

Malati di gioco: il fenomeno del gioco d'azzardo

cinzia di cosmo psicologa

Il termine dipendenza patologica è comunemente legato all'utilizzo compulsivo e continuativo di una sostanza che viene assunta per sperimentarne gli effetti fisici e psichici o per evitare i sintomi legati all'astinenza da essa.

Accanto alle forme di dipendenza da sostanza chimica vi sono quelle che oggi vengono nominate **nuove dipendenze**. Queste si riferiscono a comportamenti e relazioni, con aspetti francamente disfunzionali e problematici, nei confronti di oggetti, attività, stili di vita, gestione del tempo, rapporto con la realtà e con il mondo esterno.

L'oggetto della dipendenza è in questo caso un **comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata**.

Tra le dipendenze comportamentali annoveriamo quella:

- ³⁵/₁₇ da internet
- ³⁵/₁₇ da cellulare
- ³⁵/₁₇ da sesso
- ³⁵/₁₇ da sport
- ³⁵/₁₇ da lavoro
- ³⁵/₁₇ la dipendenza affettiva
- ³⁵/₁₇ lo shopping compulsivo
- ³⁵/₁₇ il **gioco d'azzardo (GAP)**.

Ed è di quest'ultimo che ci occuperemo.

Nella letteratura scientifica internazionale il gioco d'azzardo viene indicato con il nome inglese di *gambling* e le persone che ne sono dipendenti *gamblers*.

Il gioco d'azzardo è quel tipo di gioco che implica il rischio, ciò che sia **"desiderabilmente" rischioso**. Il rischio di perdere denaro e non solo.

Con la legalizzazione del gioco d'azzardo è aumentata l'incidenza delle persone che si lasciano coinvolgere in esso. Dalle comuni scommesse sportive ai monumentali casinò presenti in tutto il mondo a quelli altamente specializzati e molto diffusi sul web, il *gambling* è un fenomeno endemico, almeno nelle società avanzate.

Alcuni vivono il gioco come un'attività sociale, mentre altri vi investono una grande quantità di tempo e di denaro, scommettono e continuano a giocare nonostante le conseguenze devastanti che il gioco ha sulla loro vita: a livello personale, sociale, lavorativo, familiare e non per ultimo finanziario.

Nonostante nel nostro paese siano stati effettuati vari studi sull'incidenza del gioco d'azzardo nella popolazione, fare un quadro della situazione risulta difficile in quanto le diverse indagini presentano differenze metodologiche, non permettendo così di avere un ampio campione di riferimento che rappresenti la popolazione italiana. Le diversità nei vari studi riguardano: gli strumenti usati per la rivelazione dei dati, la modalità di somministrazione (postale, telefonica, dal vivo), il periodo indagato (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), la popolazione target (adulti, adolescenti), la numerosità del campione, l'area geografica dell'indagine (locale, nazionale).

Dall'indagine Eurispes del 2009 emerge che sono circa **30 milioni** gli italiani implicati nel gioco d'azzardo, approssimativamente il **70 - 80% della popolazione adulta**. Il gioco d'azzardo coinvolge maggiormente gli uomini (dai 20 ai 60 anni), rispetto alle donne.

Nel 2011 gli strumenti di gioco maggiormente utilizzati sono stati in ordine:

- ³⁵/₁₇ le *slot machine*
- ³⁵/₁₇ le video lotterie
- ³⁵/₁₇ i gratta e vinci
- ³⁵/₁₇ il lotto
- ³⁵/₁₇ le scommesse sportive
- ³⁵/₁₇ il superenalotto
- ³⁵/₁₇ il bingo
- ³⁵/₁₇ le scommesse ippiche.

