



**CAMPOFORMIDO(UD):
RICERCHE
SPERIMENTALI IN
PSICOTERAPIA DI
GRUPPO**

Campoformido: ricerche sperimentali in psicoterapia di gruppo

Le ricerche qui presentate si inseriscono all'interno di un percorso clinico e scientifico sviluppato nel corso di molti anni nell'ambito dell'esperienza terapeutica di Campoformido e Faedis, una delle più longeve e continuative esperienze di psicoterapia di gruppo dedicate al trattamento del gioco d'azzardo patologico.

A partire dalla metà degli anni Novanta, l'attività clinica condotta nei gruppi terapeutici ha progressivamente dato origine a un articolato programma di ricerca finalizzato a indagare, attraverso strumenti di valutazione psicologica e metodologie empiriche, i fattori psichici e relazionali che sottendono il comportamento di gambling patologico.

L'ipotesi di fondo che ha guidato queste indagini è che il gioco d'azzardo patologico non possa essere compreso esclusivamente come comportamento disfunzionale osservabile, ma debba piuttosto essere interpretato come manifestazione sintomatica di un disagio psichico più profondo, radicato in specifiche configurazioni di personalità e in complesse dinamiche relazionali.

In questa prospettiva il comportamento di gioco viene considerato come il punto di emergenza di una più ampia costellazione di tratti personologici, atteggiamenti psicologici e fattori relazionali, che concorrono a determinare configurazioni comportamentali difficilmente comprensibili se osservate unicamente da un punto di vista descrittivo o classificatorio.

La sintesi dei diversi lavori di ricerca evidenzia come, dietro la manifestazione del gioco patologico, si configurino vere e proprie costellazioni sintomatologiche, capaci di mettere in luce differenze significative tra differenti gruppi di soggetti osservati.

In particolare, le analisi condotte hanno consentito di individuare differenze rilevanti tra:

- soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico e loro familiari;
- giocatori patologici e soggetti appartenenti a gruppi di controllo;
- familiari dei giocatori e soggetti estratti casualmente dalla popolazione generale.

Tali configurazioni sintomatologiche appaiono espressione di dinamiche emotive e affettive profonde, che prendono forma all'interno dei sistemi familiari e che, non di rado, tendono a cristallizzarsi nella figura del giocatore, il quale diviene il portatore manifesto di un disagio che riguarda in realtà l'intero sistema relazionale.

In questa prospettiva il sintomo gioco può essere interpretato come una sorta di organizzatore relazionale, attraverso il quale emergono tensioni emotive, difficoltà comunicative e blocchi nella circolazione degli affetti presenti nella trama delle relazioni familiari.

All'interno del lavoro terapeutico di gruppo tali dinamiche tendono a riemergere sotto forma di arresti comunicativi e difficoltà nella condivisione degli affetti, coinvolgendo non soltanto il soggetto giocatore ma l'intero sistema familiare.

L'osservazione longitudinale di questi processi, condotta nel tempo all'interno dei gruppi terapeutici, ha consentito di evidenziare come la psicoterapia di gruppo rappresenti un dispositivo terapeutico particolarmente efficace per il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

Il gruppo terapeutico si configura infatti come uno spazio trasformativo privilegiato, capace di favorire una progressiva riduzione dei sintomi associati al comportamento di gioco e, al tempo stesso, di promuovere la riattivazione dei processi comunicativi e affettivi.

In tal senso il gruppo diviene un contesto clinico nel quale possono riattivarsi i processi simbolici e relazionali, consentendo ai partecipanti di rielaborare le dinamiche emotive che sottendono il sintomo e di riaprire progressivamente i canali della comunicazione degli affetti, non soltanto all'interno delle relazioni familiari ma più in generale nelle relazioni interpersonali.

L'esperienza clinica maturata nel corso di oltre due decenni di attività, con oltre tredicimila sedute terapeutiche realizzate, conferma dunque come il lavoro gruppale rappresenti non solo uno strumento terapeutico efficace, ma anche un importante laboratorio di osservazione clinica e di ricerca per la comprensione delle dinamiche psichiche e relazionali che caratterizzano il fenomeno del gioco d'azzardo patologico.

Rolando De Luca

RICERCHE SPERIMENTALI

- Savron, G., De Luca R., Pitti P., Guerreschi C., *“Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di giocatori d'azzardo patologici”* Rivista di Psichiatria, n.1/2001, Ediz. Il pensiero Scientifico;
- Savron G., De Luca R., Pitti P., *“Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari”* Rivista di psichiatria, Il Pensiero Scientifico Editore, 2003;
- Savron G., De Luca R., Pitti P., *“Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo patologici: risultati a 6, 12 e 18 mesi di trattamento”* Rivista di psichiatria, Il Pensiero Scientifico Editore, 2007;
- Chimienti V., De Luca R., (2012) *Impulsività, alestitimia e stili d'attaccamento in giocatori d'azzardo patologici e loro familiari. Italian Journal on Addiction*, 2 (3-4). Numero monografica dell'Italian Journal of Addiction Presidenza Consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga, Roma, 2012;
- Chimienti V., De Luca R., (2008-2009-2010) *L'espressione delle emozioni e la affettiva nei giocatori d'azzardo e famigliari in trattamento presso il Centro: follow up ad uno e due anni di terapia.* Relazione presentata al IV e V Convegno Nazionale di Campoformido su “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”. Tre ricerche presentate ai convegni nazionali di Campoformido -12 Ottobre 2008, 11 Ottobre 2009, 10 Ottobre 2010, Campoformido (UD).
- De Luca R., Pitti P., Savron G., *“Terapia di gruppo con Giocatori d'azzardo e familiari: risultati a tre anni di trattamento”*(Ricerca sperimentale) – Sito www.sosazzardo.it, 2019;

Studi sperimentali

Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici

Psychopathology and gambling: a preliminary study in a sample of Pathological Gamblers

GIANNI SAVRON*, PAOLO PITTI*, ROLANDO DE LUCA**, CESARE GUERRESCHI***

*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, **Centro
***Centro GA, Bolzano

Udine:

