



## **Psicologia e Ricerca: Relazione fra gioco d'azzardo patologico e impulsività.**

### **Un confronto tra un gruppo di pazienti in trattamento con metadone e un gruppo di controllo.**

#### **INDICE:**

1. Prefazione
2. Introduzione
3. La ricerca
  - 3.1 Descrizione degli strumenti utilizzati
  - 3.2 Risultati e analisi statistiche
4. Fenomenologia del comportamento impulsivo nel GAP
5. L'impulsività e il gioco d'azzardo patologico secondo un'ottica dimensionale della personalità
6. L'impulsività e il gioco d'azzardo patologico nel DSM
7. L'impulsività e il gioco d'azzardo patologico secondo l'ottica gestaltica
8. Conclusioni
9. Bibliografia
10. Sitografia
11. Altre letture su HT

#### **1. Prefazione**

Scopo della presente ricerca è dimostrare la comorbidità della dipendenza da gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da eroina in pazienti eroinomani in trattamento con metadone. È inoltre evidenziato un tratto di personalità, quale l'impulsività, ritenuta una delle principali caratteristiche di tutti i comportamenti addictive.

#### **2. Introduzione**

Generalmente la terapia della dipendenza da eroina viene effettuata somministrando il metadone, un oppioide sintetico. Tale farmaco viene detto "sostitutivo" della droga, risolvendo i sintomi dell'astinenza e riducendo il rischio delle ricadute. Molto spesso accade però che, nonostante la terapia farmacologica e gli eventuali trattamenti psicoterapici, il paziente riprenda a fare uso di eroina e/o instauri altri tipi di dipendenza patologica. I tratti di personalità specifici che predispongono ad una dipendenza di tipo comportamentale (*behavioral addictions*), quale ad esempio quella da gioco d'azzardo patologico, coincidono con quelli osservati in altri tipi di dipendenza da sostanza. La mancanza di autocontrollo, responsabile dei comportamenti impulsivi, rappresenta una delle principali alterazioni psichiche che determinano



la perdita del controllo dell'impulso a giocare. L'impossibilità di tirarsi indietro nonostante gli evidenti effetti negativi, che nel caso del gioco d'azzardo sono costituiti soprattutto dalle ingenti perdite di denaro e la necessità di giocare sempre di più (fenomeno della tolleranza), rappresentano le caratteristiche comuni alle altre forme di dipendenze patologiche. Ma rispetto al consumo di eroina o all'abuso di alcool, il gioco d'azzardo è un'attività socialmente accettata e percepita come un normale passatempo.

Il gioco d'azzardo, o gioco di alea, ha profonde radici nella storia e nella cultura di ogni popolo. È possibile trovarne notizia già a partire dal 3000 a.c. nell'antico Egitto, ma anche in India, Cina e Giappone, grazie ad antichi manoscritti che testimoniano forti scommesse al gioco dei dadi e alle corse dei carri. Infatti, il termine "azzardo" deriva dall'arabo "az-zahr", che significa "dado", proprio per indicare che i più antichi giochi d'azzardo si facevano utilizzando i dadi. Invece, il termine "alea", dal latino *alea*, non solo sta ad indicare il gioco di dadi, ma anche il rischio, ovvero l'esporsi all'incerto che dipende dalla sorte.

Dunque, è la presenza di alea che definisce un gioco d'azzardo, in cui la vincita o la perdita non sono attribuibili a maggiori o minori capacità del giocatore, ma piuttosto sono ascrivibili al caso. Ma se da un lato il gioco d'azzardo può assumere connotazioni ricreative - in quanto è un comportamento fisiologico dell'essere umano in cui l'attività ludica è saltuaria, motivata dalla socializzazione e dalla competizione, e comporta una spesa contenuta - dall'altro, invece, il gioco d'azzardo può evolvere in gioco d'azzardo problematico, e da quest'ultimo in gioco d'azzardo patologico.

Il gioco diventa problematico quando la salute psicofisica e sociale dell'individuo è messa a rischio dal comportamento ludico, in cui la problematicità è data dalla periodicità del gioco, che determina sia un aumento del tempo trascorso a scommettere, sia un incremento delle somme di denaro impiegate. L'ultimo stadio del processo di evoluzione della patologia del gioco d'azzardo prevede un comportamento di gioco quotidiano e intenso, in cui sono presenti il *craving*, ovvero il desiderio compulsivo e impulsivo di giocare, l'insorgenza di sentimenti d'inquietudine, quando si è impossibilitati a giocare, e un notevole incremento delle somme di denaro impiegate nel gioco con conseguenti indebitamenti.

**Il gioco d'azzardo patologico, o gambling, si sviluppa in individui** già vulnerabili alla dipendenza. Accade, infatti, che tale comportamento si incroci con altri comportamenti di abuso e di dipendenza, generando il fenomeno della cross addiction (Croce M., 2001 ). Tali soggetti presentano preesistenti alterazioni di tipo neuro-funzionale dei sistemi neurotrasmettoriali del piacere, dell'arousal (eccitazione), e di reward (gratificazione). Nel comportamento del gioco d'azzardo patologico il sistema dopaminergico attivato genera una iper-risposta anomala di reward (figura 1), disfunzioni nel controllo dell'impulsività (figura 2), e distorsioni delle funzioni cognitive correlate, quali la formazione di errate credenze rispetto alle reali possibilità di vincita.

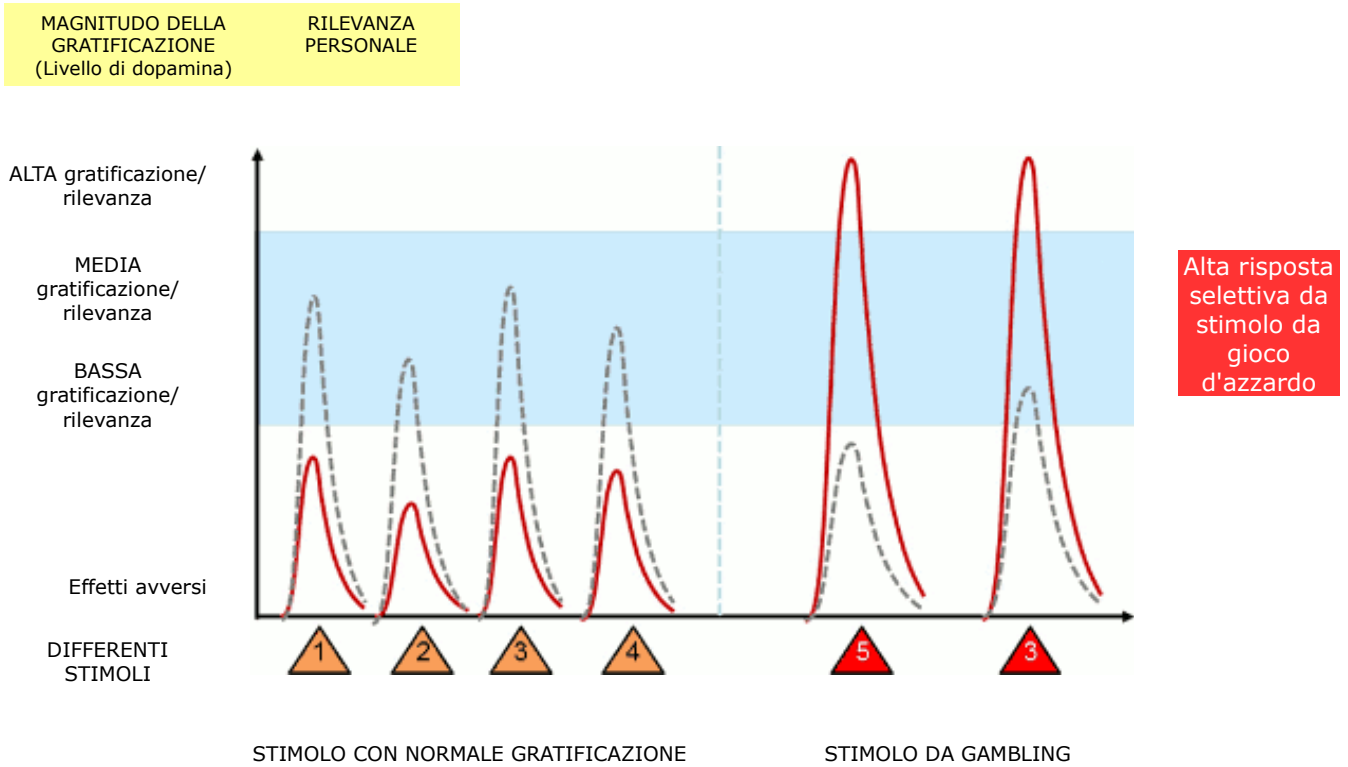


BASSA rilevanza personale e risposta dopaminergica nei giocatori patologici

ALTA rilevanza personale (anticipazione della vincita e del risultato) e risposta dopaminergica nei giocatori patologici

MEDIA risposta dopaminergica in soggetti normali

BASSA risposta dopaminergica nei soggetti normali



**Figura 1**

Diversa rilevanza e gratificazione degli stimoli derivanti dal gioco d'azzardo in soggetti normali e in soggetti con gioco d'azzardo patologico. Serpelloni, 2012.



**Figura 2**

Alterazioni comportamentali derivanti dal deficit del controllo dell'impulsività.  
Modificato da Serpelloni, 2012.

### 3. La ricerca

Ogni ricerca parte da un'ipotesi, che sta al centro di una riflessione teorica e che si intende verificare nella realtà. Pertanto, l'indagine viene condotta utilizzando strumenti valutativi oggettivi e metodologie statistiche ben precise, che mirano a individuare se esistono delle relazioni statisticamente significative fra le variabili prese in esame.

**La statistica rappresenta un punto cardine importante**, che orienta la ricerca in un senso o in un altro, in quanto permette di verificare quanto una misurazione di una variabile sia effettivamente ed in modo specifico legata ad un fenomeno, oppure non costituisca possibilità di differenziazione in quanto "*non significativa*". L'ipotesi può essere così confermata o falsificata, mediante l'acquisizione e l'analisi statistica dei dati ottenuti.

