

Faccia da poker: il gioco d'azzardo (seconda parte)

Giocare

d'azzardo può diventare molto pericoloso. Per sé, per i propri familiari, per la società. Come si diventa «malati di gioco»? Chi è più a rischio? Come si può guarire?

Poker Face, faccia da poker. Il titolo della famosissima canzone di Lady Gaga sintetizza in due sole parole gli aspetti, che caratterizzano un giocatore incallito. Certamente si tratta di un'esagerazione, poiché esteriormente non ci sono elementi per distinguere un giocatore da chi non gioca, tuttavia diversi studi sociologici, psicologici e neurobiologici hanno permesso di individuare nei giocatori compulsivi precise caratteristiche che li distinguono da coloro che non giocano o che giocano senza dipendenza.



Più perdi, più giochi

Per conoscere meglio i comportamenti legati al gioco ed alle altre dipendenze degli italiani, nel biennio 2007-08 è stato condotto a livello nazionale lo studio Ipsad (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*), un'indagine statistica («di prevalenza») effettuata mediante la distribuzione di un questionario per raccogliere

informazioni sui comportamenti di dipendenza (*addiction*) nella popolazione generale, secondo gli standard metodologici definiti dall'«Osservatorio europeo sulle droghe e tossicodipendenze» (Emcdda) di Lisbona. In particolare per quanto riguarda il gioco sono state raccolte informazioni sull'abitudine a giocare denaro, sull'intensità della propensione al gioco, sul «gioco d'azzardo patologico» (Gap, o ludopatia), secondo la scala *Canadian Problem Gambling Index Short Form*. Da questa indagine è emerso che il giocatore *una tantum* è uomo, tra i 25 ed i 44 anni, con un livello di istruzione medio alto, vive da solo o con amici e ha un lavoro affermato (imprenditore dirigente, ecc). Giocano meno le casalinghe, i pensionati e le persone con figli oppure i commercianti e i liberi professionisti. Sostanzialmente è emerso che un livello socio-economico alto è maggiormente associato al gioco d'azzardo. Però sono le persone con un basso livello economico ad essere più frequentemente giocatori problematici. Sono inoltre state riscontrate significative correlazioni tra il gioco d'azzardo ed il consumo di alcol, di fumo e/o di droghe. Inoltre il gioco è spesso associato a varie tipologie di comportamento aggressivo e talora alla pregressa perdita di denaro o di oggetti di valore.

Nello studio è stato chiesto alle persone quanto disapprovino chi gioca e quanto pensino sia rischioso

giocare. Si è visto che nei giocatori è presente una minore percezione del rischio del gioco e una minore disapprovazione.

Un fenomeno diffuso è la «rincorsa della perdita», cioè molti giocatori problematici tornano spesso a giocare per tentare di recuperare il denaro perso.

Per quanto riguarda la diffusione dell'abitudine al gioco a livello nazionale, si gioca di più nel Sud Italia, soprattutto in Molise, Campania e Sicilia, mentre le regioni in cui si gioca meno sono risultate la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige.

Tra i giochi, che vanno per la maggiore, le macchine elettroniche (*slot machines*) rappresentano quasi la metà del comparto dei giochi pubblici e sono seguite, come volume d'affari, dal superenalotto, dalle lotterie istantanee e telematiche, dalle scommesse sportive ed infine dal bingo.

Chi gioca

La partecipazione a diverse tipologie di giochi per un giocatore è risultata essere un forte indizio di gioco d'azzardo patologico già in atto o futuro.

Si è visto inoltre che i giochi che forniscono un *feedback* immediato attraggono maggiormente rispetto agli altri, quindi danno più facilmente dipendenza. Tra questi sicuramente vanno annoverati i videopoker, che presentano due importanti

caratteristiche: in
primo luogo, l'affrettata ripetitività del tentativo
successivo, che non
consente di rielaborare il gioco precedentemente effettuato ed
in secondo
luogo, l'esiguità della singola giocata, che abbassa la soglia
di percezione
del danno derivante dal gioco.

