

Carcere, gioco d'azzardo e dissociazione: un intreccio da esplorare

Simona Sarchi*, Concettina Varango**

SUMMARY

■ *Gambling is an important phenomenon, data from the Ministry of Health speak of a prevalence of 3% of problem gamblers, equal to 1,500,000 individuals in the total population (data from the Ministry of Health). These data cause some concern at an institutional level, so much so that plans aimed at the care and treatment of this form of behavioral addiction are now increasingly widespread.*

This article will explore the relationship between dissociation and pathological gambling, with a particular focus on the profile of gamblers in prison and the impact of the prison context on dissociative experiences.

Finally, we will discuss the importance of diagnosis and accessibility to alternative measures, treatment interventions and the importance of a positive physical and relational environment as prevention tools ■

Keywords: *Prison, Pathological gambling, Dissociative state, Certification.*

Parole chiave: *Carcere, DGA, Stato dissociativo, Certificazione.*

Introduzione

Il gioco d'azzardo rappresenta un fenomeno importante, i dati del ministero della salute parlano di una prevalenza del 3% dei giocatori problematici, pari ad 1.500.000 di individui sulla popolazione totale.

Questi dati destano una certa preoccupazione a livello istituzionale, tanto da rendere ormai sempre più diffusi i piani finalizzati alla cura e al trattamento di questa forma di dipendenza comportamentale.

Questo articolo esplorerà la relazione tra dissociazione e gioco d'azzardo patologico, con un focus particolare sul profilo dei giocatori in carcere e sull'impatto del contesto carcerario sulle esperienze dissociative.

Infine, discuteremo l'importanza della diagnosi e l'accessibilità alle misure alternative, gli interventi trattamentali e l'importanza di un ambiente fisico e relazionale positivo come strumenti di prevenzione.

La relazione tra dissociazione e gioco d'azzardo patologico

Per comprendere al meglio questa relazione è opportuno approfondire il significato del primo termine della relazione: la dissociazione.

Esso rimanda tout court a quadri patologici, ma esaminando la letteratura, scopriamo che esso si presenta in una

formulazione complessa, non univoca, ancorché correlata al quadro teorico di riferimento dei vari autori.

Secondo Benstein e Putnam (1986) e Seinberg (1991) le esperienze dissociative sarebbero da concettualizzare come esistenti su un continuum che varia da fenomeni "comuni" come ad esempio perdere la concezione del tempo, a esperienze più patologiche come la perdita dell'identità.

Accettando questo punto di vista, soltanto la differenza quantitativa della frequenza, del grado e/o dell'intensità dei sintomi dissociativi o dello stress che la accompagna, permette di diagnosticarlo come disordine associativo, quindi anche fenomeni dissociativi considerati più "seri", come la depersonalizzazione, possono essere visti come un'esperienza normale che solo a certi livelli può essere considerata patologica (Steinberg, 1991).

Altri autori, invece, distinguono due tipi concettualmente e statisticamente differenti di dissociazione, una che consiste in esperienze "non patologiche" come l'assorbimento psicologico, e l'altra che coinvolge esperienze patologiche come la depersonalizzazione e la derealizzazione (Steinberg, 1995).

Secondo altri la dissociazione si potrebbe pensare come un meccanismo di difesa utilizzato per bloccare la consapevolezza di esperienze traumatiche che non si riescono ad affrontare o per fuggire da situazioni in cui la fuga fisica risulta impossibile (Kihlstrom, 2005), proteggendo l'individuo da emozioni ed eccitazione estremi, causati da un evento traumatico o da memorie, svolgendo così una funzione adattiva.

Provando quindi a fare una sintesi tra le varie posizioni teoriche riportate potremmo utilizzare tre tipi di spiegazione: una è la collocazione delle esperienze dissociative

* Psicologa-psicoterapeuta S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

** Direttore S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

lungo un continuum a seconda dell'intensità e del tipo, la seconda è che le esperienze dissociative siano da considerarsi mal adattive solo se esperite spontaneamente continuamente al di fuori di un contesto di stress severo o in presenza di stressor minori, la terza prevede che la dissociazione protegga l'individuo dalla consapevolezza cosciente del trauma e del suo seguito ma che, in ogni caso, esso lasci un'"impronta" nel cervello in forma di memoria non dichiarativa (Van der Kolke & Kadish, 1987) e quindi la dissociazione sarebbe un meccanismo di difesa imperfetto che non proteggerebbe l'individuo completamente dagli effetti del trauma con il doloroso residuo, a volte sotto forma di sintomo, con il quale egli dovrà eventualmente scontrarsi (Van der Kolke, Kadish, 1989).

