

Concordanze e differenze tra dipendenza da sostanze e dipendenza da gioco d'azzardo



Dr. Maurizio Avanzi

AUSL di Piacenza

Presidente di Alea

Bologna 13 marzo 2019



Il Disturbo da gioco d'azzardo è nei LEA
(Livelli Essenziali di Assistenza) dal 2017, ma
nei Servizi pubblici e privati gli operatori lo
affrontano da tempo...





UN FILM SCRITTO E DIRETTO DA
MASSIMO TROISI

RICOMINCIO DA TRE



Il Disturbo da Gioco d'azzardo come Addiction

“La percezione che il Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) avesse caratteristiche molto vicine alla dipendenza è stata pressoché immediata da parte dei giocatori e dei familiari, tanto da indurli nella maggior parte dei casi a rivolgersi ai servizi per le dipendenze (SerD). In seguito, con l’assommarsi di casistiche e di esperienze, tale concetto è stato fatto proprio dagli operatori socio-sanitari che hanno sviluppato progressivamente azioni di accoglienza, valutazione e trattamento pur in assenza di indicazioni normative e di risorse specificamente dedicate. Da buoni ultimi sono arrivati alla stessa conclusione anche i ricercatori che naturalmente procedono con i tempi degli studi scientifici. Da qui la scelta del DSM-5 (APA, 2013) di spostare il DGA entro il capitolo dei disturbi di Addiction.”

(Graziano Bellio, 2016)

ADDICTION

“**Addiction**”, come è noto, deriva dal termine giuridico latino “ addicere”, che si riferisce all’istituto romano di rendere **schiaivo** del creditore il debitore insolvente, fino a che non avesse ripagato il debito. Si riferisce quindi, in senso ampio, ad una condizione di schiavitù e il suo utilizzo in ambito clinico nei Paesi anglosassoni indica il sommarsi di dependence, che connota soprattutto i correlati fisio-patologici di tolleranza e astinenza e di craving, cioè la fame ossessiva e non controllabile dell’oggetto.

(Bignamini e Galassi, 2017)

In effetti chi ha un Disturbo da uso di sostanze o un Disturbo da gioco d’azzardo non è più libero di scegliere, è capace di intendere, ma non di volere, ed è molto ipocrita chiedergli di scegliere e di usare la propria forza di volontà. E’ come chiedere a un bronchitico di sforzarsi di non tossire.



Se il DGA è una dipendenza comportamentale...(1)

“Innanzitutto la dipendenza ha un nucleo fondamentale sostanzialmente invariante, l'*addiction*, con una propria fenomenologia svincolata dall'oggetto di dipendenza; ad essa si aggiungono le caratteristiche manifestazioni frutto dell'impatto complesso della specifica sostanza o del comportamento compulsivo sull'organismo, sul funzionamento psichico e la vita di relazione dell'individuo. **Gli operatori delle dipendenze sono già attrezzati per affrontare l'*addiction* e quindi non dovrebbero sentirsi impreparati ad affrontare le cosiddette dipendenze comportamentali, DGA compreso.**”

(Graziano Bellio, 2016)

Se il DGA è una dipendenza comportamentale...(2)

“La seconda considerazione è corollario della distinzione tra addiction e aspetti peculiari del consumo: **gli strumenti terapeutici a disposizione dell’operatore e del servizio per trattare le dipendenze vecchie e nuove spesso sono interventi già da tempo codificati e ben conosciuti:** ad esempio il counselling motivazionale, la prevenzione delle ricadute, gli interventi cognitivo- comportamentali sul craving, la psicoeducazione ed altre ancora. Essi sono primariamente indirizzati al trattamento dell’addiction e possono essere adattati a varie forme di dipendenza chimica e non chimica. **Altri strumenti terapeutici invece riguardano il trattamento di manifestazioni prodotte dall’oggetto di dipendenza, sia esso sostanza o comportamento.** Anche per il gambling esistono nuovi strumenti che vanno appresi, ad esempio gli interventi di limitazione dell’accesso al denaro, il counselling finanziario, il trattamento delle distorsioni cognitive. Naturalmente tutti gli interventi vanno riorganizzati per adattarli alle situazioni di gioco problematico e ai bisogni del soggetto.”

(Graziano Bellio, 2016)

Se il DGA è una dipendenza comportamentale...(3)

“La terza conseguenza, collegata alle precedenti, è che **i principi fondamentali, evidence-based, per il trattamento delle dipendenze chimiche (NIDA, 2012) possono essere utilizzati come linee di indirizzo anche per le dipendenze comportamentali.** Anche in questo caso i principi del NIDA vanno interpretati alla luce della differente natura dell’oggetto di dipendenza e confrontati con la letteratura scientifica specifica. Ad esempio il principio n.7 (*“ I farmaci sono un importante elemento del trattamento per molti pazienti, specialmente quando combinati con il counselling e altre terapie comportamentali”*)(NIDA, 2012) non è al momento estensibile alle dipendenze comportamentali. Altri al contrario sono perfettamente generalizzabili ad ogni forma di addiction fino a qui riconosciuta.”

(Graziano Bellio, 2016)

National Institute on Drug Abuse (NIDA)
**Principles of Drug Addiction
Treatment: A Research-Based Guide
(Third Edition)**

Last Updated January 2018

<https://www.drugabuse.gov>

Nora D. Volkow, M.D.

Director

National Institute on Drug Abuse

Principles of Effective Treatment

1. **Addiction is a complex but treatable disease that affects brain function and behavior.** Drugs of abuse alter the brain's structure and function, resulting in changes that persist long after drug use has ceased. This may explain why drug abusers are at risk for relapse even after long periods of abstinence and despite the potentially devastating consequences.
2. **No single treatment is appropriate for everyone.** Treatment varies depending on the type of drug and the characteristics of the patients. Matching treatment settings, interventions, and services to an individual's particular problems and needs is critical to his or her ultimate success in returning to productive functioning in the family, workplace, and society.
3. **Treatment needs to be readily available.** Because drug-addicted individuals may be uncertain about entering treatment, taking advantage of available services the moment people are ready for treatment is critical. Potential patients can be lost if treatment is not immediately available or readily accessible. As with other chronic diseases, the earlier treatment is offered in the disease process, the greater the likelihood of positive outcomes.

4. **Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug abuse.** To be effective, treatment must address the individual's drug abuse and any associated medical, psychological, social, vocational, and legal problems. It is also important that treatment be appropriate to the individual's age, gender, ethnicity, and culture.
5. **Remaining in treatment for an adequate period of time is critical.** The appropriate duration for an individual depends on the type and degree of the patient's problems and needs. Research indicates that most addicted individuals need at least 3 months in treatment to significantly reduce or stop their drug use and that the best outcomes occur with longer durations of treatment. Recovery from drug addiction is a long-term process and frequently requires multiple episodes of treatment. As with other chronic illnesses, relapses to drug abuse can occur and should signal a need for treatment to be reinstated or adjusted. Because individuals often leave treatment prematurely, programs should include strategies to engage and keep patients in treatment.

6. Behavioral therapies—including individual, family, or group counseling—are the most commonly used forms of drug abuse treatment.

Behavioral therapies vary in their focus and may involve addressing a patient's motivation to change, providing incentives for abstinence, building skills to resist drug use, replacing drug-using activities with constructive and rewarding activities, improving problem-solving skills, and facilitating better interpersonal relationships. Also, participation in group therapy and other peer support programs during and following treatment can help maintain abstinence.

7. Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies. For example, methadone, buprenorphine, and naltrexone (including a new long-acting formulation) are effective in helping individuals addicted to heroin or other opioids stabilize their lives and reduce their illicit drug use. Acamprosate, disulfiram, and naltrexone are medications approved for treating alcohol dependence. For persons addicted to nicotine, a nicotine replacement product (available as patches, gum, lozenges, or nasal spray) or an oral medication (such as bupropion or varenicline) can be an effective component of treatment when part of a comprehensive behavioral treatment program.

8. **An individual's treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that it meets his or her changing needs.** A patient may require varying combinations of services and treatment components during the course of treatment and recovery. In addition to counseling or psychotherapy, a patient may require medication, medical services, family therapy, parenting instruction, vocational rehabilitation, and/or social and legal services. For many patients, a continuing care approach provides the best results, with the treatment intensity varying according to a person's changing needs.

9. **Many drug-addicted individuals also have other mental disorders.** Because drug abuse and addiction—both of which are mental disorders—often co-occur with other mental illnesses, patients presenting with one condition should be assessed for the other(s). And when these problems co-occur, treatment should address both (or all), including the use of medications as appropriate.

10. **Medically assisted detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug abuse.**

Although medically assisted detoxification can safely manage the acute physical symptoms of withdrawal and can, for some, pave the way for effective long-term addiction treatment, detoxification alone is rarely sufficient to help addicted individuals achieve long-term abstinence. Thus, patients should be encouraged to continue drug treatment following detoxification. Motivational enhancement and incentive strategies, begun at initial patient intake, can improve treatment engagement.