**La presente ricerca si pone l'obiettivo** di mettere in relazione il tratto di personalità dell'impulsività con il gioco d'azzardo patologico in un campione composto da 18 pazienti di sesso maschile e 2 pazienti di sesso femminile che afferiscono al Ser.T. di Caltanissetta (CL), e da 18 pazienti di sesso maschile e 2 pazienti di sesso femminile che afferiscono al Ser.T. di S.Cataldo (CL), un comune vicino Caltanissetta, per un totale di 36 uomini e 4 donne. Tali soggetti, essendo in terapia di disintossicazione da eroina, assumono il metadone.

Per la valutazione dell'impulsività è stata utilizzata la *Barratt Impulsiviness Scale* (BIS-11). Invece, per la valutazione del gioco d'azzardo patologico è stato somministrato il questionario *South Oaks Gambling Screen* (SOGS).

Entrambi i questionari sono stati consegnati ai volontari, che hanno compilato da sé i questionari, subito dopo da loro stessi ripiegati in quattro e imbucati in una scatola ad hoc costruita, per mantenere l'anonimato. I punteggi ottenuti dal sopraccitato campione clinico sono stati confrontati con quelli di un campione di controllo (36 uomini e 4 donne), i cui soggetti fanno parte di una parrocchia di Caltanissetta. L'esiguo numero delle donne è dato dal fatto che l'utenza di entrambi i Ser.T. è prevalentemente maschile.

In entrambi i gruppi, le persone hanno aderito alla ricerca su base volontaria e in forma anonima. L'esigua numerosità del campione è data dal fatto che, nonostante le assicurazioni fatte circa la



riservatezza dei risultati, non tutti i pazienti hanno aderito alla ricerca, adducendo varie motivazioni quali "ho fretta, facciamo un'altra volta", "il gioco non mi interessa, quindi è inutile che io compili i questionari".

In dialetto siciliano si usa dire "aviri 'u carbuni vagnatu" (avere il carbone bagnato), quando una persona vuol apparire perfetta e senza macchia, nascondendo gravi colpe. Il detto trae spunto dall'imbroglio che in passato i venditori di carbone usavano perpetuare ai danni degli acquirenti. Bagnavano abbondantemente il fossile con l'acqua, per aumentarne il peso e venderlo ad un prezzo maggiore rispetto il valore effettivo.

Pertanto si ipotizza che i rifiuti e le ostinazioni a non voler rispondere alle domande proposte, soprattutto a quelle relative al gioco d'azzardo, rispecchino il voler nascondere il loro comportamento ludico probabilmente patologico.

### 3.1 Descrizione degli strumenti utilizzati

Il BIS - 11 (Barratt Impulsivness Scale) è un questionario di autovalutazione (Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S., 1995) che consta di 30 item, ideato per valutare la dimensione dell'impulsività quale variabile comportamentale o di personalità.

Ogni item è valutato sulla base di una scala likert, da 0 a 4 punti, con risposte del tipo "raramente/mai", "occasionalmente", "spesso", e "quasi sempre".

La struttura dello strumento consente di individuare sei fattori di primo ordine:

- Attenzione
- Comportamento motorio
- Autocontrollo
- Complessità cognitiva
- Perseveranza
- Instabilità cognitiva

e da tre fattori di secondo ordine, che danno una stima quantitativa dell'impulsività:

- *Impulsività motoria*, definita come la tendenza ad agire senza pensare, "ad agire su due piedi". È calcolata sommando il punteggio del fattore "attenzione" e del fattore "instabilità cognitiva";
- *Impulsività cognitiva o attentiva*, ovvero la tendenza a prendere decisioni rapide, e la mancanza di concentrazione rispetto al compito. Si ottiene sommando il punteggio del fattore "comportamento motorio" e del fattore "perseveranza";
- *Impulsività non pianificativa*, che si delineerebbe come una modalità di comportamento caratterizzata da una scarsa valutazione delle conseguenze e da una mancanza di pianificazione. Si determina sommando il punteggio del fattore "autocontrollo" e del fattore "complessità cognitiva".

**Allo scopo di identificare i giocatori d'azzardo patologici**, Lesieur e Blume (1987) hanno sviluppato il South Oaks Gambling Screen (SOGS), un questionario articolato in 16 domande e validato in Italia da Guerreschi e Gander (2001).

Il SOGS permette velocemente di evidenziare la probabile presenza di problemi legati al gioco, fornendo informazioni:

- sul tipo di gioco privilegiato;



- sulla quantità di tempo impiegata per giocare;
- sulla difficoltà a mantenere l'autocontrollo;
- sulla consapevolezza relativa al problema del gioco;
- sulle modalità utilizzate per procurarsi il denaro;
- sul tornare a giocare per tentare di recuperare i soldi persi;
- sulle menzogne circa l'attività del gioco;
- sui conflitti generati dalla gestione delle finanze personali e familiari;
- sul conseguente allontanarsi dal lavoro o dalla scuola.

### 3.2 Risultati e analisi statistiche

In statistica ogni indagine effettuata su campioni estratti da una popolazione (indagine campionaria), riporta indicazioni valide per l'intera popolazione (statistica induttiva).

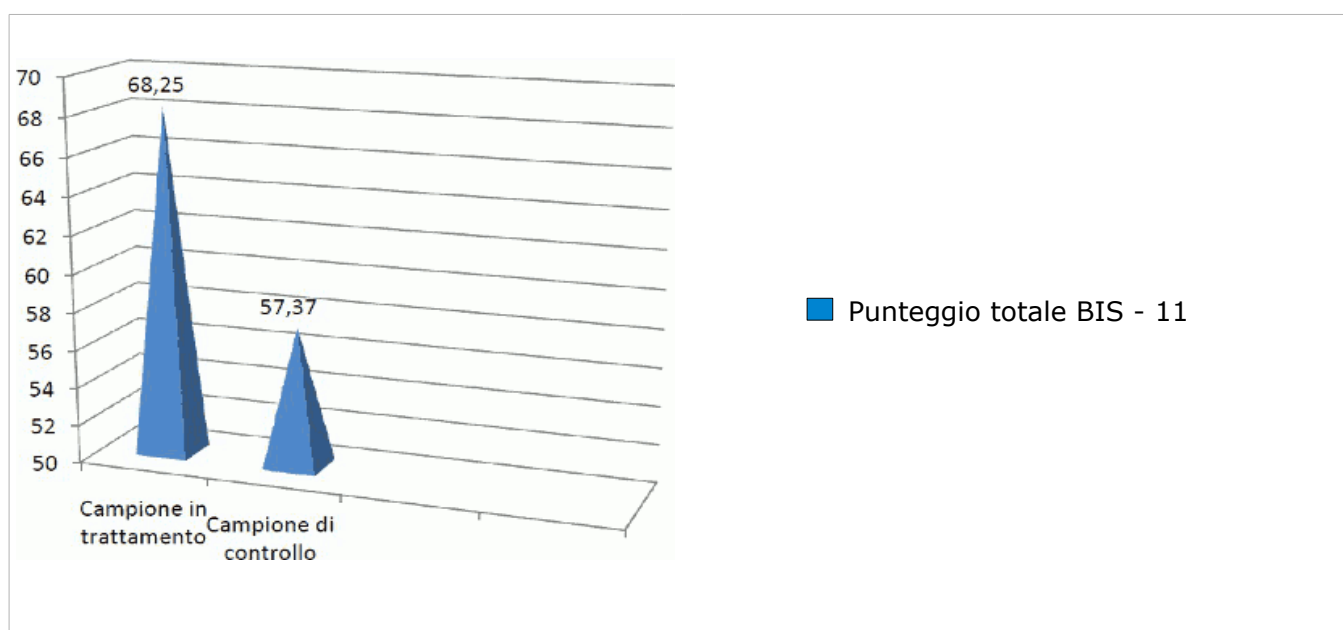
Il fenomeno studiato - che nel caso della presente ricerca è la relazione fra impulsività e gioco d'azzardo patologico - si presenta in diverse modalità nelle varie unità statistiche, rappresentate dai soggetti dei gruppi presi in esame.

I dati ottenuti, elaborati statisticamente, sintetizzano le caratteristiche del fenomeno e permettono di confrontare le eventuali differenze emerse nei diversi campioni.

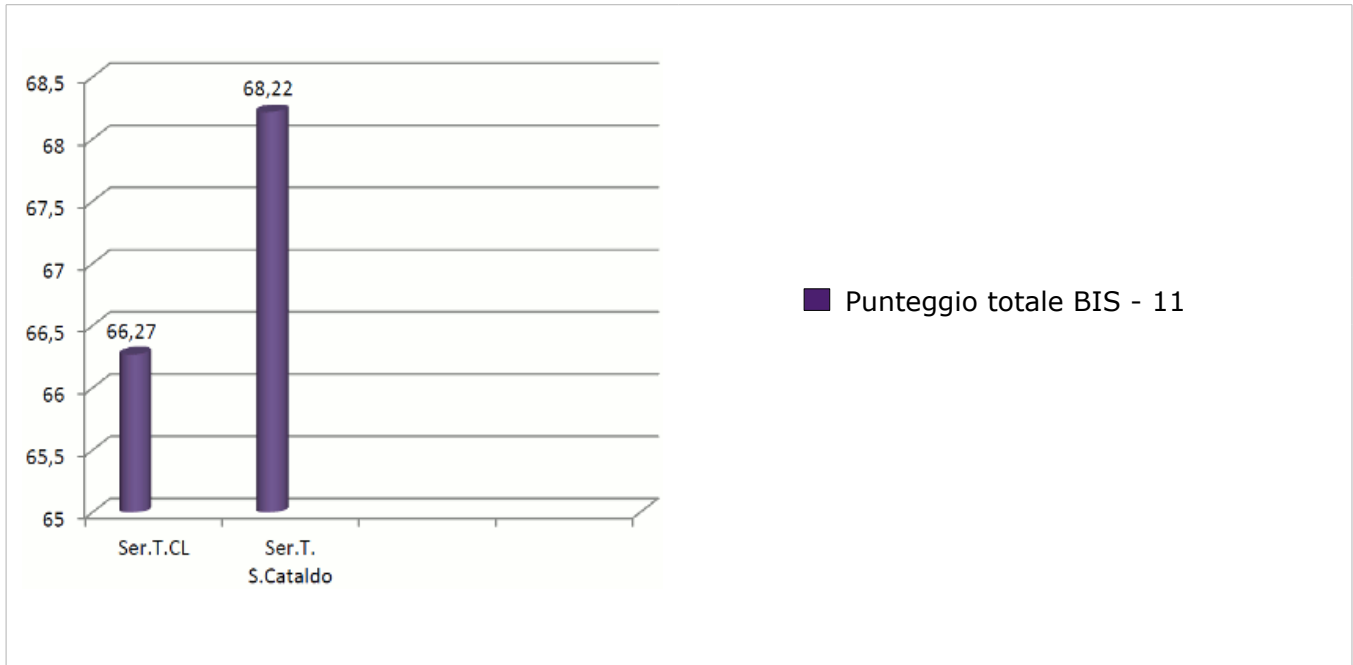
Calcolando gli indici statistici di tendenza centrale, si colgono le differenze e le peculiarità delle proprietà del fenomeno, così come si sono manifestate nei soggetti presi in esame.

