

Da Pascasius al *Brain Disease*. Per una storia dei paradigmi del *gambling*

Mauro Croce

Abstract: From the first manual on the treatment of gamblers in 1561 to the present day, what has changed? Through the presentation of the main interpretative models that have followed, the contribution aims to offer a critical reflection around evolution of the definition of pathological gambling syndrome until the current definition of the DSM-5 trying to highlight what economic and cultural elements have influenced the different interpretations.

Keywords: Pathological Gambling, Pascasius, Custer, Diagnostic, Statistical Manual

Sommario: 1. 1561: *ALEA. De curanda ludenti in pecuniam cupiditate*. Il primo manuale per il trattamento dei giocatori patologici 27; 2. 1784: La malattia dell'*addiction*: Benjamin Rush 30; 3. L'inconscio. Freud e Bergler 31; 4. Dal Gambler al Gamer: la legalizzazione del gioco 33; 5. La carriera del giocatore 34; 6. 1980. Il *Pathological Gambling* e il DSM 36; 7. La costruzione del Gambling Disorder 38; 8. Esiste una relazione tra offerta di gioco e sviluppo di problematicità? 41; 9. Malattia della società o malattia del cervello? 44; Riferimenti bibliografici 45

1. 1561: *ALEA. De curanda ludenti in pecuniam cupiditate*. Il primo manuale per il trattamento dei giocatori patologici

Che gli uomini sin dall'antichità abbiano conosciuto e praticato il gioco d'azzardo è cosa alquanto nota. Così come noti e documentati sono i vari tentativi introdotti nel corso del tempo per controllare il fenomeno, inibirlo o ridurre i costi sociali. E questo, come ben ricorda Gherardo Ortalli, «tra divieti, concessioni, gestioni in proprio, fra istanze moralistiche, tra preoccupazioni per il bene e l'ordine pubblico, tra controllo esercitato in vista di una ordinata gestione di un ambito equivoco e delicato [...] e infine possibilità di lucrare» (Ortalli 1997, 33). Note sono poi le punizioni e le condanne inflitte ai giocatori così come la posizione della Chiesa prima e dopo il *Non dat deus ludere, sed diabolus*. «Se ne discute nelle opere di teologia così come nella trattatistica economica, tanto nella letteratura penitenziale quanto in quella omiletica; è un argomento che suscita i commenti dei giurisperiti, siano essi esperti di diritto romano o di quello canonico, e trova spazio perfino nei testi di natura filosofica» (Ceccarelli 2003, 11). Meno conosciuta è invece la storia delle cure per i giocatori. Curioso, tuttavia, il tentativo ricordato da Plutarco, di sostituire

Mauro Croce, Università della Valle d'Aosta, Italy, m.croce@univda.it, 0000-0002-3337-8182

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Mauro Croce, *Da Pascasius al Brain Disease. Per una storia dei paradigmi del gambling*, © Author(s), CC BY-SA 4.0, DOI 10.36253/979-12-215-0444-6.05, in Mario Perini (edited by), *Il gioco d'azzardo: una prospettiva multidisciplinare. Atti del convegno tenutosi presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Siena il 1° dicembre 2023*, pp. 27-49, 2024, published by Firenze University Press and USiena PRESS, ISBN 979-12-215-0444-6, DOI 10.36253/979-12-215-0444-6

una pratica di azzardo con una specie di dama (Porcheddu 2016, 38). Anticipazione delle contemporanee strategie di «*harm reduction*» (Vakharia 2024) se non addirittura una disintossicazione graduale o un «trattamento sostitutivo» similmente a quanto avviene ad esempio con l'utilizzo del metadone in sostituzione dell'eroina (Noble and Nicolas 2019). Questo probabilmente sulla base del presupposto che i giochi di alea (ove il risultato è definito dal caso e non dalla abilità del giocatore) sono ritenuti – con buona ragione – a maggior rischio di sviluppare forma di compulsività, a differenza dei giochi di *agon* (ove l'esito è in relazione alla abilità del giocatore).

Dobbiamo però attendere il sedicesimo secolo per trovare il primo manuale organico sui modi per redimere i peccatori o, come diremmo oggi, per 'trattare i pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo'. Si tratta di *ALEA. De curanda ludenti in pecuniam cupiditate*, testo edito in latino da tal Pascasius Justus nel 1561. Le scarse e contraddittorie informazioni che possiamo trovare sull'autore riferiscono di un brillante studente di origine fiamminga nelle università di Roma, Bologna, Padova e Pavia, a sua volta apprezzato medico ricevuto da principi e corti illustri. Sennonché l'attrazione e la passione per il gioco risulteranno per lui fatali ed a nulla gli serviranno preghiere e voti quando supplicherà con insistenza l'assoluto di rimuovergli questa malattia dello spirito. Ecco allora, da studioso quale era, la necessità di comprendere, affrontare e trovare le cure per superare l'impulso a giocare (Valleur et Nadeau 2014). Necessità che lo porterà a scrivere un trattato indirizzato ai suoi colleghi medici ma che, per certi aspetti, può costituire anche una specie di guida per i pazienti stessi anticipando in tal modo i manuali di self-help oggi tanto in voga. Ma come viene diagnosticata da parte di Pascasius la «malattia dell'azzardo» e cosa viene proposto per affrontarla? Alcune osservazioni ed intuizioni appaiono non solo originali ma anche del tutto attuali. L'incapacità di resistere alla attrazione distruttiva verso il gioco viene liberata da significati ed interpretazioni magiche o demoniache ed i giocatori non sono descritti quali viziosi, peccatori o degenerati. Il loro comportamento è invece inteso e descritto come una vera e propria forma di *addiction* con osservazioni del tutto attuali rispetto alla comorbidità, alle similitudini ed alle interazioni con altre forme di *addiction* (Carnes, Murray and Charpentier 2004). «Il confronto con la passione amorosa è sempre presente nel testo. Così come il confronto degli effetti del gioco con gli effetti del vino» (Nadeau et Valleur 2014, 42). Ma di cosa si tratta secondo Pascasius? Si tratta di passioni. Come quella amorosa ben nota e descritta da tempo, le cui drammatiche conseguenze sono state oggetto di testi letterari ed anche trattati medici. E cosa, se non la passione, deborda la ragione e la volontà e rappresenta la tipica frattura delle patologie da *addiction* tra volontà e desiderio: tra ciò che una parte di me mi dice che non devo fare ed un'altra parte non riesce a non fare? Si tratta di un fuoco. Il fuoco tipico dell'ira, l'amore e la speranza, tutti gli altri disturbi dell'anima che infiammano il corpo. Ma come 'raffreddare' questi soggetti? Pascasius ci mette in guardia da facili riduzionismi o futili strategie di controllo del sintomo se non vanno alla radice del problema. «Che nessuno trovi sorprendente che, dopo aver spiegato a lungo che il desiderio ardente di giocare d'azzardo per denaro nasce in uomini

ai quali la natura ha dato un temperamento così caldo che il loro sangue sembra talvolta gonfiarsi come sotto l'effetto del vino, noi dovremmo ora prescrivere un trattamento come se avessimo dimenticato le cause del male, o che dovremmo proporre farmaci da applicare alla mente, come se non sapessimo nulla di medicina!» (Nadeau et Valleur 2014, 151). Si tratta invece di comprendere la ragione profonda. E quale trattamento proporre alla incapacità nel controllare le proprie passioni che oggi noi definiamo attraverso concetti quale impulsività o discontrollo degli impulsi? Come poter curare questi soggetti? Pascasius lo dice con molta chiarezza: attraverso la «parola». «Noi affermiamo quindi chiaramente che questo “raffreddamento” può essere portato agli uomini soprattutto attraverso la parola – la “la parola domatrice dell’anima” come ha ben detto il buon poeta – oppure il giudizio e la riflessione intellettuale» (Nadeau et Valleur 2014, 152). Nonostante il giocatore si senta posseduto da una forza più grande di lui, questa forza non è né satanica né insuperabile e «così come tutti quelli che sono collegati all'errore della credulità, rimangono finché la mente è tenuta nell'errore, e bruciano profondamente tutto il cuore». È necessario che il paziente si confronti, come diremmo ora (Lindberg, Clark and Bowden-Jones 2014), con i suoi pensieri erronei, le sue distorsioni cognitive, modifichi il suo stile di vita e sia consapevole che è sempre vulnerabile alle ricadute. Sempre secondo Pascasius sono numerosi gli esempi di parole che possono agire mettendo fine ad uno stato passionale e quindi ‘raffreddando’ il corpo. Questo effetto è innanzitutto ottenuto grazie all'appello alla ragione, alla riflessione, all'intelligenza. «Si tratta di mettere fine alla illusione del guadagno, alla credenza che si possa controllare l'azzardo». «Perché la speranza di guadagnare per caso, un'idea fissa che viene spazzata via dal dubbio, non si basa su nessun motivo razionale, ma solo su una fiducia giovanile, straripante e chimerica, e nasce da una natura troppo infiammata». In questo senso Pascasius anticipa i trattamenti di tipo cognitivo comportamentale, che attualmente si presentano quale intervento principe nel gioco d'azzardo (Higueruela-Ahijado et al. 2023), dove ad esempio la ‘rottura’ del concetto di «illusione di controllo» e delle distorsioni cognitive costituisce il cardine del cambiamento (Sylvain, Ladouceur and Boisvert 1997). Ed ancora Pascasius «non appena la mente viene istruita nella verità, tutto il disordine dell'errore viene rapidamente rimosso, i disturbi cessano in brevissimo tempo, e molto rapidamente l'intero comportamento del corpo si trasforma. Allo stesso modo, il gioco intrapreso sulla base di una stupida credenza e sostenuto da una speranza credulona non smette di bruciare finché si crede con tutto il cuore e la mente in un destino prospero, e si fanno sciocamente previsioni temerarie». Questo però non è sufficiente per Pascasius. Il giocatore dovrà anche sapere che la realtà stessa del guadagno appartiene alla dimensione della falsa morale in quanto si tratta di accaparrarsi di denaro di altri senza meritarselo. Di peccato *cupiditatis* finalizzato all'arricchimento si tratta: *Factus principalis spe lucri*. Due sono quindi gli assi del trattamento. Il primo, coerente con le nostre attuali terapie cognitive fa leva sulla razionalità, il secondo sulla parte morale. Se il mettere in campo la parola quale principale dispositivo terapeutico può costituire tuttora una dimensione eretica o inefficace, possiamo immaginare quale portata straordinaria e rivoluzionaria

