

# Il gioco d'azzardo problematico

LA "DIPENDENZA PATOLOGICA" IN GENERE SI RIFERIVA ALLA DIPENDENZA DA UNA SOSTANZA ESTERNA, MA DAGLI ANNI '70 IN POI IL CONCETTO È STATO PROGRESSIVAMENTE AMPLIATO, CARATTERIZZANDOLO ATTRAVERSO LA PRESENZA DI MODELLI DI COMPORTAMENTO SPECIFICI. IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO PUÒ RIENTRARE PERTANTO IN TALE DEFINIZIONE.

Il gioco d'azzardo ha radici profonde nella storia e nella cultura di ogni popolo.

Esso può assumere, con una frequenza forse insospettata, un carattere compulsivo e distruttivo, secondo processi e modelli di dipendenza simili per certi versi a quelli più noti dell'alcolismo e delle droghe (Dickerson, 1993).

La domanda cui questo scritto cerca di dare una risposta è se il gioco d'azzardo problematico, ormai classificato nell'ambito della psicopatologia, andrebbe o meno considerato come un disturbo di dipendenza.

Verranno richiamati i concetti di "dipendenza", "dipendenza patologica", "tossicodipendenza", e "alcoldipendenza", allo scopo di consentire il confronto con il "gioco d'azzardo patologico" da un punto di vista storico, diagnostico e sintomatologico.

## IL CONCETTO DI DIPENDENZA

La dipendenza, non sempre indice di patologia, è un processo articolato e complesso che evolve tutta la vita. Esso non è affatto legato ad una fase particolare dello sviluppo, ad esempio l'infanzia.

Fava Vizziello (1994) descrive la dipendenza come "una condizione fondamentale dell'esistenza umana, una relazione più o meno accettata che ci condiziona e che ci lega ad una persona, ad un oggetto, ad un gruppo, ad una istituzione reale o ideale e che nasce dalla soddisfazione di un bisogno o di un desiderio."

Jeammet (1992) definisce dipendente "un soggetto il cui equilibrio dipende per una parte importante dal-

*Daniela Capitanucci*  
Psicologo dirigente I Livello,  
Ser.T., Gallarate  
Servizio Dipendenze Asl, Varese

la sua relazione con gli oggetti esterni e dall'atteggiamento verso di essi" e aggiunge che "tale situazione è possibile solo in funzione di condizioni interne".

Anche Nizzoli (1996) esprime un concetto analogo affermando che "la questione della dipendenza si intreccia con quella del bisogno di sicurezza tipico di ogni uomo. Finché l'individuo non è in grado di garantire la propria sicurezza tramite le sue forze interne, è costretto a ricorrere a qualcosa di esterno."

In quest'ottica, se i confini dell'identità fossero garantiti dall'interno, non sarebbe necessario ricorrere ad oggetti esterni per soddisfare il bisogno di sicurezza.

In tale strategia si perpetua un paradosso di fondo: la ricerca dell'oggetto esterno che difenda il confine interno, che colmi le carenze dell'io, progressivamente si oppone allo sviluppo stesso della persona che se ne è servita per tutelare i propri fragili confini.

La dipendenza parrebbe quindi configurarsi come indispensabile strumento che accompagna la persona favorendone lo sviluppo fino ad una soglia critica, al di là della quale si trasforma in ostacolo che si oppone pericolosamente al pieno conseguimento dello sviluppo stesso.

Nizzoli però nota ancora come nell'esperienza umana una totale indipendenza, intesa come "la sicurezza personale senza il bisogno di ausili esterni", sia una meta utopica, concretamente irraggiungibile: anzi, si può affermare al contrario che molte situazioni traggono persino vantaggio dalla dipendenza da ausili esterni.

Non si fonda quindi sul concetto di dipendenza in quanto tale la differenza tra "sani" e "malati": è necessario un ulteriore approfondimento di tale concetto.

La riflessione di Petter (1994), secondo il quale "lo scopo dello sviluppo dovrebbe essere la conquista di una indipendenza che si collega però con il mantenimento di forme evolute e mature di dipendenza", ci viene in aiuto in tal senso: vengono abbozzati i confini tra dipendenza utile, buona, normale e dipendenza dannosa, cattiva, patologica.

Nel primo gruppo rientrano ad esempio i rapporti affettivi oppure i rapporti che stabiliamo con la società quando facciamo nostri i valori da essa proposti.

Per quanto riguarda il secondo caso, l'autore asserisce che il verificarsi di uno squilibrio fra l'indipendenza e lo stabilirsi di particolari legami, con gli altri o con altro, dà luogo alla dipendenza patologica.

Come esempi di tale condizione patologica, egli cita la dipendenza da personalità dominanti, dal gruppo, dalla televisione, dal computer, fino ad arrivare alle dipendenze da sostanze: dal tabacco, all'alcol, all'eroina e via dicendo.

Rovetto (1994) aggiunge altre dipendenze patologiche che riscontriamo negli utilizzatori di sostanze e nei giocatori compulsivi: quella da sensazioni forti e quella da comportamenti rituali imposti dalla condizione stessa di dipendenza.