RIASSUNTO. Introduzione. Il gioco d'azzardo, oltre che essere un evento di elevate proporzioni economiche, esprime anche l'attrazione esercitata sull'uomo dalla casualità e dal rischio. Il legame psicologico che si crea fra gioco patologico e persona, compromette enormemente i rapporti sociali e familiari determinando problematiche e conflittualità che si ripercuotono sull'integrità psico-fisica dell'individuo. **Materiale e metodo.** Lo scopo dello studio è stato quello di valutare le differenze psicologiche esistenti fra un campione (n=48) di giocatori d'azzardo patologici, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV ed utilizzando il SOGS di Lesieur & Blume, ed un gruppo di soggetti normali di controllo (n=48) bilanciati per variabili socio-demografiche. Ad entrambi i gruppi sono stati somministrati la BPRS di Overall &, il TPQ di Cloninger, l'SQ e L'EIS di Kellner e l'ASI di Peterson & Reiss. **Risultati.** I giocatori d'azzardo sono risultati essere significativamente più ansiosi, depressi, ostili, con maggiori sintomi somatici, evidenziando inoltre una maggiore sensibilità ansiosa, inibizione verbale e mascheramento delle emozioni, con tratti caratteriali di impulsività, praticità e distacco. **Conclusioni.** Lo studio ha permesso di identificare ed inquadrare le caratteristiche psicopatologiche dei giocatori fornendo informazioni utili sui soggetti predisposti a sviluppare un disturbo da gioco d'azzardo patologico.

PAROLE CHIAVE: gioco d'azzardo patologico, ansia, depressione, disturbo di personalità

SUMMARY. Introduction. Gambling is an event of enormous economic proportion and expresses the man's attraction of chance and risk. The psychological link between pathological gambling and the person may damage family and social relations and create problems and the conflicts with consequences in psycho-physical integrity. **Material and method.** The aim of the study was to assess the psychological differences between a sample of pathological gamblers (n=48): diagnosed by DSM-IV criteria using the SOGS test by Lesieur & Blume, compared to a control group (n=48) matched for social-demographic variables. The tests used were: Overall's BPRS, Kellner's ASI, SQ, and EIS, and Cloninger's TPQ. **Results.** The pathological gamblers had higher anxiety, depression, hostility and somatic symptoms, further more, anxiety sensitivity, verbal inhibition, disguise of feelings, with trait of impulsivity, practicality and detachment. **Conclusion.** The study has allowed to identify psychopathological characteristic of gamblers and has provided helpful informations about subjects prone to develop pathological gambling disorder.

KEY WORDS: pathological gambling, anxiety, depression, personality disorder

INTRODUZIONE

Il Gioco d'Azzardo (GA) appare profondamente radicato nella natura umana tanto che ricerche archeologiche e antropologiche ne hanno testimoniato l'ubiquità in ogni epoca, stato sociale e cultura (1,2).

Negli ultimi anni, in tutto il mondo, il gioco d'azzardo è diventato un'attività di enorme rilevanza economica e di notevoli proporzioni sociali, ed anche in Italia il GA e/o lo scommettere in generale (corse, lotterie, ecc.) rappresenta una pratica in forte espansione; non di meno, tale attività ha inevitabilmente condotto

E-mail: g.savron@ra.nettuno.it

ad un incremento di soggetti che dedicandosi sono precipitati nel vortice del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Una difficoltà riscontrata da coloro che si sono occupati del gioco d'azzardo è stata il definire in maniera esaustiva cosa fosse un giocatore e quando il gioco diventasse malattia; infatti, in letteratura, i giocatori che scommettevano con frequenza e perdevano grosse somme di denaro sono stati classificati in vario modo. Si è parlato di "giocatori patologici" (3), di "giocatori compulsivi" (4), di "giocatori dipendenti" (5) e più recentemente, il DSM-IV (6) ha definito il gioco d'azzardo patologico come un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative; mentre, l'ICD-10 (7) lo ha inserito tra i disturbi delle abitudini e degli impulsi. Guerreschi (8) invece ha proposto una classificazione dei giocatori d'azzardo in sei tipologie ben definite: giocatori compulsivi con sindrome da dipendenza; giocatori inadeguati senza sindrome da dipendenza; giocatori sociali costanti; giocatori sociali adeguati; giocatori antisociali; giocatori professionisti non patologici.

La prevalenza tra la popolazione adulta del GAP è 1-3%, esso risulta più comune tra familiari e parenti di giocatori ed in soggetti con un basso grado di istruzione rispetto alla popolazione generale; ha un esordio post-adolescenziale e più frequentemente nel sesso maschile, mentre nelle femmine manifesta una insorgenza più tardiva (9-11).

Custer (12) ha posto in rilievo come il gioco d'azzardo patologico esprima un disturbo progressivo inquadrabile in definite fasi di sviluppo, e comuni a quasi tutti i giocatori con importanti ripercussioni finanziarie e sociali sugli stessi interessati e sulle loro famiglie; inoltre, vari autori hanno riportato l'associazione fra GAP e depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze (alcool, sostanze psicoattive), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), deficit dell'attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa) (13-17). In uno studio di Roy et al. (18) gli autori ipotizzarono in 17 GAP maschi una alterazione del sistema NA, riscontrando anche una correlazione positiva fra i punteggi della scala di estroversione dell'Eysenk Personality Questionnaire ed i livelli liquorali e plasmatici del 3-metossi-4-idrossifenilglicole (metabolita della NA), della secrezione urinaria di ac omovannilico (metabolita della dopamina) e dell'escrezione della NA e dei suoi metaboliti.

Shinohara et al. (19) recentemente hanno effettuato in Giappone uno studio su giocatori di pachinko

(gioco ricreativo), osservando un incremento di beta-endorfine prima del gioco e durante il cuore della partita; le beta-endorfine e la noradrenalina aumentavano anche all'inizio della vincita rispetto al baseline. Le beta-endorfine, la noradrenalina e la dopamina incrementavano alla fine della vincita e la noradrenalina era elevata 30 minuti dopo il termine della frenesia da vincita. Il battito cardiaco si elevava prima della "febbre da vincita", con un picco all'inizio della vincita, e rapidamente si riduceva; l'incremento è stato osservato fino a 200 secondi dopo l'inizio della "febbre da vincita". Gli autori hanno osservato una riduzione, rispetto al baseline, delle cellule T mentre le NK aumentavano all'inizio della frenesia da vincita. Per gli autori le beta-endorfine e la dopamina erano associate ai comportamenti di gioco.