Nella presente ricerca tali dati sono rappresentati dai valori ottenuti dalla BIS - 11 e dal SOGS. La media, ottenuta sommando tutti i valori e dividendoli per il numero delle unità del campione, indica il valore che meglio rappresenta il gruppo.

Nei grafici 1 e 2 sono raffigurate le medie relative ai punteggi totali ottenuti nel BIS-11.



**Grafico 1**



**Grafico 2**

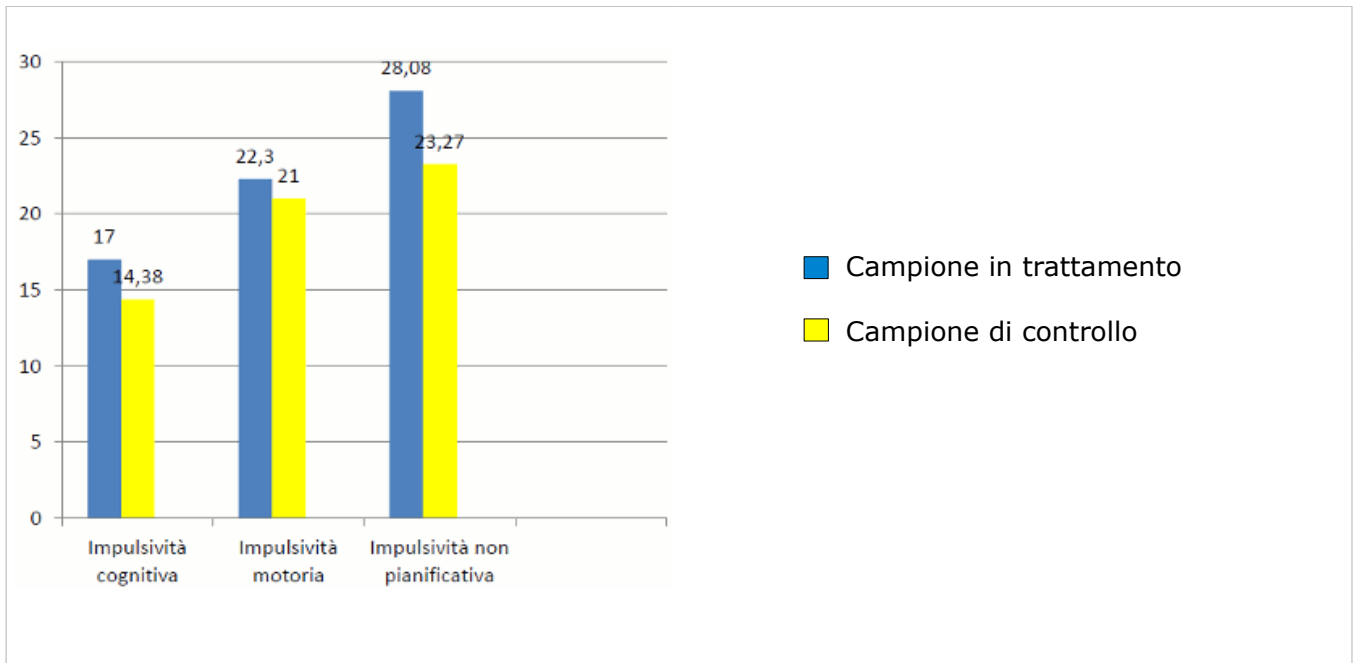
**Al fine di verificare se vi è differenza statisticamente significativa fra i gruppi**, ovvero fra il campione in trattamento e il campione di controllo e fra gli utenti del Ser.T. di Caltanissetta (CL) e quelli afferenti al Ser.T. di S.Cataldo (CL), è stato applicato il test di significatività t di Student. La tabella 1 illustra tali risultati. La medie ( $\mu$ ) dei due gruppi appartenenti ai Ser.T. sono quasi sovrapponibili ( $\mu$  Ser.T. Caltanissetta= 66,27;  $\mu$  Ser.T. S.Cataldo= 68,22) e statisticamente non significative, così come si può osservare anche dalla tabella 1. Invece, per quanto riguarda la media del campione in trattamento con il metadone e la media del gruppo di controllo, la differenza è statisticamente significativa (tabella 1).

Campioni	Gradi di libertà	Livello di significatività $p < 0,005$
Campione in trattamento e campione di controllo	34	P= 0,0018
Ser.T. di CL e Ser.T. di S.Cataldo	62	P= 0,5524

**Tabella 1**

Ma come già detto in precedenza, il questionario BIS-11 permette anche di stimare l'impulsività cognitiva, l'impulsività motoria e l'impulsività non pianificativa, che racchiudono delle sfumature importanti circa il tratto di personalità preso in esame.

Nel grafico 3 si osservano le medie dei punteggi ottenuti.



**Grafico 3**

La tabella 2 sintetizza i risultati del test di significatività t di Student, applicato per verificare se le medie ottenute nei due gruppi sono statisticamente significative.

	<b>Gradi di libertà</b>	<b>Livello di significatività P&lt;0,005</b>
<b>Impulsività cognitiva</b>	61	P=0,0325
<b>Impulsività motoria</b>	61	P=0,0824
<b>Impulsività non pianificativa</b>	33	P=0,0258

**Tabella 2**

Le differenze delle medie relative all'impulsività cognitiva e all'impulsività non pianificativa risultano statisticamente significative. Invece, la differenza delle medie relative all'impulsività motoria non lo sono.

**Pertanto, i soggetti che sono in trattamento con il metadone** per disintossicarsi dall'abuso di eroina, tenderebbero ad agire in maniera più rapida rispetto al campione di controllo, senza valutare le conseguenze delle loro azioni.

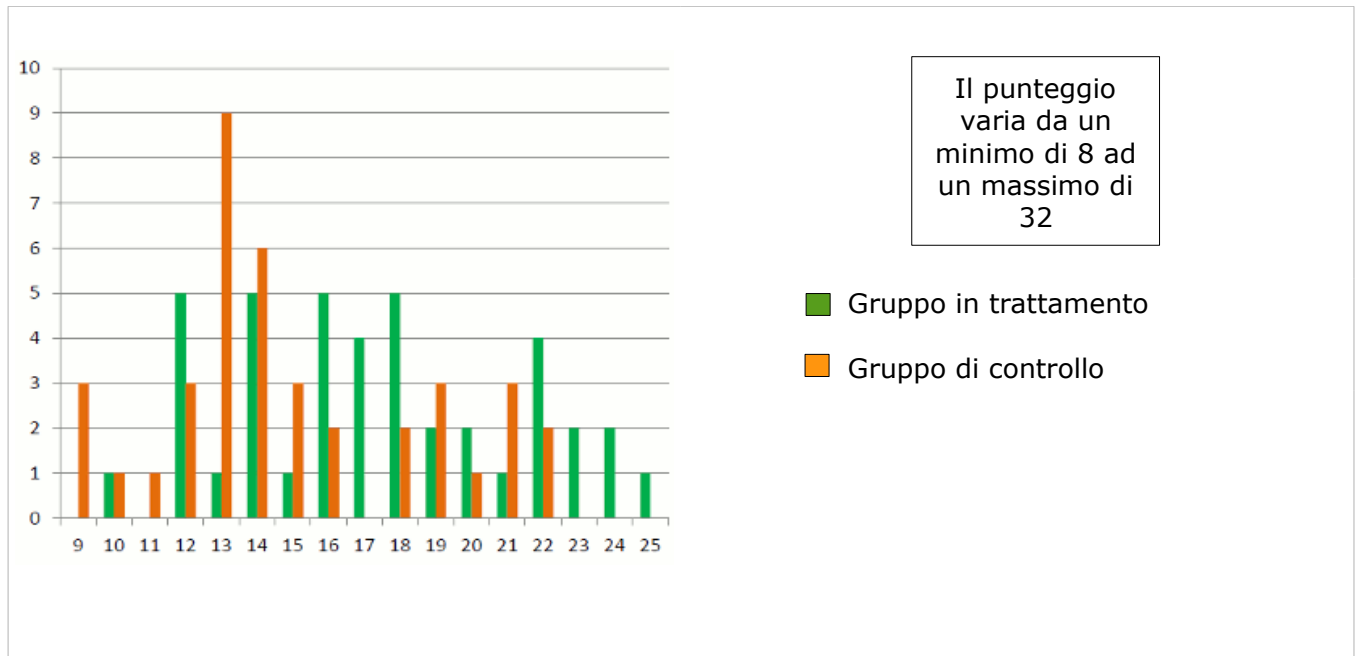
La statistica descrittiva permette di rappresentare meglio tali risultati, così come si presentano nei due campioni presi in esame. Infatti, calcolando la moda, un indice statistico di tendenza centrale che indica il valore più frequente in una distribuzione, si nota che nel gruppo in trattamento i punteggi più alti sono più frequenti rispetto al gruppo di controllo. Viceversa, la frequenza dei valori più bassi è più presente nel gruppo dei soggetti che non assumono il metadone.