Partendo da queste premesse il passaggio successivo ci porta a cercare di comprendere in che modo gioco e dissociazione si trovano in relazione.

Negli ultimi anni, effettivamente la ricerca ha evidenziato una connessione significativa tra dissociazione e comportamenti di gioco d'azzardo (Grabe *et al.*, 2000; Evren *et al.*, 2008; Wise, Mann & Sheridan, 2000).

Caretti e La Barbera (2005), sostengono come le persone affette da addiction (incluso il GAP) soffrono di un disturbo della regolazione degli affetti (alesitimia, incapacità di mentalizzare le emozioni, i sentimenti e gli impulsi) che impediscono loro di regolare e contenere le tensioni interne ed esterne; ed è per questo che questi soggetti sembrano essere guidati verso la dissociazione e tendano a ricercare stati alterati di coscienza attraverso comportamenti di dipendenza.

Già nel 1988 Jacobs suggerì che i pazienti dipendenti utilizzassero la dipendenza come una forma di auto-trattamento per sfuggire da sentimenti di infelicità o di stress cronico e che i dipendenti provassero una serie di esperienze simil-dissociative che li differenziava dai non-dipendenti.

Sempre Jacobs, nel 2000, rilevò l'accrescimento d'uso progressivo di 5 differenti reazioni dissociative esperite come direttamente correlate all'effetto crescente di problemi auto-riportati con il gioco: perdere la cognizione del tempo, sentirsi una persona differente, vedersi dall'esterno, sentirsi come in uno stato di trance, avere un vuoto di memoria.

Queste reazioni dissociative sono state rilevate come presenti in giocatori patologici, dipendenti da cibo e alcolisti.

Queste scoperte supportano fortemente una posizione centrale teoretica per cui, quando si abbandonano all'attività, le persone dipendenti tendono ad avere in comune un insieme di reazioni dissociative che li separa dai non-dipendenti.

La teoria di Jacobs che differenzia dipendenti e non-dipendenti sulla base dell'insorgere di fenomeni dissociativi o semi-dissociativi prevede un meccanismo alla base delle esperienze dissociative costituito da tre componenti: uno sfocato test della realtà causato dalla concentrazione completa dell'attenzione su una serie di specifici eventi del momento, la riduzione della critica a se stessi attraverso uno spostamento cognitivo interno che devia la preoccupazione delle proprie inadeguatezze personali o sociali (supportate dalla regolazione sociale che segnala accettazione e incoraggiamento del comportamento additivo) e la propensione per il "sogno ad occhi aperti" e fantasie di soddisfazione di

desideri che, a turno, facilitano la percezione di sé alterata positivamente.

Dato l'ampio raggio di attività associate alla dissociazione e il loro collegamento con la dipendenza sembra probabile che la dissociazione sia una parte fondamentale della dipendenza ma non è chiaro se sia una causa o un sintomo.

Anche Blazczynski (2000), nella sua classificazione di giocatori patologici parla di dissociazione, ma nel suo modello di classificazione sarebbe una caratteristica importante solo per il secondo sottogruppo, quello dei giocatori in fuga, disturbati emotivamente, incapaci di esprimere le loro emozioni direttamente ed effettivamente tendenti a esprimere comportamenti evitanti o passivo-aggressivi.

Per via di queste caratteristiche sarebbe più probabile che essi ricerchino esperienze dissociative come meccanismo di coping con i loro stati psicologici.

Nel primo sottogruppo i meccanismi di dissociazione sarebbero conseguenze più che motiva-gioco, mentre nel terzo gruppo, quello degli emotion-seekers, la ricerca di emozioni impedirebbe loro di avere reazioni dissociative.