Johnson et al., (20) cercarono di predire le ricadute in 108 giocatori compulsivi utilizzando la Rotter I-E Locus of Control Scale ed analizzando le eventuali relazioni fra i punteggi e le variabili religione, età, stato coniugale, istruzione, attività lavorativa e abusi fisici nell'infanzia non trovando però alcuna relazione significativa; ugualmente, non sono state riscontrate differenze significative tra i profili personologici di giocatori patologici rispetto ai controlli sani misurati con la Zuckermann Sensation Seeking Scale e l'Impulsivity Scale di Barrat (13), mentre altri autori hanno evidenziato una relazione fra sensation seeking e sistema noradrenergico. Conventry & Constable (21) hanno trovato che la frequenza cardiaca di 32 donne giocatrici di slot-machine si incrementava durante il gioco, ma solamente in quelle che stavano vincendo; non vi era correlazione fra frequenza cardiaca e arousal, mentre osservarono una correlazione negativa fra sensation-seeking e frequenza di gioco.

In uno studio di Blanco et al. (22) gli autori trovarono in 27 GAP delle differenze, rispetto ai controlli, in alcune scale dell'MMPI ma non alla Zuckerman Sensation Seeking Scale; la ridotta attività MAO osservata non correlava con i punteggi delle scale evidenziate in tale modo l'indipendenza. Blaszczyński et al. (17) hanno esaminato il ruolo dell'impulsività in 115 GP usando la Eysenck Impulsivity Scale osservando come vi fosse una alta correlazione fra misurazioni della psicopatologia e l'impulsività, suggerendo così un costrutto uniforme sottostante "antisociale-impulsivo"; tale dato è stato ulteriormente confermato ed esteso ai clusters B e C di personalità (23). Lo stesso autore al fine di verificare l'appartenenza dei GA allo spettro ossessivo-compulsivo, utilizzando il Padua Inventory ha riscontrato in 40 soggetti giocatori maggiori punteggi nelle ossessioni e compulsioni rispetto ai controlli (24).

Nella letteratura italiana non vi sono studi controllati che abbiano valutato le caratteristiche psicopatologiche dei GAP: con il presente studio si è voluto indagare le differenze esistenti fra un campione di giocatori d'azzardo patologici ed un gruppo di soggetti normali di controllo utilizzando strumenti di misurazione di provata affidabilità, nonché verificare l'utilizzo della South Oaks Gambling Screen quale test di screening per i giocatori d'azzardo patologici.

MATERIALE E METODO

Gli strumenti utilizzati sono stati:

-Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) di Overall e Gorham (25) (versione italiana di S. Grandi), breve scala di etero-valutazione psichiatrica costituita da 18 items, su scala Likert a 4 punti, atta a valutare il quadro clinico ed escludere la presenza di una psicopatologia schizo-affettiva.

-South Oaks Gambling Screen (SOGS) di Lesieur H.R. & Blume S.B. (26) nella versione italiana di Gherardi S. (27): è uno strumento di facile lettura e di semplice applicabilità, costituito da 16 domande (non tutte considerate ai fini del punteggio) che permette di porre una diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico e si presta ad essere utilizzata sia quale intervista che come questionario auto-somministrato. Essa consente anche di ricavare informazioni utilizzabili per la pianificazione di eventuali interventi terapeutici (tipo di gioco, quantità di denaro e modo di procurarselo, consapevolezza e rapporto con il gioco, implicazioni familiari, relazioni sociali, ecc.) e si è dimostrato uno strumento assai efficace in tutti i paesi che lo hanno utilizzato.

-Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) (28): questionario di personalità ideato da Cloninger R. (versione italiana di G. Bartolucci) costituito da 100 items del tipo vero/falso, il cui modello neurobiologico ipotizza l'esistenza di tre dimensioni novelty seeking (ns) o ricerca di novità, harm avoidance (ha) o evitamento del danno e reward dependence (rd) o dipendenza dalla ricompensa, a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico schema di comportamento in risposta agli stimoli ambientali ed un definito assetto neurotrasmettitoriale.

I soggetti che ottengono punteggi alti nella ns tendono ad essere curiosi, impulsivi, disordinati e rapidi, mentre ai punteggi bassi risultano essere stoici, riflessivi, ordinati e lenti; i soggetti che ottengono punteggi elevati nella ha tendono ad essere timidi, pessimisti, apprensivi, con facile faticabilità, mentre punteggi bassi corrispondono ad ottimismo e vigore; infine, coloro che ottengono punteggi elevati nella rd tendono ad essere sensibili agli obiettivi sociali, persistenti e sentimentalisti, mentre i punteggi

bassi indicano profili di individui poco sensibili, pratici e distaccati.

-Symptom Questionnaire (SQ) di Kellner R. (29) (versione italiana di G.A. Fava), è una scala di autovalutazione sintomatologica costituita da 92 items (vero-falso) composti di quattro scale principali: ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità. Il punteggio globale si ottiene sommando le sottoscale corrispondenti, maggiore è il punteggio maggiore è il distress.

-Emotional Inhibition Scale (EIS), ideato da Kellner, (30) (versione italiana di G.A. Fava), consta di 16 items concernenti quattro scale: inibizione verbale, timidezza, autocontrollo, mascheramento delle emozioni, conteggiati in una scala a 5 punti (no=1, sempre=5) la cui somma esprime il grado di inibizione delle rispettive scale.

-Anxiety Sensitivity Index (ASI) di R.A. Peterson e S. Reiss, (31) (versione italiana di F.M. Saviotti), è uno strumento psicométrico che misura la paura dei sintomi ansiosi e consta di 16 items e permettendo di identificare i pazienti con alta sensibilità all'ansia. Il punteggio per ogni item può variare da zero (pochissimo) a quattro (moltissimo).

Tutti i soggetti sono stati informati sulle modalità e scopi della ricerca, acconsentendo di partecipare allo studio ed è stata effettuata un'intervista mediante la BPRS al fine di escludere soggetti sintomi psichiatrici gravi in atto.

Il criterio di inclusione era rappresentato dall'essere giocatori "incalliti" da anni, in maniera continuativa, che avevano compromesso in vario modo se stessi, il lavoro e la famiglia, continuando a giocare perché incapaci di farne a meno; il criterio di esclusione era rappresentato dalla presenza di patologie psichiatriche e neurologiche gravi (psicosi, depressione maggiore, abuso di sostanze, malattie neurologiche).

Il lavoro sperimentale è stato suddiviso in due fasi: la prima, dedicata alla verifica della validità del SOGS; la seconda, dedicata alla somministrazione dei quattro questionari di autovalutazione (ASI, SQ, EIS, TPQ) sia al gruppo sperimentale che al gruppo di controllo.

