

# La terapia di gruppo con giocatori d'azzardo e familiari

Risultati sperimentali  
a tre anni di trattamento  
a Campofornido

Rolando De Luca  
Paolo Pitti  
Gianni Savron

2018



**LA TERAPIA DI GRUPPO CON GIOCATORI D'AZZARDO  
E FAMILIARI: RISULTATI SPERIMENTALI A TRE ANNI  
DI TRATTAMENTO A CAMPOFORMIDO**

Rolando De Luca, Paolo Pitti, Gianni Savron

2018

# LA TERAPIA DI GRUPPO CON GIOCATORI D'AZZARDO E FAMILIARI: RISULTATI SPERIMENTALI A TRE ANNI DI TRATTAMENTO A CAMPOFORMIDO

Rolando De Luca<sup>1</sup>, Paolo Pitti<sup>2</sup>, Gianni Savron<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Centro di Terapia ex Giocatori d'Azzardo e loro Famiglie, Campofornido, Udine, <sup>2</sup>Centro Lahuén, Comunità di Psicoterapia e Lavoro, Morrano, Orvieto, <sup>3</sup>Consiglio Direttivo ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio), Ravenna.*

---

## **Introduzione**

La terapia del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) è un intervento complesso a causa delle numerose variabili personali, familiari e sociali che interagiscono fra loro. Dei vari modelli di trattamento utilizzati in clinica terapeutica l'intervento di gruppo a lungo termine rappresenta ancora un terreno poco esplorato. Allo stesso tempo, l'inserimento dei familiari di giocatori nello stesso gruppo di terapia assume un ruolo centrale nel trattamento del giocatore. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare le modificazioni sintomatologiche e personologiche di un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e di familiari di giocatori dopo un trattamento di gruppo.

**Metodi.** Trenta GAP, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV, e 26 familiari sono stati valutati prima e dopo 3 anni di terapia di gruppo, al fine di determinare le differenze nelle variabili di stato e tratto. I test utilizzati sono stati: la BPRS di Overall e Gorham, il BDI di Beck, lo STAI-Y1 e lo STAI-Y2 di Spilberger, la BIS-11 di Barratt e Stanford ed il TCI di Cloninger.

## **Risultati e Conclusioni.**

Fra le due misurazioni sono state osservate differenze significative in entrambi i gruppi. I GAP hanno ottenuto una riduzione dei punteggi nella depressione, nell'ansia di stato e di tratto, nell'impulsività e nei tratti di Ricerca di Novità, Dipendenza dalla Ricompensa e Trascendenza. Inoltre è stato riscontrato un incremento di punteggi nell'Autodirettività e nessuna differenza nelle dimensioni Evitamento del Danno, Cooperatività e Persistenza. Nei familiari è stata osservata una progressiva e sostanziale riduzione della depressione, ansia di stato e tratto e un calo dei punteggi nei tratti Evitamento del Danno e Dipendenza dalla Ricompensa. Questo campione di GAP non ha avuto ricadute nel gioco

d'azzardo. Lo studio ha mostrato le differenze e gli effetti positivi della terapia di gruppo a lungo termine a giocatori d'azzardo e loro familiari.

**Parole chiave:** Gioco d'Azzardo Patologico, terapia di gruppo ansia, depressione, impulsività, personali.

---

## **Introduction**

The Pathological Gambling treatment is a complex process due to a combination of personal, family and social factors. Amongst the various methods used in the clinical therapy, a long-term group therapy still needs to be extensively explored. At the same time, the presence of family members in the same group therapy has a fundamental role in the treatment of the gamblers. The aim of this study was to evaluate the symptoms and personality changes in a sample of Pathological Gamblers and their family members after the group therapy.

## **Methods**

Thirty pathological gamblers diagnosed according to the DSM-IV criteria and 26 of their family members were evaluated before and after 3 years of group therapy to estimate the differences in state and trait variables. -For this purpose the following tests were used: BPRS by Overall and Gorham, BDI by Beck, STAI-Y1 and STAI-Y2 by Spilberger, BIS-11 by Barratt and Stanford and TCI by Cloninger.

## **Results and Conclusions**

Differences were observed in both groups. Pathological Gamblers had significant lower scores in depression, state and trait anxiety, impulsivity, Novelty Seeking, Reward Dependence and Transcendence. Additionally, they presented higher scores in Self-directivity, and no differences in Harm Avoidance, Cooperativity and Persistence. Family members showed a progressive and substantial reduction in depression, state and trait anxiety and lower scores in Harm Avoidance and Reward Dependence. This sample of Pathological gamblers had no relapses in gambling.

The study showed the differences and the positive effects of long-term group therapy of gamblers and their family members.

**Key words:** Pathological Gambling, group therapy, Anxiety, Depression, Impulsivity, Personality.

## **Presentazione**

Il Centro di Terapia di Campoformido (CTC) di Udine è nato dall'esigenza di trovare una strategia terapeutica che aiutasse le famiglie e consentisse ai giocatori d'azzardo di raggiungere e mantenere l'astinenza dal gioco d'azzardo a lungo termine. Al Centro la prassi prevede, dopo la richiesta di aiuto del giocatore o di un suo familiare, alcuni colloqui nei quali vengono fornite le informazioni propedeutiche per l'entrata nel gruppo.

Nel corso della terapia, guidata dallo psicoterapeuta (R D L), si giunge a comprendere che l'azzardo non è più un elemento centrale del percorso terapeutico, ma solo il punto di partenza; infatti, non è sufficiente interrompere l'intervento dopo pochi mesi, quando il sintomo appare azzerato e sotto controllo, ma è necessario sviluppare e maturare una pratica terapeutica comune di gruppo.

Inoltre, il coinvolgimento dei familiari, la cui partecipazione caldamente auspicata, consegue la constatazione del danno che il giocatore determina all'intera famiglia, con le rispettive difficoltà economiche, sociali e relazionali. Per cui il problema è di tutti i componenti il nucleo familiare.

## **Introduzione.**

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) è stato qualificato come un comportamento disadattivo, ricorrente e persistente, per il quale sono stati compiuti vari tentativi di smettere, che danneggia le attività personali, familiari e sociali, con eventuali conseguenze sulla salute fisica e mentale dell'individuo (APA, 1996; Stinchfield, 2003).

Il DSM-IV lo inseriva nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi, caratterizzati dall'incapacità di resistere alla spinta impellente e/o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per altri (APA, 1996; Vitaro et al., 1997; Vitaro et al., 1998; Vitaro et al., 1999), mentre attualmente nel DSM-V (APA, 2014), viene inserito nella categoria dei Disturbi da Addiction non correlati a sostanze.