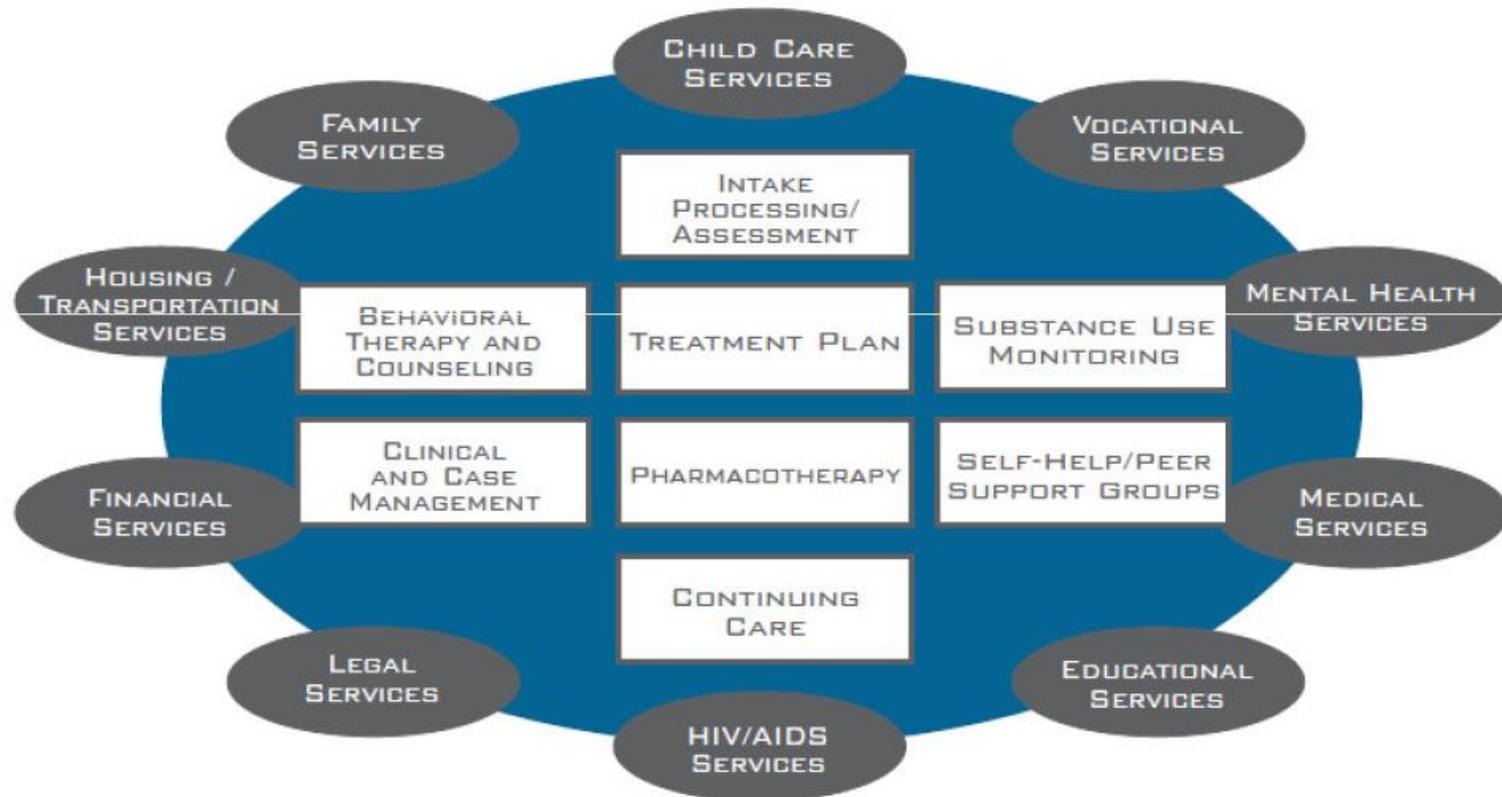
11. **Treatment does not need to be voluntary to be effective.** Sanctions or enticements from family, employment settings, and/or the criminal justice system can significantly increase treatment entry, retention rates, and the ultimate success of drug treatment interventions.

12. **Drug use during treatment must be monitored continuously, as lapses during treatment do occur.** Knowing their drug use is being monitored can be a powerful incentive for patients and can help them withstand urges to use drugs. Monitoring also provides an early indication of a return to drug use, signaling a possible need to adjust an individual's treatment plan to better meet his or her needs.

13. **Treatment programs should test patients for the presence of HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases as well as provide targeted risk-reduction counseling, linking patients to treatment if necessary.** Typically, drug abuse treatment addresses some of the drug-related behaviors that put people at risk of infectious diseases. Targeted counseling focused on reducing infectious disease risk can help patients further reduce or avoid substance-related and other high-risk behaviors. Counseling can also help those who are already infected to manage their illness. Moreover, engaging in substance abuse treatment can facilitate adherence to other medical treatments. Substance abuse treatment facilities should provide onsite, rapid HIV testing rather than referrals to offsite testing—research shows that doing so increases the likelihood that patients will be tested and receive their test results. Treatment providers should also inform patients that highly active antiretroviral therapy (HAART) has proven effective in combating HIV, including among drug-abusing populations, and help link them to HIV treatment if they test positive.

Trattamenti complessi...

Components of Comprehensive Drug Abuse Treatment



The best treatment programs provide a combination of therapies and other services to meet the needs of the individual patient.

Sindemia:

quando più epidemie si aggregano peggiorando la prognosi

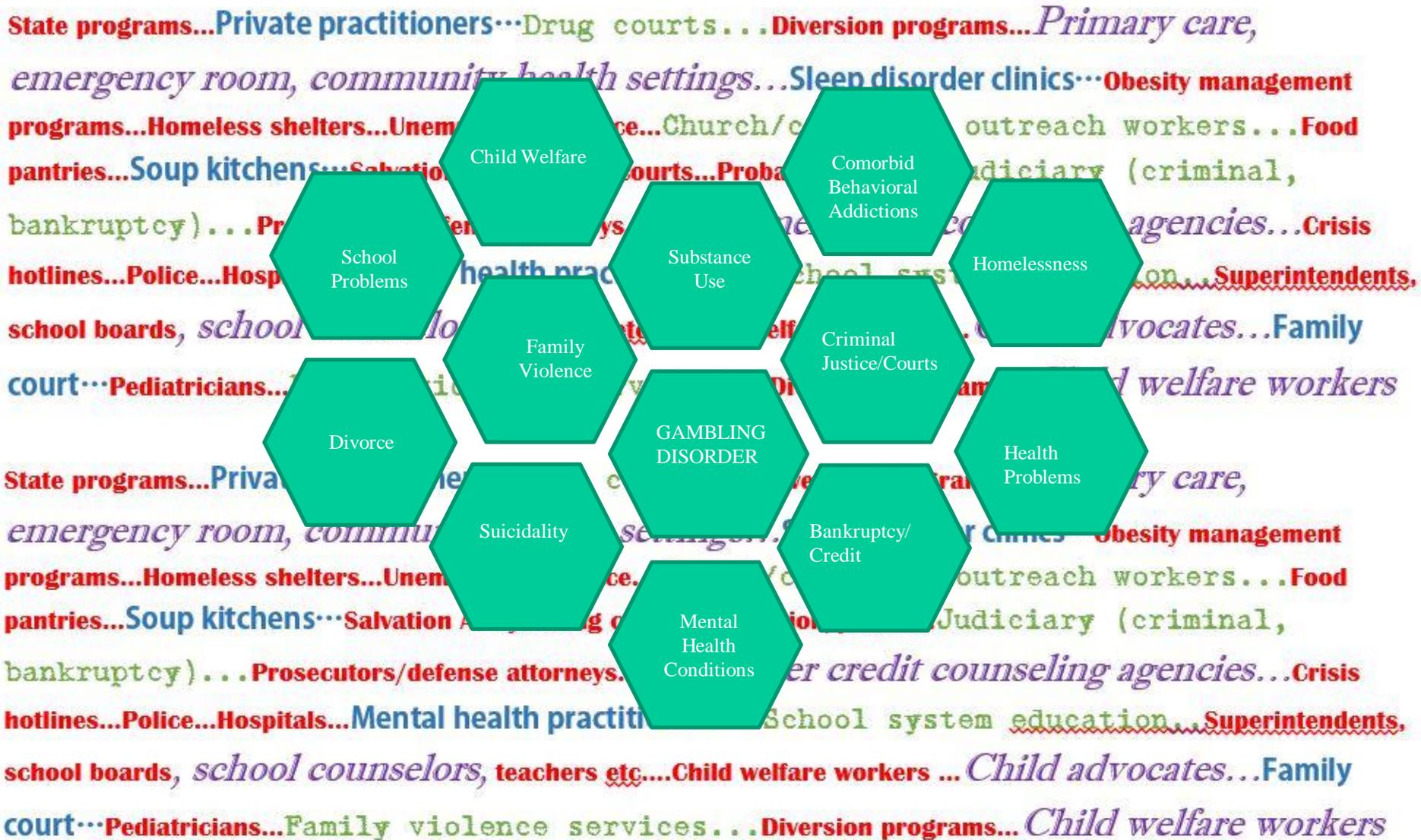
La popolazione italiana è sempre più anziana e la salute degli anziani in futuro dipenderà molto dalla nostra capacità di capire il termine anglosassone 'syndemic', di recente coniato, ma di cui in Italia non vi è ancora traccia nei dizionari e nei libri di medicina. Il termine sindemico (dove quel prefisso "sin" viene dal greco e significa "con, insieme") indica l'aggregazione di due o più epidemie concomitanti o sequenziali o gruppi di malattie in una popolazione con interazioni biologiche che aggravano la prognosi e l'incidenza delle malattie stesse.