possa avere avuto, in un'epoca in cui la medicina stessa, di cui Pascasius era un pur autorevole rappresentante, aveva ben altri strumenti e pratiche in repertorio, quali ad esempio purghe, somministrazione di sangue, piante medicinali, salassi, lavaggi intestinali, o così come vivi e diffusi erano anche trattamenti basati su credenze popolari o su base religiosa anche di tipo esorcistico trattandosi di soggetti governati dal diabolico, per non parlare poi di punizioni, umiliazioni o privazioni di varia natura. Ma che ne sarà del paziente una volta la passione sia stata distrutta da una grave perdita o da qualche altra causa? Che succede una volta che il delirio è stato represso? Anche in questo caso Pascasius si presenta come uno studioso moderno, conoscitore della clinica ed anche, evidentemente di sé stesso. Non possiamo aspettarci soluzioni magiche e definitive. Pascasius appare consapevole che si potrà domare la nostra *addiction* ma non si potrà sconfiggerla. Sembra infatti che egli non consideri la possibilità di una guarigione definitiva essendo ben consapevole del rischio di ricaduta. Il giocatore infatti dovrà rimanere vigile tutta la vita per rimpiazzare le sue false idee con delle cognizioni più realistiche ed adattive. È lo stesso concetto utilizzato attualmente dai gruppi di auto aiuto basati sul modello dei 12 passi.

2. 1784: La malattia dell'*addiction*: Benjamin Rush

Sarà però con la pubblicazione di *An Inquiry Into the Effect of Ardent Spirits Upon the Human Body and Mind* di Benjamin Rush (1784) nel 1784 che le *addiction* – e nello specifico l'alcol – diventeranno oggetto di uno sguardo illuministico che cercherà di superare concetti quali vizio, peccato o possessione. Di malattia si tratterebbe invece. Anzi, di un'odiosa malattia. «This odious disease by that name it should be called». E chi meglio di Benjamin Rush – considerato il padre della psichiatria nordamericana – poteva incarnare l'alleanza tra la scienza moderna e l'umanesimo democratico in un periodo storico che vedeva la fine di un mondo imprigionato nel pensiero dalla religione e l'affermarsi dell'idea che la libertà di ogni nazione e di ogni individuo possano essere valori universali. Profondo antischiavista, firmatario della dichiarazione di indipendenza ed amico di Benjamin Franklin, Rush sarà mosso da questi ideali. «Affinché le dipendenze potessero divenire malattie era quindi necessario che la libertà divenisse un valore e che ogni individuo fosse una preoccupazione importante. Ma era ovviamente anche necessario, in quanto gli sviluppi della scienza lo richiedevamo, potere considerare il corpo umano in maniera oggettiva» (Valleur 2009, 25). «In un clima culturale che reclamerà una posizione oggettiva e razionale nei confronti del corpo umano, del ricorso ai piaceri, dell'uso di droghe e dei comportamenti che creano voluttà, nascerà quindi la «malattia della dipendenza»» (Croce 2012d, 145). Di questa malattia verranno descritti i sintomi ed anche proposto uno strumento per valutarne la gravità: il termometro dell'intemperanza (Croce 2012a). Una scala di graduazione che da un lato indica il tipo di bevanda e dall'altro le conseguenze derivanti dall'uso. La parte superiore vede la birra, quindi il vino ed a scendere i distillati. Sul lato opposto si trovano invece i sintomi quali allegria, ebbrezza, violenza, il disordine familiare, e quindi la morte.

Il passaggio dalla temperanza all'intemperanza si incontra tra il punch leggero ed il punch forte. Lo strumento non è poi scevro da ingenuità e raccomandazioni paradossali. A coloro che non possono vivere senza stimolanti (i contadini ed in generale chi fa lavori di fatica, le persone costituzionalmente deboli e le donne) si suggerisce di utilizzare fortificanti meno nocivi degli spiriti quali ad esempio il vino (come fanno i contadini francesi), oppure la birra, il the, il caffè ed anche l'oppio. Ci troviamo all'interno di un paradigma che vede tutto il potenziale di rischio e di danno nella sostanza. Una visione che successivamente ispirerà e sosterrà le campagne proibizioniste. Il termometro rappresenta il tentativo della medicina di trovare un metodo scientifico, misurabile, oggettivabile per potere portare il proprio sguardo ed il proprio metodo in un campo altrimenti lasciato alla morale, alla religione, alla Legge. Tuttavia, nonostante gli sforzi nel cercare fattori biologici, oggettivi e misurabili, anche oggi retaggi di natura morale e religiosa rischiano di permanere tra le pieghe degli sguardi clinici, impedendo o limitando la comprensione di alcune patologie altrimenti non reificabili. Una invisibile contaminazione tra scienza, morale e religione che riflette una complessità insita nella pratica medica, dove gli aspetti oggettivi della malattia si intrecciano con le dimensioni soggettive e culturali, mantenendo così viva una dialettica che, pur evolvendosi nel tempo, rischia di continuare a influenzare profondamente anche la medicina contemporanea. Basti pensare come dal concetto di "assuefazione" si è passati al concetto di "dipendenza" per arrivare all'attuale concetto di addiction. Termine derivante dal latino "addictus" che, rimandando alla punizione per debitori insolventi, suggerisce l'idea di colpa o di moralità associata alla dipendenza e di conseguente punizione. Giudizio morale, secondo Egan (1974), che, rispetto ai giocatori d'azzardo, sarebbe presente non solo nella opinione pubblica ma anche tra gli studiosi ed i clinici condizionando inconsapevolmente la relazione con i propri pazienti. Dal termometro della intemperanza di Rush il paradigma medico troverà nel secolo successivo da parte di Gerolamo Caramanna, un medico italiano, una interpretazione del ricorso al gioco d'azzardo su base biologica (De Sanctis Ricciardone, 1994). Estimatore di Lombroso, Caramanna isolerà tre "specie" di giocatori osservando in quelli "per passione" un ricorso al gioco non al fine di divertirsi o nella speranza di un guadagno ma quale risposta ad un istinto. Sarà quindi nel corpo che andrà cercata la ragione della sua dissipazione. Il confronto tra Rush e Caramanna offre una prospettiva interessante: mentre Rush si focalizza sugli effetti delle sostanze come l'alcol, Caramanna si interessa alla predisposizione genetica introducendo l'idea di un "giocatore nato" e spostando l'attenzione dalla sostanza al soggetto. Questa visione anticipa una concezione che oggi potrebbe trovare paralleli nelle neuroscienze, dove si cercano di comprendere le basi biologiche e genetiche del comportamento patologico.

3. L'inconscio. Freud e Bergler

È con Freud che il gioco d'azzardo acquista una nuova dimensione ed attenzione interpretativa nel campo della psicopatologia. E questo grazie al saggio

dedicato a Dostoevskij, un caso straordinario di dialettica tra annientamento personale ed attività creativa, che Freud (1978) pubblicherà nel 1928. Secondo l'interpretazione psicoanalitica lo scrittore si sarebbe identificato proiettivamente con l'omicida del padre, persona violenta ed autoritaria, il quale verrà ucciso quando il giovane Fëdor era adolescente. L'aver disprezzato il padre a tal punto da desiderarne la morte porterà il giovane a sviluppare un tormentoso senso di colpa ed un bisogno inconscio di punizione. Senso di colpa verso l'esterno (sotto forma di impulsività aggressiva e sadismo) e verso sé stesso sotto forma di autopunizione e masochismo). In questa chiave il ricorso al gioco dello scrittore sarebbe pertanto interpretabile come esito di un conflitto intrapsichico ed espressione di una copertura per sensi di colpa di altra origine ben più intollerabili per la coscienza morale del soggetto. Secondo Freud sarebbe anche presente una equivalenza simbolica fra gioco e masturbazione dove «l'irresistibilità della tentazione», i solenni proponimenti mai mantenuti di non farlo mai più, il piacere che stordisce e la cattiva coscienza che ci si sta rovinando si conserverebbero immutati nel «gioco sostitutivo». L'interpretazione psicoanalitica troverà poi in Edmund Bergler un importante sviluppo. Innanzitutto, egli cercherà di indicare elementi utili a diagnosticare chi è un giocatore patologico in considerazione che «not everyone that gambles is a gambler». A differenza del giocatore sporadico definito *Sundaygambler* (giocatore della domenica) si tratta di un soggetto per il quale il gioco preclude ogni altro interesse e che insiste nel continuare a giocare nonostante le evidenti perdite. Questo perché vi è in lui la certezza che prima o poi sarà ricompensato in quanto è come se avesse stipulato «un contratto con il Fato che permette [...] di essere al di sopra di ogni obiezione ed argomento logico» (Bergler 1974, 252-53). Tuttavia, nonostante il ricorso al gioco sia mascherato e giustificato dalla speranza della vincita, il vero progetto sarebbe masochistico. Del resto, giocare con il destino, pretendendo megalomaniacamente di controllarlo, non si può che concretizzare in un fallimento. Ma il giocare è anche rinnegamento del principio della realtà ed in tale rinnegamento il giocatore esprime la propria aggressività nevrotica contro chi lo ha posto di fronte alla realtà. Perdendo semplicemente, paga il fio per questa aggressività. Importante per Bergler è poi il concetto di *thrill* (brivido) ovvero quella «piacevole sensazione di dolore» (*pleasurable painful tension*), di incertezza, che il giocatore cercherebbe e che lo differenzerebbe dal resto delle persone che cercano di evitare le situazioni di tensione. A tal proposito Bergler riporta il caso di un suo paziente il quale, conoscendo in anteprima i risultati di un gioco truccato che gli avrebbe permesso di vincere e guadagnare senza alcun rischio, racconterà al proprio psicoanalista come questo in realtà non lo attragga, non lo interessi, non lo affascini, non lo intrighi. Quale rischio vi è infatti se vi è la garanzia del guadagno? Dove sta il brivido che si vive nel magico momento di attesa tra la puntata e l'esito? Una tensione allo stesso tempo *piacevole* – derivante della megalomania infantile – e *dolorosa* «in relazione con l'attesa della punizione per la colpa commessa». E «l'attesa del verdetto del fato», sempre secondo Bergler, non sarebbe altro che il richiamo, a livello inconscio, del tempo che