Nel corso degli anni sono state presentate varie categorizzazioni personologiche (Savron, 2014) per giocatori d'azzardo e fra queste il modello biopsicosociale di Cloninger (1987) che spiega la struttura di personalità nelle sue parti genetiche, neurobiologiche, psicologiche e ambientali.

A tale riguardo, il Temperament and Character Inventory (TCI) (Cloninger et al., 1993; Svrakic 1993) concettualizza l'esistenza di 7 dimensioni di cui 4 temperamentali e 3 caratteriali, che corrispondono a uno specifico schema di comportamento in risposta agli stimoli ambientali. I tratti "temperamentali" costituiscono le parti geneticamente indipendenti e più stabili della personalità, riferite allo stile emozionale, poco influenzate dalle componenti socio-culturali.

Questi sono:

- 1) Ricerca di Novità (RN) o Novelty Seeking (NS), che rappresenta la ricerca esplorativa, la curiosità verso stimoli nuovi e la potenziale ricompensa.
- 2) Evitamento del Danno (ED) o Harm Avoidance (HA), che manifesta la propensione a inibire il comportamento di fronte a un pericolo, alla punizione, alle novità e all'assenza di ricompensa.
- 3) Dipendenza dalla Ricompensa (DR) o Reward Dependence (RD), che risulta associata a comportamenti abitudinari e alla tendenza a mantenere lo stesso comportamento a seguito di segnali di ricompensa e approvazione sociale.
- 4) Persistenza (P) o Persistence, rappresenta il modulatore dell'autocontrollo e la costanza nel perseguire un comportamento malgrado la fatica e la frustrazione.

Le dimensioni "caratteriali" invece, riflettono gli aspetti educativi e socio-ambientali e sono in grado in grado tuttavia di predire la presenza di disturbi di personalità (Cloninger et al., 1994; Kose, 2003).

Esse sono:

- 1) Autodirettività/Autodirezionalità (A) o Self-directedness (SD) che esprime la coerenza con i propri fini e valori, l'auto-determinazione e controllo del comportamento in ragione degli obiettivi da conseguire.
- 2) Cooperatività (C) o Cooperativeness, che si riferisce alla capacità di andare d'accordo e cooperare con gli altri, oltre che all'identificazione di se stessi come parte della società e dell'umanità.
- 3) Trascendenza/Autotrascendenza (T) o Self-Transcendence (ST), che concerne la dimensione spirituale della persona, la modestia, la creatività, l'altruismo, la pazienza, la capacità di sacrificio, la tolleranza all'ambiguità e all'incertezza della vita.

Numerosi studi hanno documentato l'associazione del GAP con vari sintomi, disturbi (ansia, depressione, panico, rabbia, impulsività, ipomania, disturbo bipolare, abuso di sostanze, disturbi di personalità, deficit dell'attenzione, ulcera peptica, ipertensione arteriosa, disturbi cardiologici, cefalea, disturbi intestinali) e tentati suicidi.

Analogamente, l'impatto negativo e le ripercussioni dell'azzardo in ambito familiare sono ben conosciute e riguardano il distress coniugale, la scarsa comunicazione, l'elevata conflittualità, una scarsa relazione sessuale, la presenza di violenze, disagio sociale, separazioni e divorzi (Prever, 2014; De Luca, 2014).

Difatti, clinicamente la relazione di coppia spesso risulta già disturbata, caotica, con difficoltà comunicative prima ancora dell'inizio delle problematiche di gioco, per cui uno degli aspetti da affrontare in terapia, una volta gestito il sintomo gioco, è proprio quello di lavorare per fare

comprendere le dinamiche e i problemi della coppia e della famiglia al fine di permettere un dialogo e un cambiamento che porti a un nuovo assetto relazionale e familiare (De Luca, 2014).

Al fine di presentare il percorso di ricerca seguito a Campoformido si riportano brevemente i dati delle precedenti indagini.

In una prima ricerca (Savron et al., 2001), i Giocatori d'Azzardo Patologici, rispetto i controlli, hanno riportato maggiore ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici, paura dei sintomi ansiosi, inibizione emotiva e Ricerca di Novità; e, punteggi più bassi nella Dipendenza dalla Ricompensa.

Uno studio successivo (Savron et al., 2003) ha indagato le differenze fra 81 giocatori patologici, 28 mogli 26 genitori di giocatori. I dati hanno confermato nei giocatori le caratteristiche precedenti. Le mogli invece, rispetto i controlli, hanno presentato maggiore distress, sensibilità all'ansia, inibizione verbale, timidezza, Evitamento del Danno e Dipendenza dalla Ricompensa. Esse differivano dai mariti per maggiore Dipendenza dalla Ricompensa e minore Ricerca di Novità, e dai genitori dei giocatori per maggiore Evitamento del Danno e Dipendenza dalla Ricompensa. Per cui i tratti caratteriali delle mogli sono parsi complementari a quelli dei mariti, in quanto al loro attaccamento, sensibilità, altruismo e bisogno di gratificazioni, unitamente alla presenza di ansia, pessimismo e dipendenza, si contrapponeva un maggior distacco emotivo-affettivo del partner giocatore. Per tanto, il gruppo mogli risente della condizione dei mariti ed è più a rischio di strutturare episodi depressivi. Il campione di genitori invece viene a collocarsi in una dimensione di relativa normalità caratteriale, ma di elevato stress e inibizione psico-emotiva (Savron et al., 2003).

In uno studio successivo (Savron et al., 2007) sono state indagate le modificazioni psicopatologiche di 63 giocatori patologici durante la terapia di gruppo al tempo 0, e dopo 6, 12 e 18 mesi di trattamento.

I giocatori hanno evidenziato punteggi elevati nella depressione, ansia di stato e di tratto, impulsività, Ricerca di Novità, Dipendenza dalla Ricompensa rispetto i controlli, e Trascendenza, punteggi inferiori invece nell'Autodirettività e Cooperatività. Dopo 6 mesi 30 giocatori (47.6%) hanno sospeso la terapia e quelli rimasti in trattamento hanno presentato maggiore sensibilità, altruismo e Cooperatività. Nel corso della psicoterapia si è assistito a una progressiva e sostanziale riduzione di depressione, ansia, impulsività, Evitamento del Danno, Dipendenza dalla Ricompensa, Autodirettività e Cooperatività, specchio di una riduzione delle preoccupazioni anticipatorie, ma espressione di maggiore distacco e minore autonomia e collaborazione.

