

# PSICOLOGIA DEL GIOCATTORE

Mauro Croce

in (a cura di) Lugoboni F., Zamboni L.,

In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche

Vol 2, Edizioni CLAD Onlus, Verona : 177-187.

macro.cuore@gmail.com

## Indice:

- Modelli interpretativi del gioco d'azzardo patologico.
- Il modello psicomotricistico
- Le distorsioni cognitive ed il modello cognitivo –comportamentale
- La diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo
- La carriera del giocatore patologico
- La nuova clinica ed i sottotipi di pathological gambler.

*“Erano le dieci e un quarto quando entrai nel casinò, con una tale e ferma convinzione e contemporaneamente con una tale agitazione che non avevo mai provato prima [...]. Ero come in delirio (...) , durante tutta la serata, per tutto il gioco, la paura mi attraversò come una corrente fredda e cominciarono a tremarmi le mani e le gambe”.* Chi meglio di Dostoevskij è riuscito a descrivere la vita, le emozioni , le assurdità ed il terrore di un giocatore patologico? Chi meglio di lui ha esplorato gli abissi della dannazione e dell'ascesa che si può provare consegnando il proprio destino ad una roulette e sperimentare quella sensazione che Bergler (Bergler 1957) ha descritto attraverso l'ossimoro *“pleasurable painful sensation”* ? La sfida alla sorte, la tentazione di pronosticare un evento, è un qualcosa che appartiene ad ognuno di noi. Non solo una tentazione ma spesso anche una necessità per l'uomo sin dall'antichità. Cosa ci avrebbe riservato il domani? Quale sarebbe stato l'esito di una caccia, di una sfida, di una migrazione? Come volgere a noi il volere degli Dei? Secondo Huizinga la nostra specie prima di essere stata *faber* non solo sarebbe stata anche *ludens* ma addirittura la nostra civiltà sarebbe nata e si sarebbe sviluppata “nel gioco e come gioco” (Huizinga, 1982). Un gioco che ha le sue regole. Deve essere una azione libera, situata al di fuori della vita consueta cui non è legato un interesse materiale e che si compie entro uno spazio ed un tempo definiti . Secondo Caillois, i giochi (Caillois, 1981) si muoverebbero lungo due piani fondamentali e diversi di tensione quello della *paida* (la turbolenza) e quello del *ludus* (la regola). A loro volta sarebbero distinguibili in quattro

categorie. I giochi di competizione (Agon), di travestimento (Mimicry), di vertigine (Ilinx) e di Alea (dalla parola latina che indica il gioco dei dadi). I giochi di alea - contrariamente a quelli di Agon - si fondano su una decisione o una abilità che non dipende dal giocatore e la vincita o la perdita sono attribuibili solo alla imprevedibilità del caso. Se nei giochi di agon il giocatore deve contare solo su se stesso, sulle proprie capacità, sulla propria forza, preparazione, destrezza etc., nei giochi di alea nella speranza di volgere a sé il risultato rischia di aggrapparsi ad ogni indizio più vago. Ogni particolare esterno viene infatti considerato un segno, un avvertimento, e questa distinzione tra giochi di agon e giochi di alea è importante per comprendere la psicologia del giocatore d'azzardo dominata e guidata dal pensiero magico. Se gli animali conoscono giochi di competizione, di vertigine, di mimetizzazione, l'attendere passivamente e deliberatamente un pronunciamento del fato, rischiare su questo una somma per moltiplicarla deliberatamente al rischio di perderla, è atteggiamento che esige una possibilità di previsione, di rappresentazione e di speculazione, di cui può essere capace solo un essere umano. Gli animali infatti, 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. Non è si tratta solo della banale possibilità di risolvere definitivamente i problemi con una vincita fortunata che spinge a giocare d'azzardo. Varie sono le ragioni. Vivere il sogno di potere cambiare e migliorare la propria vita; ricercare occasioni di competizione, socializzazione, ostentazione, sfida; modulare il proprio umore (ansia, stress, depressione); provare eccitazione, brivido, regalarsi una parentesi di distrazione o evasione (Binde,2013) Tuttavia, se per la maggior parte delle persone tale tentazione risulta una attività del tutto priva di rischi e conseguenze, per altri l'incontro con il gioco, con l'azzardo, con la scommessa, può rivelarsi un punto di partenza verso una evoluzione che può condurre ad una vera e propria forma di dipendenza patologica stimabile tra lo 0.4 e 5.3% della popolazione (NORC, 1999, Petry 2005, Shaffer et al,1999, Grant & Odlaug, 2015). Un rischio che ha mosso preoccupazioni di ordine pubblico, morale, religioso e giuridico da sempre. Sarà però nel 1561 che verrà pubblicato quello che può essere considerato come il primo manuale nel trattamento dei giocatori: Alea. De Curanda Ludendi in Pecuniam Cupiditate". Un testo scritto da un medico dell'epoca Justus Pascasius che cercherà di interpretare il "giocatore patologico", come diremmo noi oggi, non dal punto di vista del vizio o del peccato, ma come soggetto affetto da una malattia cronica e violenta: "*tanquam immani et saevi alicuius morbi*". Se alcuni passaggi ed il linguaggio dell'autore possono ora fare sorridere, si pensi a come la passione del gioco venga infatti interpretata come liberazione dei vapori e corruzione degli umori e vede coinvolte la bile e la melanconia- il libro conserva elementi ed intuizioni di straordinaria attualità. Il metodo proposto per la cura non solo è infatti

anticipatore della psicoterapia (secondo l'autore la cura deve passare " attraverso la parola"), ma, nell'appello alla ragione, alla riflessione, alla intelligenza possiamo trovare anticipazioni del trattamento cognitivo comportamentale centrato – appunto - nel modificare le credenze erronee nel giocatore. Bisognerà infatti precisa Pascassius " mettere fine alla illusione del guadagno, la credenza che si possa dominare l'azzardo" (Nadeau & Valleur,2104).

Il gioco quale conflitto intrapsichico: il contributo psicodinamico.

Una speranza quella di Pascassius di sapore preilluminista , che confida nel risveglio della ragione . Speranza che sarà tuttavia relativizzata con l'avvento del 900 e l'emergere dell'attenzione all'inconscio (Kandel 2012) , all'importanza della sua influenza nella nostra vita e dal riconoscimento che l'essere umano non sempre è guidato dalla razionalità. Ed il giocatore interesserà sin da subito gli psicoanalisti che cercheranno di comprendere quali meccanismi inconsci possano essere alla base di tale assurda pratica. Hans Von Hattingberg (Von Hattingberg, 1914) osserverà come, la tensione e la paura del giocatore – tensione e paura: concetto che sarà ripreso da Bergler - possano rivelare una erotizzazione masochista della punizione . Se Simmel (Simmel,1920) parlerà di fantasie onnipotenti e perverse Stekel noterà invece la somiglianza tra gioco d'azzardo ed alcolismo quali modalità regressive ed esibizioniste per fuggire dalla realtà (Stekel,1924). Egli inoltre evidenzierà come la fede del giocatore nella superstizione ed il ricorso a rituali per ingraziarsi forze soprannaturali possa rappresentare per lui un oracolo che - in caso di vittoria - autorizzerà e profetizzerà l'esaudimento di altri desideri. Ma sarà proprio Dostoevskij ad attirare l'interesse di Freud (Freud,1927) il quale tenterà di comprendere il perché di quell' " innegabile accesso di passione patologica, che da nessuno ha potuto essere spiegato altrimenti ": " Un comportamento che non trovava pace fin quando non aveva perduto tutto". Insieme ad altri elementi, quale una interpretazione riguardo l'epilessia dello scrittore , secondo Freud Dostoevskij si sarebbe identificato con l'omicida del padre il quale era persona violenta ed autoritaria ed invisa al giovane figlio. Identificazione che porterà a sviluppare un tormentoso senso di colpa quale "autopunizione per il desiderio di morte nei confronti del padre odiato". Il senso di colpa per il parricidio fantasmaticizzato e per l'incesto (in quanto interpretabile nella luce edipica della rivalità sessuale per il possesso della madre) avrebbe poi comportato un delirio di castrazione con conseguente scatenamento della rabbia rivolta all'esterno sotto forma di impulsività aggressiva e sadismo , ed all'interno sotto forma di autopunizione e masochismo. Il ricorso al gioco in maniera scellerata sarebbe quindi secondo questa interpretazione, espressione di una copertura per sensi di colpa di altra origine e più intollerabili per la

