



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Il gioco d'azzardo in adolescenza: analisi del ruolo dei tratti  
impulsivi e dei comportamenti genitoriali**

*Gambling in adolescence: analysis of the role of impulsive traits and parenting  
behaviors*

***Relatore:***

Prof. Natale Canale

***Laureando:*** Bartolomeo Aletti Montano

***Matricola:*** 2052333

Anno Accademico 2023/2024



## **ABSTRACT**

Il presente elaborato di tesi si pone l'obiettivo di indagare la relazione tra gioco d'azzardo, tratti impulsivi e comportamenti genitoriali. Viene dunque approfondito il materiale presente in letteratura scientifica sulla fenomenologia del gioco d'azzardo in adolescenza e sulle sue relazioni con impulsività e fattori familiari. In seguito, viene presentata la letteratura relativa al rapporto tra fattori genitoriali e impulsività. Si espone, infine, una ricerca svolta con l'obiettivo di indagare il possibile ruolo delle suddette variabili nel favorire i problemi di gioco d'azzardo, tramite la somministrazione di un questionario online (compilato a scuola) ad un campione di 934 adolescenti di sesso maschile. I risultati evidenziano correlazioni positive tra i possibili problemi di gioco d'azzardo e le componenti impulsive di Urgenza Positiva e Negativa, da una parte, e tra i possibili problemi di gioco d'azzardo e i comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico e Caos, dall'altra. I tratti impulsivi si definiscono, inoltre, come mediatori della relazione tra le componenti genitoriali e i problemi di gioco d'azzardo.



# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1. Il Gioco d'azzardo in adolescenza .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Il concetto di dipendenza .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Le dipendenze comportamentali.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Il Gioco d'azzardo in adolescenza.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Introduzione al Gioco d'azzardo .....	12
1.3.2 Fenomenologia .....	14
1.3.3 Cornici teoriche di riferimento .....	16
1.3.4 Inquadramento nosografico e comorbidità.....	21
1.3.5 Diffusione e prevalenza.....	25
1.3.6 Differenze di genere .....	31
1.3.7 Fattori di rischio e conseguenze negative .....	33
1.3.8 Fattori di protezione .....	36
<b>CAPITOLO 2. Gioco d'azzardo, impulsività e comportamenti genitoriali.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1 Impulsività e Gioco d'azzardo .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2 Comportamenti genitoriali e Gioco d'azzardo .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3 Comportamenti genitoriali e impulsività .....</b>	<b>48</b>
<b>2.4 Obiettivi e ipotesi della ricerca.....</b>	<b>50</b>
<b>CAPITOLO 3. Il Metodo della Ricerca.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Metodo.....</b>	<b>54</b>
3.1.1 Partecipanti.....	54
3.1.2 Strumenti .....	56
3.1.3 Procedura.....	58
<b>3.2 Analisi dei dati .....</b>	<b>59</b>
<b>CAPITOLO 4. Risultati della Ricerca.....</b>	<b>60</b>
<b>4.1 Statistiche descrittive .....</b>	<b>60</b>

<b>4.2 Verifica delle ipotesi .....</b>	<b>64</b>
4.2.1 Correlazioni.....	65
4.2.2 Modelli di mediazione.....	70
<b>CAPITOLO 5. Discussione dei risultati .....</b>	<b>78</b>
<b>5.1 Discussione dei risultati .....</b>	<b>78</b>
<b>5.2 Limiti della ricerca e direzioni future.....</b>	<b>84</b>
<b>5.3 Implicazioni cliniche .....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>92</b>
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>116</b>

## INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni il fenomeno del gioco d'azzardo ha attirato l'attenzione della comunità scientifica, a causa della sua aumentata proliferazione in tutte le fasce della società. Molti ricercatori ne hanno approfondito i fattori predisponenti, le motivazioni alla base e i meccanismi di funzionamento, fino ad arrivare ad inserirlo, prima concettualmente e poi in termini nosografici, all'interno della categoria delle dipendenze. La sua natura additiva lo rende una manifestazione particolarmente diffusa soprattutto tra gli adolescenti, dove i tassi di prevalenza dei problemi di gioco d'azzardo risultano maggiori rispetto all'età adulta, oltre che in crescita negli ultimi anni. Basti pensare che, dalle stime riportate dall'indagine ESPAD (2022), condotte su un ampio campione rappresentativo della popolazione adolescente italiana, circa uno studente su 13 presenta problemi di gioco d'azzardo. Il dato sale a più di uno studente su 10 se si fa riferimento alla sola popolazione maschile.

Durante l'adolescenza, i comportamenti impulsivi, l'assunzione di condotte a rischio ed il confronto con le figure genitoriali si configurano come istanze fondamentali per l'individuo in via di sviluppo. Vista l'importanza di tali aspetti in relazione ai possibili problemi di gioco d'azzardo che l'adolescente può sviluppare, è necessario dedicarci una particolare attenzione clinica. Per questo motivo, il presente elaborato si è posto l'obiettivo di valutare se e in quale modo alcuni tratti impulsivi e alcuni comportamenti genitoriali possano avere un ruolo nel favorire i problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti, in particolare in quelli di genere maschile.

La trattazione avrà inizio con un capitolo dedicato ad una panoramica sul fenomeno del gioco d'azzardo in adolescenza, che verrà definito, collocato all'interno della categoria delle dipendenze comportamentali, osservato nella sua fenomenologia e contestualizzato attraverso alcuni dati di prevalenza. Inoltre, verranno presentate le evidenze scientifiche che ne hanno messo in luce i possibili fattori di rischio e di protezione, su cui sono basati gli attuali programmi di prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo.

Nel secondo capitolo, si passeranno in rassegna alcuni contributi della letteratura scientifica riguardo le associazioni tra i problemi di gioco d'azzardo, i tratti impulsivi dell'adolescente e i comportamenti genitoriali. A questa analisi seguirà la presentazione delle ipotesi di ricerca, le quali sostengono che i problemi di gioco d'azzardo sono associati, ad un livello individuale, ad elevati livelli di impulsività; ad un livello familiare, a comportamenti genitoriali controllanti, caotici e poco empatici. Inoltre, verranno proposti dei modelli di mediazione finalizzati a valutare il peso di ciascuna di queste variabili in relazione ai problemi di gioco d'azzardo.

Nel terzo e quarto capitolo, si esporranno il metodo, l'analisi dei dati e i risultati della presente ricerca, svolta tramite la somministrazione di un questionario *online* ad un campione di adolescenti frequentanti le scuole superiori. I risultati verranno discussi criticamente nel quinto ed ultimo capitolo, che verrà concluso da alcuni possibili spunti per un intervento efficace sui problemi di gioco d'azzardo tra gli adolescenti.



# CAPITOLO 1

## Il Gioco d'azzardo in adolescenza

In questo primo capitolo viene offerta un'ampia panoramica sul fenomeno del gioco d'azzardo in adolescenza: a partire da una definizione della dipendenza come condizione umana di base e attraverso una concettualizzazione delle nuove forme di dipendenza comportamentale, si giunge ad una rassegna dei contributi teorici presenti in letteratura scientifica riguardanti il gioco d'azzardo. Quest'ultimo verrà osservato, in relazione all'adolescenza, sotto differenti punti di vista: nella sua fenomenologia e declinazione all'interno dei sistemi diagnostici di riferimento, nella sua diffusione e prevalenza nella popolazione, riguardo alle conseguenze negative che può provocare. Verranno, infine, presentati i fattori di rischio e di protezione che ne possono facilitare o ostacolare l'insorgenza.

### 1.1 Il concetto di dipendenza

La dipendenza è un fenomeno intersecato con la storia e la condizione umana. Lo psichiatra e saggista Eugenio Borgna ne ha proposto una concettualizzazione che la intende come una possibilità inscritta nel destino di ogni uomo; egli suggerisce di considerarla come “Un'esperienza profondamente inerente alla condizione umana” (Borgna, 1978; p.=127). Essa si configura dunque come uno stato di base: l'essere umano, sin dal suo concepimento, è per definizione dipendente da qualcun altro (*in primis*, la madre) che gli garantisca la sopravvivenza. La parola “dipendenza”, tuttavia, ha comunemente una connotazione più negativa. Si riferisce, infatti, ad una condizione patologica in cui l'individuo rimane intrappolato, spesso legata, secondo la visione psicoanalitica, al mancato raggiungimento nei primi anni di vita di una compiuta relazione oggettuale (Rosenfeld, 1965). In linea con questa interpretazione, Kohut (1971) sostiene che la dipendenza patologica ha a che fare con aspetti narcisistici irrisolti: la persona (tossico)dipendente, non avendo concluso il proprio processo di separazione-individuazione, prova un forte desiderio fusionale, che cerca di soddisfare tramite la sostanza/comportamento. Questi oggetti gli garantiscono l'accesso a quel Sé grandioso e onnipotente che ha sperimentato solamente nel legame primitivo con la madre, che tenta di riconquistare. Nel rapporto con l'oggetto di dipendenza, l'individuo ritrova dunque una

fusionalità onnipotente perduta; metaforicamente, egli sostituisce alla madre l'oggetto di dipendenza, sempre presente e capace di garantirgli nutrimento (Bignamini & Bombini, 2004).

Lingiardi e McWilliams (2017; p.=246), all'interno del capitolo sui Disturbi correlati alle dipendenze del PDM-2, ribadiscono che, da un punto di vista psicodinamico, "La motivazione [...] al coinvolgimento nel comportamento di dipendenza nasce da conflitti irrisolti e da esperienze traumatiche che elicitano stati affettivi disforici intollerabili dai quali, poi, i soggetti si difendono con l'utilizzo della sostanza e con il comportamento di dipendenza da essa." La dipendenza si configura, dunque, come una modalità auto-terapeutica per gestire una condizione di sofferenza. Ha, dunque, una funzione difensiva: ad essa si ricorre per migliorare lo stato di malessere (Lingiardi & McWilliams, 2017; p.=246); ciò contribuisce a spiegare le difficoltà che si riscontrano nell'interromperla. Tuttavia, il sollievo è solamente temporaneo e le conseguenze negative numerose, croniche e diffuse a tutte le aree di vita dell'individuo.

I disturbi correlati alla dipendenza affliggono milioni di persone in tutto il mondo e assumono diversi oggetti di dipendenza: dalle sostanze psicoattive alla nicotina, da comportamenti, come il gioco d'azzardo, all'alcol. Vista l'ampiezza e la natura multiforme del fenomeno, ridurre questo concetto all'interno di un'unica definizione è un compito assai arduo. Tuttavia, si può provare a delinearne alcune caratteristiche di base. Il concetto di dipendenza si riferisce ad una condizione patologica, caratterizzata dall'incontrollabile bisogno di una sostanza o di un comportamento, in cui l'individuo rimane intrappolato (Lugoboni & Zamboni, 2018). Essa può condurre a disagio psichico di varie intensità e può compromettere il normale funzionamento della persona. L'OMS definisce la dipendenza patologica come una "Condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" (World Health Organization, 2019). Si tratta, dunque, di un fenomeno polimorfico, multi-determinato, in costante evoluzione e concettualizzato in molti modi diversi. Ciò che caratterizza tutte

le forme di dipendenza è la presenza di un elemento di dipendenza: una sostanza o un oggetto a cui l'individuo si lega fusionalmente. Questo elemento, scelto dall'individuo e auto-somministrato, a un primo impatto può produrre sensazioni piacevoli e riduce quelle spiacevoli, genera sollievo e distacco da una realtà percepita come faticosa o insopportabile, apporta cambiamenti a livello percettivo, emotivo e cognitivo. Il suo effetto gratificante è spiegato anche dal fatto che l'elemento di dipendenza stimola a livello cerebrale il circuito del *reward* (Koob & Volkow, 2016): una rete neurale che gestisce la ricompensa, che conduce a reiterare i comportamenti che hanno provocato benessere e a non proseguire quelli che hanno suscitato emozioni negative. Dopo poco tempo, tuttavia, la sostanza o il comportamento oggetto di dipendenza diventano la condizione unica ed essenziale per ristabilire l'equilibrio nella persona; come si può immaginare, ciò conduce a numerose conseguenze negative.

Le diverse forme di dipendenza patologica afferiscono al dominio del bisogno e della necessità e sono caratterizzate da alcuni elementi di base: prima di tutto, appunto, l'uso distorto di una sostanza o di un comportamento. A ciò si accompagnano la mancanza di controllo sul proprio comportamento, intesa ad esempio come incapacità a smettere, ed una fame insaziabile, viscerale e travolgente (Lugoboni & Zamboni, 2018), un desiderio compulsivo e incontrollabile di avere la sostanza o di compiere il comportamento di dipendenza. Quest'ultimo fenomeno è conosciuto come *craving*, ed è comunemente riconosciuto come la condizione essenziale di ogni quadro di dipendenza. Altro fattore comune è la persistenza, ovvero la reiterazione del comportamento mal adattivo, nonostante la consapevolezza delle conseguenze avverse. Di conseguenza, si può affermare che la tossicodipendenza si caratterizza come una patologia bio-psico-sociale (Lugoboni & Zamboni, 2018).

Una definizione piuttosto esaustiva è stata fornita da Mark Griffiths, che nel 2005 ha identificato sei caratteristiche essenziali delle dipendenze, che concorrono a definire il "Modello delle componenti della dipendenza" (Griffiths, 2005). I sei fattori, comuni sia alle dipendenze da sostanze, sia alle dipendenze comportamentali, comprendono:

1. Alterazioni del tono dell'umore: l'oggetto di dipendenza, inizialmente, offre una sensazione di piacere, di natura tranquillizzante o eccitante. L'umore subisce delle modificazioni: nelle fasi iniziali si provano sensazioni di piacere e sollievo, cui seguono sentimenti negativi di disperazione e angoscia. Alla base di questo punto, si ritrova la concezione della dipendenza come automedicazione/autoterapia per gestire stati disforici insopportabili.
2. Tolleranza: processo per cui la persona dipendente ha la necessità di aumentare la quantità ed il tempo impiegato per ottenere lo stesso effetto di modifica dell'umore iniziale.
3. Sintomi di astinenza: quando il comportamento viene interrotto o ridotto, la persona sperimenta malessere psichico o fisiologico (ad esempio, irritabilità, esplosioni di rabbia, tremori).
4. Conflitto: si riferisce sia ai conflitti tra l'individuo e coloro che lo circondano (conflitti interpersonali), sia ai conflitti interni al soggetto stesso (conflitti intrapersonali), causati dall'uso cronico della sostanza o dal comportamento disfunzionale.
5. Ricaduta: tendenza a riprendere il comportamento o l'uso della sostanza dopo un periodo di interruzione.
6. Dominanza (o salienza): la sostanza o il comportamento domina costantemente il pensiero e i comportamenti del soggetto; vi è l'impossibilità di resistere all'impulso di assumere la sostanza o di eseguire il comportamento.

In conclusione, la dipendenza patologica, nonostante le decine di manifestazioni diverse che può assumere, presenta sempre alcuni elementi chiave. Tra questi si annovera una compromissione del controllo, nei termini in cui l'individuo non riesce più a gestire il proprio ricorso all'oggetto di dipendenza, da cui viene travolto; la priorità sempre crescente attribuita alla sostanza o al comportamento, che diventano, nel tempo, il principale, se non unico, Altro con cui l'individuo dipendente si interfaccia; la persistenza nell'assunzione della sostanza o nella messa in atto del comportamento, nonostante la consapevolezza delle conseguenze avverse (con relativa compromissione funzionale e sociale).

## 1.2 Le dipendenze comportamentali

Negli ultimi decenni il concetto di dipendenza ha subito un notevole aggiornamento, ampliandosi e sviluppandosi. Le molteplici e rapide modificazioni all'interno della società, sintetizzate dalla diffusione di *internet* e delle nuove tecnologie, hanno impattato anche sulle forme di dipendenza, ponendo all'attenzione della comunità scientifica l'avvento di una nuova categoria: le dipendenze comportamentali.

Le dipendenze comportamentali sono state concettualizzate come condizioni problematiche in cui gli oggetti di dipendenza sono comportamenti o attività leciti, socialmente accettati e inclusi negli standard condivisi dalla società moderna (Melodia et al., 2022). Sono anche conosciute come “*behavioral addictions*” (Kuss & Griffiths, 2012) o come “Disturbi da *addiction* non correlati a sostanze” (APA, 2022). All'interno di questa classe si inseriscono principalmente il Disturbo da Gioco d'Azzardo e il Disturbo da Gioco su Internet, le uniche due dipendenze comportamentali al momento riconosciute dai principali manuali diagnostici. Il DSM-5 ha per la prima volta introdotto una *behavioral addiction* tra le dipendenze da sostanze: nel 2013, il Disturbo da Gioco d'Azzardo (o *Gambling Disorder*) è stato inserito all'interno della Sezione II, nella categoria “Disturbi correlati a sostanze o da *addiction*”, sotto la voce “Disturbi non correlati a sostanze” (APA, 2022). Tale avvenimento riconosce il gioco d'azzardo come forma di dipendenza e ne sottolinea le similitudini con le dipendenze da sostanze. Il Disturbo da Gioco su Internet, invece, è stato inserito nella Sezione III, sotto la voce “Condizioni che necessitano di ulteriori studi” (APA, 2022). Anche le più recenti versioni dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11) e del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2) hanno inserito al loro interno queste due configurazioni, confermandone il solido *status* nosografico (OMS, 2018; Lingiardi & McWilliams, 2017). In aggiunta, è necessario sottolineare l'esistenza di altre possibili forme di dipendenza comportamentale, ad oggi non ancora presenti nelle classificazioni nosografiche, ma sempre più attenzionate dalla comunità scientifica. Si tratta delle possibili dipendenze da *internet*, da *smartphone*, dal lavoro, dal sesso, dalle relazioni affettive, da *overtraining*, oltre che dei quadri dell'ortoressia e dello *shopping* compulsivo (Griffiths, 1995). Vengono qui citate per completezza descrittiva, ma non saranno ulteriormente approfondite, in quanto esulano dal *focus* di questo lavoro.

Quello delle dipendenze comportamentali si configura come un campo di ricerca giovane e nuovo, i cui confini non sempre sono chiari: la somiglianza con le dipendenze da sostanze ha a lungo indotto ad applicare, *tout court*, i criteri delle tossicodipendenze, senza considerare gli aspetti di discontinuità. Un'altra questione riguarda la tendenza alla sovra-patologizzazione, ovvero al voler riconoscere immediatamente come dipendenza comportamentale qualunque utilizzo distorto di un comportamento, senza considerare altri fattori fondamentali, come, ad esempio, l'impatto più o meno compromettente sul funzionamento della persona.

Per rispondere a questi problemi, Kardefelt-Winther e colleghi (2017) hanno offerto una proposta di definizione, che articola la dipendenza comportamentale come un comportamento ripetuto che conduce a danni o angoscia significativi, che non viene ridotto dalla persona e che persiste per un periodo di tempo significativo (Kardefelt-Winther et al., 2017). Inoltre, gli autori hanno aggiunto quattro fondamentali criteri di esclusione, alla presenza dei quali non si può parlare di dipendenza comportamentale. Viene sostenuto che un comportamento non va considerato *behavioral addiction* nel caso in cui esso sia meglio spiegato da un disturbo sottostante, nel caso in cui si tratti del risultato di una strategia *coping* e nel caso in cui la compromissione funzionale che esso provoca derivi da una scelta volontaria dell'individuo. Infine, non si parla di dipendenza comportamentale se il comportamento, pur intensamente coinvolgente a livello di tempo e attenzioni dedicate, non conduce ad un significativo deterioramento funzionale per l'individuo (Kardefelt-Winther et al., 2017). L'intento di questo gruppo di ricercatori, riassunto nell'eloquente titolo dello studio ("*How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?*"), era quello di chiarire i connotati ontologici della dipendenza comportamentale, al fine di fornire una direzione chiara per le future ricerche nell'ambito e di evitare un'eccessiva patologizzazione di comportamenti comuni, contribuendo così a mantenere solido il nuovo *status* diagnostico di questa categoria di dipendenze.

Negli ultimi anni, diversi contributi scientifici hanno approfondito i correlati neurofisiologici, gli antecedenti, la prevalenza e le diverse manifestazioni di questa famiglia psicopatologica, fornendo una visione più completa sul fenomeno (per esempio, Grant et al., 2006; Grant et al., 2010; Kuss & Griffiths, 2012). Nonostante possa sembrare

che le dipendenze comportamentali siano manifestazioni tipicamente legate all'età adulta, si è riscontrato che spesso la loro insorgenza si verifica durante l'età dello sviluppo e che i tassi di prevalenza risultano più elevati nella popolazione adolescente (Barrera-Algarín & Vásquez-Fernández, 2021).

I cambiamenti nella società hanno, altresì, avuto un impatto sulla diffusione delle diverse tipologie di dipendenza tra i giovani: è possibile osservare come, negli ultimi decenni, i tassi di prevalenza delle dipendenze da sostanze siano in diminuzione, in favore di una crescita di quelli relativi alle possibili dipendenze comportamentali (dati ESPAD, 2022).

La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze mostrano numerose similitudini. L'inserimento del *Gambling Disorder* al fianco delle dipendenze da sostanze, operato dal DSM-5, suggella questo dato. In aggiunta, a livello di servizi territoriali per le dipendenze patologiche, va segnalato un passaggio fondamentale: dal 2014, in Italia, gli allora Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) hanno cambiato il proprio appellativo in Servizi per le Dipendenze (SerD). Tale modifica ha ampliato le aree di intervento di questo servizio anche alle dipendenze non da sostanze, come il Disturbo da Gioco d'Azzardo, riunendo sotto la stessa struttura tutte le tipologie di dipendenza. Questi avvenimenti testimoniano l'intrinseca somiglianza tra le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze, anche nell'efficacia del trattamento offerto (Grant et al., 2010). La sovrapposizione tra queste due classi di dipendenza ne riguarda i correlati neurofisiologici, il funzionamento cognitivo, la fenomenologia, i fattori di rischio, le linee di insorgenza e decorso psicopatologico e l'efficacia del trattamento (Kurniasanti et al., 2019). Inoltre, sono stati riscontrati elevati tassi di comorbidità (Barnes et al., 2011): in una *review* sistematica, Sussman e colleghi (2011) ha riscontrato che, mediamente, il 23% degli individui con una dipendenza presenta anche una seconda dipendenza. Questo comprovato intreccio tra abuso di sostanze e dipendenze comportamentali è stato definito da Gossop (2001) come "poli-dipendenza" o *web of addictions*.

Altro fenomeno che supporta la tesi di una base comune all'origine di queste due classi di dipendenza è quello che Grant e colleghi (2010) hanno definito *cross-addiction*, ovvero il passaggio, nel corso della vita, da un tipo di dipendenza ad un altro. Questo

trasferimento, ad esempio, appare molto frequente tra i giocatori d'azzardo patologici e gli individui con dipendenza da alcol.

A livello fenomenologico, le principali somiglianze si possono riassumere nei sei criteri di Griffiths (2005), già presentati nel precedente paragrafo: alterazioni del tono dell'umore, tolleranza, sintomi di astinenza, conflitto, ricaduta e salienza della sostanza/comportamento. Inoltre, altri elementi comuni riguardano la persistenza nel ricorso all'oggetto di dipendenza nonostante le conseguenze negative sempre più gravi e i fallimenti nel tentativo di ridurre o interrompere; il discontrollo, ovvero la progressiva sensazione di perdita del controllo sull'assunzione della sostanza o sull'esecuzione del comportamento; il *craving*, ovvero il desiderio compulsivo e la sensazione crescente di tensione che precede l'assunzione della sostanza o l'esecuzione del comportamento.

Inoltre, in entrambe le categorie sono stati documentati elevati livelli di impulsività, dunque di scarsa pianificazione e considerazione delle conseguenze, e di compulsività, intesa come una sensazione di impossibilità di resistere all'impulso di assumere la sostanza o di eseguire il comportamento (Mallorquí-Bagué et al., 2018).

A livello psicologico, sia le dipendenze da sostanze sia quelle comportamentali implicano un'alterazione del circuito del *reward* (Koob & Volkow, 2016). L'oggetto di dipendenza, quando assunto o messo in atto, genera un effetto di ricompensa; la conseguenza è lo sviluppo di una dipendenza psicologica dalle sensazioni sperimentate tramite la sostanza/comportamento e la perdita di interesse verso altre attività. Altro aspetto di continuità è l'ego-sintonia: nelle fasi iniziali, l'individuo dipendente non avverte come problematico il suo comportamento, che anzi è vissuto come portatore di benessere. Con l'avvento dei fenomeni di assuefazione e delle conseguenze negative, questa dimensione viene gradualmente messa da parte. Centrale è anche la dimensione dell'evitamento o della dissociazione. Steiner & Schepisi (1996) definiscono le dipendenze come "Rifugi della mente, ovvero luoghi mentali in cui ritirarsi quando si desidera sfuggire ad una realtà insostenibile perché angosciata". L'alterazione della percezione di spazio e tempo e i fenomeni dissociativi di depersonalizzazione e di perdita del senso del reale sono esperienze comuni a tutte le tipologie di dipendenza.



A livello neurofisiologico, molte ricerche hanno sottolineato una sovrapposizione tra i circuiti neurali della dipendenza da sostanze e delle dipendenze comportamentali. In particolare, secondo Grant e colleghi (2006), ad essere alterati risultano essere il sistema serotonergico, deputato all'inibizione del comportamento e dell'aggressività; il sistema dopaminergico, sede di piacere e ricompensa; il sistema degli oppioidi endogeni (in cui rientrano, ad esempio, le endorfine), che svolge funzioni di controllo e modulazione.

Le dipendenze provocano anche modificazioni nel *nucleus accumbens*, nella corteccia orbito-frontale e in quella ventro-mediale; tali alterazioni concorrono a diminuire la percezione di piacere legata alle ricompense naturali, facendo sì che l'unica fonte di piacere venga ricercata dall'individuo nella sostanza o nel comportamento di dipendenza (Kalivas & Volkow, 2005).

Esistono, tuttavia, alcuni aspetti peculiari delle dipendenze comportamentali. Anzitutto, come già in parte affermato, questa categoria assume come oggetto di dipendenza comportamenti integrati nello stile di vita delle persone, oltre che socialmente accettati. Ciò rende più complesso il discriminare tra un uso sociale o di svago, ad esempio, del gioco d'azzardo, e quadri a rischio psicopatologico. In aggiunta, al contrario delle dipendenze da sostanza, dove l'oggetto di dipendenza è perlopiù illegale e riconosciuto come pericoloso dalla collettività, i comportamenti implicati nelle *behavioral addictions* si configurano come leciti; dunque, facenti parte degli standard condivisi dalla società. Chiaramente, nelle dipendenze comportamentali "pure" non vi è un abuso di sostanze; si può affermare che in esse vi sia *addiction*, intesa come "Dipendenza psicologica da una sostanza o da un oggetto, senza il quale l'esistenza sembra priva di significato" (Ferrini & Rontini, 2011), ma non *dependence*, intesa come dipendenza puramente fisica e chimica (Maddux & Desmond, 2000), in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare. Tale distinzione è riscontrabile anche nella collocazione nosografica: pur collocandoli sotto la stessa cupola, il DSM-5, infatti, distingue i "Disturbi correlati a sostanze" dai "Disturbi non correlati a sostanze" (APA, 2022). La diffusione crescente delle dipendenze comportamentali negli ultimi anni ha condotto la comunità scientifica ad accrescere l'impegno nella ricerca in quest'ambito, al fine di poter fornire al mondo della clinica gli adeguati strumenti per implementare interventi di cura e di prevenzione.

## 1.3 Il Gioco d'azzardo in adolescenza

### 1.3.1 Introduzione al Gioco d'azzardo

L'essere umano è intrinsecamente legato al gioco. Tramite il gioco esso si scopre, si sperimenta, si sviluppa. Secondo il filosofo tedesco Friedrich Schiller, "L'uomo è pienamente tale solo mentre gioca". Il gioco concorre allo sviluppo sociale, fisico, cognitivo ed emotivo della persona. Esso rimane importante in tutte le diverse fasi della vita, dalla prima infanzia all'età adulta, assumendo diverse forme e connotati. La necessità ed il piacere del giocare restano presenti a qualsiasi età, semplificando, con modalità età-specifiche, l'espressione delle emozioni, il confronto con gli altri e il raggiungimento del benessere individuale (Caillois et al., 1981).

Esistono diverse tipologie di gioco: secondo la categorizzazione di Caillois (1981), il gioco d'azzardo potrebbe essere inserito tra i cosiddetti giochi *di Alea*, caratterizzati da un ampio ricorso al rischio e alla fortuna. In questi giochi, il giocatore non applica particolari abilità o, se lo fa, le subordina al caso, assumendo così un atteggiamento passivo nei confronti della sorte. Non vi è pazienza né destrezza, "È avversità totale o fortuna assoluta" (Caillois et al., 1981). Secondo Winnicott, l'individuo è in grado di essere creativo e di fare uso della sua intera personalità soltanto mentre gioca; la dimensione del gioco è uno spazio elettivo per scoprire sé stessi (Winnicott, 1981). Il gioco d'azzardo, seppur gioco, non sembra concedere la possibilità di sostare in quell'area potenziale, dove mettersi in contatto con l'Altro e giocare con pienezza. Ad essere compagno di gioco, in questo caso, è unicamente il caso, la fortuna. Questa predominanza della componente casuale distingue ontologicamente l'azzardo dalle altre forme di gioco. Anche a livello etimologico, i concetti ricorrono: la parola "gioco" deriva dal latino *iocus*, termine che indicava quelle attività che venivano svolte per diletto, divertimento o passatempo. "Azzardo", invece, proviene dal francese *hasard*, che a sua volta deriva dalla parola araba *az-zahr*, che significa "dado".

Come appare dall'origine di queste parole, legame tra l'essere umano ed il gioco d'azzardo ha origini antichissime. Alcune ricerche archeologiche e antropologiche hanno riportato alla luce reperti risalenti al 3.000 a.C. in Giappone, Cina e India. Testimonianze di attività di gioco d'azzardo sono state rinvenute anche presso le antiche società

dell’Egitto e della Grecia, dove sono stati trovati reperti e raffigurazioni di giocatori di dadi. Esistono prove a supporto del fatto che le attività oracolari in Grecia e in Asia Minore erano legate all’utilizzo dei dadi (Rosenthal & Faris, 2019). Nell’Impero Romano, il gioco d’azzardo era molto diffuso: corse di bighe o combattimenti tra gladiatori erano sempre affiancati da puntate in denaro. Il ricorso alla scommessa era ampio e distribuito su tutti gli strati sociali; dagli schiavi agli imperatori, il gioco d’azzardo era una prassi endemica. Le negative conseguenze sulla popolazione a livello socioeconomico condussero anche alla promulgazione di una legge *ad hoc*: nel III secolo a.C., la *Lex Alearia* tentò di limitare la diffusione del gioco, proibendone alcune tipologie e stabilendo l’assenza di valore legale ai debiti di gioco, che dunque non potevano più essere reclamati a livello legale (Rosenthal & Faris, 2019). In un interessante studio sull’etimologia e sulla storia dell’*addiction*, i già citati Rosenthal e Faris (2019) aggiungono una lettura sulla pregnanza del gioco d’azzardo nelle civiltà antiche. Secondo gli autori, in quasi tutte le culture esiste una stretta associazione tra il gioco d’azzardo e la divinazione: il ricorso alla sorte era spesso cercato per la scelta di un *leader* o per risolvere controversie morali. Il responso veniva interpretato come un segno della volontà divina; deteneva, dunque, un alto credito. In linea con questa intuizione, Rosenthal (2015) interpreta l’azzardo nelle società antiche come una modalità per rispondere a importanti quesiti a proposito di temi come colpa o innocenza, permesso o proibito.