Comunque, dopo 18 mesi di trattamento, nonostante i notevoli miglioramenti, i giocatori risultavano più depressi, ansiosi, impulsivi (non a livelli patologici) del gruppo di controllo, con livelli più alti di Ricerca di Novità e Trascendenza, e minore Autodirettività e Cooperatività. Queste ultime 2

dimensioni ad andamento contrario alle aspettative ma coerenti all'ipotesi, confermata in seguito, che il lavoro di gruppo avesse determinato una migliore percezione di Sé ma allo stesso tempo costituito una legame/dipendenza più intensa dal gruppo.

Infatti i partecipanti hanno ammesso l'esistenza di maggiore sicurezza e dipendenza dal gruppo oltre che una certa difficoltà/timore inerente la conclusione della terapia.

I drop-out (in linea con i dati della letteratura), i livelli di distress e la permanenza di tratti caratteriali specifici ha indotto a riflettere sulla terapia e a porsi la domanda di cosa si sarebbe potuto osservare dopo 3 anni di trattamento.

### **Materiali e metodi**

Nel presente studio, il gruppo Giocatori d'Azzardo Patologici è costituito da una serie consecutiva di 30 giocatori a cui è stata posta una diagnosi secondo i criteri del DSM-IV, mentre il gruppo familiari è composto da 26 soggetti di cui un familiare presentava il problema di gioco d'azzardo. Tutti i soggetti sono stati edotti sulla metodologia e gli scopi della ricerca e hanno accettato di essere inseriti in un percorso di trattamento di gruppo presso il Centro di Terapia per Giocatori d'Azzardo e loro familiari di Campoformido (UD).

I criteri di inclusione nello studio erano rispettivamente:

- a) diagnosi primaria GAP (almeno 5 criteri DSM-IV);
- b) episodi gioco eccessivo nel corso di almeno un anno;
- c) età compresa fra i 18 e 70 anni;

I criteri di esclusione erano rispettivamente:

- a) presenza di psicopatologie gravi (depressione maggiore, psicosi, disturbo bipolare, mania)
- b) disturbi neurologici e disturbi organici gravi
- c) disturbi di personalità conclamati
- d) abuso di sostanze.

Il gruppo di GAP era composto di 26 maschi e 4 femmine, con una età media di 48.86 ( $\pm 11.4$ ) e range di 28-70 anni; la durata media di gioco era di 10 ( $\pm 5.0$ ) anni con un range di 2-19 anni, 13 di essi avevano la licenza media inferiore, 13 quella superiore e 4 possedevano una laurea.

Nove erano nubili/celibati, 19 coniugati, 3 separati/divorziati, 18 appartenevano ad uno status sociale medio basso e 12 medio alto secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (1974).

Nessun giocatore aveva già effettuato in precedenza una psicoterapia; 2 soggetti stavano seguendo una terapia farmacologica (ansiolitici); 16 i fumatori, 1 hanno affermato di essere bevitore, 29 non bevitori.

Il gruppo familiari, costituito da non giocatori, era composto da 22 femmine e 4 maschi, con una età media di 46.11 anni ( $\pm 13.19$ ) range 31-68 anni; 4 di essi avevano la licenza media inferiore, 20 quella superiore e 2 possedevano una laurea.

Diciotto erano coniugati, 8 nubili/celibi; 19 appartenevano ad uno status economico sociale medio alto e 7 medio basso. Nessun soggetto stava seguendo una terapia farmacologica,; 2 fumatori 8 i non fumatori, e nessun bevitore.

Gli strumenti psicometrici sono stati somministrati al tempo 0 (inizio della terapia) e dopo 3 anni di trattamento.

#### Strumenti utilizzati:

- La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) di J.E. Overhall e D.R. Gorman (1962), intervista psichiatrica semistrukturata composta da 18 item, relativi l'assenza o presenza di sintomi psichiatrici schizo-affettivi.

- Beck Depression Inventory (BDI) di Beck (Beck et al., 1967). Questionario di autovalutazione la cui somma dei punteggi relativi a ciascun item quantifica i sintomi depressivi e l'umore depresso.

- State-Trait Anxiety Inventory-1 (STAI Y-1) di Spilberger (Spilberger et al., 1983). Questionario che misura l'ansia stato, considerata come una condizione transitoria di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico conseguente ad eventi di pericolo sia oggettivo che presunto.

- State-Trait Anxiety Inventory-2 (STAI Y-2) di Spilberger (Spilberger et al., 1983). Questionario che misura l'ansia tratto, condizione relativamente stabile di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico che esprime una caratteristica stabile di personalità. Rispecchia la tendenza a percepire le situazioni stressanti come pericolose e rappresenta la predisposizione all'ansia.

- Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) di Barrat (Barratt, 1959; Conti, 2000; Fossati et al., 2001;). Strumento che misura l'impulsività nelle sue componenti motoria (agire senza pensare), cognitiva (velocità decisionale-disattenzione) e l'assenza di pianificazione (anticipare e prevedere gli esiti delle azioni, assenza di autocontrollo).

Nello studio è stata utilizzata solamente la scala totale composta dalla somma dei punteggi delle 3 scale.

- Temperament and Character Inventory (TCI) di C. R. Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger et al., 1993; Svrakic et al., 1993; Cloninger et al., 1994; Battaglia, 2000). Questionario parzialmente descritto in precedenza che permette di valutare la personalità nella popolazione generale e in soggetti

psichiatrici. Il calcolo delle scale viene eseguito su item a risposta dicotomica vero-falso la cui somma determina il rispettivo punteggio.

Ciascuna scala principale presenta sottoscale bipolari che misurano i rispettivi tratti temperamentali e caratteriali.

### Valutazione Statistica

I punteggi sono stati espressi in medie e deviazioni standard.

Il raffronto delle variabili dimensionali è stato effettuato utilizzando il t test per campioni appaiati e il calcolo delle correlazioni mediante il coefficiente di Pearson.

Per valutare le variabili predittive all'attitudine al gioco e disponibilità alla terapia è stata eseguita la regressione statistica step-wise.

Nell'equazione sono state inserite come variabili dipendenti rispettivamente l'impulsività (BIS-11) e la Cooperatività e come variabili indipendenti: stato civile, status socioeconomico, titolo di studio, età, durata del disturbo, i test utilizzati per misurare le variabili clinico-fenomenologiche.

Tale scelta è stata effettuata in funzione del fatto che l'impulsività e la cooperatività rappresentano due dimensioni che caratterizzano aspetti peculiari nei giocatori d'azzardo patologici.

L'impulsività predispone al gioco mentre una elevata cooperatività assume un aspetto protettivo (Svrakic et al., 1993).