coscienza morale del soggetto (Geha,1970). Infatti, secondo Freud, “La fortissima pulsione distruttiva che avrebbe facilmente potuto fare di Dostoevskij un criminale,” si orienterà contro lui stesso esprimendosi in forma di masochismo e senso di colpa . Ma egli osserverà anche come, il denaro possa rappresentare per il giocatore un pretesto, o meglio una razionalizzazione, e la spirale del perdere e del ritornare a giocare e perdendo nuovamente possa essere inconsciamente mossa dal bisogno di amplificare la comparsa del senso di colpa quale forma di “autoterapia” attraverso la autopunizione. Ovvero, come osserva Ortoleva (2017) in sostanza “perdere sarebbe non una possibilità sempre in agguato ma, in fondo l’oggetto di un desiderio nascosto”. Sempre riguardo alla interpretazione freudiana, Zanda osserva come, il gioco d’azzardo sarebbe interpretabile in questa chiave, come addiction e non una nevrosi ossessiva e le addiction siano in un certo senso collegate tra loro avendo una stessa radice nella masturbazione (Zanda,2014). . Del resto molti anni prima, in una lettera a Fliess del 22 dicembre 1887 Freud scriverà “ sono venuto alla conclusione che la masturbazione è la sola grande assuefazione, il “vizio originario”, e che altri vizi : alcol, morfina, tabacco etc, entrano nella vita come sostituti e in luogo di essa abbiano radice nella la masturbazione, causa molto importante del senso di colpa non in quanto atto in sé, ma per le fantasie che l’accompagnano”. Tema , quello della masturbazione che compare nella seconda parte del saggio ove viene analizzato il racconto *Ventiquattro ore della vita di una donna* di Stefan Zweig (1881-1942) dove viene enfatizzata l’equivalenza tra gioco d’azzardo e sviluppo della sessualità : il “vizio” dell’onanismo è sostituito da quello del gioco e “la madre sarebbe pronta ad avviarlo lei stessa alla vita sessuale pur di salvarlo dai temuti danni dell’onanismo”. Il ricorso al gioco legato ad un conflitto intrapsichico troverà successive interpretazioni la cui più nota è quella di Bergler (1957) il quale anche lui osserverà come, il fine del giocatore patologico non sia quello di vincere, ma quello di perdere. Giocare infatti con il destino, pretendendo megalomaniacamente di controllarlo, non si può che tradurre in un “progetto per perdere”. “ Basta che sostituiamo al Destino la rappresentazione genitoriale per il bambino ed abbiamo la rappresentazione psichica del giocatore “(Bergler pag,257). Ma il giocare è anche rinnegamento del principio della realtà, quel principio che , fondandosi su valutazioni logiche e scientifiche ci permette di preventivare ed evitare rischi inutili, pericoli possibili e sconfitte prevedibili. Ed è proprio nel rinnegamento dello stesso che il giocatore esprimerebbe la propria aggressività nevrotica contro chi lo ha posto di fronte alla realtà. Il gioco non solo attiverebbe inconsciamente l’antica fantasia infantile di grandezza e megalomania ma anche la ribellione latente contro la logica , l’abilità, la moderazione, la morale e la rinuncia. A differenza di Freud, Bergler tratterà diversi giocatori traendone elementi e riflessioni molto importanti. Si pensi al caso di un paziente il quale , potendo partecipare ad un gioco truccato del quale poteva

conoscere in anticipo il risultato ed avendo pertanto la certezza della vincita , racconterà al proprio psicoanalista come questo in realtà non lo possa interessare. Non lo affascini, non lo intrighi. Se vi è la garanzia del guadagno dove sta infatti il rischio? Sarebbe un lavoro. Non un gioco. Ciò che si cerca è invece il rischio. Ma ancora osserva Bergler “Non vi è nulla di più tragico del giocatore che ha perduto l’ultimo dollaro e ancora è assolutamente convinto che se solo avesse il denaro per superare il “momento sfortunato”, “sicuramente vincerebbe una fortuna”. E’ come avesse stipulato “un contratto con il Fato” che gli permette di pensare che potrà essere ricompensato. “Con tale immaginario contratto in tasca, egli è al di sopra di ogni obiezione ed argomento logico”. Anche Otto Fenichel nel *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, del 1945 (Fenichel, 1945) includerà il gioco d’azzardo nella categoria delle nevrosi di impulso assieme alle perversioni e alle tossicomanie aggiungendo inoltre come molti pazienti presentino caratteristiche della personalità narcisistica e l’impulso a giocare sia ego sintonico . Anche secondo Fenichel la tragedia del giocatore risiederebbe in un triangolo edipico: se trionfare sul destino, immagine del padre può rappresentare la sua uccisione simbolica, perdere rappresenta esserne puniti. Quale alternativa nel realizzare i desideri incestuosi e sentirsi colpevole di parricidio oppure sentirsi colpevole dell’incesto? Il giocatore d’azzardo lotta per realizzare l’impresa impossibile di vincere e di perdere allo stesso tempo; è questa una ricerca senza fine (Fenichel, 1945). Greenson ,vedendo nel ricorso al gioco la possibilità di rivolgere gli impulsi libidici su un altro oggetto, concorderà con Fenichel nella diagnosi di nevrosi impulsiva del tutto simile alle perversioni ed alle addiction per quanto attiene il decorso, il trattamento la prognosi (Greenson ,1947). Bolen, Caldwell e Boyd osserveranno poi come , la presenza in molti giocatori patologici di un evento traumatico precedente allo sviluppo del disturbo sia interpretabile quale manovra difensiva maniacale volta nascondere la consapevolezza della perdita dell’oggetto, la depressione secondaria a questa perdita e la coscienza della propria impotenza di fronte all’inevitabilità del destino (Bolen et al 1975). Richard Rosenthal insieme alla evidenziazione di aspetti narcisistici della personalità precedenti il coinvolgimento nel gioco d’azzardo segnerà, alla luce della teoria delle relazioni oggettuali, come il giocare possa offrire una fuga dall’intimità e rappresentare una via per negare sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa” (Rosenthal, 1997, p. 612). Egli inoltre osserverà alcuni dei meccanismi di difesa presenti nei giocatori patologici. Tra questi l’onnipotenza quale difesa dal senso di impotenza che porta ad assumere rischi crescenti solo per mettere alla prova la propria onnipotenza e convincersi di avere la situazione sotto controllo; la scissione (riferita alla autoidealizzazione e alla autosvalutazione - cioè alla tendenza a viverci come due persone separate, una tutta buona – vincitore - ed una tutta cattiva : perdente); la proiezione necessaria per

mantenere il meccanismo della idealizzazione e della svalutazione proiettando sugli altri ciò che sente nei confronti di se stesso ed il diniego legato non solo al mentire agli altri, ma anche nel continuo rifiuto di riconoscere la realtà della propria situazione.

### Il giocatore patologico quale carriera: le fasi di Custer

Lo sviluppo di una addiction quale successione di fasi è stato proposto da vari autori. Citiamo solo Olievenstein nel caso delle sostanze illegali ed il suo concetto di “luna di miele “ con la sostanze o Jellinek (Jellinek, 1952) nel caso dell'alcolismo. Ed è proprio a Jellinek che si ispirerà Custer nel concettualizzare delle fasi del giocatore descrivendone l'evoluzione dalla prima esperienza di gioco alla patologia (Custer & Milt, 1985) . Una evoluzione che solitamente si presenta lenta e subdola amplificandosi in esclusività sino a rendere il ricorso al gioco totalizzante ed irrinunciabile. In verità tale evoluzione può essere molto diversa da persona a persona e - se per taluni può presentarsi in maniera costante e progressiva - per altri apparire alternata a tentativi di moderazione o di astinenza confinata in maniera transitoria ed episodica (Slutske et al 2003). Pensare al “giocatore patologico” quale punto di arrivo di una carriera significa attribuire senso, importanza e sviluppo ad un insieme di fattori di tipo individuale , familiare, sociale e contestuale che possono produrre, o meno, trasformazioni nel soggetto tali da evolversi in maniera diversa e non determinista nel tempo. In questo senso è chiaro ed esplicito il riferimento soprattutto a Mead (Mead, 2010), nella cui concettualizzazione il comportamento va interpretato non tanto sulla base di stimoli, motivi, pressioni ambientali, caratteristiche o deficit sociali o personali quanto in relazione al modo in cui viene elaborato il significato intersoggettivo e intrasoggettivo degli eventi che vanno costruendo un Sé concepito come “l'Io che riflette sul Me”, come l'insieme dei processi autoorganizzazionali e autoriflessivi. Una carriera la cui prima fase, definita vincente (winning phase) , inizia con l'incontro con il gioco che solitamente avviene parenti od amici. Una esperienza che offre sensazioni e complicità e può in taluni innescare il desiderio, il pretesto, il bisogno e la giustificazione per ripetere questa esperienza che attraverso - una sequenzialità di fatti, di ripetizioni, di frequenze, di intermittenze tra vincite e perdite - offre una parentesi dal mondo, una percezione di sfida, una offerta di emozioni. Elementi che possono innescare ad una insidiosa sebbene spesso sorda escalation attraverso il superamento graduale o improvviso dei limiti che il soggetto si dà - o si era dato - a tal punto che il ricorso alla ripetizione dell'esperienza diventa sempre più centrale nella vita e negli interessi della persona, mentre gli altri piani (familiare, relazionale,lavorativo) gradualmente passano in secondo ordine. In questa fase una grossa vincita , così come riferito da molti