La dissociazione rappresenta un elemento in comune tra gioco e PTSD (Coocke, 2002), sia per i sintomi che per la comorbidità, con la differenza che nel caso dei giocatori la dissociazione sarebbe uno stato ricercato volontariamente per evadere dai propri problemi, mentre per il PTSD lo stato viene esperito involontariamente per alleviare il trauma.

Entrambi i gruppi sperimentano inoltre anche la paralizzazione emotiva.

Altre ricerche suggeriscono che la dissociazione si presenti nell'esperienza dei giocatori in correlazione ai sintomi di astinenza, quando si tenta di fermare o rallentare il gioco (Rosenthal & Lesieu, 1992; Berg & Kulham, 1994).

Profilo del giocatore in carcere

Ovviamente anche la popolazione carceraria non è indenne dal gioco d'azzardo.

Una ricerca svolta da alcuni studiosi nelle carceri scozzesi e inglesi ha mostrato come, in linea con i risultati emersi in letteratura (Wardle *et al.*, 2011), la prevalenza di gioco problematico nel campione, nei dodici mesi precedenti l'ingresso in carcere, è risultata significativamente più elevata rispetto alla popolazione generale (12% vs 0,7%).

Ma chi sono i giocatori che si trovano in carcere?

Si tratta sicuramente di profili complessi che presentano spesso comorbidità con altre condizioni patologiche e/o con altre forme di dipendenza. In primo luogo va detto che secondo Lesieur e Blume (1991), i giocatori d'azzardo patologici hanno una probabilità significativamente più alta di affrontare problemi legali, inclusa l'incarcerazione.

I debiti, l'isolamento, l'impossibilità a condividere con la famiglia le gravi perdite economiche, conducono il giocatore ad optare per modi illegali di recuperare il denaro perduto al gioco.

Rapine, reati, furti e spaccio sono quindi finalizzati a saldare i debiti spesso contratti all'interno di circuiti illegali, nell'illusione di mantenere il controllo della situazione e ripristinare la condizione precedente e ricominciare a giocare, diventano invece la strada maestra che li conduce al carcere.

Il gioco d'azzardo può inoltre presentarsi anche in comorbidità con altre forme di dipendenze, in un intreccio in cui la sostanza alimenta la spinta verso il gioco o sostiene in alcuni la bolla dissociativa in cui il giocatore si rifugia, in altri la tendenza compulsiva, impedendo l'accesso al pensiero critico. Inoltre quando è presente una dipendenza da sostanze, il gioco può configurarsi come una sorta di "alternativa" quando la sostanza non risulta immediatamente disponibile. Non dimentichiamo infatti che l'attivazione dei circuiti della gratificazione è simile in entrambe le patologie.

Spesso nella storia dei giocatori in carcere si ritrovano traumi, problemi di salute mentale e difficoltà relazionali.

Parlando di traumi una particolare attenzione va riservata al trauma migratorio, che ritroviamo in molti dei detenuti presenti nelle carceri italiane.

Ricordiamo infatti che secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone, i detenuti stranieri nelle carceri italiane sono pari al 31% dell'intera popolazione carceraria.

Si tratta di persone che hanno lasciato il loro Paese nella speranza di trovare migliori condizioni di vita per sé e per la propria famiglia o in fuga da Paesi in guerra.

Le condizioni di vita spesso in netto contrasto con quelle immaginate, le difficoltà d'integrazione, la separazione dalla famiglia l'esposizione alla violenza o discriminazione, sono solo alcune delle possibili esperienze traumatiche che possono accompagnare la persona in carcere.

Questi eventi possono influenzare profondamente l'identità e il benessere psicologico dell'individuo. Le emozioni di perdita, la paura e la vulnerabilità possono emergere e manifestarsi in vari modi.

In questa dimensione la dipendenza da sostanze e/o dal gioco d'azzardo costituiscono forme di coping disfunzionale, in grado di tenere lontano e di dissociare le emozioni disturbanti connesse al trauma o l'intera esperienza traumatica.

Il carcere come attivatore di esperienze dissociative

In continuità con quanto detto sopra in questa tipologia di pazienti e in generale nei giocatori del secondo gruppo definito da Blazczynski, è sicuramente presente il rischio che il carcere possa essere un attivatore di esperienze dissociative. Nel contesto carcerario infatti le condizioni di vita, l'isolamento e la mancanza di supporto emotivo possono creare le condizioni per amplificare questi stati.

