

QUANDO IL GIOCO DIVENTA UN PROBLEMA

Il gioco d'azzardo patologico. Criteri e strategie d'intervento

Michele G. Sforza, Stefano Oliva

1) L'uomo, il gioco e l'azzardo

L'attività ludica può essere indagata a partire da molteplici prospettive: storico-letteraria, socio-antropologica, psicoanalitica, pedagogica, linguistica, etologica, sperimentale e, più recentemente, clinica. Il gioco, infatti, assume significati estremamente diversi e anche lontani fra sé, accomunandoli in una sovradimensione unificante. La stessa parola *gioco*, in italiano e ancor più nel corrispettivo francese *jeu*, inglese *play* e tedesco *spiel*, coinvolge valenze differenti e descrive attività ed esperienze ludiche altrettanto diverse.

Giocare è una forma di attività comune sia agli esseri umani che al mondo animale; gli etologi, e i primatologi in particolare, hanno osservato e descritto nei primati una notevole varietà di attività ludiche, con funzione di facilitazione di apprendimento di comportamenti *adulti*. Frequentemente, infatti, il gioco negli animali così come nel bambino, ha significato di esercitarsi a ricreare e utilizzare quelle strategie che risulteranno vitali per la sopravvivenza una volta conseguita l'indipendenza. I cuccioli di diverse specie si esercitano con il loro *giocare* all'apprendimento della vita sociale, all'accoppiamento, ai combattimenti, alla soluzione di conflitti all'interno del gruppo.

Allo stesso modo il giocare è per il bambino e più in generale per l'essere umano una attività necessaria, nel senso filosofico del termine. Il gioco rappresenta infatti una fondamentale attività di conoscenza, poiché, come scrive Winnicott (1971), "è nel giocare che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità; è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il Sé". Anche per il bambino attraverso il gioco si realizza una costante e progressiva esplorazione di sé e del mondo e una pratica dei ruoli che in quest'ultimo è possibile assumere. L'attività ludica, come detto, permette di creare o *ri-creare* la realtà, per poterla esperire attraverso la mediazione protettiva di un *come-se*, di una rappresentazione teatralizzata nella quale l'individuo *prova* a vivere, a fare esperienza del mondo e ad agire nel mondo. *Ricreativo* è, secondo il Devoto-Oli, tutto ciò che è "atto a procurare svago, divertimento e conforto".

Inoltre, accanto a questa funzione conoscitiva, il gioco e lo spazio-tempo nel quale esso è giocato, rappresentano uno schermo bianco sul quale è possibile drammatizzare e proiettare le proprie fantasie inconsce, modulando e scaricando l'ansia connessa con queste fantasie.

Il gioco quindi si interfaccia con le due dimensioni della realtà umana, interna ed esterna, costituendo un terzo spazio virtuale o "*transizionale*", che è lo spazio dell'illusione, che consente (come nella stanza d'analisi) di esplorarle in *sicurezza* e di interconnetterle vicendevolmente. La dimensione del gioco, che è totalizzante e assoluta nel bambino, permane anche nell'uomo adulto, seppur modificata e integrata nel suo bagaglio culturale e superegoico. Secondo Hillman (1999), anzi, proprio il corretto equilibrio fra i due archetipi del *Puer* e del *Senex* rappresenta la vera possibilità realizzativa dell'uomo.

Per Piaget (1970) il gioco consente al bambino l'assimilazione dell'esperienza ai propri schemi mentali circa l'ambiente che lo circonda. E' indispensabile all'individuo, oltre che per i suoi compiti biologici, per i legami che il gioco crea, per la sua funzione di elemento essenziale per la nascita della cultura. Le funzioni di rappresentazione simbolica si incarnano nelle forme dell'arte, esprimendosi attraverso gli strumenti della drammaturgia, poesia, teatro, musica, architettura, scultura e così via. Si spingono fino a dare forma ai riti, alle sacre rappresentazioni, ai miti.

Per Melania Klein (1969) il gioco infantile rappresenta il terreno nel quale il bambino riversa tutto se stesso e dove può manifestare vissuti altrimenti inesprimibili. Il gioco rappresenta per la Klein l'equivalente delle associazioni libere dell'adulto e diventa pertanto una via privilegiata per la comprensione psicodinamica del bambino e per la sua cura. Anche Anna Freud (1970) si inserisce nella stessa linea teorico-clinica e considera il gioco infantile indispensabile per comprendere il vissuto del bambino proprio per la sua impossibilità di utilizzare codici linguistici e verbali più elaborati.

Partendo da una prospettiva antropologica Huizinga (1938) ha esteso il significato del gioco, da attività generatrice di una forza interna vitale e creatrice, a vero e proprio *operatore culturale*, capace

di plasmare tutte le manifestazioni culturali umane e fonte di un'originale *Weltanschauung*, cioè di un modo di vedere il mondo e di stare al mondo. Egli ha parlato quindi della qualità di *homo ludens* da accostare a quella di *homo faber* per rafforzare e potenziare il concetto di "uomo produttore". Anche molti animali hanno la capacità di essere *faber*, cioè di produrre, ma nell'uomo questa funzione assume una complessità particolare, che Huizinga attribuisce proprio alla "qualità" *ludens* dell'essere umano. Nel gioco e col gioco l'essere umano realizza il fare, il costruire, che si manifesta in forme specifiche nelle svariate attività umane, coinvolgendo sia la realtà interiore che la dimensione sociale. Nell'uomo il gioco assume infinite forme e funzioni: diventa esercizio preparatorio ai diversi compiti esistenziali (biologici, sociali, relazionali, culturali), serve ad appagare i bisogni fondamentali del controllo delle cose, del bisogno di dominare, di competere e misurarsi, di autoaffermarsi attraverso la sfida. Serve anche a concedersi svago, sollievo in forma di autogrificazione.