Sindemia e comorbilità

Si tratta di qualcosa di diverso da comorbilità perché mentre quest'ultima indica la coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo, la ricerca sindemica è incentrata sulle comunità colpite dalla co-occorrenza di epidemie che potenziano ulteriormente le conseguenze negative sulla salute. In altre parole, è possibile che per due patologie sia presente una condizione di comorbilità, ma non di sindemia, cioè che i disturbi non siano epidemici nella popolazione studiata oppure che la loro co-occorrenza non sia associata ad un peggioramento della salute. La sindemia mette quindi l'accento sul fatto che una data patologia possa aumentare la virulenza di un'altra, come quando un'infezione da herpes simplex virus aggrava l'infezione da HIV con progressione verso l'AIDS; oppure la sinergia letale tra il virus dell'influenza e lo pneumococco che causa un eccesso di mortalità per polmonite batterica secondaria durante le epidemie influenzali.

<https://medicinaonline.co/2018/03/23/sindemia-quando-piu-epidemie-si-aggregano-peggiorando-la-prognosi/>

The Gambling Syndemic (Lia Nower 2018)



Se il DGA è una dipendenza comportamentale...(4)

“La quarta conseguenza riguarda l’eterogeneità dei soggetti dipendenti, la presenza estesa di comorbilità psichiatrica e la necessità di personalizzare i trattamenti. **La diversità dei soggetti che sviluppano dipendenza dall’azzardo ha portato molti ricercatori a definire classificazioni tipologiche** sulla base di insiemi più o meno complessi di elementi. La più nota, il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower (2002), tenta una sintesi di innumerevoli fattori: neurobiologici e temperamentali, inerenti la comorbilità psichiatrica e il funzionamento cognitivo, esperienze traumatiche, storia evolutiva e fattori ambientali e culturali. Il risultato finale non è molto diverso dalla concettualizzazione di Cloninger e colleghi (1981) riguardo gli alcolisti, benché quest’ultima individui due tipi anziché tre come Blaszczynski e Nower.”

(Graziano Bellio 2016)

GIOCO D'AZZARDO	SOSTANZE (Oppiacei, Cocaina)	ALCOOL
Legale (Può non essere dannoso)	Illegale	Legale (Può non essere dannoso)
Non c'è allarme sociale o familiare	C'è allarme sociale o familiare	Non c'è allarme sociale o familiare
No alterazione del SNC (?) (Stordisce/dà sollievo)	Alterazione del SNC (Stordisce/eccita)	Alterazione del SNC (Stordisce/dà sollievo)
NO OVERDOSE (Senza limiti)	Può dare OVERDOSE	Può dare OVERDOSE
CRAVING	CRAVING	CRAVING
NO Crisi D'ASTINENZA	Crisi D'ASTINENZA	Crisi D'ASTINENZA
NO FARMACI	FARMACI	FARMACI
NO Marcatori BIOLOGICI (denaro - c/c)	Marcatori BIOLOGICI	Marcatori BIOLOGICI

GIOCO D'AZZARDO	SOSTANZE (Oppiacei, Cocaina)	ALCOOL
IL PROFITTO VIENE DAI GIA' MALATI (dipendenti)	IL PROFITTO VIENE DAI GIA' MALATI (dipendenti)	IL PROFITTO NON VIENE DAI GIA' MALATI (dipendenti)
Dà conseguenze a lungo, anche alla famiglia, anche se smetti (debiti)	Notevole sollievo immediato alla famiglia, se smetti	Notevole sollievo immediato alla famiglia, se smetti
MENZOGNE	MENZOGNE	MENZOGNE
REWARD (dopamina)	REWARD (dopamina)	REWARD (dopamina)
Condizionamento	Condizionamento	Condizionamento
Ipotesi eziologiche: cura	Ipotesi eziologiche: cura	Ipotesi eziologiche: cura
Cambia il carattere (assente)	Cambia il carattere	Cambia il carattere (logorroico, aggressivo)
Patologia cronica recidivante	Patologia cronica recidivante	Patologia cronica recidivante

Riduzione del danno

ALCOOL

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato indicazioni quantitative precise perché il danno dato dal consumo di alcolici sia basso e accettabile: i limiti sono basati su caratteristiche individuali e di genere, che corrispondono a 40g di alcool o 2-3 UA (Unità Alcoliche) al giorno per l'uomo e 20g di alcool o 1-2 UA al giorno per la donna, mentre gli over 65 anni si devono limitare ad 1UA al dì. Ricordiamo che 1 UA corrisponde a 12g di etanolo e quindi a circa 125ml di vino al di media gradazione (12%), oppure a 40ml di superalcolici (gradazione 40%), oppure a 330ml di birra di media gradazione (4%).

Anderson P. Alcohol and primary health care. WHO Reg Publ Eur Ser. 1996; 64:1-90.
<https://www.youtube.com/watch?v=2ke4f2GT8fc>.

Riduzione del danno da gioco d'azzardo

Currie e colleghi dell'Università di Calgary, dopo uno studio su un campione significativo fatto di 19mila giocatori hanno identificato i limiti che portano a fare un gioco d'azzardo a basso rischio di danno (2006). Lo studio ha mostrato che il danno cresce in funzione di quanto più frequentemente si gioca d'azzardo e quanto più denaro si gioca.

I limiti ottimali per partecipare al gioco d'azzardo con basso rischio di danno sono tre e vanno soddisfatti tutti e tre: **Non giocare d'azzardo più di due-tre volte al mese. Giocare al massimo l'1% del proprio reddito mensile. Qualunque sia il reddito individuale, non giocare in un anno più di 500-1000 dollari.**

Questo significa che se un pensionato prende 800 euro di pensione, potrà giocare al massimo 8 euro in un mese, ma se una persona ha un reddito milionario, è meglio comunque che non giochi nell'anno più di 500-1000 euro. Ed entrambi non devono giocare più di due-tre volte al mese.

Lo stesso gruppo di lavoro canadese ha continuato lo stesso studio ed è arrivato a confermare le conclusioni precedenti, che sono state pubblicate su *Addiction* nel 2012

Limiti per gioco d'azzardo a basso rischio

What you need to know

The current study aimed to establish low-risk gambling limits using gambling data collected over time. Data were from 3,863 adults who participated in the Leisure, Lifestyle, and Lifecycle Project (LLLP) in Alberta and the Quinte Longitudinal Study (QLS) in Ontario. The low-risk gambling limits were: gambling no more than 8 times per month, spending no more than \$75 Canadian per month on gambling, and spending no more than 1.7% of income on gambling. Gamblers who exceeded any of these limits were four times more likely to experience future harm from gambling than those who did not.

Currie, S. R., Hodgins, D. C., Casey, D. M., el-Guebaly, N., Smith, G. J., Williams, R. J., & Schopflocher, D. P. (2017). Deriving low-risk gambling limits from longitudinal data collected in two independent Canadian studies. *Addiction* 112(11), 2011-2020.

La ZONA

Quando sei nella zona stai bene.

Non pensi a niente, sei rilassato e sei eccitato. A volte vinci, a volte perdi, ma l'unica cosa che vuoi è non smettere mai di giocare.

Tutto ti è chiaro, a tratti.

Continui ad avere illuminazioni.

La sensazione è molto piacevole.

E' come essere fatto senza avere usato niente.

Ti senti bene e dissociato e invincibile.

Senti di avere capito tutto.

Non ci sono più dubbi e segreti.

Tutto è chiaro. E tutto è senza importanza.

Quando tutto finisce ritorni con i piedi per terra, senza soldi e non sai più niente.

C'è solo malessere e senso di colpa e vergogna allora.