Un interessante articolo di Richard H. McNally, "Remembering Trauma" (2003), discute come le esperienze di detenzione possano influenzare la memoria e la percezione di sé, portando a stati dissociativi.

L'esperienza del carcere è caratterizzata infatti da una serie di stressor psicologici, tra cui la perdita di libertà, l'isolamento sociale e la violenza, fattori che possono contribuire a stati dissociativi, come suggerito da autori come Van der Kolk (1994), che ha lungo ha studiato l'impatto del trauma sulla psiche.

A questi elementi si associano la scarsità di stimoli e la routine rigida, che possono portare i soggetti predisposti alla dissociazione come meccanismo di difesa.

Uno degli autori chiave in questo campo è Judith Herman,

che nel suo libro "Trauma and Recovery" (1992) esplora come il trauma possa influenzare la psiche e portare a stati dissociativi. Herman sottolinea che le esperienze traumatiche, come quelle vissute in contesti di detenzione, possono portare a una dissociazione come modo per affrontare il dolore e la sofferenza.

Certificare il Gioco d'azzardo Patologico per l'accessibilità alle misure alternative

Per quanto descritto sopra e le problematiche inerenti, diventa sempre più cogente fare diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) all'interno del contesto detentivo.

Abitualmente per fare diagnosi da DGA, vengono utilizzati i criteri del DSM-5 e dell'ICD-11. L'importanza della diagnosi non può prescindere dagli specificatori diagnostici, l'uso di scale di valutazione a fini diagnostici e infine la diagnosi differenziale.

Sebbene riconoscere il DGA sia una operazione generalmente facile, in alcune situazioni il clinico potrebbe trovarsi in difficoltà ed è bene che abbia dimestichezza con i principali elementi che consentono di supportarlo nel processo diagnostico soprattutto per l'ammissione alle Misure Alternative.

La diagnosi di DGA secondo il DSM-5 comprende tre distinte specificazioni che hanno la funzione di completare e meglio definire il profilo clinico del soggetto.

Le specificazioni riguardano l'andamento temporale del decorso clinico, la gravità, e il livello di remissione clinica.

Specificazioni riguardanti l'andamento temporale del decorso clinico

Generalmente nella prassi clinica le specificazioni non vengono codificate formalmente, tuttavia, vista la loro rilevanza, potrebbe essere considerata l'opportunità di incominciare a registrarle nella cartella clinica.

Analogamente ad altri quadri di dipendenza patologica, anche il DGA può mostrare un decorso *continuo* oppure *episodico*.

Nel primo caso i sintomi di DGA persistono per tempi lunghi (anni) in modo continuativo, seppur con variabilità, ma senza interruzioni o sospensioni.

Nel decorso episodico, al contrario, sono dimostrabili intervalli di almeno diversi mesi in cui il soggetto non ha giocato o quantomeno lo ha fatto in modo non eccessivo, con conseguente assenza di comportamenti sintomatici.

Lo specificatore di decorso è utile a fini prognostici.

Il DSM-5 tuttavia non distingue i periodi di remissione sintomatologica sulla base delle cause che li hanno determinati. È noto che alcuni soggetti giocano eccessivamente come risposta a eventi stressanti, problemi personali o familiari, alterazioni del tono dell'umore sia in senso depressivo che euforico.

La sospensione del gioco eccessivo può dipendere da fattori interni e portare a una remissione spontanea, ma anche da fattori esterni, ad esempio impossibilità di accedere al denaro, pressione da parte della famiglia, difficoltà ad accedere al

gioco (si consideri quanto accaduto nel periodo di lockdown nella pandemia Covid), riorganizzazione dello stile di vita o delle relazioni. L'operatore dovrà tenere presente e valutare con il paziente i fattori implicati sia nell'avvio che nella sospensione degli episodi di gioco.

Va soppesato il rischio di ricaduta che, tipicamente, viene sottovalutato o completamente negato da parte del soggetto. Per il giocatore patologico, ogni remissione, pur se oggettivamente di breve durata, è definitiva e per sempre, anche a fronte di precedenti episodi di ricaduta.