Nei grafici 4, 5, 6 e 7 si evidenziano le frequenze dei punteggi dell'impulsività totale, cognitiva, motoria e non pianificativa, ottenuti dal questionario BIS-11. Nelle ascisse (asse orizzontale) sono indicati i punteggi, mentre nelle ordinate (asse verticale) la frequenza degli stessi, ovvero il numero

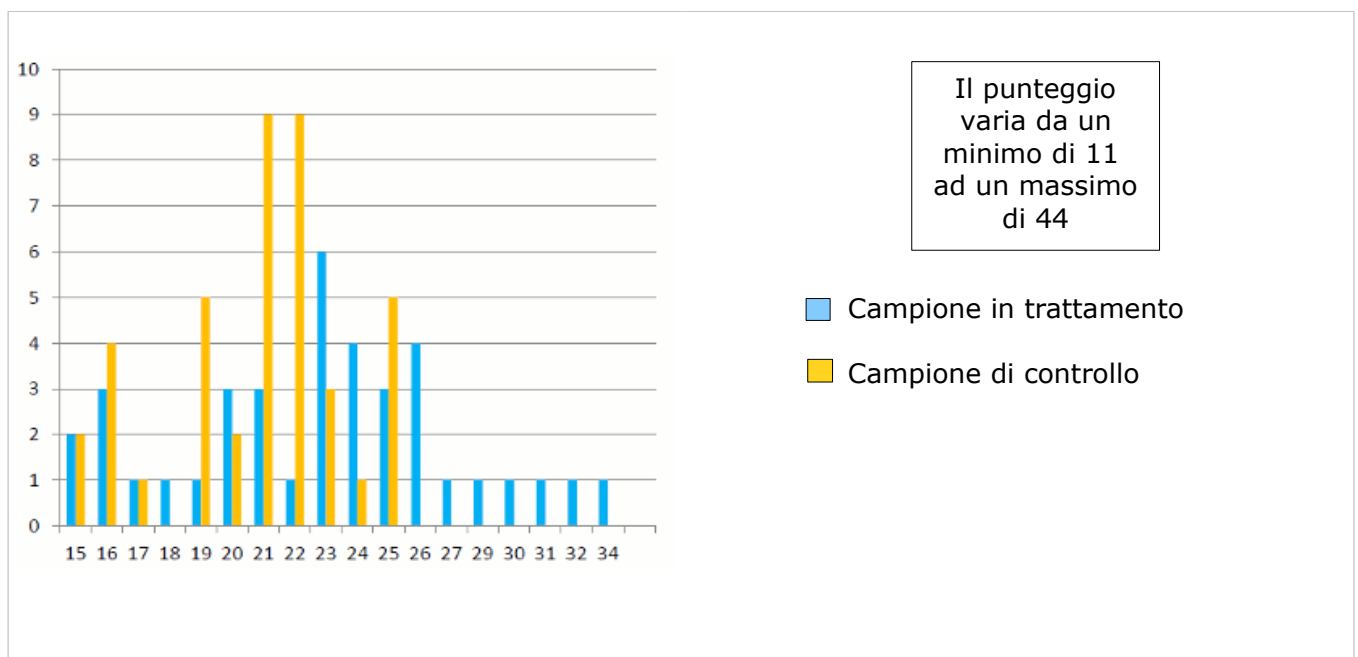




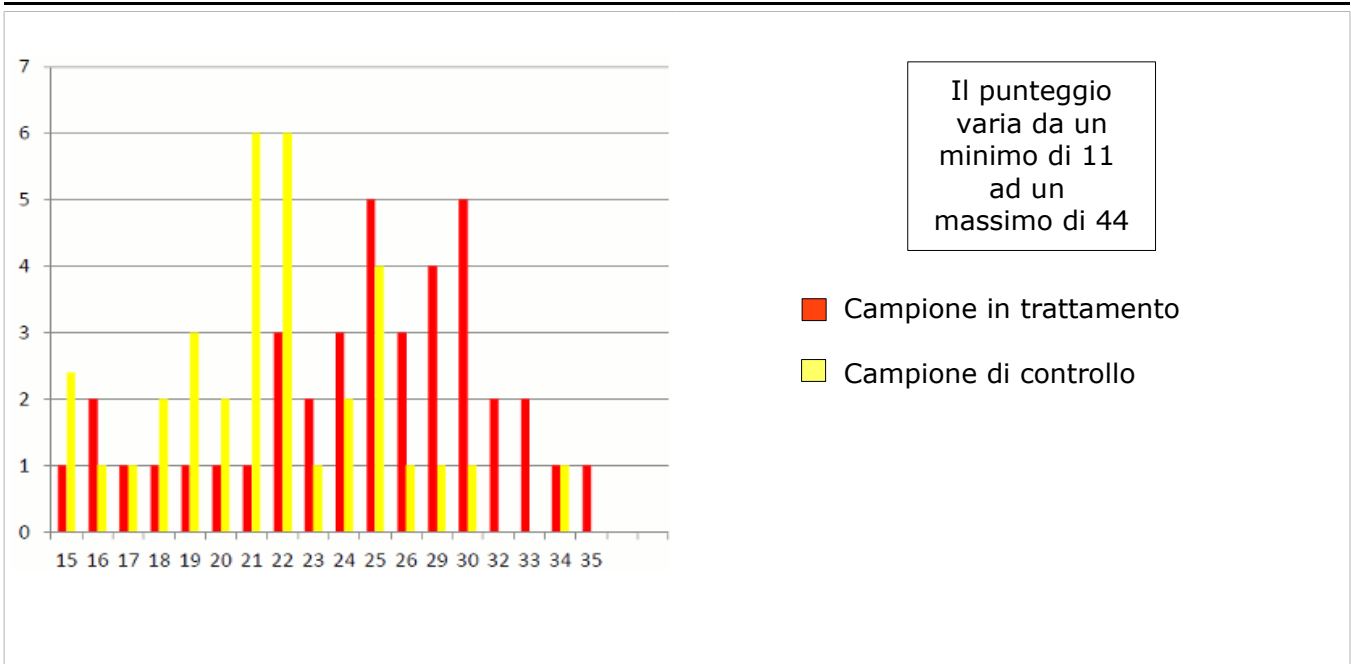
delle volte in cui quel valore si manifesta.