Al giorno d’oggi, il gioco d’azzardo rappresenta una forma di svago socialmente accettata. Negli ultimi decenni si è diffuso in quantità sempre maggiori, nella popolazione adulta e, soprattutto, in quella adolescente. Questa tendenza sembra dovuta ad un’accessibilità sempre maggiore al gioco, le cui modalità stanno mutando forma. Si denota, infatti, un’esplosione del gioco d’azzardo *online*, che negli ultimi anni appare costantemente in crescita (dati ESPAD, 2022). Nonostante queste cifre, va comunque puntualizzato che esistono diversi livelli di gravità di gioco d’azzardo. Tipicamente, la letteratura identifica tre livelli di rischio di gioco; in ordine crescente di gravità, il gioco non problematico, il gioco a rischio e il gioco problematico o patologico (Serpelloni & Rimondo, 2012). Le peculiarità di queste categorie verranno esplicate nel successivo paragrafo. Come è logico immaginare, la diffusione generale del gioco d’azzardo si è accompagnata ad un aumento della prevalenza dei *pattern* psicopatologici ad esso

correlati. Infatti, nella popolazione italiana si osserva da alcuni anni una tendenza crescente nelle diagnosi di *Gambling Disorder* (dati ESPAD, 2022).

In conclusione, il gioco d'azzardo, soprattutto nelle sue manifestazioni più disadattive, viene sempre più attenzionato dalla comunità scientifica e dai professionisti della salute. La sua ampia diffusione all'interno dell'esperienza di vita delle persone, e soprattutto di una categoria più a rischio come quella della popolazione adolescente, rende necessari un monitoraggio ed un'indagine degli antecedenti del fenomeno, al fine di prevenire *pattern* problematici che possono sfociare in condizioni clinicamente rilevanti (Melodia et al., 2022).

### **1.3.2 Fenomenologia**

Il gioco d'azzardo presenta tre caratteristiche fondamentali: *in primis*, dipende da un evento aleatorio, dall'esito incerto; la vincita è dunque dovuta in misura maggiore al caso, piuttosto che alle abilità del giocatore, che per vincere deve rischiare (*to gamble*) qualcosa, generalmente una somma di denaro. In secondo luogo, il gioco d'azzardo ha come fine una qualche forma di lucro, di guadagno. Infine, il giocatore compie un investimento in maniera irreversibile, ovvero la giocata effettuata non può essere ritirata una volta fatta.

A livello concreto, il gioco d'azzardo si articola in numerose diverse forme. La maggior parte di queste afferisce all'area numerica, legata completamente al caso: Gratta e Vinci, Bingo, *Win For Life*, Lotto, Superenalotto, *roulette*, *slot machine* o *Videolottery*. Altre categorie sono quella delle scommesse sportive (sul calcio, principalmente, o anche su altri sport, come le corse dei cavalli) e quella legata all'utilizzo delle carte (il *poker* o altri giochi di carte). Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un notevole cambiamento nelle modalità di gioco: l'ingresso massiccio della tecnologia nelle vite di tutti ha reso il gioco d'azzardo molto più facilmente accessibile, oltre a modificarne le principali piattaforme di appoggio e le modalità di gioco. Ad esempio, è emersa la possibilità di scommettere *live*, in qualsiasi momento e luogo, tramite il proprio *smartphone*, o di giocare a *poker online*, modalità che ha guadagnato molta popolarità (Biolcati et al., 2015).

Il gioco d'azzardo *online* si è diffuso in quantità sempre maggiore, soprattutto tra gli adolescenti. Sebbene ogni forma di gioco d'azzardo sia vietata dalla legge alla popolazione minorenni (Art. 24, Legge 111/2011), si registrano centinaia di migliaia di giocatori anche in questa fascia di età (Molinaro et al., 2014). Nonostante i divieti, i giovani riescono ad accedere al gioco d'azzardo, soprattutto attraverso le sue modalità *online*, sempre più numerose (Gainsbury, 2015). Il maggior coinvolgimento degli adolescenti in determinate tipologie di gioco d'azzardo è dovuto a fattori come l'accessibilità, la possibilità di giocare con il gruppo dei pari o la percezione di abilità nel gioco (Derevensky, 2012). Ad esempio, si osserva un maggiore ricorso ai giochi di carte, come il *poker online*, e alle scommesse sportive (Derevensky, 2012), ampiamente disponibili *online*. Gainsbury (2015) ha ribadito che ciò che rende il gioco d'azzardo *online* un fenomeno così additivo sono alcune delle sue caratteristiche peculiari, come il garantire anonimato e *privacy*, l'essere disponibile e accessibile in qualsiasi momento e luogo e il consentire il pagamento tramite carta di credito (Gainsbury, 2015). In aggiunta, uno studio di Griffiths e Parke (2010) ha evidenziato come i giovani siano esposti in quantità consistente a pubblicità e opportunità di gioco d'azzardo, e come quest'ultimo risulti, soprattutto in questa fascia di età, un'attività soggetta a grande approvazione sociale.

Alcuni autori hanno indagato le motivazioni che spingono gli adolescenti a giocare d'azzardo. Steward e Zack (2008) hanno proposto un modello che postula l'esistenza di tre principali categorie di motivazioni al gioco d'azzardo: motivi di *enhancement*, o di accrescimento, come la volontà di provare un senso di eccitazione, una forte emozione positiva o di alleviare la noia (Jauregui et al., 2020); motivi di *coping*, ovvero la messa in atto di strategie volte ad alleviare od evitare emozioni negative come ansia o depressione; motivi sociali, come l'aumentare la propria accettazione sociale. Jauregui e colleghi (2020) aggiungono a queste motivazioni il divertimento e lo svago.

Anche per la popolazione adulta i motivi che spingono al *gambling* appaiono simili. Lavanco e Varveri (2006) hanno riassunto i giocatori d'azzardo in due categorie: secondo gli autori, la prima comprende i *giocatori per fuga*, che giocano per evadere da problemi e fatiche della vita quotidiana e che, tendenzialmente, attivano il gioco come strategia di *coping* disfunzionale ad una situazione problematica preesistente, a partire dall'età adulta.

La seconda classe contiene, invece, i cosiddetti *giocatori d'azione*, che ricercano il brivido e la sfida. Questi ultimi preferiscono tipologie di gioco che richiedono, almeno in parte, un'abilità (ad esempio, il *poker*) e presentano un esordio più precoce, spesso durante l'adolescenza (Lavanco & Varveri, 2006).

Aggiungendo a queste considerazioni i dati raccolti da alcuni studi, che hanno rilevato negli adolescenti tassi di problemi di gioco d'azzardo ben due volte superiori rispetto a quelli della popolazione adulta (Blinn-Pike et al., 2010; Derevensky & Gilbeau, 2019), emerge chiaramente la rilevanza della questione in adolescenza. Oltre agli elevati tassi di adolescenti con comportamenti di gioco d'azzardo ad un livello già problematico, va ricordato che livelli problematici o patologici di gioco d'azzardo in età adulta hanno molto spesso origine in comportamenti di gioco a rischio in adolescenza (Blinn-Pike et al., 2010., Lussier et al., 2014). Il gioco d'azzardo in adolescenza si configura, dunque, sia come un'urgenza attuale, sia come un affidabile indicatore prognostico.

### **1.3.3 Cornici teoriche di riferimento**

È importante specificare che esistono diverse tipologie di giocatori. Molte persone incontrano il gioco d'azzardo ad un livello solamente ricreativo, senza conseguenze negative rilevanti. Alcuni individui possono però ricadere nel circolo della dipendenza da gioco d'azzardo, perdendo il controllo sui propri comportamenti. Derevensky (2012) teorizza un modello dei giocatori d'azzardo organizzato lungo un *continuum*, al cui estremo inferiore si collocano i giocatori *non problematici*: questi individui giocano per divertimento o svago, hanno un elevato controllo sul gioco, riuscendo ad interrompere quando ne sentono la necessità, e corrispondono ad un basso livello di rischio. Seguono i giocatori *problematici o a rischio*, dove il rischio di incorrere in un quadro psicopatologico è moderato. Si tratta di individui che giocano per fuga, per gestire lo stress o per alleviare sentimenti negativi e che, gradualmente, aumentano il proprio investimento nel gioco in termini di tempo, denaro ed energie; così facendo, possono avere ricadute sulla loro vita sociale, familiare, economica, scolastica e lavorativa. All'estremo superiore del *continuum*, infine, si posizionano i giocatori *patologici o compulsivi*, ovvero coloro che, per intensità di gioco, quantità di spesa e presenza di

*craving* (per definizione, un desiderio irrefrenabile di assumere una certa sostanza o di compiere un determinato comportamento), soddisfano i criteri per una diagnosi di disturbo da gioco. Gli appartenenti a tale stadio, giocano per gestire vissuti emotivi negativi divenuti intollerabili, o per dissociarsi dalla realtà. Possono compiere atti illeciti, ricadere in gravi problemi economici e, in generale, sperimentano una grave compromissione funzionale. Il gioco d'azzardo problematico è anche contraddistinto da alterazioni cerebrali a livello del circuito della ricompensa (o *reward*) e da una sintomatologia simile a quella dei disturbi da uso di sostanze. Ad un livello di gioco problematico, rispetto al decorso, si può asserire che il disturbo abbia un andamento altalenante, alternando fasi di remissione spontanea a fasi di maggiore gravità; può rimanere silente per molti anni, per poi aggravarsi in momenti della vita particolarmente difficili o stressanti (Nelson et al., 2009). Per una più esaustiva panoramica in proposito, si rimanda al paragrafo successivo, dove verranno esposte le peculiarità nosografiche del fenomeno.

Blaszczynski e Nower (2002) propongono un altro modello che postula una tipizzazione dei giocatori d'azzardo in tre tipologie. A differenza del *continuum* proposto da Derevensky (2012), questi autori rivolgono la loro attenzione alle diverse vie di accesso al gioco problematico o patologico. Ne derivano tre sottotipi di giocatori, definiti dallo stesso fenotipo, ma con fattori eziopatologici differenti. È, infatti, noto che, sebbene sintomi depressivi, uso di sostanze, impulsività e comportamenti antisociali siano comunemente osservabili in tutti i giocatori d'azzardo patologici, il ruolo di questi fattori nell'eziologia e nel mantenimento della patologia varia da persona a persona (Coriale et al. 2015). I sintomi depressivi, ad esempio, pur essendo riscontrabili nella maggior parte dei giocatori, in alcuni casi sono antecedenti al gioco d'azzardo, in altri ne sono la conseguenza. I tre percorsi di Blaszczynski e Nower (2002) sono così riassumibili:

- 1) *Giocatori problematici con comportamento condizionato*. Si tratta di giocatori senza psicopatologia, senza problemi psicologici antecedenti, che sviluppano la loro dipendenza a partire da effetti del condizionamento classico o operante. Giocano per divertirsi e presentano conseguenze negative solo successivamente al presentarsi di problemi dovuti al gioco, come ad esempio l'indebitamento.

Rappresentano il livello di gravità meno elevato e hanno una buona attitudine al trattamento.

- 2) *Giocatori con vulnerabilità emotiva*: definiti “soggetti emotivamente labili” (Blaszczynski & Nower, 2002), presentano sintomi disforici precedenti all’inizio del gioco e hanno difficoltà di *coping*. Il gioco d’azzardo diventa per questi individui un mezzo per gestire gli stati emotivi negativi (Coriale et al., 2015), per fuggire e dissociarsi dalla propria realtà, difficile da gestire. Spesso per questi giocatori l’esordio avviene in età adulta.
- 3) *Giocatori con tratti antisociali*: caratterizzati da un discontrollo degli impulsi, mostrano elevati livelli di impulsività, oltre che aspetti di vulnerabilità emotiva e biologica precedenti all’esordio dei comportamenti di gioco. In aggiunta, questi individui spesso presentano tratti di personalità antisociale, gravi problemi attentivi e un’elevata comorbidità con l’abuso di sostanze e l’aver problemi legali. In questo caso, la prognosi è generalmente più negativa e l’esordio è precoce, spesso durante l’adolescenza.

Oltre alla categorizzazione dei giocatori in livelli e tipologie differenti, sono stati teorizzati diversi modelli eziopatogenetici per interpretare il fenomeno del gioco d’azzardo. Il primo a venir passato in rassegna è il modello cognitivista, che sostiene che il giocatore d’azzardo patologico commette degli errori cognitivi (*bias*) che lo portano a dare delle valutazioni distorte sulla realtà: questo provoca la sua disposizione al gioco. Egli si affida a strategie e sensazioni interne per dominare la situazione di gioco e condizionarla verso la vincita; adotta modalità disfunzionali di interpretare la realtà, che utilizza per giustificare il proprio comportamento di gioco (Coriale et al., 2015). In questo modo persevera nel gioco d’azzardo. Questi fenomeni vengono chiamati distorsioni cognitive: si tratta di modalità disfunzionali di interpretazione della realtà non del tutto accessibili alla consapevolezza del giocatore, che le utilizza per legittimare il proprio comportamento e per poter continuare a giocare d’azzardo (Toneatto, 1999). Secondo Xian e colleghi (2008), questi errori cognitivi non si instaurano in seguito alle esperienze di gioco, ma, al contrario, le precedono, favorendo l’instaurarsi del comportamento problematico di gioco. Il giocatore d’azzardo fa solitamente ricorso alle seguenti distorsioni cognitive:



- Illusione di controllo: la convinzione erronea di poter influenzare il risultato del gioco (Langer, 1975), o la tendenza ad attribuire maggiormente a sé il controllo sull'esito del gioco. Il *locus of control* è interno in caso di vincita, esterno in caso di perdita.
- Fallacia di Montecarlo (Cohen, 1972): un *bias* di tipo logico-matematico per cui il giocatore è convinto che le probabilità di verificarsi di un evento siano cumulative e non indipendenti tra di loro, sovrastimando la probabilità di vincere in seguito ad una lunga serie di perdite (Melodia et al., 2022).
- Quasi vincite (Reid, 1986): l'aver sfiorato la vittoria viene considerato dal giocatore come predittivo di una vincita nell'immediato futuro. Percepire di "esserci andato vicino" diviene fonte di motivazione a insistere nel gioco.
- Correlazioni illusorie: il giocatore può essere convinto che, ad esempio, tirando i dadi con maggiore energia, otterrà più probabilmente un numero elevato; con minore energia, si aspetta un numero più basso.

Un'altra visione è quella del modello comportamentista, che pone al centro il ruolo dei meccanismi di condizionamento classico e operante. Secondo questa corrente, l'abbinamento ripetuto tra il giocare d'azzardo e alcuni stimoli significativi (luoghi, persone o stati d'animo) fa sì che l'esposizione a tali stimoli sia sufficiente a produrre *craving* nell'individuo (Coriale et al., 2015). Secondo questa lettura eziopatogenetica, il gioco sarebbe una risposta comportamentale disfunzionale ad una precedente vulnerabilità individuale e una difesa da sentimenti depressivi (La Guaita & Barbieri, 2007).

Il modello biologico sostiene che, alla base di problemi di gioco d'azzardo, vi sia un'alterazione all'interno di alcuni sistemi neurotrasmettitoriali: il sistema dopaminergico, serotoninergico, noradrenergico e degli oppioidi endogeni avrebbero un funzionamento alterato (Conversano et al., 2012). Il giocatore d'azzardo presenterebbe modificazioni alla via dopaminergica, che lo porterebbero a cercare molte situazioni ad alto livello di piacere, che, a loro volta, aumenterebbero il rilascio di dopamina (Zack et al, 2009), che sarebbe dunque disponibile in quantità eccessive. Alterazioni a livello del

circuito della ricompensa porterebbero i giocatori d'azzardo a ricercare gratificazioni immediate, preferendo una ricompensa immediata, anche se minore, ad una successiva nel tempo, ma maggiore in termini quantitativi (Petry e Casarella, 1999). Il sistema serotoninergico è coinvolto nei meccanismi di regolazione di un'ampia gamma di funzioni, come l'umore, l'appetito e l'impulsività. Il malfunzionamento di questo sistema sarebbe collegato a un aumento della vulnerabilità a comportamenti impulsivi e rischiosi (Coriale et al., 2015). Infine, il sistema degli oppioidi endogeni, che gestisce le sensazioni di benessere e mitiga la percezione di dolore, sembrerebbe iperattivato nei giocatori patologici; anche questo stato conferma come una componente fondamentale del gioco d'azzardo (e delle dipendenze in generale) sia la disregolazione del circuito del piacere/ricompensa. Alcuni lavori hanno, infine, sottolineato il ruolo di mutazioni genetiche a carico dei recettori D2 della dopamina all'interno dell'eziopatogenesi del gioco d'azzardo patologico (Arias-Carrion et al., 2010).

Alcuni ricercatori hanno provato a sussumere queste tre chiavi di lettura in un unico modello interpretativo integrato. Il contributo più rilevante è quello elaborato da Sharpe, conosciuto come Modello Biopsicosociale del Gioco Patologico (Sharpe, 2002). Rispetto alle precedenti, si tratta di una differente chiave ermeneutica, secondo cui la presenza di una vulnerabilità genetica a carico dei sistemi dopaminergico, serotoninergico e noradrenergico condurrebbe ad una vulnerabilità psicologica (come la presenza di tratti impulsivi) per lo sviluppo del gioco problematico (Coriale et al., 2015). Alle componenti biologiche e psicologiche, si aggiunge la componente sociale: pensieri e cognizioni familiari o contestuali a proposito del gioco hanno un peso importante nel facilitare o scoraggiare i comportamenti di gioco. Le distorsioni cognitive e i meccanismi di condizionamento classico e operante contribuiscono al mantenimento del gioco nel tempo e allo sviluppo del suo decorso (Sharpe, 2002).

### 1.3.4 Inquadramento nosografico e comorbidità

L'attuale concettualizzazione nosografica del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è figlia di un lungo processo. Per anni la comunità scientifica ha mantenuto aperto il dibattito su quale fosse il nucleo di questo fenomeno: da una parte, molti lo inserivano nello spettro dei disturbi dell'impulsività-compulsività; dall'altra, chi lo riteneva più affine ad una forma di dipendenza. Si offre ora una rassegna storica dell'evoluzione del DGA all'interno dei più importanti strumenti di classificazione nosografica.

Il gioco d'azzardo patologico apparve per la prima volta all'interno dei manuali diagnostici nel 1977, quando l'OMS lo inserì nell'*International Classification of Diseases* (ICD-9) (Coriale et al., 2015). Pochi anni dopo, nel 1980, venne introdotto anche nella terza edizione del DSM, all'interno della sezione "Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati". In prima istanza, venne dunque considerato come un disturbo appartenente allo spettro impulsivo, legato al discontrollo degli impulsi, al pari del disturbo esplosivo intermittente, della cleptomania, della piromania e della tricotillomania (McElroy et al., 1992). Questa sua prima classificazione rifletteva la natura che in quegli anni era attribuita al *gambling*: un comportamento problematico dovuto prevalentemente a uno scarso controllo dell'impulsività, che conduceva i giocatori a prendere decisioni improvvise e rischiose. Nella successiva edizione del Manuale Diagnostico Statistico (DSM-IV; APA, 1994), esso rimase classificato nella stessa categoria dell'edizione precedente, seppur con qualche modifica nei criteri diagnostici, sotto l'etichetta di "Gioco d'Azzardo Problematico" (GAP).

Solo con l'uscita del DSM-5 (APA, 2013), il suo inquadramento nosografico ha subito un notevole cambiamento. Le molteplici analogie con le altre forme di dipendenza, a livello neurobiologico, sintomatico, di fattori di rischio, di linee di decorso e di suscettibilità al trattamento, hanno spinto la comunità scientifica ad inserirlo nella categoria dei disturbi di dipendenza (Hasin et al., 2013). Fino a pochi anni fa, dunque, il gioco d'azzardo problematico era comunemente classificato all'interno dei disturbi dell'impulsività; nessun riferimento alla dipendenza era invece presente. La quinta edizione del DSM ha rivoluzionato la sua concezione. Rispetto al DSM-IV, si riscontrano numerose differenze,

a partire dalla denominazione: avviene, infatti, il passaggio da Gioco d’Azzardo Problematico a Disturbo da Gioco d’Azzardo o *Gambling Disorder (GD)* (Rennert et al., 2014). Questo cambiamento riflette l’emergere, a livello scientifico, dell’evidenza di una somiglianza tra il *gambling* e i disturbi da uso di sostanze, in termini di effetti, sintomatologia e correlati neurofisiologici (si cita, a titolo di esempio, l’alterazione al circuito neurale del *reward*). In aggiunta, viene eliminato uno dei dieci criteri prima presenti, che faceva riferimento all’aver commesso atti antisociali; viene ridotta la soglia per la diagnosi da cinque a quattro criteri; viene specificato che il manifestarsi dei sintomi deve avvenire entro un periodo di 12 mesi; viene, come descritto in precedenza, riclassificato il gioco d’azzardo all’interno dei disturbi correlati a sostanze o da *addiction* (Stinchfield et al., 2016). Il DSM-5 definisce il *Gambling Disorder* come “Persistente e ricorrente comportamento problematico di gioco d’azzardo che comporta difficoltà o disagio clinicamente significativi” (APA, 2013) e stabilisce per la diagnosi la presenza, nell’arco di 12 mesi, di almeno quattro tra i seguenti criteri, visibili in Tabella 1.

**Tabella 1:** Criteri diagnostici DSM-5 del Disturbo da Gioco d’Azzardo (APA, 2013).

- 
1. Ha la necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l’eccitazione desiderata;
  2. Stato irritabile o irrequieto quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d’azzardo;
  3. Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d’azzardo;
  4. È spesso preoccupato per il gioco d’azzardo (ad esempio ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate di gioco d’azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere danaro con cui giocare);
  5. Spesso gioca quando si sente in difficoltà (ad esempio, prova sentimenti di disperazione, senso di colpa, ansia, depressione);
  6. Dopo aver perso soldi al gioco, spesso ritenta per cercare di vincere (per “rincorrere” le perdite);
  7. Mente per nascondere il coinvolgimento nel gioco d’azzardo;
-

- 
8. Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o un'opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo;
  9. Si affida agli altri per cercare denaro per rimediare alle disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.
- 

Esso inoltre introduce alcune specificazioni diagnostiche di decorso, gravità ed esito. La gravità clinica viene definita sulla base del numero di criteri diagnostici presenti (Coriale et al., 2015): Lieve=4 o 5 criteri presenti; Moderata=6 o 7 criteri presenti; Grave=8 o 9 criteri presenti. In linea con la versione precedente, il DSM-5 esclude la possibilità di diagnosi nel caso in cui il gioco d'azzardo si presenti all'interno di un quadro (ipo)maniacale. A sostegno della già citata tesi della somiglianza tra dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze, si segnala un'importante sovrapposizione con i criteri del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS): cinque dei nove criteri del DGA (astinenza, tolleranza, tentativi infruttuosi di fermarsi, rinuncia ad altre attività, persistenza nel comportamento nonostante i problemi) sono presenti anche nella diagnosi di DUS (Melodia et al., 2022).

L'inclusione di una dipendenza comportamentale all'interno del novero delle tossicodipendenze si è distinta come l'ultimo tassello della crisi del modello epistemologico che, fino ad allora, giaceva alla base dei comportamenti di dipendenza, ovvero quello biomedico. Questo modello, diffuso a partire dagli anni Ottanta, considerava la dipendenza una malattia del cervello (Rosenthal & Faris, 2019) e si fondava sulle scoperte dei correlati neurobiologici delle componenti di base dell'*addiction*, come il *craving* o l'astinenza. L'avvento delle dipendenze comportamentali, non correlate ad alcuna sostanza, ha reso dunque necessaria una nuova concettualizzazione della dipendenza, che, come asserito in precedenza, si definisce oggi come una patologia bio-psico-sociale. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2), redatto da Lingiardi e McWilliams (2017), propone una classificazione in linea con questi aggiornamenti: tra i "Disturbi correlati alle dipendenze", al fianco di quelle da sostanze, gli autori annoverano le "Dipendenze comportamentali". Sotto questa specifica etichetta diagnostica, rientrano il disturbo da gioco d'azzardo, la dipendenza da *internet* e la dipendenza sessuale.

Il Disturbo da Gioco d’Azzardo ha dimostrato di avere un’elevata comorbidità con alcune altre forme di psicopatologia. Per comorbidità si intende la presenza contemporanea, nello stesso soggetto, di due o più psicopatologie. Numerosi studi hanno evidenziato una relazione tra il gioco e i disturbi di personalità, specialmente quelli appartenenti al cluster B (antisociale, borderline, istrionico, narcisistico). Fernandez-Montalvo ed Echebrua (2004) affermano che la presenza di uno di questi disturbi di personalità sembra essere un importante fattore di rischio per lo sviluppo di gioco d’azzardo problematico; in particolare, il disturbo antisociale di personalità sembra essere quello più presente tra i giocatori d’azzardo (Pietrzak & Petry, 2005). Le comuni caratteristiche alla base di questi fenomeni, come l’impulsività, la ricerca di novità, la disregolazione emotiva e il *sensation seeking*, contribuiscono a spiegare tale associazione (Martinotti et al., 2006). Si configura come molto elevata anche la comorbidità con alcune psicopatologie afferenti all’area depressiva (Asse I del DSM-5): depressione maggiore, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio risultano molto più comuni all’interno della popolazione dei giocatori d’azzardo (Quigley et al., 2015). Non è chiara la direzione di tale relazione: alcuni autori sostengono che i sintomi depressivi sarebbero una conseguenza del comportamento disadattivo di gioco d’azzardo (Chinneck et al., 2016); altri, invece, li interpretano come fattori antecedenti al gioco (Dowling et al., 2017). La depressione, in ogni caso, sembrerebbe avere un’associazione con tutti i livelli di gioco d’azzardo, da quello non problematico a quello patologico (Emond et al., 2022). Il *Gambling Disorder* è stato spesso associato anche ai disturbi d’ansia. In particolare, Black e Shaw (2019) sottolineano l’esistenza di un legame con il disturbo di panico, le fobie ed il disturbo d’ansia generalizzato.

La forte presenza di tratti impulsivi, di ricerca di novità e di *sensation seeking* nei giocatori d’azzardo conduce a considerare un’altra comorbidità: i problemi di gioco spesso si affiancano ad altre forme di dipendenza; molto spesso si osservano quadri di poli-dipendenza (Gossop, 2001), dove l’individuo ha due o più oggetti di dipendenza. Questi tratti temperamentali, infatti, sono stati associati alla cosiddetta *addictive personality*, uno stile di personalità tipico sia tra i giocatori d’azzardo (problematici o non), sia tra i consumatori di sostanze psicoattive (Zilberman et al., 2018). Quella con i disturbi da uso di sostanze viene ampiamente riconosciuta dalla letteratura scientifica come la meglio documentata comorbidità con il *Gambling Disorder* (Black & Shaw,

2019). L'abuso di alcol, secondo Weltze et al. (2001), è un problema comune a circa l'1% delle persone non affette da GD. All'interno della popolazione dei giocatori d'azzardo, invece, addirittura il 28% delle persone avrebbe una dipendenza da alcol. Allargando lo sguardo all'abuso di sostanze, innumerevoli ricerche hanno rilevato tassi di abuso di droghe molto superiori tra i giocatori d'azzardo, rispetto ai non giocatori (per esempio, Barnes et al., 2011). Un dato interessante riguarda gli adolescenti: secondo Kessler e colleghi (2008), in questa fascia di età la relazione tra problemi di gioco d'azzardo e abuso di sostanze è ancora più forte che negli adulti. Tipicamente, il DUS precede l'esordio del *Gambling Disorder* (Kessler et al., 2008). A supporto di ciò, l'uso o l'abuso di sostanze, secondo Black e Shaw (2019), può portare ad un deterioramento delle capacità cognitive, che può provocare un decorso più rapido del GD. L'associazione non riguarda soltanto individui con diagnosi di GD; essa risulta valida anche per persone con generali problemi di gioco d'azzardo e per i cosiddetti *giocatori ricreativi* (Cunningham-Williams et al., 1998). Riguardo ai motivi di questa compresenza, Lesieur e Blume (1991) in uno studio pilota su soggetti affetti da poli-dipendenza, sostengono che il gioco d'azzardo potrebbe inserirsi come tentativo di sostituire la dipendenza da alcol o sostanze, sospinto dalla sensazione euforica e dall'alleviamento della disforia tipici del giocare d'azzardo.

Un'ultima importante comorbidità da sottolineare, soprattutto riguardante gli adolescenti, è quella con il Disturbo da Gioco su *Internet*. I due fenomeni mostrano numerose similitudini strutturali: a livello psicologico, di tratti di personalità, di comportamenti messi in atto e di problematiche di salute correlate (Marmet et al., 2019). Si è inoltre riscontrato che la prevalenza del Disturbo da Gioco d'Azzardo aumentava all'aumentare del livello di gravità del Disturbo da Gioco su *Internet*, e viceversa. Adolescenti con Disturbo da Gioco d'Azzardo hanno dunque una probabilità molto maggiore di sperimentare anche un Disturbo da Gioco su *Internet* (Lehmann et al., 2017).

### **1.3.5 Diffusione e prevalenza**

A livello globale, la dimensione del fenomeno gioco d'azzardo appare differente tra le varie regioni del pianeta. Calado e Griffiths (2016) hanno svolto una revisione sistematica sugli studi empirici condotti in tutto il mondo sul gioco d'azzardo, nel periodo tra il 2000 ed il 2015. Nonostante le difficoltà a confrontare i vari campioni, vista la variabilità degli

strumenti utilizzati, gli autori hanno concluso che circa l'1-6% degli individui soddisfa i criteri diagnostici per il Disturbo da Gioco d'Azzardo, con percentuali più elevate in Nord America, Asia ed Europa e con tassi di prevalenza inferiori in Oceania e Africa (Calado & Griffiths, 2016).