L'abitudine al gioco non risparmia nemmeno **gli adolescenti**. Dallo studio (Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga, 2012) che ha valutato il comportamento di gioco nella popolazione giovanile prendendo in esame 34.427 studenti tra i 15 - 18 anni, emerge che il 7,5% degli adolescenti ha affermato di giocare. **Come per gli adulti si evidenzia una differenza di genere**. Infatti sono i ragazzi (9,4%) che tendono maggiormente a giocare rispetto alla ragazze (5,8%). Le preferenze degli adolescenti ricadono sulle scommesse sportive, le lotterie istantanee, i giochi di carte e i giochi on line. Infine con l'aumentare dell'età cresce la probabilità di giocare d'azzardo.

In sostanza, i dati mostrano che i giocatori d'azzardo sono in prevalenza uomini e affetti spesso anche da altre forme di dipendenza. Le donne, soprattutto di mezza età, preferiscono il bingo, il gratta e vinci e le *slot machine* e solo in seguito accedono ad altre forme di gioco d'azzardo (casinò, roulette). Le donne sono attratte dal gioco per evitare o fuggire le situazioni familiari problematiche e le emozioni negative (Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga, 2012).

Per inquadrare il fenomeno del gioco d'azzardo è importante distinguere tra:

- ³⁵/₁₇ **gioco sociale**: cioè quell'attività di gioco non patologico che non incide negativamente sulle normali attività lavorative, sulle relazioni affettive ed amicali, sul tempo libero;
- ³⁵/₁₇ **gioco d'azzardo problematico**: nel quale l'attività di gioco assorbe energie e risorse dell'individuo sottraendole alle sue normali occupazioni. In questo caso non si è ancora instaurata la dipendenza, ma è possibile che la persona diventi un giocatore patologico, quindi gravemente dipendente dal gioco;
- ³⁵/₁₇ **gioco d'azzardo patologico (GAP)**: nel quale il comportamento compulsivo comporta un grave deterioramento nella qualità di vita dell'individuo, facendogli sperimentare stati emotivi di forte ansia e depressione (alternate a eccitamento), sviluppando una vera e propria dipendenza patologica. In questo caso il gioco diventa l'unica ragione di vita per la persona.

Negli ultimi due categorie sopra citate vengono inseriti coloro i quali sono definiti **soggetti vulnerabili**. Si tratta di persone che presentano, per le loro caratteristiche neurobiologiche, psicologiche e sociali, una probabilità maggiore di adottare un comportamento di gioco problematico e divenire giocatori patologici.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV TR), che definisce, secondo precisi criteri riconosciuti a livello internazionale i disturbi psichici, spiega il gioco d'azzardo patologico come un problema legato alla **perdita del controllo degli impulsi**, mettendolo nella categoria che include la tricoticollomania, la piromania e la cleptomania. La caratteristica fondamentale che accomuna questi disturbi è **l'incapacità, da parte del soggetto, di resistere ad un desiderio pressante, ad un impulso**. La persona vive una tensione crescente, legata all'eccitazione prima di mettere in atto il comportamento,

con la sensazione di non potersi controllare. Al compimento dell'azione seguono la sensazione di piacere, di benessere e di gratificazione, che spesso lasciano il posto al senso di colpa.

Sempre secondo il DSM IV TR per definire un comportamento patologico di gioco la persona deve **soddisfare 5 o più** delle seguenti condizioni:

1. L'attenzione è eccessivamente assorbita nel gioco d'azzardo (es., tende a rivivere mentalmente esperienze passate di gioco d'azzardo, a soppesare o programmare la successiva avventura di gioco o a escogitare modi per procurarsi denaro con cui giocare).
2. Ha bisogno di giocare d'azzardo 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 sentimenti negativi (es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione).
6. Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per riprovare ancora (rincorrendo le proprie perdite).
7. Nasconde ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altri per nascondere 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.

I criteri sopra menzionati sono analoghi a quelli previsti dal DSM IV TR per diagnosticare i disturbi da uso di sostanze, con un'unica differenza: nel gioco d'azzardo patologico non vi è uso di sostanza psicoattiva, ma la dipendenza si sviluppa, con pari intensità, verso un comportamento (il gioco).