I molteplici modi in cui si manifesta la dipendenza patologica, in cui questa prende l'una o l'altra forma, possono essere influenzati da fenomeni culturali, di gruppo, familiari, possono avere a che fare con il clima sociale o con percorsi imitativi. Sempre Nizzoli (1996) analizzando il soggetto affetto da dipendenza patologica in questi "rintraccia, ad un livello più o meno profondo, un'idea dello sviluppo atteso, un'idea del fallimento ed il bisogno di un agito che assume contemporaneamente vari significati; diviene strumento per scaricare in ingorgo psichico altrimenti intollerabile, messaggio di richiesta di aiuto espresso come un urlo lacinante per il dolore provato, ricerca di attività che possa bloccare lo sviluppo."

## TOSSICODIPENDENZA E ALCOLDIPENDENZA

Tossicodipendenza e alcoldipendenza vengono considerati i disturbi addizionali per definizione.

Negli ultimi dieci anni hanno assun-

to proporzioni sempre più vaste in uno scenario assai diverso dal contesto in cui si situavano negli anni passati: essi hanno cominciato a riguardare tutte le categorie sociali come pure tutte le fasce di età, vecchi consumatori e nuove tipologie di assuntori, è comparso l'utilizzo di nuove sostanze psicoattive, e si è assistito all'avvio di nuovi usi di sostanze già usate in passato.

L'uscita dalla marginalità ha suscitato un crescente interesse della società per il problema dell'abuso di sostanze e delle varie forme di dipendenza che da tale uso si possono generare. Ciò secondo Gerra (1998) ha il duplice effetto di sensibilizzare in merito al problema, come pure di suscitare paure che sfociano in comportamenti di negazione.

Gerra sottolinea che l'ampia disponibilità sul mercato di alcol e sostanze psicoattive e la diffusione capillare del consumo di tali sostanze tra i giovani, apre la porta alla pericolosa concezione di 'droga ricreazionale' o di abuso di alcol con finalità ludiche, all'idea di un impiego delle sostanze accettabile e controllabile, confinato al tempo libero, per di più carico di aspettative positive inerenti la socievolezza, la comunicazione e le relazioni interpersonali. "Questo scotomizzando le conseguenze bio-mediche e comportamentali sugli individui e l'esordio a partire dall'uso "soft" delle droghe di tante storie di dipendenza."

Parrebbe quindi che tale contesto socio-culturale stia evolvendo verso una sorta di "tolleranza" nei confronti della dipendenza patologica da sostanze.

Il dipendente da sostanze è vincolato da un legame inscindibile con la sua sostanza.

Dopo un periodo più o meno breve di uso indisciplinato, talvolta legato ai costumi sociali o del proprio gruppo di riferimento (Jellinek, in Gerra, 1998), il tossicodipendente o l'alcolista ha bisogno di aumentare notevolmente le quantità di sostanza assunta per raggiungere gli effetti desiderati, diventando progressivamente assuefatto fino a non potersene più separare per non patire crisi di astinenza fisica (immediata) e psicologica (protratta, illimitata). Il dipendente da sostanze perde il controllo, è travolto nel vortice nonostante il danno fisico, psicologico e sociale che spesso si associa alla sua perdita di controllo (APA, 1998).

La soluzione consolatoria, ciò che aveva nel suo equilibrio psichico una valenza funzionale di autoterapia individuale, di omeostasi nell'ambito del

suo sistema relazionale, di copertura per patologie psichiche (Cancrini, 1989) produce un costo talvolta rilevante.

Ecco allora che il tossicodipendente attraversa un percorso assai arduo ogni volta che si accinge ad intraprendere la strada della separazione dalla sostanza o dal comportamento addittivo: non lo contempla nemmeno, poi è ambivalente, poi intenta un'azione volta al cambiamento che, una volta raggiunto, cerca di mantenere. La ricaduta è sempre possibile, si presenta talvolta repentina, inattesa e con conseguenze dirompenti sull'immagine di sé, della propria adeguatezza (Miller e Rollnick, 1994): il tossicodipendente torna a non voler separarsi.

Questi individui, definiti da Nizoli (1996) troppo dipendenti dal desiderio, sono secondo Rovetto (1994) dipendenti dai comportamenti rituali imposti dalla loro condizione di dipendenza. Fuori dall'abitudine al rischio, per quanto costosa, c'è il vuoto estremo che abbraccia l'individuo intero, dalle sue emozioni al suo quotidiano. Le sensazioni forti, il *flash* dell'eroina, tutto ciò che ruota intorno, l'ansia anticipatoria che abbagliavano la persona, svaniscono con l'abbandono della sostanza.

Proprio la sostanza, alcol o droga, è rimasta il fulcro centrale per includere un disturbo nell'ambito delle dipendenze patologiche. Ciò nonostante, dalle considerazioni seguenti vedremo come anche il gioco d'azzardo problematico possa essere meglio inquadrato tra i disturbi addittivi piuttosto che tra quelli degli impulsi.

Prima di stilare le conclusioni in merito, definiremo più approfonditamente il comportamento del gioco d'azzardo problematico da un punto di vista storico e psicopatologico.

## IL GIOCO D'AZZARDO

Bolen e Boyd (1968) definiscono "gioco d'azzardo" come "scommessa di oggetti o qualsiasi altro valore in un gioco o su di un evento di esito incerto in cui la fortuna, in misura variabile, ne determina il risultato".