In Italia, una ricerca epidemiologica sul rischio di gioco d'azzardo, condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Centro Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) indica che circa 17 milioni di persone hanno giocato somme di denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista; di questi oltre 5,5 milioni sono giovani adulti tra i 15 e i 34 anni (Pacifici et al., 2018). In termini percentuali, i risultati inseriscono circa il 15% della popolazione ad un basso rischio di sviluppare comportamenti di gioco d'azzardo, il 4% ad un livello di rischio moderato e l'1,6% ad un livello di gioco problematico. Gli uomini sono più presenti rispetto alle donne nei livelli di rischio moderato e problematico: secondo Coriale et al. (2015), il giocatore patologico è di sesso maschile nell'86% dei casi. Diversi contributi indicano che, negli ultimi decenni, la tendenza riguardo la proporzione di giocatori con profilo di gioco problematico ha avuto un lieve, ma costante, incremento (Benedetti et al., 2016). La mole di denaro investito in gioco d'azzardo, a livello complessivo, appare impressionante: ogni anno in Italia vengono spesi circa 80 miliardi di euro nel gioco (Coriale et al., 2015), pari a circa il 4,5% del PIL italiano. Le tipologie di gioco in cui viene investito più denaro sono le *slot machine*, seguite dal Gratta e Vinci, dal lotto, dalle scommesse sportive e, infine, dal bingo (Coriale et al., 2015).

Il dato forse più interessante riguarda la prevalenza di problematiche legate al gioco distinta per fasce di età: se nella popolazione adulta viene stimato un 2,2% di giocatori problematici e un 5,8% di giocatori a rischio, in adolescenza e in giovane età adulta (15-24 anni) il 2,3% rientra nella fascia problematica e il 6,9% in quella a rischio. Se si considera una fascia di popolazione ancora più ristretta, ovvero quella compresa tra i 15 e i 19 anni, i dati ESPAD (2022) mostrano come il comportamento di gioco problematico e quello a rischio siano presenti, rispettivamente, in circa il 2,7% e il 5,1% degli intervistati (ESPAD, 2022): sommando tali frequenze relative, si può osservare che circa 1 studente su 13 (il 7,8%) presenta livelli di gioco d'azzardo a rischio o problematico. I giocatori problematici risultano quindi presenti in percentuali maggiori all'interno della popolazione giovane. In particolare, se si osserva solo la componente maschile del

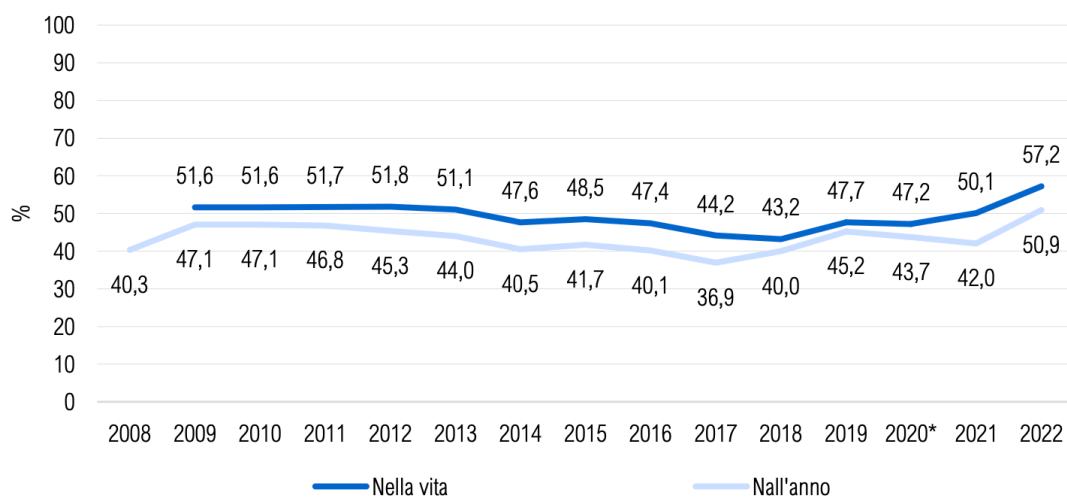


campione, la percentuale cumulativa sale all'11%: circa il 4% degli adolescenti maschi gioca d'azzardo a un livello problematico e circa il 7% lo fa a un livello a rischio (ESPAD, 2022).

Questa tendenza è confermata da analisi condotte a livello nazionale su un campione rappresentativo della popolazione. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga, nella sua relazione al Parlamento sul fenomeno delle (tossico)dipendenze in Italia del 2023, ha evidenziato che il 57% (M=63%; F=51%) degli studenti tra i 15 e i 19 anni (pari a quasi 1 milione 500 mila ragazzi) afferma di aver giocato d'azzardo nella propria vita e il 51% (M=57%; F=44%) afferma di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno. Osservando il *trend* degli ultimi anni, emerge che entrambi i valori sono i più alti mai registrati. Come si può osservare in Figura 1, dal 2018 la prevalenza di gioco nella vita e nell'ultimo anno è in progressivo aumento, fatta eccezione per il 2020, anno dell'esplosione della pandemia di Covid-19, dove si registra un lieve calo.

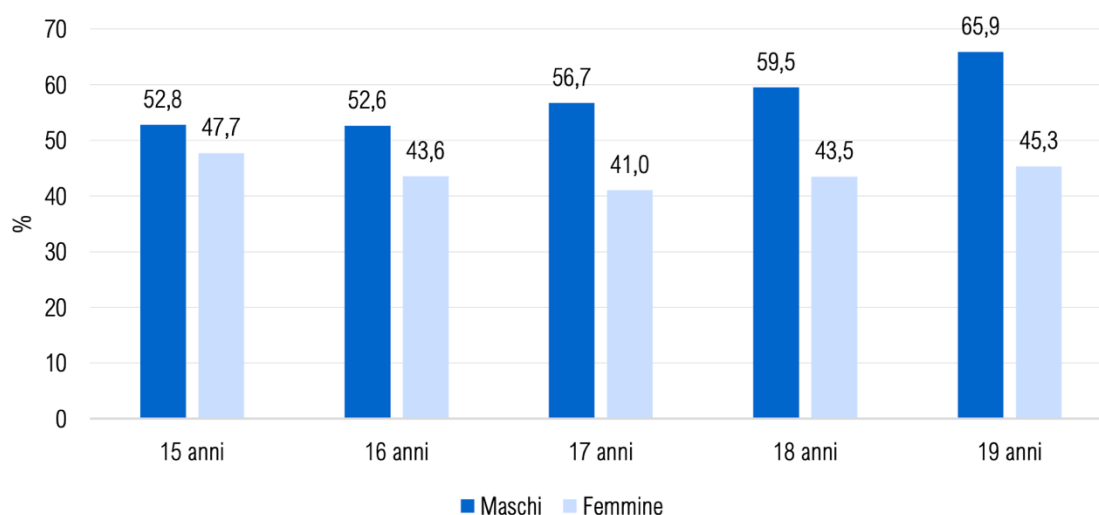
Considerando variabili come genere ed età, si osserva come al crescere dell'età aumentano le prevalenze di gioco, passando dal 50% tra i quindicenni al 56% tra i diciannovenni, con percentuali sempre più elevate tra i ragazzi (Figura 2).

**Figura 1.** Diffusione del gioco d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno tra gli adolescenti italiani: trend percentuale. Anni 2008-2022.



Fonte: Biagioni, Fizzarotti & Molinaro. Report ESPAD (2022), p. 235.

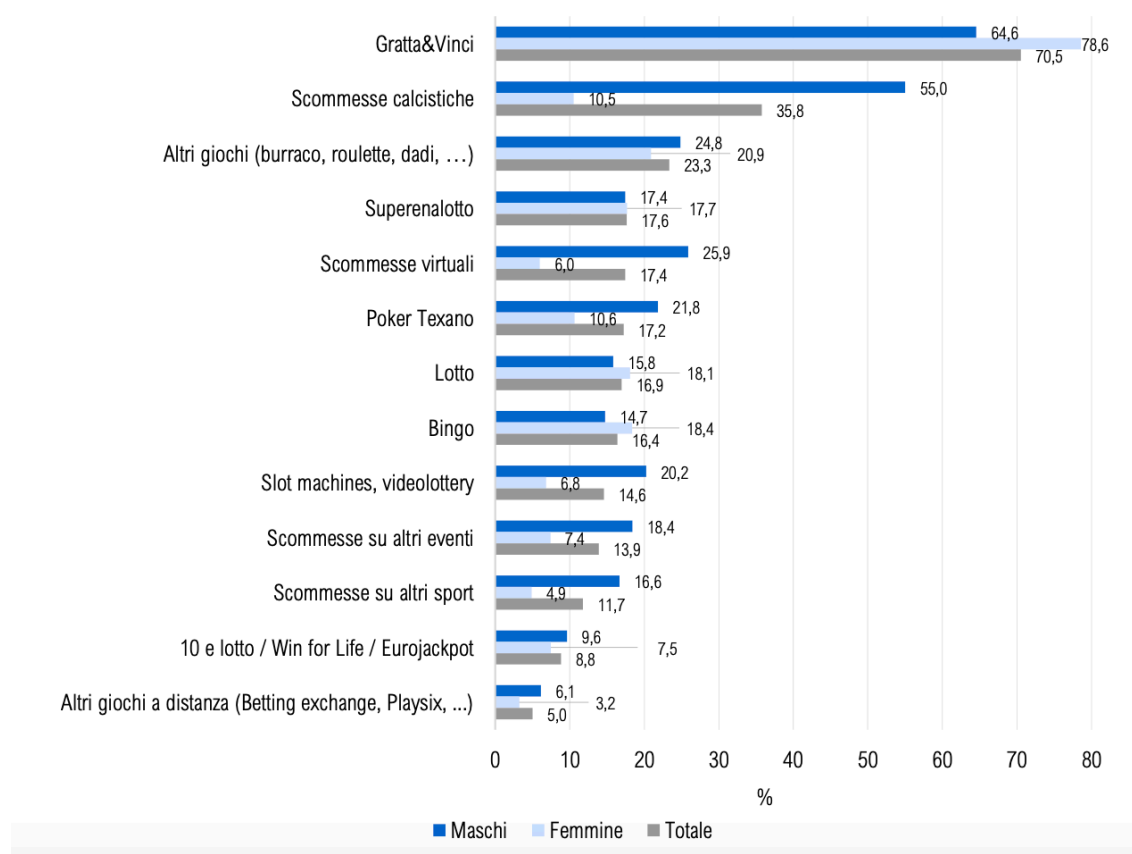
**Figura 2.** Gioco d'azzardo nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022.



Fonte: Biagioni, Fizzarotti & Molinaro. Report ESPAD (2022), p. 236.

Riguardo alle preferenze di gioco degli adolescenti, la tipologia di gioco d'azzardo maggiormente praticato è il Gratta & Vinci (71%); a seguire, le scommesse calcistiche (36%) e altri giochi quali *roulette* e dadi (23%). Rispetto alle coetanee, i ragazzi giocano in percentuale maggiore a quasi tutti i giochi analizzati, in particolare alle scommesse calcistiche e alle scommesse virtuali. Fanno invece eccezione i Gratta & Vinci e le lotterie (Lotto, Superenalotto e Bingo), preferiti dalle studentesse (Figura 3). Come verrà discusso in seguito, è possibile notare una chiara differenza di genere nelle preferenze di gioco: mentre i maschi sono più attratti dalle forme di azzardo che comprendono una qualche forma di strategia o di scommessa, le femmine tendenzialmente prediligono modalità di gioco orientate sulla fortuna (Figura 3).

**Figura 3.** Tipologie di gioco d'azzardo preferite dagli adolescenti, divise per genere. Anno 2022.



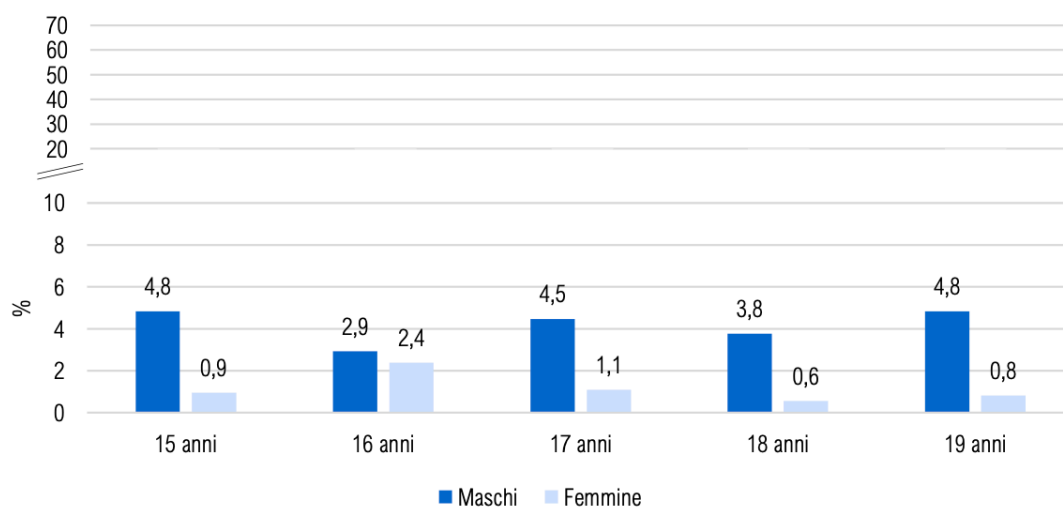
Fonte: Biagioni, Fizzarotti & Molinaro. Report ESPAD (2022), p. 238.

A proposito del gioco *online*, la tendenza è abbastanza stabile negli ultimi anni. I giochi maggiormente praticati *online* sono totocalcio e scommesse sportive (47%), soprattutto dai ragazzi (55%; F=16%). Seguono altri giochi di casinò virtuali, come *roulette* e dadi (28%), scommesse virtuali (27%) e *slot machine/videolottery* (25%). La maggior parte dei giocatori *online* gioca presso la propria abitazione (60%), il 44% a casa di amici, il 25% a scuola, il 21% in luoghi pubblici chiusi, il 19% presso luoghi pubblici aperti come piazze e parchi e il 6,4% sui mezzi di trasporto. Lo strumento maggiormente utilizzato per giocare *online* è lo *smartphone* (74%) seguito da *computer* (34%), *tablet* (12%), *console* (6,7%) e televisione (2,4%). Il 60% dei giocatori utilizza un *account* personale, il 30% quello di un amico o di un conoscente maggiorenne, il 13% quello di un genitore e il 6,7% quello di fratelli o sorelle maggiorenni.

Tramite il questionario SOGS-RA, sono stati osservati i livelli di rischio di gioco d'azzardo. È emerso che il 2,7% (M=4,1%; F=1,2%) degli adolescenti gioca d'azzardo ad un livello problematico e il 5,1% (M=6,9%; F=3,3%) lo fa ad un livello a rischio. Tra questi individui, la percezione del rischio del gioco d'azzardo è minima, se non nulla. Le differenze di genere appaiono evidenti, con un picco tra gli adolescenti di 15 e di 19 anni, dove la percentuale di studenti con un profilo di gioco d'azzardo problematico è circa sei volte superiore tra i maschi rispetto alle femmine (Figura 4). Secondo la rilevazione ESPAD 2021, svolta su un campione rappresentativo di studenti tra i 15 e i 19 anni, i dati sarebbero ancora più significativi: il 6,6% degli studenti giocatori presenta un profilo di gioco problematico (M=9,2%; F=3,0%), mentre il 10,8% un profilo a rischio di sviluppare problematicità (M=13,6%; F=7,3%) (ESPAD, 2021).

In conclusione, sebbene il Disturbo da Gioco d'Azzardo venga spesso considerato come una problematica che coinvolge maggiormente gli adulti, in realtà la prevalenza risulta più significativa tra gli adolescenti, sia a livello nazionale, sia a livello globale (Melodia et al., 2022; Calado et al., 2017). Le più recenti stime di prevalenza stimano che circa il 12,3% dei giovani, a livello internazionale, mostra problemi di gioco (Calado et al., 2017). In riferimento al nostro contesto, va sottolineato che l'Italia risulta il terzo paese in Europa per diffusione di gioco d'azzardo tra gli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni (ESPAD, 2022).

**Figura 4.** Gioco d'azzardo problematico per genere ed età. Anno 2022.



Fonte: Biagioni, Fizzarotti & Molinaro. Report ESPAD (2022), p. 244.

### 1.3.6 Differenze di genere

Il gioco d'azzardo è un'attività generalmente più praticata dagli uomini che dalle donne. Di conseguenza, i tassi di giocatori problematici sono maggiori nella popolazione maschile. Tuttavia, negli ultimi decenni si è osservata una progressiva diminuzione di tale *gender gap*: negli anni '80 il rapporto tra uomini e donne coinvolti in problemi di gioco d'azzardo era di circa 5 a 1; attualmente, in Italia e in Europa si stima un rapporto di circa 2 a 1, con un terzo di giocatrici e due terzi di giocatori sul totale (Bellio & Croce, 2014). Tuttavia, nonostante questi dati, va sottolineato che, tra gli individui di genere femminile che giocano d'azzardo ad un livello problematico, solo una minor parte si rivolge ai servizi e viene presa in carico (Serpelloni & Rimondo, 2012), a causa di una maggiore reticenza alla richiesta d'aiuto. Il sintomo-gioco d'azzardo viene sottovalutato, ignorato o negato, a causa della presenza di numerosi fattori ostacolanti, come il rischio di colpevolizzazione da parte dei familiari o la carenza di strutture a misura di donne sul territorio (Bellio & Croce, 2014). Il dato potrebbe dunque essere sottostimato. In ogni caso, si assiste ad un coinvolgimento sempre più consistente del mondo femminile nel gioco d'azzardo; a ciò consegue anche un aumento dei tassi di problemi di gioco

d'azzardo (Bellio & Croce, 2014). Tuttavia, i tassi di prevalenza nella popolazione maschile si confermano maggiori, soprattutto in adolescenza. In questa fascia di età il sesso maschile è riconosciuto come importante predittore del gioco d'azzardo a rischio moderato e problematico (Bastiani et al., 2013). In Figura 4 è possibile osservare i tassi di prevalenza dei giocatori d'azzardo problematici adolescenti in Italia negli ultimi anni, divisi per genere. I giocatori problematici maschi risultano sempre circa tre volte più numerosi delle giocatrici femmine. Altri contributi offerti dalla letteratura scientifica confermano questa tendenza (Melodia et al., 2022; dati ESPAD, 2022).

Oltre ai dati di prevalenza, sono state rilevate numerose altre differenze di genere. L'esordio del Disturbo da Gioco d'Azzardo, ad esempio, avviene tipicamente in adolescenza per i maschi e in età adulta per le femmine, per cui si osserva un'insorgenza media intorno ai trent'anni. La letteratura è concorde nell'affermare che le donne iniziano a giocare più tardi degli uomini, ma sviluppano più rapidamente problemi legati al gioco (Nelson et al., 2009; Bellio & Croce, 2014). Questo fenomeno viene definito *effetto telescopico* (Piazza et al., 1989) e si configura come una più rapida progressione del sintomo, dopo un esordio più tardivo. Diverse sono anche le preferenze di gioco: i maschi prediligono giochi più strategici, orientati all'azione e alla ricerca di sensazioni, come le scommesse sportive o il *poker* (Nower & Blaszczyński, 2006). Al contrario, le femmine preferiscono forme non strategiche di gioco d'azzardo, più basate sulla fortuna e maggiormente orientate alla fuga (Bellio & Croce, 2014), come, ad esempio, il Lotto, il bingo, i Gratta & Vinci o le *slot machines*.

Le motivazioni al gioco, per i maschi, afferiscono più a forme di *enhancement* (Steward & Zack, 2008): si gioca per ricerca di eccitazione o di emozioni positive; le femmine, al contrario, accedono al gioco d'azzardo spesso utilizzandolo come strategia di *coping* disfunzionale per fuggire da stati emotivi negativi, come l'ansia, la depressione o lo stress. Esso diventa quindi una sorta di modulatore dell'umore, che aiuta a gestire una sofferenza psichica che sembra inaffrontabile.

In precedenza, si sono affrontate le principali comorbidità del gioco d'azzardo problematico. In questa sede, è opportuno richiamarne alcune per mettere in luce le

differenze di genere a riguardo. Nelle femmine che giocano d'azzardo si rileva spesso un alto *distress* psicologico, un'elevata comorbidità con altre forme di dipendenza (soprattutto, tabacco e *alcol*) e con i disturbi d'ansia e dell'umore, in particolare la depressione (Donati et al., 2020; Giustina et al., 2013). Le giocatrici, inoltre, hanno una maggiore probabilità di ricorrere a ideazione suicidaria e di mettere in atto atti suicidari in relazione al gioco (Giustina et al., 2013) e una minore associazione con disturbi o tipologie di personalità antisociali (Blanco et al., 2009). Dall'altro lato, nei maschi si registrano elevati livelli di impulsività, con conseguente comorbidità con i disturbi del controllo degli impulsi; comportamenti aggressivi; una tendenza all'abuso di sostanze (soprattutto tabacco e *alcol*) maggiore rispetto alla popolazione femminile (Black & Shaw, 2019); un'associazione con alcuni disturbi di personalità, in particolare quello antisociale (McCormack et al., 2014; Grant & Potenza, 2004).

In conclusione, riprendendo Lavanco e Varveri (2006), è possibile osservare una somiglianza tra la categorizzazione proposta dai due autori e i profili di giocatori maschili e femminili ivi descritti. Più nello specifico, i cosiddetti *giocatori per fuga* sono più assimilabili alle tipicità femminili, mentre i *giocatori per azione* a quelle maschili. Aggiungendo il modello di Blaszczynski e Nower (2002), si può affermare che le caratteristiche femminili del gioco d'azzardo si sovrappongono spesso alla tipologia *giocatori con vulnerabilità emotiva*, mentre quelle maschili afferiscono più al percorso dei *giocatori con tratti antisociali*.

### **1.3.7 Fattori di rischio e conseguenze negative**

Per fattori di rischio si intendono quelle caratteristiche, individuali e contestuali, associate ad un aumento della probabilità di sviluppare una condizione psicopatologica. Sono inquadrabili in tre categorie di vulnerabilità: fattori individuali, fattori ambientali e fattori legati ai media (Lee et al., 2019). Tali fattori possono essere specifici o aspecifici (Bellio & Croce, 2014).

Tra i fattori di rischio individuali si annoverano istanze biologiche, psicologiche, cognitive e temperamentali. A livello biologico, un fattore aspecifico di vulnerabilità è la presenza in famiglia di quadri psicopatologici o di dipendenza, specialmente nei genitori

o nei fratelli o sorelle (Slutske, 2019). Più diretto è l'impatto del genere maschile, principale fattore di rischio associato allo sviluppo di problemi di gioco d'azzardo (Hugget et al., 2021). La giovane età è un rilevante aspetto di vulnerabilità. A livello temperamentale, l'impulsività è il più potente predittore del gioco d'azzardo; risultano altresì rilevanti i contributi di un temperamento impaziente, la tendenza a distrarsi facilmente, scarse capacità di pianificazione e di autocontrollo. Alcuni aspetti clinici individuali possono favorire l'emergere e il persistere di un Disturbo da Gioco d'Azzardo. Tra questi, la presenza di disturbi dell'umore, ansiosi, del controllo degli impulsi, di sintomi ADHD o di dipendenze da sostanze (Melodia et al., 2022) possono configurarsi come acceleratori prognostici e determinare un maggior livello di gravità dei sintomi del gioco d'azzardo. Va però specificato che, come già accennato, il rapporto tra questi elementi e i problemi di gioco d'azzardo è di natura bidirezionale: a volte è il *gambling* a condurre allo sviluppo di problematicità di tipo depressivo o ansioso. Diagnosi di disturbi di personalità, specialmente di tipo antisociale, *borderline* o narcisistico, sono correlate allo sviluppo di problemi di gioco. Non sono solo i quadri psicopatologici di personalità a facilitare il gioco d'azzardo: alcuni ricercatori hanno identificato in tratti di personalità come l'estroversione, la ricerca di sensazioni e la propensione al rischio possibili fattori di vulnerabilità; lo stesso vale per gli stili cognitivi disadattivi di *coping*. Considerando il piano biologico, carenze a livello neurotrasmettitoriale e alterazioni recettoriali (Bellio & Croce, 2014), oltre che mutazioni genetiche a carico dei recettori D2 della dopamina (Arias-Carrion et al., 2010), rientrano tra i fattori di rischio per il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

I fattori di rischio ambientali includono il contesto familiare, la relazione tra pari, aspetti di *marketing* e politiche nazionali di welfare (Melodia et al., 2022). Per gli adolescenti, la principale area di rischio ambientale è costituita dal contesto familiare, più precisamente dalla relazione genitore-figlio (Lee et al., 2014). Stili genitoriali disfunzionali, come comportamenti di scarso monitoraggio, scarsa comunicazione genitore-figlio o pratiche disciplinari incostanti e caotiche, costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti di gioco d'azzardo problematico (Lee et al., 2014; Lussier et al., 2014). Bassi livelli di controllo parentale emergono come uno dei principali fattori di rischio (Molinaro et al., 2014; Canale et al., 2016). In aggiunta, a generare una possibile vulnerabilità possono essere anche aspetti di familiarità, come la presenza in famiglia di



genitori o fratelli con una storia di problemi di gioco d'azzardo o di abuso di sostanze; oppure, ad un livello più strutturale, l'esistenza di caratteristiche sociodemografiche, come un basso *status* socioeconomico, l'appartenenza a minoranze etniche, la presenza di debiti a livello familiare (Hodging et al., 2011).

Centrale per gli adolescenti è il ruolo del gruppo dei pari: Scholes-Balog e colleghi (2016) mettono in rilievo che trascorrere del tempo con amici con problemi di dipendenza (comportamentale o da sostanze) o con comportamenti antisociali o a rischio sembrerebbe aumentare la probabilità di sviluppare livelli problematici di gioco d'azzardo. Allo stesso tempo, difficoltà scolastiche o accademiche, scarso rendimento ed elevato numero di assenze da scuola si associano ad un più elevato rischio di gioco d'azzardo (Fröberg et al., 2015). Da tenere in considerazione è anche l'impatto delle politiche di *welfare* e degli aspetti di *marketing*: un minore investimento sulla prevenzione sociale conduce a esiti più negativi sulla salute delle persone (Sarti et al., 2013). Il gioco d'azzardo problematico può essere considerato un problema sociale (Canale et al., 2017): la disuguaglianza socioeconomica è un fattore di rischio per il *gambling*. È stato, infatti, osservato che, in Italia, la residenza in regioni più svantaggiate a livello di reddito medio aumenta il rischio per gli adolescenti di sviluppare gioco d'azzardo a rischio o problematico (Gori et al., 2015; Canale et al., 2017).

L'ultima categoria di fattori di rischio per il gioco d'azzardo è quella legata alle caratteristiche strutturali dei media. Il gioco *online* è associato ad una tendenza a spendere più denaro (Canale et al., 2016) e a maggiori livelli di gravità del gioco (Potenza et al., 2011). Inoltre, effetti audio e video, come la presenza di un ritmo musicale veloce, ha un'importante influenza sulla velocità delle scommesse messe in atto (Dixon et al., 2007). Rilevante è anche il ruolo della disponibilità e della vicinanza fisica di opportunità di gioco d'azzardo alla propria abitazione, oltre che l'intensità di strategie commerciali di *gambling marketing* (come pubblicità o tecniche induttive che illudono l'individuo ad una facile vincita) nel proprio contesto (Bellio & Croce, 2014).

Sempre Bellio e Croce (2014) identificano alcuni acceleratori prognostici che possono velocizzare il passaggio da un gioco non problematico ad uno stadio problematico. Tra questi, l'avvicinamento precoce, durante l'adolescenza, all'azzardo; una grossa vincita

iniziale; la presenza nella storia dell'individuo di eventi stressanti, come lutti o malattie; comportamenti antisociali di delinquenza o uso di sostanze; *bias* cognitivi, come la confusione tra i concetti di possibilità e casualità.

Tutti questi fattori di rischio, soprattutto se fra loro combinati, aumentano la probabilità di un avvicinamento ai problemi di gioco e di uno sviluppo di quadri problematici ad esso legati. In caso di presenza di un Disturbo da Gioco d'Azzardo, numerose conseguenze negative ricadono sulla vita dell'individuo, a livello personale, relazionale e sociale. Potrebbe verificarsi una compromissione dei rapporti familiari e sociali, dei significativi problemi economici, un aumento di condotte criminali (Adolphe et al., 2019), di sentimenti di disperazione associati al rischio di suicidio (Black et al., 2015), o una propensione allo sviluppo di malattie croniche, come ipertensione o obesità.

Le conseguenze negative, oltre che sull'individuo, possono ricadere anche sul contesto familiare e sociale che lo circonda: alcuni studi hanno osservato ansia e depressione ad un livello subclinico tra i membri della famiglia, al fianco di sentimenti negativi come paura, rabbia, perdita di sicurezza, senso di colpa, disperazione e incertezza (Mathews & Volberg, 2013). Il Disturbo da Gioco d'Azzardo stravolge le dinamiche familiari, modificando la struttura preesistente e impattando sulle figure genitoriali ed eventuali *siblings*; inoltre, può causare notevoli problemi finanziari alla famiglia (Melodia et al., 2022). Ad essere colpito, oltre a quello familiare, è l'intero campo relazionale del giocatore patologico: amici, colleghi ed eventuali *partner* perdono la fiducia verso il giocatore e tendono ad allontanarsi, in maniera temporanea ma anche permanente (Bonnaire & Phan, 2017).

### **1.3.8 Fattori di protezione**

Per fattori di protezione si intendono tutte quelle condizioni associate ad una diminuzione della probabilità di sviluppare problemi, in questo caso relativi al gioco d'azzardo in adolescenza, indipendentemente dall'esposizione a fattori di rischio (Dowling et al., 2017; Lussier et al., 2014). Questi fattori possono contrastare i fattori di rischio e modularne l'impatto; a livello statistico, sono associati ai problemi di gioco d'azzardo da un effetto di tipo negativo (Lussier et al., 2014): all'aumentare dell'uno, l'altra variabile diminuisce. Si possono distinguere due classi di fattori protettivi: alla prima afferiscono

le caratteristiche individuali della persona, alla seconda le caratteristiche extra-individuali o ambientali. Passando in rassegna i connotati individuali, la letteratura scientifica identifica il genere femminile, i bassi livelli di impulsività, la presenza di strategie di *coping* adattive e di una buona capacità di automonitoraggio e la comprensione dei concetti di causalità e probabilità come i fattori di protezione più significativi (Dowling et al., 2017; Shead et al., 2010). Va, altresì, segnalato anche il ruolo di costrutti come l'intelligenza emotiva, la competenza sociale, il benessere percepito e l'autostima che, se presenti in buoni livelli nell'individuo, contribuiscono a mitigare l'impatto dei fattori di rischio (Dowling et al., 2017; Lussier et al., 2007).