pazienti, può costituire spesso un punto di svolta verso l'evoluzione patologica. In questa prima fase il giocatore ha comunque la percezione del controllo e pur conoscendo le conseguenze alle quali può condurre il gioco, tuttavia ritiene di poterne essere immune e di potere tranquillamente gestire il proprio coinvolgimento traendone gli elementi di piacere ed evitandone i rischi. Può però scattare una sorta di sfida al limite ed al controllo ed "il desiderio di andare oltre i limiti" diventa elemento di eccitazione o di giustificazione. Possono cominciare a presentarsi coperture e menzogne a familiari, amici, colleghi ed appare sempre più irritabile. La vita familiare è faticosa ed il giocatore comincia a contrarre debiti senza potere onorarli. agitato e si ritira dagli altri. Ci troviamo nella seconda fase perdente (loosing phase) . La causa delle perdite viene attribuita ad un periodo di scarsa fortuna e si può osservare come si inneschi in questa fase, un misto tra agon (il sacrificio, la costanza, la forza) e di alea, che alimenta l'idea magica che prima o poi si sarà ripagati da tanti sacrifici e sia necessario soffrire, toccare il fondo, per essere alla fine ripagati. Si tende allora a non staccarsi, ad insistere ed a giocare con modalità che offrono minori possibilità di vincita, ma che promettono vincite molto alte . E' a questo punto che si innesca il meccanismo del *chasing* ovvero della rincorsa alla perdita che porta il soggetto a giocare sempre di più ed a chiedere prestiti nel tentativo di recuperare il denaro perso ed a raccontare e raccontarsi che recuperato il denaro perso - con la vincita che non mancherà - se ne potrà "uscire da vincitore".

Ma anche stavolta il giocatore non sarà premiato e se lo sarà ricomincerà il proprio ciclo per arrivare progressivamente alla fase della disperazione, dove il soggetto ha completamente perso il controllo del gioco. In questa fase può provare un senso di panico e prestarsi ad azioni illegali anche contrarie ai suoi valori giustificandosi che alla fine arriverà la grossa vincita che metterà a posto tutto. Le bugie non sono più ben costruite e comunque gli altri non ci credono più provocando nel soggetto aggressività , accuse, vittimismo. La fase cruciale è quella della perdita della speranza dove si possono trovare pensieri e tentativi di suicidio, problemi con la giustizia, crisi coniugali e divorzi. Per la famiglia risulta sempre più difficile la situazione anche perché quella economica è disastrosa e spesso subentrano telefonate o minacce da parte di creditori anche ai familiari. In questa fase il giocatore - a rischio di suicidio - può continuare ad ostentare sicurezza ma possono comparire attacchi di panico, che il continuare a giocare può parzialmente acquietare.

La fase critica dello schema di Custer si articola in otto tappe, che iniziano dal momento in cui il giocatore patologico decide di chiedere aiuto per uscire dalla sua drammatica situazione: 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. A questa fase segue

quella della ricostruzione, che si sviluppa in sei tappe e rappresenta la fase intermedia nella terapia del giocatore. Le tappe di questa fase sono: 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. La fase successiva, quella della crescita, costituisce il terzo ed ultimo stadio della riabilitazione del giocatore secondo il modello di Custer. Tale fase è divisa in quattro tappe, ciascuna delle quali per alcuni aspetti, rappresenta essa stessa uno degli scopi cui deve mirare la terapia di riabilitazione : 1) Diminuisce la preoccupazione legata al gioco; 2) Miglioramento della capacità di introspezione; 3) Maggiore comprensione per gli altri; 4) Ripresa del sentimento di affetto nel confronto degli altri. Alle fasi di Custer, Rosenthal (1987) ha aggiunto una diversa possibilità definita come fase “senza speranza o resa” relativa ai percorsi di coloro che non riescono a raggiungere e proseguire verso fasi che permettono un superamento della condotta di gioco patologico , non si illudono più alla fantasia della grande vincita e che giocano con trascuratezza con l’unico obiettivo e bisogno di “sentirsi in azione”.

Il modello evolutivo proposto da Custer offre straordinari elementi di comprensione e di utilità sia sul piano descrittivo che su quello clinico e certamente costituisce una evoluzione rispetto a modelli teorici che “sclerotizzano” il giocatore patologico in un quadro spesso senza passato e senza futuro (Croce, 2010),

.Il pensare quella del giocatore patologico “una carriera” anziché uno “stato” permette di comprendere gli elementi, i significati ed i bisogni che concorrono nell’evoluzione del quadro da un gioco sporadico ed occasionale ad un gioco patologico e monopolizzante il tempo, gli affetti ed i valori del soggetto. Questa evoluzione è legata a diverse variabili : la persona, il suo micro/macro ambiente , la fase del ciclo di vita, la tipologia dei giochi incontrati. Elementi che possono permettere, favorire, impedire, rimandare il passaggio da una fase all’altra. Ogni passaggio di fase intende – infatti - e pretende anche la creazione da parte del soggetto di tecniche di neutralizzazione (Sykes & Matza, 1957) che il soggetto utilizza per giustificare il crescente passaggio verso condotte ed identità non conformi ai valori convenzionali introiettati. L’analisi di questi elementi correlata ai passaggi di fase, può permettere di comprendere il mondo dei significati che spingono ad andare avanti a dispetto degli impulsi esterni ed interni che lo spingono ad interrompere. Nel comprendere tali “passaggi” è importante considerare anche il ruolo svolto dalla teoria della dissonanza cognitiva (Festinger , 1978) secondo la quale è necessaria una coerenza (una consonanza) tra il dato cognitivo ed il dato comportamentale. Se il giocatore non riesce ad interrompere o regolare la propria attività e ne osserva i danni che questa comporta, si trova in una situazione di dissonanza cognitiva che crea una situazione di disagio e necessita di trovare modalità per eliminare tale disagio. Ciò può avvenire in due modi. La modificazione del comportamento (smettere o riuscire a limitare il gioco) oppure la modificazione cognitiva attraverso giustificazioni, negazioni, razionalizzazioni che permettano di continuare a pensare ad esempio che il giocare non sia poi così dannoso



ovvero che potrebbe essere ancora più dannoso l'interrompere oppure ancora che non ne può fare a meno (perchè malato, infelice, debole, momento sfortunato che sarà superato, etc). Queste spiegazioni od interpretazioni che il soggetto si dà per mantenere la consonanza tra ciò che fa (ed il danno che ne consegue) e la difficoltà a cambiare, creano un meccanismo che rischia di autoalimentarsi. Anche secondo Lesieur (Lesieur, 1984) mano a mano che le azioni compiute diventano sempre più immorali, a mano a mano che i debiti aumentano, che le relazioni sociali e familiari subiscono conseguenze, che le normali attività risultano compromesse dal gioco, subentra la necessità di giustificarsi che passa attraverso pretesti, modificazioni della morale convenzionale, autogiustificazioni, razionalizzazioni. Come si può quindi osservare quello del giocatore patologico è un processo lento, insidioso, e caratterizzato da fasi diverse anche non obbligate ed ineluttabili. Se si può affermare come, se per un soggetto "l'arrivo" alla condizione di "disturbo da gioco d'azzardo", vede necessariamente attraversare le fasi della vincita, della perdita e della disperazione (sebbene diverse nei tempi e nelle intensità) non tutte le persone che attraversano le prime fasi necessariamente saranno destinate a divenire giocatori patologici. Citando l'expertise sul gambling promossa dall'INSERM (Institute National de Santé et de la Recherche Médical) nel 2008 è possibile osservare come di fronte ad una molteplicità di possibili fattori implicati, non sia stato individuato uno specifico elemento in grado di determinare lo sviluppo verso la patologia, ma concorrano, invece, diversi fattori tra loro interdipendenti e dinamici. Non abbiamo a disposizione studi conclusivi che ci permettano di comprendere quanto altre persone – non diventate giocatori patologici – abbiano attraversato in fasi della loro vita momenti di grosso e potenzialmente pericoloso rapporto con il gioco e quanto altre persone riescano a mantenere un rapporto problematico con il gioco pur mantenendo un relativo controllo della situazione. Tuttavia per comprendere le diverse declinazioni patologiche, il diverso ruolo esercitato dai fattori di rischio, ed i diversi percorsi individuali è forse necessario superare o quantomeno integrare quello che spesso appare come un insieme sterile e statico di uno o più fattori combinati tra loro, con un modello di tipo processuale che consideri il giocatore patologico come punto di arrivo non obbligato di un percorso, di una successione di fasi, di cambiamenti dove il comportamento è comprensibile non tanto e non solo sulla base di stimoli, motivi, pressioni ambientali, deficit sociali, biologici o personali, quanto anche in relazione al modo in cui viene elaborato, modificato, sviluppato il significato intersoggettivo e intrasoggettivo dell'esperienza "gioco" e le sensazioni che produce nel soggetto (Sharpe, 2002). Questa visione processuale potrebbe essere utile nel superare un modello di ricerca che, pur presentandosi come mosso da una logica di continuità tra il normale ed il patologico, tuttavia sottende una implicita idea di discontinuità fondata da una diversa – e *presupposta* - vulnerabilità tra giocatori patologici e "normali" (INSERM, 2008 pag 68). Una analisi dell'insieme dei processi autoorganizzazionali e autoriflessivi può invece aiutare a riportare al nucleo cruciale della dinamica interna del giocatore e del suo gioco attraverso uno schema evolutivo dove ogni fase richiede una spiegazione, ed una causa che può agire durante un determinato momento può essere di trascurabile importanza in un'altra fase (Rigliano, Croce, 2001). In questa

prospettiva risulta importante considerare come “fattori di sofferenza sparsi, fluttuanti” non ancora strutturati dentro una specifica struttura psicopatologica così come “alcuni tratti di personalità, non necessariamente patologici, stili difensivi e di elaborazione, strategie di azione , modi decisionali e comportamentali, possano acquisire “continuità, persistenza, individualità, rigidità, disfunzionalità, generando, quindi ulteriori dinamiche di sofferenza e di alterazione” ed assumendo una strutturazione rigida e ripetitiva. (Rigliano 2009, 39-40)