Le idee vorticose che ti affollavano il cervello sono fuggite via.

E' il vuoto della realtà che torna.

Non sei nemmeno arrabbiato, è l'ennesima volta che succede. Non sei più deluso.

Ti prende la tristezza di scendere dalla giostra.

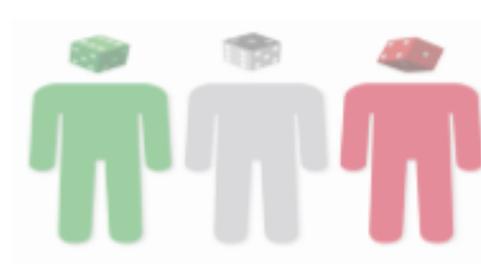
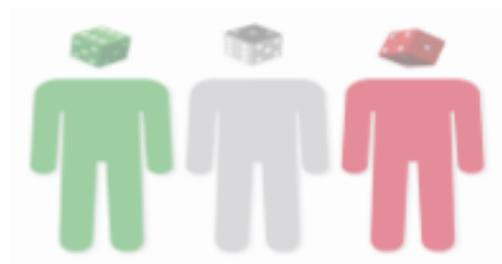
Non hai vinto. Hai fallito. Ancora.



GIOCO LEGALE E GIOCO ILLEGALE

Convegno di presentazione del Rapporto 2017 della Fondazione Bruno Visentini

realizzato su incarico di *Fundaciòn CODERE* – Spagna



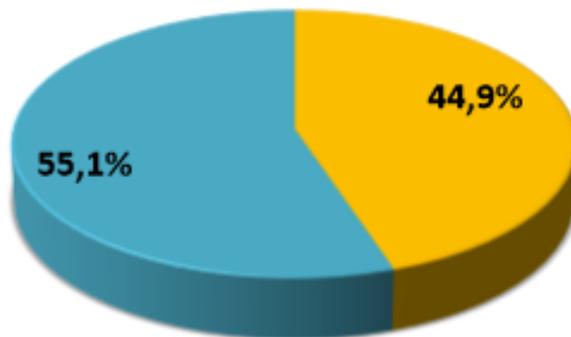
«La percezione sociale del gioco d'azzardo in Italia»

Giovedì, 11 maggio 2017, ore 9.30

LUISS – Sala delle Colonne

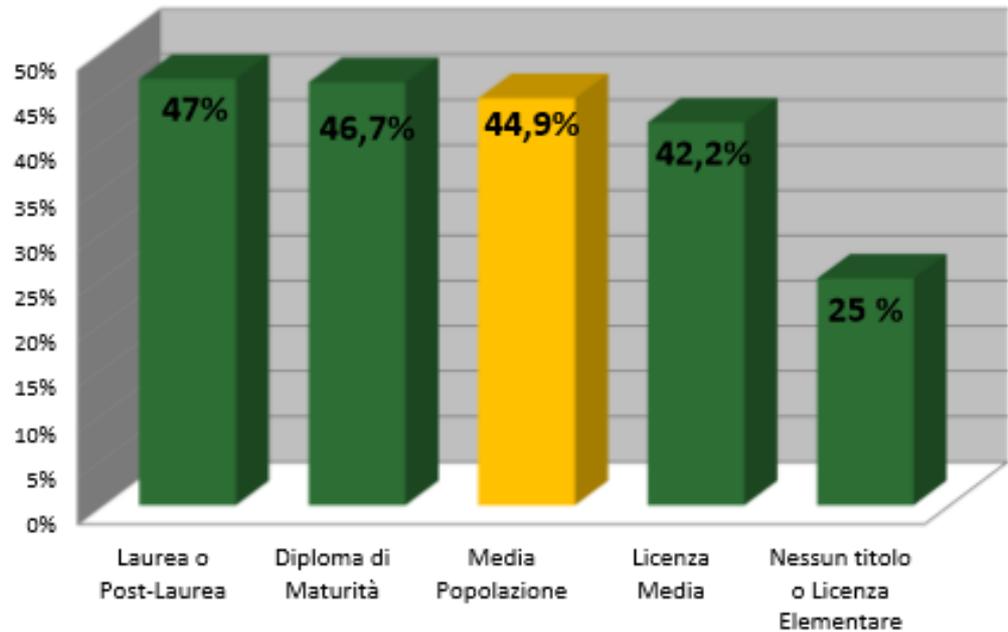
Viale Pola 12 - Roma

Il gioco in Italia nel 2016
(valori in % sul totale campione CATI: 1000)



■ Hanno giocato ■ Non hanno giocato

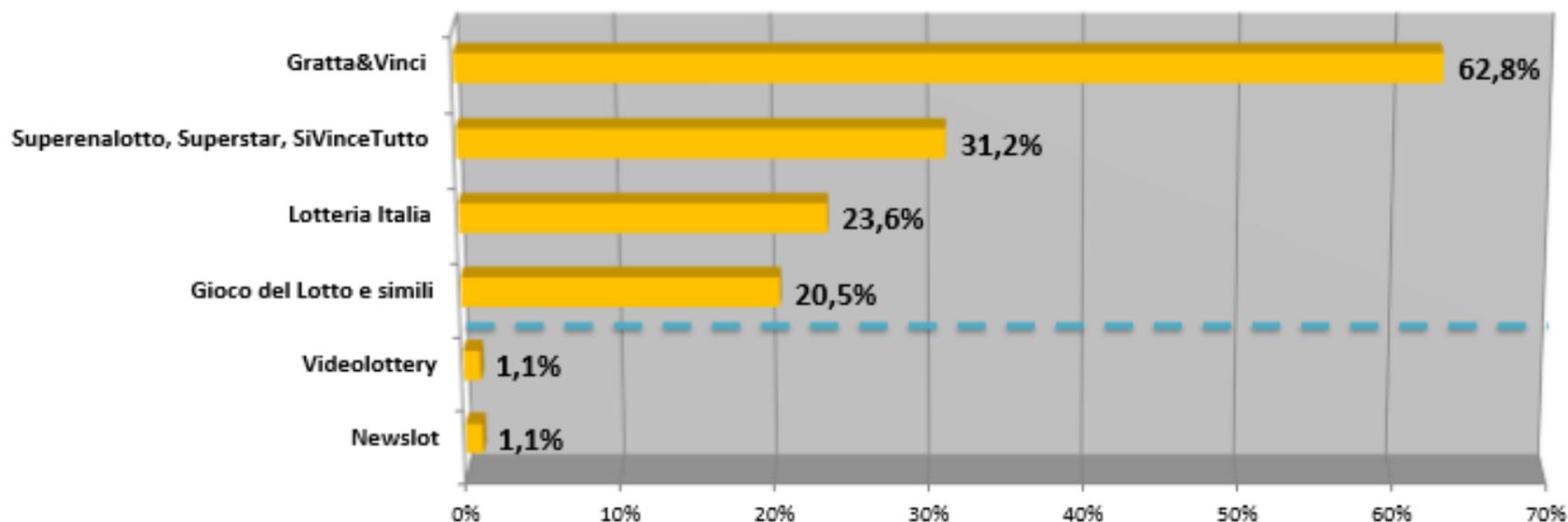
Titolo di studio dei consumatori nel 2016
(valori in % sul totale della relativa categoria di studio)