Relativamente alle caratteristiche extra-individuali o ambientali, alcuni comportamenti genitoriali sembrano avere un importante effetto protettivo dal gioco d'azzardo problematico tra gli adolescenti. Alcuni autori, infatti, hanno riscontrato che il monitoraggio dei genitori, l'impostazione di regole precise e condivise e il supporto familiare, inteso come capacità empatica, vicinanza affettiva e calore emotivo, ma anche come supporto informativo, risultano i fattori di protezione che contrastano maggiormente lo sviluppo di problemi di gioco d'azzardo in adolescenza (Dowling et al., 2017; Floros et al., 2013). A questi si affiancano la coesione familiare, una buona comunicazione familiare, la conoscenza genitoriale dei comportamenti a rischio, il sostegno ed il supporto sociale, l'impegno scolastico, il coinvolgimento in attività ed appartenenze extra-scolastiche, l'aver relazioni supportive con il gruppo dei pari e un buono *status* socioeconomico; tutti fattori associati a punteggi più bassi di problemi di gioco d'azzardo (Dickson et al., 2008; Dowling et al., 2017). Ai fini della ricerca oggetto di questo lavoro di tesi, è importante sottolineare la rilevanza assunta dai comportamenti genitoriali di monitoraggio, struttura e calore nel mitigare la probabilità di sviluppo di problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti.

## CAPITOLO 2

### **Gioco d'azzardo, impulsività e comportamenti genitoriali**

Dopo aver presentato una panoramica sul fenomeno del gioco d'azzardo in adolescenza, in questo capitolo si offre un approfondimento di alcuni costrutti, individuali e contestuali, ad esso comunemente associati. Si tratta dell'impulsività e di alcuni comportamenti genitoriali; questi fenomeni, in base ai livelli della loro presenza o assenza nell'individuo, possono configurarsi come possibili fattori di rischio o di protezione per il gioco d'azzardo. Inoltre, si rivelano particolarmente centrali durante l'adolescenza, dal momento che, in questo periodo di vita, i comportamenti impulsivi, l'assunzione di condotte rischiose ed il confronto con le figure genitoriali risultano istanze fondamentali per l'adolescente. Si passeranno, quindi, in rassegna i contributi della letteratura scientifica relativi alle associazioni tra i tratti impulsivi, i comportamenti genitoriali ed il gioco d'azzardo, per concludere con un approfondimento sugli studi che hanno considerato la relazione tra i comportamenti dei genitori e l'impulsività nell'adolescente. Da ultimo, sulla base di tali evidenze empiriche, verranno esposti gli obiettivi e le ipotesi di ricerca di questo lavoro di tesi.

#### **2.1 Impulsività e Gioco d'azzardo**

L'impulsività è stata definita come una tendenza ad agire in maniera non lungimirante né appropriata per la situazione; i suoi tratti distintivi sono la scarsa considerazione delle possibili conseguenze delle proprie azioni e l'assenza di pianificazione (APA, 2013). Un individuo con elevata impulsività si comporta in maniera imprudente e ignora le conseguenze negative per sé stesso o per gli altri. L'impulsività è riconosciuta in ambito clinico come un tratto trans-diagnostico comune a molte forme di psicopatologia (Moeller et al., 2001). Come già accennato nel capitolo precedente, numerose ricerche riportano la sua associazione con i problemi di gioco d'azzardo e con il Disturbo da Gioco d'Azzardo (per esempio, APA, 2013; Blaszczynski & Nower, 2002; Griffiths et al., 2016; Lai et al., 2011; Marazziti et al., 2014). Inoltre, essa si manifesta in misura maggiore durante il periodo dell'adolescenza: risulta evidente che l'impulsività, in media, aumenti dall'infanzia all'adolescenza, dove mostra il suo picco, per poi diminuire lentamente con l'età adulta (Rosenbaum & Hartley, 2019). Gli elevati livelli impulsivi durante

l'adolescenza sembrerebbero essere legati, in termini neurobiologici, all'iper-responsività dell'area ventrale dello striato, deputata ai processi di pianificazione, di modulazione dei movimenti e di gestione di stimoli nuovi o associati alla ricompensa (Sherman et al., 2018). La comprovata associazione con i problemi di gioco d'azzardo e con l'adolescenza rendono necessario un approfondimento su questo fenomeno.

Durante l'adolescenza, i processi di presa di decisione sono qualitativamente molto diversi da quelli degli adulti (Jacobs & Klaczynski, 2002). L'adolescente, in cammino verso l'indipendenza, sperimenta più spazi di autonomia ed amplia il suo comportamento esplorativo; ciò è anche dovuto all'importante ristrutturazione neurobiologica del sistema della ricompensa, che avviene in questo periodo di vita (Koob & Volkov, 2016; Kuss & Griffiths, 2012). Al fianco dell'istanza esplorativa, negli adolescenti si osserva comunemente una maggiore propensione verso azioni rischiose che comportano potenziali conseguenze negative (Rosenbaum & Hartley, 2019) e scelte miopi, che danno priorità alla ricompensa immediata (Petry & Casarella, 1999). Il processo di presa di decisione dell'adolescente può dunque essere impulsivo e propenso al rischio. Non a caso, in questa fascia di età si osservano i tassi più elevati di comportamenti criminali, *self-harming* e atti suicidari (Steinberg, 2013). Tale propensione al rischio sembra derivare da una serie di cambiamenti neurali e cognitivi, che investono l'individuo a partire dalla sua pubertà. Oltre alla, già citata, modificazione del sistema della ricompensa, iper-responsivo e affamato di gratificazioni immediate, un altro sistema sembrerebbe predisporre a comportamenti impulsivi: si tratta del sistema serotonergico, coinvolto nei meccanismi di regolazione di un'ampia gamma di funzioni, come l'umore, l'appetito e l'impulsività (Conversano et al., 2012; Coriale et al., 2015). In adolescenza, il malfunzionamento di questo sistema sarebbe collegato ad un aumento della vulnerabilità a comportamenti impulsivi (Coriale et al., 2015).

Quando si fa riferimento all'impulsività, tuttavia, non si ha a che fare con un fenomeno unitario. L'impulsività è un costrutto multidimensionale, che svolge un ruolo di primo piano nello sviluppo e nel mantenimento di una dipendenza (D'Orta et al., 2015; Mestre-Bach et al., 2020). Il modello UPPS-P dell'impulsività (Whiteside & Lynam, 2001; Cyders & Smith, 2007), attualmente tra i più accreditati, ne distingue cinque componenti:

Urgenza Positiva, Urgenza Negativa, Mancanza di Perseveranza, Mancanza di Premeditazione e Ricerca di Sensazioni (D'Orta et al., 2015). Questo modello, che è stato concepito facendo riferimento al modello di personalità dei cinque fattori (Whiteside & Lynam, 2001), evidenzia l'importanza di considerare separatamente i tratti impulsivi, a causa della loro specificità: ciascuno di essi, infatti, corrisponde a diversi comportamenti a rischio (Um et al., 2018). Praticamente tutte queste cinque dimensioni detengono una certa rilevanza clinica, risultando associate a diverse forme di psicopatologia, afferenti perlopiù allo spettro esternalizzante (per esempio, i disturbi da uso di sostanze) e al versante dei disturbi depressivi (Johnson et al., 2017). In particolare, le due componenti di Urgenza Positiva e Negativa emergono come i fattori di rischio più significativi, predicendo il possibile sviluppo di dipendenza da sostanze, da fumo, da *internet* (D'Orta et al., 2015).

Più nel dettaglio, per Urgenza Negativa si intende la tendenza ad agire in modo avventato mentre si sperimentano forti emozioni negative; al contrario, l'Urgenza Positiva è la tendenza ad agire in modo avventato mentre si sperimenta una forte emozione positiva. Questa dimensione è stata aggiunta successivamente alle altre quattro. Procedendo, la Mancanza di Premeditazione è la disposizione ad agire in mancanza di una previa riflessione, mentre per Mancanza di Perseveranza si intende la tendenza ad annoiarsi e ad interrompere un compito senza portarlo a termine. La Ricerca di Sensazioni, infine, è la tendenza a cercare esperienze eccitanti, nuove e rischiose (Um et al., 2018).

Come già affermato, il Disturbo da Gioco d'Azzardo e i problemi di *gambling* sono associati ad elevati livelli di impulsività (Cosenza & Nigro, 2015). Mestre-Bach e colleghi (2020) hanno confrontato i punteggi di impulsività di un gruppo di individui con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo con quelli di un gruppo di controllo. Gli autori hanno riscontrato che nel gruppo clinico sono stati osservati livelli più elevati in tutte le cinque dimensioni impulsive (Mestre-Bach et al., 2020). L'Urgenza Positiva e la Mancanza di Perseveranza sono emersi come i predittori associati a maggior gravità di gioco d'azzardo, insieme alla Ricerca di Sensazioni (Mestre-Bach et al., 2020). D'altro canto, secondo questi autori, l'Urgenza Negativa sembrerebbe essere legata al mantenimento del gioco d'azzardo, più che alla sua gravità; essa, inoltre, è risultata la dimensione maggiormente

associata al *delay discounting* (Mestre-Bach et al., 2020), alla probabilità di ricadute nel gioco (Mallorquí-Bagué et al., 2019) e, secondo altri autori, anche alla gravità del gioco d'azzardo (Saviddou et al., 2017). Riguardo alla Mancanza di Perseveranza, Mallorquí-Bagué e colleghi (2019) l'hanno identificata come principale predittore della tendenza all'abbandonare il trattamento. L'Urgenza Positiva, infine, è risultata associata ai problemi di gioco d'azzardo sia *online* sia *offline* (Willie et al., 2022). Questi dati sono supportati da diversi altri studi, che hanno evidenziato come il giocatore d'azzardo problematico dimostri punteggi elevati nelle dimensioni dell'impulsività, soprattutto nelle scale di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza (Billieux et al., 2012).

Riassumendo, l'associazione tra impulsività e problemi di gioco d'azzardo è stata confermata sia in campioni clinici, sia in campioni non clinici (Estevez et al., 2015; Marmurek et al., 2014). In aggiunta, si può affermare che l'impulsività ha un'influenza sulla gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Mestre-Bach et al., 2020; Saviddou et al., 2017; Marazziti et al., 2014). In linea con questa evidenza, va sottolineato che l'impulsività, soprattutto nella sua dimensione di Ricerca di Sensazioni, è associata alla *addictive personality*, già descritta nel precedente capitolo come uno stile di personalità tipico dei giocatori d'azzardo e dei consumatori di sostanze (Zilberman et al., 2018). Un altro contributo (Lai et al., 2011), dopo aver ribadito ancora una volta la stretta relazione presente tra problemi di *gambling* e impulsività, chiarisce che il gioco d'azzardo patologico è associato all'impulsività di tratto, ma non di stato. In altre parole, ne viene sottolineata la natura stabile, poco influenzata dalle componenti socioculturali e afferente alla struttura di personalità dell'individuo. Secondo Coriale e colleghi (2015), i tratti impulsivi sarebbero legati al funzionamento di tre importanti circuiti cerebrali: quello dopaminergico, legato all'attivazione comportamentale, quello serotoninergico, deputato all'inibizione comportamentale, e quello della noradrenalina, centrale per il mantenimento del comportamento. Elevati livelli di impulsività potrebbero essere legati ad alterazioni a questi sistemi (Coriale et al., 2015).

Una considerazione conclusiva riguarda la direzione del rapporto tra impulsività e problemi di gioco d'azzardo. La relazione tra questi due fenomeni, soprattutto in

adolescenza, viene descritta come bidirezionale (Secades-Villa et al., 2016): l'impulsività risulta un forte fattore di rischio per i problemi di gioco e, al contempo, avere problemi di gioco d'azzardo sembra aumentare i tratti impulsivi. Ne consegue la necessità di considerare l'impulsività come *target* di possibili interventi. Come affermato nel Capitolo 1, questo costrutto multidimensionale, tipico dell'adolescenza e alla base di molti comportamenti a rischio, rientra tra i più rilevanti fattori di rischio per i problemi di gioco d'azzardo, ma anche (se presente in bassi livelli) tra i suoi fattori di protezione. Di conseguenza, a livello clinico, una psicoterapia focalizzata sull'impulsività potrebbe ridurre l'effetto dannoso (Zhang et al., 2023), così come l'utilizzo di innovativi videogiochi terapeutici progettati per abbassare i livelli impulsivi (Zhang et al., 2023).

## **2.2 Comportamenti genitoriali e Gioco d'azzardo**

Durante l'adolescenza, il ruolo dei genitori è di primaria importanza. I comportamenti e gli stili genitoriali messi in atto possono favorire oppure prevenire lo sviluppo di comportamenti a rischio e di quadri psicopatologici.

Nel capitolo precedente, relativamente ai fattori di rischio per il gioco d'azzardo problematico negli adolescenti, si è visto che una delle principali aree di rischio è costituita dal rapporto tra genitori e figlio (Lee et al., 2014). Ad esempio, comportamenti genitoriali di scarso monitoraggio o pratiche disciplinari caotiche si configurano come possibili fattori di rischio (Canale et al., 2016; Lee et al., 2014; Lussier et al., 2014). Al contempo, buone pratiche genitoriali hanno un possibile effetto protettivo dai problemi di gioco d'azzardo (Ruiz-Hernández et al., 2019). Tra queste, il monitoraggio, l'impostazione di regole precise, una buona comunicazione genitore-figlio ed il calore emotivo percepito (Dowling et al., 2017; Floros et al., 2013) emergono come i principali possibili fattori di protezione, su cui sono stati costruiti modelli di intervento preventivo (Serpelloni & Rimondo, 2012; Calado & Griffiths, 2016).

Ruiz-Ortiz e colleghi (2017) hanno indagato i diversi effetti del *parenting* materno e paterno sul comportamento antisociale, oppure prosociale, dei figli. È emerso che una scarsa supervisione e una disciplina ostile (che comprende il ricorso a modalità punitive)



sembrano aumentare i comportamenti antisociali, tra cui i problemi di *gambling*, nei figli. Inoltre, considerando separatamente il *parenting* materno e paterno, è stato riscontrato che l'incoerenza materna, l'iper-protezione paterna e l'ostilità (sia materna sia paterna) sono predittori significativi di un aumento dei problemi esternalizzanti e di una riduzione delle capacità adattive, sia nei ragazzi che nelle ragazze (vedi Figura 5). Al contrario, una genitorialità calda, affettiva e responsiva tende a favorire il verificarsi di comportamenti prosociali tra i ragazzi e le ragazze (Miklikowska et al. 2011) e a migliorarne le capacità di adattamento (Ruiz-Ortiz et al., 2017).

**Figura 5.** Correlazioni tra modalità di parenting (materno e paterno), comportamenti esternalizzanti e abilità di adattamento degli adolescenti.

		Externalizing problems		Adaptative skills	
		Boys	Girls	Boys	Girls
Mothers	Level of education	-.017	-.076	.083	.101
	Marital conflict	.135	<b>.371***</b>	-.222*	-.144
	Parental stress	<b>.391***</b>	<b>.345***</b>	-.198	-.304**
	Warmth/Induction	-.109	.038	<b>.518***</b>	<b>.356**</b>
	Inconsistency	<b>.379**</b>	<b>.377***</b>	-.395**	-.367**
	Hostility	<b>.482***</b>	<b>.349**</b>	.058	-.124
	Coercion	-.097	<b>.257*</b>	-.145	-.197
	Permissiveness	<b>.324**</b>	-.081	-.192	.123
	Overprotection	.076	.063	-.149	-.041
Fathers	Level of education	-.236*	-.148	<b>.246*</b>	<b>.263*</b>
	Marital conflict	<b>.344**</b>	<b>.298**</b>	-.063	-.139
	Parental stress	.165	<b>.363***</b>	-.216	-.295**
	Warmth/Induction	-.083	-.250*	<b>.366**</b>	<b>.328**</b>
	Inconsistency	.154	<b>.286*</b>	.004	-.261*
	Hostility	<b>.338**</b>	<b>.294**</b>	-.020	-.127
	Coercion	.150	-.145	-.079	.115
	Permissiveness	.169	.112	.004	-.012
	Overprotection	.183	.093	-.144	-.129

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

Fonte: Ruiz-Ortiz, R., Braza, P., Carreras, R., & Muñoz, J. M. (2017), p. 2186.

Più nello specifico, diversi autori si sono interrogati sulla relazione tra i fattori familiari e i problemi di gioco d'azzardo. Molti comportamenti genitoriali aumentano o riducono il rischio dell'adolescente di sviluppare problematiche legate al gioco d'azzardo. Ad esempio, Dane e colleghi (2008) hanno identificato il supporto all'autonomia e la struttura come caratteristiche che, favorendo l'autoregolazione degli adolescenti, proteggono da tali possibili problemi. Altro fattore protettivo, ampiamente documentato in letteratura scientifica, è il monitoraggio genitoriale, che risulta attenuare in modo significativo i problemi di gioco d'azzardo degli adolescenti (Molinaro et al., 2014). In linea con questa evidenza, Canale e colleghi (2016) hanno suggerito che gli adolescenti che percepiscono nei genitori livelli più elevati di conoscenza (intesa come l'essere informati sulle attività dei figli e sulla natura dei comportamenti a rischio) hanno meno probabilità di giocare d'azzardo, mostrando una maggiore consapevolezza del rischio associato al gioco. Oltre al monitoraggio, altri importanti fattori di protezione associati a minori problemi di gioco d'azzardo sono la cura genitoriale, intesa come capacità empatica e calore emotivo (Floros et al., 2013), e l'impostazione di regole chiare e strutturate (Pettit et al., 2001). Quando queste pratiche sono messe in atto dai genitori in maniera coerente, gli adolescenti riescono a fissare uno *standard* di condotta e a comprendere le conseguenze negative dei comportamenti a rischio (Branstetter & Furman, 2013).

Dall'altro lato, la letteratura indica come problemi di comunicazione tra madre e figlio possono predire in modo significativo i problemi di gioco dell'adolescente (Zhang et al., 2023). Coerentemente con quanto affermato in precedenza, bassi livelli di monitoraggio genitoriale aumentano il rischio che l'adolescente sviluppi problemi di gioco d'azzardo (Vachon et al., 2004; Vitaro et al., 2008), così come l'impostazione da parte dei genitori di pratiche disciplinari caotiche o non coerenti (Branstetter & Furman, 2013; Vachon et al., 2004). Il più rilevante fattore di rischio a livello familiare, tuttavia, è lo stile genitoriale autoritario o coercitivo (Serna et al., 2023; Vitaro et al., 2008). I genitori autoritari attuano pratiche disciplinari coercitive, caratterizzate da comportamenti incoerenti e duri da parte dei genitori, al fine di ottenere il controllo sul comportamento del figlio (Vitaro et al., 2008). Quest'ultimo tende a rimettere in campo questi stessi comportamenti nelle sue relazioni interpersonali, isolandosi dalla maggior parte dei coetanei e affiliandosi a gruppi devianti, che favoriscono l'accesso a comportamenti di tipo antisociale (Vitaro et al.,

2008). Su questa linea, secondo Serna e colleghi (2023) la genitorialità autoritaria è caratterizzata da elevati livelli di rigore e imposizione e dalla mancanza di coinvolgimento e accettazione dell'adolescente. Essa sarebbe associata ad alti punteggi di gioco d'azzardo, specialmente nella sua forma *online*. A riprova del fatto che una genitorialità ingiuntiva e controllante mette l'adolescente a rischio di problemi di gioco d'azzardo, Parrado-Gonzalez e colleghi (2023) rilevano un'associazione tra il percepire norme ingiuntive dai genitori e l'avviamento al *gambling*. Analogamente, secondo Jonkman e colleghi (2013), la percezione, da parte degli adolescenti, di atteggiamenti genitoriali molto critici è risultata positivamente correlata con i comportamenti di gioco d'azzardo.

Data la vastità del concetto di genitorialità, in questo lavoro si è scelto di fare riferimento alla concettualizzazione offerta da Skinner, Johnson e Snyder (2005), che, in linea con numerose precedenti ricerche (per esempio, Deci & Ryan, 2013 (1st ed. 1985); Flammer, 1995), hanno suggerito tre dimensioni fondamentali della genitorialità. Come si potrà notare, tra queste si potranno ritrovare molti concetti relativi al *parenting* già esposti nelle righe precedenti; esse raffigurano, infatti, l'insieme degli elementi costitutivi su cui si è orientato, negli ultimi decenni, lo studio della genitorialità. Secondo le autrici, le tre dimensioni fondamentali sono organizzate in coppie dicotomiche di comportamenti genitoriali: Calore e Rifiuto, Struttura e Caos, Sostegno all'autonomia e Controllo Psicologico. La Figura 6 ne riassume le definizioni originali, che vengono di seguito approfondite.

**Calore e Rifiuto.** Il Calore viene definito come l'espressione di affetto, amore ed empatia e comprende, da parte del genitore, supporto, cura e disponibilità emotiva (Skinner et al., 2005). Questi comportamenti genitoriali sono fondamentali per aiutare il figlio nell'apprendimento e nell'autoregolazione di bisogni e sentimenti; inoltre, predicano livelli inferiori di problemi esternalizzanti e di gioco d'azzardo negli adolescenti (Floros et al., 2013) ed un loro migliore funzionamento sociale (Zhou et al., 2002). L'opposto concettuale del Calore è il Rifiuto, che si esprime come ostilità, avversione, irritabilità e durezza nei confronti del figlio, che può essere criticato, deriso e disapprovato. Il genitore può mettere in atto queste pratiche negative di rifiuto in reazione alle richieste di attenzione del figlio, o indipendentemente dal suo comportamento (Skinner et al., 2005).

Il rifiuto genitoriale è un fattore di rischio per esiti sia internalizzanti, sia esternalizzanti o antisociali (Tavassolie et al., 2016).

**Figura 6.** *Le Sei Dimensioni dello Stile Genitoriale.*

<b>Dimension</b>	<b>Definition</b>	<b>Related Constructs</b>	
<b>Warmth</b>	Expression of love, affection, caring, and enjoyment. Appreciation, emotional availability. “Love: Positive evaluation, sharing, expression of affection, emotional support” (Schaefer, 1965, p. 415).	Approving Acceptance Love Support Supportive control	Positive involvement Closeness Connection Child-centered
<b>Rejection</b>	Active dislike, aversion, and hostility. Harsh, over-reactive, irritable, critical, disapproving. “Hostility: Irritability, negative evaluation, rejection” (Schaefer, 1965, p. 415).	Deprecating Hostility Harsh Disapproval Negativity Cold Derogation	Critical Over-reactivity Aversion Irritability Dislike Irritable explosive discipline
<b>Structure</b>	Provision of information about pathways to reach desired outcomes. Predictable, consistent. Clear expectations, firm maturity demands. “[E]xtent to which parents provide clear and consistent guidelines, expectations, and rules for child behavior” (Grolnick & Ryan, 1989, p. 144)	Demandingness- Firm control Behavioral control Contingent responsiveness Behavior contingency Directive Assertive control	Strictness Supervision Organization Regulation Rule-setting Regularity of routine Household organization
<b>Chaos</b>	Interferes with or obscures the pathways from means to ends Noncontingent, inconsistent, erratic, unpredictable, arbitrary, or, undependable.	Permissiveness Non-directive Lax control, Laxness Unpredictable Undependable Non-contingent	Erratic Casual Under-controlled Laissez faire Inconsistent discipline
<b>Autonomy Support</b>	Allow freedom of expression and action. Encourage child to attend to, accept, and value genuine preferences and opinions. “[D]egree to which parents value and use techniques which encourage independent problem-solving, choice, and participation in decisions” (Grolnick & Ryan, 1989, p. 144)	Psychological autonomy Freedom Responsiveness Democratic	Permissiveness Non-directive Autonomy-granting
<b>Coercion</b>	Restrictive overcontrolling intrusive autocratic style Strict obedience is demanded “[E]xternally dictating outcomes, and motivating ... through punitive disciplinary techniques, pressure, or controlling rewards” (Grolnick & Ryan, 1989, p. 144)	Arbitrary control Demandingness- Restrictiveness Autocratic Psychological control Controllingness Inflexible rigid discipline	Intrusive control Intrusive support Strict control Over-restrictive Over-controlling Power assertion Intrusiveness

Fonte: Skinner, E., Johnson, S. & Snyder, T. (2005), p.186.

**Struttura e Caos.** Per Struttura si fa riferimento alla misura in cui il contesto familiare fornisce all'adolescente informazioni, supporto e guida sui percorsi per raggiungere i risultati desiderati (Skinner et al., 2005). In altre parole, si tratta di un costrutto relativo all'organizzazione coerente e chiara dell'ambiente familiare, al monitoraggio fermo e assertivo e alla concessione del dovuto spazio alle esigenze dell'adolescente (Skinner et al., 2005). Impostare regole chiare e strutturate e offrire un buon monitoraggio sono risultati importanti fattori di protezione per i problemi di gioco d'azzardo in adolescenza (Pettit et al., 2001; Steinberg, 2001). Dall'altro lato, il Caos comprende comportamenti genitoriali incoerenti, imprevedibili, irregolari o inaffidabili. L'adolescente percepisce nel genitore l'assenza di una struttura e di modalità disciplinari coerenti e contingenti e, nel contesto familiare in generale, sperimenta confusione e disorganizzazione (Skinner et al., 2005). Di conseguenza, è più propenso all'assunzione di comportamenti a rischio, come il gioco d'azzardo.

**Supporto all'autonomia e Controllo Psicologico.** Il primo polo dell'ultima dicotomia è occupato dal Supporto all'autonomia, per cui si intende uno stile genitoriale orientato ad incoraggiare il figlio a scoprire, esplorare ed articolare attivamente i propri obiettivi e le proprie preferenze. Esso è caratteristico di quelle interazioni genitore-figlio in cui viene dato peso e ascolto ai punti di vista del ragazzo (Skinner et al., 2005) ed è associato alla presenza di una buona competenza emotiva. D'altro canto, il Controllo Psicologico si distingue come uno stile coercitivo, autoritario, restrittivo e iper-controllante, in cui l'autonomia del ragazzo è soggetta al controllo invasivo del genitore, che impone una stretta obbedienza. Questa dimensione genitoriale è associata a conseguenze negative in adolescenza, sia sul versante internalizzante sia su quello esternalizzante (Skinner et al., 2005). Come affermato in precedenza, comportamenti genitoriali caratterizzati da stile autoritario, controllo psicologico e coercizione sono un rilevante fattore di rischio per lo sviluppo di problemi di gioco d'azzardo in adolescenza (Parrado-Gonzalez et al., 2023; Serna et al., 2023; Vitaro et al., 2008).

In conclusione, mettendo in relazione queste dimensioni genitoriali, si può affermare che una genitorialità contraddistinta da calore empatico, buona struttura ed elevato supporto all'autonomia costituisce la condizione ottimale per un adeguato sviluppo. Di contro, un *parenting* controllante, coercitivo, caotico e rifiutante è tipicamente associato a traiettorie

di sviluppo disfunzionali e può configurarsi dunque come un possibile fattore di rischio per i problemi di gioco d'azzardo in adolescenza.

### **2.3 Comportamenti genitoriali e impulsività**

Da un punto di vista evolutivo, l'impulsività aumenta dall'infanzia all'adolescenza, per poi diminuire verso la fine di quest'ultima (Rosenbaum & Hartley, 2019). La relazione genitore-figlio ha un forte impatto sull'impulsività dell'adolescente (Bennett & Blissett, 2017), oltre che sulle sue capacità di autocontrollo (Liu et al., 2019). Un recente studio, proposto da Qi e colleghi (2022), ha riscontrato che una positiva relazione genitore-figlio influisce indirettamente sui tratti impulsivi: essa è associata a livelli più alti di supporto sociale percepito (dall'adolescente), che sembrerebbero limitare l'attivazione del sistema dell'impulsività. A minore impulsività corrisponde maggiore autocontrollo, dimensione che protegge dal rischio di sviluppare dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo. A supporto di questa tesi, Liu e colleghi (2019) sottolineano che un buon rapporto tra genitore e adolescente, caratterizzato da una comunicazione diadica positiva, contribuisce a mitigare la presenza di tratti impulsivi nell'adolescente. Coerentemente con tali evidenze, altri studi hanno sostenuto l'ipotesi che una buona relazione possa mitigare i conflitti tra genitore e adolescente e inibire l'impulsività (Hamama & Ronen-Shenhav, 2012). Al contrario, una negativa relazione genitore-figlio potrebbe complicare il controllo genitoriale sull'adolescente, promuovendo così l'impulsività (Qi et al., 2022). Dunque, la capacità degli adolescenti di controllare gli impulsi e di autoregolarsi sembra dipendere anche dalla relazione con i genitori.

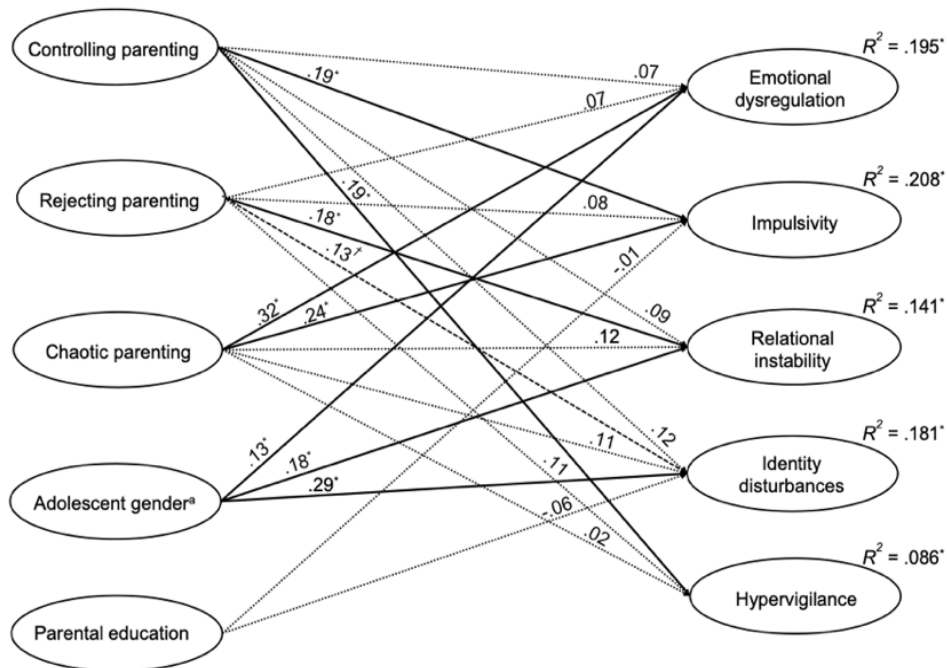
Riprendendo la concettualizzazione di Skinner e colleghi (2005), il *parenting* si può descrivere lungo tre dimensioni: Calore-Rifiuto, Struttura-Caos, Supporto all'autonomia-Controllo Psicologico. In generale, una scarsa o caotica supervisione ed uno stile rifiutante/ostile aumentano la probabilità di sviluppare condotte aggressive e antisociali, caratterizzate dalla mancanza di controllo degli impulsi (Tavassolie et al., 2016). Una genitorialità contraddistinta da calore e supporto all'autonomia, al contrario, favorisce lo sviluppo di comportamenti prosociali (Ruiz-Ortiz et al., 2017). Coerentemente con questi studi, Steinberg (2001) sottolinea che il supporto genitoriale e la struttura migliorano la capacità degli adolescenti di autoregolarsi e di considerare potenziali conseguenze

negative prima di impegnarsi in attività che offrono ricompense immediate, come il gioco d'azzardo.