intercorre «tra la perpetuazione di un qualche misfatto infantile e l’attesa del relativo castigo» (Bergler 1974, 31). Ma il Bergler merita una riflessione ulteriore per via del suo impegno nel convincere i legislatori e gli uomini di legge del fatto che i giocatori che si trovavano di fronte non erano peccatori, uomini viziosi o criminali ma nevrotici bisognosi di cure. Volendo rivolgersi agli studiosi di diritto, egli infatti nel 1943 (Bergler 1943) pubblicherà in una rivista di criminologia – e non di psichiatria o di psicoanalisi – un articolo dal titolo alquanto esplicito: «Il giocatore. Un nevrotico incompreso» (*The Gambler. A Misunderstood Neurotic*). Non fu però semplice convincere legislatori e giudici del fatto che questi giocatori che avevano compiuto un reato lo avevano fatto a causa di fantasie infantili che li portavano a distruggere la propria vita. E pertanto proporre loro, anziché scontare il loro reato in prigione, di raccontare i loro sogni ad uno psicoanalista. Il gioco d’azzardo era inoltre a quei tempi – con alcune eccezioni quali Las Vegas – una attività illegale. Pertanto, come ricorda Brian Castellani (2000) chiunque si fosse fatto beccare a giocare d’azzardo sarebbe stato considerato un criminale.

4. Dal Gambler al Gamer: la legalizzazione del gioco

A partire dagli anni '60 la legalizzazione del gioco d’azzardo avrà negli Stati Uniti un grande impulso. Il *business* è forte e l’industria del gioco non può farsi sfuggire questa opportunità cercando di dimostrare che l’indotto derivante potrebbe essere un importante sostegno per molte comunità in crisi economica anche grazie a generose donazioni. Sarà però necessario commissionare studi e ricerche il cui assunto di base, come ricorda Goodman (1995) è sempre lo stesso: «Con così tante richieste non soddisfatte (*untapped*) di gioco d’azzardo nel paese, e con così poche disponibilità di gioco i risultati economici dell’espansione del gioco non possono che essere positivi». Del resto, il modello liberale non può accettare che la Legge, la morale, la religione pongano freni alla libertà individuale, al libero mercato, all’imprenditoria. La parola d’ordine è “*business is business*”: il gioco può portare guadagni, investimenti, turismo. I problemi morali, religiosi, medici, legali vanno messi da parte. Grazie poi alla legalizzazione del gioco si potrà sconfiggere la criminalità. Che questo non sia stato dimostrato e vi siano studi ed analisi che dimostrano il contrario, non ha importanza (Croce 2005; Croce e Sbaragli 2022; Croce, Fiasco e Sbaragli 2022; Sciarrone, Esposito e Picarella 2023). L’importante è affermarlo. Ma l’operazione portata avanti dall’industria del gioco non si limita a questo. Ci troviamo davanti ad una azione su più fronti. L’immagine del giocatore dovrà cambiare e ci si dovrà liberare di un pregiudizio di disvalore che lo stigmatizza. Da *gambler* dovrà diventare *gamer*. Non sarà più il debole disperato che porta alla rovina sé stesso e la propria famiglia, bensì un libero consumatore in grado di prendere decisioni su come e dove giocare, su come spendere i soldi onestamente guadagnati e libero di divertirsi e distrarsi a suo piacimento. Las Vegas diventerà così una nuova Disneyland dove andare con la famiglia in vacanza. «Un posto dove milioni di fessi arrivavano ogni anno con le loro monetine e ci lasciavano quasi un

miliardo di dollari», come affermerà Sam «Asso» Rothstein¹, il quale inoltre aggiungerà: «mentre i bambini giocano ai pirati mamma e papà lasciano le rate della casa e i soldi per l'università del piccolo nelle slot machine». Ed infatti vi sarà chi a questo gioco si rovinerà. E proprio a Las Vegas, nel 1957, mutuando metodi e concetti dagli alcolisti anonimi nasce il primo gruppo di giocatori anonimi (Gamblers Anonymous) sul modello degli alcolisti anonimi. I giocatori anonimi svilupperanno alcuni concetti che influenzeranno notevolmente successive interpretazioni. In primo luogo, il concetto di malattia dalla quale non si può guarire (una volta giocatore/semprè giocatore) e l'astinenza quale unico obiettivo e condizione del trattamento. Il giocatore compulsivo sarà infatti sempre a rischio e solo riconoscendo la propria impotenza di fronte al gioco riuscirà a non ricadere nella tentazione di potere dominare il gioco e quindi nella propria distruzione. Come ha osservato Gregory Bateson a proposito degli alcolisti anonimi (Bateson 1977) nel concetto di impotenza di fronte alla sostanza (al gioco in questo caso) risiede la chiave della comprensione di questi gruppi e del trattamento dei 12 passi. Solo infatti accettando il concetto di essere «per sempre malati» sta la possibilità di evitare il ricorso alla sfida (la possibilità di darsi e rispettare dei limiti) e quindi il rischio di ricadere. La perdita del controllo è inoltre il fattore centrale esplicativo e solo frequentando le riunioni del gruppo – spazio privilegiato di socialità, di solidarietà, di aiuto – sarà possibile mantenere la condizione di astinenza e quindi potersi ricostruire una vita.

5. La carriera del giocatore

Invitato da alcuni membri di gamblers anonymous a sviluppare un programma residenziale non solo per tossicomani ed alcolisti ma anche per giocatori d'azzardo, Robert Custer inaugurerà nel 1972 il Brecksville Gambling Treatment Program presso il Veterans' Administration hospital di Brecksville in Ohio. Custer è però noto per avere individuato le fasi di una traiettoria che vede l'evoluzione e la progressione del gioco dal primo incontro sino alla disperazione dove il gioco diventa totalizzante ed irrinunciabile per il soggetto nonostante le gravi conseguenze che questo comporta (Custer and Milt 1985). Si tratta di una evoluzione che, se per taluni soggetti può evolversi in maniera costante e progressiva, per altri può invece presentare una alternanza tra tentativi e momenti di moderazione o di astinenza confinata in maniera transitoria ed episodica (Slutske, Jackson and Sher 2003). Pensare al «giocatore patologico» quale punto di arrivo di una carriera che vede fasi diverse significa attribuire senso, importanza e sviluppo ad un insieme di fattori vuoi individuali, familiari, sociali e contestuali (ad esempio offerta e tipologia di gioco) che possono indurre, o meno, trasformazioni nel soggetto tali da costruire percorsi suscettibili di evolversi in maniera differente e non determinista. Quello di carriera è del resto un concetto utilizzato da altri autori in relazio-

¹ Personaggio ispirato a Frank Lawrence Rosenthal direttore del casinò Stardust di Las Vegas ed interpretato da Robert De Niro nel film di Martin Scorsese *Casinò* (1995).

ne allo sviluppo di *addiction* a partire da Morton Jellinek (1960) nel caso dell'alcolismo al quale si ispirerà direttamente Custer. Si pensi però anche a Becker ed al suo «Becoming a Marihuana User» (Becker 1953) ed in un certo senso anche a Olievenstein (1983) ed al suo concetto di luna di miele nel caso di consumo di sostanze. Il concetto di carriera prevede il superare i limiti che il soggetto si pone e la necessità di avvalersi di tecniche di neutralizzazione (Sykes and Matza 1957) per giustificare il passaggio verso condotte dissonanti ai propri valori ed i confini che ci si era proposti. La comprensione di questi elementi può permettere di comprendere il mondo dei significati, delle tensioni, delle motivazioni che spingono ad andare avanti nel continuare a giocare a dispetto degli impulsi esterni ed interni che altrimenti spingerebbero ad interrompere questa pratica. Si tratta di spiegazioni, interpretazioni, giustificazioni che il soggetto si dà per mantenere la consonanza con ciò che fa di fronte alla consapevolezza del danno che ne consegue. Anche secondo Henry Lesieur (1984) man mano che le azioni compiute diventano sempre più immorali, man mano che i debiti aumentano, le relazioni sociali e familiari subiscono conseguenze e la vita in generale risulta compromessa, subentra la necessità di giustificarsi che passa attraverso pretesti, modificazioni della morale convenzionale, autogiustificazioni, razionalizzazioni. Ma vediamo in dettaglio le fasi descritte da Custer. La prima fase, definita fase vincente (*winning phase*), vede un primo incontro con il gioco che solitamente avviene insieme a parenti o amici. Si possono sperimentare emozioni, complicità, eccitazione. Elementi che possono innescare il desiderio, il pretesto, il bisogno, la giustificazione di ripetere l'esperienza. Ci si regala allora una parentesi dalla quotidianità, si può percepire una sensazione di sfida ed un nutrimento narcisista nello scoprire che si è previsto un risultato. Sono molti i soggetti che riescono a rimanere in questa fase ed il gioco rimane confinato a specifici momenti talvolta rituali, talvolta casuali. Per altri soggetti, invece, l'alternarsi di momenti di vincita, di 'quasi vincita' o di perdita può innescare una insidiosa e spesso sorda escalation che vede un superamento graduale o improvviso dei limiti che ci si era dati a tal punto che il ricorso alla ripetizione dell'esperienza diventa sempre più centrale nella vita e negli interessi della persona, mentre gli altri piani (familiare, relazionale, lavorativo) gradualmente passano in secondo ordine. In questa fase il soggetto ha l'impressione di avere il controllo del gioco e pur conoscendo le conseguenze alle quali può condurre il ricorso al gioco, ritiene di poterne essere immune e di potere gestire il livello di coinvolgimento traendone gli elementi di piacere ed evitandone i rischi. Può però scattare una sorta di sfida al limite ed al controllo ed «il desiderio di andare oltre i limiti» diventare un ulteriore elemento di eccitazione o di giustificazione. Possono cominciare a presentarsi coperture e menzogne a familiari, amici, colleghi e si può iniziare a contrarre debiti difficili da onorare. Siamo nella seconda fase, la fase perdente (*losing phase*), dove la causa delle perdite viene attribuita ad un periodo di scarsa fortuna e si costruisce l'idea magica che prima o poi si sarà ripagati da tanti sacrifici. Difficile staccarsi dal gioco in questa fase, ove si è tentati di scommettere con combinazioni che offrono minori possibilità di vincita, ma che promettono vincite molto alte. La rincorsa alla perdita (*chasing*) diventa sempre più ossessiva e ci si racconta e ci si promette che quando si sarà