Fonte: Nostra elaborazione



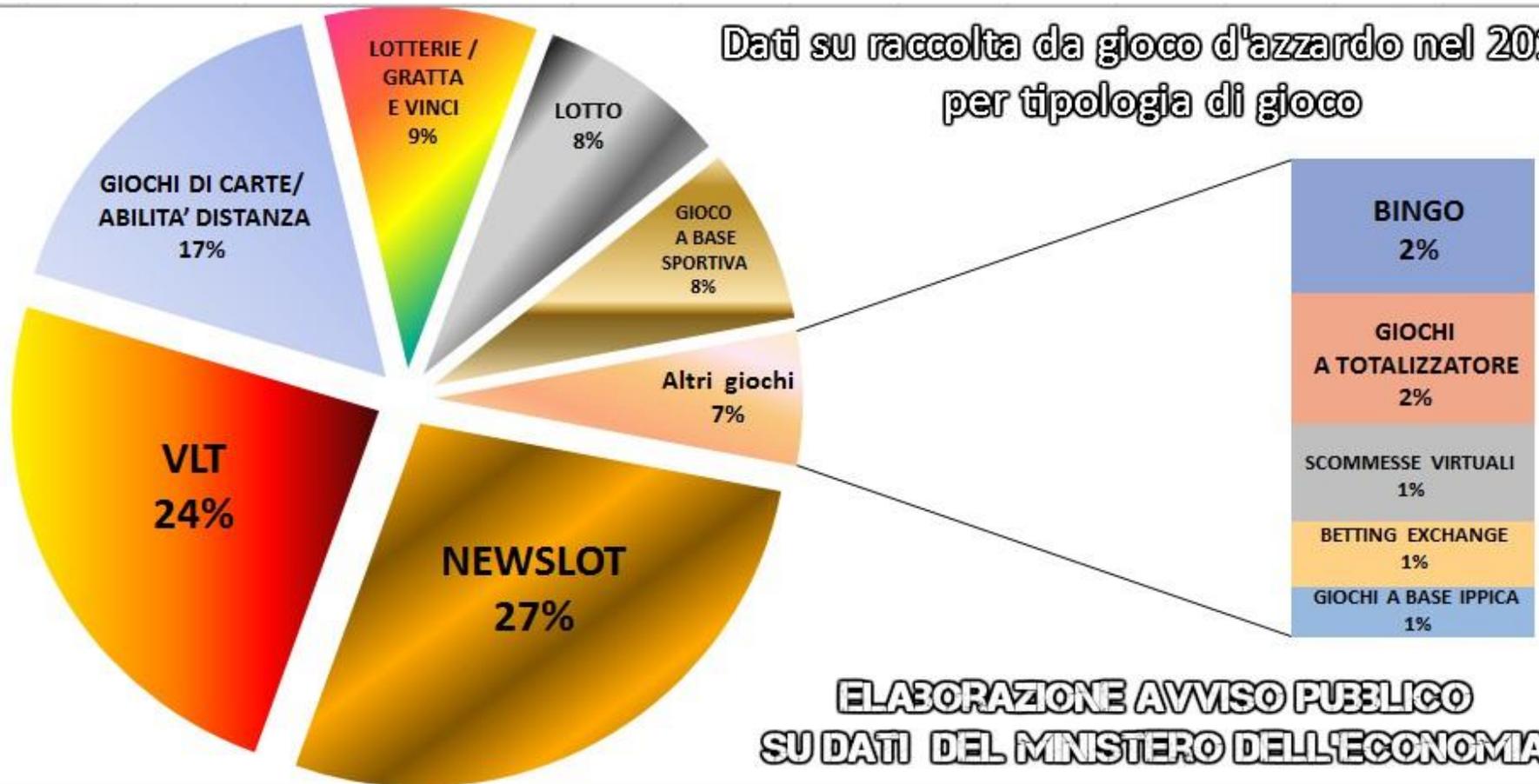
**Le preferenze delle persone che giocano per tipologia di giochi nel 2016
(valori in % sul totale dei consumatori emersi dalla rilevazione CATI)**



Fonte: Nostra elaborazione



Dati su raccolta da gioco d'azzardo nel 2016 per tipologia di gioco



**ELABORAZIONE AVVISO PUBBLICO
SU DATI DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA**

Area Monopoli

Giochi Riepilogo nazionale

Volumi di gioco (dati in milioni di Euro)

GIOCO	RACCOLTA			VINCITE			Spesa dei Giocatori (*)			ERARIO (**)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Apparecchi	25.396	25.963	26.324	18.939	19.279	18.841	6.457	6.683	7.483	3.225	3.375	4.608
VLT	21.348	22.198	23.103	18.782	19.534	20.337	2.566	2.664	2.767	1.067	1.110	1.271
Comma 7 (***)	231	230	236	-	-	-	231	230	236	1	18	19
Bingo (****)	1.624	1.598	1.602	1.068	1.124	1.135	555	474	467	179	176	192
Gioco a base ippica (****)	682	636	608	484	455	437	198	181	171	32	30	28
Gioco a base sportiva (****)	4.250	5.592	7.505	3.437	4.807	6.566	814	785	939	170	203	189
Giochi numerici a totalizzatore (****)	1.188	1.055	1.580	517	380	849	671	676	731	549	487	468
Lotterie (****)	9.442	9.063	8.981	6.833	6.603	6.549	2.609	2.460	2.432	1.462	1.353	1.336
Lotto (****)	6.629	7.077	8.093	4.473	4.794	5.025	2.156	2.283	3.068	1.114	1.179	1.809
Giochi di abilità a distanza a torneo	734	727	756	656	656	685	79	71	70	22	22	14
Giochi di carte organizzata in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa	11.584	12.502	15.231	11.219	12.091	14.721	365	411	510	72	82	102
Scommesse Virtuali (****)	1.148	1.067	1.166	963	887	974	186	180	192	37	36	38
Betting Exchange	205	541	784	204	538	781	1	3	3	0,2	0,5	0,8
Totale	84.460	88.249	95.969	67.572	71.147	76.900	16.888	17.102	19.069	7.930	8.071	10.075

(*) E' data dalla differenza tra la raccolta e le vincite. La spesa del giocatore non comprende il prelievo sui conti dormienti e l'imposta del 6% sulle vincite pari complessivamente a circa: 324 Mln per il 2014, 372 Mln per il 2015 e 397 Mln per il 2016.

(**) Il dato relativo all'Erario non comprende il prelievo sui conti dormienti e l'imposta del 6% sulle vincite e della quota aggiuntiva prevista dall'art. 1, comma 649, legge 190/2014 pari complessivamente a: 324 Mln per il 2014, 372 Mln per il 2015 e 397 Mln per il 2016..

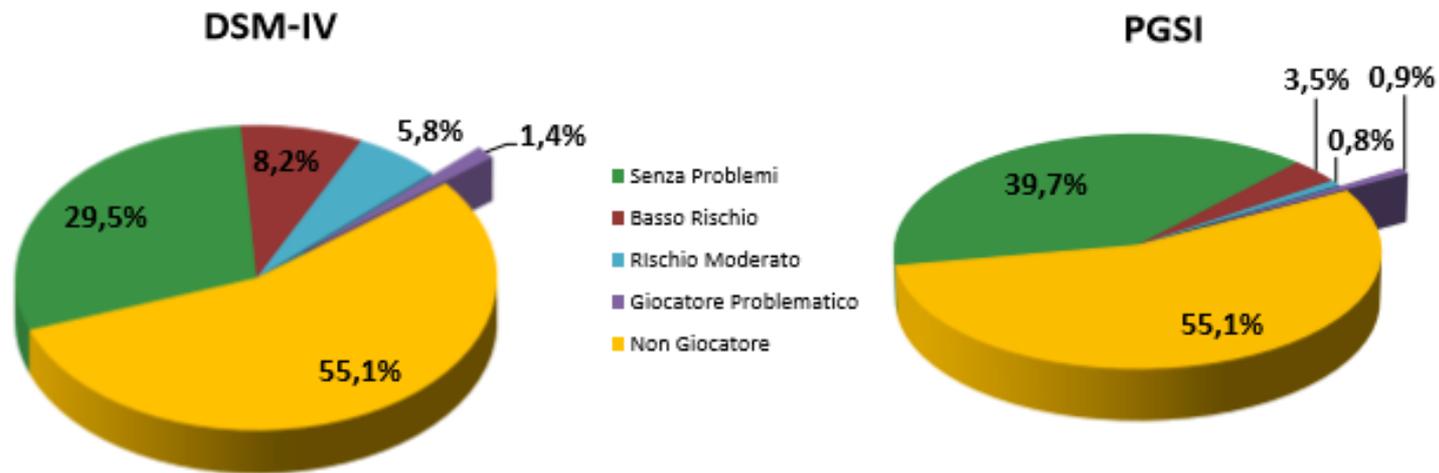
(***) Trattandosi di premi in natura, il dato delle vincite non è disponibile.

(****) Il dato di raccolta e di vincita è il risultato dalla somma della parte fisica e di quella telematica.



Fondazione Bruno Visentini

Incidenza del gioco problematico sulla popolazione residente in Italia (valori in %)



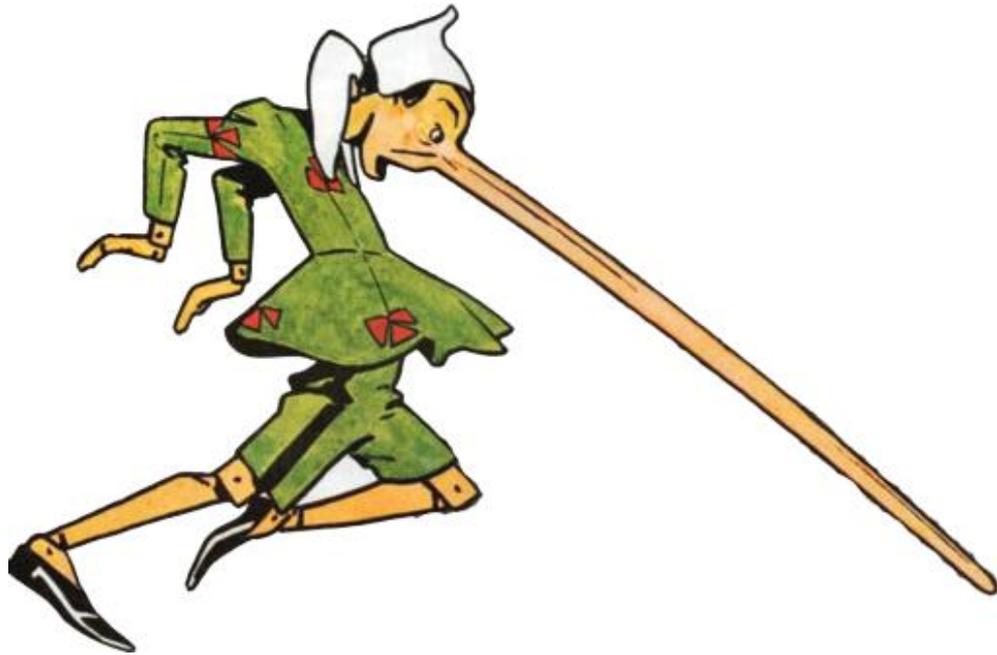
Fonte: Nostra elaborazione



Un intrattenimento malato che sopravvive generando malati?