Inoltre, uno stile genitoriale caotico o controllante risulta associato a più elevati livelli di impulsività nell'adolescente (Armour et al., 2023). Più nel dettaglio, rispetto alle pratiche genitoriali caotiche, molti studi sottolineano la correlazione tra un *parenting* caotico e disorganizzato e disturbi legati all'impulsività, come l'uso di sostanze, l'ADHD e i disturbi della condotta. *Feedback* genitoriali imprevedibili, infatti, complicano le capacità di autoregolazione del bambino, che non ha un modello chiaro cui prendere esempio. Per attirare l'attenzione del genitore, dunque, egli potrebbe avere come unica scelta quella di comportarsi in maniera molto aggressiva o visibile (Armour et al., 2023). In questo modo, aumenterebbero i suoi tratti impulsivi. Anche le pratiche genitoriali controllanti sono emerse tra i predittori dell'impulsività e, di conseguenza, dei comportamenti esternalizzanti. Un rigido controllo del comportamento del figlio da parte dei genitori è risultato correlato a maggiori probabilità di sviluppare dipendenza da sostanze (Amoateng et al., 2006). Comportamenti esternalizzanti, caratterizzati da elevati livelli di impulsività, sembrano essere spesso anticipati da un *parenting* controllante (Roskam, 2019). Come si può osservare in Figura 7, l'impulsività dell'adolescente mostra delle associazioni significative con i comportamenti genitoriali di controllo psicologico e caos; in misura minore, si osserva un'associazione di piccole dimensioni tra il rifiuto genitoriale e l'impulsività.

Un altro studio (Dane et al., 2008) ha indagato il ruolo che i genitori possono svolgere nel migliorare la capacità degli adolescenti di controllare gli impulsi e di autoregolarsi. Come sostenuto in precedenza, l'autocontrollo riduce il rischio di implicarsi in pratiche di gioco d'azzardo rischiose o problematiche. È dunque possibile che pratiche genitoriali efficaci possano indirettamente proteggere i giovani dai problemi di gioco d'azzardo. In particolare, comportamenti genitoriali di supporto all'autonomia, di calore e di struttura/monitoraggio si configurano come fattori di protezione per il gioco d'azzardo, favorendo l'autoregolazione dell'adolescente, che considera maggiormente le possibili conseguenze negative dei propri comportamenti, non coinvolgendosi in attività attrattive per la ricompensa immediata che offrono (Dane et al., 2008; Steinberg et al., 2001).

**Figura 7.** Associazioni tra stili di parenting, impulsività ed altri fattori.



Fonte: Armour, Joussemet, Mageau & Varin (2022), p. 933.

Alla luce di queste evidenze empiriche, è possibile concludere che, nonostante la natura temperamentale dei tratti impulsivi, i comportamenti genitoriali possono influenzarla, contribuendo a diminuirla, oppure ad aumentarla. Pratiche genitoriali caotiche o controllanti potrebbero generare un incremento delle probabilità di incorrere in comportamenti impulsivi a rischio, come i problemi di gioco d'azzardo.

## 2.4 Obiettivi e ipotesi della ricerca

Nei paragrafi precedenti si è passata in rassegna la letteratura scientifica riguardante i problemi di gioco d'azzardo e le loro possibili relazioni con l'impulsività e i comportamenti genitoriali, con un *focus* al periodo dell'adolescenza. Questa analisi della letteratura suggerisce che la prevenzione rispetto ai problemi di gioco d'azzardo debba anche passare attraverso l'individuazione di possibili fattori di rischio individuali (come i tratti impulsivi di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza) e



familiari (come i comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico, Caos e Calore). Dagli studi esaminati (per esempio, Dane et al., 2008; Dowling et al., 2017; Armour et al., 2023), emerge la necessità di un modello che integri questi due livelli (ovvero caratteristiche individuali e aspetti della relazione con i genitori), per fornire indicazioni più precise sul peso dei possibili fattori di rischio e di protezione sui problemi di gioco d'azzardo in adolescenza.

Viste le notevoli differenze di genere che la letteratura e le rilevazioni epidemiologiche hanno evidenziato (per esempio, Bellio & Croce, 2014; ESPAD, 2022), all'interno di questo lavoro di tesi si è scelto di formulare le ipotesi di ricerca solamente sulla parte maschile del campione. Il fatto che l'aver problemi di gioco d'azzardo sia stimato negli adolescenti di genere maschile in misura circa tre volte maggiore rispetto alle adolescenti di genere femminile (dati ESPAD, 2022) conduce alla necessità di considerare separatamente i due generi. Si stima che la prevalenza di adolescenti con problemi di gioco d'azzardo in Italia si attesti intorno all'11% tra i ragazzi e intorno al 4% tra le ragazze (dati ESPAD, 2022). In aggiunta, la classe di età dove tali differenze di genere risultano più marcate è quella dei quindicenni (dati ESPAD, 2022), ovvero l'età più rappresentata nel campione totale di questa ricerca. Nella fascia di età più giovane degli studenti di scuola superiore, infatti, i problemi di gioco d'azzardo sono presenti nei ragazzi in misura cinque volte superiore rispetto alle ragazze (dati ESPAD, 2022). Si veda, in proposito, la Figura 4 (Capitolo 1, Paragrafo 1.3.5). Tali evidenze supportano la necessità di considerare con maggiore attenzione la componente maschile del campione; questo anche viste le differenze di genere di natura più qualitativa che sono state presentate nel capitolo precedente. Inoltre, rispetto ai dati raccolti in questo studio, la bassa numerosità campionaria delle adolescenti con problemi di gioco d'azzardo rendeva difficile testare eventuali ipotesi di ricerca riferite a tale componente del campione.

Date queste premesse, la presente ricerca si pone l'obiettivo di esaminare se e in quale modo alcuni tratti impulsivi (come, ad esempio, l'Urgenza Negativa) e alcuni comportamenti genitoriali (come, ad esempio, il Controllo Psicologico esercitato sui figli) possano avere un ruolo nel favorire i problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti di genere maschile. Nello specifico, a scopo confermativo, si vuole appurare se elevati livelli

di impulsività siano positivamente correlati a problemi di gioco d'azzardo. In particolare, si vogliono verificare le relazioni tra le componenti dell'impulsività e i problemi di gioco d'azzardo, con l'aspettativa di osservare correlazioni più elevate tra i problemi di gioco e l'Urgenza Negativa, l'Urgenza Positiva e la Mancanza di Perseveranza, come indicato da precedenti studi (Billieux et al., 2012; D'Orta et al., 2015; Mestre-Bach et al., 2020; Willie et al., 2022). Inoltre, analizzando la relazione tra i comportamenti genitoriali percepiti e possibili problemi di gioco d'azzardo (ad esempio, Branstetter & Furman, 2013; Floros et al., 2013; Serna et al., 2023) ci si aspetta una correlazione positiva tra le dimensioni del Controllo Psicologico e del Caos e i problemi di gioco d'azzardo, oltre che una correlazione negativa tra la dimensione del Calore e i problemi di gioco.

Altro obiettivo è quello di esaminare l'eventuale effetto mediatore dell'impulsività all'interno della relazione tra i comportamenti genitoriali e i problemi di gioco d'azzardo. Nello specifico, il proposito è quello di valutare se e in quale modo alcuni tratti impulsivi (Urgenza Negativa e Urgenza Positiva) mediano la relazione tra i comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico e Caos e i possibili problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti di genere maschile. Le modalità genitoriali verranno considerate separatamente per madre e padre, per contribuire ad arricchire la letteratura scientifica a riguardo, che ha più spesso considerato la genitorialità come un costrutto unico (Trincas et al., 2008; Yaffe, 2023), e per approfondire l'impatto differenziato dei comportamenti dei due genitori sull'adolescente di genere maschile.

Riassumendo, si sostengono le seguenti ipotesi di ricerca:

- h1) Correlazione positiva tra impulsività (nelle sue dimensioni di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza) e problemi di gioco d'azzardo;
- h2) Correlazione positiva tra Controllo Psicologico (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo;
- h3) Correlazione positiva tra Caos (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo;

h4) Correlazione negativa tra Calore (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo;

h5) L'Urgenza Negativa e l'Urgenza Positiva mediano la relazione tra il Controllo Psicologico genitoriale (materno e paterno) e i problemi di gioco d'azzardo;

h6) L'Urgenza Negativa e l'Urgenza Positiva mediano la relazione tra il Caos genitoriale (materno e paterno) e i problemi di gioco d'azzardo.

## CAPITOLO 3

### Il Metodo della Ricerca

#### 3.1 Metodo

##### 3.1.1 Partecipanti

###### *Numerosità del campione*

Il campione totale della ricerca consta di N=1784 partecipanti totali, di cui 964 di sesso maschile, 793 di sesso femminile, 16 non binari e 11 risposte mancanti. Tuttavia, come descritto in precedenza, all'interno di questo studio si è scelto di considerare solamente la parte maschile del campione (N=964). Questa scelta è dovuta, in particolare, ad un motivo di carattere epidemiologico, ovvero il fatto che la diffusione di problemi di gioco d'azzardo è particolarmente presente tra gli adolescenti maschi e quindi meno diffusa tra le adolescenti femmine (Bellio & Croce, 2014; Coriale et al., 2015; ESPAD, 2022; Melodia et al., 2022). Dei 964 partecipanti di genere maschile presi, dunque, in considerazione, sono state esaminate le risposte di N=934 partecipanti, escludendo i 30 partecipanti che non hanno completato la scala SOGS-RA relativa ai problemi di gioco d'azzardo, principale interesse di questo lavoro di tesi. Si è deciso di non includere nella ricerca i partecipanti non-binari, in quanto la scarsa numerosità (N=16) non avrebbe consentito di effettuare analisi statistiche significative su questa parte del campione. Inoltre, l'assenza di riferimenti in letteratura scientifica riguardo le variabili della ricerca all'interno di questa popolazione, non ha consentito di formulare ipotesi di ricerca *ad hoc*, vista la mancanza di un *corpus* teorico che gli potesse conferire una validità.

###### *Variabili demografiche*

Il campione considerato include adolescenti di genere maschile, frequentanti istituti secondari di secondo grado, di età compresa tra i 13 e i 21 anni. La media delle età corrisponde a 15,82 anni (15 anni e 10 mesi). La maggior parte del campione è nata in Italia (92%); gli altri paesi di nascita maggiormente rappresentati sono la Romania (1,1%), l'Albania (0,9%) ed il Marocco (0,5%). Più di tre quarti dei partecipanti affermano di vivere in regioni del Nord Italia (80%); il 6% vive in Centro Italia e il 14%

al Sud e nelle Isole. Come si può osservare in Tabella 2, la maggior parte dei partecipanti (60%) frequenta le classi prima o seconda superiore, mentre circa il 40% è inserito in classi del triennio (terza, quarta e quinta superiore).

**Tabella 2.** *Distribuzione di frequenza dei partecipanti tra le classi di scuola superiore.*

	Frequenza	Percentuale
Prima superiore	317	33,9
Seconda superiore	243	26,0
Terza superiore	77	8,2
Quarta superiore	176	18,8
Quinta superiore	121	13,0
Totale	934	100,0

Tra i partecipanti, il 35% frequenta un liceo, il 46% un istituto tecnico e il 19% un istituto professionale. Riguardo la composizione familiare, il 79% degli adolescenti afferma di vivere insieme ad entrambi i genitori (ed eventuali fratelli/sorelle o nonni/nonne), mentre il 15% vive solamente con uno dei due (madre o padre).

#### *Modalità di reclutamento*

Per il reclutamento dei partecipanti, *in primis*, sono stati contattati tramite *mail* diversi Dirigenti Scolastici di istituti di scuola secondaria di secondo grado, locati sul territorio italiano. Agli istituti che hanno manifestato la volontà di partecipare alla ricerca, è stata offerta una descrizione accurata del progetto, del questionario, delle modalità di somministrazione del questionario nelle classi e dei consensi informati per le famiglie degli studenti. I prerequisiti per il reclutamento prevedevano che gli studenti che avrebbero compilato il questionario frequentassero una classe dell'istituto. Gli adolescenti hanno partecipato alla ricerca su base volontaria, previa compilazione e firma del consenso informato da parte di entrambi i genitori o tutori legali, nel caso di partecipanti minorenni. I maggiorenni, invece, potevano aderire autonomamente, fornendo un consenso informato da loro stessi firmato.

### 3.1.2 Strumenti

Vengono di seguito riportati gli strumenti utilizzati per misurare le variabili di interesse dello studio.

*Scheda informativa*: questa prima parte prevedeva due sezioni. La prima contenente quesiti rispetto a informazioni sociodemografiche, come età, genere, regione di provenienza, *status* socioeconomico percepito, composizione del nucleo familiare e classe frequentata. La seconda, che non è stata presa in considerazione in questo elaborato di tesi, comprendeva al suo interno domande relative all'uso dei videogiochi (frequenza, genere, dispositivi usati, modalità, *co-use* dei videogiochi con i genitori).

*Problemi di gioco d'azzardo*: è stato utilizzato il *South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents* (SOGS-RA), di Winters et al. (1993), un questionario *self-report* che permette di suddividere il campione di riferimento in tre diverse categorie di gravità del gioco d'azzardo: non problematico, a rischio e problematico. Nello specifico, la versione italiana di Chiesi et al. (2013), qui utilizzata, consta di 12 *item* e valuta la presenza dei sintomi del *gambling* problematico e le sue conseguenze negative. Alcuni *item* di esempio sono: "Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l'avresti fatta?" o "Ti sei mai sentito/a in colpa per i soldi che spendi nel gioco, o per le conseguenze del tuo giocare?". Il SOGS-RA si definisce come buono strumento di *screening* dei problemi di gioco d'azzardo tra gli adolescenti. Esso fornisce una misura affidabile per identificare sia i giocatori problematici, sia gli adolescenti a rischio di sviluppare comportamenti disadattivi derivanti dal gioco d'azzardo (Chiesi et al., 2013). Anche per la versione italiana dello strumento, è stata riscontrata una buona consistenza interna ( $\alpha = .78$ ; 95% CI .772, .788). L'*Alpha* di Cronbach è stata valutata anche separatamente tra maschi e femmine, risultando accettabile in entrambi i casi, con valori rispettivamente di .786 e .707 (Colasante et al., 2014). Nel presente studio, l'*Alpha* di Cronbach relativa a questa scala è pari a .78.

*Comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico, Calore e Caos*: per indagare la percezione degli adolescenti dei comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico, Caos e Calore, è stato utilizzato il *Parents as Social Context Questionnaire* (PASC-Q) di Skinner et al. (2005). Il questionario è stato validato da Costa et al. (2019) su un campione

di adolescenti italiani. Lo strumento consta di 48 *item* e indaga la percezione degli adolescenti di sei comportamenti genitoriali, distinguendoli tra materni e paterni: Calore, Rifiuto, Struttura, Caos, Supporto all'autonomia e Controllo Psicologico. Agli adolescenti viene richiesto di fornire le proprie risposte ad alcune affermazioni sulla base di una scala *Likert* a 4 punti (da “Per nulla vero” a “Decisamente vero”). Il partecipante può rispondere scegliendo un numero da 1 a 4 per indicare quanto è d'accordo che ciascuna affermazione rappresenti il modo in cui suoi genitori si comportano (o comporta, in caso ne sia presente solo uno) con lui. Esempi di *item* sono: “Mia madre cerca di comprendere il mio punto di vista” o “Mio padre mi spiega le ragioni delle nostre regole familiari”. In questo lavoro di tesi sono state prese in considerazione le sotto scale del questionario relative ai comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico, Caos e Calore. La scala presenta una buona consistenza interna, con *Alpha* di Cronbach tra .61 e .70 (Skinner et al., 2005). In questa ricerca, l'*Alpha* di Cronbach è di .70 per il Controllo Psicologico materno, di .63 per quello paterno. Riguardo alla variabile Calore, l'*Alpha* di Cronbach è di .84 per il Calore materno e di .86 per quello paterno. Il Caos materno ha *Alpha* di Cronbach pari a .72, il Caos paterno pari a .71.

*Tratti impulsivi*: per misurare i tratti impulsivi di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza è stata somministrata la *S-UPPS-P Impulsivity Scale* di Billieux et al. (2012), nella versione italiana di D'Orta et al. (2015). Si tratta di un questionario *self-report*, composto di 20 *item*, che valuta le cinque dimensioni dell'impulsività: Urgenza Negativa, Urgenza Positiva, Mancanza di Perseveranza, Mancanza di Premeditazione e Ricerca di Sensazioni. Ai partecipanti viene richiesto di valutare i propri comportamenti e attitudini, collocandosi all'interno di una scala *Likert* a 4 punti (da “Completamente d'accordo” a “Completamente in disaccordo”). Alcuni *item* di esempio sono: “Quando sono felice, non posso trattenermi dal perdere il controllo” o “Prima di decidermi considero tutti i vantaggi e gli svantaggi”. La versione italiana della scala di D'Orta et al. (2015) mostra un'ottima consistenza interna, con *Alpha* di Cronbach tra .73 e .84. In questa ricerca, l'*Alpha* di Cronbach è di .77 per l'Urgenza Negativa, .74 per l'Urgenza Positiva, .86 per la Mancanza di Perseveranza.

### 3.1.3 Procedura

La ricerca è stata svolta tramite la somministrazione di un questionario *online* alle classi che hanno aderito al progetto di ricerca. La partecipazione era subordinata all'autorizzazione del Dirigente Scolastico dell'istituto di riferimento e alla consegna preventiva del consenso informato, firmato da entrambi i genitori in caso di studente minorenni, dallo studente stesso in caso di maggiore età già compiuta. Il consenso informato è stato distribuito previamente ai partecipanti ed il suo contenuto è stato riepilogato prima dell'inizio del questionario. Esso chiariva lo scopo della ricerca, gli strumenti utilizzati e, nel caso in cui qualcuno non se la sentisse di rispondere ad alcune domande, la possibilità di non dare risposta a quei quesiti o di interrompere la compilazione in qualsiasi momento. Veniva, inoltre, specificato l'utilizzo dei dati in forma aggregata e anonima, esclusivamente a fini di ricerca scientifica.

La raccolta dati ha avuto luogo nei mesi di Gennaio e Febbraio 2023, in diversi istituti scolastici secondari di secondo grado locati sul territorio italiano. Il questionario, della durata di circa 35 minuti complessivi, è stato compilato dagli studenti all'interno delle aule informatiche delle scuole, mediante l'accesso ad un *link*, in un'unica sessione interna all'orario scolastico. Il questionario è stato creato e somministrato tramite la piattaforma sicura *Qualtrics.com*. I contenuti, le modalità di somministrazione e i consensi informati sono stati previamente presentati e approvati dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica (Area 17) della Sezione di Psicologia dell'Università di Padova (numero di protocollo: 5081). Ad ogni classe sono state riepilogate, oralmente, le istruzioni per la compilazione del questionario, che, nella sua versione completa, comprendeva quattro sezioni:

1. Informazioni sociodemografiche (età, genere, regione di provenienza, *status* socioeconomico, composizione del nucleo familiare, classe frequentata);
2. Uso dei videogiochi (frequenza, genere, dispositivi usati, modalità, *co-use* dei videogiochi con i genitori), *Social Media* e *Gambling*;
3. Comportamenti dei genitori;
4. Bisogni psicologici e impulsività.

L'ordine di presentazione delle sezioni era diverso per ciascuna compilazione, per bilanciare l'ordine di comparsa degli strumenti.



### 3.2 Analisi dei dati

L'analisi statistica dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il *software* statistico SPSS, Versione 28.0 (IBM Corp., 2022). Inizialmente, si è effettuata un'analisi preliminare del campione totale, per osservare le distribuzioni di frequenza del campione all'interno delle caratteristiche sociodemografiche e delle variabili oggetto di interesse ai fini della ricerca. Le analisi sono state differenziate in base al genere, a causa dell'evidenza dell'impatto differenziale del genere sui problemi di gioco d'azzardo, osservato in numerosi contributi della letteratura scientifica (per esempio, McCormack et al., 2014; Donati et al., 2020). Come è stato esposto in precedenza, tutte le analisi successive a quelle preliminari sono state condotte solamente sulla componente maschile del campione.

Si sono poi valutate le statistiche descrittive (media, deviazione *standard*, minimo, massimo, asimmetria e curtosi) delle variabili problemi di gioco d'azzardo, impulsività e comportamenti genitoriali. Successivamente, sono state effettuate delle analisi di correlazione tra le variabili di interesse. Si sono osservati i coefficienti di correlazione di Pearson e di Spearman, che mostrano valori simili in tutte le correlazioni considerate. Si è scelto di considerare solamente il coefficiente di correlazione *Rho* di Spearman, vista la distribuzione non normale dei dati riguardo ai problemi di gioco d'azzardo, misurati tramite il questionario SOGS-RA.

Infine, sono stati generati dei modelli di mediazione che prevedono l'effetto mediatore dei tratti impulsivi di Urgenza Negativa e Urgenza Positiva nella relazione tra comportamenti genitoriali (Controllo Psicologico e Caos) e problemi di gioco d'azzardo. A tal fine, sono stati stimati modelli di regressione lineare multipla, attraverso l'utilizzo della macro *PROCESS* per il programma SPSS, sviluppata da Hayes (2022) e descritta nel volume "*Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*" (<https://processmacro.org/index.html>). Si tratta di modelli di *path analysis* con variabili osservate, ovvero modelli di regressione stimati con metodo OLS (*Ordinary Least Squares*). La procedura fornisce una stima con metodo *bootstrap* dell'errore *standard* e dell'intervallo di confidenza per l'effetto indiretto.

## CAPITOLO 4

### Risultati della Ricerca

In questo capitolo vengono presentati i risultati delle analisi descrittive e la verifica delle ipotesi di ricerca, tramite l'esposizione delle correlazioni trovate e delle analisi di mediazione svolte.

#### 4.1 Statistiche descrittive

Vengono ora presentate le statistiche descrittive relative alle variabili esaminate ai fini della ricerca, sulle quali sono costruite le ipotesi di ricerca. Nello specifico, in primo luogo sono descritte le analisi preliminari, divise per maschi e femmine, relative alla distribuzione dei partecipanti tra i livelli di rischio di gioco d'azzardo, oltre che una panoramica riassuntiva delle correlazioni tra i vari fattori considerati e i problemi di gioco d'azzardo. In secondo luogo, sono esposte le statistiche descrittive relative alle variabili dei problemi di gioco d'azzardo, dei tratti impulsivi di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza, dei comportamenti genitoriali (materni e paterni) di Controllo Psicologico, Caos e Calore.

A livello preliminare, è stata analizzata la distribuzione del campione, maschile e femminile, all'interno dei tre livelli di rischio di gioco d'azzardo previsti dal questionario SOGS-RA. Come si può osservare in Tabella 3, le percentuali di gioco d'azzardo a rischio e problematico sono molto maggiori nel campione maschile rispetto a quello femminile, mentre i livelli di gioco non problematico sono maggiori nella componente femminile. Tra gli adolescenti di genere maschile, infatti, quasi un quarto dei partecipanti (il 23,3%) presenta livelli di gioco d'azzardo a rischio o problematici, mentre il 76,7% si colloca ad un livello non problematico. Tra le adolescenti di genere femminile, invece, più di 9 partecipanti su 10 si situano ad un livello non problematico (il 91,7%), mentre solamente il restante 8,3% del campione gioca d'azzardo ad un livello a rischio o problematico. In altre parole, si osserva che, tra gli individui di genere femminile, meno di un'adolescente su dieci potrebbe ricadere in problemi di gioco d'azzardo; tra quelli di genere maschile, invece, circa un adolescente su quattro potrebbe presentare queste problematiche, con un rischio tre volte superiore a quello del campione femminile.

**Tabella 3.** *Confronto delle distribuzioni del campione maschile e del campione femminile tra i livelli di rischio di gioco d'azzardo.*

	Maschi		Femmine	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Non problematico	717	76,7	686	91,7
A rischio	135	14,5	44	5,9
Problematico	82	8,8	18	2,4
Totale	934	100,0	748	100,0

In aggiunta, le analisi preliminari hanno messo in evidenza significative differenze di genere nelle correlazioni ipotizzate da questa ricerca. Come si può osservare in Tabella 4, le correlazioni tra le variabili considerate e i problemi di gioco d'azzardo risultano maggiori nel campione maschile (tranne che nella variabile Calore). Inoltre, le correlazioni nel campione femminile (ad esclusione delle variabili Urgenza Negativa e Positiva) non sono risultate statisticamente significative.

Come già accennato nel capitolo precedente, alla luce di questi risultati e delle evidenze presenti in letteratura scientifica riguardo alle differenze nei tassi di prevalenza tra maschi e femmine (Bellio & Croce, 2014; Coriale et al., 2015; ESPAD, 2022; Melodia et al., 2022), che stimano una percentuale di adolescenti maschi con problemi di gioco d'azzardo (circa l'11%) circa tre volte superiore a quella femminile (dove le adolescenti con gioco a rischio o problematico sono circa il 4%), all'interno di questo studio si è scelto di considerare solamente la parte maschile del campione (N=934), di cui si espongono le statistiche descrittive di seguito. Le ipotesi di ricerca, che verranno in seguito discusse, sono formulate su questa componente del campione.

**Tabella 4.** Riepilogo delle correlazioni tra i problemi di gioco d'azzardo e le variabili delle ipotesi di ricerca, divise per maschi e femmine.

	Problemi di gioco d'azzardo (campione maschile)	Problemi di gioco d'azzardo (campione femminile)
Urgenza Negativa (UN)	,221**	,086*
Urgenza Positiva (UP)	,228**	,089*
Mancanza di Perseveranza (MP)	,089**	,036
Controllo Psicologico materno	,091**	,030
Controllo Psicologico paterno	,156**	,036
Caos materno	,156**	,041
Caos paterno	,205**	,070
Calore materno	-0,024	-0,023
Calore paterno	-0,065	-0,005

\*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

**Tabella 5.** *Statistiche descrittive delle variabili coinvolte nelle ipotesi di ricerca (dati relativi al campione maschile).*

<b>Variabili</b>	<b>Media</b>	<b>Deviazione Standard</b>	<b>Minimo– Massimo</b>	<b>Asimmetria</b>	<b>Curtosi</b>
<b>SOGS - RA</b>	0.71	1.74	0-11	2.51	7.42
<b>UPPS - P</b>					
Urgenza Negativa	9.24	2.73	4-16	.12	-.31
Urgenza Positiva	9.21	2.67	4-16	.05	-.32
Mancanza di Perseveranza	7.86	2.57	4-16	.37	-.07
<b>PASC - Q</b>					
Controllo Psicologico (Madre)	7.65	2.54	4-16	.67	.17
Controllo Psicologico (Padre)	7.69	2.41	4-16	.67	.24
Caos (Madre)	6.82	2.62	4-16	.83	.18
Caos (Padre)	6.44	2.51	4-16	1.07	.94
Calore (Madre)	13.94	2.55	4-16	-1.25	1.37
Calore (Padre)	13.13	2.81	4-16	-.82	-.03

*Note.* SOGS-RA= South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents; UPPS-P = UPPS-P Impulsivity Scale; PASC-Q= Parent as Social Context-Questionnaire.

Osservando la Tabella 5, il primo dato da sottolineare riguarda l'elevata asimmetria (2.51) nei risultati SOGS-RA: la maggior parte dei partecipanti si colloca, infatti, nel livello non problematico di rischio di gioco d'azzardo. Tuttavia, il fatto che i dati siano in linea con la letteratura scientifica e le peculiarità della scala, che offre un *output* su tre livelli, conducono a considerare questo dato in maniera non particolarmente critica.

Riguardo alle componenti dell'impulsività, la media delle risposte alla sottoscala Urgenza Negativa risulta la più elevata (9.24); seguono Urgenza Positiva (media=9.21) e Mancanza di Perseveranza (media=7.86).

Tra i comportamenti genitoriali, i partecipanti hanno riportato di percepire Controllo Psicologico con una media di 7.65 da parte delle madri, di 7.69 da parte dei padri. Anche la componente del Caos ha ottenuto punteggi medi simili in madri e padri: il Caos materno registra una media di 6.82, quello paterno una media di 6.44. Il Calore materno è stato percepito come leggermente più elevato (media=13.94) rispetto a quello paterno (media=13.13). In generale, considerando il campo di variazione (min=4; max=16), si osservano mediamente elevati livelli di Calore percepito, mentre Caos e Controllo si collocano in una posizione più mediana del *range*. In tutte le tre sotto scale, la percezione da parte degli adolescenti dei comportamenti materni e paterni appare simile.

## 4.2 Verifica delle ipotesi

Si riassumono ora le ipotesi di ricerca del presente studio, già descritte in Capitolo 2, Paragrafo 2.4. Questa ricerca intende verificare le seguenti correlazioni:

- h1) Correlazione positiva tra impulsività (UN, UP, MP) e problemi di gioco d'azzardo;
- h2) Correlazione positiva tra Controllo Psicologico e problemi di gioco d'azzardo;
- h3) Correlazione positiva tra Caos e problemi di gioco d'azzardo;
- h4) Correlazione negativa tra Calore e problemi di gioco d'azzardo.

Si propongono, inoltre, dei modelli di mediazione secondo cui i tratti impulsivi di Urgenza Positiva (UP) e Urgenza Negativa (UN) mediano la relazione tra i

comportamenti genitoriali (materni e paterni) di Controllo Psicologico (h5) e di Caos (h6) e i problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti di genere maschile.

#### 4.2.1 Correlazioni

In seguito alle analisi preliminari, sono state effettuate delle analisi di correlazione per verificare le ipotesi formulate nello studio. Come descritto in Capitolo 3.2, si è scelto di considerare come coefficiente di correlazione l'indice non parametrico *Rho* di Spearman.