Quanto sopra descritto mette in luce la natura del **disordine cronico, pervasivo e debilitante** del comportamento del gioco d'azzardo patologico. Alcuni parametri diagnostici (secondo il DSM IV TR) sono paragonabili a quelli della dipendenza da uso di sostanze (es., i criteri n. 2 - 3 - 4 - 7- 8 - 9).

L'International Classification of Disease (ICD 10), la classificazione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce in modo sostanzialmente analogo il gioco d'azzardo patologico ovvero un **comportamento persistentemente ripetuto che tende ad aumentare e divenire assiduo**, nonostante le gravi conseguenze finanziarie e nelle relazioni interpersonali.

Infine, sia nella dipendenza da sostanze che nel gioco d'azzardo patologico vi è la presenza di un potente desiderio caratterizzato da incoercibilità che porta alla ripetizione del comportamento fino alla perdita di controllo.

Il bisogno, così, diventa totalizzante ed unico, manifestandosi attraverso la **compulsione**, il **craving**, ossia l'incapacità o l'impossibilità di non poter fare a meno di usare la sostanza o giocare.

La relazione che l'individuo crea con il gioco d'azzardo passa attraverso degli stadi che vanno a delineare una sorta di "carriera" del giocatore.

Le varie fasi così ordinariamente si presentano:

- ³⁵/₁₇ **fase della vincita:** in questo primo livello la persona riceve il premio, la vincita appunto. Il soggetto è molto concentrato e focalizzato sul gioco, si sente pieno di energia e si dedica totalmente ad esso, pensa di essere abile nell'uso dei numeri e fa di tutto per migliorare le sue strategie di gioco d'azzardo. Piuttosto che ritenere di essere stato baciato dalla fortuna, il giocatore è convinto che la vincita sia la conseguenza delle sue capacità, si sente forte e pieno di autostima.

Il gioco funge da rifugio sicuro, allontanando il soggetto dai possibili problemi familiari e dalle emozioni negative;

³⁵₁₇ **fase della perdita:** il giocatore accede a questo secondo livello una volta che, scommettendo, inizia a rimetterci denaro. La persona sente la spinta a “rifarsi” delle perdite e a rincorrere, invano, le vincite. Le relazioni interpersonali generalmente si deteriorano e le finanze peggiorano in quanto il giocatore ha bisogno di somme di soldi sempre più ingenti da investire nell’azzardo, mentendo a familiari e amici sul suo comportamento compulsivo;

³⁵₁₇ **fase della disperazione:** a questo punto la persona ha dato fondo a tutto il denaro posseduto dalla famiglia e da se stesso e vive sentimenti di forte angoscia.

Chiuso nel circolo vizioso della perdita e della rincorsa della stessa, il giocatore vive sentimenti di forte disperazione e angoscia;

Pur di continuare a giocare si lascia coinvolgere in attività illecite, appropriazione indebita, assegni scoperti o furto. La persona è convinta di poter restituire i soldi avuti illegalmente a seguito di una futura cospicua vincita, che continua invano a rincorrere. Il depauperamento del patrimonio finanziario e i problemi connessi al gioco lo portano ad avere idee suicidarie o fantasie di fuga per mettere fine alla situazione che ormai non è più sotto il suo controllo;

³⁵₁₇ **fase della rinuncia:** sotto le continue pressioni del coniuge, dei familiari o del datore di lavoro il giocatore può richiedere aiuto e cercare il trattamento per liberarsi dalla sua malattia. Posso presentarsi: depressione, pensieri o idee suicidari, sintomi da stress, insonnia.

La letteratura scientifica si è molto interessata del legame tra il gioco d’azzardo e il profilo di personalità degli individui che ne sono affetti.

Una ricerca (Hodgins et al., 2011) ha indicato la prevalenza di **disturbo ossessivo compulsivo e narcisistico di personalità** tra i giocatori patologici.