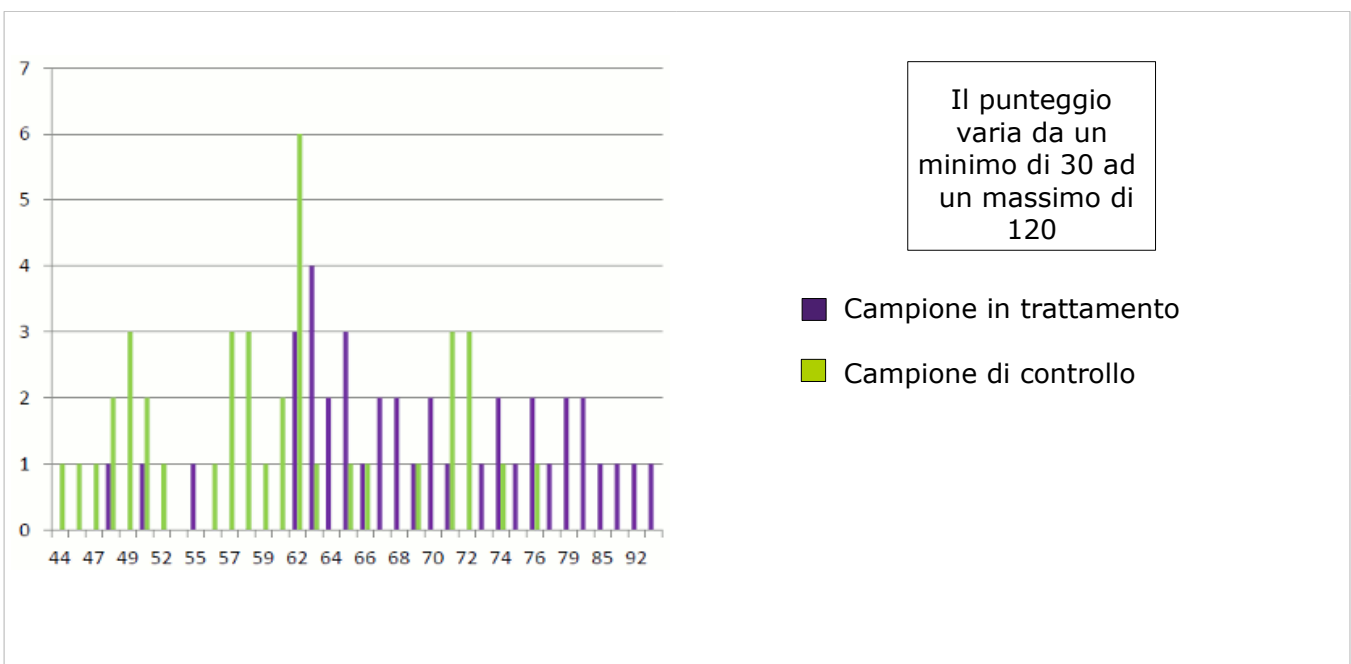
**Grafico 4**  
Impulsività cognitiva



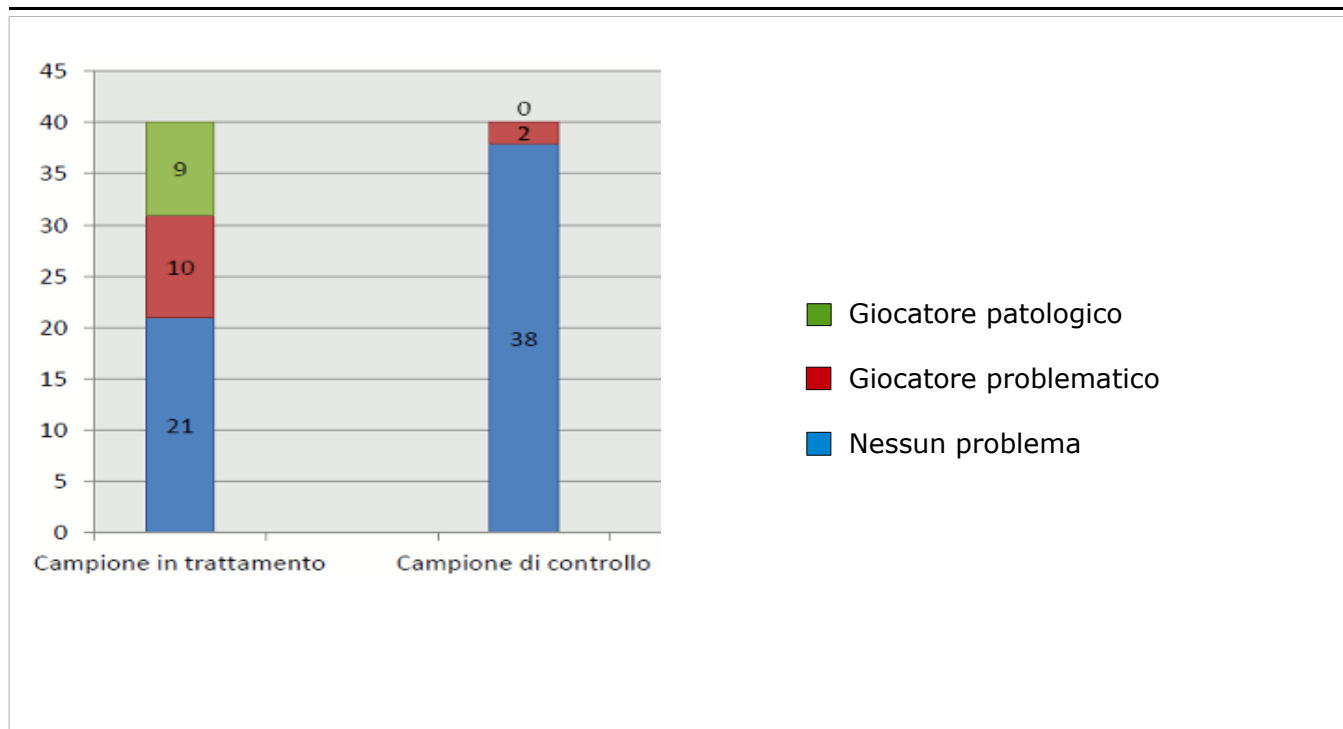
**Grafico 5**  
Impulsività motoria



**Grafico 6**  
Impulsività non pianificativa



**Grafico 7**  
Totali punteggi BIS-11

**Grafico 8**

Punteggi SOGS

Nessun problema	Giocatore problematico e a rischio	Giocatore patologico
0-2	3-4	5 o più

**Tabella 3**

Nel grafico 8 sono illustrati i punteggi ottenuti dal SOGS, il questionario specifico per rilevare la presenza del gioco d'azzardo patologico. I valori del campione in trattamento sono più elevati, dimostrando così il maggiore coinvolgimento di questo gruppo al gambling.

**Al fine di verificare se l'impulsività è in relazione con il gioco d'azzardo patologico**, è stato calcolato l'indice di correlazione di Pearson ( $r$ ). Il valore può variare da -1 a 1; se è positivo i valori delle variabili aumentano insieme (correlazione positiva), se è negativo i valori di una variabile aumentano al decrescere dei valori dell'altra variabile (correlazione negativa). Qui di seguito, in tabella 4 e in tabella 5, sono illustrati i risultati ottenuti. L'indice di correlazione  $r$  descrive soltanto l'esistenza di una relazione fra due variabili e non la causalità causa-effetto.

Variabili	Valore di r
<b>Punteggio totale BIS – 11</b>	0,48
<b>Punteggio SOGS</b>	
<b>Punteggio impulsività cognitiva</b>	0,55
<b>Punteggio SOGS</b>	
<b>Punteggio impulsività motoria</b>	0,39
<b>Punteggio SOGS</b>	
<b>Punteggio impulsività non pianificativa</b>	0,34
<b>Punteggio SOGS</b>	

**Tabella 4**

Indici di correlazione relativi al campione di controllo

Variabili	Valore di r
<b>Punteggio totale BIS – 11</b>	0,75
<b>Punteggio SOGS</b>	
<b>Punteggio impulsività cognitiva</b>	0,48
<b>Punteggio SOGS</b>	
<b>Punteggio impulsività motoria</b>	0,66
<b>Punteggio SOGS</b>	
<b>Punteggio impulsività non pianificativa</b>	0,69
<b>Punteggio SOGS</b>	

**Tabella 5**

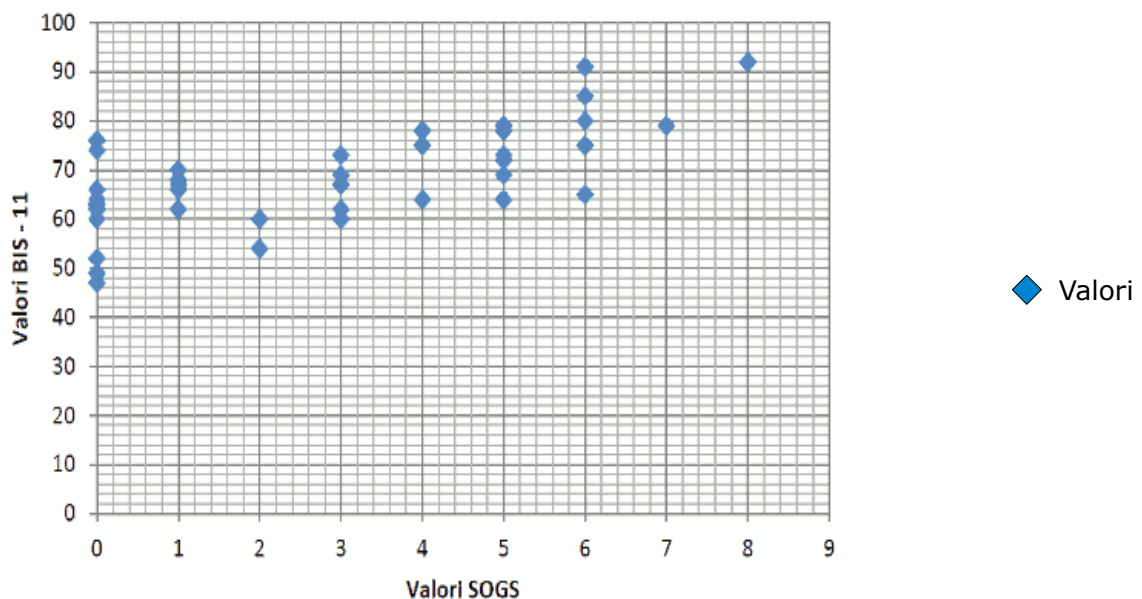
Indici di correlazione relativi al campione in trattamento

In tabella 6 sono riportati i valori di r.

Valori di r	Intensità della correlazione
0,00 – 0,20	Poco intensa
0,20 – 0,40	Appena apprezzabile
0,40 – 0,60	considerevole
0,60 – 0,80	Alta, intensa
0,80 – 1,00	Molto alta, molto intensa

**Tabella 6**

Le correlazioni di intensità maggiore sono risultate nel campione in trattamento, soprattutto relativamente al punteggio dell'impulsività non pianificativa correlata al punteggio ottenuto al SOGS. Pertanto, i soggetti che hanno ottenuto valori più alti nell'impulsività sopracitata e nel questionario relativo al gioco d'azzardo patologico sono più inclini ad agire in maniera rapida, senza tener conto delle conseguenze, ovvero senza pianificare il loro comportamento in funzione del futuro. E così il comportamento ludico risulterebbe caratterizzato da un'eccessiva impulsività ad agire, da una rapida decisione a giocare d'azzardo, senza considerare le probabili perdite di denaro. *"Nella strutturazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico le persone non sono in grado di prevedere gli effetti che derivano dal piacere elargito dalle slot-machine e dai tavoli da gioco"* (Domjan M., 1998, p.263).



**Grafico 9**

Diagramma di dispersione  
 relativo al campione in trattamento



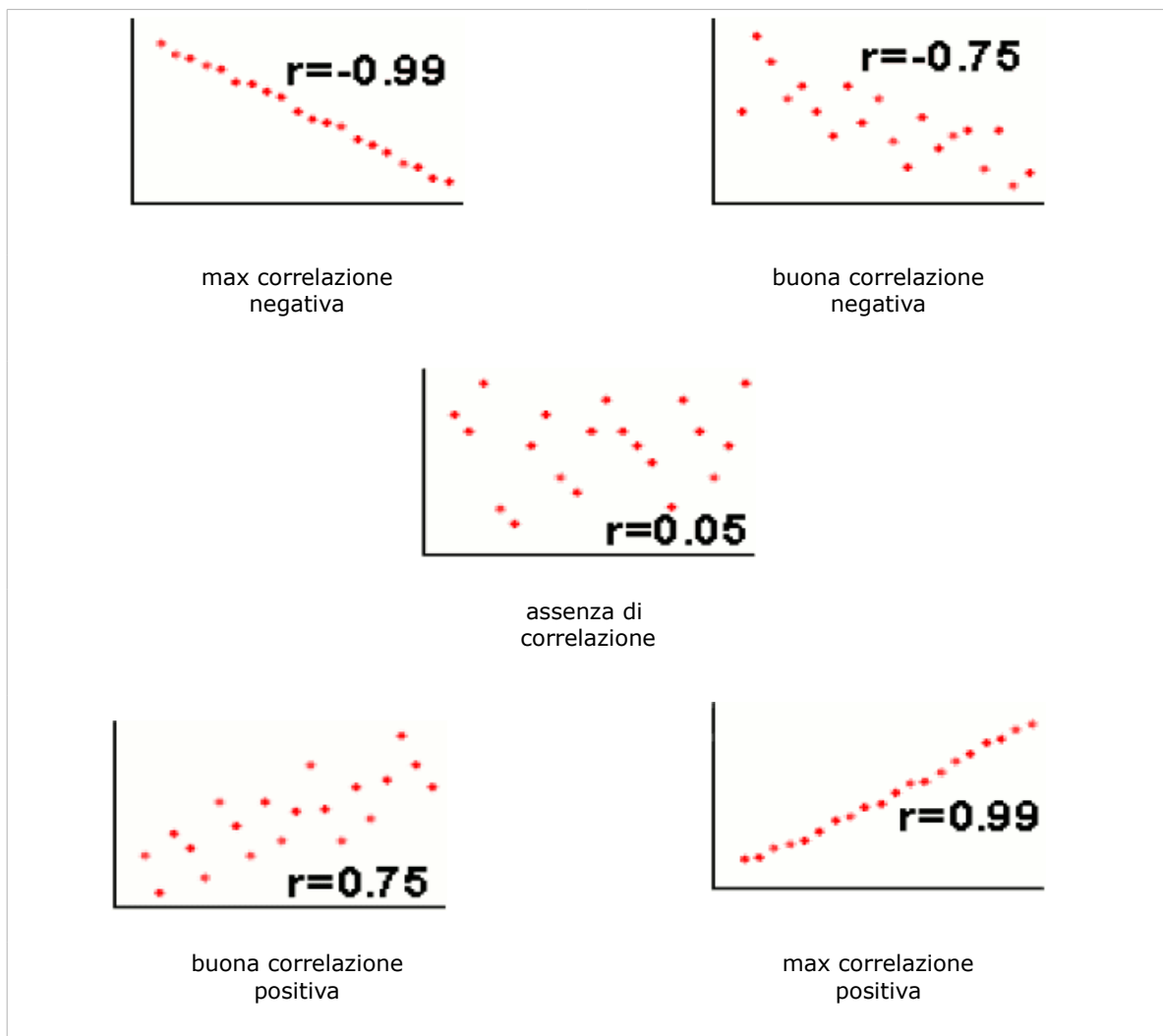
**Adriana Leone**  
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