La presenza di giochi d'azzardo è stata riscontrata in tutte le culture ed in tutte le razze dai tempi più antichi. È possibile vedere raffigurata tale attività su geroglifici egizi datati 2000 a.C., romani del 900 a.C. ed etruschi del 600 a.C. (Allcock, 1986). Il gioco più antico, sopravvissuto ai giorni nostri è quelli dei dadi, già usati in Egitto nel 3000 a.C.; il gioco delle carte ebbe inizio nel dodicesimo secolo in

Cina e si diffuse in Europa e Spagna intorno al 1377 d.C.; le scommesse alle corse dei cavalli, una delle forme di gioco d'azzardo oggi più diffusa, ebbero inizio in Gran Bretagna nei secoli XII e XIII, ma presero piede solo successivamente a partire dal 1700, sotto la monarchia di Carlo II e Anna; la prima lotteria registrata in Inghilterra risale al 1566, e divennero sempre più popolari da allora; all'attività del matematico e filosofo Blaise Pascal verso la metà del 1700 si deve lo sviluppo della versione finale della roulette, mentre l'inventore statunitense Charles Fey nel 1895 mise a punto la slot-machine (Dickerson, 1993).

Per quanto riguarda l'incidenza e la prevalenza del gioco d'azzardo, Allcock riferisce che la Commissione di monitoraggio delle Politiche nazionali statunitensi nel 1979 riscontrò che il 68% della popolazione aveva partecipato a qualche forma di gioco d'azzardo; di questi, lo 0.77% risultarono essere giocatori patologici ed il 2.3% lo erano potenzialmente. In uno studio condotto in Inghilterra nel 1974, Dickerson stimò l'1% di giocatori patologici. Anche il DSM IV indica una simile prevalenza del gioco d'azzardo patologico, tra l'1 ed il 3% nella popolazione adulta.

## L'IMPATTO SOCIO-PSICOLOGICO DEL GIOCO D'AZZARDO

Sebbene da questa breve sintesi la rilevanza storica e sociale del gioco d'azzardo appaiano evidenti, solo di recente esso è divenuto oggetto di ricerca sociopsicologica.

Il processo di inquadramento psicodiagnostico del gioco d'azzardo come disturbo è stato infatti ancora più tortuoso, a partire dalla sua etichettatura linguistica fino ad arrivare al suo inquadramento teorico, e si può certamente ancora considerare in via di definizione.

Allcock (1986) rileva i numerosi termini usati in letteratura per descrivere il gioco d'azzardo problematico: nevrotico (Greenson), compulsivo (Bergler), eccessivo (Cornish), addittivo (Dickerson).

Nonostante lo studio sistematico del disordine sia solo all'inizio, alcune ricerche hanno contribuito a chiarire il suo impatto socio-psicologico, in termini personali, familiari e sociali, raccogliendo una serie di tratti caratteristici e distintivi della patologia stessa. Zimmermann et al. (1985) indicano tra gli autori che hanno maggiormente contribuito in tal senso Moran, Bergler, Bolen & Boyd, Lesieur, Nad-

ler e Meeland, Dell et al., Lorenz e Shuttlesworth. Negli anni successivi, non va dimenticato il significativo contributo di Dickerson.

Tutti gli studiosi che si sono occupati a vario titolo del problema, sottolineano la sua essenza di disordine pervasivo e debilitante, ma anche subdolo in quanto la compromissione che da esso deriva non sempre è così evidente come invece capita per altre patologie addittive, quali l'alcolismo e la tossicodipendenza, che manifestano sintomi fisici e comportamentali frequentemente sotto gli occhi di tutti.

Per lungo tempo il gioco d'azzardo è stato considerato una manifestazione di più generali tendenze antisociali. Con la stesura del DSM III nel 1980, esso è stato definitivamente riconosciuto come sindrome distinta a sé stante, collocato nei "disordini del controllo degli impulsi non altrimenti classificati".

I criteri diagnostici elencati nel DSM III (*American Psychiatric Association*, 1983) sono ancora tratti abbastanza grezzi e poco esaustivi per una completa descrizione del disturbo. Si sottolineano infatti la preoccupazione cronica e crescente relativa al gioco e la progressiva incapacità di resistere all'impulso di giocare, l'impatto nocivo del gioco e dei comportamenti ad esso correlati sulle mete personali, familiari ed occupazionali, l'intensificazione del comportamento nei periodi stressanti e all'aumentare dei debiti. Si evidenziano inoltre, come tratti associati al disturbo, il bisogno di mentire per ottenere denaro, l'occultamento del gioco all'estremo limite, la necessità di commettere reati (frode, truffa, contraffazione) allo scopo di procurarsi il denaro necessario per continuare a giocare.

Il DSM IV, pur mantenendo il gioco d'azzardo problematico nella collocazione precedente di "disturbo degli impulsi", rivede i criteri diagnostici rendendoli più specifici. Il gioco viene definito maladattivo qualora siano presenti simultaneamente almeno cinque delle seguenti caratteristiche: il soggetto è eccessivamente coinvolto nel gioco d'azzardo (per esempio, è troppo 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 irre-

quieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione); dopo aver perso al gioco, spesso torna a giocare ancora allo scopo di recuperare le proprie perdite; mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo; ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il 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.