Il numero dei giocatori di new slot e VLT varia nei vari studi dal 2.2 al 5.6% dei giocatori d'azzardo, ma essi da soli spendono il 51% di quanto viene raccolto con il gioco d'azzardo. Inoltre circa l'80% dei malati d'azzardo seguiti dai Ser.T. giocano proprio alle new slot e alle VLT.



Per il giocatore
che vuole
realmente
curarsi è più
importante non
mentire che
smettere di
giocare.

tab.1 – criteri diagnostici DSM-5 del disturbo da gioco d'azzardo (APA, 2013).

A. Persistente e ricorrente comportamento problematico di gioco d'azzardo che comporta difficoltà o disagio clinicamente significativi, come indicato dal soggetto che, nell'arco di un periodo di 12 mesi, presenta quattro o più tra i seguenti:

1. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata
2. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
3. ha tentato ripetutamente e senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo
4. è 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)
5. spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es., indifeso, colpevole, ansioso, depresso)
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per rifarsi (rincorre le perdite)
7. mente per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
9. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento d'azzardo non è meglio interpretabile come un episodio maniacale.

LIE - BET QUESTIONNAIRE

Cognome: _____
 Nome _____
 Data _____
 Età _____
 Esaminatore _____

Questo questionario richiede informazioni sulla sua esperienza nel gioco d'azzardo.

La prego di rispondere a queste due domande, indicando la sua risposta con una crocetta sul quadratino corrispondente.

1. Ha mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Si è già sentito di dover tenere nascosta l'entità del suo giocare a quelli che le stanno più vicino?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Valutazione

Se ha risposto di **Sì** ad almeno una di queste domande (o magari ad ambedue), lei si trova in una situazione di pericolo rispetto al gioco d'azzardo. Deve quindi far sí di chiarire la sua situazione al più presto.

Pinocchio e noi

Come affrontare le menzogne
del gioco d'azzardo



A cura di
Maurizio Avanzi
Alessandra Bassi
Daniela Capitanucci
Patrizia Mazza
Anna-Maria Sani-Pezzatti
Roberta Smaniotto

And-in-Carta Editore



Che cosa attrae nel gioco d'azzardo?

“L'attrattiva del gioco d'azzardo sta nella possibilità di **vincere denaro**, nell'**incertezza** (e nell'euforia) dopo aver piazzato una scommessa, o dopo aver inserito le monete in una slot machine, e nelle **emozioni positive** sperimentate dopo aver vinto. La possibilità di vincere soldi, però, non può essere la spiegazione principale dell'attrattiva del gioco d'azzardo, perché un **giocatore d'azzardo in generale perde più soldi di quanti ne scommetta**. Processi comportamentali e neurobiologici influenzano e cambiano l'esperienza e i ricordi del gioco d'azzardo, e molti di questi processi svolgono un ruolo chiave (1) nello sviluppo di gioco d'azzardo problematico, (2) nel proseguimento del problema del gioco d'azzardo, e (3) nelle ricadute in problemi di gioco d'azzardo dopo l'interruzione del gioco d'azzardo. **L'attrazione del gioco d'azzardo è correlato al condizionamento operante**, un processo chiave coinvolto nello sviluppo del "comportamento" di gioco d'azzardo. Quando è presente uno **schema di rinforzo a intermittenza variabile**, che è la forma più potente di condizionamento comportamentale, questo esercita forti effetti sul cervello.”

(Dickerson, 1979; Zack & Poulos, 2009b; Fiorillo, Tobler, & Schultz, 2003, Anna Goudriaan, Ruth J. van Holst, Dick J. Veltman, and Wim van den Brink, 2014)



A pathways model of problem and pathological gambling

Alex Blaszczynski¹ & Lia Nower²

Department of Psychology, University of Sydney, Sydney, Australia¹ and Department of Social Work, University of Missouri-St Louis, St Louis, Missouri, USA²

Correspondence to:

Professor Alex Blaszczynski
Department of Psychology
Transient Building F12
University of Sydney, NSW 2006
Australia
Tel: + 61 9351 7612
E-mail: alexb@psych.usyd.edu.au

Submitted 18 June 1999;
initial review completed 2 August 1999;
final version accepted 19 July 2001

Addiction, 97, 487–499

ABSTRACT

At the moment, there is no single conceptual theoretical model of gambling that adequately accounts for the multiple biological, psychological and ecological variables contributing to the development of pathological gambling. Advances in this area are hampered by imprecise definitions of pathological gambling, failure to distinguish between gambling problems and problem gamblers and a tendency to assume that pathological gamblers form one, homogeneous population with similar psychological principles applying equally to all members of the class. The purpose of this paper is to advance a pathways model that integrates the complex array of biological, personality, developmental, cognitive, learning theory and ecological determinants of problem and pathological gambling. It is proposed that three distinct subgroups of gamblers manifesting impaired control over their behaviour can be identified. These groups include (a) behaviourally conditioned problem gamblers, (b) emotionally vulnerable problem gamblers and (c) antisocial, impulsivist problem gamblers. The implications for clinical management are discussed.

A. Blaszczynski, L. Nower
**A pathways model of problem
and pathological gambling
Addiction, 97 (2002)**

Tipo 1

Persone, in cui l'accesso al gioco è stato casuale e/o contestuale, in cui il gioco ha prodotto un comportamento condizionato.

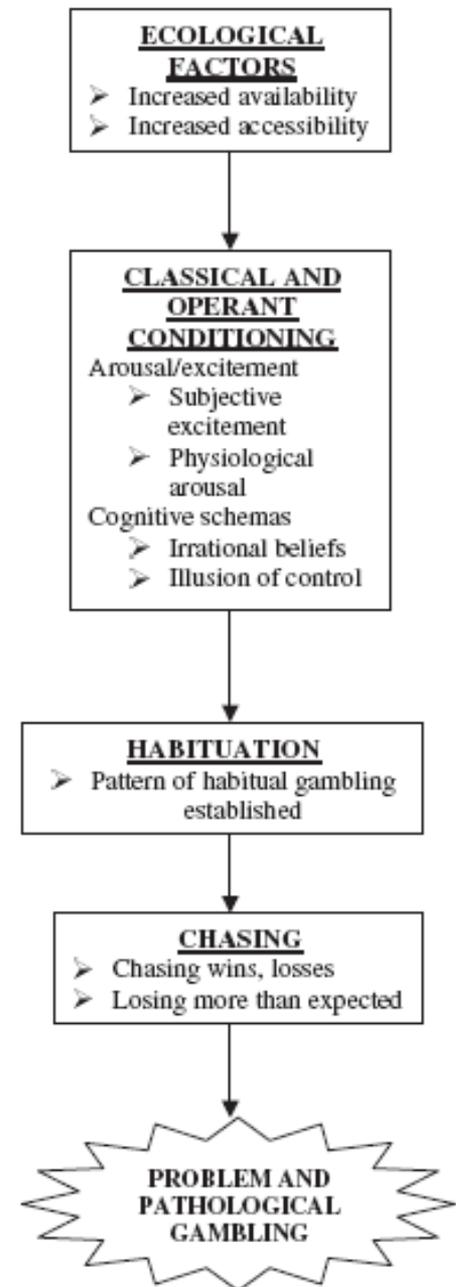


Figure 1 Integrated model of problem gambling, Pathway 1

**PATHWAY 2: EMOTIONALLY
VULNERABLE PROBLEM GAMBLERS**

Tipo 2

Persone in cui l'accesso al gioco può essere stato casuale e/o contestuale, ma per cui il gioco ha la funzione di risposta di fronte a una vulnerabilità biologica o emotiva preesistente.