Specificatore di gravità

La definizione del livello di gravità rappresenta un compito molto complesso.

Non esiste una definizione standard di gravità.

Inoltre è ben noto che il quadro clinico del DGA integra problematiche attinenti ad aree vitali differenti.

Oltre ai fenomeni connessi al quadro di addiction da gioco d'azzardo, si potrebbero considerare le condizioni psicopatologiche, gli aspetti di personalità e del temperamento, le conseguenze economiche, relazionali e sociali del gioco eccessivo.

Il DSM-5 si limita specificamente alla sfera dei sintomi clinici che determinano la diagnosi. L'operatore potrebbe pensare, a ragione, che la diagnosi nosografica rappresenti una eccessiva semplificazione del quadro complessivo multidimensionale.

Tuttavia, la definizione della gravità in un'ottica multidimensionale richiederebbe innanzi tutto di circoscrivere le variabili da considerare.

Andrebbero quindi individuati adeguati strumenti di misura per la loro quantificazione.

Se da un lato il DSM-5 propone una definizione di gravità per molti versi semplicistica, dall'altro essa ha l'indubbia qualità di essere pratica e immediatamente operativa.

È infatti il semplice numero di sintomi presenti a determinarne il livello: *lieve*, in presenza di 4-5 criteri; *moderato*, in presenza di 6-7 criteri; *grave* quando i criteri soddisfatti sono 8 o 9.

Specificatore di remissione

Il DSM-5 ha avuto l'indubbio merito di proporre parametri espliciti per la definizione della remissione sintomatologica.

Molti quadri clinici di dipendenza patologica mostrano un andamento intermittente, con periodi di assenza di sintomi, ma con una elevata probabilità di ricaduta.

Le ricadute rendono difficile per l'operatore stabilire quando è opportuno avviare una fase di trattamento meno intensivo, quando programmare le dimissioni, quanto a lungo protrarre una osservazione post-terapia.

Per affrontare tali problemi, il DSM-5 offre le seguenti indicazioni: una *remissione precoce* richiede almeno 3 mesi, e fino a 12 mesi, di assenza completa di sintomi (da intendersi come assenza di criteri soddisfatti).

Al superamento di un anno di assenza di sintomi il giocatore può definirsi in *remissione protratta*.

Naturalmente la definizione di *remissione* non è equivalente ad una valutazione del rischio di ricaduta, che richiede una attenta analisi da parte del clinico.

In ogni caso è molto importante poterla formalizzare attraverso criteri standardizzati, anche per finalità di certificazione medico-legale.

Dalla complessità diagnostica del DGA al contesto forense

Posto l'assunto per cui ogni valutazione in ambito forense debba essere riferita e puntualmente contestualizzata al caso di specie, le dipendenze comportamentali possono essere considerate esempio dell'emergere di nuove istanze che possono essere implicate nel controverso concetto di "infermità" che in rapporto alle nostre norme penali di riferimento sostanzia l'esclusione totale o parziale dell'imputabilità (artt. 88 e 89 c.p.).

Il DGA è stato oggetto di ricerche ad ampio spettro che hanno prodotto una notevole evoluzione anche per le implicazioni giuridiche della diagnosi.

Nella giurisprudenza penale la posizione predominante rispetto a questo disturbo è stata di grande prudenza, finanche di scetticismo, rispetto all'eventuale incidenza quale condizione di "infermità" sulle funzioni dell'intendere e/o del volere dell'individuo.

Il dibattito dottrinale e clinico/scientifico intorno a questa patologia è stato ed è tuttora assai attivo e animato da interrogativi che riguardano parallelamente le due discipline.