Come già spiegato (*Gratta e perdi*,
MC, maggio 2013), un'analoga indagine, denominata Espad
(*European
School Survey Project on Alcohol and
Other Drugs*: www.espad.org) è stata effettuata sugli studenti
italiani
delle scuole superiori. In questo studio è stato osservato che
i ragazzi con
comportamenti a rischio (uso o abuso di sostanze psicoattive,
legali e non;
rapporti sessuali non protetti, ecc.), quelli che hanno avuto
guai con le forze
dell'ordine o che spendono più di 50 euro la settimana senza
il controllo dei
genitori, hanno maggiori probabilità di diventare giocatori
problematici. Altre
caratteristiche favorenti il vizio del gioco tra i giovani
sono: avere amici o
fratelli, che fanno uso di alcol e/o droghe, andare spesso in
giro con amici,
giocare con frequenza col Pc ed i videogiochi, navigare in
internet, uscire
spesso la sera, stare davanti alla tv più di 4 ore al giorno,
avere perso più
di 3 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo, essere
stati coinvolti in
incidenti, avere avuto gravi problemi nei rapporti con i
genitori o con gli

insegnanti, essere fumatori, avere avuto un rendimento scolastico scadente. Per contro, sono meno a rischio di diventare giocatori i ragazzi con genitori, che sanno con chi escono i figli, quelli che leggono per piacere, che praticano hobbies, che si prendono cura della casa, di persone o animali, che sono soddisfatti del proprio rapporto con i genitori e della propria situazione finanziaria.

Il giocatore patologico

Già nel 1980 il «gioco d'azzardo patologico» è stato inserito dall'Apa (*American Psychiatric Association*) nel «Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali» (Dsm III), come una vera e propria malattia psichiatrica classificata tra i disturbi del controllo degli impulsi. Nel manuale successivo, il Dsm IV, per definire il giocatore patologico vengono proposti i seguenti criteri diagnostici, dei quali almeno 5 devono essere contemporaneamente presenti: 1) il soggetto è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (è impegnato continuamente a rivivere le passate esperienze di gioco, a pianificare le future ed a procurarsi il denaro necessario); 2) deve giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato; 3) ha più volte tentato di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo senza successo; 4) è irrequieto o instabile, quando tenta di ridurre o interrompere il gioco; 5) gioca

d'azzardo per sfuggire i problemi o alleviare un umore disforico (stati d'ansia, di colpa, d'impotenza, di depressione); 6) mente ai propri familiari o al terapeuta, per minimizzare il proprio coinvolgimento nel gioco; 7) ha commesso azioni illegali come furto, frode, falsificazione, appropriazione indebita allo scopo di procurarsi il denaro necessario per giocare; 8) ha messo a repentaglio o perso una relazione importante, il lavoro, la carriera o lo studio per il gioco; 9) fa affidamento sugli altri per alleviare una situazione economica disperata causata dal gioco, senza peraltro essere in grado di restituire le somme ottenute in prestito.

Dentro la malattia

Alcuni studi attribuiscono un ruolo fondamentale all'impulsività del giocatore, sottolineando una correlazione tra il Gap e le disfunzioni del controllo degli impulsi. Secondo altre ricerche il Gap deve essere visto come una vera e propria dipendenza, intesa come un assoggettamento fisico dell'individuo da parte di una sostanza, che agisce e modifica il funzionamento chimico dell'organismo. Dato che in questo caso la sostanza non c'è, ci troviamo di fronte ad una dipendenza senza droga. Secondo il primo gruppo di studi, il comportamento compulsivo presente nel Gap è una malattia con basi neuro-fisio-patologiche che colpisce persone particolarmente