Il campione concerneva 49 giocatori, ed era composto da due gruppi di cui il primo di 25 soggetti contattati direttamente in luoghi di gioco (sale ippiche o bische clandestine) che, al momento dell'intervista non erano sottoposti a terapie psicologiche e psichiatriche; mentre il secondo, di 24 soggetti che si erano rivolti per la prima volta al gruppo Giocatori Anonimi di Bolzano o al centro A.C.A.T. di Udine, ed erano intenzionati ad iniziare un percorso di "disintossicazione" ma risultavano ancora coinvolti totalmente nel gioco d'azzardo.

L'età media del campione era di 39,4 (± 11.96) anni, di cui 48 maschi e 1 femmina, la durata media di gioco era di 7,7 (± 3.97) anni. 39 erano coniugati 10 singoli. 29 risultavano possedere la licenza media, 17 il diploma di scuola media superiore e 3 la laurea. 31 appartenevano ad uno status economico-sociale medio-basso e 18 medio-alto.

Ai soggetti è stato somministrato il SOGS ed in seguito è stato effettuato il colloquio clinico seguendo i criteri diagnostici del DSM-III R e del DSM-IV: tutti i 49 giocatori che hanno compilato il SOGS sono risultati essere in base al questionario, giocatori patologici, ma a seguito del colloquio 48 soggetti hanno risposto ai criteri sia del DSM-III R che del DSM-IV; risultando con ciò un solo falso positivo.

La stessa procedura è stata effettuata sul campione di controllo (n=49) bilanciato per età, scolarità, stato civile e professione, e nessun soggetto è risultato positivo al SOGS.

Dai risultati si è osservato che in 48 dei 49 GA (97,9%) il test ha identificato i soggetti positivi, mentre in nessun caso il SOGS ha riconosciuto per patologico un soggetto appartenente al campione di controllo: inoltre, il falso positivo presente nel campione sperimentale soddisfaceva tre dei quattro criteri del DSM-III R e quattro del DSM-IV, risultando quindi un caso limite.

Nel corso dell'intervista 8 soggetti hanno riferito di fare uso ma non abuso di alcolici, 3 di aver avuto in passato problemi con l'alcool ma di non farne più uso, 3 hanno riferito l'uso saltuario di cocaina. 2 soggetti in passato avevano tentato suicidio e in 3 casi è stato riportato il tentato suicidio della consorte.

Al campione dei 48 GA e contemporaneamente a 48 soggetti del gruppo di controllo, è stata somministrata la batteria di test indicati in precedenza.

L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'analisi della varianza (ANOVA) ed i dati sono stati espressi in medie e deviazioni standard, mentre per il calcolo delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente di Pearson.

RISULTATI

I GAP hanno riportato, rispetto ai controlli, differenze altamente significative in tutti i questionari utilizzati (**Tabella 1**), presentando una maggiore sensibilità all'ansia ($p<.001$), maggiore distress (ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità) ($p<.001$), maggiore inibizione emotiva (sottoscale dell'inibizione verbale, mascheramento delle emozioni) ($p<.001$), ed infine, un punteggio maggiore nella scala della ricerca delle novità ($p<.001$) e un minore punteggio nella dipendenza dalla ricompensa ($p<.001$) del TPQ.

All'analisi delle correlazioni nel gruppo dei GA (**Tabella 2**) i punteggi dell'ASI correlano significativamente con la scala dell'EIS ($p<.01$) e con la sottoscala dell'autocontrollo ($p<.05$); mentre, i punteggi del TPQns correlano ($p<.01$) con le scale del TPQrd, dell'ansia ($p<.01$) e della depressione ($p<.05$) dell'SQ. La dimensione TPQha correla significativamente con tutte le scale dell'SQ ($p<.001$) e con i punteggi della scala mascheramento delle emozioni ($p<.05$).

Altro dato interessante concerne la scala della timidezza dell'EIS che correla con 3 delle 4 scale dell'SQ e la scala del mascheramento delle emozioni che correla con tutte le scale dell'SQ, mentre la scala dell'inibizione verbale correla negativamente ($p<.05$) con TPQrd. Nel gruppo di controllo invece (**Tabella 3**) si osservano le correlazioni positive fra ASI e SQ depressione ($p<.05$), tra TPQha e TPQrd ($p<.05$) e tra la scala dell'ansia dell'SQ e l'inibizione verbale dell'EIS ($p<.05$),

Tabella. 1 Differenze nei punteggi fra giocatori d'azzardo e controlli

	Giocatori n. 48		Controlli n. 48		g.l	F	Sig.
	media	D.S.	Media	D.S.			
ASI	22.163	10.094	13.591	3.952	1	30.635	.000
TPQ ns	24.326	4.450	15.163	4.685	1	98.474	.000
TPQ ha	14.673	6.687	14.938	4.900	1	.050	.823
TPQ rd	14.632	4.151	17.571	3.994	1	12.748	.001
SQ ansia	14.204	5.163	6.469	3.423	1	84.048	.000
SQ depressione	14.469	5.601	4.979	2.966	1	123.205	.000
SQ sintomi somatici	9.306	5.416	5.163	3.239	1	15.469	.000
SQ ostilità	11.836	5.948	4.795	2.936	1	55.189	.000
EIS Tot.	52.469	6.490	44.612	6.553	1	35.555	.000
Autocontrollo.	13.775	3.566	13.551	2.227	1	.140	.709
Inibizione Verbale	13.795	2.915	10.142	2.563	1	47.996	.000
Timidezza	11.061	2.511	10.556	2.791	1	3.302	.072
Mascheramento emozioni	13.469	2.517	10.816	2.818	1	24.149	.000

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire. ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire; EIS: Emotional Inhibition Scale

Tabella 2. Correlazioni nel gruppo di GAP (n=48) (solo valori significativi)

	ASI	TPQ ns	TPQ ha	TPQ Rd	Ansia	Depr.	Sin.S	Ostil	Autoc.	Inib.v	Timid.	Mas.e
TPQns												
TPQha												
TPQRd		.371**										
SQ ansia		.466**	.437**									
SQ depres.		.346*	.530**		.800**							
SQ sint.som			.443**		.590**	.717**						
SQ ostilità.			.479**		.529**	.553**	.613**					
Autoc.	.318*											
Inib.v				-.328*								
Timid.					.486**	.487**	.293*					
Masc.e.			.357*		.446**	.445**	.379**	.389**	.416**			
Tot.EIS	.371**				.313*	.332*			.713**	.486**	.338**	.769**

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire; EIS: Emotional Inhibition Scale

* p < .05

** p < .01

mentre l'ansia correla negativamente con la scala della timidezza ($p < .05$).