*Ipotesi 1: presenza di una correlazione positiva tra impulsività (UN, UP, MP) e problemi di gioco d'azzardo.*

I risultati evidenziano una correlazione positiva tra i problemi di gioco d'azzardo e l'impulsività. Nello specifico, le tre dimensioni impulsive di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza risultano tutte positivamente correlate ai problemi di gioco d'azzardo. Come si può osservare in Tabella 6, il coefficiente di correlazione *Rho* di Spearman è risultato pari a  $rS=.22$  tra problemi di gioco e Urgenza Negativa; pari a  $rS=.23$  tra problemi di gioco e Urgenza Positiva; pari a  $rS=.09$  tra problemi di gioco e Mancanza di Perseveranza. Negli adolescenti maschi, le dimensioni impulsive relative all'Urgenza sembrano dunque maggiormente associate ai problemi di gioco d'azzardo. Si sottolinea anche l'elevata correlazione risultata tra Urgenza Negativa e Urgenza Positiva ( $rS=.56$ ).

**Tabella 6.** Correlazioni tra impulsività (UN, UP, MP) e problemi di gioco d'azzardo.

		Problemi di gioco d'azzardo	Urgenza Negativa	Urgenza Positiva	Mancanza di Perseveranza
Problemi di gioco d'azzardo	Coefficiente di correlazione N	-- 934			
Urgenza Negativa	Coefficiente di correlazione N	,221** 924	-- 924		
Urgenza Positiva	Coefficiente di correlazione N	,228** 923	,556** 920	-- 923	
Mancanza di Perseveranza	Coefficiente di correlazione N	,089** 926	,146** 922	,145** 922	-- 926

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

*Ipotesi 2: presenza di una correlazione positiva tra Controllo Psicologico (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo.*

I risultati mostrano una correlazione positiva tra Controllo Psicologico e problemi di gioco d'azzardo. In particolare, il Controllo Psicologico materno risulta correlato ai problemi di gioco d'azzardo con un coefficiente di correlazione pari a  $rS=.09$ ; il Controllo Psicologico paterno, invece, con  $rS=.16$ , come si può osservare in Tabella 7. Sembra,



dunque, che per un adolescente di genere maschile percepire Controllo Psicologico da parte del padre sia maggiormente associato a problemi di gioco d'azzardo (seppur in misura lieve), rispetto alla percezione di Controllo Psicologico materno. Inoltre, Controllo materno e paterno si mostrano moderatamente correlati tra loro ( $rS=.36$ ).

**Tabella 7.** *Correlazioni tra Controllo Psicologico, materno e paterno, e problemi di gioco d'azzardo.*

		Problemi di gioco d'azzardo	Controllo Psicologico materno	Controllo Psicologico paterno
Problemi di gioco d'azzardo	Coefficiente di correlazione	--		
	N	934		
Controllo Psicologico materno	Coefficiente di correlazione	,091**	--	
	N	877	877	
Controllo Psicologico paterno	Coefficiente di correlazione	,156**	,364**	--
	N	847	812	847

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

*Ipotesi 3: presenza di una correlazione positiva tra Caos (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo.*

Come presentato in Tabella 8, emerge una correlazione positiva tra i problemi di gioco d'azzardo e il Caos, sia materno ( $rS=.16$ ), sia paterno ( $rS=.21$ ). Tali dati suggeriscono che, di fronte ad un elevato Caos genitoriale percepito, l'adolescente sia più a rischio di sviluppare problemi legati al gioco d'azzardo. Si osserva anche un'elevata correlazione tra Caos materno e Caos paterno ( $rS=.43$ ); ciò suggerisce che la percezione di Caos da parte dell'adolescente, quando presente, sia spesso riscontrabile in entrambe le figure genitoriali. L'ipotesi di ricerca si può dire, anche in questo caso, confermata.

**Tabella 8.** *Correlazioni tra Caos (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo.*

		Problemi di gioco d'azzardo	Caos materno	Caos paterno
Problemi di gioco d'azzardo	Coefficiente di correlazione N	-- 934		
Caos materno	Coefficiente di correlazione N	,156** 876	-- 876	
Caos paterno	Coefficiente di correlazione N	,205** 848	,428** 810	-- 848

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

*Ipotesi 4: presenza di una correlazione negativa tra Calore (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo.*

Le analisi di correlazione tra Calore e problemi di gioco d'azzardo non hanno prodotto dati statisticamente significativi. La Tabella 9 mostra la presenza di una lieve correlazione negativa tra le due variabili. Il Calore materno risulta correlato ai problemi di gioco d'azzardo con coefficiente  $rS = -.02$ , mentre il Calore paterno con  $rS = -.07$ . Tuttavia, non avendo raggiunto la soglia di significatività, la correlazione non viene presa in considerazione. Si segnala soltanto che, anche in questo caso, la percezione di calore da parte dell'adolescente è spesso relativa ad entrambe le figure genitoriali, come dimostrato dall'elevata correlazione tra Calore materno e Calore paterno ( $rS=.56$ ). L'ipotesi di ricerca non si può dire confermata; la variabile Calore viene dunque esclusa dalle successive analisi di mediazione.

**Tabella 9.** *Correlazioni tra Calore (materno e paterno) e problemi di gioco d'azzardo.*

		Problemi di gioco d'azzardo	Calore materno	Calore paterno
Problemi di gioco d'azzardo	Coefficiente di correlazione	--		
	N	934		
Calore materno	Coefficiente di correlazione	-0,024	--	
	N	875	875	
Calore paterno	Coefficiente di correlazione	-0,065	,557**	--
	N	844	806	844

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

#### 4.2.2 Modelli di mediazione

Verrà ora approfondito il ruolo delle variabili Urgenza Negativa e Urgenza Positiva nella mediazione della relazione tra i comportamenti genitoriali (materno e paterno) di Controllo Psicologico e di Caos e i problemi di gioco d'azzardo. Si è escluso il Calore dal momento che le sue correlazioni con i problemi di gioco d'azzardo non risultavano significative. Non è presente la Mancanza di Perseveranza vista la sua assenza dai modelli di mediazione previsti dalle ipotesi di ricerca, giustificata anche dalla piccola dimensione delle sue correlazioni con i problemi di gioco d'azzardo in questo campione.

##### Controllo Psicologico materno

Dalla Figura 8, rappresentativa della mediazione dei tratti impulsivi di Urgenza Negativa (UN) e Urgenza Positiva (UP) nella relazione tra Controllo Psicologico materno e problemi di gioco d'azzardo, emerge un effetto indiretto significativo dei mediatori.

Come emerso dall'analisi delle correlazioni, si osserva un legame significativo tra Controllo Psicologico materno e problemi di gioco d'azzardo ( $rS = .091$ ,  $p < .001$ ); il Controllo Psicologico materno sembra dunque avere un possibile impatto sui problemi di gioco degli adolescenti di genere maschile.

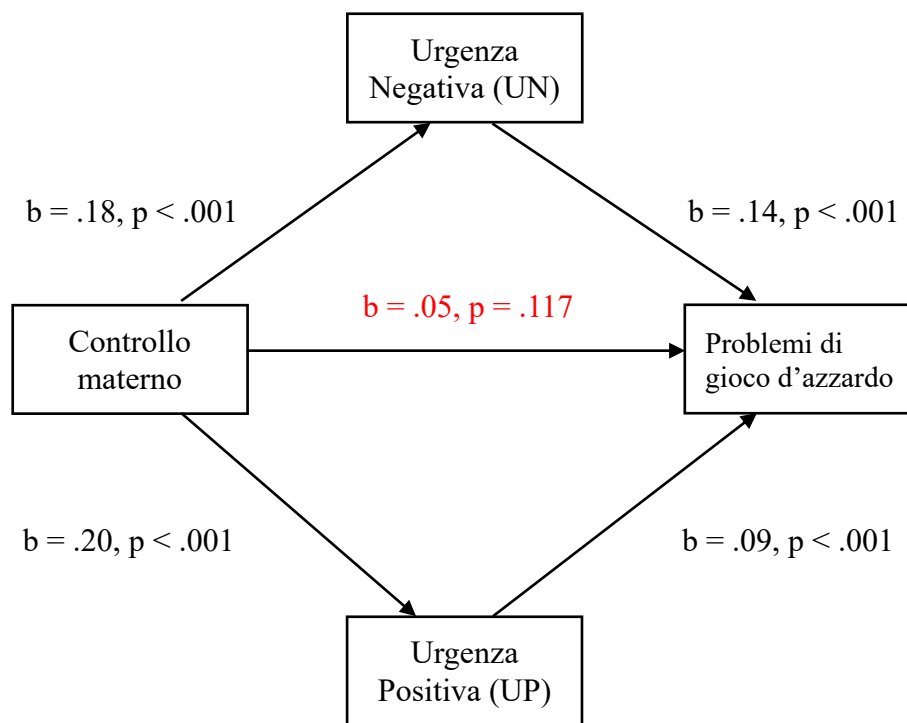
Tale effetto, tuttavia, non risulta più significativo nel momento in cui vengono introdotti nella relazione i tratti impulsivi di Urgenza Negativa e Urgenza Positiva. L'effetto indiretto di entrambe queste variabili risulta significativo, in maniera maggiore per quanto riguarda l'Urgenza Negativa [ $b = .025$ ; 95% CI (.010, .045)], rispetto all'Urgenza Positiva [ $b = .018$ ; 95% CI (.001, .036)].

L'effetto indiretto totale, ottenuto sommando gli effetti indiretti dei due tratti impulsivi, è pari a  $b = .043$  [95% CI (.025, .064)] e spiega il 45% della varianza condivisa tra Controllo Psicologico materno e problemi di gioco d'azzardo.

Osservando il coefficiente di determinazione R-quadro ( $r^2 = .05$ ), complessivamente si può asserire che il modello spiega circa il 5% della variabilità della variabile problemi di gioco d'azzardo. Secondo i parametri di Cohen (2013), l'*effect size* è dunque da considerarsi di piccola entità.

Si può quindi affermare che, nel rapporto madre-adolescente, l'impulsività ha un ruolo maggiore del Controllo Psicologico nel predire possibili problematiche di gioco d'azzardo. Essa, infatti, quando inserita all'interno del modello, invalida l'effetto del comportamento genitoriale di Controllo Psicologico sui problemi di gioco, che non risulta più significativo. Una buona parte della variabilità viene dunque spiegata dalle variabili impulsive di Urgenza (UN e UP). Tuttavia, vanno considerate le piccole dimensioni dell'*effect size* e dei coefficienti individuati.

**Figura 8.** Modello della mediazione dell'impulsività (UN e UP) nella relazione tra Controllo Psicologico materno e problemi di gioco d'azzardo nell'adolescente.



Effetto indiretto:  
 UN:  $b = .025, 95\% \text{ CI } (.010, .045)$   
 UP:  $b = .018, 95\% \text{ CI } (.001, .036)$   
 UN+UP:  $b = .043, 95\% \text{ CI } (.025, .064)$

*Nota: sono riportate le stime standardizzate dei parametri.*

## **Controllo Psicologico paterno**

Considerando la variabile Controllo Psicologico paterno all'interno del modello, si osserva un minore impatto dei mediatori impulsivi, la cui mediazione è comunque presente.

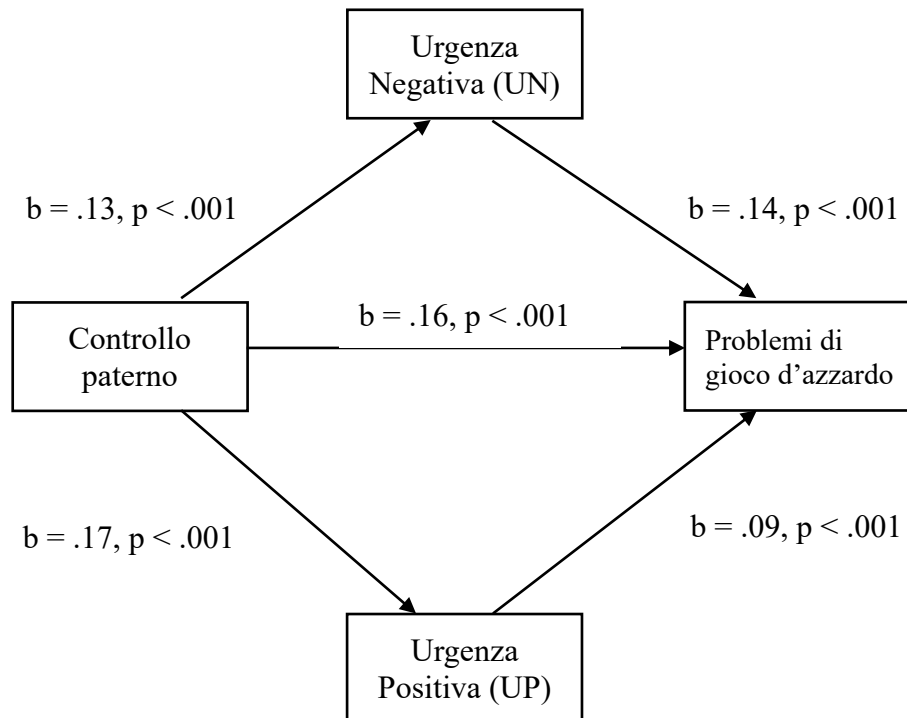
Come emerso dall'analisi delle correlazioni, viene rilevato un legame significativo tra Controllo Psicologico paterno e problemi di gioco d'azzardo ( $r_S = .156$ ,  $p < .001$ ); il Controllo Psicologico paterno sembra dunque avere un impatto sui possibili problemi di gioco degli adolescenti di genere maschile.

Come si può osservare in Figura 9, l'effetto diretto del Controllo Psicologico paterno rimane significativo al netto dei mediatori impulsivi, il cui contributo, pur significativo a livello statistico, è molto minore rispetto al modello precedente. Con l'inserimento delle variabili di mediazione, l'effetto diretto del Controllo Psicologico rimane più forte, contribuendo a spiegare la maggior parte della variabilità. Al contrario, l'effetto indiretto di Urgenza Negativa e Positiva, in questo caso, spiega solamente il 17% della varianza condivisa tra Controllo Psicologico e problemi di gioco d'azzardo. L'effetto indiretto totale, ottenuto sommando gli effetti indiretti dei due tratti impulsivi, è pari a  $b = .034$  [95% CI (.017, .043)].

L'R-quadro del modello spiega circa l'8% della variabilità dei problemi di gioco d'azzardo ( $r^2 = .08$ ). L'*effect size* è dunque da considerarsi quasi di media entità (Cohen, 2013).

Si può dunque affermare che Controllo Psicologico paterno e problemi di gioco d'azzardo hanno una relazione forte, che non è particolarmente legata all'impulsività dell'adolescente. Un padre con alti livelli di Controllo Psicologico potrebbe contribuire a favorire il presentarsi di problematiche di gioco nell'adolescente, a prescindere dai tratti più o meno impulsivi di quest'ultimo. Una buona parte della variabilità viene dunque spiegata dal comportamento genitoriale di Controllo Psicologico, a differenza del modello precedente.

**Figura 9.** Modello della mediazione dell'impulsività (UN e UP) nella relazione tra Controllo Psicologico paterno e problemi di gioco d'azzardo nell'adolescente.



Effetto indiretto:  
 UN:  $b = .018, 95\% \text{ CI } (.006, .033)$   
 UP:  $b = .016, 95\% \text{ CI } (.002, .034)$   
 UN+UP:  $b = .034, 95\% \text{ CI } (.017, .053)$

*Nota: sono riportate le stime standardizzate dei parametri.*

## Caos materno

Inserendo il Caos materno all'interno del modello, sia gli effetti diretti sia quelli indiretti risultano statisticamente significativi.

La mediazione delle variabili impulsive è quindi presente, seppur sia da considerarsi parziale: l'effetto indiretto totale, ottenuto sommando gli effetti indiretti di Urgenza Negativa e Positiva, è pari a  $b = .043$  [95% CI (.025, .063)]; esso spiega il 30% della varianza condivisa. Ha, perciò, un peso inferiore rispetto all'effetto diretto della variabile Caos materno, che spiega la maggior parte della variabilità.

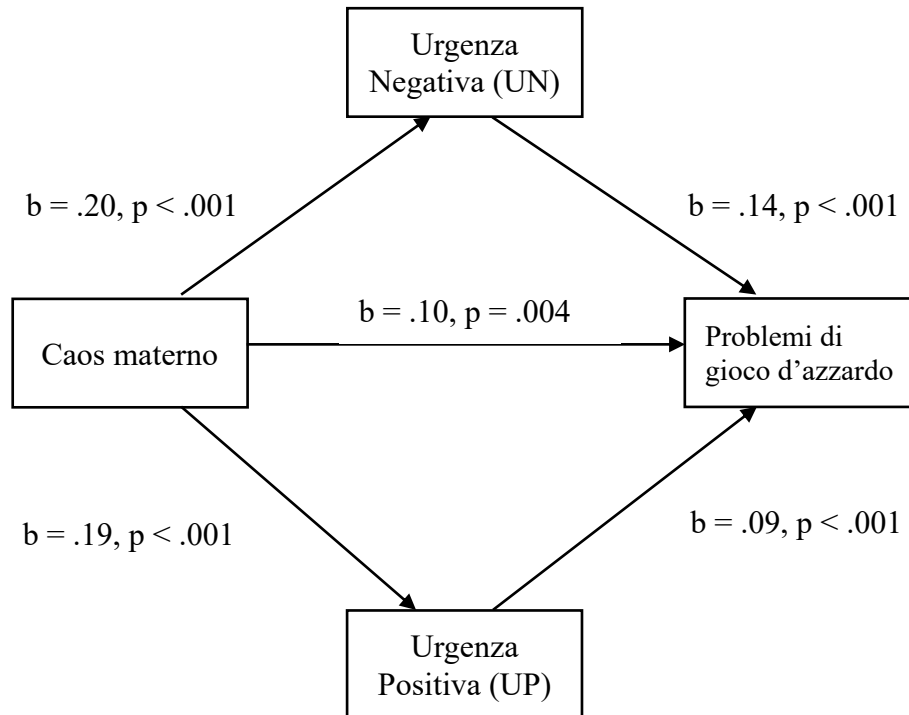
L'analisi delle correlazioni ha evidenziato un legame significativo tra Caos materno e problemi di gioco d'azzardo ( $rS = .156, p < .001$ ); il Caos materno sembra dunque avere un impatto sui possibili problemi di gioco degli adolescenti di genere maschile. La Figura 10 descrive come l'effetto diretto di questa variabile rimanga significativo al netto dei mediatori impulsivi.

L'R-quadro del modello spiega circa il 6% della variabilità dei problemi di gioco d'azzardo ( $r^2 = .06$ ). L'*effect size* è dunque da considerarsi di piccola entità (Cohen, 2013).

Si può, quindi, affermare che una percezione di Caos materno possa predisporre l'adolescente ad un più elevato rischio di presentare problematiche di gioco d'azzardo. In questa relazione, anche i tratti impulsivi potrebbero avere un'influenza, seppur minore. Essi, infatti, concorrono in via minoritaria alla spiegazione della varianza condivisa.



**Figura 10.** Modello della mediazione dell'impulsività (UN e UP) nella relazione tra Caos materno e problemi di gioco d'azzardo nell'adolescente.



Effetto indiretto:  
UN:  $b = .026, 95\% \text{ CI } (.010, .046)$   
UP:  $b = .017, 95\% \text{ CI } (.013, .035)$   
UN+UP:  $b = .043, 95\% \text{ CI } (.025, .063)$

*Nota: sono riportate le stime standardizzate dei parametri.*

## Caos paterno

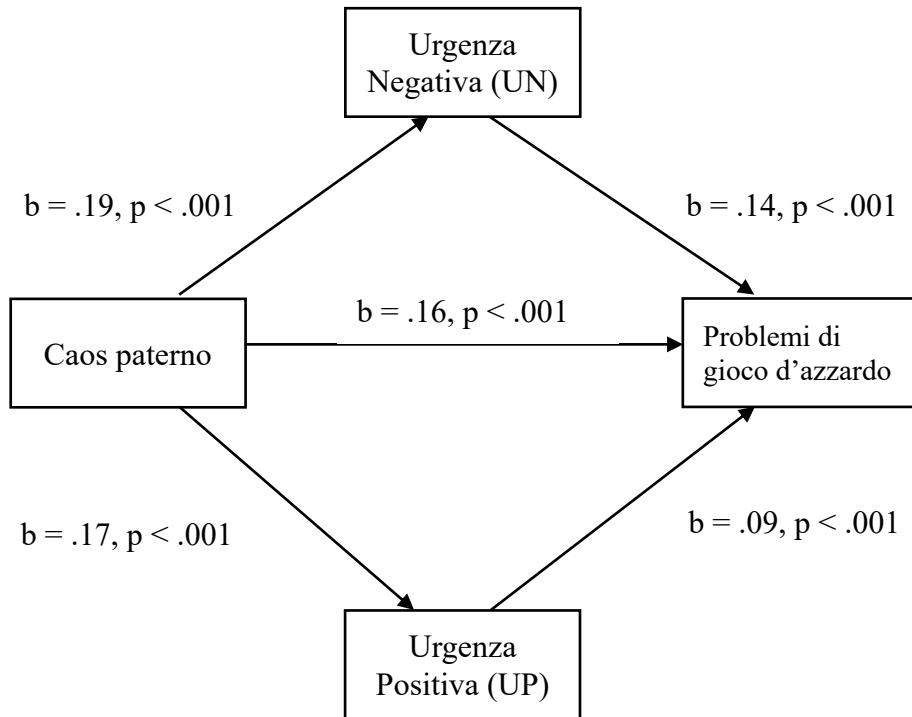
L'ultimo modello di mediazione considera il comportamento paterno di Caos come variabile indipendente. Anche in questo caso, tutti gli effetti sono risultati significativi e si può parlare di mediazione parziale: l'effetto indiretto di UN e UP è presente [ $b = .039$ , 95% CI (.022, .060)], ma spiega una minor parte della variabilità dei dati (il 20%), rispetto al Caos paterno. Quest'ultimo è positivamente correlato ai problemi di gioco d'azzardo ( $rS = .205$ ,  $p < .001$ ) e sembra avere un impatto sui possibili problemi di gioco degli adolescenti di genere maschile. La Figura 11 descrive come l'effetto diretto di questa variabile rimanga significativo al netto dei mediatori impulsivi (UN e UP), che hanno comunque un impatto da tenere in considerazione.

L' R-quadro del modello spiega circa l'8% della variabilità del Gioco d'azzardo ( $r^2 = .08$ ). L'*effect size* è dunque da considerarsi ai limiti tra la piccola e la media entità (Cohen, 2013).

È possibile sostenere che percepire Caos da parte del padre possa predisporre l'adolescente ad un più elevato rischio di presentare problemi di gioco d'azzardo, a prescindere dai propri livelli di impulsività, che, spiegando una minor parte della variabilità, hanno un impatto minore.

In conclusione, confrontando i risultati di questo modello di mediazione con quelli del modello osservato in precedenza, comprensivo del Caos materno come variabile indipendente, si potrebbe supporre che, nella relazione madre-adolescente, l'impatto dei tratti impulsivi del ragazzo sia più elevato rispetto alla relazione padre-adolescente. Al contempo, percepire Controllo Psicologico o Caos nel padre, sembrerebbe esporre l'adolescente a maggiori problemi di gioco d'azzardo, a prescindere dai suoi livelli di impulsività.

**Figura 11.** Modello della mediazione dell'impulsività (UN e UP) nella relazione tra Caos paterno e problemi di gioco d'azzardo nell'adolescente.



Effetto indiretto:  
UN:  $b = .022, 95\% \text{ CI } (.008, .040)$   
UP:  $b = .017, 95\% \text{ CI } (.003, .035)$   
UN+UP:  $b = .039, 95\% \text{ CI } (.022, .060)$

*Nota: sono riportate le stime standardizzate dei parametri.*

## CAPITOLO 5

### Discussione dei risultati

#### 5.1 Discussione dei risultati

Nei capitoli precedenti è stata presentata una rassegna della letteratura scientifica relativa al fenomeno del gioco d'azzardo in adolescenza. Come si è potuto osservare, alcuni fattori individuali e contestuali, come l'impulsività e i comportamenti genitoriali, assumono un importante ruolo nel favorire o nel mitigare possibili problematiche legate al gioco d'azzardo (si vedano, per esempio, Griffiths et al., 2016; Marazziti et al., 2014; Lussier et al., 2014). Questi fenomeni appaiono particolarmente rilevanti in adolescenza, laddove il confronto con i propri genitori e la tendenza a comportarsi in maniera impulsiva o rischiosa sono istanze fondamentali nel processo di sviluppo, fisico e identitario, dell'adolescente. Per questi motivi, si è scelto di considerarli all'interno di questa ricerca. Più nel dettaglio, nel secondo capitolo è stato descritto come, durante l'adolescenza, la presenza di stili genitoriali controllanti o caotici o di tratti impulsivi di Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza siano correlati ad un maggiore rischio di sviluppare problemi di gioco d'azzardo (Billieux et al., 2012; Branstetter & Furman, 2013; Mestre-Bach et al., 2020; Parrado-Gonzalez et al., 2023; Serna et al., 2023; Vitaro et al., 2008). Al contempo, un *parenting* contraddistinto da monitoraggio, calore e vicinanza emotiva risulta un fattore di protezione per i problemi di gioco d'azzardo (Dowling et al., 2017; Floros et al., 2013). Questa analisi della letteratura ha suggerito che la prevenzione per i problemi di gioco d'azzardo in adolescenza debba passare soprattutto attraverso un lavoro sui fattori di rischio legati all'impulsività e alla relazione con i genitori. Dagli studi esaminati (per esempio, Dane et al., 2008; Dowling et al., 2017; Armour et al., 2023), emerge la necessità di un modello che integri questi due livelli, per fornire indicazioni più precise sul reale peso dei diversi fattori di rischio in interazione tra loro. Inoltre, l'eterogeneità (in termini di età, genere ed appartenenza o meno ad un livello clinico) dei campioni di riferimento, richiama la necessità di un lavoro su campioni dalle caratteristiche specifiche.

A partire da queste evidenze, la presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare se e in quale modo alcune caratteristiche individuali, come i tratti impulsivi, e alcuni fattori contestuali, come i comportamenti genitoriali, potessero influenzare possibili problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti. Riguardo all'impulsività, è stato assunto come paradigma di riferimento il modello UPPS-P, inizialmente teorizzato da Whiteside e Lynam (2001) sulla base del modello dei cinque fattori di personalità allo scopo di costruire una concettualizzazione dimensionale dell'impulsività (Um et al., 2018), in seguito declinato in un'importante scala per la valutazione dell'impulsività chiamata *UPPS-P Impulsive Behavior Scale* (Lynam et al., 2006), validata anche su un campione italiano (D'Orta et al., 2015; Fossati et al., 2016). Relativamente ai comportamenti genitoriali, il paradigma di riferimento è stato il lavoro di Skinner e colleghi (2005), che, a partire da un'attenta disamina delle teorizzazioni precedenti sui fattori costitutivi della genitorialità, hanno proposto sei dimensioni fondamentali del *parenting*, organizzate in tre dicotomie: Calore-Rifiuto, Struttura-Caos e Supporto all'autonomia-Controllo psicologico. Infine, per la misurazione dei problemi di gioco d'azzardo si è scelto il questionario di *screening* SOGS-RA, in origine proposto da Winters e colleghi (1993), dunque aggiornato secondo i più recenti criteri diagnostici, adattato alla popolazione adolescente e validato su un campione italiano (Chiesi et al., 2013; Colasante et al., 2014). Questo strumento fornisce un *output* organizzato su tre livelli di rischio per il gioco d'azzardo, consentendo di distinguere tra giocatori non problematici, a rischio o problematici. Attraverso tali strumenti, questo studio ha analizzato, a scopo confermativo, le associazioni tra le componenti impulsive di Urgenza Positiva (UP), Urgenza Negativa (UN) e Mancanza di Perseveranza (MP), i comportamenti genitoriali di Controllo Psicologico, Caos e Calore e i problemi di gioco d'azzardo, in un campione italiano di adolescenti di genere maschile. Si è scelto di considerare tali dimensioni dell'impulsività e della genitorialità sulla base delle evidenze presenti in letteratura, che le indicavano come le più correlate ai problemi di gioco (Billieux et al., 2012; Dowling et al., 2017; Mestre-Bach et al., 2020; Serna et al., 2023).

Innanzitutto, le analisi preliminari, riguardo alla distribuzione nei tre livelli di rischio di gioco d'azzardo del campione della nostra ricerca, hanno fatto emergere che circa un quarto degli adolescenti maschi (il 23,3%) presenta un comportamento di gioco d'azzardo a rischio (14,5%) o problematico (8,8%), come si può osservare in Tabella 3. Questo dato

risulta in linea con le stime di prevalenza condivise dalla letteratura scientifica, che in Italia evidenzia circa il 13,6% di adolescenti maschi con un profilo a rischio di sviluppare problematicità legate al gioco e il 9,2% ad un livello problematico (dati ESPAD, 2021). Le similitudini riscontrate con i dati ESPAD, raccolti su un campione ampio e rappresentativo della popolazione, conferiscono forza ai nostri risultati. Osservando le percentuali, si può asserire che la dimensione del fenomeno è notevole, soprattutto se si considera che nel campione di questa ricerca circa tre quarti degli individui sono minorenni; dunque, in linea di teoria, non potrebbero accedere legalmente al gioco.

La prima ipotesi di ricerca prevedeva l'esistenza di una correlazione positiva tra Urgenza Negativa, Urgenza Positiva e Mancanza di Perseveranza e i problemi di gioco d'azzardo. Nonostante il legame tra impulsività e problemi di gioco d'azzardo sia ben documentato in letteratura scientifica (per esempio, Griffiths et al., 2016; Lai et al., 2011), non sono numerosi gli studi che hanno osservato le associazioni tra le dimensioni impulsive e i problemi di *gambling* su un campione di adolescenti italiani. I risultati hanno evidenziato che Urgenza Negativa (UN), Urgenza Positiva (UP) e Mancanza di Perseveranza (MP) sono positivamente correlate ai problemi di gioco d'azzardo, le prime due in misura maggiore rispetto alla terza. Questo dato, in linea con quanto emerso da numerose ricerche (ad esempio, Billieux et al., 2012; Mestre-Bach et al., 2020), merita un approfondimento ulteriore: le dimensioni di Urgenza, caratterizzate dalla tendenza ad agire in maniera avventata quando si sperimentano stati d'animo positivi o negativi e correlate alla gravità del Disturbo da Gioco d'azzardo (Mestre-Bach et al., 2020), sono risultate associate a fattori emotivi (Joseph et al., 2009). Si potrebbe ipotizzare che UP e UN risultino più associate della MP ai problemi di gioco d'azzardo, dal momento che veicolano un aspetto emotivo, in adolescenza più prominente rispetto a quello cognitivo (più collegato alla Mancanza di Perseveranza). È infatti noto come lo sviluppo dei lobi frontali (deputati alla cognizione e alle funzioni esecutive) raggiunga il suo completamento solamente dopo i 20 anni di età, mentre le regioni cerebrali coinvolte nell'emotività completino il loro sviluppo molto prima. L'adolescente, quindi, è soggetto al presentarsi di intense emozioni, che la sua corteccia in via di sviluppo fatica a regolare ed interpretare. Il legame di UN e UP con la componente emotiva (Joseph et al., 2009) potrebbe dunque spiegare la loro maggiore associazione con i problemi di gioco d'azzardo in adolescenza; è infatti noto come la difficoltà nel riconoscere e gestire le

emozioni sia un fattore di rischio per i problemi di gioco d'azzardo (Williams et al., 2012). Al contrario, la Mancanza di Perseveranza è stata indicata da alcuni autori come un fattore predittivo dell'abbandono del trattamento (Mallorquí-Bagué et al., 2019), processo in cui sono coinvolti fattori di *decision making*, afferenti alla dimensione cognitiva. In ogni caso, l'Urgenza Positiva, l'Urgenza Negativa e la Mancanza di Perseveranza sembrerebbero comunemente più elevate negli individui più giovani (Mestre-Bach et al., 2020); ad esse va dunque dedicata grande attenzione durante l'adolescenza.