Huizinga (1938) descrisse il gioco come "un'azione libera, conscia di non essere presa sul serio e situata al di fuori della vita consueta, [...] azione a cui non è legato un interesse materiale, dalla quale non proviene vantaggio e che si compie entro un tempo e uno spazio magici". E' evidente che questa definizione di gioco esclude l'azzardo, in quanto attività alla quale potenzialmente si lega un "vantaggio" e un "interesse materiale".

Secondo Callois, che nel 1958 operò una significativa revisione dell'antropologia del gioco, tale restrizione è ingiustificata, in quanto motivata più da fattori culturali e morali, che da un'obiettiva distinzione di significati e scopi. I giochi d'azzardo, all'interno della nuova concezione delle attività ludiche offerta da Callois, si rivelano anzi essere una delle più tipiche manifestazioni comportamentali umane. Egli descrive il gioco come un'attività:

- Libera e volontaria, fonte di gioia e divertimento.

Per Callois la libertà avrebbe per il gioco una valenza ontologica; questi infatti cesserebbe di essere tale laddove ci si trovi "obbligati a parteciparvi". Se il gioco esce dai suoi limiti, se perde il suo carattere libero e separato dalla realtà, esso può produrre solamente forme "derivate" e "corrotte" di gioco. Una dipendenza da esso, intesa come compulsione a giocare, o negativamente come una impossibilità ad astenersi, corromperebbe alle radici la natura stessa del gioco, minacciandone gravemente l'esistenza e i significati.

- Separata dalla realtà e delimitata da limiti precisi di tempo e spazio

- Incerta

- Definita da regole precise, arbitrarie, irrecusabili (nei giochi non regolati, il *come se* sostituisce le regole)

- Fittizia: accompagnata da una coscienza specifica di non appartenenza totale al campo della realtà

- Improduttiva, cioè non determina "né beni, né prodotti". Il gioco d'azzardo, per Callois, comporta solamente spostamenti di proprietà e non produzione di beni; di conseguenza esso sarebbe un'attività ludica a tutti gli effetti.

Callois, inoltre, operò una fondamentale classificazione strutturale dei giochi, che si articola secondo un doppio asse. Il primo asse descrive il gioco secondo una dimensionalità basata sulla regolamentazione intrinseca alla tipologia di gioco: ad un estremo vi sono i giochi di improvvisazione libera, definiti "*paidia*", nei quali c'è "soddisfazione senza preoccupazione". All'altro estremo il "*ludus*", cioè il gioco basato su regole definite e che richiede al praticante una particolare perizia e concentrazione. Si tratta della medesima distinzione che è resa in inglese con i termini "play" e "game" e che invece viene racchiusa in italiano e in francese nell'unico termine di "gioco" (o "jeu").

Il secondo asse descrive invece la struttura dei giochi a partire dai quattro componenti di base, che possono essere variabilmente presenti:

- Agon (che rappresenta la componente di competizione)

- Mimicry (l'imitazione, la pantomima)

- Ilinx (la vertigine, il terrore)

- Alea (quei giochi nei quali è sostanziale la componente di fortuna)

Ciascun gioco, perciò, se attentamente analizzato, è composto da una percentuale differente di questi quattro ingredienti fondamentali, ma spesso è caratterizzato dalla prevalenza di uno di essi sugli altri. I giochi d'azzardo, ad esempio, sono caratterizzati da una netta prevalenza della componente di *Alea* e da percentuali variabili, ma in ogni caso inferiori, di *Agon* (in quei giochi nei quali l'abilità ha un suo peso, come il poker o le scommesse sui cavalli) e di *Ilinx* (ad esempio la roulette russa). Secondo Callois (1958) se i giochi di *Agon* (competizione) sono una rivendicazione del merito e della

responsabilità personale, quelli di rischio (*Alea*) sono un'abdicazione della volontà e un abbandono al destino. In questo senso i giochi d'azzardo rappresenterebbero, tuttavia, i giochi umani per antonomasia; infatti gli animali essendo "esclusivamente immersi nel loro immediato e troppo schiavi dei loro impulsi, non sono in grado di immaginare una potenza astratta e insensibile al cui verdetto sottomettersi anticipatamente per gioco e senza reagire".

Il gioco d'azzardo quindi, similmente a quanto accade per la religione e per la magia, necessita per essere praticato della possibilità di affidarsi ad una "potenza astratta e insensibile" (Dio o gli Dei; le forze magiche; la Fortuna o il Destino), che viene caricata proiettivamente di poteri assoluti e opposti. Questa necessità nasce nell'uomo, come ricorda Galimberti (1999), dalla oggettiva "precarietà dell'esistenza", che impone all'individuo la ricerca di "forme protettive e rassicuranti, in assenza di forme di controllo della realtà interiore o della realtà esterna". Nel gioco d'azzardo questo dubbio esistenziale viene messo in scena attraverso una sorta di *prova ordalica*, atta a sondare la benevolenza della Sorte (in quanto sostituto materno) e del Destino (in quanto sostituto paterno).

L'ordalia è un termine che designa il "giudizio di Dio", che veniva evocato nel medioevo come "*prova della colpevolezza o dell'innocenza di una persona accusata di un delitto*" (Devoto-Oli, 1996). Essa perciò determina un'attesa di salvezza o di punizione: "l'ordalia è una prova individuale nella quale è in gioco soltanto il soggetto di fronte a una potenza provocata per lo più inconsciamente. Essa testimonia dell'adesione unanime della collettività a un universo in cui tutto è collegato, in cui Dio o gli dei badano gelosamente al destino degli uomini, in cui ogni azione di uno di loro dipende da una necessità superiore al suo controllo" (Le Breton, 1991).