### I sottotipi di giocatori: da Caramanna a Blaszczynski

Che i giocatori siano in verità una categoria alquanto composita è evidenza da tempo nota. Pensiamo a Gerolamo Caramanna che nel lontano 1898 ne tenterà una prima tassonomia isolandone tre diverse “specie” individuando “una voluttà speciale” nel gruppo che denominerà giocatori “ per passione” (De Sanctis Ricciardone, 1994) . Anche lo stesso Greenson (1947) ne individuerà tre categorie e Moran (Moran 1970) muovendosi all’interno di una posizione teorica che considera il gioco come problema primario o sintomatico di un altro problema (generalmente uno stato depressivo) individua cinque categorie: subculturale, nevrotico, impulsivo, psicopatico, sintomatico. Il modello di sottotipizzazione che attualmente sembra riscontrare maggiori consensi ed applicazioni è il cosiddetto “ Pathways Model of Problem and Pathological Gambling”, di Blaszczynski e Nower (2002) ove si osserva come, i soggetti che presentano diagnosi di disturbo da gioco d’azzardo, siano a loro volta tipizzabili in tre diversi percorsi patogenetici: il giocatore condizionato, il giocatore con vulnerabilità emotiva e il giocatore impulsivo. Il primo gruppo “*behaviourally conditioned problem gamblers*” (2002) corrispondente è costituito da soggetti che non presentano una specifica diagnosi di premorbidità, un concomitante abuso di sostanze ed un’alta compliance al trattamento. In tali soggetti, l’ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato e non causa del gioco; essi, sulla base di credenze erronee, di distorsioni di tipo cognitivo o contingenze specifiche, possono presentare eccessiva preoccupazione per il gioco, rincorsa delle perdite, etc. e, a conclusione dello stesso, possono raggiungere con il gioco un rapporto moderato. All’interno di tale sottogruppo è stata ipotizzata (Croce, 2003) una ulteriore suddivisione in ordine a differenziazioni sulla base del peso giocato da tre elementi: a) la diversa relazione e funzione richiesta al gioco (dato affettivo), b) la presenza o meno di un evento traumatico recente (dato strutturale), c) la forte componente giocata dalle credenze erronee (dato cognitivo) .All’interno infatti del primo gruppo vi sono soggetti per i quali il gioco sembra prevalentemente costituire una sorta di compensazione, una parentesi che apre un mondo maggiormente appassionante e paradossalmente meno rischioso di quello reale . Altri, invece evidenziano come il

ricorso al gioco apparirebbe correlato ad un desiderio/bisogno di modulare uno stato affettivo disforico recente e spesso a seguito di un evento traumatico. Sono soggetti che presentano (1-2 anni prima del coinvolgimento nel gioco) life events quali la perdita di un ruolo sociale (nel lavoro, all'interno della famiglia), la diagnosi di una malattia cronica che richiede il cambiamento, più o meno consistente, dello stile di vita. Altri infine presentano una forte presenza di pensiero magico, di distorsioni erronee di tipo cognitivo e la stessa "dinamica di coinvolgimento nel gioco" appare più come una conseguenza di tali credenze erronee in ordine alla probabilità di successo.

Il secondo sottogruppo individuato da Blaszczynski e Nower ,*"emotional vulnerable problem gamblers"* appare costituito da soggetti che, pur mostrando processi di condizionamento e schemi cognitivi simili al primo sottogruppo, sembrano tuttavia evidenziare maggiori fattori di vulnerabilità quali, ad esempio, la familiarità al gioco, tratti di personalità nevrotici ed esperienze negative nel corso dello sviluppo quali ad esempio : Childhood disturbance Personality (assunzione di rischio, propensione alla noia); Mood disturbance (depressione, ansia); Poor coping/problem solving (life stresses, uso di sostanze). Tali soggetti secondo gli autori richiederebbero interventi psicoterapeutici più intensi, mirati a fronteggiare la capacità di affrontare lo stress, migliorare l'autostima, l'immagine di sé e volti a una maggiore comprensione dei meccanismi intrapsichici. Il terzo gruppo , *"Antisocial Impulsivist Problem Gamblers"* è costituito da soggetti che possono presentare componenti di ordine biologico con impulsività nel comportamento (Steel & Blaszczynski, 1996) e deficit nell'attenzione, dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità, familiarità al gioco d'azzardo ed altre dipendenze, tratti di personalità nevrotica e premorbidità a depressione, ansia, tendenza alla fuga, dipendenza da sostanze (Croce, D'Agati, 2016). Tali soggetti presentano maggiori indici di severità patologica e in essi appare importante l'impulsività spesso correlabile con presenza ad esempio di disturbo antisociale di personalità (Bellio, 2014, Bellio, 2017) . Una impulsività che parrebbe precederebbe il gioco, ne sarebbe, in un certo senso, indipendente e si ritiene possa costituire un buon indicatore nel prevedere la gravità nel successivo comportamento di coinvolgimento. In questi soggetti l'impulsività costituisce un elemento temperamentale costitutivo della personalità ed evidenziabile in molte aree vitali.

Le distorsioni cognitive: il contributo cognitivo-comportamentale.

La necessità di trovare una spiegazione, una regola, una relazione tra eventi non solo è ciò che l'uomo ha sempre cercato per interpretare e muoversi nel mondo ma è anche la base del metodo scientifico. Un metodo che , come è ben noto , si muove su basi precise e rigorose e prevede , ad esempio, la verifica empirica delle ipotesi. Tuttavia questa

tendenza umana nel trovare regole e connessioni tra eventi rischia di andare oltre ciò che è scientifico, ciò che è verificabile, ciò che è falsificabile attraverso sperimentazioni ed analisi di fatti e di dati. Stiamo parlando del pensiero magico termine utilizzato preferibilmente dagli antropologi e dagli psicologi di formazione psicomotricità mentre i teorici cognitivo-comportamentali preferiscono utilizzare i concetti di distorsione cognitiva o credenza erronea. E' una modalità di pensiero che ci offre l'illusione vi sia un collegamento tra tra eventi che tra di loro non hanno alcuna relazione di causa effetto o di influenza in alcun modo (Frazer, 2012) . E' un tipico pensiero infantile già osservato da Piaget ed anche Winnicott a questo si riferisce quando osserva come il bambino percepisca e consideri la madre come parte di sé trovandosi in uno stato di onnipotenza ove essa e la sua mammella si incontrano sotto il dominio magico ed il mondo esterno ed interno si confondono. E' una modalità di pensiero che porta ad attribuire sentimenti, volontà, desideri anche agli oggetti inanimati. Tipico esempio è il pensare che se inciampo in un gradino, questo sia cattivo oppure per fare piovere debba ricorrere a rituali particolari. Nonostante si pensi tale modalità di pensiero tenda ad essere soppiantata nell'adulto da un ragionamento ipotetico deduttivo basato su fatti e leggi scientifiche, in verità il pensiero magico mantiene una sua cittadinanza e possiamo ritenere sia una struttura mentale che co-esiste in ognuno di noi. Nonostante esistano differenze tra giocatori occasionali e giocatori problematici o patologici per quanto riguarda le distorsioni cognitive (Miller & Currie, 2008; Emond & Marmurek, 2010, Myrseth et al. 2010) non è tanto la presenza-assenza di tali meccanismi che distingue i patologici da altri – compresi i cosiddetti giocatori sociali - ma la pervasività ed invasività di tale distorsioni. E' qui che sta una delle questioni più interessanti , problematiche e trasversale a tutti i i patologici. Ovvero l'organizzazione di una strategia di comprensione e di previsione dell'incomprensibile e dell'imprevedibile che nega la possibilità del puro caso per organizzarsi in metodi che diventano la sua trappola (Blanca et al 2012). Il credere che la magia funzioni, ci possa proteggere, si possa a noi svelare o ci si possa ad essa rivolgere in determinati momenti è un retaggio o un'isola della mente ove rifugiarsi quando la realtà esterna è troppo complessa, troppo contraddittoria, angosciante ed imprevedibile. Tale isola del pensiero è poi filogeneticamente ed ontogeneticamente precedente al pensiero razionale e non c'è da stupirsi se in particolari momenti ci troviamo a pensare con tale modalità (Croce, 2001) . Tale pensiero probabilmente ha la funzione di allontanare l'essere umano dalla minaccia che un'angosciante arbitrarietà nel fluire degli eventi lo privi della certezza di poter controllare ciò che avviene portando a preferire il concetto di causalità a quello di casualità. Detto questo nel soggetto con disturbo da gioco d'azzardo il pensiero magico si manifesta dietro diverse coperture e meccanismi cognitivi . Tali meccanismi si possono articolare in maniera diversa ma hanno in comune la stessa radice o lo stesso