Il grafico 9 illustra l'interdipendenza fra le due variabili prese in considerazione. Sull'asse delle ordinate (asse y) sono rappresentati i punteggi totali del questionario BIS-11 relativo all'impulsività; invece sull'asse delle ascisse (asse x) ci sono i punteggi ottenuti al questionario SOGS, relativo al gioco d'azzardo patologico. Ogni puntino blu corrisponde alle coppie di valori "impulsività-gioco d'azzardo patologico".

Si osserva che a valori crescenti dell'asse x corrispondono crescenti valori dell'asse y e, viceversa, a valori bassi dell'asse x corrispondono valori bassi dell'asse x. Pertanto se ne deduce che più alta è l'intensità dell'impulsività, più significativo è il gioco d'azzardo patologico, così come dimostrato dall'indice di correlazione  $r$  già calcolato.

Al valore 8 del questionario SOGS, ad esempio, coincide un punteggio pari a 92 del questionario BIS-11. E ancora, ad un valore 0 del questionario SOGS corrisponde un punteggio pari a 49 del questionario BIS-11.



**Figura 3**

Interpretazione di un diagramma  
di dispersione

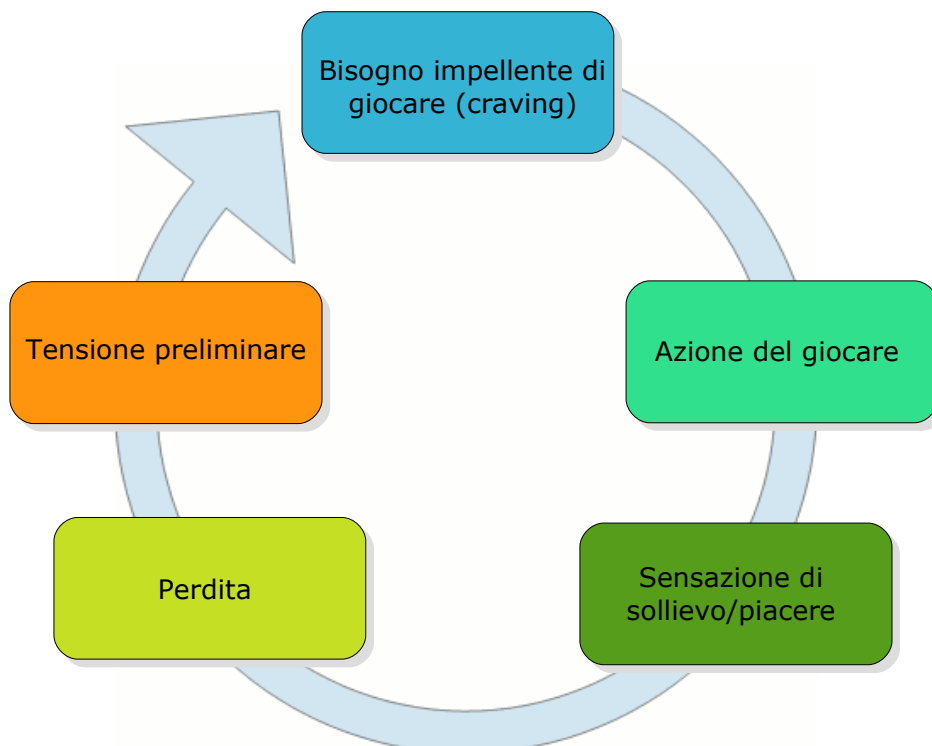
Fonte:  
[www.quadernodiepidemiologia.it](http://www.quadernodiepidemiologia.it)

#### 4. Fenomenologia del comportamento impulsivo nel GAP

*"I giocatori sanno bene che si può resistere  
addirittura per ventiquattr'ore di seguito con le carte in mano,  
senza neanche gettare un'occhiata a destra o a sinistra"*

##### **F.Dostoevskij, Il giocatore, 1866**

La dinamica dei comportamenti disfunzionali del GAP ricordano le fasi tipiche degli atti impulsivi. L'individuo gioca per placare una tensione psico-corporea, senza nessuna mediazione riflessiva, senza pensare alle possibili conseguenze legate alla perdita di denaro. La sensazione di piacere/sollievo che ne deriva fa sì che l'atto del giocare sia vissuto come egosintonico (attività intesa come piacevole), nonostante gli eventuali sentimenti negativi (senso di colpa, rimorso) possano manifestarsi dopo una perdita (McELroy, 1995) (figura 4). Inizialmente il soggetto dedica poco tempo al gioco, ma progressivamente aumenta la frequenza, mostrando una sempre più minore capacità di controllare il continuo e impellente desiderio di giocare. Nonostante le considerevoli perdite di denaro, il giocatore patologico non riesce a ridurre o a interrompere la sua condotta di gioco, continuando a non controllare i propri impulsi. *"Sovrastima le proprie capacità di riuscita, impegna e dedica al gioco una crescente quantità di denaro e di tempo, ma inutilmente, perché è destinato a perdere"* (Wildman R., 1997, p.225).



**Figura 4**

Fenomenologia del gioco  
d'azzardo patologico



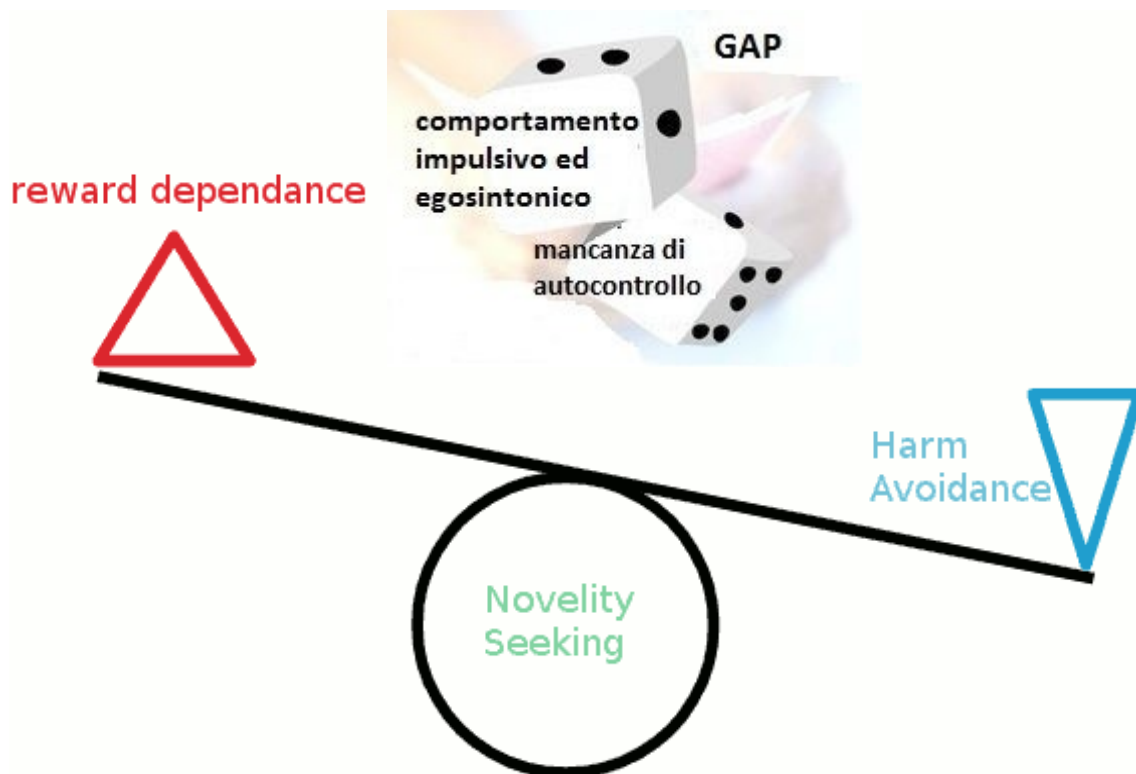
**Adriana Leone**  
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

## 5. L'impulsività e il gioco d'azzardo patologico secondo un'ottica dimensionale della personalità

In una prospettiva psicopatologica dimensionale, il GAP può essere descritto sulla base di dimensioni psicologiche strettamente associate fra loro (Pancheri, 1999).

**Secondo il modello tridimensionale di personalità di Cloninger (1988)**, il gambling risulterebbe dall'intreccio delle dimensioni Novelty Seeking (ricerca del rischio), Reward Dependence (dipendenza dalla ricompensa) e Harm Avoidance (avversione al rischio). L'impulsività con una bassa valutazione del rischio ed una spiccata Novelty Seeking potrebbe essere alla base di una vulnerabilità temperamentale predisponente. Una elevata Reward Dependence (rinforzo positivo), sostenuta da un rinforzo negativo (Harm Avoidance), determinerebbero il mantenimento del comportamento impulsivo ed egosintonico, in seguito ad una progressiva compromissione della capacità di autocontrollo e di valutazione della realtà (figura 5).