Ciò si è imposto in virtù di alcuni elementi:

- *la diffusione epidemiologica del disturbo nella popolazione generale*: per quanto concerne l'Italia, sebbene venga indicata la mancanza di studi accreditati e validi nel fornire una precisa stima della diffusione di tale patologia, dati del 2012 del Ministero della Salute riportano una stima di giocatori d'azzardo problematici variabile dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale e per i giocatori d'azzardo patologici una stima variabile dallo 0,5% al 2,2%;
- *la complessità che tale disturbo mostra tanto sul piano diagnostico quanto su quello trattamentale*: dato l'ampio coinvolgimento delle diverse aree di funzionamento del soggetto affetto dalla patologia l'intervento deve essere multidimensionale, integrando il trattamento farmacologico con quello terapeutico, e deve coinvolgere non solo il paziente ma anche i suoi familiari. Il trattamento farmacologico è molto articolato, la ricerca ha coinvolto diverse classi di farmaci (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici atipici, antagonisti degli oppiacei); tra gli indirizzi di trattamento terapeutico eccelle quello cognitivo-comportamentale, ma ha dimostrato ampia validità anche quello sistemico-relazionale;
- *i facili coinvolgimenti di soggetti affetti da tale dipendenza comportamentale in vicende di interesse giudiziario*: nel diretto ricorso ad attività illecite (truffe, furti, rapine, evasione fiscale, appropriazioni indebite, estorsioni), nel divenire facile bersaglio di manovalanza in attività gestite da criminalità organizzata, nonché nel coinvolgimento in vicende di interesse civilistico/risarcitorio (contenziosi lavorativi, inadempimenti contrattuali, separazioni giudiziali, inabilitazione).

Un'adeguata informazione sulle caratteristiche specifiche del disturbo è importante nelle valutazioni in ambito forense, dove gli aspetti nosografici devono essere necessariamente integrati da quelli normativi «nel passaggio, cioè, da una realtà diagnosticabile a una realtà giudicabile».

In questo passaggio è necessario tradurre i correlati cognitivi e la dimensione di dipendenza comportamentale della specifica condizione patologica del soggetto in esame, laddove egli sia coinvolto nella commissione di atti antiggiuridici, in termini di “valore di malattia” tale da incidere sulle capacità di intendere e di volere abolendole totalmente o scemandole grandemente.

Già Ponti osservava che il concetto di infermità, così come è posto dal Codice Penale «è più ampio di quello di malattia, nel senso che non si limita esclusivamente alle vere e proprie malattie mentali, esattamente inquadrabili nella nosografia psichiatrica, ma ricomprende anche più estensivamente qualsiasi condizione patologica che sia stata in grado di interferire sulla capacità di intendere o di volere anche solo transitoriamente».

Sul piano della rassegna giurisprudenziale sono pochi i provvedimenti giudiziari che hanno riconosciuto al DGA un certo valore in termini di infermità «[...] è stata riconosciuta, a seguito di accertamento peritale, la sussistenza di una condizione di seminfermità mentale in un soggetto, condannato per il reato di peculato (ex art. 314 c.p.), poiché affetto da patologia da gioco d'azzardo. Il Giudice, in sede decisionale, ha infatti tenuto conto, tra le altre cose, dell'incidenza di tale disturbo sulla commissione dell'illecito, in quanto tale condizione ha parzialmente compromesso la capacità volitiva del soggetto al momento della commissione del fatto, pur essendo in lui conservata – seppur indebolita – la capacità di intendere» (Trib. Torino, Ud. n. 154 D del 20.01.2003, cit. in Bianchetti).

Siamo dunque di fronte a un'oggettiva situazione di incertezza che riguarda tanto la ricerca scientifica quanto la giurisprudenza, e tale incertezza assume la sua dimensione emblematica e di massima evidenza proprio nel terreno comune fra le due discipline.

Per quanto fino a qui osservato risulta necessario richiamare da un lato gli sviluppi della ricerca scientifica in merito alle dimensioni costitutive della patologia che possono richiamare i concetti di intendimento e volizione, dall'altro discutere del sostegno che tali risultati possono dare nel consolidamento di maggiori garanzie nella presa di decisione giudiziale e nell'esito del processo penale.

Rapportando le acquisizioni delle evidenze scientifiche sull'inquadramento nosografico del disturbo al contesto forense – ovvero effettuando il necessario passaggio dalla realtà diagnosticabile alla realtà giudicabile – si può sostenere che il DGA possiede le caratteristiche generali e una configurazione clinico-diagnostica tali da rientrare potenzialmente nei casi previsti dagli artt. 85, 88 e 89 c.p.