bisogno: la negazione del caso e l'idea megalomantica di poterlo determinare, controllare prevedere. Nel caso dei giocatori patologici tale meccanismo rischia di essere il processo che governa tante delle loro scelte e persistenze di gioco a dispetto di dati e prove contrarie ed è una modalità che appare trasversale alle diverse tipologie individuate da Blaszczynski e Nower. Il modello cognitivo-comportamentale sviluppatosi come integrazione tra i primi trattamenti comportamentali e la psicologia cognitiva trovando le sue basi nella teoria del comportamento di Watson, nel concetto di condizionamento classico e operante di Pavlov, nei noti esperimenti di Skinner, nella terapia cognitiva di Beck (Beck et al 1976) etc (Petri 2014, Casciani 2017) individua nella rottura o sostituzione delle catene erronee associative il nucleo dell'intervento (Ladouceur e Walker, 1996; Petri, 2014, Casciani, 2017). Molti sono gli esperimenti che hanno confermato la presenza di pensieri di relazione di contingenza tra fatti/circostanze in assenza di reali connessioni causa-effetto e l'ostinata ricerca da parte dei soggetti di legami tra eventi anche quando essi non sussistono. Se Langer (1975) ha dimostrato l'esistenza di una particolare strategia cognitiva detta Illusione di controllo fondata sulla convinzione di poter influenzare il risultato di un evento altrimenti casuale Wortman (1975) ha ipotizzato come la partecipazione attiva favorisca un sentimento di scelta e di responsabilità che modifica la percezione di controllo e poterne determinarne il risultato. Tale meccanismo è stato ben evidenziato da James Henslin (1967) il quale, osservando i giocatori di dadi, notò come quando essi volevano ottenere un numero alto li lanciassero e con forza, mentre li lanciavano delicatamente quando desideravano un risultato basso. Interessante poi il considerare come, soggetti che avevano acquistato un biglietto della lotteria - differenziati tra coloro i quali lo avevano scelto e gli altri che non lo avevano scelto - proponendo ad essi il riacquisto del biglietto da parte dello sperimentatore, gli appartenenti al primo gruppo non fossero disposti a cederlo per meno di una cifra media superiore agli otto dollari, mentre coloro che non lo avevano scelto erano disposti a rivenderlo mediamente per meno di due dollari. E' chiaro che ci troviamo di fronte ad un fenomeno apparentemente assurdo. Infatti dalla vendita del biglietto se ne potrebbero ricomprare altri più aumentando in tal caso le proprie probabilità di vincita o anche accontentarsi del pur piccolo guadagno. Anche Ladouceur e collaboratori (Ladouceur et al 1987, 1989), hanno realizzato un esperimento simile ove veniva chiesto a dei giocatori di lotteria - intercettati dopo l'acquisto del biglietto - se avrebbero scambiato il loro con altri biglietti. Anche in questo caso il risultato fu che molti soggetti rifiutarono sino a 10 biglietti mentre altri affermarono che non avrebbero accettato lo scambio nemmeno con cento biglietti. Esperimento che ha dato sostanzialmente gli stessi risultati in altri contesti (Croce & Pezzali, 2008) questo perché il fatto di "trovarsi in mano" un biglietto crea di per se stesso una situazione per cui "questo è il mio", ed apre una

dimensione non più di caso, ma di “caso che sceglie” o “scelto da me” e che pertanto non lo si possa tradire “e se poi fosse il biglietto vincente ed io l’ho lasciato? “Meglio perdere con questo che rischiare di perdere con un altro”. Sempre il gruppo di Ladouceur ha proposto a due gruppi di persone di giocare alla roulette. Mentre però i partecipanti al primo gruppo (ruolo attivo) potevano lanciare essi stessi la pallina, nel caso del secondo gruppo (ruolo passivo) era il croupier a farlo. Nonostante sia evidente e dimostrabile il fatto che -indipendentemente da chi lanci la pallina - il risultato sarà legato al caso, i soggetti del primo gruppo evidenziavano una tendenza ad investire somme più alte e tendevano a sovrastimare le proprie probabilità di vittoria rispetto al secondo gruppo. Questi fenomeni sono indicativi di come tali “nodi della mente”, per quanto alla fine rischino di innescare in molte persone fenomeni dai quali poi “non riescono ad uscirne”, in realtà siano elementi non solo specifici dei giocatori patologici. Ma sono altri oltre al ruolo attivo gli elementi che agiscono nel mascherare la dimensione di azzardo e del caso. Una delle distorsioni cognitive più diffuse è la cosiddetta fallacia di Montecarlo ovvero la convinzione che eventi avvenuti precedentemente possano influenzare successivi eventi quanto non esiste tra essi alcun nesso di causalità (Cohen 1972). In altre parole la credenza in un processo autocorreggentesi in cui la deviazione verso una direzione induce una deviazione nella direzione opposta per ristabilire l’equilibrio. E’ il principio alla base dei cosiddetti numeri ritardatari e porta a pensare che il fatto un numero non estratto da  $n$  volte abbia maggiori possibilità di essere estratto rispetto ad un altro numero estratto più volte. Esiste tuttavia una variante paradossalmente opposta e straordinariamente interessante per comprendere la psicologia del giocatore. Ovvero il ritenere che gli eventi di tipo aleatorio possano in determinate situazioni verificarsi in sequenza : le cosiddette strisce, il “filotto”. Per cui - se ad esempio per cinque volte apparirà alla roulette il rosso e quindi, secondo questo principio, il pari avrebbe più probabilità di comparire, si sia invece indotti a pensare che sia il momento magico del rosso e su questo si debba puntare. Il pensare di “andare contro quelle che il giocatore ritiene essere leggi matematiche” ed interpretare “segnali” che richiedono coraggio può indurre a “pensare” di avere un “rapporto speciale” con la fortuna. Mentre altri ,infatti, seguendo la “logica” ritengono i numeri ritardatari abbiano maggiori probabilità e scommettano su questi, egli “cogliendo il segnale della fortuna” insisterebbe nello scommettere sull’ultimo numero estratto. Facile immaginare come – in caso di successo- questo possa offrire una percezione di onnipotenza, di superiorità, di grandezza che può portare a sentirsi “destinati dal caso”. Ma anche l’informazione dei risultati precedenti viene considerata molto importante sebbene non abbia alcuna influenza sulle successive estrazioni in quanto – come noto ed ovvio – i numeri ed il caso non hanno una memoria né tantomeno devono rispondere a regole di equa distribuzione. Ad esempio

partecipanti ad un gioco di lancio di monete al quale erano invitati a prevedere se il risultato sarebbe stato testa o croce, e che avevano la possibilità dietro pagamento di osservare al sequenza dei lanci precedenti, scelsero di pagare per ottenere tale informazione anche se questa è fatto inutile nel fornire previsioni sul risultato del lancio successivo (Ladouceur & Walker, 1996). Tale elemento è facilmente riscontrabile anche nei giocatori di slot machine, i quali ritengono che una macchina che “non paga” da diverso tempo alla fine dovrà pagare il dovuto. Ciò tende a generare una difficoltà a distaccarsi dalla stessa. Si può anche osservare nei contesti di gioco come alcuni soggetti, detti nel giro dei giocatori “avvoltoi”, attendano che chi sta da tempo giocando senza successo abbandoni la macchina per poi poterne godere il pagamento ..... che non potrà mancare. Ma il giocatore è anche tentato di attribuire ed interpretare “correlazioni illusorie” ed interpretare come fatti diversi ed appartenenti a differenti domini possano verificarsi in concomitanza e quindi presentino una correlazione . Ad esempio posteggiare l’auto in un determinato luogo, andare a giocare e trovarsi a vincere. Secondo questo principio si tenderà a tornare a parcheggiare nello stesso luogo l’auto. E’ questo il principio che sostiene la costruzione di rituali e superstizioni. La “logica magica” (si tratta in verità di un ossimoro : la logica non è magica e la magia non è logica! ) non contiene il requisito scientifico della falsificazione. Tuttavia, nel caso i fatti non si susseguano come si era previsto difficilmente si sarà indotti a dubitare la correlazione non esista. Potranno invece intervenire altri meccanismi di negazione/falsificazione/modifica della realtà attraverso ad esempio la memoria selettiva ( ricordare solo gli eventi che confermano la tesi); oppure l’introduzione di altre variabili e concatenazioni. Nel caso la macchina parcheggiata nel posto “fortunato” non abbia prodotto il risultato atteso non si penserà non vi sia correlazione ma, si potrà pensare che era necessario indossare anche il vestito indossato il giorno fortunato e così via. Tutto ciò porta ad appellarsi all’intervento di variabili fortuite (e dunque imprevedibili) per giustificare i propri errori di giudizio; in altri termini, l’insuccesso inferenziale (che è tale “per accidente” e non perché intrinsecamente errato) verrebbe interpretato come se fosse “quasi” corretto, viziato solo dalla presenza di imponderabili elementi spuri, che nulla tolgono alla giustezza teorica della previsione. In questo senso, i soggetti rimangono convinti delle proprie abilità, nonostante l’evidenza contraria. Ma si pensi anche al fenomeno del *near miss* ovvero della quasi “quasi vincita” (Reid , 1986). Ovvero quel fenomeno per cui , nel caso il numero estratto risultasse vicino o simile al numero prescelto si possa avere la percezione di essere arrivati molto vicini e alimentando la convinzione che insistendo si potrebbe arrivare alla vittoria. Il concetto è quello della marcata propensione degli individui ad analizzare in modo distorto le ragioni dei propri insuccessi previsionali. Tali eventi, vissuti come delle vincite mancate, inducono il giocatore a perseverare, quasi fossero segnali premonitori e