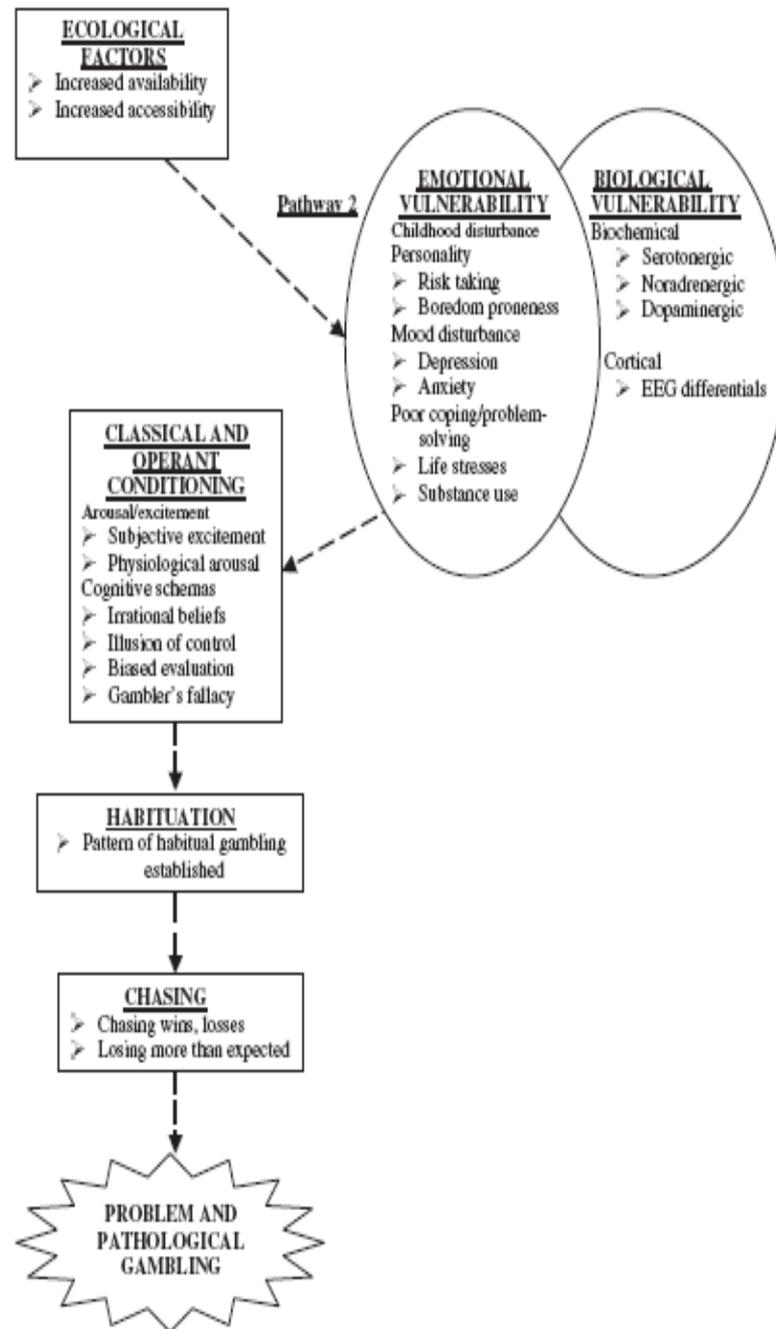
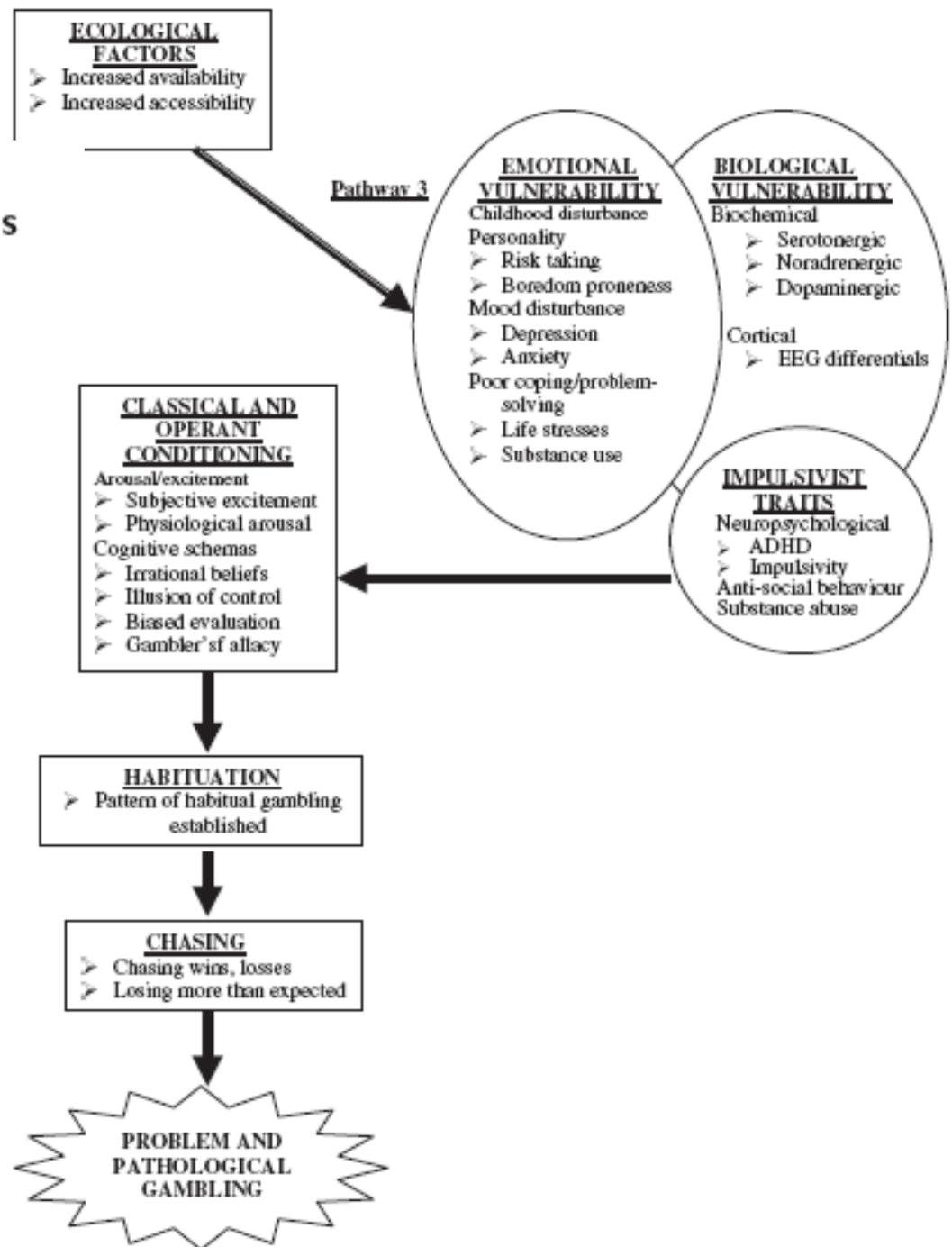


Figure 2 Integrated model of problem gambling, Pathway 2

**PATHWAY 3: 'ANTISOCIAL
IMPULSIVIST' PROBLEM GAMBLERS**



Tipo 3

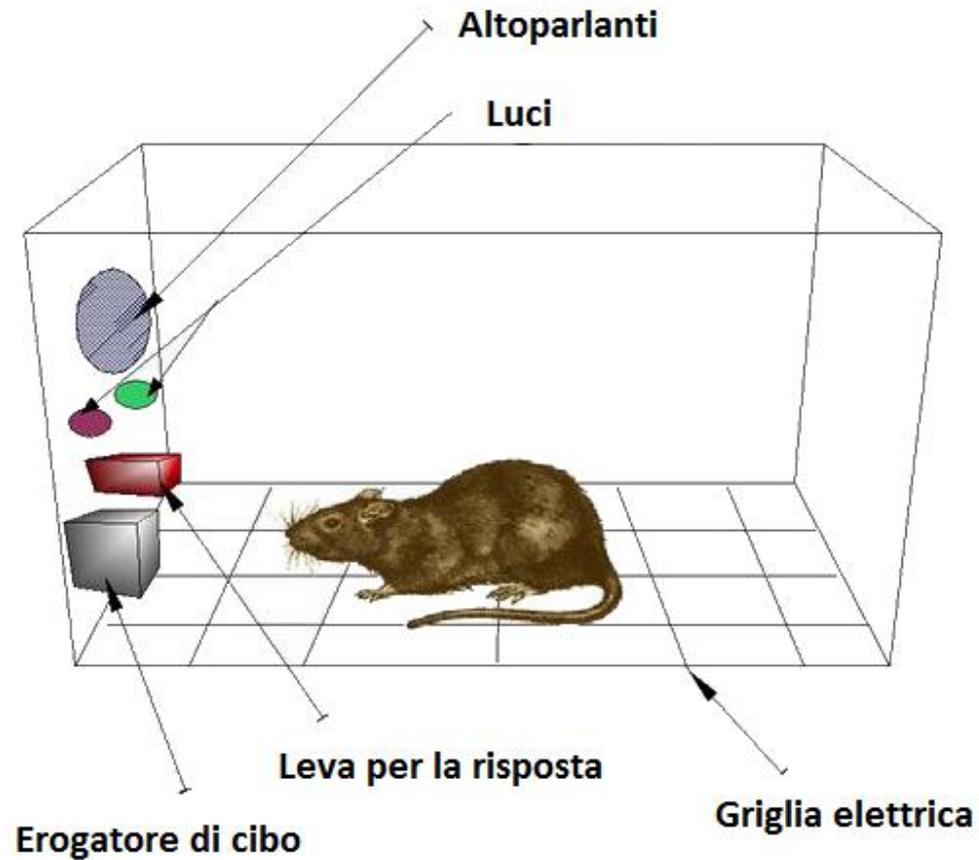
Persone in cui l'accesso al gioco può essere stato casuale e/o contestuale, ma che presenta sia una vulnerabilità biologica o emotiva preesistente sia, e principalmente, un livello clinico di impulsività.