In termini di decorso, il gioco d'azzardo tende ad iniziare in adolescenza, specie nei maschi, che secondo Custer (1984) rappresentano il 95% dei pazienti in trattamento; quasi mai la prima scommessa coincide con l'inizio della modalità compulsiva: possono esservi anni di gioco d'azzardo socialmente accettato seguiti da un esordio brusco che può essere incentivato da una maggiore esposizione alle occasioni di gioco d'azzardo o da un fattore stressante.

La modalità del gioco d'azzardo può essere regolare o episodica, e l'evoluzione del disturbo è tipicamente cronica, con progressione nella frequenza delle giocate, delle somme scommesse, e dell'investimento con picchi di incremento in relazione a periodi di stress emotivo o di depressione.

Cancrini (1998) ripercorre la storia tipica di un giocatore d'azzardo patologico attraverso l'analisi del profilo tracciato da Dostoevskij. Secondo Cancrini sono bene evidenti due fasi caratteristiche del disturbo: quella delle vincite e quella delle perdite. È abbastanza frequente che all'inizio della carriera di un giocatore ci sia una grande vincita. A prescindere dalle vincite effettive sembrerebbero molto importanti in questa fase le fantasie di vittoria ed un intenso bisogno di successi spettacolari: più la stima di se stessi poggia sul gioco, più sono forti il coinvolgimento emotivo e l'investimento in termini di denaro e tempo. Nella successiva fase delle perdite il giocatore può incappare in una serie di episodi sfortunati oppure ad un tratto può accorgersi che gli risulta intollerabile perdere. Si verifica a questo punto ciò che viene definito "inseguimento della vincita": il giocatore cambia la strategia di gioco precedente, cerca di rivincere in un colpo solo tutto ciò che ha perso giocando forti somme di denaro proprio, della famiglia o preso a prestito, si muove sotto la spinta di una urgenza pressante, nasconde i suoi comportamenti relativi al gioco che una volta scoperti generano accessi conflitti con le persone a lui vicine.

Questa situazione assai precaria sfocia alla fine in un "crollo": il giocatore non ha più la possibilità di ottenere prestiti, è minacciato dai creditori, ha relazioni familiari e sul lavoro significativamente compromesse, prossime alla rottura. Ormai disperato si rivolge alla famiglia e confessa. Scatta così una "operazione di salvataggio". La famiglia salda i debiti in cambio della promessa di abbandono o drastica riduzione del gioco.

Anche Custer propone un interessante schema descrittivo delle fasi del gioco patologico e della guarigione, che dettaglia ulteriormente lo schema di Cancrini.

Si inizia magari occasionalmente a giocare e si sperimentano nella fase delle vincite l'eccitazione legata al gioco, l'immagine di un sé vincente, il progressivo crescente investimento economico. Insorge in seguito una fase perdente nella quale il gioco diviene attività solitaria, fonte di ossessione e di frustrazione psicologica ed economica: iniziano le prime difficoltà in tutti gli ambiti (individuale, familiare, lavorativo, economico e sociale); la situazione comincia a sfuggire di mano fino a culminare nella fase della disperazione, dove ormai tutto ruota intorno al gioco: insorge il panico ed il soggetto è sempre più isolato con la sua abitudine di giocare sempre più pervadente ed incontrollabile. Questa fase culmina in un momento in cui la persona è senza speranze, pensa o addirittura tenta di suicidarsi, crolla emotivamente, si dà all'alcol, si chiude in sé stesso, la sua vita sociale e familiare precipita (arresti, divorzi, licenziamenti).

Dickerson (1993) osserva come in questo contesto la persona può sentire il sincero bisogno di essere aiutato e quindi può accedere ad una fase critica, fondamentale per il cambiamento e per la risalita verso la guarigione: rinasce la speranza, prende decisioni, si chiarisce le idee, inizia a smettere di giocare, ipotizza come risarcire i debiti contratti. Ciò porta alla fase della ricostruzione: ricomincia a rispettare sé stesso e chi gli sta vicino, è più tranquillo, recupera spazi ed intimità affettiva con i suoi cari. Questo lo avvia

ad una fase di crescita in cui diminuisce la preoccupazione legata al gioco, torna ad essere più capace di comprendere ed amare gli altri praticando un nuovo stile di vita.

## CONCLUSIONI

Veniamo quindi alle nostre considerazioni conclusive, avvalendoci ancora una volta degli spunti teorici forniti dai ricercatori in tale ambito.

Innanzitutto, compulsione o dipendenza?

Moran (1970) spiega la sua predilezione del termine patologico, piuttosto che compulsivo, se riferito al gioco, in quanto a suo avviso la compulsione richiede che ci sia una resistenza ad un impulso, mentre invece i giocatori spesso non hanno desiderio di cessare il gioco e pertanto non esercitano alcuna resistenza ad esso.