vulnerabili per la presenza di fattori individuali, amplificati e slatentizzati (fatti emergere) da fattori socio-ambientali (si pensi agli stimoli addizionali, che vengono messi all'interno delle sale da gioco e dei casinò: le luci, la musica, gli ambienti eccitanti, l'alcol, le evocazioni sessuali). Tra i fattori individuali vi sono importanti modificazioni dei sistemi cerebrali come la corteccia pre-frontale (responsabile del controllo dei comportamenti volontari), la corteccia orbito-frontale ed il giro cingolato (responsabili con la corteccia pre-frontale del *craving*, vedi Glossario), il nucleo *accumbens* (sistema della gratificazione), il sistema degli oppioidi endogeni (implicato nella regolazione dell'ansia), l'amigdala estesa (importante *drive* dei comportamenti aggressivi e delle sensazioni legate alla paura), il sistema della memoria residente prevalentemente nell'ippocampo, che è adibito alla memorizzazione del *feedback* (l'effetto di un atto o di un comportamento su colui che l'ha compiuto). Inoltre l'ippocampo è responsabile della memorizzazione delle decisioni volontarie, della magnitudo e della durata della gratificazione correlata allo stimolo, della magnitudo e della durata dell'effetto derivante dal gioco sull'ansia, sulla depressione, sulla noia e sull'aggressività. In esso vengono anche memorizzati gli impulsi attivanti il *drive* emozionale; la memoria stessa può da sola

attivare il
drive mediante l'evocazione di ricordi, pensieri e situazioni correlati al
gioco d'azzardo. Infine un'altra struttura molto importante implicata nel
sistema motivazionale è il talamo. Il Gap è anche legato all'importanza che uno
stimolo assume per una persona rispetto al resto. Si è visto infatti che in un
cervello, che ha sviluppato dipendenza, la salienza (importanza attribuita a un
fatto) è estremamente alta rispetto alla norma. In pratica, la persona
dipendente focalizza la sua vita quasi esclusivamente sulla ricerca dello
stimolo, che ritiene particolarmente importante o addirittura essenziale.

Oltre alle caratteristiche neurostrutturali, l'individuo presenta un sistema cognitivo, che si modifica costantemente e si
adatta alle condizioni socio-ambientali, attraverso lo sviluppo di credenze che
sono capaci di orientare fortemente le sue scelte ed il suo comportamento. Tali
credenze, nelle persone affette da Gap, tendono a sconfinare in vere e proprie
distorsioni cognitive, che si sviluppano nel tempo e sono in grado di fissare
il comportamento, nonché di reiterare e rendere permanente la dipendenza.
Queste persone presentano perciò una minore flessibilità mentale (in
particolare nella riformulazione e nell'uso di nuove strategie cognitive) e un
ridotto grado di apprendimento su come operare scelte vantaggiose. La presenza

di una minore flessibilità delle attività cerebrali è stata documentata da studi di elettroencefalografia, che hanno evidenziato alterazioni importanti dell'attività cerebrale, che porterebbero a perseverare nell'attività del gioco d'azzardo, nonostante le conseguenze negative.

Studi di risonanza magnetica funzionale hanno inoltre evidenziato che nei pazienti affetti da Gap, durante l'aspettativa della vincita si manifesta un'accresciuta attività del sistema di ricompensa, mentre dopo la vincita risulta minore, rispetto alla norma, l'attività nelle aree della gratificazione. E durante il gioco c'è una minore attivazione delle aree di controllo. Questo sbilanciamento nei giocatori patologici può fare continuare il gioco d'azzardo.

Le alterazioni neurobiologiche che sono alla base del Gap sono strettamente correlate all'alterazione dei sistemi di produzione e di rilascio di vari neurotrasmettitori: dopamina (alti livelli post-stimolo indicano maggiore effetto gratificante del gioco, rispetto ad altri stimoli), noradrenalina (alti livelli post-stimolo comportano intensificazione dell'eccitazione e della ricerca di sensazioni forti), serotonina (bassi livelli post-stimolo indicano disturbi del controllo degli impulsi da parte della corteccia pre-frontale), oppioidi endogeni, cioè beta-endorfine (bassi livelli post-stimolo comportano

alterazioni della ricompensa, del piacere e della sofferenza). Vari studi sperimentali hanno dimostrato che esiste una base genetica per la disregolazione di questi neurotrasmettitori.