messaggeri di un successo ormai imminente. Lo studio delle decisioni in condizioni di rischio o di incertezza è stato fondato per lungo tempo sul concetto di Valore o Utilità attesa e sulla massimizzazione dell'utile. In realtà, numerose osservazioni empiriche hanno accertato l'esistenza di ricorrenti trasgressioni al modello normativo proposto. La Prospect Theory (Kanheman & Tversky 1979) o anche Teoria Cumulativa del Prospetto risulta di grande interesse nell'individuare alcune delle "anomalie" decisionali ed interpretare ad esempio il fenomeno del chasing ovvero la rincorsa alla perdita cui si è già accennato. Questo attraverso la considerazione che esista un effetto framing, secondo il quale *"la preferenza per l'una o per l'altra delle alternative di un problema decisionale, così come l'atteggiamento nei confronti del rischio, dipendono da come viene interpretato il problema e principalmente dalle modalità di organizzazione degli esiti delle alternative"*. Si pensi anche alla teoria dell'affondamento (*sunk cost effect*) che dimostra come la volontà di mantenere una determinata linea di condotta (capace di provocare una vera e propria *escalation*) sia influenzata, talvolta in modo irragionevole, dalle risorse che il soggetto ha investito precedentemente (tempo, fatica, denaro, ecc.), risorse che tuttavia - stando ai modelli di decisione razionale - non dovrebbero essere tenute in considerazione poiché chiaramente irrecuperabili, ossia già "affondate": *sunk* (Arkes & Blumer, 1985). Un ultimo punto riguarda la valutazione selettiva delle ipotesi; *Selective Hypothesis Testing* (Sambonmatsu et al 1998) ). Come è ovvio, la formulazione preliminare di ipotesi costituisce il punto di partenza teorico di ogni procedimento cognitivo finalizzato all'individuazione di una linea d'azione da intraprendere. In altri termini fissato un obiettivo da perseguire, valutate le probabilità associate alle singole ipotesi d'azione e stabilito il peso delle conseguenze prevedibili per ciascuna di esse il soggetto dovrebbe, almeno in teoria, prediligere la soluzione che massimizzi il risultato finale. Tuttavia crescente corpus di indagini empiriche ha messo in luce l'esistenza del cosiddetto bias della conferma, in base al quale un soggetto di fronte alla necessità di compiere una scelta che implichi diverse alternative non solo arriva a selezionare un set di opzioni limitato rispetto all'insieme delle ipotesi ma raccoglie anche informazioni congruenti e coerenti con le opzioni prescelte tralasciando di considerare le evidenze contrarie, ovvero forzando l'interpretazione di queste ultime per adattarle ai propri il che porta a sovrastimare la probabilità delle opzioni selezionate, in virtù del citato processo di cernita ed interpretazione. Il giocatore quindi dovendo scegliere se continuare oppure smettere, soprattutto se si trova in un pattern di tenderà a perseverare nel gioco, confortato dalla falsa convinzione di aver valutato attentamente le opzioni possibili e dalla infondata certezza (o meglio speranza) che la decisione di giocare rappresenti la scelta migliore.



La diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo: il DSM-5.

Nel 1980 il Pathological Gambler comparirà nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali all'interno del Disturbo del Controllo degli Impulsi non classificati altrove. Sarà con però solo con la versione DSM - 5 del 2013, che il disturbo da gioco d'azzardo sarà collocato tra le addiction: prima ed unica addiction comportamentale riconosciuta. Ma non è l'unica novità. Per formulare la diagnosi sono sufficienti quattro criteri da una lista di 9 (la precedente versione prevedeva una lista di 10) e sono possibili tre diversi livelli di gravità: lieve 4-5 criteri, media 6-7, grave 8-9. E' stato inoltre posto il limite temporale dei 12 mesi nell'ambito del quale i sintomi devono essere rilevabili. Viene inoltre introdotta una specificazione relativa al decorso che appare persistente, se i sintomi sono presenti continuativamente per un lungo periodo di tempo; episodico, nel caso siano presenti periodi della durata di diversi mesi con assenza o importante attenuazione di sintomi alternati a periodi di gioco patologico conclamato. E' quindi prevista la remissione precoce, nel caso di assenza di sintomi dopo almeno tre mesi, e protratta quando la remissione si può osservare per almeno 12 mesi. Nel caso invece i sintomi siano interpretabili quali manifestazioni di episodi maniacali, anche la nuova versione esclude la diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo. Nello specifico i criteri indicati sono i seguenti:

1) *ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.* Criterio che esprime il concetto di tolleranza ovvero la necessità di aumentare le dosi per ottenere gli stessi effetti. Se minime somme di denaro nei primi momenti potevano offrire eccitazione, senso del rischio ed emozioni, con il passare del tempo non sono sufficienti e similmente a quanto avviene per i consumatori di sostanze psicoattive, saranno necessarie "dosi" superiori e crescenti per ottenere lo stesso risultato.

2) *È irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.* L' Irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo riguarda sostanzialmente la presenza di sintomi astinenziali quali ad esempio tensione, irritabilità, ansia, nervosismo, insonnia, cefalea, alterazioni gastrointestinali, diarrea, inappetenza, debolezza, tachicardia o palpitazioni, tremori, crampi o dolori muscolari, difficoltà respiratorie, sudorazioni, brividi e febbre (Rosenthal & Rugle , 1994), Blaszczynski et al., 2008) il criterio si riferisce anche al di *craving* ovvero l'imperioso e irrefrenabile desiderio, brama, bisogno incontenibile, dominante e non procrastinabile di ricorrere all'oggetto della propria dipendenza.

3) *Ha tentato ripetutamente e senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.* La storia delle persone con problemi di dipendenza

contempla spesso tentativi di controllo, di interruzione, propositi di porre dei limiti alla propria dipendenza. Fasi di interruzione che possono essere subiti o indotti da cause esterne alla propria volontà (controllo da parte della famiglia, mancanza di denaro, difficoltà ad incontrare occasioni di gioco) o per proponimenti propri. Il soggetto può provare la sensazione di controllare il gioco d'azzardo, di essersi "ripulito", di avere imparato dall'esperienza a non ripetere gli errori che l'hanno portato alla dipendenza, la famiglia può allentare il controllo pensando che tutto sia passato. È a questo punto che può subentrare la ricaduta. Si può tornare a giocare giusto per concedersi un premio dopo tanta fatica, per verificare se si riesce a limitarsi, per dirsi che lo si farà per una sola ultima volta.

4) E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., ha persistenti pensieri di rievocare esperienze passate di gioco d'azzardo, di soppesare o programmare l'azzardo successivo, di pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare. Questo punto interessa in quale misura l'attività di gioco sia presente nella vita del soggetto, anche oltre i momenti di gioco. Un concetto di assorbimento che va oltre la dimensione del comportamento specifico ciò che interessa è quanto e come al di là delle sessioni di gioco, il pensiero ricorra ad esso. Rivedere ossessivamente le fasi, programmare come tornare a giocare, come procurarsi il denaro, come trovare il tempo per giocare, quali scuse inventare.

5) Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es., indifeso, colpevole, ansioso, depresso) Questo punto si riferisce alla funzione e all'effetto, si potrebbe dire in un certo senso farmacologico, che il giocare può offrire al soggetto quale sollievo, fuga, tentativo di alleviare un dolore, una sofferenza, una situazione di depressione e quanto questo effetto sia ricercato dal soggetto. Vuoi come ricerca di eccitamento psicofisico e/o evitamento degli stati emotivi negativi.

6) Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per rifarsi (rincorre le perdite). Il riferimento è al fenomeno del *chasing* dove non si gioca più per vincere, per divertirsi, ma per rifarsi delle perdite. Il chasing costituisce il sintomo più frequente e può essere presente anche tra giocatori con bassi livelli di problematicità (Toce-Gerstein et al., 2003).