### Trattamento

Durante il primo e/o secondo incontro vengono raccolte dal terapeuta (RDL) le informazioni personali, forniti i test e le spiegazioni propedeutiche all'entrata in gruppo, esplicitando la finalità: "giungere a un cambiamento nello stile di vita".

Gli incontri, della durata di 2 ore ciascuno sono a frequenza settimanale con la sola sospensione di 3 settimane nel corso dell'anno.

Il costrutto teorico di riferimento è quello sistemico-relazionale applicato al gruppo, per il quale: attraverso l'esplorazione di se stessi e delle proprie relazioni si porta alla luce ciò che il gioco d'azzardo copre. Gli incontri mirano a modificare le dinamiche all'interno della coppia e della famiglia mediante le tematiche e i vissuti incontrati e affrontati dal gruppo. Il dialogo consente l'emergere alla coscienza di quanto, in una prima fase, non viene esplicitato direttamente, mentre l'analisi e il governo del conflitto individuo-gruppo permette di comprendere e gestire le relazioni interpersonali (De Luca, 2002, 2006, 2014).

## **Risultati**

Dopo 3 anni di trattamento sono state osservate differenze significative in entrambi i gruppi.

Nei GAP (Tab. I) si è verificata una significativa riduzione dei punteggi nella depressione, ansia di stato e tratto, impulsività, oltre che nei tratti Ricerca di Novità (sottoscale stravaganza vs riservatezza), Dipendenza dalla Ricompensa (sottoscale attaccamento vs distacco) e Trascendenza [sottoscale dimenticanza di se stessi (essere assorti-estatici) vs autoconsapevolezza cosciente].

Si è riscontrato un aumento di Autodirettività nelle sottoscale: responsabilità vs colpevolizzazione altrui; ricchezza di risorse vs apatia; autoaccettazione vs autorifiuto; congruente con gli scopi vs incongruente.

I dati sono stati interpretati nel modo seguente: la riduzione dei punteggi nella Dipendenza dalla Ricompensa e nella Trascendenza, frutto di una trasformazione caratteriale orientata verso una maggiore distacco emotivo, concretezza di pensiero e di comportamento, con minori idealismi e aspettative irrealistiche (es. vincite) nonché maggiore consapevolezza; confermate da un aumento dell'Autodirettività, quest'ultima a sottolineare una maggiore responsabilità, ricchezza di risorse, autoaccettazione e coerenza con se stessi.

Tali dati risultano esattamente in linea con l'intento della terapia:- portare i giocatori a una maggiore capacità di autodeterminazione responsabile -.

Non è stata riscontrata alcuna differenza nelle dimensioni Evitamento del Danno Cooperatività e Persistenza, probabilmente per le aratteristiche proprie del campione di soggetti.

Anche nei familiari (Tab. I) si osserva una riduzione di depressione, ansia stato e tratto, Evitamento del Danno (sottoscala paura dell'incertezza vs sicurezza) e Dipendenza dalla Ricompensa (sottoscale attaccamento vs distacco). Aspetti che indicano il miglioramento dell'umore, un aumento di sicurezza e maggiore distacco emotivo verso il partner, migliore identificazione di se stessi e del proprio ruolo e minore dipendenza dall'approvazione altrui.

Anche il confronto fra GAP (n=26 maschi, escluso 4 f) e familiari (n=22 femmine, escluso 4 m), prima e dopo 36 mesi di terapia indica come i giocatori, alla prima misurazione, risultino più impulsivi (sig. = .027), più curiosi (Ricerca di Novità sig. = .006) e meno preoccupati (Evitamento del Danno, sig. 0.043) dei familiari; laddove dopo 3 anni permane una differenza significativa solo nella dimensione Evitamento del Danno (sig. = .023) a scapito dei familiari.

Quest'ultimo dato sottolinea due aspetti: 1) l'efficacia della terapia per entrambi i gruppi; 2) il tratto temperamentale di ansia anticipatoria, nella sottoscala dell'incertezza (sig. = .023), rappresenta nei familiari l'elemento differenziale con i giocatori al termine della terapia.

All'analisi delle correlazioni, nei 30 GAP (Tab. II), in sintesi emerge che, le dimensioni a connotazione negativa (ansia, depressione, impulsività, Evitamento del Danno) presentano una relazione inversa con la capacità di autodeterminarsi, lasciando presumere che gli stati dell'umore, la volontà e la capacità di decidere si condizionino a vicenda; contrariamente alla Cooperatività che si relaziona positivamente al costrutto di sentimentalismo, altruismo, sensibilità e Autodirettività

Non si evidenziano correlazioni significative fra le 4 scale temperamentali (RN, DR, ED, P) del TCI, a conferma dell'indipendenza dei rispettivi tratti già posta in rilievo da altri studi (Heath et al., 1994; Stallings et al., 1996).

All'analisi della regressione stepwise nei 30 GAP, prima della terapia, inserendo come variabile dipendente i punteggi della Cooperatività e come variabili indipendenti i punteggi dei vari test, i predittori significativi sono risultati essere la Dipendenza dalla Ricompensa ( $t= 6.64$ ,  $\beta = .666$ ;  $p = .000$ ) e l'Autodirettività ( $t= 5.31$ ,  $\beta = .524$   $p = .000$ ).

Mentre, inserendo come variabile dipendente l'impulsività, i maggiori predittori sono risultati essere: i bassi punteggi di Cooperatività ( $t = -3.42$ ,  $\beta = -.519$ ,  $p = .002$ ) specchio di una bassa accettazione di regole sociali, tolleranza, empatia e comprensione delle esigenze altrui; e i bassi punteggi di Persistenza ( $t = -2.14$ ;  $\beta = -.326$ ,  $p = .04$ ), relati all'autocontrollo e alla determinazione.

Così, il fattore predittivo positivo della possibilità di cooperare è rappresentato dalla sensibilità, altruismo e autodeterminazione, mentre per l'impulsività lo sono la bassa capacità di collaborare, perseverare e tollerare le frustrazioni.

## **Discussione**

E' ormai chiaro che l'accedere con facilità al gioco d'azzardo aumenti le probabilità di sviluppare una dipendenza patologica (Ladouceur et al., 1994; Lester, 1994; Campbell e Lester, 1999; Petry e Armentano, 1999).

Varie ricerche hanno identificato, oltre gli aspetti psicopatologici associati al disturbo, i fattori che ne impediscono l'allontanamento (Carroll e Huxley, 1994; Blaszczynski e Silove, 1995; Black e Moyer, 1998; Petry e Armentano, 1999; Petry, 2001; Ledgenwood et al., 2006) e fra questi, il tipo di gioco, le precedenti esperienze, il grado di coinvolgimento e la convinzione di poter influenzare la sorte (Griffiths, 1990).