In secondo luogo, ci si aspettava una correlazione positiva tra il Controllo Psicologico (materno e paterno) e i problemi di gioco d'azzardo. Tale previsione è stata confermata dai dati, che hanno evidenziato una lieve differenza tra madre e padre: per un adolescente, percepire Controllo Psicologico da parte del padre sembrerebbe maggiormente correlato a possibili problemi di gioco d'azzardo, rispetto alla percezione di controllo della madre. Analogamente, il Caos (materno e paterno) e i problemi di gioco sono risultati positivamente correlati, con la dimensione genitoriale paterna maggiormente associata ad esiti negativi di gioco. Inoltre, l'elevata correlazione tra Caos materno e Caos paterno suggerisce che la percezione di Caos da parte dell'adolescente, quando presente, sia spesso riscontrabile in entrambe le figure genitoriali. Questo dato è da tenere particolarmente in attenzione, poiché, come sostenuto da Branstetter e Furman (2013) e da Vachon e colleghi (2004), una genitorialità caotica, disorganizzata, poco prevedibile e poco strutturata è un significativo fattore di rischio per molte forme di psicopatologia in adolescenza, compreso il Disturbo da Gioco d'azzardo. Contrariamente a quanto ipotizzato sulla base dei lavori presenti in letteratura scientifica, invece, non si è evidenziata una correlazione negativa significativa tra il Calore e i problemi di gioco d'azzardo. L'ipotesi, suffragata dagli studi di Floros e colleghi (2013), che ad un *parenting* distinto da calore e vicinanza emotiva corrispondesse un minor rischio di gioco d'azzardo, non si può dire confermata. Ciò potrebbe essere dovuto all'ampiezza del costrutto del calore, concettualizzato in diverse forme e declinato in strumenti differenti. In questo studio e in quello citato, infatti, il calore non è stato misurato con le stesse scale; ciò potrebbe contribuire a spiegare tali differenze. È interessante notare come, in tutte le tre dimensioni genitoriali considerate, la percezione di Controllo Psicologico, Caos o Calore da parte dell'adolescente sia relativa ad entrambe le figure genitoriali, come dimostrato dalle correlazioni medio-grandi tra le percezioni sui comportamenti materni e

paterni. Questo conduce ad affermare che, in questo campione, gli adolescenti di genere maschile tendono a percepire in maniera simile le modalità di *parenting* di entrambe i genitori. Ciò potrebbe contribuire a rispondere agli interrogativi posti da alcuni studi sulla genitorialità (Trincas et al., 2008; Yaffe, 2023), che hanno appuntato come questo costruito venga spesso considerato solamente in maniera unitaria e non separata per madre e padre. Tali similitudini nella percezione degli stili materni e paterni, tuttavia, non si riflettono anche sugli effetti di questi ultimi, che appaiono invece differenti.

L'analisi dei modelli di mediazione, che aveva l'obiettivo di esaminare quale fosse il peso dei tratti impulsivi all'interno della relazione tra i comportamenti genitoriali e i problemi di gioco d'azzardo, ha infatti sottolineato influenze diverse per madri e padri. Come già accennato, si è scelto di considerare separatamente i comportamenti genitoriali materni e paterni per contribuire ad arricchire la letteratura scientifica in merito, che risulta particolarmente limitata; infatti, pochi studi hanno approfondito l'impatto differenziale di madri e padri su possibili comportamenti a rischio dell'adolescente (Murray et al., 2014; Yaffe, 2023). Oltre a questo aspetto, tramite i modelli di mediazione si è cercato di raccogliere il suggerimento di Mestre-Bach e colleghi (2020), che hanno indicato nell'esame delle diverse dimensioni dell'impulsività in relazione alle differenze familiari, un'importante linea di ricerca, finalizzata ad una valutazione più precisa di come gli aspetti impulsivi si relazionano ai comportamenti di gioco d'azzardo.

In linea con le ipotesi di ricerca, è emerso che Urgenza Negativa e Positiva mediano la relazione tra Controllo Psicologico e problemi di gioco d'azzardo; tuttavia, ciò accade in maniera differente tra madri e padri. Come descritto nel Capitolo 4, i risultati suggeriscono che, nel rapporto madre-adolescente, l'impulsività abbia un ruolo maggiore del controllo genitoriale nel predire possibili problemi di gioco d'azzardo. Al contrario, Controllo Psicologico paterno e problemi di gioco hanno una relazione forte, che non è particolarmente legata all'impulsività dell'adolescente. Dunque, a prescindere dall'impulsività, sembra che un padre controllante potrebbe mettere più a rischio di problemi di gioco d'azzardo il figlio adolescente, rispetto ad una madre controllante. Questi dati sono coerenti con quanto affermato da Trincas e colleghi (2008) a proposito del fatto che il comportamento genitoriale può avere effetti diversi in base a quale delle due figure genitoriali lo mette in atto. Una possibile spiegazione alla maggiore rilevanza



del controllo paterno, per gli adolescenti di genere maschile, è relativa ai diversi stili e pratiche che, tendenzialmente, madri e padri adottano in famiglia, in relazione a figli di genere diverso: in una recente *review* sistematica sulle differenze nella genitorialità, Yaffe (2023) ha riscontrato che i padri vengono mediamente percepiti come più autoritari, coercitivi e controllanti delle madri. Il Controllo Psicologico da loro applicato, dunque, potrebbe essere più rilevante per l'adolescente. Inoltre, i padri (più delle madri) tendono a comportarsi in maniera diversa in base al genere del figlio, applicando stili disciplinari differenti (Yaffe, 2023). Al contrario, i tratti impulsivi di UN e UP, che, come visto in precedenza, sono legati ad aspetti emotivi, potrebbero scontrarsi con la maggiore emotività che la madre investe nella relazione con il figlio: la *review* di Yaffe (2023), infatti, ha evidenziato che le madri sono percepite dai figli come più accettanti, supportive e attente ai bisogni dell'adolescente, rispetto ai padri. In altre parole, offrono un *parenting* mediamente distinto da maggior calore, empatia e supporto all'autonomia. Un'ipotesi da verificare potrebbe dunque essere relativa al fatto che la maggiore attenzione materna alla regolazione emotiva dell'adolescente possa coincidere con livelli di Controllo Psicologico più bassi; inoltre, andrebbe approfondita la relazione tra le dimensioni emotive dell'impulsività (UN e UP) dell'adolescente e lo stile genitoriale maggiormente empatico-emotivo delle madri, che è fattore protettivo per i problemi di gioco d'azzardo (Dowling et al., 2017; Floros et al., 2013). Un'altra possibile interpretazione si rifà a quanto riportato da Bronte-Tinkew e colleghi (2006), secondo cui una relazione padre-figlio di alta qualità è un fattore protettivo per l'assunzione di comportamenti a rischio. Di contro, una relazione padre-figlio fondata sul controllo intrusivo potrebbe aumentare la probabilità che quest'ultimo si implichi in comportamenti problematici di gioco d'azzardo. Questo dato è in linea con le evidenze presenti in letteratura, che indicano le pratiche genitoriali coercitive o controllanti come uno dei maggiori fattori di rischio per i problemi di gioco d'azzardo in adolescenza (Parrado-Gonzalez et al., 2023; Serna et al., 2023; Vitaro et al., 2008).

Contestualmente, i modelli che hanno inserito il Caos genitoriale come variabile indipendente evidenziano che l'impatto dei tratti impulsivi dell'adolescente è più elevato all'interno del suo rapporto con la madre. Allo stesso tempo, percepire Caos nel padre sembrerebbe esporre l'adolescente a maggiori rischi di gioco d'azzardo, a prescindere dai suoi livelli di impulsività. Tuttavia, va specificato che, a differenza dei modelli con il

Controllo Psicologico, in questo caso risulta presente sia l'effetto indiretto dei tratti impulsivi, sia l'effetto diretto del Caos (materno e paterno). Urgenza positiva e Negativa sono dunque mediatori parziali, mentre l'aspetto genitoriale spiega la maggior parte della varianza condivisa con il gioco d'azzardo. In altre parole, un adolescente con tratti impulsivi e con genitori con un *parenting* caotico è a rischio di gioco d'azzardo più per il secondo che per il primo fattore. Ciò è in linea con quanto affermato da alcuni ricercatori, secondo cui pratiche genitoriali caotiche o non coerenti aumentano il rischio che l'adolescente sviluppi problemi di gioco d'azzardo (Branstetter & Furman, 2013; Vachon et al., 2004). Tali considerazioni sembrerebbero essere in accordo con la letteratura presentata in precedenza, secondo cui il rapporto tra comportamenti genitoriali ed impulsività è di tipo monodirezionale: una genitorialità caotica o controllante è associata a livelli impulsivi più alti nell'adolescente; una buona relazione genitore-figlio mitiga la presenza di impulsività nell'adolescente (Armour et al., 2023; Liu et al., 2019; Qi et al., 2022). Mentre non sono presenti studi che sostengano il contrario.

## **5.2 Limiti della ricerca e direzioni future**

Un limite di questa ricerca è relativo al campione di riferimento, la cui numerosità non consente di fare inferenze sulla popolazione generale. Inoltre, esso non si può dire rappresentativo, principalmente per due motivi. Il primo riguarda la strategia di campionamento adottata: le classi sono state selezionate per convenienza, in base alla libera adesione di scuole e docenti; non vi erano particolari criteri di inclusione, se non quello di presentare il consenso informato e di appartenere ad una classe di un istituto di scuola superiore. Inoltre, osservando la distribuzione dei partecipanti sul territorio italiano, si nota che più di tre quarti del campione afferma di vivere in regioni del Nord Italia. Tuttavia, i più recenti dati ISTAT indicano che tale area comprenda circa il 45% della popolazione italiana (ISTAT, 2022). Questa sproporzione geografica rende complessa la generalizzazione dei dati di questa ricerca all'intera popolazione italiana. Ricerche future dovrebbero selezionare un campione più numeroso e più eterogeneo a livello regionale.

Un'altra questione riguarda alcuni aspetti delle misure utilizzate. Prima di tutto, la natura *self-report* del questionario, nonostante garantisca al partecipante l'anonimato e al ricercatore la possibilità di coinvolgere un numero più consistente di persone, comporta

alcune criticità, come la presenza di desiderabilità sociale. Il fatto di aver risposto al questionario all'interno del contesto-classe potrebbe aver influenzato le risposte degli adolescenti, in termini di sottostima o di sovrastima dei fenomeni. In futuro, sarebbe utile integrare questa tipologia di dati con altre forme di misurazione non auto-valutative, come, ad esempio, una scala compilata dai genitori o da altre figure educative. Inoltre, potrebbe essere utile inserire uno strumento per raccogliere le tipologie di gioco d'azzardo preferite. Tuttavia, va specificato che, generalmente, il grado di accordo tra misure *self-report* è superiore a quello tra modalità miste, in cui si propongono strumenti tra loro diversi come, ad esempio, misure comportamentali e di auto-valutazione (Mestre-Bach et al., 2020). Il fatto che i tre livelli indagati in questo studio (impulsività, comportamenti genitoriali e gioco d'azzardo) provenissero tutti dalla stessa fonte e dalla stessa modalità, dunque, potrebbe anche costituire un punto di forza.

Infine, un limite da riconoscere è che gli effetti riscontrati nel presente studio sono tutti di entità lieve-bassa. Per tale motivo, bisogna essere cauti nell'interpretazione dei dati e nel fornire spunti di riflessione per la ricerca e per la parte applicativa (vedi programmi di prevenzione).

Le ricerche future potrebbero considerare un altro livello di rischio, ovvero quello relativo alle distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo, e inserirlo nelle associazioni tra impulsività e comportamenti genitoriali, al fine di ottenere una valutazione più precisa di come e con quale peso ciascuna variabile si relazioni ai problemi di *gambling* in adolescenza. Inoltre, sarebbe interessante indagare i meccanismi di influenza del gruppo dei pari e dei *social network*, dove il gioco d'azzardo è largamente pubblicizzato e incoraggiato. In questo modo, si potrebbero implementare interventi preventivi mirati e rivolti al giusto *target*.

### **5.3 Implicazioni cliniche**

Ad oggi esistono molte forme di intervento per il gioco d'azzardo, sia a livello preventivo che di trattamento. Prima di tutto, va segnalato che lo strumento di *screening* maggiormente utilizzato è il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), utilizzato anche in questa ricerca nella sua versione per adolescenti (SOGS-RA). In una recente *review* sistematica, Otto e colleghi (2020), dopo aver analizzato ben 31 differenti strumenti di

*screening* per il disturbo da gioco d'azzardo, lo hanno indicato come uno dei tre strumenti migliori, insieme al *Massachusetts Gambling Screen* (MAGS) e al *Problem Gambling Severity Index* (PGSI). Per la prevenzione del gioco d'azzardo problematico, occorre citare anche il *Sydney Laval Universities Gambling Screen* (SLUGS), basato sul modello di Blaszczynski, Ladoucer e Shaffer (2004), in grado di identificare precocemente le situazioni problematiche, prima dell'insorgenza di una grave compromissione (Blaszczynski et al., 2004). Questi strumenti sono molto importanti, in quanto, offrendo uno *screening* del comportamento di gioco d'azzardo tra gli adolescenti, consentono di ipotizzare delle stime di prevalenza e di identificare i profili più a rischio di problematicità, cui vanno rivolte le strategie di intervento.

La costruzione di efficaci programmi di prevenzione, negli ultimi anni, è emersa come necessità per rispondere al notevole aumento di problematiche legate al gioco d'azzardo in adolescenza ed è stata possibile grazie agli sforzi della comunità scientifica, che ha rivolto l'attenzione all'approfondimento delle possibili cause del *gambling*, identificando fattori di rischio e di protezione utili alla progettazione di interventi mirati. Le scoperte recenti sono state, dunque, declinate sui tre livelli di prevenzione comunemente riconosciuti, rivolti a popolazioni con diversi livelli di rischio.

In termini di prevenzione primaria o universale, ovvero rivolta all'intera popolazione, da parte delle istituzioni l'intervento consiste nel diffondere campagne di informazione e sensibilizzazione al tema. Viste le evidenze empiriche che suggeriscono un'associazione positiva tra la disponibilità e l'accessibilità del gioco e lo sviluppo del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Melodia et al., 2022), le politiche e le iniziative di sanità pubblica si sono concentrate sul limitare disponibilità e accessibilità al gioco per gli adolescenti. Queste iniziative preventive da parte degli organi di governo comprendono, per esempio, la limitazione degli orari delle sale-gioco e delle *slot machine* o l'imposizione di limiti numerici alla quantità di strutture per il gioco d'azzardo (Melodia et al., 2022). Purtroppo, il fenomeno più complesso da arginare, il *gambling online*, è quello più diffuso tra gli adolescenti e più difficile da arginare con misure istituzionali.

Da parte dei professionisti della salute, l'intervento preventivo universale consiste principalmente nel promuovere interventi strutturati a scuola, che lavorino sulla

decostruzione delle false credenze legate al gioco e sulla promozione di *life skills* ad esso antagoniste (Grande-Gosende et al., 2020; Turner et al., 2008). In linea con gli obiettivi di questo lavoro, Derevensky e Gilbeau (2019) ricordano che più l'intervento è precoce e focalizzato sui fattori di protezione e di rischio del gioco d'azzardo, maggiore è la possibilità di minimizzare i rischi e di attuare un intervento efficace. A proposito degli interventi nel contesto scolastico, Donati e colleghi (2018) si sono concentrati sugli antecedenti delle distorsioni cognitive legate al *gambling*, come gli errori nel ragionamento probabilistico ed il pensiero magico-superstizioso. A partire da questi fattori di rischio, hanno sviluppato un intervento preventivo scolastico per gli adolescenti, volto a ridurre questi *bias* cognitivi. L'intervento, testato su 306 adolescenti maschi con un'età media di 17,2 anni, si è dimostrato efficace e i suoi effetti stabili nel tempo. In linea con questo studio, Primi e Donati (2022) hanno basato il loro intervento preventivo scolastico sull'insegnamento della capacità di ragionamento probabilistico e sulla spiegazione dei *bias* nel ragionamento con le probabilità. Come nello studio precedente, i due autori avevano lo scopo di ridurre le distorsioni legate al gioco d'azzardo, lavorando sul concetto di casualità e probabilità, ipotizzando un effetto a cascata sui comportamenti di gioco d'azzardo problematico. In un altro esempio di intervento preventivo su adolescenti italiani, Capitanucci, Smaniotto e Biganzoli (2010) hanno proposto ad alcune classi l'adattamento del video "*Lucky*", ideato da Lavoie e Ladouceur (2004) per correggere le cognizioni erranee e promuovere le conoscenze sul gioco d'azzardo. Il video, della durata di 20 minuti, ha come protagonisti un clown ed il suo assistente, che hanno perso tutto il loro denaro giocando d'azzardo e mettono in scena un breve spettacolo in cui spiegano le differenze tra l'azzardo e i giochi di abilità, sottolineando in maniera ironica alcune distorsioni cognitive, come, ad esempio, l'illusione di controllo. I risultati hanno indicato che il video incrementa in modo significativo le conoscenze dei partecipanti e modifica le loro credenze erranee, sia nell'immediato sia a sei mesi dall'intervento. Queste evidenze supportano l'idea di un approfondimento teorico sul ruolo delle distorsioni cognitive. Per prevenire il gioco d'azzardo problematico tra i giovani esistono anche programmi di intervento preventivo integrato, che coniugano il lavoro sui fattori cognitivi, come le credenze erranee e le distorsioni cognitive, con un *focus* su fattori concreti, come la quantità di denaro speso e le ore totali trascorse a giocare

a settimana (Calado et al., 2020), efficaci soprattutto nel correggere alcuni aspetti comportamentali legati al gioco d'azzardo.

Ad un livello successivo si colloca la prevenzione selettiva, che si rivolge a individui il cui rischio di sviluppare dei comportamenti problematici legati al gioco d'azzardo è significativamente più alto della media. A questa categoria di adolescenti si propongono interventi preventivi focalizzati, oltre che sugli elementi già citati, sulla limitazione delle perdite e sul monitoraggio genitoriale (Serpelloni & Rimondo, 2012; Calado et al., 2016), di cui si è discusso nei capitoli precedenti.

Da ultimo, gli interventi preventivi indicati sono rivolti ad adolescenti ad alto rischio, con segni o sintomi rilevabili ad un livello sub-clinico (Melodia et al., 2022). Grande-Gosende e colleghi (2020), in una *review* sistematica dei programmi di prevenzione indicata per il gioco d'azzardo tra i giovani, evidenziano come strumento elettivo il *Personalized Normative Feedback (PNF)*, una tecnica di intervento breve (che si svolge solitamente in un'unica seduta), in cui viene analizzato il comportamento di gioco dell'individuo, la percezione del partecipante del comportamento di gioco del suo gruppo di riferimento e, infine, il reale comportamento di gioco del gruppo di riferimento (Grande-Gosende et al., 2020). L'assunto alla base è un postulato relativo al confronto sociale: tendenzialmente, i giocatori d'azzardo, soprattutto se giovani, tendono a sopravvalutare il comportamento di gioco degli altri individui del loro gruppo di riferimento, in termini di quantità di denaro e di tempo investito nel gioco. Mettere a confronto la percezione del partecipante con il comportamento reale del gruppo normativo può modificare le convinzioni normative del giocatore, producendo così cambiamenti nel suo comportamento di gioco (Grande-Gosende et al., 2020). Questa modalità, correggendo la concezione errata di ciò che è tipico negli altri, sembrerebbe suscitare un cambiamento comportamentale, riducendo nei giovani il gioco d'azzardo a rischio o problematico.

In generale, la letteratura scientifica enfatizza l'importanza di interventi preventivi universali e di ampio raggio (Dowling et al., 2017; Sapthiang et al., 2020). Questo genere di strategie di promozione del benessere, infatti, agiscono sui fattori di rischio e sui fattori di protezione del gioco d'azzardo, producendo un cambiamento nei comportamenti di gioco a partire da un'azione sui suoi antecedenti cognitivi, emotivi e sociali. Ciò può

generalizzarne gli effetti, facendo prevenzione anche all'eventuale insorgenza di altre problematiche (Sapthiang et al, 2020). Inoltre, questo tipo di interventi fornisce un'opportunità preventiva sia a quegli individui che non si sono ancora coinvolti nel comportamento di gioco d'azzardo, sia a quella parte della popolazione che rappresenta un gruppo a rischio per lo sviluppo di successivi comportamenti problematici (Dickson et al., 2004).

Di fondamentale importanza, oltre al lavoro sull'individuo, è la promozione di fattori protettivi a livello familiare e sociale, come il monitoraggio genitoriale e la buona comunicazione genitore-figlio (Dowling et al., 2017). I comportamenti genitoriali, infatti, hanno degli effetti sul comportamento di gioco d'azzardo degli adolescenti (Ruiz-Hernández et al., 2019). In particolare, come si è visto nel Capitolo 2, un elevato monitoraggio o controllo genitoriale è correlato a livelli più bassi di gioco d'azzardo nell'adolescente (Lee et al., 2014). Esso si configura dunque come importante fattore di protezione, su cui è necessario implementare programmi preventivi. Studi recenti identificano anche la *mindfulness* come tecnica utile alla prevenzione del gioco d'azzardo, soprattutto in contrasto alle dimensioni di impulsività-compulsività e *sensation seeking* tipiche di questo quadro fenomenologico (Griffiths et al., 2016). Questa pratica di meditazione sembra essere un'utile modalità di intervento per i problemi di dipendenza, soprattutto tra gli adolescenti (Shonin et al., 2012), sia a livello preventivo che di trattamento.

Per gli adolescenti già implicati in comportamenti problematici di gioco d'azzardo ad un livello clinico, o con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo, può essere necessario l'intervento terapeutico. Ad oggi, i paradigmi di trattamento più diffusi fanno riferimento a tre approcci teorici: la terapia cognitivo-comportamentale, gli interventi brevi e la terapia familiare (Yakovenko & Hodgins, 2014). Vista la natura mutevole del periodo adolescenziale, è tuttavia necessario applicare un trattamento multimodale, che integri diversi approcci e tecniche e che sia il più possibile individualizzato sul paziente.

Ad un livello individuale, in una psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, tramite l'utilizzo di tecniche come l'analisi funzionale il paziente effettua un automonitoraggio che gli consente di identificare i fattori scatenanti, i

comportamenti messi in atto e le reazioni cognitive ed emotive che sperimenta nelle situazioni di gioco d'azzardo. In seguito, il lavoro di terapia si focalizza sulla costruzione di strategie alternative al gioco e sulla decostruzione dei *bias* cognitivi che facilitano il perseverare nel *gambling* (Higuerela-Ahjiado et al., 2023). Questo approccio terapeutico è il più largamente utilizzato per il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Menchon et al., 2018). Per pazienti non-clinici ma con comportamenti a rischio o problematici, risultano efficaci anche gli interventi brevi, caratterizzati, ad esempio, da un focus sull'impulsività o dal potenziamento motivazionale (Melodia et al., 2022). Mestre-Bach e colleghi (2020), dopo aver analizzato il ruolo delle dimensioni impulsive nel gioco d'azzardo problematico, sostengono che interventi specifici sugli aspetti dell'impulsività associati alla gravità del gioco potrebbero migliorare i risultati del trattamento. Gli autori suggeriscono il ricorso a interventi basati sulla tecnologia, per valutare costrutti come i *bias* cognitivi e attenzionali o per trattare l'impulsività nel gioco d'azzardo tramite *serious games* o videogiochi terapeutici, modalità innovative di trattamento che sembrano aumentare la motivazione del paziente e diminuire il tasso di abbandono (Jiménez-Murcia et al., 2009). Tuttavia, spesso il gioco d'azzardo viene trattato ad un livello gruppale: i gruppi di auto-aiuto e le terapie familiari sono strumenti piuttosto diffusi ed efficaci. Questa tendenza riflette l'evidenza della centralità della famiglia per la riuscita del trattamento, soprattutto con i giocatori adolescenti, in cui spesso la motivazione al trattamento è bassa, se non del tutto assente. Il coinvolgimento congiunto di paziente e familiari all'interno del trattamento migliora la prognosi, riduce i livelli di stress familiare percepito e migliora le strategie di *coping* messe in atto da tutti i membri della famiglia (Bellio & Croce, 2014). Intervenire sull'impulsività e sulla famiglia, dunque, assume una grande importanza, soprattutto con gli adolescenti.



## CONCLUSIONI

Come è stato ampiamente descritto in questi capitoli, in adolescenza i problemi di gioco d'azzardo sono una manifestazione piuttosto diffusa, soprattutto tra i ragazzi. Alcune caratteristiche individuali, come l'impulsività, e alcuni fattori familiari, come i comportamenti genitoriali, possono aumentare il rischio per l'adolescente di sviluppare problemi di gioco d'azzardo. Questo lavoro di tesi ha osservato le evidenze presenti in letteratura scientifica, identificando la necessità di approfondire il ruolo che le suddette variabili svolgono in relazione ai problemi di gioco degli adolescenti di genere maschile. Si è osservato che la presenza di elevati livelli in alcuni tratti impulsivi (soprattutto l'Urgenza Negativa e l'Urgenza Positiva, legate ad aspetti emotivi) è associata a problemi di gioco nell'adolescente. Al contempo, percepire Controllo Psicologico o Caos nei comportamenti dei propri genitori (in particolar modo, nel padre) aumenta il rischio di sviluppare possibili problematiche legate al gioco. Se considerato in maniera congiunta, il peso di questi fattori si differenzia in base alla figura genitoriale: dall'analisi dei dati si è potuto evincere che, per un ragazzo, percepire una genitorialità controllante o caotica da parte del padre potrebbe essere un possibile fattore di rischio, a prescindere dall'impulsività. D'altra parte, nel rapporto con la madre le dimensioni impulsive di Urgenza Positiva e Negativa dell'adolescente sembrano avere un peso maggiore. In futuro, la ricerca dovrebbe approfondire il diverso impatto dei comportamenti materni e paterni sui figli, in relazione ai problemi di gioco e ai tratti impulsivi degli adolescenti, che svolgono un ruolo di primo piano nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza. Un'altra possibile direzione per la ricerca riguarda lo studio dell'interazione di impulsività e comportamenti genitoriali con le distorsioni cognitive, tipicamente presenti in chi ha problemi di gioco. Questi lavori dovrebbero essere orientati alla futura progettazione di interventi preventivi per i problemi di gioco d'azzardo negli adolescenti, che integrino i livelli individuali, familiari, emotivi e cognitivi. Questi interventi potrebbero anche servirsi di supporti tecnologici, nell'ottica di utilizzare una modalità vicina agli adolescenti e di permetterne un'ampia diffusione nella popolazione.

## BIBLIOGRAFIA

Adolphe, A., Khatib, L., van Golde, C., Gainsbury, S.M. & Blaszczynski, A. (2019). Crime and gambling disorders: a systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 395-414.

Allami, Y., Vitaro, F., Brendgen, M., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2018). Identifying at-risk profiles and protective factors for problem gambling: A longitudinal study across adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(3), 373-382.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Amoateng, A.Y., Barber, B.K., & Erickson, L.D. (2006). Family predictors of adolescent substance use: The case of high school students in the Cape Metropolitan Area, Cape Town, South Africa. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 7–15.

Arias-Carrión, O., Stamelou, M., Murillo-Rodríguez, E., Menéndez-González, M., & Pöppel, E. (2010). Dopaminergic reward system: a short integrative review. *International archives of medicine*, 3(1), 24.

Armour, J.A., Joussemet, M., Mageau, G.A., & Varin, R. (2022). Perceived parenting and borderline personality features during adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.

Auger, N., Lo, E., Cantinotti, M. & O'Loughlin, J. (2010). Impulsivity and socio-economic status interact to increase the risk of gambling onset among youth. *Addiction*, 105: 2176-2183.

Barnes, G.M., Welte, J.W., Hoffman, J.H., & Tidwell, M.C.O. (2011). The co-occurrence of gambling with substance use and conduct disorder among youth in the United States. *The American Journal of Addictions, 20*(2), 166- 173.

Barrera-Algarín, E., & Vázquez-Fernández, M.J. (2021). The rise of online sports betting, its fallout, and the onset of a new profile in gambling disorder: young people. *Journal of Addictive Diseases, 39*(3), 363-372.

Bastiani, L., Gori, M., Colasante, E., Siciliano, V., Capitanucci, D., Jarre, P., & Molinaro, S. (2013). Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. *Journal of Gambling Studies, 29*(1), 1-13.

Bellio, G., & Croce, M. (2014). *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*. Franco Angeli, Milano, 2014.

Benedetti, E., Molinaro, S., Potente, R., Scalese, M., Siciliano, V., Luppi, C., & Bastiani, L. (2016). I dati sul gioco d'azzardo in Italia. *Coordinamento Nazionale Comunità Accoglienza (CNCA). Year Book, 26-44*.

Bennett, C., & Blissett, J. (2017). Parental monitoring may protect impulsive children from overeating. *Pediatric obesity, 12*(5), 414-421.

Biagioni, S., Fizzarotti, C., & Molinaro, S. (2022). Generazione Z e comportamenti a rischio. *Report ESPAD Italia 2022. Year Book, 233-248*.

Biagioni, S., Sacco, S., & Molinaro, S. (2021). I comportamenti a rischio tra gli studenti. *Report ESPAD Italia 2021. Year Book, 111-121*.

Bignamini, E., & Bombini, R. (2004). Approccio psicodinamico al tossicodipendente. *Rivista di psicologia Individuale, 56, 87-102*.