**Figura 5**

Il GAP secondo il modello di Cloninger

## 6. L'impulsività e il gioco d'azzardo patologico nel DSM

Nella terza edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Mental Disorders), pubblicata nel 1980, l'American Psychiatric Association (APA) ha introdotto il concetto di dipendenza da gioco d'azzardo, inquadrandolo come una nuova categoria diagnostica e, quindi, come disturbo psichiatrico. In tal modo è stato riconosciuto ufficialmente il "*pathological gambling*" e inserito nella sezione





comprendente i disturbi del controllo degli impulsi.

I giocatori patologici, pertanto, sono quegli individui che sono cronicamente incapaci di resistere all'impulso di giocare.

**I criteri per formulare una diagnosi di gioco d'azzardo patologico (GAP)**, secondo il DSM IV pubblicato nel 1994, sono riconducibili a sintomi psicologici (ossessione del gioco, senso di onnipotenza, nervosismo, ansia, irritabilità, aumento dell'impulsività, tendenza alla superstizione, distorsione della realtà) e a sintomi fisici (cefalea, insonnia, tachicardia, sudorazione eccessiva).

Il comportamento dei giocatori patologici compromette e distrugge le relazioni interpersonali e familiari e l'attività lavorativa.

La World Health Organization (WHO), come l'APA, considera il gioco d'azzardo patologico un disturbo dello spettro affettivo, dello spettro ossessivo-compulsivo e dello spettro additivo (dipendenza comportamentale). Queste tre dimensioni hanno in comune la dimensione impulsiva.

Nel 2013 (in Italia nel 2014) con la pubblicazione del DSM 5, dopo numerose ricerche scientifiche che rilevano le analogie fra GAP e dipendenze da sostanze, riconosce al GAP lo status di dipendenza patologica. La denominazione viene modificata da gioco d'azzardo patologico a disturbo da gioco d'azzardo (gambling disorder). I criteri diagnostici non hanno subito cambiamenti significativi, sebbene siano stati ridotti da 5 a 4, similmente agli altri disturbi di dipendenza. In tal modo i giocatori precedentemente identificati come problematici adesso sono inclusi nell'area diagnosticabile come patologica, al fine di prevenire l'evoluzione in gioco d'azzardo patologico.

## **7. L'impulsività e il gioco d'azzardo patologico secondo l'ottica gestaltica**

**Secondo il modello della Psicoterapia della Gestalt** le dipendenze patologiche, così come gli altri disturbi psicopatologici, sono il risultato di stili relazionali disfunzionali, che rivelano significative difficoltà dell'individuo ad entrare in contatto sano e nutriente con l'ambiente, nonostante ne abbia desiderio e intenzionalità.

Quando il percorso relazionale che porta il bambino ad esperire la sana e nutriente esperienza di contatto con l'ambiente è carente del sostegno necessario, si instaura un blocco (confluenza, introiezione, proiezione, retroflessione) che condiziona l'intera esistenza dell'individuo adulto (figura 6).

Il contatto con l'ambiente non sarà più nutriente e fonte di crescita e la persona reitererà antichi e disfunzionali modalità relazionali. L'oggetto della dipendenza patologica crea un piacere assoluto, che annulla ogni altra esperienza con l'ambiente.

**L'individuo si ritrova cristallizzato e intrappolato nella continua e incontrollabile ricerca** di quella illusoria soddisfazione, da lui erroneamente e inconsapevolmente percepita come sostituto di una relazione sana e nutriente. Ed è proprio in questo bisogno inconsapevole che la modalità dipendente affonda le sue radici evolutive. Infatti, nel passaggio dalla fase che Perls (1995) chiama del "succhiare" a quella del "mordere", il bambino non riceve il sostegno necessario per orientarsi nell'ambiente. Nella fase del "mordere", che coincide con la fase della dentizione, il futuro adulto impara ad "aggreddire" (dal latino "ad", verso, e "gradi", camminare), a muoversi ed entrare in contatto con l'ambiente per soddisfare i propri bisogni.

Il tempo della confluenza con l'adulto, che soddisfaceva tutti i bisogni dell'infante, è terminato. L'eccitazione che l'organismo in crescita sente ha bisogno di essere convogliata nella realtà esterna. Una figura di riferimento sana sostiene tale modalità relazionale, al fine di orientarlo nell'azione specifica del contatto con l'ambiente. L'energia destinata a fare contatto, non adeguatamente accolta e sostenuta, devierà dal suo obiettivo originario e naturale, precipitando nella spirale del gioco d'azzardo patologico (figura 7). Il blocco relazionale che ne conseguirà determinerà un'eccitazione impulsiva, mai orientata ad un sano e nutriente contatto con l'ambiente, ma che ripeterà il suo bisogno (inconsapevole) di dipendere da una figura di riferimento sana e nutriente



**Adriana Leone**  
Psicologo e Psicoterapeuta

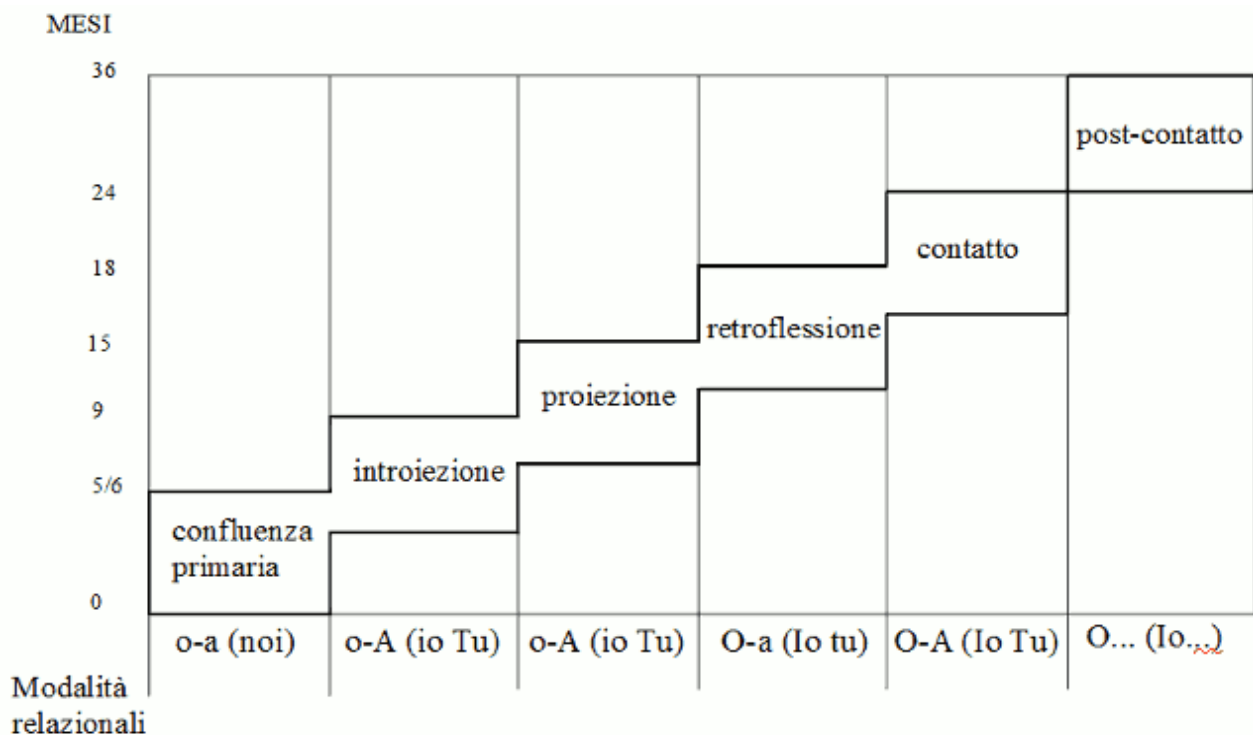
Articolo scaricato da [www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

mai avuta.

**L'assunzione di una sostanza psicotropa o il compimento di un comportamento addictive** sostituiscono la normale vita di relazioni interpersonali. Tali azioni ripetute in maniera impulsiva e incontrollata hanno il solo scopo di lenire una antica angoscia, alla quale il soggetto non sa dare un nome, ma che vive come intollerabile. Così anche l'instaurarsi di una relazione patologica con il gioco d'azzardo ripete e perpetua il bisogno di colmare un vuoto relazionale, in mancanza di altre esperienze relazionali nutrienti.

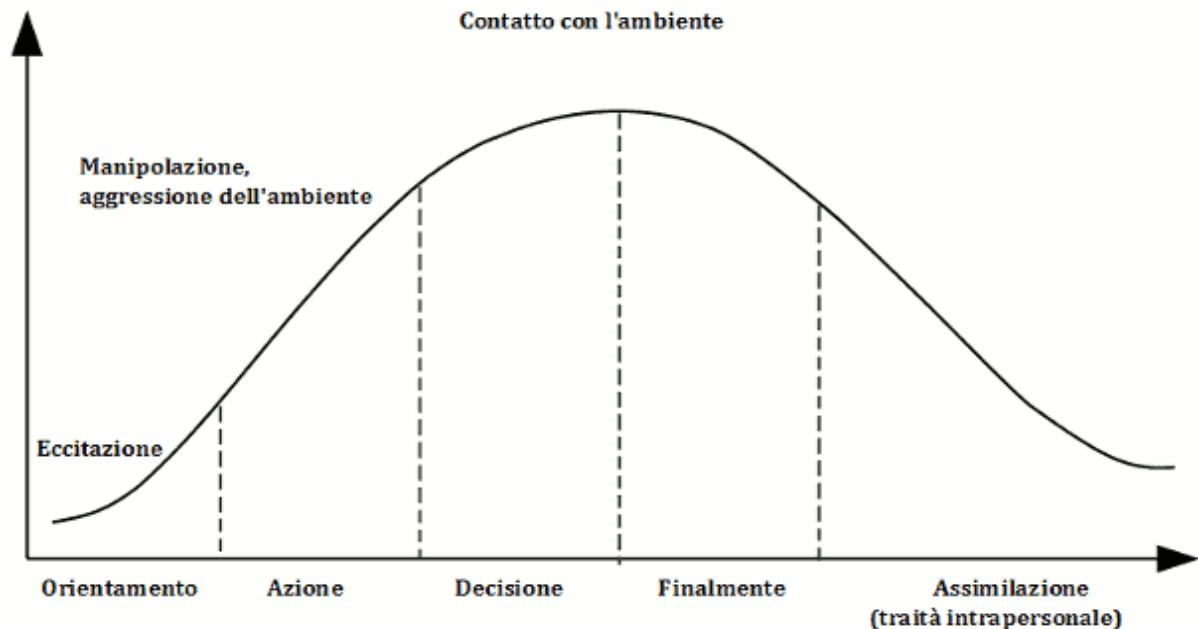
Pertanto, il comportamento impulsivo legato al gioco d'azzardo patologico altro non è che l'epifenomeno di una sofferenza affettiva, relazionale ed esistenziale.