7) mente per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo. Quello di mentire o minimalizzare il proprio coinvolgimento di fronte alle accuse, alle osservazioni dei propri familiari o di chi si pone in una situazione di aiuto o di controllo è altro sintomo specifico delle addiction. Di fronte a prove inconfutabili, oppure di fronte ad una ricaduta. Di fronte all'impossibilità di negare si tende a riconoscere di avere giocato, di continuare a giocare d'azzardo, ma in maniera irrisoria, non

problematica. Di avere il controllo della situazione, mentre le contestazioni che vengono rivolte al giocatore sono percepite come esagerazioni.

8) *Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.* La vita sociale, le relazioni, il lavoro, la famiglia, gli impegni sono messi a dura prova dal giocatore il quale rischia di risultare inaffidabile (Lorenz, Yafee, 1986; Black , Shaw, McCormick, Allen 2012).

9) *Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.* Criterio che indica come un giocatore “catturato” dalle sessioni di gioco e nella necessità di avere denaro per continuare non faccia più solo affidamento al proprio ma confidi in altri una sorta di bail-out: familiari, amici, colleghi, finanziarie. Non è da escludere inoltre il rischio di arrivare a condotte illegali e criminali. Criterio presente nelle precedenti versioni del DSM.

Verso nuovi modelli di lettura.

Ciò che chiamiamo disturbo da gioco d'azzardo si presenta tuttora come un fenomeno complesso, dai contorni incerti, estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dalla eziologia incerta (Croce et al 2010, Croce & Picone, 2012). Nonostante abbiamo a disposizione una copiosa letteratura scientifica e diversi modelli interpretativi - che vanno ben oltre la sintesi riportata fatalmente parziale e limitata - il fenomeno che stiamo osservando sfugge da molti dei contenitori diagnostici e concettuali a disposizione. E' cambiata - ed è in continua trasformazione - l'offerta di gioco. Non potevano che cambiare i giocatori e di conseguenza la clinica (Croce, 2012, Croce,2016a, Croce 2016,b) Ricerche etnografiche di osservazione partecipante realizzate nei contesti naturali , sono concordi nell'osservare come il mondo del gioco ed il ricorso allo stesso da parte dei giocatori “postmoderni” costituisca per essi una sorta di rifugio, di realtà parallela che offre illusione di vivere un'altra dimensione del sé (Azzimondi et al 2001, Croce & Muzzupappa,2008; Croce & Lavanco, 2010, Croce & Rolfi 2013, Dow Schüll, 2015). Se Wood e Griffiths hanno osservato la presenza di una ricerca di dimensione di dissociazione dal mondo attraverso una modificazione dell'umore o dello stato di coscienza (Wood & Griffiths ,2007) appare interessante il concetto di “Flow”<sup>1</sup> (Csíkszentmihályi & Csíkszentmihályi ,1992) , ripreso nel caso dei

---

<sup>1</sup> Concetto che si riferisce ad una particolare condizione caratterizzata da uno stato di assorbimento totale in cui l'attenzione è strettamente focalizzata su una attività e dove il senso del tempo svanisce offrendo al

giocatori d'azzardo da Natasha Dow Schüll (Dow Schüll, 2015) ed altri studiosi (Trivedi et al 2015) simile alla dimensione del rifugio della mente teorizzata da Steiner (Steiner 2016). Modelli interpretativi questi che , insieme alla vasta area relativa alle relazioni ed ai modelli familiari (Garrido Fernández & Jaén Rincón Pedro, 2014; Coletti, 2014), ai promettenti contributi che pervengono dalle neuroscienze (Ciccocioppo,2017) , ai modelli legati alla teoria dell'attaccamento e del ruolo giocato dal trauma e dalla dissociazione ed approcci ad impronta umanistico-esperienziale (Zerbetto,2014) che - per ragioni di spazio non si sono potuti trattare - appaiono di straordinario interesse nei loro sviluppi nel comprendere la dimensione clinica dei giocatori contemporanei e lo sviluppo di modelli di trattamento.

Arker H.R., Blumer C., *The psychology of sunk cost* , Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 35, 1, February 1985; 124-140

Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. ,*Cognitive Therapy of Substance Abuse*, 1993, Guilford Press, ,New York.

Bellio G., *Clinica del Disturbo da Gioco d'Azzardo: diagnosi, storia evolutiva e psicopatologia del giocatore*, in Croce M., Bellio G. (a cura di) , Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti, Milano, Franco Angeli, 2014 : 46-61

Bellio G., *Il ruolo del servizio pubblico e rete di intervento pubblico-privato sociale*, in Croce M, Jarre P., Il disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2017

Bergler E. , 1957 (1974), *Psicologia del giocatore*, New Compton, Roma.

---

soggetto una possibilità di fuga dal caos quotidiano e dalle afflizioni, attraverso una perdita della dimensione del limite, della realtà, del tempo e della fatica.

Binde P. (2013). *“Why people gamble: a model with five motivational dimensions”*. International Gambling Studies, 13, 1, 81-97,

Black D.W., Shaw M.C., McCormick B.A., Allen J., *“Marital Status, Childhood Maltreatment, and Family Dysfunction: A Controlled Study of Pathological Gambling”*, Journal of Clinical Psychiatry, 2012, 73:1293-1297.

Blanca D., Croce M., Petri S., (2012). *“El pensamiento mágico. Lo que pasa en la cabeza del jugador: pensamiento distorsionado y errores cognitivos”*, in Blanca D., Croce M., Petri S.,(eds) Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos; Lugar Editorial, Buenos Aires:42-60.

Blaszczynski A. (2000), *“Pathways to pathological gambling: identifying typologies”*, Journal of Gambling Issues, 1, March 2000, Internet, accesso verificato il 22.12.2013

Blaszczynski A., Nower L. (2002), *“A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling”*, Addiction, 97:487-499

Bolen D.W., Caldwell A.B. e Boyd W.H. (1975), *“Personality traits of pathological gamblers”*, in W.R. Eadington, ed., The gambling papers. Proceedings of the 1975 Conference on Gambling, Reno, Nevada: Bureau of Business and Economic Research, College of Business Administration, University of Nevada.

Caillois R., *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Bompiani, Milano, 1981.

Casciani O., *La terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) nel trattamento del disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA)* in Croce M, Jarre P., Il disturbo da gioco d’azzardo, un problema di salute pubblica, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2017

Ciccocioppo R., Cenni sulle base neuro anatomiche e neurochimiche del GAP, in (a cura di) Croce, Jarre , Il disturbo da gioco d’azzardo, un problema di salute pubblica, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2017

Clerici M, Gamba G., Ronzitti S., Tremolada M., *Gambling e comorbidità: epidemiologia e significato clinico del pathaway model*, in Croce M, Jarre P., Il disturbo da gioco d’azzardo, un problema di salute pubblica, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2017

Cohen J. (1972), *Psychological probability or the art of doubt*, Allen & Unwin, London

Coletti M., *L'approccio relazionale: coppia e famiglia*, in Croce M., Bellio G. (a cura di), *Manuale di Diagnosi, valutazione e trattamenti*, Milano, Franco Angeli, 2014

Custer R., Milt H., *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and Their Families*, New York, Facts on File 1985

Croce M.,(2001), *Vizio, malattia o business? Storia dei paradigmi sul gioco d'azzardo*, in (a cura di) M. Croce, R. Zerbetto, *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano : 55-75.

Croce M., (2003), *Le difficoltà nel riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze*, *Personalità/Dipendenze*,vol.9 Fascicolo 1, Giugno, pp.43-53.

Croce M.,(2010), *“Consumismo e gioco d'azzardo. Dalla patologia della normalità alla normalità patologica. Riflessioni verso un modello processuale”*, in (a cura di) F. Picone, *Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*, Carocci, Roma, 2010, pp.39-48.

Croce M.,(2012), *Desafío a la suerte: el jugador de azar entre Faust e Icaro*, in Blanca D, Coletti M., *La adicción al juego. No va más*. Lugar Editorial, Buenos Aires : 149-156

Croce M., (2016a), *“La società additiva. Note sulla sottile relazione tra modello di società e patologia individuale”*. *Medicina delle dipendenze. Italian Journal of the Addiction*, Anno VI- 21 Marzo, ISSN 2039-7925

Croce M.,(2016b,), *Dostoevskij e la slot machine. Verso una nuova clinica del gioco d'azzardo*, *Dialoghi Adleriani*, Anno III, nr.16, ISSN 2284-0486: 159-167

Croce M., Pezzali M., (2008), *“Il biglietto è mio e non lo posso tradire”*. *Osservazioni, commenti e risultati di una ricerca con giocatori nei luoghi dove si gioca.* In (a cura di), Lavanco G., Croce M., *Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità*. Ed McGraw-Hill, Milano, pp 113-124.

Croce M., Picone F., Zerbetto R., (2010),” *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico*”, in (a cura di) Caretti V, La Barbera D., *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 221-255.