Nel gioco d'azzardo l'uomo, ricercando la sua conferma esistenziale, mette in gioco i propri averi e con essi se stesso e la propria vita (lavorativa, familiare, sociale, ma anche in senso stretto la propria stessa sopravvivenza), nel tentativo di trovare un limite fisico, proprio là dove mancano i limiti simbolici; di tracciare a se stessi un contenitore (*containing*) per sentirsi finalmente esistere, contenuti in maniera provvisoria o durevole. Il limite risponde ad una necessità antropologica, permette all'individuo di esistere ponendosi attivamente all'interno di un sistema simbolico che struttura gli scambi (Le Breton, 1991).

Il "fantasma ordalico" che sottointende la condotta di gioco è allora un tentativo di riconoscimento del proprio Sé e di ricerca del proprio valore, nel tentativo di invocare la propria innocenza (come nell'ordalia medievale). Da un lato quindi è "sottomissione al verdetto del destino" (Valleur, Bucher, 1997), dall'altro affidamento al caso, come tentativo di ripresa di controllo (onnipotente) sulla propria vita.

Volendo, in un certo senso, semplificare non possiamo però dimenticare che una delle caratteristiche fondamentali del gioco e perciò anche di quella particolare attività ludica che è il gioco d'azzardo, è il pascaliano *divertissement*, cioè ciò che contribuisce a sollevare l'animo dalle preoccupazioni quotidiane, dalle fatiche del lavoro e che è in grado di fornire *gratificazione*. Perfino le emozioni di tensione, paura, brivido di certi giochi sono fonte di gratificazione, sia perché vengono percepite come stimolazione gradevole in sé, sia perché sono, in previsione, seguite da appagamento. Il fenomeno del gioco non sarebbe assolutamente comprensibile, né potrebbe esistere al di fuori di una risposta gratificante.

Proprio in questa stretta connessione con i meccanismi biologici e le valenze psicologiche della gratificazione il gioco e per la sua specificità in particolare il gioco d'azzardo, può trasformarsi in un'attività patologica. In questi casi è come se i normali sistemi di inibizione della ricerca delle gratificazioni (comunemente detti di *sazietà* o di *appagamento*) risultassero fuori uso e tale ricerca divenisse *fuori controllo* e *compulsivamente ripetuta*.

2) Il gioco d'azzardo patologico

Alla fine del XIX secolo il gioco d'azzardo, dopo essere stato per secoli territorio di competenza religiosa (il gioco indicato come peccato) o del diritto (il gioco come reato) è iniziato a divenire un fenomeno oggetto di interesse della medicina (il gioco come possibile malattia).

Per arrivare ad un riconoscimento ufficiale di una patologia legata al gioco bisognerà, tuttavia, attendere la fine del XX secolo, similmente a quanto è accaduto per l'Alcolismo, che è stata la prima dipendenza ad essere accettata all'interno del modello medico, secondo i criteri kraepeliniani relativi alle malattie mentali; ciò avvenne a partire dagli anni '50, con l'avvallo dell'American Psychiatric Association (A.P.A.), anche se già due secoli prima il padre della psichiatria Benjamin Rush, aveva catalogato l'alcolismo come una patologia. A sua volta, seppur di gioco compulsivo si parli dai primi

del '900, esso è stato riconosciuto definitivamente come una patologia a sé stante nel 1980, quando l'A.P.A. lo introdusse nella III versione del Manuale Statistico e Diagnostico delle malattie mentali (DSM), classificandolo nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi. Attualmente il DSM-IV (1994) lo definisce come un comportamento "persistente e ricorrente come indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri:

- 1) E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo
- 2) Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata
- 3) Ha ripetutamente tentato con insuccesso di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- 4) E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- 5) Gioca d'azzardo per sfuggire a problemi o per alleviare ad un umore disforico
- 6) Dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora ("rincorrendo" le proprie perdite)
- 7) Mente ai familiari, al terapeuta o ad altri per nascondere l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco
- 8) Ha commesso azioni illegali per finanziare il gioco d'azzardo
- 9) Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro o opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
- 10) Fa affidamento sugli altri per reperire denaro o per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo".

La clinica pare tuttavia denunciare un'incongruenza nosografica, essendo solo occasionale la copresenza dei disturbi classificati come Disturbi del Controllo degli Impulsi ed essendo invece assai frequente la comorbidità fra il GAP e le dipendenze da sostanze (in particolare alcol e cocaina). La percentuale di giocatori patologici con disturbi da *addiction* è stimato fra il 9 e il 33% (Lesieur et al., 1986). Inoltre la fenomenologia del Gioco d'azzardo patologico include: un eccesso di utilizzo del gioco, una perdita di controllo nei confronti di esso, la presenza di una tolleranza (aumento della frequenza e del *peso* delle puntate); una sindrome di astinenza. Tutto ciò, secondo altri autori, rende il GAP indistinguibile da altre classi di *addiction*. Per McCown (2000) ci sono "ampie prove che l'organismo umano possa divenire dipendente da comportamenti, a causa dell'alterazione che questi producono a livello neurochimico e neuroormonale". Lesieur e Rosenthal (1992), curatori della revisione della definizione del Gioco d'Azzardo Patologico per il DSM III-R, esplicitarono la loro intenzione di definire tale patologia come un *addiction*. La costruzione dei criteri per il DSM III-R sarebbe infatti stata "modellata su quelle per le dipendenze da sostanze psicoattive".