Anche Cancrini (1998) non condivide la classificazione che include il giocatore d'azzardo nel quadro della compulsione e propende per un inquadramento nelle dipendenze patologiche per tre motivi. Innanzi tutto egli rileva nel giocatore, come nel tossicodipendente, strutture dipendenti che trovano nel gioco d'azzardo, o nell'uso di sostanza, un punto di riferimento concreto ma che ad essi preesistono e che si manifestano sotto altre forme finché non si verifica l'incontro con il gioco o la sostanza. In secondo luogo, il carattere stesso del gioco, come pure della tossicodipendenza, è egosintonicamente e non compulsivo: il giocatore non considera il gioco come una costrizione, come un comportamento che gli viene imposto da qualcosa che lo condiziona dentro. Gioca perché gli piace giocare e organizza i suoi pensieri in modo da giustificare le sue scelte. Così pure il tossicodipendente. Infine la localizzazione del piacere: esso è collegato con il gioco in sé più che con il denaro che deriva dalla vincita, come nella tossicodipendenza in cui il premio sta soltanto nella febbre, nel *flash* che essa è capace di provocare.

Questo è un tratto distintivo tra giocatori non patologici, che giocano per vincere, e giocatori patologici, che giocano per rimanere nell'azione. Lo stato di euforia ed eccitazione derivante dall'azione è paragonabile a quello indotto dalla cocaina e da altre droghe. Anche il resto dell'esistenza ruota attorno a questo momento: l'attesa concitata ed esaltante delle vicende del gioco, la perdita di fascino di tutto ciò che non è ad esso correlato: il giocatore diventa un personaggio che non ha legami affettivi e che si prepara ad

un legame unico senza compromessi.

In merito al misticismo del giocatore, al suo assorbimento quasi religioso nell'esperienza del gioco, alle sue fantasie circa il poter influenzare il destino, Cancrini (1998) rileva quanto questi siano indici di "identificazione proiettiva". Inoltre parrebbe, a detta dell'autore, che "il ruolo prepotente delle emozioni nel percorso di una storia che è qualcosa di più di una storia di perdita delle capacità di controllo e si configura piuttosto come una reverie, come un insieme organico di fantasie che trascende l'individuo, come lo stato febbrile di un innamorato travolto da sentimenti che non avrebbe mai creduto di poter provare".

Tutto assume un diverso significato in quest'ottica: "le dipendenze, quando sono totali, si nutrono di aggressività che torna sul Sé escludendo qualsiasi tipo di compromesso e di equilibrio. Vincere corrisponde ad una frenesia di gioco che non può che portare, presto o tardi, a nuovi tentativi. Perdere corrisponde ad una frenesia di gioco sollecitata da motivazioni legate ai sensi di colpa inconsci. La dipendenza non è un incidente non voluto ma un bisogno profondo della persona che solo apparentemente tenta o spera di liberarsene ma che invece si muove costantemente alla ricerca di situazioni che la rendono di nuovo necessaria, pesante, dolorosa fino alla inaccettabilità. È il piacere di perdere, il terrore di abbandonarsi ad una follia auto-distruttiva, il baratro che si apre di fronte al giocatore che deve scegliere se continuare o no".

Scartata l'ipotesi del gioco d'azzardo come disturbo compulsivo, rimane da verificare la presenza nelle ricerche condotte sui giocatori d'azzardo dei tratti definiti dal DSM IV come identificativi dei disordini di abuso e dipendenza da sostanze, tra cui i sintomi di astinenza, dipendenza e tolleranza.

L'astinenza nelle dipendenze da sostanze è un criterio basilare di inclusione diagnostica, sia essa astinenza fisica (come avviene in modo particolare nella dipendenza da oppiacei e alcol) o psicologica (come si riscontra soprattutto nella dipendenza da cocaina).

Wray *et al.* (1981) hanno condotto a tal proposito una indagine retrospettiva su giocatori ad alta frequenza che si erano rivolti, in cerca di trattamento, all'associazione *Gamblers Anonymous* (istituzione di volontariato dedicata alla cura dei giocatori patologici basata sulla filosofia degli Alcolisti Anonimi e parallela ad essa nel metodo). Vennero distribuiti questionari a

tutti i gruppi attivi nel periodo della ricerca nel Regno Unito. I risultati vennero stilati sul 46% dei questionari distribuiti, che coincidevano con quelli restituiti dagli intervistati agli autori. Sebbene tale metodologia possa presentare dei limiti, alcuni spunti possono essere tratti da quanto emerso. Infatti, nel cessare di scommettere, circa il 40% degli intervistati riferivano disturbi significativi dell'umore e/o del comportamento. I disturbi riferiti erano: irritabilità (46%), irrequietezza, umore depresso (39%), scarsa capacità di concentrazione, ricorrenti pensieri ossessivi, ansia (31%). Sono anche stati riferiti disturbi del sonno, sebbene in misura minore dei precedenti.

Gli autori, confrontando questi dati con quelli ottenuti da altri ricercatori che hanno studiato i sintomi astinenti nell'alcolismo hanno rilevato interessanti somiglianze. Feuerlein, ad esempio, riscontra irritabilità nel 40%, ed ansia nel 32%, dei soggetti in astinenza da alcol.

Anche Hore, nel suo studio sul *craving* riportato dagli autori, riferisce che sintomi quali l'ansia, la depressione ed i pensieri ossessivi, erano esperienze comuni negli alcolodipendenti che si astenevano dal bere ed erano correlate alla probabilità di ricadute. Anche Wray *et al.* trovarono un simile legame: infatti i disturbi riferiti si correlavano con il numero di ricadute (i soggetti tornavano a scommettere dopo essersi arresi).