Elementi neurobiologici e colpe dello stato

Sulla base delle prove scientifiche sommariamente ricordate, è evidente che esistono persone più vulnerabili di altre, per le loro caratteristiche neurobiologiche, quindi a maggiore rischio di dipendenza da gioco o da sostanze psicoattive. Tali persone dovrebbero essere particolarmente tutelate dallo stato, che invece è quanto meno corresponsabile della loro ludopatia, avendo deciso di rimpinguare le proprie casse con i proventi del gioco d'azzardo.

Rosanna Novara Topino



Tipi di Gioco

- Slot machine
- Videopoker
- Giochi da casinò (roulette, giochi di carte, ecc.)
- Gratta e vinci, Nevada, Scopri il numero
- Scommesse sportive (su corse ippiche, partite di calcio, golf, biliardo)
- Speculazioni sui titoli di borsa
- Keno
- Lotterie
- Bingo
- **Tombola**

TIPOLOGIE DI
GIOCATORI D'AZZARDO

- Giocatore sociale: che sa governare gli impulsi distruttivi, usa il gioco come attività ricreativa e di socializzazione.
- Giocatore problematico: usa il gioco per sfuggire ai problemi.
- Giocatore patologico: a causa di problemi psichici gioca per distruggere inconsciamente se stesso e gli altri.
- Giocatore patologico impulsivo/dipendente: è mosso da impulsi irrefrenabili nell'attività di gioco.

LE FASI DELLA PATOLOGIA

• Fase vincente:

il gioco è occasionale, con vincite iniziali, che motivano a giocare in modo crescente, spesso grazie alla capacità del gioco di produrre piacere e di alleviare tensioni e stati emotivi negativi.

• Fase perdente:

caratterizzata dal gioco solitario, da più denaro investito nel gioco, dalla nascita di debiti, dalla crescita del pensiero relativo al gioco e del tempo speso a giocare.

• Fase di

disperazione: aumenta ulteriormente il tempo dedicato al gioco e l'isolamento sociale conseguente. I problemi lavorativi, scolastici, familiari ed economici si ingigantiscono e talora sono la causa di tentativi di suicidio.

• Fase critica:

nasce il desiderio di aiuto, la speranza di uscire dal problema e vengono fatti tentativi di risoluzione dei problemi lavorativi e socio-familiari.

- **Fase di**

ricostruzione: si intravedono miglioramenti nella vita familiare, nella capacità di pianificare nuovi obiettivi e nell'autostima.

- **Fase di crescita:**

in cui si sviluppa maggiore introspezione e un nuovo stile di vita lontano dal gioco.

GLOSSARIO

Beta-endorfine

(oppioidi endogeni): sono sostanze chimiche prodotte dal cervello e dotate di una potente attività analgesica ed eccitante. La loro azione è simile a quella della morfina e delle altre sostanze oppiacee. Vengono sintetizzate anche nell'ipofisi, nel surrene e in alcuni tratti dell'apparato digerente e hanno i loro recettori in varie zone del sistema nervoso centrale, soprattutto nelle aree deputate alla percezione dolorifica.

Craving: è un

forte e irresistibile bisogno di assumere una sostanza (o di tenere un certo tipo di comportamento, come nel caso del gioco). È un desiderio compulsivo, che diventa fortissimo e irrefrenabile e, se non soddisfatto, può provocare sofferenza psicologica e fisica, ansia, insonnia, aggressività e altri sintomi depressivi. Può esserci anche in assenza di dipendenza fisica e può comparire anche nel momento in cui la persona rientra in contatto con la

sostanza oppure
torna in un luogo frequentato quando era dipendente.

Dopamina: è un neurotrasmettitore della famiglia delle catecolamine. Viene prodotta in diverse aree del cervello ed è anche un neuro-ormone rilasciato dall'ipotalamo. La sua principale funzione come ormone è l'inibizione del rilascio di prolattina da parte dell'ipofisi anteriore, mentre nel cervello ha un ruolo importante in: comportamento, cognizione, movimento volontario, motivazione, punizione e soddisfazione, sonno, umore, attenzione, memoria di lavoro e di apprendimento. Agisce inoltre sul sistema nervoso simpatico, determinando accelerazione del battito cardiaco e aumento della pressione sanguigna.