Croce, M., Lavanco, G. (2010). “*Résultats et hypothèses des recherches réalisées «dans les lieux où l’on joue»: Remarques sur la pensée rationnelle et la pensée magique* » C. Dunand, M. Rihs-Middel, & O. Simon ( Eds.), Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique, Editions Medicine & Igiene,Chêne-Bourg/Geneve : 129-136

Croce M., Picone F., (2012); “*El problema del diagnostico de juego de azar patologico en psiquiatria: un capitulo aun abierto*”, in Blanca D., Croce M., Petri S.,(eds) Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos; Lugar Editorial, Buenos Aires: 61-82,

Croce M., D’Agati M.,( 2016) , “*Gambling and Substance Use Disorders: Epidemiology, Diagnostic Hypotesis and Treatement*”, in Gambling and Internet Addiction. Epidemiology and treatment, Lelonek-Kuleta B, Chwaszcz J. (eds), Natanaelum Association Institute for Psychoprevention and Psychotherapy, Lublin, ISBN: 978-83-940389-7-7: 7-23

Csíkszentmihályi M., Csíkszentmihályi I.S., *Optimal Experience. Psychological Studies of flow in consciousness*, Cambridge University Press, 1988,

De Sanctis Ricciardone P. (1994) , Antropologia e gioco, Liguori, Napoli,1994.

Emond M. S., Marmurek H. H. C. (2010). Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity. *Journal of Gambling Studies*, 26 (2), 257–267.

Fenichel O. (1945), *The psychoanalytic theory of neuroses*, Norton, New York, ed. it., *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, traduzione di Carlo Gastaldi, Astrolabio, Roma, 1951.

Festinger,L.A. (1978) ,La dissonanza cognitiva, Franco Angeli, Milano, 1978

Frazer J.G., Il ramo d’oro, Torino, Bollati Boringhieri, 2012

Freud S. (1927), Dostoevski e il parricidio, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.

Garrido Fernández M., Jaén Rincón Pedro M., *La familia y la pareja en el juego*

*patológico. De una perspectiva sistémica y constructivista para la mejora de la intervención clínica*, in Blanca D., Croce M., Petri S., (2012), *Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos*; Lugar Editorial, Buenos Aires.

Geha, R., Jr. (1970). Dostoevsky and "The Gambler": A Contribution to the Psychogenesis of Gambling Part I. *Psychoanal. Rev.*, 57:95-123.

Grant J.E., Odlaug B., *Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo*. In (a cura di ) Rosenberg K.P., Feder L.C., Edra Masson, Milano, 2015

Henslin J.M. (1967), Craps and Magic, *American Journal of Sociology*, 73 (3): 316-33

Holyoak K.J., Morrison R.G. *The Oxford Handbook of Thinking and Reasoning*, Oxford Library of Psychology, Oxford University Press 198 Madison Avenue, New York, 2012

Huizinga, J., *Homo Ludens*, Einaudi, Torino, 1982.

INSERM (Institute National de Santé et de la recherche médical), 2008, *Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addiction. Expertise collective*, Les Editions Inserms, Paris

Jellinek E.M., *The Phases of Alcohol Addiction*, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1952, 13: 673-684.

Kahneman, D., Tversky, A. (1979): "Prospect theory: An analysis of decision under risk". In: *Econometrica*, n. 47, pp. 263-91.

Kandel E.R., *L'età dell'inconscio*, Milano, Cortina, 2012

Ladouceur R., Mayrand M., Gaboury A., St-Onge M. (1987), *Comportements des acheteurs de billets de loteries passives et pseudo-actives: étude comparative*, Ecole de Psychologie, Université Laval, Canada

Ladouceur R., Gaboury A., Bussièrès O. (1989), *Structures des loteries et comportements des joueurs*, Ecole de Psychologie, Université Laval, Canada

Ladouceur R., Walker M. (1996), *A cognitive perspective on gambling*, Salkovskis P.M. (Ed.), *Trend in cognitive therapy*, Oxford, Wiley, pp.89-120



Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2003), Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling, Centro Scientifico Editore, Torino

Langer, E.J. (1975): "The illusion of control". Journal of personality and Socialpsychology, 32: 311-321.

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

Lester D. (1994), Access to gambling opportunities and compulsive gambling", International Journal of Addiction, 29: 1611-1616

Lesieur, H.R. (1984): "The Chase: The Compulsive Gambler". Schenkman Books. Cambridge, MA.

Lorenz V.C., and Yafee R.A. (1986), "Pathological gamblers and their spouses: Problems in interactions", Journal of Gambling Behaviour, 5:113–126.

Mead G.H, Mente, sé e società, Firenze, Giunti, 2010

Nadeau L., Valleur M., (2014) ,Pascasius ou comment comprendre les addictions suivi du Traité sur le jeu (1561), Les Presses de l'Université de Montreal, Montreal.  
NORC National Opinion Research Center, 1999,Gambling Impact and Behaviour Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicag: National Opinion Research Center at the University of Chicago.

Miller NV, Currie SR. A Canadian population level analysis of the roles of irrational gambling cognitions and risky gambling practices as correlates of gambling intensity and pathological gambling. Journal of Gambling Studies. 2008;24:257–274

Myrseth H., Litlerè I., Støylen IJ., Pallesen S. (2009) A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers. Nord J Psychiatry. 2009; 63(1):22-31

Nower L, Blaszczynski A (2006): Impulsivity and Pathological Gambling: A Descriptive Model. International Gambling Studies, 6:61-75.

Ortoleva P., Un problema di salute pubblica che ci riguarda tutti. In Croce M, Jarre P., Il disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica, Cuneo, Edizioni Publiedit, 2017 : 7-11

Parisi E., Croce M., Flores M., Morales A., (2011) "Los escenarios de adicciones en las sociedades actuales. Un análisis psicopolítico y una experiencia de campo". Ediciones Cooperativas. Buenos Aires

Petri S., Approccio Cognitivo Comportamentale al Gioco d'Azzardo Patologico, Croce M., Bellio G., Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti, Milano, Franco Angeli, 2014

Petry N.M. (2005), Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatments, American Psychological Association, Washington, DC.

Reid R.L. (1986), The psychology of near miss, *Journal of Gambling Behavior*, 32-39  
Rigliano P., 2009, Come pensare il consumo di cocaina, in (a cura di) Rigliano P., Bignamini E., Cocaina. Consumo, psicopatologia, trattamento, Raffaello Cortina, Milano.

Rigliano P., Croce M., (2001) Giochi d'azzardo e tossicodipendenza, in Croce, Zerbetto, Il gioco & l'azzardo. Franco Angeli, Milano, 128-138.

Rosenthal R.J. (1986), "The pathological gambler's system of self-deception", *Journal of Gambling Behavior*, 2:108-120.

Rosenthal R.J. (1997), "The psychodynamics of pathological gambling: a review of literature", in D.L. Yalisove, ed., *Essential papers on addiction*, New York University Press, New York, NY.

Rosenthal R.J. e Rugle L.J. (1994), "A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: part I. achieving abstinence", *Journal of Gambling Studies*, 10:21-42.

Sammons D.M., Posavac S.S., Kardes F., Mantel S., Selective Hypothesis Testing, *Psychonomic Bulletin & Review*, June 1988, Volume 5, Issue 2: 197-220

Savoie D., Ladouceur R., (1994), Evaluation et modification de conceptions erronées au sujet des loteries, Ecole de Psychologie, Université Laval, Canada

Shaffer H.J., Hall M.N., and Vander Bilt J. (1999), "Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis", *American Journal of Public Health*, 89:1369–1376

Simmel E. (1920), "Psychoanalysis of the gambler", *International Journal of Psychoanalysis*, 1:352-353.

Steel, Z., Blaszczynski, A. (1996): "The factorial structure of pathological gambling". *Journal of Gambling Studies*, 12, pp. 3-20.

Stekel W. (1924), *The gambler*, in Van Teslaar I.S., ed., *Peculiarities of Behavior*, Boni & Liveright, New York.

Sykes G.H., Matza D., "Techniques of Neutralization: a theory of delinquency", in *American Sociological Review*, 22, 1957

Toce-Gerstein M., Gerstein D.R., Volberg R.A. (2003), "A hierarchy of gambling disorders in the community", *Addiction*, 98:1661–1672.

Trivedi R.H., Teichert T., *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 20 (3), 180-186. 2017 Feb 21  
The Janus-Faced Role of Gambling Flow in Addiction Issues

Von Hattinberg H. (1914), "Analerotik, Angstlust und Eigensinn", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 2:244-258.

Wortman, C.B., (1975); Some determinants of perceived control, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 282-294.

Zanda G. L'approccio psicodinamico, in Croce M., Bellio G. (a cura di) , *Manuale sul gioco d'a*  
*Diagnosi, valutazione e trattamenti*, Milano, Franco Angeli, 2014

Zerbetto R., L'approccio umanistico-esistenziale, in Croce M., Bellio G. (a cura di) , *Manuale su*  
*Diagnosi, valutazione e trattamenti*, Milano, Franco Angeli, 2014