Nelle considerazioni conclusive, gli autori sottolineavano che il tracciare paralleli tra le esperienze degli alcolisti che smettono di bere e quella dei giocatori ad alta frequenza che cessano di giocare dovrebbe servire ad allargare la concettualizzazione di *addiction* o di dipendenza, così da collocarla più fermamente nel contesto del campo dell'apprendimento umano.

Ancora, per quanto riguarda il tema della "dipendenza" merita di essere citato lo studio di Blaszczynski *et al.* (1985) che, somministrando una Scala della Dipendenza, derivata dall'*Eysenck Personality Questionnaire* a tre gruppi di soggetti (giocatori d'azzardo patologici, tossicodipendenti da eroina e gruppo di controllo) ottenevano risultati a conferma dell'ipotesi che il gioco patologico è un *addictive disorder* in quanto i giocatori d'azzardo mostrano un profilo di personalità simile ai tossicodipendenti da eroina.

I risultati di Blaszczynski *et al.*, replicando quelli già ottenuti da Gosop ed Eysenck, evidenziavano deficit nelle abilità di *coping*, mancanza di

fiducia, difficoltà nella sfera emotiva, sensazioni di ostilità, svalutazione e squalifica nei soggetti dipendenti.

Gli autori confrontarono i propri risultati con quelli di Ferioli e Cimennero, che studiarono un campione di giocatori d'azzardo con caratteristiche simili: anch'essi riscontrarono depressione, bassa autostima, incapacità a farsi valere, incapacità di gestire lo stress ed incapacità di identificare o esprimere sentimenti ed emozioni.

Secondo Blaszczynsky *et Al.* distinguere i giocatori patologici come tipologia di soggetti diversi dai tossicodipendenti implica rilevare caratteristiche di personalità diverse tra le due tipologie: così però non è stato nel suo studio, né in quello di altri.

Rosenthal (in: Cancrini, 1998) confronta i criteri per la dipendenza da sostanze e per il gioco d'azzardo patologico descritti nel DSM IV. La somiglianza che da questa comparazione emerge è sostanziale: in entrambi i casi c'è un coinvolgimento abituale nella ricerca per soddisfare il bisogno correlato al disturbo (ricerca o consumo di sostanze, ricerca di denaro per giocare); si assiste al fenomeno della tolleranza (maggiori quantità di sostanza o assunzioni più frequenti rispetto a quanto preventivato, come maggiori somme di denaro o giocate più frequenti e più a lungo sono necessarie per raggiungere l'effetto e l'eccitazione desiderati); sono riscontrabili sintomi di astinenza, nel dipendente da sostanze, come pure si riscontrano irrequietezza o irritabilità se il giocatore non può giocare; la sostanza viene usata per cercare sollievo dai sintomi di astinenza come a seguito di ripetute perdite al gioco, carenza di vincite, il soggetto "insegue" la vincita per cercare di rifarsi delle perdite; è comune il tentativo desiderato o sperimentato di controllare o sospendere l'uso di sostanza o il comportamento di gioco; il soggetto dipendente insiste nel suo comportamento (l'uso o il gioco) anche quando dovrebbe adempiere ad obblighi sociali o lavorativi, e per fare uso di sostanze o per rinunciare ad attività ricreative; continua ad assumere la sostanza o a giocare malgrado gli siano evidenti i danni che ne derivano su tutti i piani.

Tutto ciò porta Rosenthal a considerare gioco d'azzardo patologico e tossicodipendenza come due forme diverse di un unico disturbo. Inoltre, egli constata un elevato tasso di presenza delle due patologie nella stessa persona in tempi diversi (dipendenza crociata) o nello stesso tempo (dipendenza multipla).

Molti altri autori hanno notato un altro dato che rafforza l'inclusione dei due comportamenti nello stesso disturbo di "personalità dipendente": la prevalenza di poli-dipendenze nei giocatori patologici e di comportamenti di gioco d'azzardo in pazienti tossicodipendenti.

Di seguito descriverò uno studio esemplificativo per ciascuna delle due situazioni.

Dell *et Al.* (1981) somministrarono ad un campione di giocatori compulsivi un questionario demografico e l'Mmci (*Millon Multiaxial Clinical Inventory*), un questionario di personalità per valutare la loro patologia. Da questo risultò che un consistente numero di soggetti aveva ottenuto punteggi elevati alla scala "abuso di droghe", pur non avendo riferito un consumo nel questionario di raccolta dati. Nessuno aveva effettivamente risposto affermativamente a nessuna delle domande inerenti l'abuso di sostanze nemmeno nell'Mmci. I punteggi elevati su questa scala suggerivano che a prescindere dal tipo di dipendenza (*addiction*), i comportamenti che caratterizzavano i tossicodipendenti erano presenti in una grande percentuale di giocatori compulsivi.

Secondo Million, che mise a punto la scala, chi ottiene elevati punteggi sulla scala dell'abuso di sostanze ha difficoltà di controllo e non è in grado di gestire le conseguenze personali derivanti da tale comportamento. L'assenza di uso di sostanze secondo Dell *et Al.* potrebbe essere dovuta all'età del campione (42 anni in media, con un range da 24 a 57), piuttosto che ad una "preferenza" per quel particolare tipo di dipendenza. Inoltre, per l'età media del campione, probabilmente il gioco era più "accessibile" delle sostanze stupefacenti. L'accessibilità della fonte di dipendenza, sia essa droga, alcol o gioco d'azzardo, è secondo Dickerson (1993), correlata in modo direttamente proporzionale all'incidenza.