Un altro studio (Blaszczynski et al., 1998) ha dimostrato che **soggetti con disturbo di personalità borderline, istrionico e narcisistico presentano alti livelli di impulsività e instabilità affettiva**. Tedeschi e colleghi (2012) hanno evidenziato che l’impulsività, la ricerca di nuove ed emozionanti esperienze (i soggetti che presentano questi tratti psicologici vengono chiamati *novelty seekers*) e l’esigenza di sperimentare il rischio (i soggetti che presentano questo tratto psicologico insieme alla ricerca di emozioni forti, vengono chiamati *sensation seekers*) sembrano essere terreno fertile per lo sviluppo di un comportamento patologico verso il gioco. Per queste persone il gioco d’azzardo è una via di fuga dalla noiosa quotidianità, un modo per provare nuove esperienze e forti emozioni. Nei giovani la ricerca di esperienze nuove e eccitanti potrebbe essere elemento incoraggiante al gioco d’azzardo; **l’impulsività favorisce il mantenimento del comportamento di gioco piuttosto che eliminarlo**.

Altri ricercatori (Varango et al., 2012) hanno identificato 4 tipologie di giocatori patologici che coincidono con quattro profili di personalità:

Tipo I. Il soggetto è emotivamente instabile, presenta tratti di personalità schizoide (la caratteristica principale è l’essere distaccati emotivamente dalle persone e dalla realtà circostante). Questi soggetti non hanno alcun controllo sugli impulsi e sono propensi all’abuso di alcol e droghe anche in età precoce.

Tipo II. La persona presenta alti livelli di evitamento, abusa di alcol e ha un disturbo di personalità francamente schizoide.

Tipo III. Il soggetto ricerca attivamente la ricompensa (in questo caso la vincita) e le sensazioni forti. Tuttavia non presenta alterazione psicopatologiche come i due tipi sopra.

Tipo IV. La persona è molto produttiva, si adatta facilmente alle varie situazioni. Non presenta disturbi di abuso di alcol e sostanze né alterazioni psicopatologiche ad esse legate.

Un altro fattore molto studiato è la relazione tra **gambling e altre forme di abuso**. Dalla letteratura emerge che di sovente il comportamento di gioco patologico si associa all'uso di stupefacenti e all'abuso alcolico.

I giocatori patologici sembrano preferire, tra le droghe, le amfetamine al fine di potenziare le proprie facoltà cognitive nel gioco, aumentare il livello di concentrazione, mantenere l'attenzione focalizzata e migliorare la memoria (Clauson et al., 2010). **Le droghe ovviamente incrementano sinergicamente il piacere, il benessere che deriva dal comportamento di rischio posto in atto.**

Da un punto di vista neurobiologico sono molteplici i neurotrasmettitori implicati nella dipendenza da gioco, primi tra tutti la **dopamina**.

Questa sostanza chimica, presente nel nostro cervello, riveste un ruolo centrale nella percezione del piacere (sistema della gratificazione) così come nei processi cognitivi quali l'apprendimento, la memoria e la motivazione. La percezione di piacere è dovuta dalla scarica di dopamina in un sito del cervello chiamato *nucleo accumbens*.

Anche la **serotonina** è rilevante nel comportamento da gioco patologico: infatti essa modula l'inibizione comportamentale e l'aggressività.

Questi due sistemi neurotrasmettitoriali rivestono un ruolo importante nei comportamenti sia nella fase d'avvio del gioco che di mantenimento dello stesso, agendo sul meccanismo di rinforzo a cui i giocatori patologici, come le persone con altri disturbi della perdita del controllo, sono molto sensibili (Varango et al., 2012).