Il gambler soffoca, in maniera inconsapevole, il suo dolore mai ascoltato, immergendosi in tavoli da poker, slot-machine, gratta e vinci e quant'altro possa "riempire" il suo vuoto.



**Figura 6**

Mapa evolutiva secondo la psicoterapia della Gestalt, Salonia, 1989

**Figura 7**

Modificato da Salonia, 2010

## 8. Conclusioni

**Il gioco d'azzardo patologico ha un forte impatto nella qualità della vita del giocatore,** della sua famiglia e dell'intera comunità (indebitamenti, ricorsi all'usura, illeciti...). Tuttavia tale fenomeno risulta ancora sottostimato e sommerso rispetto alla sua diffusione nella popolazione generale e fra gli stessi utenti dei Servizi adibiti alla cura delle tossicodipendenze.

**In Italia,** secondo il Ministero della Sanità, dall'1,5% al 3,8% della popolazione, ovvero quasi 900 mila persone, sono giocatori problematici; un altro 2,2% sono giocatori patologici.

Inoltre, grazie alle possibilità offerte da internet, la percentuale aumenta (fonte: *Il Sole 24 ore del 21 aprile 2015*). Chi gioca online riesce a nascondere anche alla propria famiglia la sua condotta ludica.

**Il GAP, a differenza delle dipendenze patologiche da sostanza, non è individuabile attraverso esami ematochimici** da laboratorio, per cui anche per i Servizi deputati al trattamento delle tossicodipendenze non è possibile identificare i gamblers.

Il presente lavoro di ricerca ha messo in evidenza che il 22,5% del campione in trattamento con metadone è affetto da gioco d'azzardo patologico, il 25% risultano essere giocatori problematici; invece, rispetto al campione di controllo, il 5% rientra nella fascia sopracitata. L'aver posto l'accento sulla relazione fra l'impulsività e il gioco d'azzardo patologico in pazienti in trattamento con il metadone, in linea con i contributi teorici riportati, non può e non deve ritenersi esaustivo nel riconoscere uno dei fattori predisponenti al gioco d'azzardo patologico. Se i soggetti riconoscendosi



tossicodipendenti da eroina, tentando il lungo percorso della disintossicazione, in realtà perpetuano la loro condotta tossicomane, c'è da chiedersi quali possano essere le risposte terapeutiche più efficaci. L'aver tracciato un profilo comune del gambler caratterizzato da un'impulsività patologica potrebbe fornire un'indicazione di intervento, orientato più sulla consapevolezza della portata della loro condotta ludica che su una sua possibile risoluzione immediata. Ma la pratica clinica, che nel quotidiano si imbatte nella scarsa motivazione dei pazienti, suggerisce la necessità di lavorare in sinergia con le istituzioni territoriali, quali i Servizi Sociali Comunali, le associazioni di volontariato, le fondazioni Antiusura, i consulenti legali, al fine di individuare tempestivamente i soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico e i giocatori problematici.

## 9. Bibliografia

- Aguglia E., *Neurobiologia del gioco d'azzardo*, in "Rivista di Psichiatria", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2008
- Altavilla E., *"Il giocatore d'azzardo"*, Boringhieri, Torino, 1978
- American Psychiatric Association (APA), *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"*, 3° edition, American Psychiatric Press, Washington DC, 1980
- American Psychiatric Association (APA), *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"*, 4° edition, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994
- American Psychiatric Association (APA), *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"*, 5° edition, American Psychiatric Press, Washington DC, 2013
- Barratt E.S., Fossati A., Acquarini E., *Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)*, in "Nonclinical Subjects, Journal of Clinical Psychology", 2001, pp.815-828
- Bergler E., *"Psicologia del giocatore"*, Newton Compton, Roma, 1974
- Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N., *Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist*, in "Journal of Gambling Studies", 1997
- Callois R., *"I giochi e gli uomini: la maschera e la vertigine"*, Bompiani, Milano, 1981
- Cancrini L., *"Il vaso di Pandora. Manuale di psichiatria psicopatologia"*, Carocci Editore, Roma, 2001
- Caroppo E., Janiri L., Pinto M., Pozzi G., (a cura di), *"Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente"*, Franco Angeli, Milano, 2006
- Cloninger R., *"A systematic method for clinical description and classification of personality variants"*, Arch Gen Psychiatry, 1987
- Cocci V., Dimauro E., Giannini M., Morandi C., *Tratti di personalità e gioco d'azzardo patologico*, in "Rivista di Psichiatria", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001
- Conti L., *"Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria"*, Ed. SEE, Firenze, 1999
- Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *"Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento"*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Di Petta G., *"Il mondo tossicomane"*, Franco Angeli, Milano, 2004
- Domjan M., *"The principles of learning and behavior"*, Brooks/Cole, Pacific Grove (CA), 1998
- Dostoevskij I., *"Il giocatore"*, Garzanti, Milano, 1982
- Fossati A., Donini M., Donati D., *Versione Italiana del Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS - 11)*, in "Journal of clinical psychology", 2001
- Guerreschi C., *"Giocati dal gioco. Quando il gioco diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico"*, San Paolo, Milano, 2000
- Guerreschi C., Gander S., *Versione Italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, in "Rivista di Psichiatria", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001
- Lesieur H., Blume S., *The South Oaks Gambling Screen (the SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*, in "American Journal of Psychiatry", 1987
- McElroy S., Hudson J., Pope H., *Disorders of impulse control*, in "Comprehensive Psychiatry Journal", PubMed, 1995



- Nigro P., *In Italia 900mila affetti da gioco d'azzardo patologico*, in "Il sole 24 ore" del 21 aprile 2015
- Pancheri P., Cassano G., *"Trattato italiano di psichiatria"*, Masson, Milano, 1999
- Pelosi M., *"Introduzione alla statistica"*, McGraw, Milano, 2009
- Perls F., *"L'io, la fame, l'aggressività"*, Franco Angeli, Milano, 1995
- Perls F., Hefferline R.F., Goodman P., *"Teoria e pratica della terapia della Gestalt"*, Astrolabio, Roma, 1987
- Pintus G., Crolle Santi V. (a cura di), *"La relazione assoluta"*, Aracne Editrice, Ariccia (RM), 2014
- Salonia G., *L'angoscia dell'agire tra eccitazione e trasgressione. La Gestalt Therapy con gli stili fobico-ossessivo-compulsivi*, in "GTK Rivista di Psicoterapia", 2010
- Salonia G., *Tempi e modi di contatto*, in "Quaderni di Gestalt", n.8/9, 1989
- Serpelloni G., *"Gambling. Gioco d'azzardo e problematico"*, Cueim, Roma, 2013
- Wildman R., *"Gambling. An attempt at an integration"*, Wynne Resources, Edmonton, 1997.

## 10. Sitografia

- Biondi F., *"Disturbi di personalità, impulsività e carcere"*, cedostar.it, 2010, [http://www.cedostar.it/documenti/Disturbi\\_personalita\\_impulsivita\\_carcere\\_corso\\_cinema\\_Biondi\\_arezzo\\_2010.pdf](http://www.cedostar.it/documenti/Disturbi_personalita_impulsivita_carcere_corso_cinema_Biondi_arezzo_2010.pdf)
- Bosso B., *"Le tossicodipendenze"*, slideplayer.it, 2011, <http://slideplayer.it/slide/2910873/>
- Bottarelli E., *"Confrontare due medie: il test t di Student"*, quadernodiepidemiologia.it, 1998, [http://www.quadernodiepidemiologia.it/epi/assoc/t\\_stu.htm](http://www.quadernodiepidemiologia.it/epi/assoc/t_stu.htm)
- Bottarelli E., *"Il coefficiente di correlazione e la retta di regressione"*, quadernodiepidemiologia.it, 1998, [http://www.quadernodiepidemiologia.it/epi-mobile/cause/coef\\_cor.htm](http://www.quadernodiepidemiologia.it/epi-mobile/cause/coef_cor.htm)
- Caselli G., *"Deficit del controllo inibitorio nel DOC e nel GAP"*, stateofmind.it, 2016, <http://www.stateofmind.it/2016/02/deficit-controllo-inibitorio-doc-gap/>
- Digiannantonio M., *"La sofferenza dell'individuo trasmessa al gruppo sociale: gamblers e gambling patologici"*, psychiatryonline.it, 2012, <http://www.psychiatryonline.it/node/1830>
- Felice M., *"Gioco d'azzardo: tra illusione e patologia"*, slideplayer.it, 2015, <http://slideplayer.it/slide/7322802/>
- La Barbera D. La Cascia C., *"Il gioco d'azzardo patologico"*, e-noos.it, 2008, <http://www.e-noos.it/rivista/articolo.asp?ID=114>
- Nacci P., *"Il gioco d'azzardo nell'era multimediale"*, psychiatryonline.it, 2012, <http://www.psychiatryonline.it/node/1518>
- Zanda G., *"Il gioco d'azzardo patologico: diagnosi, doppia diagnosi e trattamento farmacologico"*, cedostar.it, 2007, [http://www.cedostar.it/atti\\_gambling/diagnosi\\_trattamento\\_farmacologico.pdf](http://www.cedostar.it/atti_gambling/diagnosi_trattamento_farmacologico.pdf)

## 11. Altre letture su HT

- Dalila Borrelli, *"Il vizio del gioco, ovvero il gioco d'azzardo patologico"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 14, 2005
- Fabio Zarra, *"Calcio scommesse: una riflessione psicologica"*, articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 75, 2012