I dati emersi dal questionario demografico rivelavano la presenza di problemi di dipendenza (dall'alcol o dal gioco in particolare) tra i membri familiari: ciò sosterebbe l'ipotesi che alcuni ambiti familiari sembrerebbero contribuire all'insorgenza di comportamenti di dipendenza.

Inoltre, la maggioranza dei soggetti aveva iniziato a giocare prima dei 20 anni: l'insorgenza del problema in adolescenza lo rende per alcuni versi simile all'inizio della dipendenza da sostanze anche da questo punto di vista. Infine, la composizione etnica del cam-

pione, in linea con altri studi precedenti, rilevava la presenza di un elevato numero di italiani ed ebrei in relazione percentuale ai loro gruppi di riferimento. Secondo l'autore, quindi, questi gruppi etnici sembrano avere più giocatori compulsivi di altri oppure sono più inclini a frequentare programmi di trattamento.

Dell *et Al.* concludono il loro studio con una serie di considerazioni: suggeriscono di introdurre anche il gioco compulsivo nella formazione di chi lavorerà con soggetti dipendenti. Essi sottolineano che, come nelle dipendenze da sostanze, l'astinenza dal gioco è solo l'inizio di un trattamento che riabiliti dalla dipendenza da gioco. Affinché il soggetto possa progredire, soprattutto nell'area delle relazioni interpersonali, è necessario modificare gli stili maladattivi di coping, specie i comportamenti manipolatori ed impulsivi. Inoltre, essi segnalano la necessità che i terapeuti siano consapevoli della tendenza di alcuni individui a sostituire una dipendenza con l'altra. Quindi alcune persone in assenza del gioco potranno rivolgersi alla droga e all'alcol, come pure è possibile che dipendenti da droga od alcol in remissione possano trovare nel gioco un sostituto adeguato.

Lesieur *et Al.* (1986) convalidano questa ipotesi intervistando con il "*Gambling history test*" 458 pazienti alcol e tossicodipendenti in trattamento in merito al loro comportamento relativamente al gioco d'azzardo. Essi riscontrarono che il 9% potevano essere classificati come "giocatori patologici" ed il 10% mostravano segni di gioco problematico.

Lo strumento elaborato prese il nome definitivo di "*South Oaks gambling screen*" (Lesieur *et al.* 1987) e consiste in un questionario di venti *items* basati sui criteri fissati dal DSM III per diagnosticare il gioco patologico. Esso è stato validato dagli autori negli Stati Uniti, e rivisto fino al DSM III R. Offre un conveniente ed efficace strumento per selezionare la popolazione di tossicodipendenti, alcolodipendenti e giocatori d'azzardo patologici. In Italia tale strumento è stato validato da Guerreschi e Gander.

In conclusione, da questa rapida rassegna appare evidente che sono numerosi gli elementi a favore dell'inclusione del gioco patologico tra le "dipendenze" ed i "disordini addittivi" piuttosto che tra i "disordini degli impulsi".

Infatti, anche se la "dipendenza patologica" in genere si riferiva alla dipendenza da una sostanza esterna,

come droghe o alcol, gli studi riportati in letteratura dagli anni '70 in poi hanno progressivamente ampliato la definizione di tale concetto, svincolandolo dalla presenza necessaria di una sostanza e caratterizzandolo attraverso la presenza di modelli di comportamento specifici, essi stessi fonte primaria di gratificazione per l'individuo coinvolto.

È quindi condivisibile l'idea di Dickerson che suggerisce di includere entrambi i gruppi sotto l'etichetta generica di "disturbi di dipendenza", o ipotizzare una "personalità dipendente", fino a che una categoria più appropriata possa essere applicata, o altri modelli teorici risultino più idonei.