recuperato il denaro perso si interromperà il gioco. Pensiero e giustificazione che portano il soggetto a giocare senza freni, a chiedere prestiti e anche a tentare di ricorrere a reati (falsificazione, frode, furto, appropriazione indebita) nel tentativo di recuperare il denaro perso raccontandosi che con la vincita che non mancherà andrà tutto a posto e ne potrà 'uscire da vincitore'. A questa fase segue la fase della disperazione. Il soggetto ha perso il controllo del gioco e può sperimentare un senso di panico, prestarsi ad azioni illegali anche contrarie ai suoi valori. Le bugie non riescono a tenere, la fiducia e la stima da parte degli altri è compromessa ed il soggetto può sperimentare rabbia, aggressività, vittimismo ed incontrare problemi con la giustizia e crisi coniugali. Per la famiglia risulta infatti sempre più penosa la quotidianità. Anche se il giocatore può continuare ad ostentare sicurezza, può sperimentare attacchi di panico ed anche tentativi di condotte autosoppressive. La fase critica dello schema di Custer, che prevede la ricostruzione della vita del paziente, si articola a sua volta in otto tappe a partire dal momento in cui il giocatore patologico arriva a riconoscere il proprio problema, la propria incapacità di uscirne da solo ed a chiedere aiuto. Segue quindi la fase della ricostruzione, che si sviluppa in sei tappe che prevedono il miglioramento dei rapporti familiari, il recupero del rispetto di sé e la progettazione di nuove mete. La fase della crescita costituisce infine il terzo ed ultimo stadio della riabilitazione del giocatore secondo il modello di Custer. Rosenthal (1987) a sua volta ha evidenziato la fase «senza speranza o resa» relativa ai pazienti che non riescono a proseguire e raggiungere il superamento della loro dipendenza da gioco, non si illudono più della speranza di una vincita che possa ripagare i debiti e le sofferenze e si trovano a giocare passivamente per sentirsi vivi o, come dice Rosenthal, «in azione». In conclusione, il modello a fasi proposto da Custer offre importanti elementi sia sul piano descrittivo che su quello clinico e costituisce un arricchimento rispetto a modelli che invece 'sclerotizzano' il giocatore patologico in un quadro spesso senza passato e senza futuro (Croce 2010). Se si può affermare che 'l'arrivo' alla condizione di «disturbo da gioco d'azzardo» vede necessariamente superare le fasi della vincita, della perdita e della disperazione (sebbene diverse nei tempi e nelle intensità), non tutte le persone che sperimentano l'incontro con il gioco e talvolta anche in momenti di forte coinvolgimento necessariamente saranno destinate a divenire giocatori patologici. Pensare infine quella del giocatore patologico 'una carriera' anziché uno 'stato' permette di comprendere gli elementi, i significati ed i bisogni che concorrono nell'evoluzione del quadro da un gioco sporadico ed occasionale ad un gioco patologico e monopolizzante il tempo, gli affetti ed i valori del soggetto. Questa evoluzione è legata a diverse variabili: la persona, il suo micro/macro ambiente, la fase del ciclo di vita, la tipologia dei giochi incontrati. Elementi che possono permettere, favorire, impedire, rimandare il passaggio da una fase all'altra.

6. 1980. Il *Pathological Gambling* e il DSM

Nella terza edizione del DSM del 1980 compare per la prima volta il *Pathological Gambling* non solo come sintomo ma come categoria diagnostica nella sezione relativa ai Disturbi del Controllo degli Impulsi, ove resterà nelle successive

edizioni (DSM IV e DSM IV-TR) sino alla edizione DSM 5 del 2013. Si tratta di un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative. Il *Pathological Gambling* acquista quindi una attenzione ed una dignità autonoma di patologia e questo costituisce un fatto di grande importanza nel nuovo scenario che si presenta in quegli anni e che vede il modello di Bergler andare in crisi. Una crisi che riguarda non tanto i fondamenti clinici del suo approccio, le sue brillanti interpretazioni ed i suoi risultati quanto, piuttosto, la difficoltà di mantenere confini tra le aule dei tribunali ed i divani degli psicoanalisti, tra la professione medica ed il sistema della giustizia, tra i nevrotici ed i criminali, tra i giocatori patologici ed il resto della società (Croce 2001, 67), ma soprattutto tra il diritto di giocare liberamente ed il rischio di promuovere un'attività con ricadute sulla salute delle persone e costi per le comunità. Sarà però necessario dimostrare che vi sono alcuni soggetti che presentano una specifica caratteristica di ordine organico, genetico, neurologico o psicologico, che li distingue dagli altri e che questa sia la causa della loro incapacità nel controllare gli impulsi al gioco. In tal caso l'industria del gioco non potrà essere ritenuta responsabile di problemi che avranno una radice, una causa, una soluzione individuale. Del resto, il modello liberista di consumo/ mercato/ libera impresa e libertà individuale non prevede alternative. Ed i giocatori che non riusciranno a rimanere nelle logiche e negli standard prescritti non saranno più biasimati o condannati ma curati. La chiesa, la morale, la Legge cedono alla scienza, alla medicina, il compito di definire non più ciò che è giusto e ciò che è sbagliato ma ciò che è sano e ciò che è patologico. Una tendenza già registrata da Parsons nel 1964 (Parsons, 1964) nell'osservare come la difficoltà dell'imperativo sociale a realizzarsi tendesse a non essere più letta come devianza ma come malattia. Nel frattempo il mondo è cambiato. Fabbriche e chiese sono sostituite dai centri commerciali, discoteche, parchi dei divertimenti, sale gioco. Non più quindi luoghi della disciplina, della scansione del tempo, della preghiera e della meditazione, ma luoghi del divertimento e del consumo senza limiti. Era quindi necessario produrre dati scientifici, oggettivi, misurabili, basati su evidenze. Riconosciuti e riconoscibili non solo dagli psicoanalisti ma anche dalla classe medica, dalle assicurazioni, dal sistema giudiziario. Questo perché, reso legale il gioco, il sistema giudiziario si trovava a dovere giudicare giocatori che avevano commesso reati la cui causa, secondo alcuni psichiatri, era attribuibile alla loro patologia, una patologia presente nel DSM: sistema di classificazione riconosciuto dalla comunità scientifica. La questione pare non si risolse facilmente visto che nel 1988 Nelson Rose (1988), un professore di legge, pubblicherà un contributo nel *Journal of Gambling Behaviour* ove ricordava come il *gambling* quale malattia (*disease*) fosse in conflitto diretto con la visione dominante della legge che secondo lui vedeva sempre il gioco come un vizio, e osservava che, se dal punto di vista dell'opinione pubblica le persone che eccedono nel gioco sono moralmente deboli e meriterebbero una punizione, l'inclusione del gioco d'azzardo nel DSM avesse creato un inconciliabile contenzioso in quanto la legge americana non permette di punire una persona se agisce non sulla base di una coscienza condotta criminale ma sulla base di problemi di tipo psicopato-

logico. La pubblicazione del gioco d'azzardo patologico nel DSM III nel 1980 fornì comunque a molti colleghi della difesa la possibilità di tentare di dimostrare attraverso perizie che alcuni imputati erano affetti da *Pathological Gambling* «incapaci di resistere all'impulso di giocare» e pertanto non condannabili. Il gioco d'azzardo patologico veniva pertanto riconosciuto anche dalla giustizia. Se le persone giudicate prima dell'80 non potevano avvalersi di tale possibilità, dalla pubblicazione del gioco d'azzardo patologico nel DSM le cose cambiarono (Croce 2001, 68). Ma come mai gli psichiatri americani non avevano incontrato tale problema prima? Non lo avevano considerato di interesse? Non avevano mai incontrato giocatori patologici nella loro clinica? Forse il giocatore patologico veniva visto come conseguenza di altre patologie o forse non era degno di entrare nell'alveo delle patologie riconosciute dal DSM. O meglio dovevano essere chiariti tanti meccanismi eziologici.