Insito nel comportamento di gioco è l'attesa di un premio immediato. **Attesa e immediatezza sono elementi fondamentali nel mantenimento del comportamento.** Il giocatore di *slot machine*, per esempio, nel momento in cui abbassa la leva, prova una sensazione di benessere nell'attesa di ricevere il premio, in questo caso la vincita che potrebbe essere immediata. In realtà più spesso il risultato è una perdita ma questo paradossalmente consente di ripetere il gesto, di vivere l'attesa e la sensazione di piacere a seguito della scarica dopaminergica. Susseguono la memorizzazione e l'apprendimento del comportamento e si instaura la motivazione a rifare il gesto. **La perdita mantiene il vizio. Il dopo temporale, non ha senso.**

D'altra parte gli effetti piacevoli sono di grado elevato perché associati ad un brusco, rapido, aumento della dopamina dovuto, appunto, alla velocità con cui si mette in atto il comportamento di gioco.

Infine ogni volta che gioca l'individuo vive nell'aspettativa di un premio imprevisto e tale aspettativa si rinnova ogni volta, ad ogni gesto. La quantità di dopamina diviene così, ripetutamente, sempre maggiore in previsione del premio atteso tanto da ridursi paradossalmente in caso che il premio stesso si realizzasse.

Quindi gli elementi che complessivamente "dannano" il giocatore sono l'attesa, l'immediatezza, il premio atteso ed imprevisto. Tuttavia la perdita consente di ricominciare daccapo.

Attualmente, malgrado la diffusione del fenomeno e l'attenzione ad esso rivolta, non è stato ancora riconosciuto un trattamento elettivo per i giocatori patologici. Tra questi sono meno del 10% (Cunningham, 2005) le persone che cercano una cura per il proprio disturbo. Spesso i giocatori ritengono di poter farcela da soli o negano a se stessi di essere vittime del gioco oppure si vergognano per il loro comportamento.

Come per altre dipendenze comportamentali, il percorso di cura richiede l'apporto della psicologia e della farmacoterapia.

La **terapia psicologica** più utilizzata è quella **cognitivo comportamentale (TCC)**.

La TCC è volta a modificare il comportamento dannoso di gioco e i pensieri disfunzionali ad esso legati. **La ristrutturazione cognitiva è il processo tramite il quale questi pensieri distorti vengono valutati, cambiati e sostituiti con altri funzionali al benessere della persona.** Le credenze disfunzionali tipiche

del giocatore sono: la sovrastima della probabilità di vincita, il pensiero irrealistico di essere in grado di smettere di giocare quando si vuole, l'idea che alla perdita sussegue sempre una vincita (la fallacia del giocatore). Durante il percorso terapeutico il paziente impara a gestire l'impulso a giocare, affrontando le emozioni negative piuttosto che evitandole tramite il gioco. Inoltre viene pianificata la risoluzione dei problemi finanziari, lavorativi e relazionali conseguenti alla dipendenza. Il trattamento può coinvolgere anche la famiglia del giocatore nel sostenere e supportare il cammino verso la guarigione.

Dalla meta analisi che ha preso in esame studi in cui i pazienti erano stati sottoposti a **TCC**, emerge che il **trattamento ha avuto successo nella maggior parte dei casi** indipendentemente che la terapia fosse individuale o di gruppo (Pallesen et al., 2005).

Un approccio molto importante, spesso associato alla TCC, è quello **motivazionale**. Dalla letteratura emerge che la combinazione di queste due metodologie di trattamento aumenta l'efficacia della TCC.

Per quanto riguarda la **terapia farmacologica** va segnalato che nessuno tipo di farmaco è specificatamente indicato per il gioco d'azzardo patologico, né tantomeno è chiaro se vi sono maggiori benefici con la terapia farmacologica rispetto a quella psicologica o la combinazione di entrambe. D'altra parte, come in altre analoghe situazioni, la copresenza di eventuali disturbi mentali, uso di sostanze ed effetti propri del gioco d'azzardo rendono, almeno attualmente, assai ardua la definizione di un trattamento specifico.