DISCUSSIONE

Come già messo in evidenza da altri autori l'ansia e la depressione sono aspetti psicologici caratteristici del giocatore (32-34) ed anche nel nostro campione è stato confermato tale dato; inoltre è stata posta in evidenza la presenza di una maggiore sintomatologia somatica ed ostilità. Non vi sono lavori che abbiano valutato il grado di paura dei sintomi ansiosi in gruppi di GAP e i risultati appaiono interessanti se consideriamo che l'elevata sensibilità all'ansia oltre a rappresentare un fattore di rischio che predispone ai disturbi ansiosi (agorafobia, panico) potrebbe essere l'espressione della particolare attenzione vigile posta dai soggetti ai sintomi ansiosi al fine di percepirla e controllarla meglio (come si osserva all'EIS), mascherando in tale modo i propri sentimenti; infatti la sintomatologia somatica oltre a correlare con l'ostilità ($p < 0.05$) correla con la scala del mascheramento delle emozioni dell'EIS ($p < 0.01$). Non è possibile definire l'oggetto dell'ostilità anche se le sue correlazioni con le scale del

mascheramento delle emozioni e dell'evitamento del danno potrebbero indicare l'effetto di un fattore inibitorio, vari elementi (familiari, sociali, psicologici e di gioco,) potrebbero interagire frustrando il giocatore.

I punteggi elevati nella dimensione del TPQ ricerca di novità (correlata ai circuiti di attivazione comportamentale prevalentemente modulato dal sistema dopaminergico), permettono di categorizzare i giocatori come impulsivi, stravaganti e disordinati, confermando vari studi nei quali si era posto in evidenza una maggiore estroversione, impulsività e ricerca di sensazioni; altri studi hanno posto in rilievo l'interessamento del gene relativo al recettore dopaminergico D4, la ricerca di novità, il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, la sindrome di Tourette, il gioco patologico e l'abuso di sostanze (36). L'assenza di differenze significative nella scala evitamento del pericolo (correlato al circuito di inibizione comportamentale modulato dal sistema serotoninergico e colinergico) indicherebbe una valutazione ottimistica degli eventi, simile ai soggetti di controllo, e quindi l'assenza di tratti caratteriali di preoccupazione o ansia cronica. Questi risultati tuttavia differiscono da quelli ottenuti da Asberg M. et al. (35) per i quali risultava che la serotonina avesse un ruolo fondamentale nella patologia da GA. Il minor

Tabella 3. Correlazioni gruppo di controllo (n=48) (solo valori significativi)

	ASI	TPQ ns	TPQ ha	TPQ Rd	Ansia	Depr.	Sin.S	Ostil	Autoc.	Inib.v	Timid.	Mas.e
TPQns												
TPQha												
TPQRd			.289*									
SQ ansia												
SQ depres.	.44*											
SQ sint.som												
SQ ostilità.				.561 **								
Autoc.												
Inib.v				.307*					.509 **			
Timid.												
Masc.e.									.614 **	.536 **		
Tot. EIS									.847 **	.655 **	.344*	.810 **

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire; EIS: Emotional Inhibition Scale

* p < .05

** p < .01

punteggio nella scala dipendenza dalla ricompensa (modulato da circuiti di mantenimento e di rinforzo del comportamento del sistema noradrenergico) evidenzerebbe il tratto di bassa sensibilità e altruismo, maggior distacco sociale e tendenza a ricompense materiali dei giocatori rispetto i controlli, e probabilmente, anche la caratteristica tipica dei giocatori nell'esclusiva "attenzione e focalizzazione" sul gioco, che renderebbe a sua volta l'individuo poco sensibile ai rinforzi sociali.

Il profilo emotivo che risulta dall'EIS è che il giocatore d'azzardo patologico sia più inibito verbalmente e quindi meno portato ad esprimere sensazioni e sentimenti e più portato a mascherare le proprie emozioni. Questi risultati possono essere spiegati anche considerando il ruolo sociale e lo stile che il giocatore deve mantenere al di fuori del mondo del gioco ed i problemi correlati alla sua patologia perché costretto a chiudersi e mentire, oltre che avere un'importanza pratica nel giocatore di carte.

Le correlazioni evidenzerebbero come nei GAP il tratto ricerca di novità (impulsività) sia associato ad una maggiore ansia e ad una maggiore gratificazione (dipendenza dalla ricompensa), mentre nei soggetti di controllo il tratto "evitare stimoli dannosi" (evitamento del danno) risulterebbe associato ad una maggiore gratificazione (Tabelle 1 e 2); inoltre, la correlazione negativa, anche se non elevata, fra dipendenza dalla ricompensa ed inibizione verbale esprime-

rebbe la relazione fra inibizione e distacco emotivo. La sensibilità all'ansia invece correlando significativamente ($p < 0.01$) con l'EIS esprimerebbe la difficoltà dei soggetti ad esternare le proprie paure, evidenziando come ad una maggiore sensibilità ai sintomi ansiosi corrisponda una maggiore tendenza all'autocontrollo. La correlazione del TPQha con l'SQ e l'EIS pone in rilievo l'ovvia relazione positiva fra evitamento, distress e inibizione emotiva. La relazione osservata fra inibizione verbale e TPQ rd conferma la struttura inibitoria dei GAP quale espressione della relazione fra la tendenza a non esprimere le proprie emozioni e sentimenti ed il maggiore distacco emotivo.

CONCLUSIONI

La ricerca ha risposto a due scopi: verificare il possibile utilizzo anche nel nostro paese del test di screening (SOGS) per il gioco d'azzardo e fornire un quadro delle caratteristiche psicologiche del giocatore d'azzardo.

Il SOGS si è dimostrato uno strumento valido, ad elevata specificità e sensibilità, nel discriminare i giocatori patologici rispetto ad una popolazione di non giocatori ed un ulteriore interessante studio potrebbe indagare se lo strumento sia in grado di discriminare fra giocatori patologici e giocatori abituali non patologici.

In merito alla personalità del giocatore, i risultati emersi confermano da un lato precedenti studi e dall'altro aggiungono nuove informazioni, dai quali emerge che i GAP rispetto ad un gruppo di soggetti non giocatori, siano individui più ansiosi, depressi, ostili e con maggiori sintomi somatici. Essi appaiono pratici e freddi, poco sensibili ai rinforzi sociali, impulsivi e propensi a ricercare forti stimolazioni e novità ma tendenti a mascherare e inibire verbalmente e le proprie paure, emozioni e sentimenti. La maggiore sensibilità ai sintomi ansiosi ed il maggiore distress unitamente al maggiore distacco sociale potrebbero essere i fattori predisponenti sia allo sviluppo di gravi disturbi ansiosi e depressivi, abuso di droghe e tentativi di suicidio, rischi già posti in evidenza da numerosi studi.