7. La costruzione del Gambling Disorder

Certo è che da quel momento la psichiatria si appropria di un nuovo territorio, mette in crisi i poteri che sino ad allora si erano occupati di giocatori (il potere morale, religioso e legale), ed apre il campo (ed i fondi) per le ricerche, per la cura, per i trattamenti. Si profila la possibilità di trattamenti farmacologici ma si devono anche far i conti con i poteri precedenti oltretutto con il nuovo potere: quello economico. Sarà necessario acquisire maggiori fondamenti e prove che il gioco sia realmente un problema medico e separare nettamente i giocatori patologici dagli altri giocatori. Ma come viene stilata la diagnosi di *Pathological Gambling* nel DSM III? Premesso che si tratta di distinguere se tale comportamento è attribuibile ad un episodio maniacale (criterio B) e precisando che problemi di gioco d'azzardo possono manifestarsi in soggetti con disturbo antisociale di personalità, per operare una diagnosi di gioco d'azzardo patologico è necessaria la presenza di almeno cinque elementi tra dieci, ove il soggetto:

1. è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
3. ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo;
4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (ad esempio: sentimenti di impotenza, colpa, ansia o depressione);
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna ad un altro gioco per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);
7. mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;

8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

La focalizzazione nel DSM sulle credenze disfunzionali e l'impulsività quali meccanismi fondamentali implicati nel gioco problematico/patologico devono essere compresi in relazione al contesto economico e sociale nel quale è nata l'entità 'giocatore patologico' ovvero nel quadro di una società ove la libertà del consumatore costituisce il principio organizzatore ed un mezzo per regolare la vita moderna. Per sentirsi libera la persona deve dimostrare di essere capace di esercitare tale libertà in maniera responsabile dominando i propri impulsi irrazionali e dimostrando capacità di autocontrollo (Reith 2007). Tuttavia, tale inserimento del giocatore nella categoria del controllo degli impulsi non potrà che fare sorgere critiche sin dal suo esordio arrivando a metterne in crisi i fondamenti a tal punto che nel 2013 il *Pathological Gambling* (a questo punto definito *Gambling Disorder*) sarà inserito tra le *addiction*: prima ed unica *addiction* comportamentale riconosciuta. Ma non è l'unica novità. Per formulare la diagnosi saranno sufficienti quattro criteri da una lista di 9 e non più 10 (sarà escluso il decimo criterio relativo alla commissione di atti illegali per procacciarsi il denaro con cui giocare). L'attuale versione prevede inoltre siano possibili tre diversi livelli di gravità: lieve 4-5 criteri, media 6-7, grave 8-9. È stato inoltre posto il limite temporale dei 12 mesi nell'ambito del quale i sintomi devono essere rilevabili e viene introdotta una specificazione relativa al decorso, che appare persistente, se i sintomi sono presenti continuativamente per un lungo periodo di tempo; episodico, nel caso siano presenti periodi della durata di diversi mesi con assenza o importante attenuazione di sintomi alternati a periodi di gioco patologico conclamato. È quindi prevista la remissione precoce, nel caso di assenza di sintomi dopo almeno tre mesi, e protratta quando la remissione si può osservare per almeno 12 mesi. Di fatto il giocatore patologico non solo può presentare comorbidità con uso di sostanze ed altre *addiction* ma può essere letto ed interpretato in diverse chiavi interpretative e diagnostiche, vuoi come una dipendenza patologica, disturbo ossessivo-compulsivo, disfunzione di tipo neurobiologico: conflitto intrapsichico, problema di apprendimento cognitivo, risultato di credenze erronee, e così via. Che poi i giocatori siano in verità una categoria alquanto composita è noto da tempo, come anche il fatto che i soggetti patologici diagnosticati alla luce del DSM, pur presentando talvolta gli stessi sintomi, presentino forti differenze, è un dato facilmente dimostrabile. Se già nel 1947 Greenson (1947) indicava tre diverse categorie, Custer e Milt ne indicheranno sei. 1) il giocatore professionista ovvero colui che fa del gioco una professione, privilegia giochi competitivi e riesce a mantenere il controllo; 2) il giocatore antisociale. Tenta di barare, predilige giochi illegali e comunque tende a non rispettare le regole; 3) il giocatore sociale casuale, il

quale usa il gioco come strumento di socializzazione e di svago momentaneo; 4) il giocatore sociale severo, per il quale il gioco è la principale fonte di divertimento ma non interferisce con l'attività lavorativa o con i rapporti familiari; 5) il giocatore nevrotico, per il quale il gioco rappresenta un antidoto alla noia, all'ansia, alla depressione e alla bassa autostima; 6) il giocatore compulsivo: il gioco rappresenta l'elemento centrale della sua vita; ha perso il controllo su di sé; il lavoro, la famiglia e tutti gli altri interessi sono trascurati e tutte le energie e risorse sono assorbite dal gioco: è il giocatore d'azzardo patologico. Ed è proprio questa categoria, quella che comprende i soggetti diagnosticati con disturbo da gioco d'azzardo secondo i criteri del DSM, che appare attualmente maggiormente investigata sebbene dalla letteratura e dalla clinica ne emerga un quadro multiforme, poliedrico, contraddittorio, sostanzialmente, sfuggente, refrattario a qualsiasi opera di semplificazione e soprattutto di dimensionamento in una categoria interpretativa unica. Il modello che riscuote un importante consenso e molte applicazioni diagnostiche e cliniche (Casciani e Primi 2022) è il cosiddetto «Pathways Model of Problem and Pathological Gambling», di Blaszczynski e Nower (2002) che individua tre diversi percorsi patogenetici: 1) il giocatore condizionato, 2) il giocatore con vulnerabilità emotiva, 3) il giocatore impulsivo antisociale. Nel primo gruppo (*behaviourally conditioned problem gamblers*) l'elemento patogeno primario consiste nella presenza di fattori di rischio ambientali e strutturali. Maggiore sarà l'accessibilità, maggiore potrà essere il rischio che il soggetto sia esposto all'esperienza dell'azzardo. Possono quindi entrare in azione diversi fattori promuoventi e rinforzanti il ricorso al gioco, la cui reiterazione può comportare il potenziamento dei pensieri erronei e l'esposizione al condizionamento classico ed operante da parte dei meccanismi di gioco (Delfabbro 2014). Condizionamento e pensieri erronei che possono risultare sufficienti a indurre una dipendenza soprattutto se si innesta il comportamento di *chasing* (Breen and Zuckerman 1999). Questa tipologia di giocatori, ad esclusione di disturbi affettivi reattivi, presenta una sostanziale assenza di comorbidità psichiatrica. La vita relazionale e sociale è abbastanza conservata, almeno fino a quando non compaiono gravi danni conseguenti al gioco, e la personalità risulta sostanzialmente priva di grossolani elementi patologici. Generalmente iniziano a giocare in età adulta, buona la compliance così come la prognosi. I pazienti collocabili nel secondo gruppo (*emotional vulnerable problem gamblers*) oltre al condizionamento e alle distorsioni cognitive, presentano alterazioni della personalità e/o una sofferenza psichica primaria che può assumere una configurazione di franca patologia psichiatrica oppure rimanere sottosoglia. È possibile il soggetto mostri difficoltà adattive a problemi situazionali o legati alle tappe evolutive della vita, ad esempio la perdita del lavoro, il pensionamento, la rottura della coppia, l'autonomizzazione dei figli e la perdita del ruolo familiare, e così via. Alcuni soggetti poi possono presentare evidenti carenze nelle abilità di vita, possono essere evitanti, schivi, con scarsa vita sociale e limitate esperienze affettive. Infine, il terzo gruppo (*antisocial, impulsivist problem gamblers*) spesso è correlabile alla presenza di disturbi psichici, ad una personalità patologica (ad esempio il disturbo antisociale di personalità) e all'abuso di alcol o altre sostan-

ze. Una impulsività come elemento temperamentale, costitutivo della personalità, è evidenziabile in differenti aree vitali del soggetto, con molteplici problemi e difficoltà croniche di adattamento sebbene gli stessi autori riconoscano come diversi pazienti con impulsività non antisociale mostrino buoni livelli di funzionamento generale (Nower and Blaszczynski 2006), mediamente più giovani, che hanno iniziato a giocare d'azzardo in età precoce, anche da minorenni, e quasi esclusivamente maschi.

8. Esiste una relazione tra offerta di gioco e sviluppo di problematicità?

L'analisi della relazione tra offerta di gioco e problematicità costituisce un elemento di straordinaria importanza non solo per la ricerca scientifica ma anche per quanto riguarda la definizione delle politiche pubbliche. Si tratta tuttavia di un tema che rischia di essere affrontato su basi ideologiche, schieramenti, interessi e sensazioni anziché essere fondato su risultati ed evidenze scientifiche. La prima domanda da porsi è se il famoso paradosso di Geoffrey Rose in epidemiologia «A large number exposed to a small risk generate more cases than a small number exposed to a large risk» (Rose 1981) possa essere valido anche in questo caso. Ovvero che la diffusione dell'offerta crei non solo una domanda, ma anche lo sviluppo di problematiche sociali e patologie individuali. Rispondere a tale domanda è quanto mai importante per quanto riguarda l'Italia che, dagli anni '90 del secolo scorso, ha visto una notevole diffusione di gioco vuoi come disponibilità di accesso, vuoi come differenziazione delle tipologie. Un cambiamento sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo (Croce 2012b). Ad esempio, la dimensione sociale (e socializzante) del gioco sembra essere sostituita da una dimensione solitaria con ritmi velocissimi, che spesso non permettono una sospensione. Se poi anni fa il gioco 'doveva essere raggiunto' ora lo si ritrova in molti luoghi, ad esempio, al bar o in *internet* (Croce 2023). In altre parole, se l'azione di giocare era una azione che richiedeva una decisione consapevole e premeditata, non raramente ora è il gioco stesso che si «presenta e ti si offre» nei luoghi e nelle situazioni varie. Si tratta di un gioco che sempre meno presenta elementi di complessità, di strategia, di abilità, di ritualità collettiva. Molti sono giochi semplici e globalizzati, ripetitivi e spesso offrono una riscossione immediata: elemento questo che si inserisce ed amplifica un processo di coazione a ripetere di tipo qualitativo. «È un tipo di sprofondamento asociale che ricorda, soprattutto nelle sale o nei bar in cui diversi giocatori sono allineati davanti alle macchine, un lavoro ripetitivo di immissione di dati» (Dal Lago e Quadrelli 2003, 126-27). Ma per potere rispondere alla domanda relativa alla relazione tra offerta/problematicità, quali i dati emersi e quali indicazioni emergono dagli studi che sono stati realizzati? Numerosi sono questi studi a tal punto che non potrà che risultare parziale e limitata la nostra sintesi. Diverse poi sono le variabili analizzate, i disegni di ricerca, gli ambiti oggetto di studio, così come i tempi di osservazione per cui le non rare rapide mutazioni dello scenario micro/macro sociale risultano difficili da comprendere ed analizzare. Inoltre, molti studi non sono basati su ipotesi precise, pochi presentano un disegno lon-