Grant e colleghi (2006; 2010) hanno dimostrato che il **naltrexone** e il **nalmefene**, due antagonisti degli oppioidi, riducono l'intensità dell'impulso a giocare, la persistenza dei pensieri legati al gioco e il comportamento compulsivo di gioco, perché i due antagonisti modulano la trasmissione della dopamina. In pratica diminuendo l'attività dopaminergica riducono gli effettivi gratificanti (il piacere) e quindi la ragione di giocare. **Entrambi questi farmaci sono apparsi di una certa efficacia e promettenti**. L'impulsività al gioco è maggiormente ridotta da questi farmaci nel caso di soggetti con una storia familiare di dipendenza da alcol (Kim et al., 2001); questo è chiaro considerato che già i due farmaci hanno uso nel caso dell'alcolismo oltre che nella dipendenza da oppiacei.

Sono stati altresì sperimentati antipsicotici (olanzapina) o antidepressivi come il bupropion, sertralina, fluvoxamina, paroxetina. Questi ultimi due hanno mostrato maggiore attività rispetto al placebo.

Anche gli stabilizzatori dell'umore sono stati clinicamente sperimentati. L'N-acetilcisteina (che di norma si assume nelle affezioni respiratorie per fluidificare le secrezioni bronchiali) ha trovato interessante utilizzazione non solo nel gioco d'azzardo ma anche nell'uso di cocaina. Esso appare migliorare lo stato di urgenza e il comportamento in tutte e due i casi perché stabilizza il tono glutammatergico nel *nucleo accumbens* e a ciò segue una riduzione del comportamento di ricerca.

Il modafinil, farmaco stimolante utile nella narcolessia, ha mostrato la capacità di modulare l'impulsività e la tendenza a prendere decisioni rischiose, soprattutto in soggetti ad elevata risposta impulsiva.

Concludendo, la dipendenza da gioco d'azzardo patologico va affrontata valutando il caso specifico, considerando le varie comorbidità che possono essere presenti nello stesso (ansia, depressione, disturbi bipolari, vari disturbi di personalità sino a quadri di tipo schizoide) ed altre sfavorevoli circostanze quali l'uso di droghe, la facile accessibilità al gioco o la familiarità per il gioco d'azzardo.

Il Dipartimento di Politiche Antidroga del Consiglio dei Ministri ha presentato il **Piano di Azione Nazionale (PAN) 2010 - 2013** sulle droghe che definisce quali interventi mettere in atto per arginare il fenomeno del gioco d'azzardo, sottolineando l'importanza di predisporre sia azioni preventive, che si basino sull'informazione del rischio legato al *gambling* patologico, sia interventi di assistenza e trattamento specifici.

In particolare i provvedimenti riguardano:

³⁵/₁₇ le sale da gioco dove l'informazione deve raggiungere soprattutto le tipologie di soggetti vulnerabili, tenendo conto delle diverse fasce di età. Per quanto riguarda i giovani, richiedono particolare attenzione quelli con problemi comportamentali e *novelty seeking*, con disturbi del

controllo dell'impulsività o con presenza di familiarità per il *gambling* patologico. Tra gli adulti sono maggiormente vulnerabili al gioco d'azzardo patologico persone con disturbi mentali o che fanno uso di sostanze o di alcol. Mentre tra gli anziani sono più a rischio quelli con carenti attività ricreative e di socializzazione;

³⁵₁₇ rispetto alla pubblicità del gioco d'azzardo legale, si deve vietare e sanzionare quella forviante e non veritiera rispetto alle probabilità di vincita. Inoltre è auspicabile evitare volti famosi come *testimonial* degli spot pubblicitari. **Quest'ultimi esplicitamente devono notificare che il *gambling* può creare dipendenza;**

³⁵₁₇ come per le altre dipendenze il gioco d'azzardo patologico necessita d'intervento assistenziale e terapeutico fornito direttamente dal Sistema Sanitario Regionale. Inoltre i professionisti del settore devono potersi avvalere di linee guida specifiche per la prevenzione e la cura (valutazione diagnostica della comorbidità associata, utilizzo di psicoterapia cognitivo comportamentale, colloquio motivazionale) del gioco d'azzardo patologico;

³⁵₁₇ i dipartimenti delle dipendenze devono erogare supporto e assistenza specifica sia per le persone che soffrono di questa dipendenza che per i loro familiari;

³⁵₁₇ i piani d'azione devono infine mirare a ridurre la presenza della criminalità organizzata all'interno del *business* delle sale da gioco d'azzardo, fenomeno molto diffuso nel nostro paese.