Goodman nel 1980 ha proposto una definizione delle *addiction* che facilita il raggruppamento all'interno di tale gruppo sia di dipendenze da sostanze, che di dipendenze comportamentali. Secondo questo autore le *addiction* sono caratterizzate da:

- 1) Impossibilità a resistere all'impulso di agire un particolare comportamento
- 2) Sensazione crescente di tensione, che precede l'impulso ad agire
- 3) Sensazione di piacere durante l'agito
- 4) Sensazione di perdita di controllo durante l'agito
- 5) Presenza di almeno cinque dei seguenti criteri:
 - a) Pensiero frequente verso l'oggetto della dipendenza e verso la possibilità di esperirlo
 - b) Intensità e durata degli episodi più intensi del previsto
 - c) Tentativi infruttuosi di ridurre, controllare o abbandonare il comportamento
 - d) Impiego di una quantità importante di tempo nel preparare la possibilità di agito; nell'intraprenderlo e nel rimettersi dagli effetti
 - e) Interferenza del comportamento con i propri doveri professionali, di studio, familiari o sociali
 - f) Riduzione delle attività sociali, professionali e familiari in conseguenza del comportamento
 - g) Perseveranza a discapito dei problemi sociali, finanziari, psicologici o fisici
 - h) Marcata tolleranza: necessità di aumentare l'intensità o la frequenza per ottenere l'effetto desiderato o diminuzione dell'effetto ottenuto per un comportamento della stessa intensità
 - i) Agitazione o irritabilità se è impossibile attivare il comportamento

Assumendo questa definizione si potrebbero agevolmente classificare nella classe delle Dipendenze anche le cosiddette *nuove dipendenze* o *dipendenze senza sostanza* (che via via vengono definite, soprattutto dalla psichiatria nordamericana), come, oltre al Gioco d'Azzardo Patologico, gli Acquisti Compulsivi (*Shopping Addiction*), la Dipendenza da Sesso (*Sex Addiction*), il Lavoro Patologico (*Workaholism*), la Dipendenza da Internet, il Binge Eating Disorder (Alimentazione Incontrollata), le Dipendenze da Persona.

3) FENOMENOLOGIA DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

I criteri del DSM-IV per la diagnosi del Gioco d'Azzardo Patologico forniscono un elenco descrittivo della sintomatologia correlata a questa patologia; essi definiscono la particolare dinamica di gioco caratteristica del giocatore patologico (criteri 1, 2, 3 e 6), il quale è "eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo", gioca con "quantità crescenti di denaro", ha perso il controllo sull'attività di gioco e manifesta un singolare schema comportamentale di "rincorsa" (*chasing*) delle proprie perdite, "tornando un altro giorno per giocare ancora".

Il criterio 4 definisce la possibile presenza di una sindrome d'astinenza alla sospensione del gioco d'azzardo, sottoforma di "irrequietezza e irritabilità", ai quali si possono aggiungere disturbi fisici quali cefalea, disturbi gastrointestinali e insonnia. Il criterio 5 è un criterio eziologico, che collega l'attività di gioco d'azzardo con la necessità di superare o allentare "un umore disforico", gettando in tal modo un ponte fra Gioco d'Azzardo Patologico e disturbi della sfera affettiva.

Infine, i criteri 7, 8, 9 e 10 descrivono le conseguenze della patologia, caratterizzate dalla tendenza alle menzogne, all'agire illegalmente, a chiedere prestiti per "finanziare il gioco d'azzardo" e a mettere a repentaglio o perdere "relazioni significative, opportunità scolastiche o di carriera".

Il fenomeno dell'inseguimento (*chasing*), cioè lo scommettere con frequenza maggiore e rischiando cifre di denaro più elevate, nel tentativo di recuperare le perdite, caratterizza la maggior parte dei giocatori patologici (circa il 96%, secondo Dickerson (1984)). Questo comportamento, che sta alla base della perdita di controllo rispetto al gioco, sarebbe influenzato e potenziato da quattro fattori:

- 1) L'ammontare della vincita
- 2) La percentuale di denaro non redistribuita nel gioco (guadagno "della casa")
- 3) La sensazione che il risultato del gioco non sia influenzato esclusivamente dalla fortuna, ma anche (e soprattutto) dall'abilità del giocatore
- 4) Una grossa vincita iniziale

Dagli studiosi comportamentisti tale fenomeno è spiegato sulla base del *rinforzo intermittente*; secondo questa teoria le ricompense sono interpretate più positivamente dopo una lunga serie di privazioni. Di conseguenza perdere denaro fa sì che la vincita saltuaria determini un rinforzo maggiore del comportamento di gioco. Ciò spiegherebbe anche l'evidenza che i giochi nei quali la percentuale di perdita è maggiore e il periodo puntata-esito più breve (come le *poker-machine*) sono quelli che determinano più rapidamente una dipendenza.