In ogni caso gli elementi che caratterizzano il giocatore dipendente da uno abituale o saltuario sono l'impulsività e l'incapacità di resistere all'occasione di giocare e di allontanarsene (Petry e Armentano, 1999; Petry, 2001; Ledgenwoodf e Petry, 2006).

Ladouceur et al. (2003) hanno notato che l'elevata impulsività era la variabile che differenziava i drop-out dai giocatori in trattamento (Leblond et al., 2003;) confermando i dati di Blaszczynski e collaboratori (1997) che avevano osservato la correlazione psicopatia-impulsività in un sottostante costrutto "antisociale-impulsivo" (Steel e Blaszczynski, 1998).

Un'elevata impulsività costituisce un fattore favorente lo sviluppo del GAP è risulta essere associata alla severità di gioco (Steel e Blaszczynski, 1998; Gonzalez-Ibanez e Moreno, 2005), all'utilizzo di alcool e droghe, alla disinibizione, a tratti antisociali e di ricerca di sensazioni (Vitaro et al., 1997; Blaszczynski e Steel, 1998; Vitaro et al., 1998; Raylu e Oei, 2002; Alessi e Petry, 2003; Chambers e Potenza, 2003).

I dati della letteratura riportano che solo il 10% dei giocatori patologici richiede una terapia e quelli sposati hanno maggiori probabilità di proseguire il trattamento (Steel e Blaszczynski, 1998; Stewart e Brown, 1988). Considerando invece i drop out nel loro insieme, il 30-50% abbandona la terapia (Vitaro et al., 1998; Steel e Blaszczynski, 1998; Petry e Armentano; 1999; Ladouceur, 2005) mentre circa un terzo dei giocatori guarisce senza alcun trattamento (Hodgins et al., 2002; Slutske, 2006); sebbene questi ultimi dati necessitano di ulteriori verifiche (Toneatto e Millar, 2004).

Dai nostri risultati emerge che le variabili indicative di un possibile interruzione della terapia sono una bassa Dipendenza dalla Ricompensa (sentimentalismo, attaccamento, approvazione altrui) e bassa Cooperatività (tolleranza, l'empatia, comprensione delle esigenze altrui) (Savron et al., 2007).

Considerando invece i vari interventi terapeutici (psicodinamico e psicoanalitico, di coppia, familiare, di gruppo, giocatori anonimi, cognitivo, comportamentale, multimodale, motivazionale, manuali di auto aiuto, supporto telefonico, farmacoterapia) il più accreditato è quello cognitivo-comportamentale, sia individuale che di gruppo (Ladouceur et al., 2001; Raylu e Oei, 2002; Slutske, 2006; Ladouceur et al., 1998; Toneatto e Ladouceur, 2003; Blaszczynski et al., 1991; Blaszczynski, 2005; Petry et al., 2006; Rash e Petry, 2014).

Tornando alla presente ricerca, nonostante i limiti che presenta, come il numero non elevato di soggetti, lo studio in aperto, la non comparabilità dei dati con altri gruppi e metodi di terapia, l'assenza di gruppi di controllo, i risultati appaiono piuttosto interessanti, poiché il beneficio ottenuto in entrambi i gruppi ne avvalorano i risultati.

Altri aspetti rendono specifica la ricerca: 1) il modello di terapia e la sua lunga durata; 2) la valutazione dei soggetti all'inizio e dopo 3 anni di trattamento; 3) la partecipazione attiva dei familiari; 4) l'essere un gruppo semiaperto intermedio, il cui intervento sistemico si focalizza sul dialogo, sulle relazioni interpersonali e sulla creatività, dove il sintomo gioco d'azzardo acquisisce progressivamente una dimensione secondaria; 5) la notevole esperienza del conduttore del gruppo.

Indubbiamente parte dei risultati possono dipendere alle regole poste dalla terapia, come l'astensione dal gioco, la gestione delle finanze da parte del coniuge o familiare, la motivazione al trattamento o da cambiamenti spontanei che avvengono nel corso del tempo, oppure dalle caratteristiche specifiche dei 2 gruppi che rispecchiano una domanda precisa di chi vuole intraprendere un percorso ben definito.

Anche se, va sottolineato che la domanda di aiuto avviene sempre a seguito di anni di gioco e di perdite consistenti, poiché fino al momento della richiesta di intervento, per il giocatore, l'azzardo rappresenta erroneamente un problema gestibile. Inoltre, la domanda è sempre forzata dai familiari o dagli eventi (problematiche lavorative, sociali, legali, economiche).

In ogni caso, lo studio ha permesso di giungere a considerazioni importanti poiché i sintomi clinici di depressione, ansia e impulsività si riducono in modo significativo nel corso della terapia in entrambi i gruppi.

In merito alle dimensioni temperamentali, invece, i punteggi elevati nella di Ricerca di Novità permettono di definire i giocatori curiosi, eccitabili, stravaganti, disordinati e impulsivi, confermando altri studi precedenti nei quali si evidenziava una maggiore estroversione, impulsività e ricerca di sensazioni (Vitaro et al., 1997; Blaszczynski et al., 1997; Vitaro et al., 1998; Steel e Blaszczynski, 1998; Ladouceur et al., 2001; Kim e Grant, 2001; Savron et al., 2001; Leblond et al., 2003; Martinotti et al., 2006; Rash e Petry, 2014), tratti che si modificano nel corso della terapia di gruppo.

I giocatori, prima della terapia non presentano tratti caratteriali di eccessiva paura e/o apprensione anticipatoria, il che favorisce la loro tendenza al gioco e l'accettazione del rischio, contrariamente ai familiari che presentano invece questi tratti inibitori di fronte a potenziali pericoli, all'ignoto e a problemi futuri.

Ugualmente, nei giocatori in precedenza alla terapia, i bassi punteggi nell'Autodirettività sottolineano le minori capacità di definire, pianificare e perseguire obiettivi significativi, con scarsa propositività e tendenza a colpevolizzare gli altri.

Mentre i punteggi della Cooperatività, a livelli analoghi dei familiari, denotano in questo gruppo altruismo, empatia e una adeguata accettazione sociale del prossimo, quindi una coorte di giocatori con

maggior disponibilità di verso gli altri, aspetto che giustifica la loro permanenza in trattamento (Savron et al., 2007).

I 3 anni di terapia modificano l'umore, l'impulsività, la ricerca di sensazioni e dipendenza dagli altri, ma nessun cambiamento significativo nel tratto evitamento del pericolo.