#### Bibliografia

- Allcock, C. C. (1986), "Review: Pathological Gambling", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.
- American Psychiatric Association (1998), *DSM IV - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 674-677.
- American Psychiatric Association (1983), *Mini DSM III - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 173-174.
- Blaszczynski A.P., Buhrich N., McConaghy N. (1985), "Pathological gamblers, heroin addicts and controls compared on the E.P.Q. Addiction Scale", *British Journal of Addiction*, 80, 315-319.
- Bolen, D.W., Boyd W.H. (1968), "Gambling and the gambler. A review and preliminary findings", *Archives of General Psychiatry*, 18, V.
- Cancrini L. (1989), *Quei temerari sulle macchine volanti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Cancrini L. (1998), "Tossicomani e giocatori: a proposito di temerari", *Ecologia della mente*, I, Il Pensiero Scientifico.
- Custer, R. (1984), "Profile of the pathological gambler", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Dell L.J., Ruzicka M.F., Palisi A.T. (1981), "Personality and other factors associated with the gambling addiction", *The International Journal of the Addictions*, 16(1), 149-156.
- Dickerson, M.G. (1993), *La Dipendenza da Gioco*, Gruppo Abele, Torino.
- Fava Vizziello G., Pigatto S. (a cura di) (1994), *I percorsi della dipendenza*, Cleup, Padova.
- Gerra, G. (1998), *Tossicodipendenza e alcolismo. Un approccio clinico pratico*, Mediserve, Milano.
- Guerrereschi, C., Gander, S. "Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume.
- Jeammet, P. (1992), *Psicopatologia dell'adolescente*, Borla, Roma.
- Lesieur, H.R., Blume S.B. (1987), "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers", *American Journal of Psychiatry*, 144(9).
- Lesieur, H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. (1986), "Alcoholism, drug abuse and gambling", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10 (1).
- Miller W.R., Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione*, Erickson, Trento.
- Moran, E. (1970), "Varieties of pathological Gambling", *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597
- Nizzoli, U. (1996), *Prendersi cura dei tossicodipendenti*, Masson, Milano.
- Petter, G. (1994), in: Fava Vizziello G., Pigatto S. (a cura di), *I percorsi della dipendenza*, Cleup, Padova
- Rovetto, F. (1994), in: Fava Vizziello G., Pigatto S. (a cura di), *I percorsi della dipendenza*, Cleup, Padova
- Wray I., Dickerson M.G. (1981), "Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms", *British Journal of Addiction*, 76, 401-405.
- Zimmermann M., Meeland T., Krug S. (1985), "Measurement and structure of pathological gambling behaviour", *Journal of Personality Assessment*, 1, 76-81.

# L'assistenza dei familiari agli anziani disabili

DOPO AVER AFFRONTATO IN GENERALE LE PROBLEMATICHE LEGATE ALLE FAMIGLIE CHE SI OCCUPANO DEI LORO ANZIANI, (VEDI PSS N. 10/2000), GLI STESSI AUTORI TORNANO SUL TEMA PRESENTANDO PIÙ NELLO SPECIFICO I RISULTATI DI UNA RICERCA SVOLTA IN DIVERSE REALTÀ TERRITORIALI DELLE MARCHE E DELL'EMILIA ROMAGNA.

A.A.V.V.\*

I.N.R.C.A.

(Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)  
Dipartimento Ricerche Gerontologiche

cura espletata da terzi (e quindi in tal caso non svolta in prima persona).

#### GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il campione di 69 anziani non autosufficienti raggiunti dall'indagine ha confermato la nota prevalenza femminile che tradizionalmente si osserva in una popolazione anziana, facendo riscontrare un notevole 72,5% di donne. L'età media del campione si attesta nel complesso sugli 86 anni per entrambi i sessi - con un "picco" del 40,6% di soggetti concentrati tra gli 86 e i 90 anni - cosa che in parte chiarisce anche il basso grado d'istruzione osservato (è semianalfabeta circa il 96% degli interpellati). Il 66,7% vive solo, soprattutto per effetto delle numerose donne vedove (76%), mentre gli uomini risiedono prevalentemente con il coniuge (68%). I nuclei familiari più grandi sono composti da figli (per il 24,6% degli intervistati), da altri parenti (21,7%), e da nipoti (15,9%); scarsa la presenza di altre persone non familiari (8,7%). Degna di nota la presenza di assistenti retribuiti conviventi, che è dato riscontrare nell'8,7% dei casi.

Le principali difficoltà incontrate dagli anziani sono di tipo motorio, che incidono sia sull'autonomia personale all'interno dell'abitazione che sulla possibilità di conservare una soddisfacente vita di relazione con l'esterno. In particolare, da un'analisi generale del grado di disabilità rilevato tra gli anziani assistiti, e tenendo conto solamente di coloro che riescono a realizzare le singole azioni di vita quotidiana (o Adl) grazie all'aiuto dei familia-

#### LA STRUTTURA DELL'INDAGINE

Nell'ambito del progetto di ricerca "Il ruolo della donna nell'assistenza familiare all'anziano", condotto dal Dipartimento ricerche gerontologiche dell'Istituto di riposo e cura per anziani (Inrca) e finanziato parzialmente dal Consiglio nazionale delle ricerche, è stata effettuata, tra la fine del 1997 e l'autunno del 1999, una rilevazione di dati che ha interessato complessivamente circa 400 coppie di intervistati (anziano assistito e familiare assistente) in diverse realtà territoriali delle Marche e dell'Emilia Romagna (i Comuni di Ancona e Senigallia, la Provincia di Ferrara, l'Asl 8 di Bologna Sud, le Comunità Montane di Camerino e Fabriano). I dati qui presentati si riferiscono ai risultati emersi dal campione casuale semplice di 69 anziani residenti nel Comune di Senigallia (situato a circa 30 Km. a nord di Ancona), estratto da un universo di 559 ultrasessantacinquenni costituito dagli utenti di due tipi di servizi: l'Assistenza domiciliare programmata (Adp), erogata dal medico di base a soggetti per i quali lo stesso ha fatto richiesta di visite supplementari periodiche, o "accessi", in quanto particolarmente bisognosi di assistenza medica; l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID), erogata dall'Azienda Usl 4 di Senigallia. Si è poi risaliti indirettamente al caregiver familiare maggiormente coinvolto nell'attività di assistenza all'anziano disabile, con ciò intendendosi il familiare che in prima persona si occupa dell'anziano per soddisfare le sue necessità, eventualmente anche solo come "organizzatore" dell'attività di