Chi è il giocatore patologico

Diversi studi hanno dimostrato l'eterogeneità della popolazione che soffre di questa patologia, tuttavia alcuni autori hanno tentato di definire un confine fra giocatore *sociale* e *patologico*. Lo psicoanalista Edmund Bergler, che più di altri si è occupato dell'analisi di pazienti sofferenti di gioco d'azzardo patologico, ha proposto nel 1957 nella sua opera "La psicologia del giocatore" una descrizione sistematica del giocatore compulsivo, distinguendolo da quello che egli chiama "il giocatore della domenica" (*Sunday-gambler*), poichè "*not everyone that gamble is a gambler...*". Le caratteristiche del giocatore patologico per Bergler sarebbero le seguenti:

- 1) Egli deve giocare frequentemente: "il fattore quantitativo è indispensabile per differenziare. Allo stesso modo noi non classifichiamo come alcolista la persona che prende un cocktail prima di cena..." (Bergler, 1957)
- 2) Il gioco prevale su tutti gli altri interessi: "Le sue fantasie e i propri sogni a occhi aperti si concentrano attorno a questa idea; [il gioco] e la concentrazione patologica su di esso, mettono in ombra ogni altra cosa: interessi, affetti, hobby" (ibidem)
- 3) Il giocatore patologico è pieno di ottimismo e non impara dagli errori: "Il giocatore è apparentemente un eterno ottimista [...] La sua convinzione in una finale vittoria non è scalfita dalle perdite finanziarie, anche se ingenti [...] Ogni

- giocatore dà l'impressione di un uomo che abbia sottoscritto un contratto con il Fato, stipulando il quale egli avrà infine la ricompensa, in funzione della propria perseveranza" (ibidem)
- 4) Il giocatore patologico non si ferma in caso di vincita: "Egli non considera le sue vittorie come il risultato delle probabilità, ma come il pagamento insito nel suo contratto con il Fato, che garantisce che egli sarà permanentemente un vincitore" (ibidem)
 - 5) Il giocatore patologico rischia in eccesso: "Il giocatore compulsivo è sempre motivato da sensi di colpa, consci o inconsci [...] Presto o tardi egli perde la testa, dimentica le sue buone intenzioni e rischia tutto in una sola puntata, solamente per perdere. Alcune motivazioni intime conducono il giocatore a ripetere questa modalità di gioco che non ha spiegazione logica [...] e ciò prova l'importanza delle motivazioni inconscie" (ibidem)
 - 6) Una sensazione di piacevole tensione (Thrill) è percepita durante il gioco; una tensione che nello stesso momento è dolorosa e gratificante ("Pleasurable-painful tension"): "Il desiderio impellente per questa particolare tensione frequentemente sovrasta il desiderio di vincere" (ibidem)

La parabola del giocatore

Robert Custer (1982) ha assimilato metaforicamente il gioco compulsivo ad una malattia progressiva, la quale attraverserebbe tre fasi successive e prevedrebbe solamente quattro vie di uscita: il suicidio, la delinquenza (e l'incriminazione), la fuga o la richiesta d'aiuto.

La prima fase è la *fase vincente*, caratterizzata inizialmente da gioco occasionale e da qualche vincita importante. Lo scopo del gioco è soprattutto il divertimento e la distrazione. Secondo Custer questa fase durerebbe dai 3 ai 5 anni, determinando un progressivo aumento dell'attività di gioco e dell'investimento psicologico ed economico su di esso, senza tuttavia che ciò determini particolari conseguenze per il giocatore.

Dopo questo periodo di tempo il giocatore entrerebbe nella cosiddetta *fase perdente*, caratterizzata da un gioco sempre più solitario, da periodi di perdita prolungati, dall' "eccessivo assorbimento" (DSM-IV, 1994) e dalla progressiva perdita di controllo sul comportamento. Inizia inoltre a evidenziarsi una sempre maggiore perdita economica con il formarsi dei primi debiti e la richiesta dei primi prestiti. In questa fase, che durerebbe circa 5 anni, il giocatore tenderebbe a puntare su giochi che gli offrano minori possibilità di vincita e che promettano vincite più elevate. E' in questa fase che s'innesca il fenomeno dell'inseguimento delle perdite, come precedentemente descritto.

Il passaggio successivo è verso la *fase della disperazione*, durante la quale c'è una totale perdita della capacità di controllo del comportamento di gioco e la persona può commettere atti illegali nel tentativo disperato di conquistare quella *big win* che è vista come l'unica possibile via di uscita. Sono comuni durante questa fase, un aumento dell'irritabilità, alterazioni del tono dell'umore repentine, attacchi di panico, fantasie di fuga o di suicidio; tuttavia il giocatore può ancora ostentare sicurezza, la quale viene riacquistata in particolare durante i momenti di gioco.

La fase della disperazione può infine condurre il giocatore ad una richiesta di aiuto. Custer descrive il processo di cura del giocatore patologico, come un passaggio attraverso altrettante fasi, che chiama: *Fase critica, di ricostruzione e di crescita*. Si giungerebbe in tal modo ad una modifica del proprio *stile di vita*, cioè ad un cambiamento dell'assetto psico-comportamentale dell'individuo, che gli consentirebbe di superare la dipendenza da gioco.

La fase *critica* si articola in otto tappe:

- 1) Sincero desiderio di aiuto
- 2) Speranza
- 3) Smettere di giocare
- 4) Prendere decisioni
- 5) Chiarirsi le idee
- 6) Riprendere a lavorare
- 7) Trovare una soluzione ai problemi
- 8) Realizzare programmi di risarcimento

La fase di *ricostruzione* comporta il passaggio attraverso sei momenti, durante i quali si ottiene:

- 1) Miglioramento dei rapporti familiari

- 2) Ritorno al rispetto di sé
- 3) Progettazione di nuove mete
- 4) Maggior tempo trascorso con la famiglia
- 5) Minore impazienza
- 6) Maggiore serenità

Infine la fase della *crescita* è divisa in quattro tappe, nelle quali:

- 1) Diminuisce la preoccupazione legata al gioco
- 2) Migliorano le capacità di introspezione
- 3) Aumenta la capacità di comprensione degli altri
- 4) Si riacquisisce il sentimento di affetto nei confronti degli altri

4) I FATTORI EZIOLOGICI

Le interpretazioni della psicoanalisi

Gli psicoanalisti furono i primi ad interessarsi alla psicologia del giocatore, proponendo un legame fra la tensione generata e scaricata attraverso il gioco d'azzardo e la sessualità. Hans Von Hattingberg (1914) teorizzò che nella struttura personologica del giocatore compulsivo la tensione e la paura prodotte dalla dinamica di gioco fossero state erotizzate (Rosenthal, 1984); questo provare piacere dalla paura rifletterebbe tendenze masochistiche di origine pregenitale.