Nel contempo si può escludere che le condizioni di colui che è affetto da disturbo da GAP (e in tal senso certificato) rientri nelle fattispecie previste dall'art. 90 c.p., ovvero che il suo stato mentale possa essere inteso come il frutto di un semplice (transitorio) stato emotivo o passionale.

Affinché venga resa una compiuta valutazione del nesso eziologico tra patologia e fatto-reato, nella finalità di dover indicare in che termini la prima abbia inficiato l'integrità

delle capacità di intendere e di volere del soggetto in esame (al momento del compimento dell'illecito), si ritiene che l'assessment forense necessiti di un approccio diagnostico e descrittivo maggiormente rigoroso.

Gli interventi trattamentali, la cura dell'ambiente fisico e relazionale come strumenti di prevenzione

Da quanto detto sopra emergono alcune considerazioni importanti, la prima è che se il gioco d'azzardo ha rappresentato per una persona uno strumento di autocura che, favorendo stati dissociativi consente l'allontanamento di emozioni dolorose e vissuti traumatici, l'impossibilità di accedere ad esso può condurre inevitabilmente ad altre risposte disfunzionali.

Dall'altro lato emerge chiara la necessità di intercettare tra i detenuti non solo i giocatori, ma anche il loro gruppo di appartenenza in base alla classificazione di Blazczynski, al fine di individuare precocemente i pazienti a rischio di dissociazione.

La definizione di chiari e definiti percorsi di diagnosi attraverso strumenti validati e di trattamento dei giocatori in carcere, diventa allora un imperativo non solo in termini di tutela del diritto alla salute del detenuto, ma anche per le positive ricadute sull'organizzazione carceraria.

Senza voler cedere a pericolose banalizzazioni, è indubbio che un detenuto con un preciso inquadramento diagnostico e un piano di cura individualizzato, è un detenuto con minori spinte ad agiti aggressivi e con migliori possibilità di beneficiare di programmi di recupero.

Dal punto di vista dell'inquadramento diagnostico oltre al test SOGS, di estrema utilità in riferimento agli argomenti di questo articolo, sono il test GPQ (Gambling Pathways Questionnaire) il DES (Dissociative Experiences Scale).

Dal punto di vista dei percorsi terapeutici attivabili anche all'interno del carcere, finalizzati al trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è uno dei metodi più utilizzati.

Questa terapia aiuta i detenuti a riconoscere e modificare i pensieri e i comportamenti disfunzionali legati al gioco d'azzardo.

Un altro strumento efficace sono i gruppi di supporto, dove i detenuti possono condividere esperienze e strategie per affrontare le loro difficoltà.

Questi gruppi si sono dimostrati in grado di migliorare la coesione sociale tra i detenuti, riducendo l'isolamento e aumentando la motivazione a cambiare.

Oltre agli strumenti formali di estrema importanza sono anche quelli che potremmo definire informali.

In questo senso anche l'ambiente fisico ha un ruolo nel promuovere il benessere e prevenire l'acuirsi di psicopatologie. Spazi verdi, aree di svago e condizioni di vita dignitose possono avere un impatto positivo sulla salute mentale dei detenuti.

Dal punto di vista simbolico la cura dell'ambiente restituisce a chi lo abita un messaggio di valore, ma non solo, è stato dimostrato che la presenza di aree verdi, è stata associata a una riduzione dello stress e a un miglioramento dell'umore.

Ovviamente anche l'ambiente relazionale è importante.

Un clima di fiducia e rispetto tra detenuti e personale carcerario può facilitare il processo di riabilitazione.

Il supporto tra detenuti, come la creazione di reti di sostegno, può aiutare a ridurre l'isolamento e promuovere un senso di comunità.

Elementi che devono essere attentamente costruiti e sostenuti da parte degli operatori e non essere lasciati all'improvvisazione, poiché in carcere è sempre presente il rischio che si replichino dinamiche relazionali disfunzionali e fondate su modelli criminali.

Conclusioni

Analizzare la relazione tra dissociazione e gioco d'azzardo non significa stabilire una connessione caratterizzata da una causalità deterministica, quanto piuttosto porsi nei confronti della problematica riconoscendo la complessità e le diverse sfaccettature del fenomeno.

