. ALONSO-FERNANDEZ F. *Le altre droghe: cibo, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*. Roma, Edizioni Universitarie Romane, 1999.
6. De Kerckhove D. *The skin of culture. Investigating the new electronic reality*. Toronto: Somerville Press; 1995.
7. La Barbera D, Cannizzaro G, Monaco M. L'exercise addiction. *Noos Aggiornamenti In Psichiatria* 2008;14 (2): 177-185.
8. La Barbera D, Cannizzaro S. *Le psicoteologie e l'Internet Addiction Disorder*. *Noos Aggiornamenti in psichiatria* 2008; 2: 139-146.
9. La Barbera D. *Le dipendenze tecnologiche*, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di ), *Le dipendenze tecnologiche. Clinica e psicopatologia*. Cortina, Milano,2005; 113-132.

10. La Barbera D, La Cascia C. *Il Gioco d'Azzardo Patologico*. Noós. Aggiornamenti in Psichiatria, 2008; 14 (2): 129-138.
11. Caretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Torino: Ed. Cortina Raffaello; 2005.
12. Bowlby J. Attaccamento e perdita (vol. 2). *La separazione dalla madre*. Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
13. Caretti V, Di Cesare G. *Dalla colpa alla vergogna, la dipendenza patologica da Internet*. In *Psicotech* 1, 2003; 65-72.
14. O'Brien C, Volkow N, Li T: *What's in a word? addiction versus dependence in DSM-V*. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 764–765
15. Lavanco G, Varveri L. *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa, Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi*. Roma: Carocci; 2006.
16. Imbucci G. *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Venezia: Marsilio; 1997.
17. Mazzocchi S. *Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere dei giocatori estremi*. Milano: Badini Castoldi Dalai Editore; 2005.
18. Croce M, Zerbetto R. (a cura di). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: Franco Angeli; 2001.
19. Custer RL. Pathological gambling. In Whitfield A. (A cura di). *Patients with Alcoholism and other Drug Problems*. New York: Year Book Publ; 1982.
20. Hollander E. *Obsessive-Compulsive-Related Disorders*. Washington DC American Psychiatric Press 1993-1997

21. Ramirez LF, McCormick RA, Russo AM, Taber JJ. *Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment*. *Addict Behav* 1983; 8: 425-428.
22. DSM IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*. Milano, Masson Elsevier, 2000.
23. DSM V. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, 2013.
24. Hollander E, DeCaria C, Mari E. et al. *Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling*. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1781-1783.
25. Asberg M, Träskman L, Thorén P. *5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?* *Arch Gen Psychiatry*, 1976;33(10):1193-7.
26. Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. *Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from non-impulsive violent behaviour*. *Life Sci*. 1983;33(26):2609-14.
27. Insel TR. *Toward neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 738-742.
28. Rubin RT, Villanueva-Mayer J, Ananth J. et al. *Regional xenon-133 cerebral blood flow and cerebral technetium Tc 99m-HMPAO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subject: determination by high-resolution single-photon emission computed tomography*. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 695-702.
29. Goyer PF, Andreason PJ, Semple WE, et al. *PET and personality disorders*. *Biol Psychiatry* 1991; 29 (9A): 111 (94A).

30. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Swanson JM. *Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications*. Mol Psychiatry 2004; 9: 557-69.
31. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. *The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies*. Neuropharmacology 2004; 47: 3-13.
32. Lubman DI, Yucel M, Pantelis C. *Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation*. Addiction 2004; 99: 1491-502.
33. Williams TM. *Black Pain: It Just Looks Like We're Not Hurting*. Simon & Schuster; 2008a.
34. Williams WA, Potenza MN. *The neurobiology of impulse control*. Rev Bras Psiquiatr. 2008b; 30 (Supl I): S24-30
35. Nestler EJ, Aghajanian GK. *Molecular and cellular basis of addiction*. Science 1997; 278(5335):58-63.
36. Dodd ML, Klos K, et al. *Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease*. Arch Neurol 2005; 62: 1377-81
37. Dagher A, Robbins TW. *Personality, addiction, dopamine: insights from Parkinson's disease*. Neuron. 02-2009; 61(4): 502-10.
38. Lader M. *Antiparkinsonian medication and pathological gambling*. CNS Drugs. 2008; 22(5): 407-16.
39. Simmel E. *Psychoanalysis of the gambler*. Int. J. Psychoan. 1920;1: 352-353.

40. Bergler E. *The Psychology of Gambling*. New York: International University Press, 1957 (trad. it. *Psicologia del giocatore*. Newton Compton, 1974).
41. Fuller P. *Gambling: a secular 'religion' for the obsessional neurotic*. In THE PSYCHOLOGY OF GAMBLING. J. Halliday & P. Fuller (Eds.). New York: Harper & Row, 1974.
42. Rosenthal R. *The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature*. In Galski, Thomas, et al. (Eds.), 1987. *The Handbook of Pathological Gambling*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
43. Dickerson MG. *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*. 1984 (trad. it. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1993).
44. Anderson G, Brown RIF. *Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal*. *British Journal of Psychology*, 1984; 75: 401–410.
45. Stein S. *A developmental approach to understanding compulsive gambling behaviour*. In H. Shaffer (Ed.), *Compulsive Gambling: Theory, Research, and Practice*. Lexington, MA: Lexington Books/D. C. Heath and Company, 1989.
46. Lavanco G, Varveri L. *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa, Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi*. Roma: Carocci; 2006.
47. Garau L. *Storia, neurofisiologia, diagnosi e trattamento del gambling*. *Medicina delle Tossicodipendenze* 1998; anno VI n. 1 .
48. Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. *Withdrawn: Interventions for pathological gambling*. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18;(1):CD001521.

49. Hollander E, Frenkel M, De Caria C, Trungold S, Stein DJ. *Treatment of pathological gambling with clomipramine*. Am J Psychiatry 1992; 149:710-1.
50. Hollander E, De Caria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. *A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in the treatment of pathological gambling*. Bio Psychiatry 2000; 47:813-7.
51. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Saiz-Ruiz J. *A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling*. Ann Clin Psychiatry 2002; 63: 448.
52. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin JC, Zaninelli R. *A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling*. J Clin Psychiatry 2002; 63: 501-7.
53. Grant JE, Kushner MG, Kim SW. *Pathological Gambling and Alcohol Use Disorder*. Alcohol Research & Health 2002; 26 (2): 143-150.
54. Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. *An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling*. J Clin Psychiatry 2002; 63: 44-8.
55. Black DW. *A review of compulsive buying disorder*. World Psychiatry, 2007; 6(1): 14-18.
56. Haller R, Hinterhuber H. *Treatment of pathological gambling with carbamazepine*. Pharmacopsychiatry 1994;27(3):129.
57. Moskowitz JA. *Lithium and lady luck; use of lithium carbonate in compulsive gambling*. N Y State J Med 1980;80(5):785-8.
58. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. *Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling*. Biol Psychiatr 2001; 49: 914-21.

59. <http://www.emotivia.it/author/valter-gentili/>
60. <http://www.manchestershypnotherapyclinic.com/>
61. <http://www.cityhypnosis.com/>
62. <http://www.hypnosis.edu/hypnotherapists/susan-french/>
63. [www.austinhypnotherapytraining.com/about-valerie](http://www.austinhypnotherapytraining.com/about-valerie)
64. <http://www.abbyeagle.com/nlp-hypnotherapy/gambling>