Il masochismo, la masturbazione e l'onnipotenza narcisistica saranno i temi chiave attraverso i quali la psicoanalisi tenterà di dare un significato alla perdita di controllo sul gioco. Freud, nel suo lavoro "Dostoevskij e il Parricidio" del 1928, analizzando la figura dello scrittore russo e la sua parabola di giocatore compulsivo, formulò alcune importanti osservazioni:

- 1) Il giocatore nevrotico non gioca per vincere denaro, ma per il gioco in se stesso ("il gioco per il gioco", come scrive autobiograficamente Dostoevskij ne "Il giocatore")
- 2) Il giocatore continua a giocare a causa di un senso di colpa che deve essere espiato tramite la perdita. Il giocatore, quindi, non solo non aspirerebbe alla vincita, ma necessiterebbe della sconfitta, la quale assume un carattere autopunitivo.
- 3) Il comportamento primario al quale tutte le dipendenze si rifanno è, per Freud, la masturbazione. Anche Otto Fenichel (1945), più tardi, sosterrà questa tesi, affermando che: "Come i nevrotici inventano varie specie di oracoli per ottenere da Dio il permesso di masturbarsi e per liberarsi dal senso di colpa (tentativo che di regola fallisce), anche il giocatore cerca di capire se il fato è favorevole al suo giocare (masturbarsi) o se è contrario (castrare)".

Per Freud il senso di colpa origina dalle dinamiche del complesso edipico e in particolare dall'ambivalenza relazionale nei confronti del padre, da un lato idealizzato e dall'altro odiato. Il desiderio di eliminarlo per assumerne il posto davanti alla madre, genera in risposta l'angoscia di castrazione e il senso di colpa. La personalità masochistica, sotto la minaccia della castrazione, cerca allora di sostituirsi alla madre, nel tentativo di recuperare l'amore paterno. Ciò, tuttavia, provoca nuovamente una sorta di autocastrazione e perciò "sia l'odio che l'amore per il padre devono essere repressi" (Rosenthal, 1984). Questa particolare relazione con le figure parentali viene successivamente internalizzata, con il generarsi di due istanze psichiche: l'una, il Super-Io, prodotto dalla identificazione con il padre; l'altra, l'Io, da quella con la madre come oggetto dell'amore paterno. L'Io del giocatore compulsivo, allora, da un lato proverebbe soddisfazione nel porsi come sfidante del Fato (identificato con il padre punitivo), ma nello stesso tempo ne otterrebbe un'espiazione punitiva, per aver tentato la Fortuna (la madre). "In altre parole sarebbe - per Rosenthal (1984) - un altro modo di ritualizzare la domanda: <<Mio padre mi ama?>>. Entrambi i metodi sono insoddisfacenti, poiché rinfocolano il senso di colpa che a turno deve essere alleviato. Si instaura così un circolo vizioso."

Edmund Bergler fu, dopo Freud, l'autore che più enfatizzò il ruolo del masochismo nella dinamica psichica del giocatore patologico. Nel suo testo *The Psychology of Gambling* del 1957 ci presenta inoltre un'ampia trattazione di casi clinici, di pazienti da lui stesso trattati con il metodo analitico. Secondo Bergler il giocatore nevrotico si sta ribellando contro le figure parentali, che originariamente hanno imposto le regole e le restrizioni al principio di piacere. Il gioco compulsivo sarebbe perciò la messa in atto di un tentativo illusorio di eliminare la frustrazione legata al principio di realtà, con una regressione verso l'onnipotenza infantile in cui "tutti i desideri sono automaticamente soddisfatti" (Bergler, 1957). Ciò tuttavia riattiva nell'inconscio una "latente ribellione", che genera un acceso odio

nei confronti dei genitori e un inevitabile senso di colpa, che necessita di espiazione. Perdere, dunque, sarebbe essenziale per l'equilibrio psichico; "è il prezzo che paga per la sua aggressione e allo stesso momento è ciò che gli consente di continuare a giocare". Bergler sostiene che la ribellione del giocatore rappresenta solamente un "livello superficiale" della sua nevrosi, laddove a livelli più profondi, presenta ciò che egli definisce un *masochismo psichico*, una sorta cioè di estrema difesa contro le frustrazioni, che consenta di "produrre piacere dal dispiacere", nel tentativo ultimo di non abbandonare il principio di piacere; "quando la punizione diventa piacere, la punizione è ridotta ad un assurdo".

Nella dinamica di gioco l'avversario (il videopoker, la roulette, i dadi) sono inconsciamente identificati con la madre (o con il padre) rifiutante. Da essi non si può che attendere un rifiuto e "l'inconscio desiderio di perdere" assicura questo risultato. "Consciamente il giocatore è assolutamente convinto che egli dovrà vincere; ma inconsciamente egli crede che la madre o il padre crudele lo faranno perdere" (Ibid.).

Altri autori (Simmel, 1920; Greenson, 1947; Lindner, 1950; Galdston, 1960; Bergeret, 1982) hanno diversamente interpretato il sentimento di onnipotenza del giocatore patologico, considerandolo ad esempio, un meccanismo di difesa che riporta il giocatore ad una riunione con la *madre buona*, in una sorta di autarchia psichica, nella quale dipendenza e sentimenti d'inferiorità siano negati (Simmel, 1920).