gitudinale, le disponibilità dei giochi a volte risultano difficilmente misurabili, i periodi di follow-up insufficienti, ed altre questioni metodologiche. Detto questo, se la premessa che «more research is needed» si rivela quanto mai indicata, cionondimeno alcuni punti di riferimento, e di riflessione, sembrano importanti. Un lavoro di revisione sistematica degli studi disponibili in lingua inglese – nonostante limiti di diversa impostazione degli studi analizzati – offre comunque una buona sintesi e dati sulla questione (Zoglauer et al. 2021). Ciò premesso, lo studio ha esaminato quattro ipotesi di correlazione. 1. Quella della indipendenza: ovvero l'ipotesi che non esista una relazione causale, per cui di fronte all'aumento dell'offerta di gioco d'azzardo non ne consegue automaticamente un aumento della prevalenza di Gambling Disorder (GD). 2. Ipotesi di accesso: secondo la quale esiste una relazione lineare positiva, e possiamo aspettarci sia un aumento di prevalenza di GD proporzionalmente alla disponibilità di gioco, sia una contrazione in relazione alla diminuzione della disponibilità. 3. Ipotesi di sazietà: la prevalenza di GD aumenterebbe proporzionalmente in relazione alla disponibilità, tuttavia, al di sopra di un certo limite essa rimarrebbe costante e non seguirebbe più linearmente l'aumento della disponibilità. 4. Ipotesi di adattamento: se la disponibilità aumenta nel tempo, la prevalenza di GD aumenta inizialmente linearmente per poi rimanere stabile o diminuire nel tempo. Nessuno degli studi analizzati ha dimostrato l'ipotesi della indipendenza mentre un'alta percentuale di evidenze (ponderate per qualità) ha mostrato una relazione positiva (ipotesi di accesso). Suggestiva è poi l'ipotesi dell'adattamento, la quale, al contrario dell'ipotesi della sazietà che è stata esclusa, necessiterebbe di ulteriori studi. Alcune ricerche suggeriscono un generale apprendimento sociale, un aumento della consapevolezza delle conseguenze negative, lo sviluppo di strategie di prevenzione e di intervento, e la riduzione degli effetti della novità, quali fattori che potrebbero orientare verso un «adattamento della popolazione» (LaPlante and Shaffer 2007). Tuttavia «diversi fattori confondenti, oltre a problemi di misurazione potrebbero rendere l'adattamento un'interpretazione spuria delle osservazioni statistiche». «Bisognerebbe tenere sotto controllo i cambiamenti simultanei nella composizione della popolazione (per età, immigrazione, livello di istruzione) e la disponibilità relativa dei diversi tipi di gioco» (Sulkunen et al. 2021, 115). Inoltre, «l'incidenza dei nuovi casi di gioco d'azzardo problematico potrebbe addirittura diminuire a causa delle persone più a rischio che hanno smesso di giocare, in quanto hanno subito le conseguenze peggiori, dalla bancarotta al suicidio» (Sulkunen et al. 2021, 115). Ad ogni buon conto, per giungere a risultati più solidi, sarebbe necessario parametrare in parallelo le variazioni relative alla composizione della popolazione e i cambiamenti della tipologia dell'offerta di gioco. Per quanto riguarda invece il tema della prossimità e della densità, tema quanto mai 'caldo' in Italia per via delle norme sui distanziometri, le ricerche sostanzialmente evidenziano come soggetti residenti in prossimità ad offerte di gioco presentassero maggiori probabilità di essere giocatori d'azzardo problematici e manifestassero problemi di gioco più seri (Adams et al. 2007; Ministry of Health 2008; Rush, Veldhuizen and Adlaf 2007). Una review della letteratura che ha incluso 39 studi (Vasiliadis et al. 2013)

ha inoltre riscontrato la correlazione tra disponibilità fisica di *electronic gaming machines* (EGMs) e comportamenti di gioco, problematiche correlate al gioco e *gambling-related treatment seeking*. Per quanto importanti questi studi, è da osservare come le variabili densità e prossimità non siano sufficienti nel descrivere il fenomeno e queste vadano correlate con altri indicatori quali ad esempio il diverso effetto in zone deprivate e con alti tassi di problematicità (disoccupazione, sovraffollamento, criminalità, povertà, ecc.) rispetto a zone con altre caratteristiche socio-demografiche. Un altro punto importante riguarda la diversa additività dei giochi. In questa prospettiva, similmente a quanto avviene con le dipendenze da sostanze, si deve considerare come i giochi possano presentare un diverso grado di 'additività' ovvero una diversa potenzialità nel favorire l'insorgere o meno di fenomeni di *addiction*. Il grado di rischiosità di un gioco va quindi desunto da un insieme di variabili all'interno di tre grossi campi. Quello dell'attrattività (*attractiveness*) che un gioco può presentare sia in senso generale sia in senso relativo. Un gioco può essere differentemente attraente per un anziano o per un adolescente, per una donna o per un uomo, per una persona singola o un gruppo. Un secondo elemento è relativo alla accessibilità di un gioco (*accessibility*). Un ultimo punto (*addictivity*) riguarda le caratteristiche strutturali di come è costruito un gioco e quanto queste possono o meno favorire lo sviluppo di una dipendenza (Croce 2012c). Se diverse sono le variabili da osservare (Parke and Griffiths 2004, 2006; Spenny, Barrett and Griffiths 2010; Griffiths and McCormack 2013; Leino et al. 2015), importante sarebbe soprattutto riuscire a pervenire ad uno strumento scientifico utile alle amministrazioni pubbliche, ai consumatori, ai legislatori e alla stessa industria del gioco in modo da individuare preventivamente il potenziale di rischio dei diversi giochi, e quindi valutarne l'immissione nel mercato. Tra i vari modelli utilizzati nel valutare la additività va citato il progetto sviluppato da Meyer et al. (2011). Tale modello, in primo luogo, ha previsto una intervista a 26 esperti la cui analisi dei risultati ha portato alla selezione di caratteristiche e valori di scala. Successivamente sono stati raccolti dati standardizzati di giocatori d'azzardo non problematici, problematici e patologici. Sono quindi state identificate dieci caratteristiche con pesi diversi e valori di scala differenziati per valutare il potenziale di rischio, dopo avere verificato l'affidabilità dello strumento con una convalida psicometrica. Un precedente studio dello stesso gruppo aveva analizzato 64 caratteristiche di gioco, ritracciabili nella letteratura scientifica, isolandone 16 ed avvalendosi quindi delle osservazioni di oltre 300 giocatori (sociali, problematici e patologici). Successivamente il gruppo di ricerca ha provato ad attribuire a ciascuna delle 16 caratteristiche il grado di incidenza sul comportamento di gioco. Sono quindi state selezionate una decina di determinanti, a ciascuna delle quali sono stati attribuiti dei punteggi in base al 'peso' attribuito a ciascuna di esse, sia dai ricercatori che dai giocatori intervistati. Il progetto ha portato alla definizione di 5 classi di 'pericolosità' di un gioco (Croce e Lucchini 2013). Di particolare interesse è poi il modello ASTERIG (*Assessment Tool to Measure and Evaluate the Risk Potential of Gambling Products*), frutto del gruppo di lavoro internazionale di (Blanco et al. 2013). Lo strumento si avvale di

punteggi numerici in grado di misurare il potenziale di rischio additivo di ogni specifico gioco, considerando e ponderando dieci parametri intercorrelati, ed è in grado di evidenziare quali specificità possono presentare un rischio potenziale. I dieci fattori sono: 1. La frequenza delle vincite. Noto è come un rinforzo positivo intermittente possa contribuire a formare una abitudine; pertanto, giochi che presentano un'alta percentuale di vincite intermittenti (anche di importo pari alla posta) costituiscono un elemento di forte importanza nel costruire una *addiction*; 2. Quasi vincite. Quanto più si verificano le 'quasi vincite' tanto più un gioco tende ad essere additivo; 3. Frequenza delle giocate. Poiché, meno tempo intercorre tra una giocata e la successiva tanto più il gioco può essere a rischio di sviluppo di problematicità, concetto ben sintetizzato da Harris e Griffiths (2018); 4. Disponibilità dei giochi: prossimità e densità; 5. La possibilità di effettuare giocate multiple e contemporanee; 6 Continuità di gioco, ovvero, gioco che non prevede interruzioni; 7. Tempo di riscossione. Particolare che incide psicologicamente in maniera notevole con lo sviluppo di compulsività. A causa della gratificazione immediata e del rinforzo indiretto a ritentare che fanno sottostimare l'entità delle perdite nel frattempo avvenute; 8. Libertà di puntata; 9. Jackpot cumulativo; 10. Effetti sonori e luminosi. Effetti della riduzione dell'offerta.