- Billieux, J., Lagrange, G., Van der Linden, M., Lançon, C., Adida, M., & Jeanningros, R. (2012). Investigation of impulsivity in a sample of treatment-seeking pathological gamblers: A multidimensional perspective. *Psychiatry Research, 198*, 291-296.
- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.C., ... & Van der Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behaviour Scale. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 609-615.
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing every-day life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions, 4*, 119-123.
- Biolcati, R., Passini, S., & Griffiths, M.D. (2015). All-in and bad beat: Professional poker players and pathological gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*, 19-32.
- Black, D.W., Coryell, W., Crowe, R., McCormick, B., Shaw, M., & Allen, J. (2015). Suicide Ideations, Suicide Attempts, and Completed Suicide in Persons with Pathological Gambling and Their First-Degree Relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(6), 700-709.
- Black, D.W., & Shaw, M. (2019). The epidemiology of gambling disorder. *Gambling disorder, 29-48*.
- Blanco, C., Potenza, M., Kim, S.W., Ibáñez, A., Zaninelli, R., Saiz-Ruiz, J., & Grant, J.E. (2009). A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Research, 167*, 161-168.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*(5), 487-499.
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R., & Shaffer, H. J. (2004). A science-based framework for responsible gambling: The Reno model. *Journal of Gambling studies, 20*, 301-317.

Blinn-Pike, L., Worthy, S.L., & Jonkman, J.N. (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 223-236.

Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research, 255*, 104-110.

Borgna, E. (1978). La tossicomania come esperienza psicoterapeutica. *Psichiatria Generale e dell'età evolutiva, 1*, 127-137.

Branstetter, S.A., & Furman, W. (2013). Buffering effect of parental monitoring knowledge and parent-adolescent relationships on consequences of adolescent substance use. *Journal of Child and Family Studies, 22*(2), 192-198.

Brevers, D., Cleeremans, A., Verbruggen, F., Bechara, A., Kornreich, C., Verbanck, P., & Noël, X. (2012). Impulsive action but not impulsive choice determines problem gambling severity. *PloS one, 7*(11), e50647.

Bronte-Tinkew, J., Moore, A.M., & Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact families. *Journal of Family Issues, 27*(6), 850-881.

Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M.D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of gambling studies, 33*(2), 397-424.

Calado, F., Alexandre, J., Rosenfeld, L., Pereira, R., & Griffiths, M.D. (2020). The efficacy of a gambling prevention program among high-school students. *Journal of Gambling Studies, 36*, 573-595.

Calado, F., & Griffiths, M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of behavioral addictions, 5*(4), 592-613.

Caillois, R., Dossena, G., & Guarino, L. (1981). *I giochi e gli uomini: la maschera e la vertigine*. Milano: Bompiani.

Canale, N., Vieno, A., & Griffiths, M.D. (2016). The extent and distribution of gambling-related harms and the prevention paradox in a British population survey. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(2), 204-212.

Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Griffiths, M.D., Borraccino, A., Lazzeri, G., ... & Santinello, M. (2017). Income inequality and adolescent gambling severity: Findings from a large-scale Italian representative survey. *Frontiers in Psychology, 8*, 1318.

Canale, N., Vieno, A., Ter Bogt, T., Pastore, M., Siciliano, V., & Molinaro, S. (2016). Adolescent gambling-oriented attitudes mediate the relationship between perceived parental knowledge and adolescent gambling: Implications for prevention. *Prevention Science, 17*(8), 970-980.

Capitanucci, D. (Ed.). (2009). *Il gioco d'azzardo in Italia: i dati e la ricerca*. Gruppo Abele.

Capitanucci, D., Smaniotto, R., & Biganzoli, A. (2010). La prevenzione del gioco d'azzardo problematico negli adolescenti attraverso l'adattamento del video Lucky. *Quaderni italiani di psichiatria, 29*(1), 30-39.

Chiesi, F., Donati, M.A., Galli, S., & Primi, C. (2013). The suitability of the South Oaks Gambling Screen–Revised for Adolescents (SOGS-RA) as a screening tool: IRT-based evidence. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(1), 287.

Chinneck, A., Mackinnon, S.P., & Stewart, S.H. (2016). Investigating possible reciprocal relations between depressive and problem gambling symptoms in emerging adults. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(2), 93–101.

Chowdhury, N.S., Livesey, E.J., Blaszczynski, A., & Harris, J.A. (2017). Pathological gambling and motor impulsivity: a systematic review with meta-analysis. *Journal of gambling studies*, *33*, 1213-1239.

Cohen, J. (1972). *Psychological probability or the art of doubt*. London: Allen and Unwin.

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Scalese, M., Siciliano, V., & Molinaro, S. (2014). Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies*, *30*, 789-801.

Conversano, C., Marazziti, D., Carmassi, C., Baldini, S., Barnabei, G., & Dell'Osso, L. (2012). Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harvard review of psychiatry*, *20*(3), 130-148.

Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., & De Persis, S. (2015). Gambling disorder: Epidemiology, diagnosis, interpretative models and intervention. *Rivista Di Psichiatria*, *50*(5), 216-227.

Cosenza, M., & Nigro, G. (2015). Wagering the future: Cognitive distortions, impulsivity, delay discounting, and time perspective in adolescent gambling. *Journal of adolescence*, *45*, 56-66.

Costa, S., Sireno, S., Larcán, R., & Cuzzocrea, F. (2019). The six dimensions of parenting and adolescent psychological adjustment: The mediating role of psychological needs. *Scandinavian Journal of Psychology*, *60*(2), 128-137.

Cunningham-Williams, R.M., Cottler, L.B., Compton 3rd, W.M., & Spitznagel, E.L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders--results from the

St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American journal of public health*, 88(7), 1093-1096.

Cyders, M.A., & Smith, G.T. (2007). Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and individual differences*, 43(4), 839-850.

Dane, A.V., Lawrence, K., Derevensky, J.L., McPhee, J., & Panetta, L. (2008). Preventing youth problem gambling and high-risk behavior: A longitudinal study of parenting as a protective factor. *Final Report: Ontario Problem Gambling Research Centre*.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

Derevensky, J.L. (2012). *Teen gambling: Understanding a growing epidemic*. Rowman & Littlefield Publishers.

Derevensky, J.L., & Gilbeau, L. (2019). Preventing adolescent gambling problems. *Gambling disorder*, 297-311.

Dickson, L., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2004). Harm reduction for the prevention of youth gambling problems: Lessons learned from adolescent high-risk behavior prevention programs. *Journal of Adolescent Research*, 19(2), 233-263.

Dickson, L., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2008). Youth gambling problems: Examining risk and protective factors. *International Gambling Studies*, 8(1), 25-47.

Dixon, L., Trigg, R., & Griffiths, M. (2007). An empirical investigation of music and gambling behaviour. *International Gambling Studies*, 7(3), 315-326.

Donati, M.A., Boncompagni, J., Iozzi, A., & Primi, C. (2020). Il gioco d'azzardo nelle adolescenti: analisi del comportamento e dei fattori di rischio attraverso la Gambling Behavior Scale-For Adolescents (GBS-A). *PSICOLOGIA DELLA SALUTE*, 2020/2, 97-119.



Donati, M.A., Chiesi, F., Iozzi, A., Manfredi, A., Fagni, F., & Primi, C. (2018). Gambling-related distortions and problem gambling in adolescents: A model to explain mechanisms and develop interventions. *Frontiers in Psychology, 8*, 2243.

D'Orta, I., Burnay, J., Aiello, D., Niolu, C., Siracusano, A., Timpanaro, L., ... & Billieux, J. (2015). Development and validation of a short Italian UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive behaviors reports, 2*, 19-22.

Dowling, N.A., Merkouris, S.S., Greenwood, C.J., Oldenhof, E., Toumbourou, J.W., & Youssef, G.J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 51*, 109–124.

Emond, A., Griffiths, M.D., & Hollén, L. (2022). Problem gambling in early adulthood: A population-based study. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(2), 754-770.

Estevez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., & Jauregui, P. (2015). The impulsivity and sensation-seeking mediators of the psychological consequences of pathological gambling in adolescence. *Journal of Gambling Studies, 31*, 91-103.

Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of personality disorders, 18*(5), 500-505.

Ferrini, E., & Rontini, L. (2011). Fra vecchie e nuove dipendenze: definizioni teoriche e ambiti della ricerca. In V. Albertini, & F. Gori (cur.), *Le nuove dipendenze. Analisi e pratiche di intervento* (pp. 21-64). Firenze: Cesvot.

Flammer, A. (1995). Developmental analysis of control beliefs. *Self-efficacy in changing societies, 69-113*.

Floros, G.D., Siomos, K., Fisoun, V., & Geroukalis, D. (2013). Adolescent online gambling: The impact of parental practices and correlates with online activities. *Journal of Gambling Studies*, 29(1), 131-150.

Fossati, A., Somma, A., Karyadi, K. A., Cyders, M. A., Bortolla, R., & Borroni, S. (2016). Reliability and validity of the Italian translation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale in a sample of consecutively admitted psychotherapy patients. *Personality and Individual Differences*, 91, 1-6.

Fröberg, F., Modin, B., Rosendahl, I. K., Tengström, A., & Hallqvist, J. (2015). The association between compulsory school achievement and problem gambling among Swedish young people. *Journal of Adolescent Health*, 56(4), 420-428.

Gainsbury, S.M. (2015). Online gambling addiction: the relationship between internet gambling and disordered gambling. *Current addiction reports*, 2(2), 185-193.

Giustina, L.M., Nucera, V., Antonioni, M., Pelosi, A., Savi, E., & Baccelliere, C. (2013). Differenze di genere nella tossicodipendenza e nel gioco d'azzardo patologico. *Italian Journal on Addiction*, 3(2), 31-36.

Gori, M., Potente, R., Pitino, A., Scalese, M., Bastiani, L., & Molinaro, S. (2015). Relationship between gambling severity and attitudes in adolescents: findings from a population-based study. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 717-740.

Gossop, M. (2001). A web of dependence. *Addiction*, 96(5), 677-678.

Grande-Gosende, A., Lopez-Nunez, C., Garcia-Fernandez, G., Derevensky, J., & Fernandez-Hermida, J.R. (2020). Systematic review of preventive programs for reducing problem gambling behaviors among young adults. *Journal of Gambling Studies*, 36(1), 1-22.

Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS spectrums*, 11(12), 924-930.

Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A. & Gorelick, D.A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 233-241.

Griffiths, M. (1995, February). Technological addictions. In *Clinical psychology forum* (pp. 14-14). Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society.

Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197.

Griffiths, M.D. & Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the Internet: A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22, 59-75.

Griffiths, M.D., Shonin, E., & Van Gordon, W. (2016). Mindfulness as a treatment for gambling disorder: Current directions and issues. *Journal of Gambling and Commercial Gaming Research*, 1(1), 47-52.

Hamama, L., & Ronen-Shenhav, A. (2012). Self-control, social support, and aggression among adolescents in divorced and two-parent families. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 1042-1049.

Hayes, A.F. (2022). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (3rd edition). New York: Guilford Publications.

Higueruela-Ahijado, M., López-Espuela, F., Caro-Alonso, P.Á., Novo, A., & Rodríguez-Martín, B. (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, 127-142.

Hodgins, D.C., Stea, J.N., & Grant, J.E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874-1884.

Huggett, S.B., Winiger, E.A., Palmer, R.H., Hewitt, J.K., Corley, R.P., & Stallings, M.C. (2021). The structure and subtypes of gambling activities: Genetic, psychiatric and behavioral etiologies of gambling frequency. *Addictive Behaviors, 113*, 106662.

Jacobs, J.E., & Klaczynski, P.A. (2002). The development of judgment and decision making during childhood and adolescence. *Current directions in psychological science, 11*(4), 145-149.

Jauregui, P., Estevez, A., Macía, L., & López-González, H. (2020). Gambling motives: Association with addictive disorders and negative and positive mood in youth. *Addictive Behaviors, 110*, 106482.

Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Kalapanidas, E., Konstantas, D., Ganchev, T., Kocsis, O., ... & Davarakis, C. (2009). Playmancer project: a serious videogame as an additional therapy tool for eating and impulse control disorders. *Annual review of cybertherapy and telemedicine, 163-166*.

Johnson, S.L., Carver, C.S., & Tharp, J.A. (2017). Suicidality in bipolar disorder: The role of emotion-triggered impulsivity. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(2), 177-192.

Jonkman, J., Blinn-Pike, L., & Worthy, S. L. (2013). How is gambling related to perceived parenting style and/or family environment for college students?. *Journal of Behavioral Addictions, 2*(1), 42-49.

Joseph, J.E., Liu, X., Jiang, Y., Lynam, D., & Kelly, T.H. (2009). Neural correlates of emotional reactivity in sensation seeking. *Psychological science, 20*(2), 215-223.

Kalivas, P.W., & Volkow, N.D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry, 162*(8), 1403-1413.

Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., Van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., ... & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?. *Addiction, 112*(10), 1709-1715.

- Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C., & Shaffer, H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(9), 1351-1360.
- Koob, G.F., & Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M.C., & Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372.
- Kurniasanti, K.S., Assandi, P., Ismail, R.I., Nasrun, M.W.S., & Wiguna, T. (2019). Internet addiction: a new addiction?. *Medical Journal of Indonesia*, 28(1), 82-91.
- Kuss, D.J., & Griffiths, M.D. (2012). Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain sciences*, 2(3), 347-374.
- La Guaita, M.P. & Barbieri, B. (2007). Il gioco d'azzardo: aspetti psicopatologici e implicazioni sociali del fenomeno. In *Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Cagliari, nuova serie XXV (vol. LXII)*.
- Lai, F.D., Ip, A.K., & Lee, T.M. (2011). Impulsivity and pathological gambling: Is it a state or a trait problem?. *BMC Research Notes*, 4, 1-7.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and social Psychology*, 32, 311-321.
- Lavanco, G. & Varveri, L. (2006). Le nuove forme dell'azzardo. *Psicologia Contemporanea*, 194, 58-64.
- Lavoie, M.P., & Ladouceur, R. (2004). Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toward gambling. *Journal of Gambling Issues*, 10(10.4309).

Lee, S.Y., Kim, M.S., & Lee, H.K. (2019). Prevention strategies and interventions for internet use disorders due to addictive behaviors based on an integrative conceptual model. *Current Addiction Reports*, 6(3), 303-312.

Lee, G.P., Stuart, E.A., Ialongo, N.S., & Martins, S.S. (2014). Parental monitoring trajectories and gambling among a longitudinal cohort of urban youth. *Addiction*, 109(6), 977-985.

Lehmann, S., Akre, C., Berchtold, A., Flatz, A., & Suris, J.C. (2017). The winner takes it all? Characteristics of adolescent at-risk/problem gamblers in Switzerland. *International journal of adolescent medicine and health*, 29(5).

Lesieur, H.R., & Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British journal of addiction*, 86(8), 1017-1028.

Lingiardi, V. & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.

Liu, S.J., Lan, Y., Wu, L., & Yan, W. Sen. (2019). Profiles of impulsivity in problematic internet users and cigarette smokers. *Frontiers in Psychology*, 10.

Lugoboni, F., & Zamboni, L. (Eds.). (2018). *In sostanza: manuale sulle dipendenze patologiche*. Edizioni CLAD.

Lussier, I., Derevensky, J.L., Gupta, R., Bergevin, T., & Ellenbogen, S. (2007). Youth gambling behaviors: an examination of the role of resilience. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 165.

Lussier, I., Derevensky, J.L., Gupta, R., & Vitaro, F. (2014). Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. *Psychology of Addictive behaviors*, 28(2), 404.

Lynam, D. R., Smith, G. T., Whiteside, S. P., & Cyders, M. A. (2006). The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior. *West Lafayette, IN: Purdue University, 10*.

Maddux, J.F. & Desmond, D.P. (2000). Addiction or dependence?. *Addiction, 95(5)*, 661.

Magoon, M. E., & Ingersoll, G. M. (2006). Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies, 22*, 1-22.

Mallorqui-Bague, N., Mestre-Bach, G., Lozano-Madrid, M., Fernandez-Aranda, F., Granero, R., Alcaraz, C. V., ... & Jimenez-Murcia, S. (2018). Trait impulsivity and cognitive domains involving impulsivity and compulsivity as predictors of gambling disorder treatment response. *Addictive Behaviors, 87*, 169-176.

Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Verdejo-García, A., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Magaña, P., ... & Jiménez-Murcia, S. (2019). Impulsivity and cognitive distortions in different clinical phenotypes of gambling disorder: Profiles and longitudinal prediction of treatment outcomes. *European Psychiatry, 61*, 9-16.

Marazziti, D., Picchetti, M., Baroni, S., Consoli, G., Ceresoli, D., Massimetti, G., & Dell'Osso, M.C. (2014). Pathological gambling and impulsivity: an Italian study. *Rivista di Psichiatria, 49(2)*, 95-99.

Marmet, S., Studer, J., Wicki, M., Bertholet, N., Khazaal, Y., & Gmel, G. (2019). Unique versus shared associations between self-reported behavioral addictions and substance use disorders and mental health problems: A commonality analysis in a large sample of young Swiss men. *Journal of behavioral addictions, 8(4)*, 664-677.

Marmurek, H.H.C., Switzer, J. & D'Alvise, J. (2014). A comparison of university student and community gamblers: motivations, impulsivity, and gambling cognitions. *Journal of Behavioural Addictions, 3(1)*, 54–64.

Martinotti, G., Andreoli, S., Giametta, E., Poli, V., Bria, P., & Janiri, L. (2006). The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Comprehensive psychiatry*, 47(5), 350-356.

Martinotti, G., Pettorruso, M., Clerici, M., Sacchetti, E., & Di Giannantonio, M. (2020). Gambling disorder: Clinical, preventive and organizational implications. *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY*, 26(Supl 1), 3-8.

Mathews, M., & Volberg, R. (2013). Impact of problem gambling on financial, emotional and social well-being of Singaporean families. *International Gambling Studies*, 13(1), 127-140.

McElroy, S.L., Hudson, J.I., Hg Jr, P., Keck Jr, P.E., & Aizley, H.G. (1992). The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *The American journal of psychiatry*, 149(3), 318-327.

McCormack, A., Shorter, G.W., & Griffiths, M.D. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 71-88.

Melodia, F., Pivetta, E., Canale, N., Marino, C., Vieno, A., Chieco, F., Carraro, A., Formentin, S., & Camporese, A. (2022). *Non è un gioco da ragazzi. Quando il gioco d'azzardo e l'uso dei videogiochi diventano problematici. Una guida per docenti, operatori sanitari e sociali*. Padova, IT: Cleup Editore.

Menchon, J.M., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2018). An overview of gambling disorder: from treatment approaches to risk factors. *F1000Research*, 7.

Mestre-Bach, G., Steward, T., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mena-Moreno, T., Vintró-Alcaraz, C., ... & Jiménez-Murcia, S. (2020). Dimensions of impulsivity in gambling disorder. *Scientific Reports*, 10(1), 397.



- Mestre-Bach, G., Steward, T., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Talón-Navarro, M. T., Cuquerella, À., ... & Jiménez-Murcia, S. (2018). Gambling and impulsivity traits: A recipe for criminal behavior?. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 6.
- Miklikowska, M., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). Family roots of empathy-related characteristics: The role of perceived maternal and paternal need support in adolescence. *Developmental Psychology, 47*(5), 1342–1352.
- Moeller, F. G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry, 158*(11), 1783-1793.
- Molinaro, S., Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Siciliano, V., Gori, M., & Santinello, M. (2014). Country-and individual-level determinants of probable problematic gambling in adolescence: A multi-level cross-national comparison. *Addiction, 109*(12), 2089-2097.
- Murray, K.W., Dwyer, K.M., Rubin, K.H., Knighton-Wisor, S., & Booth-LaForce, C. (2014). Parent–child relationships, parental psychological control, and aggression: Maternal and paternal relationships. *Journal of youth and adolescence, 43*, 1361-1373.
- Nelson, S.E., Gebauer, L., LaBrie, R.A., & Shaffer, H.J. (2009). Gambling problem symptom patterns and stability across individual and timeframe. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(3), 523.
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2006). Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data. *Journal of Gambling Studies, 22*, 81-99.
- Otto, J.L., Smolenski, D.J., Wilson, A.L.G., Evatt, D.P., Campbell, M.S., Beech, E.H., ... & Belsher, B.E. (2020). A systematic review evaluating screening instruments for gambling disorder finds lack of adequate evidence. *Journal of Clinical Epidemiology, 120*, 86-93.
- Pacifici, R., Giuliani, M., & Sala, L.L. (2018). Gambling: data from an Italian Surveillance Project. *Rapporti ISTISAN-Istituto Superiore di Sanità, (18/5)*.

Paolini, D., Leonardi, C., Visani, E., & Rodofili, G. (2018). The gambling disorder: Family styles and cognitive dimensions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 22(4), 1066-1070.

Parrado-González, A., Fernández-Calderón, F., Newall, P.W.S., & León-Jariego, J.C. (2023). Peer and Parental Social Norms as Determinants of Gambling Initiation: A Prospective Study. *Journal of Adolescent Health*, 73, 296-301.

Petry, N.M., Blanco, C., Stinchfield, R., & Volberg, R. (2013). An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction*, 108(3), 575-581.

Petry, N.M., & Casarella, T. (1999). Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug and alcohol dependence*, 56(1), 25-32.

Pettit, G.S., Laird, R.D., Dodge, K.A., Bates, J.E., & Criss, M.M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child development*, 72(2), 583-598.

Piazza, N. J., Vrbka, J. L., & Yeager, R. D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 24(1), 19-28.

Pietrzak, R.H., & Petry, N.M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, 100(8), 1183-1193.

Potenza, M.N., Wareham, J.D., Steinberg, M.A., Rugle, L., Cavallo, D.A., Krishnan-Sarin, S., & Desai, R.A. (2011). Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(2), 150-159.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga (2023). Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2023 (dati 2022), Roma.

Primi, C., & Donati, M. A. (2022). The prevention of adolescent problem gambling through probabilistic reasoning: evidence of the intervention's efficacy. *Canadian Journal of Science, Mathematics and Technology Education*, 22(3), 591-601.

Qi, H., Kang, Q., & Bi, C. (2022). How Does the Parent–Adolescent Relationship Affect Adolescent Internet Addiction? Parents' Distinctive Influences. *Frontiers in psychology*, 13, 886168.

Quigley, L., Yakovenko, I., Hodgins, D. C., Dobson, K. S., El-Guebaly, N., Casey, D. M., ... & Schopflocher, D. P. (2015). Comorbid problem gambling and major depression in a community sample. *Journal of Gambling Studies*, 31, 1135-1152.

Reid, R.L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (1), 32-39.

Rennert, L., Denis, C., Peer, K., Lynch, K. G., Gelernter, J., & Kranzler, H. R. (2014). DSM-5 gambling disorder: prevalence and characteristics in a substance use disorder sample. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 22(1), 50.

Rosenbaum, G.M., & Hartley, C.A. (2019). Developmental perspectives on risky and impulsive choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 374(1766), 20180133.

Rosenfeld H.A. (1965). *Psychotic States: A Psycho-analytical Approach*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*. Roma: Armando, 1973).

Rosenthal, R.J. (2015). Masochism and pathological gambling. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(1), 1-25.

Rosenthal, R.J., & Faris, S.B. (2019). The etymology and early history of 'addiction'. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 437-449.

Roskam, I. (2019). Externalizing behavior from early childhood to adolescence: Prediction from inhibition, language, parenting, and attachment. *Development and Psychopathology*, 31(2), 587-599.

Ruiz-Hernandez, J.A., Moral-Zafra, E., Llor-Esteban, B., & Jimenez-Barbero, J.A. (2018). Influence of parental styles and other psychosocial variables on the development of externalizing behaviors in adolescents: A systematic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 9-21.

Ruiz-Ortiz, R., Braza, P., Carreras, R., & Muñoz, J. M. (2017). Differential effects of mother's and father's parenting on prosocial and antisocial behavior: Child sex moderating. *Journal of Child and Family Studies*, 26(8), 2182–2190.

Rusby, J.C., Light, J.M., Crowley, R., & Westling, E. (2018). Influence of parent–youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of family psychology*, 32(3), 310.

Sapthiang, S., Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M.D. (2020). Adolescent problem gambling requires community-level health promotion approaches. *Addiction Research & Theory*, 28(2), 91-94.

Sarti, S., Alberio, M., & Terraneo, M. (2013). Health inequalities and the welfare state in European families. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 40, 103.

Savvidou, L.G., Fagundo, A.B., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Claes, L., Mallorquí-Baqué, N., ... & Jiménez-Murcia, S. (2017). Is gambling disorder associated with impulsivity traits measured by the UPPS-P and is this association moderated by sex and age?. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 106-113.

Scholes-Balog, K. E., Hemphill, S. A., Toumbourou, J. W., & Dowling, N. A. (2016). Problem gambling patterns among Australian young adults: Associations with prospective risk and protective factors and adult adjustment outcomes. *Addictive behaviors, 55*, 38-45.

Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V., & Grande-Gosende, A. (2016). The relationship between impulsivity and problem gambling in adolescence. *Frontiers in Psychology, 7*, 219123.

Serna, C., García-Perales, J., & Martínez, I. (2023). Protective and risk parenting styles for internet and online gambling addiction. *Human Behavior and Emerging Technologies, 2023*.

Serpelloni, G., & Rimondo, C. (2012). Problem and pathological gambling: General framework, physiopathological mechanisms, vulnerability, scientific evidence for prevention, treatment and rehabilitation. *Italian Journal on addiction, 2(3-4)*, 7-45.

Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical psychology review, 22(1)*, 1-25.

Shead, N.W., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International journal of adolescent medicine and health, 22(1)*, 39.

Sherman, L., Steinberg, L., & Chein, J. (2018). Connecting brain responsivity and real-world risk taking: Strengths and limitations of current methodological approaches. *Developmental cognitive neuroscience, 33*, 27-41.

Shonin, E.S., Van Gordon, W., & Griffiths, M.D. (2012). The health benefits of mindfulness-based interventions for children and adolescents. *Education and Health, 94-97*.

Skinner, E., Johnson, S., & Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and practice*, 5(2), 175-235.

Slutske, W.S. (2019). Genetic and environmental contributions to risk for disordered gambling. *Gambling disorder*, 73-100.

Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19.

Steinberg, L. (2013). The influence of neuroscience on US Supreme Court decisions about adolescents' criminal culpability. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 513-518.

Steiner, J., & Schepisi, M.A. (1996). *I rifugi della mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*. Torino: Bollati Boringhieri.

Stinchfield, R., McCready, J., Turner, N.E., Jimenez-Murcia, S., Petry, N.M., Grant, J., ... & Winters, K.C. (2016). Reliability, validity, and classification accuracy of the DSM-5 diagnostic criteria for gambling disorder and comparison to DSM-IV. *Journal of Gambling Studies*, 32, 905-922.

Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?. *Evaluation & the health professions*, 34(1), 3-56.

Tavassolie, T., Dudding, S., Madigan, A.L., Thorvardarson, E., & Winsler, A. (2016). Differences in perceived parenting style between mothers and fathers: Implications for child outcomes and marital conflict. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 2055–2068.

Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance use & misuse*, 34(11), 1593-1604.

Trincas, R., Patrizi, M., & Couyoumdjian, A. (2008). Parental monitoring e comportamenti a rischio in adolescenza: una revisione critica della letteratura. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 12(3), 401-436.

Turner, N.E., Macdonald, J., & Somerset, M. (2008). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for the prevention of problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 367-380.

Um, M., Hershberger, A.R., Whitt, Z.T., & Cyders, M.A. (2018). Recommendations for applying a multi-dimensional model of impulsive personality to diagnosis and treatment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 1-17.

Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R.E. (2004). Adolescent gambling: relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 398-401.

Vitaro, F., Wanner, B., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2008). Offspring of parents with gambling problems: Adjustment problems and explanatory mechanisms. *Journal of gambling studies*, 24, 535-553.

Whiteside, S.P., & Lynam, D.R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30(4), 669-689.

Whiteside, S.P., Lynam, D.R., Miller, J.D., & Reynolds, S.K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of personality*, 19(7), 559-574.

Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Casedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223-238.

Willie, C., Gill, P.R., Teese, R., Stavropoulos, V., & Jago, A. (2022). Emotion-driven problem behaviour: The predictive utility of positive and negative urgency. *Brain and Neuroscience Advances*, 6, 239821282210795.

Winnicott, D.W. (1981). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.).

Xian, H., Shah, K.R., Phillips, S.M., Scherrer, J.F., Volberg, R., & Eisen, S.A. (2008). Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. *Psychiatry research*, 160(3), 300-307.

Yaffe, Y. (2023). Systematic review of the differences between mothers and fathers in parenting styles and practices. *Current psychology*, 42(19), 16011-16024.

Yakovenko, I., & Hodgins, D.C. (2014). Treatment of disordered gambling. In *Problem gambling: Cognition, prevention and treatment* (pp. 221-251). London: Palgrave Macmillan UK.

Zack, M., & Poulos, C.X. (2009). Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(1), 11-25.

Zhang, D., Zhou, S., Zheng, H., Guo, L., Zhai, J., Liu, Z., ... & Du, J. (2023). How General Functioning of Family affects Gambling-related Beliefs: The mediating role of communication and the moderating role of impulsivity trait. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1165053.

Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S.H., Fabes, R.A., Reiser, M., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., Cumberland, A.J., & Shepard, S.A. (2002). The relations of parental warmth and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: a longitudinal study. *Child development*, 73(3), 893-915.



Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive behaviors*, 82, 174-181.

## RINGRAZIAMENTI

Beh, una tesi non può dirsi completa se alla fine mancano i ringraziamenti!

Un primo ringraziamento a tutti coloro che mi hanno assistito, in questo periodo, nella progettazione e nella realizzazione di questa tesi, con grande attenzione e professionalità. Ringrazio in particolare il professor Canale e la professoressa Ronconi per la disponibilità e la competenza che mi hanno regalato durante le cruciali fasi di stesura e di analisi dei dati.

Ovviamente, un bel grazie alla mia famiglia per avermi foraggiato gli studi! E, soprattutto, per avere sempre incoraggiato le mie scelte in questi anni di percorso formativo. Citazione di merito per i fratelli, Ben e Bianca, che, dopo lunghi mesi di confusione, sono infine riusciti ad imparare (quasi) a memoria il titolo della tesi.

Agli amici milanesi, compagni di vita e di identità. A tutto il Tradi, ai senatori (in senso largo) del Fanta, al Mi45, ai ministri e agli amici del Mustomondo, che dire, siete la mia casa. Avanti noi!!!

Attenzione però perché manca un tassello, di quelli importanti. La città in cui ci troviamo si chiama Padova, e qui ho vissuto uno dei periodi più belli della mia vita. Soprattutto grazie alle persone che la abitano, o che l'hanno abitata: la magica crew delle Ochette padovane (nome davvero discutibile, diciamolo!), i fratelli di corso alias Personeoltrele cose (pure qui...), gli spettacolari scouts padovani, maestri di stile e di amicizia, il dream team di casa Stratico... Grazie a tutti voi.

Come direbbe un vecchio scrittore, una stella brilla sull'ora del nostro incontro.