Valleur e Bucher (1999) sostengono che il giocatore continuerebbe a domandare al Fato, come ad un oracolo, una risposta sul valore della propria vita, come in una sorta di "condotta ordalica", nella quale da un lato si "abbandona alla sottomissione, al verdetto del destino e dall'altro alla illusione di riprendere il controllo sulla propria vita" (Valleur e Bucher, 1999).

Per Bolen e Boyd (1968), infine, è più utile descrivere il gioco patologico come un sintomo presente in diversi quadri psicopatologici, a difesa da sentimenti depressivi. Il circolo vizioso si genererebbe in funzione della necessità di "riprodurre rispettivamente il rifiuto e la sofferenza masochistica. In tal modo gli affetti e il comportamento diretti originariamente verso i genitori, sono trasferiti nell'arena del gioco d'azzardo, nella quale il giocatore tenta di provocare il rifiuto da parte del Fato (padre) e della Fortuna (madre), nello stesso modo in cui ha esperito o crede di aver esperito, il rifiuto relazionale da parte dei genitori durante l'infanzia" (cit. in Gherardi, 1991).

Prospettive cognitive

I teorici cognitivi si sono soffermati in particolare sulle distorsioni cognitive presenti nel giocatore patologico, le quali inducono una sottostima del rischio a causa della convinzione della possibilità di influenzare il risultato del gioco.

L'*illusione di controllo*, definita da Langer (1975) come una "aspettativa di successo personale erroneamente alta rispetto a quanto l'obiettivo possa garantire", è stata dimostrata con diversi esperimenti, nei quali si è verificato che:

- 1) Nel caso di giochi di fortuna nei quali è assente la componente di abilità (giochi di *Alea* secondo Callois), sia i giocatori patologici, che i cosiddetti giocatori *sociali*, tendono maggiormente ad attribuire a sé un controllo sull'esito del gioco laddove abbiano partecipato attivamente ad esso (ad esempio se hanno tirato essi stessi i dadi). È stato altresì osservato come i giocatori di dadi tendano a tirare con maggiore energia se desiderano un numero elevato, mentre con minore forza, se l'esito "deve" essere un numero basso (Henslin, 1967).
- 2) I giocatori patologici hanno spesso una concezione distorta della logica matematica, che li fa sovra- o sotto-stimare il rischio. Un esempio di tale distorsione cognitiva è la cosiddetta *Fallacia del giocatore* o *Fallacia di Montecarlo* (Cohen, 1972), che si verifica quando il giocatore pensa di avere una maggiore possibilità di successo dopo una lunga serie di perdite. In uno studio di Ladouceur e Walker (1996) riportato da Croce (2001) si è evidenziato come "i partecipanti a un gioco di lancio di monete in cui erano invitati a prevedere se il risultato sarebbe stato testa o croce, avendo la possibilità dietro pagamento di osservare la sequenza dei lanci precedenti, scelsero di pagare per ottenere tale informazione, benché questa fosse del tutto inutile nel fornire previsioni sul risultato del lancio successivo".

Secondo altri autori l'attitudine ad assumersi rischi è regolata da un tratto del carattere, che induce le persone alla ricerca del loro ottimale livello di attivazione (*arousal*). Zuckerman (1971) ha elaborato

una scala che misura la ricerca del sensazionale (*Sensation Seeking Scale*), attraverso una serie di fattori (riportati in Dickerson, 1984):

- 1) Ricerca del brivido, dell'avventura, della sfida come avviene negli sport pericolosi.
- 2) Ricerca di esperienze nuove (sul piano cognitivo o emozionale)
- 3) Disinibizione o bisogno di agire liberamente nella sfera sociale
- 4) Suscettibilità causata dalla noia

Zuckerman (1983) afferma che per quanto riguarda il gioco d'azzardo "agli individui piace il rischio di perdere denaro per il rinforzo positivo prodotto dagli stati di alto arousal che si verificano sia durante la suspense per l'attesa del risultato, sia in seguito alle stimolazioni per la vincita" (Lavanco, Varvieri, Lo Re, 2001).

Il modello bio-psico-sociale

Attualmente sappiamo che la percezione ed elaborazione delle sensazioni di piacere, sia che esse provengano da stimoli chimici (droghe o sostanze psicoattive in genere), sia da stimoli comportamentali (come appunto il gioco d'azzardo), è mediato da complessi sistemi neuronali e neurotrasmettitoriali. Tali sistemi hanno prevalentemente sede nell'area ventrale segmentale, a livello mesencefalico, dove prendono origine neuroni dopaminergici, che hanno come bersaglio altri neuroni situati in alcune specifiche regioni cerebrali, come il *nucleo accumbens* e la *corteccia prefrontale mediale*. In particolare l'area denominata *conchiglia* del nucleo accumbens è deputata a mediare le funzioni di ricompensa del cervello. Vale a dire che sostanze chimiche o comportamenti in grado di stimolare risposte gratificanti vengono *premiati* attraverso un rinforzo che darà a quei circuiti neuronali maggiore forza e precedenza su altre afferenti. E', infatti, il meccanismo fisiologico della memoria e della motivazione che ci spinge ad agire e a ripetere i comportamenti risultati utili. La ripetizione dura fino a quando un meccanismo inibitorio (comunemente detto *sazietà* o *appagamento*) non frena la ripetizione, arrendendola.