Drive emozionale /

amigdala: funzione di controllo delle emozioni (in particolare della paura)
esercitata dall'amigdala, struttura facente parte del sistema limbico e localizzata nella parte anteriore del lobo temporale mediale dei due emisferi cerebrali.

Ippocampo:

struttura cerebrale localizzata nella parte mediale del lobo temporale e facente parte del sistema limbico. Svolge un ruolo importante nella memoria a lungo termine e nell'orientamento spaziale.

Noradrenalina:

detta anche norepinefrina, è un ormone sintetizzato dalla

midollare del
surrene, ma è anche un neurotrasmettitore prodotto dal sistema
nervoso centrale
e simpatico (fibre post-gangliari).

Serotonina: è un
neurotrasmettitore sintetizzato dai neuroni serotoninergici
del sistema nervoso
centrale e delle cellule enterocromaffini dell'apparato
gastrointestinale. È
principalmente coinvolta nella regolazione dell'umore, del
sonno, della
temperatura corporea, della sessualità e dell'appetito. La
serotonina è
coinvolta in numerosi disturbi neuropsichiatrici come
l'emicrania, il disturbo
bipolare, la depressione e l'ansia. Alcune sostanze
stupefacenti come le
amfetamine e l'Mdma in particolare agiscono su questo
neurotrasmettitore,
inibendone l'assorbimento. Ciò comporta un accumulo di
serotonina nel cervello,
dando luogo, per il tempo dell'effetto della sostanza, a uno
stato di
entusiasmo e benessere.

Talamo: è una
struttura situata anteriormente al tronco cerebrale. In esso
si trovano nuclei
di sostanza grigia (neuroni) e fibre nervose connesse a grandi
aree della
corteccia cerebrale, che esso eccita, attivando la funzione
elaborativa dei
contenuti emozionali percepiti dal sistema limbico, con cui è
anche connesso.

ECCO CHI AIUTA

- **Piemonte**

Comunità Terapeutica «Lucignolo & Co.», Via Roma 30, Rivoli (To): Tel. 011 9584849 – Fax: 011 9533056 – asl5.ct.rivoli@sert.piemonte.it.

Asl To3, Dipartimento «Patologia delle dipendenze», Viale Martiri XXX Aprile, 30 Collegno (To); Tel.

011 4017546 – Fax: 011 4017480

- **Toscana**

Sert Arezzo, II Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo c/o , Via Fonte Veneziana 17, Arezzo; Tel. 0575 255943 – Fax: 0575 255942

- **Trentino Alto Adige**

Siipac, «Società italiana intervento patologie compulsive», Via Siemens 29, Bolzano:

Sito: www.siipac.it – E-mail: info@siipac.it

- **Veneto**

Sert di Mestre, Via Calabria 17, Mestre (Ve), Tel. 041 5440526/31

Sert di Castelfranco Veneto, Via Ospedale, 18 c/o Ospedale Castelfranco Veneto (Tv) Tel. 0423 732736

La Bussola, Piazza Niello 1, Legnago (Vr), Tel. 349 5826279

- **Lazio**

Studio Krisis, Roma: www.studiokrisis.it

- **Puglia**

«Associazione Giocatori Anonimi» c/o Parrocchia San Sabino di Bari, Tel. 333 6513285

- **Sardegna**

Sert Cagliari c/o Asl 8 Sardegna, Cagliari, Tel. 070 6096310-6096322

ASSOCIAZIONI

Alea, «Associazione

per lo studio del gioco d'azzardo e del comportamento a rischio».

Associazione Orthos (Siena, Milano, Trieste, Roma).

SITI WEB

- **Sos azzardo:**

www.sosazzardo.it

- **Associazione**

giocatori anonimi: www.giocatorianonimi.org

Rosanna Novara Topino