Figure 3 Integrated model of problem gambling, Pathway 3

I pazienti chiedono
frequentemente di capire come
sia stato possibile arrivare a
giocare d'azzardo in questo
modo così pericoloso, visto che
si ritengono persone normali.

Si chiedono: “Cosa c’è di
sbagliato in me?”

Gabbia di Skinner



Il rinforzo intermittente

La **gratificazione**, cioè l'erogazione del premio, **nelle slot e nei gratta e vinci**, è **intermittente** e non prevedibile, casuale non solo nei due casi di intervallo e ratio

cioè rispetto al **tempo e quantità di giocate**

ma anche rispetto all'**entità del premio**

L'imprevedibilità crea uno stato di aspettativa e di tensione che rende questo apprendimento molto difficile da estinguere (probabilmente per il legame con **i picchi della dopamina**, più alti quanto più inattesi)



Il rinforzo positivo nel gioco d'azzardo

I giocatori d'azzardo **imparano ad associare** il loro **comportamento di gioco** al fatto di ottenere un **rinforzo** (denaro). Lo **schema** con cui il giocatore riceve il rinforzo è uno dei fattori principali da cui dipende quanto continuerà a giocare e **lo schema variabile è il più efficace** nell'agganciare e mantenere l'aggancio anche quando perde. Lo schema di **rinforzo variabile aumenta la resistenza all'estinzione**. Le vincite grosse sono poche ma emozionano moltissimo e sono molto importanti.



Il rinforzo negativo nel gioco d'azzardo

Quando **un certo comportamento elimina uno stimolo spiacevole** si ha un rinforzo negativo di quel comportamento: questo può essere molto importante per influenzare il comportamento di gioco. Il gioco d'azzardo “aiuta” infatti a **non annoiarsi, a tirarsi su, a dimenticare problemi e preoccupazioni** (comprese quelle create dal gioco ...)



SCHEMI DI RINFORZO

Gli schemi di rinforzo giocano un ruolo fondamentale nel favorire modelli di gioco d'azzardo problematico, ma **perchè alcune persone possano essere più suscettibili a sviluppare modelli di gioco d'azzardo disturbato** di altre esposte agli stessi schemi di rinforzo rimane una questione non risolta.

(Julia Humphrey and David C. S. Richard, 2014)



Natasha Dow Schüll

Architetture dell'azzardo

Progettare il gioco, costruire la dipendenza



A cura di Marco Dotti e Marcello Esposito

Con quindici anni di ricerca sul campo a Las Vegas, l'antropologa Natasha Dow Schüll mostra come il ritmo elettronico delle slot spinga i giocatori in uno stato di trance che loro chiamano "la zona della macchina". In questa zona le preoccupazioni quotidiane, le pressioni sociali e anche la coscienza della propria dimensione fisica scompaiono. Una volta entrati nella zona, le persone continuano a giocare non per vincere ma per continuare a giocare, il più a lungo possibile. Se l'obiettivo delle persone è perdersi nel gioco, l'obiettivo dell'industria è massimizzare i profitti. Schüll descrive le strategie nascoste negli algoritmi delle macchine, nell'architettura degli spazi e nella gestione dell'ambiente in cui il gioco si svolge. Uno degli snodi cruciali su cui il libro si concentra è quello del "New God", il "dio" che ogni giocatore crede si agiti "dentro" la macchina: il generatore di numeri casuali da cui dipende ogni cosa. L'era del machine gambling ci consegna così schiere di giocatori curvi, solitari, silenziosi, immersi in una zona protetta dalla macchina.

Motivazioni

“Mi occupo di dipendenze patologiche da diversi anni e nel corso del mio lavoro ho avuto modo di ascoltare e condividere storie sofferte, rivelazioni sconcertanti, idee deliranti... Ho imparato tanto e per fortuna sono ancora ignorante. **Ho imparato che chi manifesta una dipendenza patologica non vuole soffrire per forza ma vuole soffrire di meno**, e che la droga per il tossicodipendente come la cioccolata per la bulimica o il videopoker per il giocatore d'azzardo non sono desideri ma bisogni, che a volte travalicano la forza di volontà e la logica del pensiero. Sviluppare nel corso degli anni una dipendenza patologica significa cercare di sopravvivere a una minaccia più grande, che lo stesso **dipendente** avverte senza esserne del tutto consapevole.”

(Federico Tonioni, 2011)

ELMO-GA (Elenco delle motivazioni che ti fanno giocare d'azzardo)

1. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **vincere denaro**, per avere più soldi.
2. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **divertimento**, perché gli piace giocare.
3. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché gli dà brivido, **eccitazione**, comunque sensazioni forti, adrenalina che sale.
4. Ci sono persone che giocano d'azzardo per stare con amici o familiari o per incontrare nuove persone: giocano per **socializzare**.
5. Ci sono persone che giocano d'azzardo come **passatempo**, come anti-noia, per fare qualcosa intanto che aspettano, come diversivo.
6. Ci sono persone che giocano d'azzardo per il piacere di **vincere**, a prescindere dai soldi: vincere per vincere.
7. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **battere gli altri giocatori**, per essere quello che emerge.
8. Ci sono persone che giocano d'azzardo **perché lo fanno gli amici**, per non sentirsi fuori dal gruppo.
9. Ci sono persone che giocano d'azzardo per il piacere del **rischio** e la sensazione d'incertezza che c'è nell'azzardo.
10. Ci sono persone che giocano d'azzardo per metter in pratica le proprie **abilità**, le strategie, i trucchi che hanno imparato guardando giocare e scambiandosi consigli con gli amici.
11. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché è interessante, affascinante: desta la loro **curiosità**.

12. Ci sono persone che giocano d'azzardo **per non pensare** a niente, per prendersi una pausa, per rilassarsi dallo stress, per stare da soli.
13. Ci sono persone che giocano d'azzardo come **sfida**: vogliono battere la macchina, vogliono sfidare il gioco. Vogliono "fregare" la macchina e sanno che non si devono fermare.
14. Ci sono persone che giocano d'azzardo dopo aver **bevuto alcolici** o usato cocaina.
15. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché si sentono fortunati o per metter alla prova la propria **fortuna**.
16. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **recuperare i soldi** che hanno perso al gioco. Per rifarsi. Per risolvere.
17. Ci sono persone che giocano d'azzardo per insoddisfazione. Vorrebbero guadagnare di più, se lo meriterebbero ed il gioco è una sorta di **rivalsa**.
18. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **solitudine**, perché si sentono soli.
19. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **sfogo**: per sfogare la rabbia per qualcosa o contro qualcuno. Oppure giocano per colpa di qualcosa o di qualcuno.
20. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **autolesionismo**: per farsi del male, per buttare i soldi.
21. Ci sono persone che giocano d'azzardo per **abitudine**.

22. **Cosa mi sono dimenticato?**

(Maurizio Avanzi)

Conclusioni

- Il fatto che il Disturbo da gioco d'azzardo sia una addiction dovrebbe tranquillizzare chi ha già esperienza di dipendenze: non si parte da zero.
- Questa considerazione può però essere un'arma a doppio taglio poichè questa addiction ha peculiarità di cui bisogna tenere conto.
- Il giocatore d'azzardo è bravissimo a riconoscere se chi ha di fronte è una persona esperta (che è sul pezzo, preparata e competente) oppure è qualcuno che sarà facile manipolare oppure di cui non fidarsi perchè non potrebbe capire...
- “Dottore, io ho bisogno di soldi, lei non me li può prestare, perchè ci incontriamo?”





GRAZIE!