Allora le connessioni esplorate in questo articolo rappresentano una delle possibili articolazioni in cui esso si manifesta e il carcere l'ulteriore variabile che incide in modo significativo sulla natura di questa relazione.

Posto che ci si auspica che anche la persona certificata come giocatore patologico, possa accedere quanto prima alle misure alternative alla detenzione, è fondamentale non rimanere bloccati in questa fase di vuoto normativo.

Quindi le osservazioni fin qui fatte impongono agli operatori del settore la costruzione e l'adozione di specifici PTDA per i giocatori in carcere, quale condizione essenziale in grado di prevenire la complessificazione di quadri psicopatologici e la possibilità per il detenuto giocatore di utilizzare appieno le risorse trattamentali del carcere e compiere un percorso riabilitativo dotato di senso.

Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA nel DSM-5) rappresenta un esempio di come l'evoluzione della ricerca abbia contribuito alla revisione nosografica di condizioni psicopatologiche complesse, quali quelle rappresentate dalle dipendenze comportamentali, al pari di altre patologie della personalità.

Di recente il dibattito scientifico e dottrinale ha interessato anche il controverso tema dell'imputabilità, per valutare in che termini tale quadro diagnostico può acquisire valore di "infermità" tale da inficiare le capacità di intendere e di volere di un soggetto in esame.

Tuttavia, è sempre necessario traslare le acquisizioni cliniche, e sperimentali nell'esercizio della funzione peritale e di consulenza tecnica.

Il processo penale non è il luogo per le sperimentazioni, e l'unico strumento che l'esperto (perito, consulente tecnico) ha per gestire il passaggio delle nuove acquisizioni scientifiche dall'ambito clinico/sperimentale a quello forense è una accurata metodologia di assessment forense per ogni singolo caso in esame.

In questa sede si propone un percorso finalizzato all'adeguamento dell'assessment forense rispetto al profilo clinico del gioco d'azzardo patologico, valido esempio dell'evoluzione del reciproco rapporto fra scienze psichiatriche/psicologiche e giurisprudenza, in tema di imputabilità.

La diagnosi di gioco d'azzardo patologico in carcere è cruciale per diverse ragioni: permette di individuare chi ha biso-

gno di aiuto, facilita la messa in atto di interventi terapeutici specifici, e può avere un impatto positivo sulla gestione della popolazione carceraria.

Riferimenti bibliografici

- Benstein E.M., Putnam F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12): 727-735.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499.
- Caretti V., La Barbera D. (2005). *Manuale di psicopatologia delle condotte criminali*. Cortina Editore.
- Cooke A. (2002). Post-traumatic stress disorder and gambling: The role of dissociation. *Journal of Gambling Studies*, 18(1): 19-27.
- Evren C., Dalbudak E., Evren B. (2008). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of pathological gambling in male substance dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 158(1): 99-106.
- Grabe H.J., Spitzer C., Freyberger H.J. (2000). Dissociative disorders and pathological gambling. *Psychopathology*, 33(5): 261-269.
- Herman J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Jacobs D.F. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Behavior*, 4(1): 27-37.
- Jacobs D.F. (2000). Structural characteristics of addictive behavior. In: P.E. Nathan, J.M. Gorman (Eds.). *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed., pp. 553-575). Oxford University Press.
- Kihlstrom J.F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 227-253.
- 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.
- McNally R.J. (2003). *Remembering Trauma*. Harvard University Press.
- Odlaug B.L., Schreiber L.R., Grant J.E. (2012). Personality disorders and dimensions in pathological gamblers. *J Pers Disord.*, 26: 381-92.
- Odlaug B.L., Schreiber L.R., Grant J.E. (2013). Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Curr Opin Psychiatry*, 26: 107-12.
- Rosenthal R.J., Lesieur H.R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal on Addictions*, 1(2): 150-154.
- Steinberg M. (1991). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D). American Psychiatric Press.
- Steinberg M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. American Psychiatric Press.
- Van der Kolk B.A., Kadish W. (1987). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2): 389-411.
- Van der Kolk B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5): 253-265.
- Wardle H. et al. (2011). *Problem gambling in prison populations: A literature review*. UK Gambling Commission.
- Wise R.A., Mann J., Sheridan M.J. (2000). Pathological gambling and dissociation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2): 172-183.