Le caratteristiche di curiosità, eccitabilità, stravaganza, impulsività rappresentano un aspetto tipico dei giocatori patologici che comunque si è modificato nel corso della psicoterapia, infatti solo soggetti affetti da disturbo bipolare in fase ipomaniacale mostrano un incremento temporaneo della Ricerca di Novità (Richter et al., 2000).

Come già rilevato in altri studi, l'impulsività è la variabile predetta dalla bassa Cooperatività e Persistenza, in relazione alla gravità del gioco d'azzardo (Stewart e Brown, 1988; Hansenne et al., 1999; Clarke, 2006).

Un'elevata Ricerca di Novità e basse Autodirettività e Cooperatività si ascrivono nei disturbi di personalità, mentre, soggetti senza alterazioni patologiche della personalità presentano elevati punteggi nella Cooperatività e Dipendenza dalla Ricompensa (Cloninger, 1987; Cloninger et al., 1993), come nel nostro campione.

I livelli di Dipendenza dalla Ricompensa e Cooperatività modulano l'impatto esercitato dalla bassa Autodirettività e dall'elevata Ricerca di Novità, confermando così indirettamente la correttezza del criterio di esclusione utilizzato nella ricerca, rappresentato dalla presenza di un disturbo di personalità conclamato.

Svrakic e collaboratori (1993), hanno riscontrato che in soggetti con moderata/alta Autodirettività e elevata Cooperatività si riduce il rischio per un disturbo di personalità; tanto che nel loro campione i bassi punteggi nell'Autodirettività erano predittivi nel 90% di un disturbo di personalità.

La riduzione dei punteggi della Trascendenza porta a considerare che la capacità di estraniarsi viene a ridursi nel corso della terapia fino a orientarsi verso una maggiore praticità e concretezza di pensiero e di comportamento, allo stesso modo dell'aumento dell'Autodirettività.

E questi dati hanno dei risvolti terapeutici importanti poiché le dimensioni caratteriali sarebbero il focus del trattamento psicoterapico a differenza delle variabili temperamentali che sarebbero invece suscettibili di intervento psicofarmacologico e comportamentale (Svrakic et al., 1993).

E' noto che i punteggi dell'Evitamento del Danno, tratto che spinge a evitare gli stimoli potenzialmente dannosi (Cloninger, 1986, 1987, Svraic et al., 1992; Perna et al., 1992; Joffe et al., 1993; Ampollini et al., 1999; Ball et al., 2002) si elevano quando le persone sono agitate e/o depresse; difatti nei giocatori il tratto rimane invariato mentre nei familiari (22 femmine) si riduce, rimanendo comunque più elevato

dei maschi, forse a causa di una specificità caratteriale oppure a causa di un persistente timore di fondo dovuto al vissuto tumultuoso.

L'Autodirettività ha una relazione inversa all'ansia, l'impulsività, la Ricerca di Novità e l'Evitamento del Danno, mentre la Cooperatività (empatia, collaborazione, tolleranza) è relata positivamente al tratto Dipendenza dalla Ricompensa (sensibilità, sentimentalismo, altruismo, minore distacco sociale, disponibilità),

Valori elevati di Evitamento del Danno e Trascendenza unitamente a bassi punteggi di Autodirettività e Cooperatività sono state poste in relazione alla presenza di depressione maggiore (Hansenne et al., 1999; Péliisolo e Lépine), disturbo quest'ultimo non presente nei nostri campioni e coerente con i criteri di esclusione dei soggetti dal gruppo.

## **Conclusioni**

In merito alla personalità del giocatore, i dati emersi nel presente studio confermano che i giocatori patologici sono depressi, ansiosi, impulsivi e propensi a ricercare forti stimolazioni e novità, mentre manifestano minore paure anticipatorie.

I risultati avvalorano la presenza di tratti temperamentali e caratteriali specifici differenti dai familiari.

La presenza di elevata Ricerca di Novità e Trascendenza, e le basse Autodirettività e Cooperatività rappresentano un aspetto caratteristico dei giocatori e come riportato in letteratura sono aspetti di rischio per lo sviluppo di un disturbo da gioco d'azzardo (Svrakic et al., 1993; Savron et al., 2003, 2007; Martinotti et al., 2006; Pozzi et al., 2014).

Nel nostro campione il punteggio elevato di Cooperatività e Dipendenza dalla Ricompensa predispongono al trattamento, confermato, dagli effetti della terapia, dall'aumento di Autodirettività e contestualmente dalla riduzione del distress, Trascendenza e Ricerca di Novità.

Nei giocatori, a seguito della terapia la riduzione dei punteggi nella Dipendenza dalla Ricompensa fa pensare allo sviluppo di una maggiore capacità pratica e distacco dai problemi, allo stesso tempo l'incremento dell'autodirettività orienta verso una maggiore determinazione e capacità di controllo, mentre la minore trascendenza confermerebbe il cambiamento verso una visione meno idealista e più concreta della vita.

Ugualmente, il miglioramento nell'umore, nella riduzione delle paure e un maggiore distacco emotivo conferma il miglioramento avvenuto nei familiari.

Si deduce che in questo campione di giocatori e di familiari la terapia di gruppo a lungo termine ha prodotto dei cambiamenti sull'umore, sull'impulsività e su alcuni aspetti caratteriali e temperamentali.

In sintesi, nel suo insieme lo studio ha permesso di: a) confermare precedenti ricerche; b) identificare le caratteristiche dei giocatori e dei familiari; c) misurare le modificazioni psicopatologiche e caratteriali nel corso del trattamento di gruppo; d) verificare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico nell'agevolare un cambiamento cognitivo, emotivo e comportamentale; e) esplorare i fattori predisponenti al gioco; f) evidenziare l'importanza e l'utilizzo di strumenti di misurazione per identificare i soggetti a rischio di sviluppare il disturbo da GAP.

Per concludere, a questi risultati vanno aggiunti altri dati che in parte spiegano le modalità di intervento a Campofornido.