Cloninger nella descrizione delle due dimensioni di personalità, elevata ricerca di novità e bassa dipendenza dalla ricompensa ascrive tratti di impulsività, curiosità, incostanza, ricerca del pericolo, aggressività, competitività iperattività, impazienza, estroversione e spensieratezza, inquadrabili nel cluster antisociale, istrionico, passivo-aggressivo, ossessivo e schizoide; tali disturbi personalità pur non essendo stati diagnosticati nel nostro campione, perché non presi in considerazione dal disegno sperimentale e dagli scopi della ricerca, confermerebbero da un lato i nostri dati e quelli della letteratura e dall'altro rappresenterebbero un ulteriore fattore di rischio.

La fortissima espansione del gioco d'azzardo e la sempre maggiore accessibilità a vari tipi di gioco, probabilmente comporterà una maggiore esposizione delle persone a tali situazioni, contribuendo con ciò ad aumentare l'incidenza del gioco d'azzardo patologico in individui più vulnerabili con le prevedibili gravi conseguenze in ambito personale, familiare e sociale.

Per concludere, nonostante il numero non elevato di soggetti lo studio ha permesso da un lato di identificare uno strumento affidabile (SOGS) per l'identificazione dei soggetti con diagnosi di gioco d'azzardo patologico, e dall'altro di inquadrare le caratteristiche psicopatologiche (elevato distress, sensibilità ansiosa, inibizione emotiva, ostilità, impulsività e distacco affettivo) e gli strumenti utili all'identificazione dei soggetti a rischio e predisposti a sviluppare il disturbo.

BIBLIOGRAFIA

1. Barker J.C., Miller M., Aversion therapy for compulsive gambling. *Lancet*, 1996, 1, 491-492.
2. Bolen D.W. & Boyd W.H., Gambling and the gambler. *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, 617-630.
3. Skinner B.F., Science and human behavior. Free Press, New York, 1953.
4. Bergler E. The psychology of gambling. Hill and Wang, New York, 1957.
5. Kusyszyn L. The gambling addict versus the gambling professional. *International Journal of Addictions*, 1972, 7 (2) 387-393.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington D. C., 1994.
7. World Health Organization. The ICD-10. International Classification of Diseases. Geneva, 1992.
8. Guerreschi C., Le frontiere del gioco d'azzardo. Conferenza sul gioco d'azzardo patologico. Kolpinghaus, 1998.
9. Lesieur H.R., Klein R., Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviours*, 1987, 12, 129-135.
10. Dickerson M., Hinchy J., The prevalence of excessive and pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Behaviour*, 1988, 4 (3), 135-151.
11. Ladouceur R., Dube D., Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Québec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1994, 39, 289-293.
12. Custer R.L., Milt H. When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families. Fact on file, New York, 1985.
13. Gherardi S., Il gioco d'azzardo: una rassegna. *Rivista di Psichiatria*, 1991, 26, 189-198.
14. Becona E., Del Carmen L.M., Fuentes M.J., Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 1996, 78, 635-640.
15. Rupcich N., Frisch G.R., Govoni R., Comorbidity of pathological gambling in addiction treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1997, 14, 573-574.
16. Lesieur H.R. Cost and treatment of pathological gambling. *ANNALS. AAPSS*, 556, March, 1998.
17. Blaszczyński A., Steel Z., McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 1997, 92, 75-87.
18. Roy A., De Jong J., Linnoila M. Extroversion in pathological gamblers correlates with indexes of noradrenergic function. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 679-681.
19. Shinohara K., Yanagisawa A., Kagota Y., Gomi A., Nemoto K., Moriya E., Furusawa E., Furuya K., Terasawa K. Physiological changes in Pachinko players: beta-endorphin catecholamines, immune system substances and heart rate. *Applied Human Science*, 1999, 18, 37-42.
20. Johnson E.E., Nora R.M. & Bustos. The Rotter IE Scale as a predictor of relapse in a population of compulsive gamblers. *Psychological Reports*, 1992, 70, 691-696.
21. Conventry K.R., Constable B. Physiological arousal and sensation seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 1999, 94, 425-430.
22. Blanco C., Orensanz-Munoz L., Blanco-Jerez C., Saiz-Ruiz J. Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, 119-121.
23. Steel Z., Blaszczyński A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 1998, 93, 895-905.
24. Blaszczyński A. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 1999, 84, 107-113.
25. Overall J.E. & Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799-812.
26. Lesieur H.R., Blume S.B. A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 4 (9) 1184-1188.
27. Gherardi S., Lesieur E., Blume S.B. Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS). South Oaks Foundation, 1992.
28. Cloninger, C.R. Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Development*, 1986, 3, 167-226.

29. Kellner R. Abridged manual of the Symptom Questionnaire (revised). Albuquerque, University of New Mexico, 1983.
30. Kellner R. Abridged manual of the Emotional Inhibition Scale. Albuquerque, University of New Mexico, 1986.
31. Peterson R.A. & Reiss S. Anxiety Sensivity Index Revised Test Manual. Worthington, Ohio. International Diagnostic Service, 1992.
32. Lorenz V.C., Yaffee R.A., Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behaviour*, 1986, 2 (1), 40-49.
33. Dickerson M., Hinchy J., England S.L., Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 1990, 6, 87-102.
34. Blaszczyński A., McConaghy N., Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 1989, 24 (4), 337-350.
35. Asberg M., Shalling D., Traskman-Bendz L., Wagner A., Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena, in *psychopharmacology: the third generation of progress*. Meltzer H.Y. ed., New York, Raven Press, 1987.
36. Comings D.E., Gonzales N., Wu S., Gade R., Muhleman D., Saucier G., Johnson P., Verde R., Rosenthal R.J., Lesieur H.R., Ruge L.J., Miller W.B., MacMurray J.P. Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviours: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American Journal of Medical Genetics*, 1999, 20, 358-368.

Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari

Mood states and personality traits in Pathological Gamblers sample and their family members

GIANNI SAVRON*, PAOLO PITTI**, ROLANDO DE LUCA***

*Centro Disturbi Affettivi-Pavanello, Ponte di Brenta, Padova

**Centro Lahuén, Comunità di Psicoterapia e Lavoro, Morrano, Orvieto

***Centro ex Giocatori d'Azzardo AGITA, Campoformido, Udine

RIASSUNTO. Introduzione. Il gioco patologico compromette enormemente i rapporti familiari, determinando conflittualità rilevanti che si ripercuotono sia sull'integrità psico-fisica dell'individuo che dei familiari. **Materiale e Metodo.** Lo scopo dello studio è stato: 1) valutare le differenze psicologiche di stato e tratto esistenti fra un campione giocatori d'azzardo patologici (GAP) (n=81), ed un gruppo di soggetti normali di controllo (n=81) bilanciati per variabili sociodemografiche; 2) indagare le medesime caratteristiche nel gruppo di mogli (n=28) comparate al gruppo di controllo (n=28); 3) valutare le caratteristiche psicologiche dei genitori (n=26). I test utilizzati sono stati: BPRS di Overall e Gorham, SOGS di Lesieur e Blume, ASI di Peterson e Reiss, SQ e EIS di Kellner e TPQ di Cloninger. **Risultati.** I giocatori d'azzardo sono risultati avere, rispetto ai controlli, un maggiore distress, paura dei sintomi ansiosi, inibizione verbale e mascheramento delle emozioni, unitamente ad un elevato punteggio nel tratto ricerca di novità e basso punteggio nel tratto dipendenza dalla ricompensa. Il gruppo mogli, è risultato avere un maggiore distress, sensibilità all'ansia, inibizione verbale, timidezza, e maggiori punteggi nei tratti evitamento del danno e dipendenza dalla ricompensa del TPQ. Le mogli si differenziano dai mariti per la maggiore dipendenza dalla ricompensa e minore ricerca di novità; e dai genitori dei GAP per maggiori punteggi nell'evitamento del danno e dipendenza dalla ricompensa. **Conclusioni.** Lo studio ha permesso di identificare ed inquadrare le caratteristiche psicopatologiche di stato e di tratto dei giocatori e dei loro familiari. Ciascun gruppo presenta un modello caratteristico di personalità, chiaramente differenziabili dai soggetti di controllo.

PAROLE CHIAVE: gioco d'azzardo patologico, ansia, depressione, personalità, impulsività.

SUMMARY. Introduction. Pathological gambling compromises the relationships within a family, because it determines severe conflicts with repercussions upon the psychophysical integrity of both the gambler and his/her family. **Material and Method.** The aim of this study was that of 1) evaluating the psychological differences in states and traits between a sample of pathological gamblers (n=81), and a control group (n=81) matched for social-demographic variables; 2) investigating the same dimensions between the gamblers' wives (n=28) and the control group (n=28); 3) assessing the parents' psychological characteristics (n=26). The study has resorted to the following tests: BPRS by Overall and Gorham, SOGS by Lesieur and Blume, ASI (Peterson and Reiss), SQ and EIS by Kellner, and finally TPQ by Cloninger. **Results.** Compared to the control group the gamblers present more distress, fear of anxiety symptoms, verbal inhibition, disguise of feeling, along with high scores in the novelty seeking and low scores in reward dependence TPQ scales. The group of wives results to have higher distress and higher anxiety sensitivity, verbal inhibition and timidity. They also present higher scores in the TPQ traits of harm avoidance and reward dependence. Wives differ from their husbands in their higher reward dependence and lower novelty seeking and from their husbands' parents in their higher scores in harm avoidance and reward dependence. **Conclusions.** The study identified and defined the psychopathological characteristics of state and trait in both the gamblers and their family members. Each group presents a specific personality and psychological model along with peculiar clinical manifestations, different from the control group.

KEY WORDS: pathological gambling, anxiety, depression, personality, impulsiveness.

E-mail: doc@savron.it

INTRODUZIONE

Il Gioco d'Azzardo (GA) è una abitudine e/o aspetto culturale presente in molte società e classi sociali, tanto che ricerche archeologiche e antropologiche ne hanno testimoniato la presenza in varie epoche e civiltà (1).

Per alcune persone il GA rappresenta uno svago ed una attività rilassante che non comporta particolari conseguenze, mentre per altri diventa un vero problema, soprattutto quando risulta del tutto incontrollabile.

Negli ultimi anni, in tutto il mondo ed anche in Italia, il GA e/o lo scommettere sono divenuti una pratica in crescente espansione, influenzata sia dalla maggiore opportunità di giocare (lotto, lotterie, totocalcio, gratta e vinci, bingo, corse, video poker, slot-machine, scommesse clandestine, ecc.) che dalla maggiore disponibilità a maneggiare somme di denaro, e sfortunatamente, tale disponibilità ha determinato un incremento del numero di soggetti che sono precipitati nel Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Il DSM-IV ha definito il GAP un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco, con vari tentativi infruttuosi di smettere, che compromette in vario modo le attività personali, sociali, familiari, finanziarie e lavorative del soggetto (2).

La sua prevalenza nella popolazione adulta varia dall'1 al 3%; è più frequente nei maschi, in familiari e parenti di giocatori ed in soggetti con un basso grado di istruzione; in genere ha un esordio post-adolescenziale e nelle femmine si manifesta più tardivamente (3-5).

Custer (6) ha definito il GAP un disturbo progressivo che comporta notevoli ripercussioni sugli stessi giocatori e sui loro famigliari, e segue varie fasi di sviluppo comuni a quasi tutti i giocatori: da quella vincente a quella perdente, a cui seguono la fase di disperazione, di critica, e nel caso di ricerca di aiuto, quella di ricostruzione e di crescita.

Nella fase vincente, il giocatore vince più spesso di quanto perda, e questo fatto unitamente al verificarsi di una vincita consistente stimola l'idea, ed in seguito la convinzione di essere un giocatore abile, più bravo e intelligente della media, favorito dalla fortuna, con fantasie di vittoria, ricchezza e successo.

In seguito, la frequenza delle giocate e la dipendenza dal gioco aumentano, ed esse non rappresentano un grosso problema fino a che sono presenti un lavoro e/o le vincite, che sostengono il bisogno di giocare.

Questo bisogno è favorito dal sentirsi in azione ed eccitato, e rimedio a stati disforici (noia, rancore, ansia, depressione), fonte di gratificazione e auto-stima.

La fase perdente, invece, porta il giocatore a dedicare sempre più tempo al gioco ed alla ricerca di denaro, nonché a puntare su giochi più rischiosi nel tentativo di recuperare il denaro perduto; tuttavia, vincite maggiori presentano minori probabilità di vittoria ed espongono ulteriormente il giocatore a maggiori perdite, che accelerano e incrementano le perdite di denaro.

Nel corso del tempo si alternano fasi euforiche a periodi depressivi, associati o seguiti da un deterioramento professionale, familiare, sociale, e la colpa delle perdite viene attribuita alla sfortuna.