Per ulteriori informazioni:

U.O Centro Studi delle Dipendenze Patologiche

dr. Giuseppe Montefrancesco

0577-233228

www.insostanza.it

info@insostanza.it

ALEA Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio

dr. Riccardo Zerbetto

via S. Bandini, 64 - 53100 Siena

0577- 284416

www.gambling.it

info@gambling.it

Sportello Infoazzardo - Arezzo

Numero verde nazionale 800 921121

Fondazione Toscana per la prevenzione dell'usura

via del Porrione, 49 - 50100 Siena

0577- 210286 237399

www.prevenzioneusuratoscana.it

SerT Siena

Via Pian d'Ovile, 11 - 53100 Siena

0577 – 535930/535965 Fax. 0577 - 535992

SerT AmiataVal d'Orcia

Via S. Giovanni 60 - 53021 Abbadia San Salvatore (SI)

0577 - 782440 Fax. 0577 - 782447

SerT Alta Val d'Elsa

Via della Porta Vecchia, 21 - 53034 Colle Val d'Elsa (SI)
0577 – 994984/994985 Fax. 0577 922107

SerT Val di Chiana Senese

Via Vesuvio 15 - 53042 Chianciano Terme (SI)
0578 713899/713889/713887

Riferimenti:

- Alvarez-Moya et al. (2010). Subtyping study of a pathological gamblers sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 8, 498 - 506.
- Bellio et al. (2003). Il gioco d'azzardo patologico: stato dell'arte. *Psichiatria di Comunità*, 2, 4, 217-223.
- Blaszczynski et al. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 1, 51-71.
- Cunningham. (2005). Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatric Services*, 56, 1024-1025.
- Cibin et al. (2000). Gioco d'azzardo patologico: storia naturale e possibilità d'intervento. *Alcolologia*, 12, 3, 163 - 170.
- Clauson et al. (2010). *Use of cognitive and performance enhancing in poker players*. Results presented via poster at the College of Psychiatric & Neurologic Pharmacists, annual meeting.
- Grant et al. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 163, 303 - 312.
- Grant et al. (2010). Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 197, 330- 331.
- Hodgins et al. (2011). Gambling disorders. *Lancet*, 378, 1874 - 1884.
- Kim et al. (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 49, 914 - 921.
- Lesieur et al. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new Instrument for the identification of pathological gambler. *American Journal of Psychiatry*, 144, 9, 1184-1188.
- Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga. (2012). *Gambling e gioco d'azzardo patologico*. <http://www.politicheantidroga.it/cerca.aspx?search=gambling>.
- Pallesen et al. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 10, 1412-1422.
- Rapporto Eurispes (2010). Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi. www.eurispes.it
- Schultz. (2007). Behavioral dopamine signals. *Trends in Neuroscience*, 30, 203-210.
- Schultz. (2007). Multiple dopamine functions at different time courses. *Annual Review of Neuroscience*, 30, 259 - 288.
- Stuber et al. (2008). Reward-predictive cues enhance excitatory synaptic strength onto midbrain dopamine neurons. *Science*, 321, 1690 - 1692.
- Tedeschi et al. (2012). Personality profile of pathological gamblers: a literature review about the dimensional approach. *Dipendenze patologiche*, 7, 1, 9 - 14.
- Varango et al. (2012). Gambling un'altra faccia della dipendenza: "Dipendenza senza droga" Risultati di una ricerca multicentrica Italiana. *Journal on Addiction*, 2 3-4, 215 - 221.