9. Malattia della società o malattia del cervello?

Ian Hacking (2000) ha introdotto il concetto di malattie mentali 'transitorie' intendendo riferirsi con il concetto di transitorietà non a fenomeni effimeri, superficiali, privi di conseguenze, sofferenze e costi, quanto il fatto che la loro nascita, la loro diffusione ed il loro declino avvengono in specifici contesti e momenti storici. Il gioco d'azzardo nelle sue derive patologiche costituisce un esempio paradigmatico. Tuttavia, se le sue correlazioni con l'offerta di gioco, con la caduta dei legami sociali, le diseguaglianze sociali, il senso di insicurezza e la ricerca di soluzioni individuali sono evidenti, il modello prevalente di ricerca appare sempre più centrato su caratteristiche individuali e possibilmente sugli aspetti neurobiologici. E questo non è un fenomeno nuovo. Tuttavia il modello prevalente di ricerca appare sempre più centrato sulle caratteristiche individuali e possibilmente sugli aspetti neurobiologici. Basti osservare come, dall'analisi di 13 anni di pubblicazioni del *Journal of Gambling Studies* (Suissa 1997) la maggior parte degli articoli pubblicati fosse centrata su un postulato causale di ordine organico, genetico, neurologico, psicologico e/o biologico (Croce 2011). In un articolo pubblicato da *Economy and Society*, Scott Vrecko (2008) osserva poi come l'industria del gioco d'azzardo abbia iniziato a fornire ingenti finanziamenti a scienziati e clinici con l'intenzione di evidenziare particolari tipi di ricerca che hanno maggiori probabilità di produrre risultati che possono essere mobilitati per sostenere particolari tipi di approcci. È quindi evidente come la ricerca, l'interpretazione, lo stanziamento di fondi, la rappresentazione sociale del *gambler*, il tipo di risposta sociale al fenomeno e terapeutica agli individui, tenda a mettere in secondo piano la relazione tra offerta di gioco e problematicità.

Il riferimento prevalente sembra infatti essere quello del *Brain Disease Model of Addiction* (Leshner 1997), un modello *evidence-based* di spiegazione della dipendenza come vera e propria malattia del cervello. Eppure, la relazione tra modello sociale e patologie individuali non costituisce una novità (Aubert 2006). Come spiegare ad esempio il fatto che nel secolo scorso si sia passati, come osserva Gagnepain (1990), da patologie dell'inibizione e del controllo (isteria, nevrosi) a patologie dell'eccesso e dell'agire quali ad esempio le *addiction*? Quale relazione esiste allora tra modello sociale, offerta di gioco e sviluppo di patologie individuali? Nel 2010 Harold Kalant (2010), professore emerito di Farmacologia e Tossicologia della Università di Toronto, pubblica su *Addiction* un contributo dal titolo quanto mai indicativo: *Cosa la neurobiologia non può dirci a proposito delle addiction* osservando come, se è enorme il contributo degli studi di neurobiologia molecolare, nello specifico delle *addiction* questo contributo risulti piuttosto limitato, e sia importante concepire, nello studio delle *addiction*, approcci integrativi appropriati, anziché perseguirne uno riduttivo che porta inevitabilmente lontano dalla complessa interazione tra droghe, uso, ambiente e specifiche situazioni che caratterizzano il problema negli esseri umani. Anche perché, sempre secondo Kalant, esistono copiose prove (*abundant evidence*) del ruolo giocato nell'iniziazione alla *addiction* dei fattori psicologici, economici, sociali e situazionali: questo è quanto mai vero soprattutto nel caso del gambling.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition, DSM-5. Washington, DC, London: American Psychiatric Publishing.
- Aubert, Nicole. 2006. "L'individu hypermoderne et ses pathologies." *L'information psychiatrique* 7, 82: 605-10. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8207.0605>
- Bateson, Gregory. 1977. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Becker, Howard. 1953. "Becoming a Marihuana User." *American Journal of Sociology* 59, 3: 235-42. <https://doi.org/10.1086/221326>
- Bellio, Graziano, e Mauro Croce, a cura di. 2014. *Manuale sul gioco d'azzardo patologico. Diagnosi, Valutazione e Trattamenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Bergler, Edmund. 1943. "The Gambler. A Misunderstood Neurotic." *Journal of Criminal Psychopathology* 4, 3: 379-93.
- Bergler, Edmund. 1974. *Psicologia del giocatore*. Roma: Newton-Compton.
- Blanco, Carlos, et al. 2013. "Assessment Tool to Measure and Evaluate the Risk Potential of Gambling Products, ASTERIG: A Global Validation." *Gaming Law Review and Economics* 17, 9: 635-42. <https://doi.org/10.1089/gle.2013.1797>
- Blaszczynski, Alex, and Lia Nower. 2002. "A pathways model of problem and pathological gambling." *Addiction* 97, 5: 487-99. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Breen, Robert, and Marvin Zuckerman. 1999. "'Chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants." *Personality and Individual Differences* 27, 6: 1097-11. <https://doi.org/10.1016/B978-008044209-9/S0005-1>
- Carnes, Patrick, Murray Robert, and Louis Charpentier. 2004. "Addiction Interaction Disorder." In *Handbook of addictive disorder. A practical guide to diagnosis and treatment*, edited by Robert H. Coombs. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- <<https://www.wiley.com/en-ie/Handbook+of+Addictive+Disorders:+A+Practical+Guide+to+Diagnosis+and+Treatment-p-9780471235026>>.
- Casciani, Onofrio, e Caterina Primi. 2022. *Gambling Pathway Questionnaire (GPQ)*. Cuneo: Publiedit.
- Castellani, Brian. 2000. *Pathological Gambling. The Making of a Medical Problem*. New York: State University of New York Press. <<https://sunypress.edu/Books/P/Pathological-Gambling>>.
- Ceccarelli, Giovanni. 2003. *Il gioco e il peccato. Economia e rischio nel tardo Medioevo. Le origini dell'economia applicata al caso tra morale e dottrina giuridica*. Bologna: il Mulino.
- Conrad, Peter, and Joseph Schneider. 1980. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Maryland Heights: The C. V. Moshby Company.
- Croce, Mauro. 2001. "Vizio, malattia o business? Storia dei paradigmi sul gioco d'azzardo." In *Il gioco & l'azzardo*, a cura di Mauro Croce, e Riccardo Zerbetto, 55-75. Milano: FrancoAngeli.
- Croce, Mauro. 2005. "Psicologia del giocatore d'azzardo patologico e rischi di criminalità." *Rivista della Scuola Superiore dell'Economia e delle Finanze* 10: 130-44. <<http://dipendenze.welfare.fvg.it/wp-content/uploads/2017/07/M.Croce-Psicologia-del-giocatore-dazzardo.pdf>>.
- Croce, Mauro. 2010. "Consumismo e gioco d'azzardo. Dalla patologia della normalità alla normalità patologica. Riflessioni verso un modello processuale." In *Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*, a cura di Francesca Picone, 39-48. Roma: Carocci. <<https://www.carocci.it/prodotto/il-gioco-dazzardo-patologico>>.
- Croce, Mauro. 2011. "Il gioco d'azzardo patologico: una malattia mentale transitoria?". *Itaca*, Gennaio-Aprile, Anno XIV, nr 33: 14-22.
- Croce, Mauro. 2012a. "Malattia da gioco d'azzardo? Osservazioni intorno alla costruzione del 'Pathological Gambler' da parte della medicina." In *Gioco e società*, a cura di Ornella De Rosa, e Donato Verrastro, 143-59. Bologna: il Mulino. <<https://invitoallalettura.com/libri/14259-gioco-e-societa.html#>>.
- Croce, Mauro. 2012b. "Le cas de l'Italie comme paradigme de la globalisation du jeu d'hasard de masse." In *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter. Un défi societal*, édité par Jean-Luc Venisse, et Marie Grall-Bronnec, 72-83. Issy-les-Moulineau: Elsevier Masson. <https://ia804508.us.archive.org/34/items/sante-publique/Prevenir%20et%20Traiter%20les%20Addictions%20Sans%20Drogue%20_%20un%20Défi%20Social.pdf>.
- Croce, Mauro. 2012c. "La tripla A dei giochi. Attractiveness, Accessibility, Addictivity. Il diverso potenziale di rischio nei giochi: quali elementi, quali riflessioni, quali politiche." *Personalità Dipendenze* 18, 45. <<http://dipendenze.welfare.fvg.it/wp-content/uploads/2017/07/La-tripla-A-dei-giochi.pdf>> (1-2 2012).
- Croce, Mauro 2012d. "Malattia da gioco d'azzardo? Osservazioni intorno alla costruzione del 'Pathological Gambler' da parte della medicina", in *Gioco e società*, a cura di De Rosa O., e D. Verrastro, 143-159. Bologna: il Mulino.
- Croce, Mauro. 2023. "Quando anche il gioco d'azzardo è online." In *Dipendenze e Disturbi da Tecnologie Digitali*, a cura di Mauro Croce, e Pier Giovanni Mazzoli, 272-88. Cuneo: Publiedit. <<https://publieditweb.it/book/dipendenze-e-disturbi-da-tecnologie-digitali/bb1b32eb-6f35-49bc-92da-222eec15f5e6/16631d4d-9564-4cca-ae0b-9a41282e1ace/>>.
- Croce, Mauro, Bianchetti Raffaele, e Fulvia Prever. 2022. "Criminology and Gambling: qualitative investigation into neutralisation techniques." *Journal of Behavioral Addictions* 11, 1: 154.