Il 98% dei giocatori partecipa assieme ai familiari, composti in prevalenza da coniuge/convivente (72%), a seguire i fratelli/sorelle (11%) e poi genitori (10%), figli (3%), altri parenti e amici (2%). Dei familiari, un quarto circa partecipa agli incontri senza il giocatore, a conferma di come una percentuale di giocatori rifiuti un intervento. Il 46% di tutti i 10 gruppi di terapia ha ammesso ricadute, che in qualche modo fanno parte del percorso e quando avvengono sono assorbite senza gravi conseguenze, allorquando l'astinenza sia stata osservata con scrupolo. Anzi, il ritorno all'azzardo genera non più l'ebbrezza di un tempo ma un senso più consapevole di colpa/fallimento, tappa talvolta obbligatoria per riconoscere i propri limiti e riacquistare l'umiltà necessaria. Al termine della terapia il 90% dei giocatori non gioca più d'azzardo e il 10% lo fa in maniera assolutamente inferiore. Attualmente nel triennio 2012-2014 gli abbandoni sono stati dell'ordine del 4%. Tale dato positivo è spiegabile con la progressiva acquisizione di conoscenza e competenza storica intragruppo che terapeutica (Bion, 1972; Foulkes, 1976), che conducono a una maturazione progressiva definita da Bion come *"apprendimento dall'esperienza"* (Bion, 1972.).

Le separazioni coniugali sono esigue, in media una all'anno e quando avvengono si verificano senza importanti conflitti. Ad oggi non si è verificato alcun suicidio e la disoccupazione riguarda 3 soggetti su 285 persone.

Considerando i dati, ha certamente un senso chiedersi quanto debba durare una terapia affinché sia efficace. Diciotto mesi non sembrano sufficienti per un cambiamento sostanziale che può avvenire invece con un trattamento più lungo. Pensiamo che una terapia con giocatori e familiari di gruppo costante nel tempo possa essere un valido monitoraggio e una soluzione efficace per questo tipo di disturbo.

## **Bibliografia**

- Alessi SM., Petry NM. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behavioural Processes*, 2003, 64, 345-354.
- American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 4<sup>a</sup> ed. (DSM-IV). Masson, Milano, 1996.
- American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 5<sup>a</sup> ed. (DSM-V). Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Ampollini P., Marchesi C., Signifredi R., Ghinaglia E., Scardovi F., Codeluppi S., Maggini C. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders*, 1999, 52, 203-207.
- Ball S., Smolin J., Shekhar A. A Psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *Journal of Psychiatry Research*, 2002, 36, 97-103.
- Barratt, E.S. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 1959, 9, 191-198.
- Battaglia M., Bajo S. Temperament and Character Inventory. In: *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze: SEE, 2000, 1375-1388.
- Beck AT., Ward CH., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1967:561-71.
- Bion WBL. *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore, Roma, 1972.
- Black DW., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling. *Behavior. Psychiatric Services*, 1998, 49, 1434-1439.
- Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 1991, 86, 299-306.
- Blaszczynski A., e Silove D. Cognitive and behavioural therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 1995, 11, 195-220.
- Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 1997, 92, 75-87.
- Blaszczynski A., Steel Z. Personality disorders among pathological gamblers, *Journal of Gambling Studies*, 1998, 14, 51-71.
- Blaszczynski A. Conceptual and methodological issues in treatment outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 5-11.
- Campbell F., Lester D. The impact of gambling opportunities on compulsive gambling. *Journal of Social Psychology*, 1999, 139, 126-127.

- Carroll D., Huxley JAA. Cognitive dispositional and psychophysiological correlates of dependent slot-machine gambling in young people. *Journal of Applied Social Psychology*, 1994, 24, 1070-1083.
- Chambers RA., Potenza MN. Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2003, 19, 53-84.
- Clarke D. Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences*, 2006, 40, 5-15.
- Cloninger CR. Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Development*, 1986, 3, 167-226.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, 573-588.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 975-990.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, MO, 1994.
- Conti L. Barratt Impulsiveness Scale. In: *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze: SEE, 2000, 1637-40.
- De Luca R. *La psicoterapia di gruppo per giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campofornido (UD)*. ITACA, 2002.
- De Luca R. I nove gruppi di terapia per ex giocatori d'azzardo e loro familiari: valutazioni sul prima, durante e dopo un decennale percorso terapeutico di gruppo. Relazione presentata al Convegno Nazionale: La terapia di gruppo nella dipendenza da gioco d'azzardo, prima, durante e dopo un lungo percorso terapeutico. Valutazioni di psicoterapeuti e riflessioni di ex giocatori d'azzardo e loro familiari. Campofornido (UD), 15 ottobre 2006.
- De Luca . *La terapia familiare di gruppo per giocatori d'azzardo patologici e loro familiari. Il modello di Campofornido. Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, a cura di Graziano Bellio e Mauro Croce, 312-323, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Fossati A, Acquarini E, Di Ceglie A, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non clinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 2001, 57, 815-28.
- Foulkes SH. *La psicoterapia gruppo analitica. Metodi e principi*. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 1976.
- Goldthorpe JH., Hope K. *The social grading of occupations*. Oxford University Press, Oxford, 1974.
- Gonzalez-Ibanez A., Moreno PRI. Evaluation and Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 35-42.
- Griffiths ND. The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 1990, 6, 193-204.

- Hansenne M., Reggers J., Pinto E., KJiri K., Ajamier A. Ansseau M. Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatry Research*, 1999, 33, 31-36.
- Heath AC., Cloninger CR., Martin NG. Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the Personality systems of Cloninger and Eynsenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 66, 762-775.
- Hodgins DC., Makarchuk K., el-Guebaly N., Peden N. Why problem gamblers quit gambling: A comparison of methods and samples. *Addiction Research and Theory*, 2002, 10, 203-218.
- Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JD. The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 959-960.
- Kim SW. Grant JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 104, 205-12.
- Kose S. Psychobiological model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium*, 2003, 41, 86-97.
- Ladouceur R., Boisvert JM., Pepin M., Loranger M., Dumont M. Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 1994, 10, 399-409.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I. Cognitive treatment of pathological gamblers. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 1998, 36, 1111-1119.
- Ladouceur R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., Jacques, C. Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189, 774- 780.
- Ladouceur R. Controlled Gambling for Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 51-59.
- Leblond Je., Ladouceur R., Blaszczynski A. Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal of Clinical Psychology*, 2003, 42, 205-209.
- Ledgenwoodf DM., Petry NM. What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 2006, 26, 216-228.
- Lester D. Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *International Journal of the Addiction*, 1994, 29, 1611-1616.
- Martinotti G., Andreoli S., Giametta E., Poli V., Bria P., Janiri L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence *Comprehensive Psychiatry*, 2006, 7 350-356.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799-812.
- Pélissolo A., Lépine J.P. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Research*, 2000, 94, 67-76.
- Perna G, Bemarderschi L, Caldirola D, Garberi A. Personality dimension in panic disorder: state versus trait issues. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 1992 8, 49-54.