In alcune persone si ipotizza che il blocco della ripetizione non funzioni adeguatamente e che, pertanto, il comportamento si reiteri all'infinito, senza potersi mai appagare e fino a trasformarsi in un *loop* inarrestabile. L'alterazione di questo elaborato meccanismo, che coinvolge complessi disturbi neurotrasmettitoriali (serotonina, noradrenalina, dopamina, Gaba), aspetti genetici (alterazione di geni che concorrono a codificare recettori della dopamina) e altri fattori psicologici, sociali e relazionali, appare responsabile del fenomeno dell'*addiction*.

La causa della dipendenza patologica è quindi la risultante di una serie di fattori predisponenti *bio-psico-sociali* che, in presenza di uno stimolo scatenante, danno origine alla patologia compulsiva conclamata. Solo la concomitanza di questi fattori può spiegare l'insorgenza della malattia. Si è notato infatti che uno solo dei fattori predisponenti non è in grado di precipitarla. Quando la malattia compare si manifesta con le caratteristiche tipiche di tutte le dipendenze: assuefazione (il giocatore deve giocare sempre di più), perdita di controllo (il giocatore non può evitare di giocare e di fermarsi quando inizia), sindrome di astinenza (il giocatore sta male fisicamente e/o psichicamente se non gioca) *craving* (bisogno compulsivo di giocare). In presenza di queste manifestazioni il gioco non esiste più; vengono a mancare le premesse indispensabili perché quell'attività sia un gioco: manca la libertà del soggetto, ormai schiavo della compulsione; mancano le regole di spazio e tempo prestabilite; manca la possibilità di uscire dal gioco quando lo si desidera. Come abbiamo visto, senza le regole di un *setting* definito, la dimensione ludica crolla e ci lascia di fronte a una situazione molto diversa. E' la situazione di una terribile malattia in grado di devastare la vita del soggetto, quella dei suoi cari e quella di tante altre persone che gli ruotano attorno nell'ambito sociale.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM-IV). Washington D.C. A.P.A.; trad. it. *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1995
- Bergeret J. (1982) *Toxicomanie et personnalité*. Paris PUF
- Bergler E. (1957) *The psychology of gambling* International Universities Press, New York.
- Bolen D.W., Boyd W.H. (1968) Gambling and the gambler. *Archives of General Psychiatry* 18: 617-630
- Caillois R. (1958) *Les jeux et les hommes* Gallimard, Paris; trad. it. *I giochi e gli uomini*, Bompiani, Milano 1981
- Castellani B. (2000) *Pathological Gambling. The Making of a Medical Problem*. State University of New York Press, Albany.

- Cohen J. (1972) *Psychological probability or the art of doubt*, Allen & Unwin, London
- Cohen J., Hansel M. (1956) *Risk and gambling: a study of subjective probability*. Philosophical Library, New York
- Custer R., Milt H. (1985) *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File
- Croce M. (2001) Vizio, malattia, business? Storia dei paradigmi sul gioco d'azzardo. In M. Croce e R. Zerbetto (a cura di) *Il Gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano 2001
- Dickerson M.G. (1984) *Compulsive gamblers* Longman Group Ltd; trad. it *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*. Ed. Gruppo Abele, Torino 1993
- Dostoevskij F. (1866) *Igrok*, trad. it. *Il giocatore* Garzanti, Milano 1985
- Fenichel O. (1945) *The psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York; trad. it *Trattato di Psicoanalisi, delle nevrosi e delle psicosi*. Astrolabio. Roma 1951
- Freud S. (1928) *Dostoevskij e il Parricidio*, Opere, vol. X, Bollati Boringhieri. Torino 1978
- Galdston I. (1960) The gambler and his love. *American Journal of Psychiatry*, 117: 553-555
- Gherardi S. (1991) Il gioco d'azzardo: una rassegna. *Rivista di Psichiatria*, 26 (4): 189-198
- Greenson R. (1947) On gambling. *American Imago*, 4 : 61-77
- Griffiths M (2000) The Biopsychosocial approach to gambling: contextual factors in research and clinical interventions. *The Electronic Journal of Gambling Issues*
- Ladouceur R., Walker M. (1996) A cognitive perspective on gambling, in P.M. Salkovskis *Trends in cognitive therapy*, pp. 89-120, Wiley. Oxford
- Langer E. J. (1975) The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*. 32 (2) 311-328
- Lavanco G., Varveri L., Lo Re T. (2001) Un inquadramento generale. Minima metodologica. In G. Lavanco *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. McGraw-Hill. Milano
- Le Breton D. (1991) *Passion du risque*. Editions Metailie. Paris; trad. it. *Passione del rischio* Ed. Gruppo Abele, Torino. 1995
- Lindner R.M. (1950) The psychodynamics of gambling. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 269: 93-107
- McCown W., Chamberlain L. (2000) *Best Possible Odds, Contemporary Treatment Strategies for Gambling Disorders*. John Wiley & Sons, New York
- Rosenthal R.J. (1984) The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review of the Literature; in T. Galsky *The Handbook of Pathological Gambling*. Charles Thomas. Springfield, Illinois
- Simmel E. (1920) Psychoanalysis of the gambler. *Int. J. Psychoan.* 1 : 352-353
- Valleur M., Bucher C. (1999) Le jeu pathologique. *Toxibase*. 3 : 1-23
- Valleur M., Velea D. (2002) Les addictions sans drogue(s). *Toxibase* 6
- Von Hattingberg H. (1914) Analerotik, Angstlust und Eigensinn. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. 2 pp. 244-258
- Zuckerman M. (1971) Dimension of sensation-seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36: 45-52
- Zuckerman M. (1983) La ricerca di forti sensazioni. *Psicologia contemporanea*. 59