- Croce, Mauro, e Fabio Lucchini. 2013. "Elementi strutturali e situazionali dei giochi d'azzardo e loro diversa addittività." In *Il gioco d'azzardo tra normativa e cura*, a cura di Alfio Lucchini, e Annalisa Pistuddi, 85-93. Milano: CE.R.CO Edizioni.
- Croce, Mauro, e Sara Sbaragli. 2020. "Quando il giocatore diventa autore di reato: note su criminologia e gambling." In *Gioco d'azzardo e giocatori. Tra rete territoriale e sviluppo scientifico*, a cura di Massimo Corti, e Emiliano Monzani, 170-79. Milano: FrancoAngeli. <https://www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?Id=26751>.
- Croce, Mauro, Fiasco Maurizio, e Sara Sbaragli. 2022. "Criminogenesi, vittimizzazione familiare e criminalità organizzata nel gioco d'azzardo." *Sicurezza e Scienze Sociali* 1: 73-90. <<http://digital.casalini.it/10.3280/SISS2022-001007>>.
- Custer, Robert, and Harry Milt. 1985. *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and Their Families*. Oxford: Facts on File Publications.
- Dal Lago, Alessandro, e Emilio Quadrelli. 2003. *La città e le ombre. Crimini, criminali e cittadini*. Milano: Feltrinelli.
- De Sanctis Ricciardone, Paola. 1994. *Antropologia e gioco*. Napoli: Liguori.
- Delfabbro, Paul. 2014. "Behavioral Risk Factors in Disordered Gambling and Treatment Implications." In *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*, edited by D.C.S. Richard, Alex Blaszczynski, and Lia Nower. Chichester, UK: John Wiley & Sons. <<https://www.istitutobeck.com/biblioteca/the-wiley-blackwell-handbook-of-disordered-gambling>>.
- Egan, Gerard. 1975. *The skilled helper*. Monterey: Brooks Cole.
- Freud, Sigmund. 1978 (1928). *Dostoevskij e il parricidio*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gagnepain, Jean. 1990. "Corps à corps." In *Violence, délinquance, psychopatie*, édité par Loïc-Marie Villerbu. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Goodman, Robert. 1995. *The luck business: the devastating consequences and broken promises of America's gambling explosion*. New York: Free Press.
- Greenson, Ralph. 1947. "On gambling." *American Imago* 4: 61. <<https://pep-web.org/search/document/AIM.004B.0061A>>.
- Griffiths, Mark, and Abby McCormack. 2013. "A Scoping Study of the Structural and Situational Characteristics of Internet Gambling." *International Journal of Cyber Behavior* 3, 1: 29-49. <https://doi.org/10.4018/ijcbpl.2013010104>
- Hacking, Ian. 2002. *Les Fous voyageurs*. Parigi: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Harris, Andrew, and Mark Griffiths. 2018. "The Impact of Speed of Play in Gambling on Psychological and Behavioural Factors: A Critical Review." *Journal of Gambling Studies* 34: 393-412. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9701-7>
- Higueruela-Ahijado, Marina, et al. 2023. "Efficacy of cognitive-behavioral therapy in improving the quality of life of people with compulsive gambling, a systematic review." *Archives of Psychiatric Nursing* 43: 127-42. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.014>
- Jellinek, Morton. 1960. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, CT: College and University Press.
- Kalant, Harold. 2010. "What neurobiology cannot tell us about addiction." *Addiction* 105, 5: 780-89. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02739.x>
- LaPlante, Debi, and Howard Shaffer. 2007. "Understanding the influence of gambling opportunities: Expanding exposure models to include adaptation." *American Journal of Orthopsychiatry* 77, 4: 616-23. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.616>
- Leino, Tony, et al. 2015. "The Relationship Between Structural Game Characteristics and Gambling Behavior: A Population-Level Study." *Journal of Gambling Studies* 31, 4: 1297-315. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9477-y>

- Leshner, Alan. 1997. "Addiction is a brain disease, and it matters." *Science* 278, 5335 (Oct 3): 45-71. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Lesieur, Henry. 1984. *The Chase: The Compulsive Gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Books.
- Lindberg, Annika, Clark Luke, and Henrietta Bowden-Jones. 2014. "Impulsivity and Cognitive Distortions in Problem Gambling: Theory and Application." In *Problem Gambling*, edited by Fernand Gobet, and Marvin Schiller, 252-86. London: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137272423_11
- Meyer, Gerhard, et al. 2011. "Development of an assessment tool to evaluate the risk potential of different gambling types." *International Gambling Studies* August 11, 2: 1-16. <<http://www.tandfonline.com/loi/rigs20>>.
- Ministry of Health. 2008. "Raising the odds? Gambling behaviour and neighbourhood access to gambling venues in New Zealand." *Public Health Intelligence Occasional Bulletin* 47.
- Nadeau, Louise, et Marc Valleur, édité par. 2014. *Pascasius ou comment comprendre les addictions suivi du Traité sur le jeu (1561)*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Noble, Florence, and Marie Nicolas. 2019. "Management of Opioid Addiction With Opioid Substitution Treatments: Beyond Methadone and Buprenorphine." *Front. Psychiatry* 18, 9: 742. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00742>
- Nower, Lia, and Alex Blaszczynski. 2006. "Impulsivity and Pathological Gambling: A Descriptive Model." *International Gambling Studies* 6: 61-75. <https://doi.org/10.1080/14459790600644192>
- Olievenstein, Claude. 1983. *Destin du toxicomane*. Paris: Fayard.
- Ortalli, Gherardo. 1997. "Lo Stato e il giocatore: lunga storia di un rapporto difficile." In *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*, a cura di Giuseppe Imbucci, 33-43. Venezia: Marsilio.
- Parke, Jonathan, and Mark Griffiths. 2004. "Gambling addiction and the evolution of near miss." *Addiction Theory and Research* 12: 407-11. <<https://www.semanticscholar.org/paper/Gambling-addiction-and-the-evolution-of-the-%22near-Parke-Griffiths/013d607ac738424d888d9fc245b3d28a012f440f>>.
- Parke, Jonathan, and Mark Griffiths. 2006. "The psychology of the fruit machine: the role of structural characteristic in gambling." *International Journal of Mental Health and Addiction* 4, 2: 151-79.
- Parsons, Talcott. 1964. "Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure." In *Social Structure and Personality*, edited by Talcott Parsons, 258-91. New York: The Free Press of Glencoe.
- Porcheddu, Valentina. 2016. "Astragalo." In *Ludocrazia*, a cura di Marco Dotti, e Marcello Esposito, 35-40. Milano: O barra O edizioni. <<https://www.obarrao.com/libro/9788869680281>>.
- Reith, Gerda. 2007. "Gambling and the Contradiction of Consumption: A Genealogy of the 'pathological' subject." *American Behavioral Scientist* 51, 1: 35-55.
- Ritzer, George. 2012. *La religione dei consumi. Cattedrali, pellegrinaggi e riti dell'iperconsumismo*. Bologna: il Mulino.
- Rose, Geoffrey. 1981. "Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease." *British Medical Journal* 282: 1847-51. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6279.1847>
- Rose, Nelson. 1988. "Compulsive Gambling and the Law: from Sin to Vice to Disease." *Journal of Gambling Behaviour* 4, 4: 240-60. <https://doi.org/10.1007/BF01018430>

- Rosenthal, Richard. 1997. "The psychodynamics of pathological gambling: a review of literature." In *Essential papers on addiction*, edited by Daniel L. Yalisove. New York: New York University Press.
- Rush, Benjamin. 1943. "Inquiry Into the Effect of Ardent Spirits Upon the Human Mind and Body" (1784), ripubblicato in *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 4: 321-41.
- Rush, Brian, Veldhuizen Scott, and Edward Adlaf. 2007. "Mapping the prevalence of problem gambling and its association with treatment accessibility and proximity to gambling venues." *Journal of Gambling Issues* 20: 193-213. <https://doi.org/10.4309/jgi.2007.20.6>
- Sciarrone, Rocco, Esposito Federico, e Lorenzo Picarella. 2023. *Il gioco d'azzardo, lo Stato e le mafie*. Roma: Donzelli.
- Slutske, Wendy, Jackson Kristina, and Kenneth Sher. 2003. "The natural history of problem gambling from age 18 to 29." *Journal of Abnormal Psychology* 112, 2: 263-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.263>
- Spennyn, Jenny, Barrett Doug, and Mark Griffiths. 2010. "The Role of Light and Music in Gambling Behaviour: An Empirical Pilot Study." *International Journal of Mental Health and Addiction* 8, 1: 107-18. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9226-0>
- Suissa, Amnon Jacob. 1997. *Le jeu compulsif. Vérités et mensonges*. Montreal: Editions Fides.
- Sulkunen, Pekka, et al. 2021. *Limitare l'azzardo. Gioco, scienza e politiche pubbliche*, ed. it. a cura di Sara Rolando. Roma: Carocci. <<https://www.carocci.it/autori/pekka-sulkunen>>.
- Sykes, Gresham, and David Matza. 1957. "Techniques of Neutralization. A theory of Delinquency." *American Sociological Review* 22, 6: 664-70. <https://doi.org/10.2307/2089195>
- Sylvain, Caroline, Ladouceur Robert, and Jean-Marie Boisvert. 1997. "Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 5: 727-32. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.727>
- Vakharia, Sheila. 2024. *The Harm Reduction Gap Helping Individuals Left Behind by Conventional Drug Prevention and Abstinence-only Addiction Treatment*. New York: Routledge.
- Valleur, Marc, et Louise Nadeau. 2014. "Pour une histoire des addictions." In *Pascasius ou comment comprendre les addictions suivi du Traité sur le jeu (1561)*, édité par Louise Nadeau, et Marc Valleur, 11-68. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Valleur, Marc. 2009. "La nature des addictions." *Psychotropes* 2: 21-43. <https://doi.org/10.3917/psyt.152.0021>
- Vasiliadis, Sophie, et al. 2013. "Physical accessibility of gaming opportunity and its relationship to gaming involvement and problem gambling: A systematic review." *Journal of Gambling* 28: 1-46. <https://doi.org/10.4309/jgi.2013.28.1>
- Vrecko, Scott. 2008. "Capital ventures into biology: biosocial dynamics in the industry and science of gambling." *Economy and Society* 37, 1: 50-67. <https://doi.org/10.1080/03085140701760874>
- Zoglauer, Madeleine, et al. 2021. "The Relationship Between Physical Availability of Gambling and Gambling Behaviour or Gambling Disorder: a Systematic Review." *Journal of Gambling* 47: 20-78. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2021.47.2>