- Petry N., Armentano C. Prevalence, Assessment, and treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 1021-1027.
- Petry NM. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 63, 29-38.
- Petry NM., Ammerman Y., Bohl J., Doersch A., Gay H., Kadden R., Molina C., Steinberg K. Cognitive-Behavioral Therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74, 555-567.
- Pozzi G., Bruschi A., De Angelis A., Pascucci M., Hatzigiakoumis DS., Grandinetti P., Di Nicola M., Pini S., Janiri L. Adult Separation Anxiety and TCI-R Personality Dimensions in Patients with Anxiety, Alcohol Use, and Gambling; A Preliminary Report. *BioMed Research International*, 2014, 1-6.
- Prever F. Il gioco al femminile. *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, a cura di Graziano Bellio e Mauro Croce, 100-113, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Rash CJ., Petry NM. Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 2014, 7, 285-295.
- Raylu N., Oei TPS. Pathological gambling A comprehensive review *Clinical Psychology Review*, 2002, 22 1009 -1061.
- Richter L., Eisemann M., Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2000, 250, 40-47.
- Savron G., Pitti P., De Luca R. Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici. *Rivista di Psichiatria*, 2001, 36, 1, 14-21.
- Savron G., Pitti P., De Luca R. Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari. *Rivista di Psichiatria*, 2003, 38, 247-258.
- Savron G., De Luca R., Pitti P. Un anno e mezzo di terapia di gruppo con giocatori d'azzardo patologici: risultati a 6, 12, 18 mesi di trattamento. *Rivista di Psichiatria*, 2007, 42, 189-204.
- Savron G. Gioco d'azzardo e struttura di personalità. *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, a cura di Graziano Bellio e Mauro Croce, 62-74, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Savron G. Fattori di rischio specifici e aspecifici nel Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, a cura di Graziano Bellio e Mauro Croce, 139-151, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 297-302.
- Spielberger CD., Gorsuch, RL., Lushene R., Vagg, PR., Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y -elf-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

- Stallings MC., Hewitt JK., Cloninger CR., Heath AC., Eaves LJ. Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: tree or four primary temperament dimension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70, 127-140.
- Steel Z., Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 1998, 93, 895-905.
- Stewart RM., Brown RI. An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, 284-288.
- Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 180-182.
- Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 1992, 24, 217-226.
- Svrakic DM., Whitehead C., Przybeck TR., Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 991-999.
- Toneatto T., Ladouceur R. The treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Journal of Addictive Behaviour*, 2003, 17, 284-292.
- Toneatto T Millar G. Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 517-525.
- Vitaro F., Arseneault L., Tremblay R.E. Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, 1769-1770.
- Vitaro F, Ferland F., Jacques C., Ladouceur R. Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 1998, 12, 185-194.
- Vitaro F., Arseneault L., Tremblay RE. Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 1999, 94, 565-575.

**TAB. I.****Misurazioni all'intake e dopo 3 anni di terapia del gruppo giocatori e del gruppo familiari**

Test	Giocatori Azzardo Patoogici (n=30)	Giovatori		Familiari (n=26)	Familiari	
	I misurazione	II misurazione		I misurazione	II misurazione	
	Media (ds)	Media (ds)	Sig.	Media (ds)	Media (ds)	Sig.
BDI	16.07 (10.6)	7.20 (6.80)	.000***	12.77 (10.7)	4.85 (4.82)	.000***
STAY I	49.20 (13.5)	38.23 (10.8)	.000***	47.15 (10.9)	39.42 (9.6)	.000***
STAY II	48.00 (13.4)	37.10 (10.6)	.000***	47.15 (10.9)	38.42 (8.3)	.000***
BIS 11	67.87 (9.23)	61.50 (7.94)	.000***	57.96 (7.47)	58.23 (8.10)	.783
TCI RN	23.07 (6.02)	20.60 (5.6)	.006**	17.27 (3.97)	16.23 (5.14)	.185
TCI ED	15.40 (7.52)	14.30 (6.94)	.183	19.77 (5.39)	17.73 (5.51)	.004**
TCI DR	10.73 (2.75)	9.33 (2.84)	.001***	11.35 (1.95)	10.15 (1.84)	.005 **
P	4.37 (1.52)	4.30 (1.68)	.842	.58 (1.65)	4.15 (1.28)	.118
A	25.03 (7.82)	29.97 (7.65)	.001***	29.96(8.70)	31.27 (7.56)	.151
C	29.43 (6.75)	29.60 (5.96)	.834	32.88 (4.59)	32.88 (4.27)	.293
T	14.13(4.81)	12.07 (4.52)	.018*	15.50 (6.25)	14.38 (6.00)	.118

\* p&lt;.05; \*\* p&lt;.01; \*\*\* p&lt;.001

BDI = Beck Depression Inventory; STAI -Y1 = State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI- Y2 = State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS = Barrat Impulsiveness Scale; TCI = Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

**TAB. II Correlazioni scale di misurazione nel gruppo giocatori patologici**

	<b>BDI</b>	<b>ST-Y1</b>	<b>ST-Y2</b>	<b>BIS-11</b>	<b>TCI- RN</b>	<b>TCI- ED</b>	<b>TCI- DR</b>	<b>TCI-P</b>	<b>TCI-A</b>	<b>TCI- C</b>
<b>BDI</b>										
<b>STAI-Y1</b>	<b>.783 ***</b>									
<b>STAI-Y2</b>	<b>.804 ***</b>	<b>.840 ***</b>								
<b>BIS-11</b>	.271	.288	<b>.376 **</b>							
<b>TCI-RN</b>	-.057	.095	.060	<b>.475 ***</b>						
<b>TCI-ED</b>	<b>.608***</b>	<b>.517 **</b>	<b>.665 ***</b>	.168	-.230					
<b>TCI-DR</b>	.317	.173	.237	-.260	-.342	.233				
<b>TCI-P</b>	<b>-.367*</b>	-.321	<b>-.486**</b>	-.328	-.029	-.312	-.231			
<b>TCI-A</b>	<b>-.473**</b>	<b>-.498 **</b>	<b>-.645 ***</b>	<b>-.427**</b>	-.180	<b>-.488**</b>	.026	.341		
<b>TCI-C</b>	-.106	-.116	-.196	<b>-.521 *</b>	<b>-.453 *</b>	-.004	<b>.680***</b>	.004	<b>.542 **</b>	
<b>TCI-T</b>	.075	.037	.157	.048	.146	-.085	.193	-.007	-.322	-.121

\* p<.05; \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

BDI = Beck Depression Inventory; STAI -Y1 = State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI- Y2 = State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS = Barrat Impulsiveness Scale; TCI = Temperament Character Inventory (RN): Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).