Una volta terminati i beni personali e di famiglia, inizia la fase delle bugie, utilizzate per convincere i familiari e/o l'entourage ad ottenere un prestito che frequentemente viene ottenuto con la promessa di estinguere il debito e non giocare più, ma ciò non si verifica a causa delle successive giocate e perdite.

Segue la fase della disperazione con l'assunzione di comportamenti quali sottrarre denaro, falsificare la firma del familiare o coniuge su assegni, minacciare o incolpare gli altri di essere la causa del problema, diventare aggressivo, ecc.

Sebbene il Giocatore Patologico (GP) si renda perfettamente conto che continuando a giocare continuerà a perdere, non interrompe il gioco e le aspettative poco realistiche, i continui fallimenti e perdite, i problemi familiari (separazioni, divorzi), l'isolamento, l'incapacità di trovare un rimedio, incrementano la disperazione fino ad indurre in alcuni casi ideazioni e comportamenti suicidi.

Invece, nei casi in cui il soggetto ed i familiari cercano una soluzione, si ha il riconoscimento del problema e la richiesta di aiuto e trattamento presso associazioni o centri specifici (7,8), a cui seguono la fase di autocritica esistenziale, il riconoscimento e l'applicazione di nuovi valori e infine la crescita e la soddisfazione personale (9).

Come già accennato, in ambito psicologico-comportamentale si è osservato che i GP sviluppano la percezione illusoria di controllare il gioco, il rischio e le probabilità di vincita; infatti, di frequente quando il giocatore si trova in azione applica strategie personali che ritiene possano influenzare i risultati.

Ad esempio, un giocatore di dadi, prima del lancio, tossiva lievemente quando pensava che sarebbe uscito un numero basso, mentre tossiva più forte quando pensava sarebbe uscito un numero alto, oppure credeva di influenzare il numero mediante l'intensità di movimento del polso (10).

In ambito psicopatologico è stata ampiamente documentata l'associazione clinica del GAP con l'ansia, la depressione, l'ipomania, il disturbo bipolare, l'impulsività, l'abuso di sostanze (alcol, stupefacenti), i di-

sturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), il deficit dell'attenzione con iperattività, il disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, e disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa, disturbi cardiologici, cefalea, disturbi intestinali) (11-15).

Le mogli dei GP accusano problemi di insonnia, cefalea, disturbi intestinali, asma, ansia, depressione e un numero di tentati suicidi 3 volte superiore a quelli della popolazione generale, oltre che un grado elevato di rabbia e colpa, sia per la situazione economica familiare che per l'incapacità attribuita a se stesse di non essere state in grado di fare smettere di giocare i mariti (14).

Le famiglie dei GP, rispetto alle famiglie di controllo della popolazione generale, risultano meno coese e indipendenti, manifestano minori capacità di *problem solving*, di comunicazione intrafamiliare, di assunzione dei ruoli genitoriali, di responsabilità, di coinvolgimento affettivo e di funzionamento generale; mentre, se comparati a gruppi di tossicodipendenti e alcolisti, le relazioni coniugali presentano uguali difficoltà (14).

Il tasso di separazioni e divorzi risulta del 26-30%, ed il 21-36% dei GP perde il lavoro a causa del disturbo; non sorprende quindi l'elevato tasso di depressione maggiore (70-76%) presente nei giocatori ed l'elevata frequenza di tentati suicidi (12-18%).

Diversi autori hanno supposto che l'alcool e il gioco d'azzardo possano rappresentare il tentativo di alcuni soggetti di ridurre, bloccare o evitare stati mentali negativi (depressione o ansia), mentre, per altri la depressione e l'ansia esprimerebbero la reazione emotiva alla situazione finanziaria o ad altri problemi di gioco.

Due fattori rinforzerebbero il gioco patologico: il primo, rappresentato dalla gratificazione ottenuta dall'elevata "attivazione-eccitazione" causata dal gioco stesso, ed il secondo, espresso dalla concomitante "fuga" dalla depressione (16-18); comunque, una percentuale di GAP presenta depressione e rabbia prima e dopo il gioco e tali stati vengono influenzati dalle vincite o perdite.

Per Blaszczyński (18) vi sarebbero due sottogruppi di giocatori, uno cronicamente sovraeccitato e l'altro sottoeccitato; i primi, tollerando male l'ansia, cercano di ridurre l'*arousal* scegliendo giochi a bassa abilità per focalizzare l'attenzione e produrre una sorta di dissociazione, mentre i secondi scelgono giochi ad alta abilità per vincere e controllare gli stati di disforia.

Quest'ultimo tipo, "ricercatore di attività", è caratterizzato da una sottostimolazione cronica ed esso manifesta una bassa tolleranza alla noia, ricerca continuamente eccitazione e sollievo dalla routine, ha grande

energia, competitività, iperattività, impulsività; ama impressionare gli altri ed è incapace sia di tollerare la tensione emotiva che di rilassarsi, prediligendo giochi di alta abilità e giochi altamente stimolanti come corse di cavalli, rispetto i giocatori depressi che prediligono le slot-machine (18).

Come già accennato in precedenza vi sono ampie evidenze per una associazione fra GAP e tratti di impulsività, a sua volta correlata a vari aspetti psicopatologici; i giocatori con queste caratteristiche in genere presentano una storia familiare di gioco patologico, un esordio precoce, una elevata intensità di gioco, maggiori ideazioni suicide, abuso di sostanze e scarsa risposta al trattamento.

L'impulsività, i disturbi dell'umore e di personalità, sono stati posti in relazione alla disregolazione di vari neurotrasmettitori come la dopamina, che media i meccanismi di rinforzo, la serotonina che influisce sui processi umorali, e la noradrenalina che determina i vari gradi di attivazione.

Roy et al. (19) riscontrarono, in 17 soggetti maschi, una correlazione positiva fra i punteggi della scala dell'estroversione dell'Eysenk Personality Questionnaire ed i livelli liquorali e plasmatici del 3-metossi-4idrossifenilglicole (metabolita della NA), della secrezione urinaria di acido omovanilico (metabolita della dopamina) e dell'escrezione della NA.

Shinohara et al. (20) hanno osservato in giocatori di pachinko (gioco ricreativo giapponese) un incremento di beta-endorfine prima del gioco e durante la fase centrale della partita; mentre la noradrenalina aumentava all'inizio della vincita, la dopamina aumentava al termine di essa, e la noradrenalina era elevata sino a 30 minuti dopo.

Conventry e Constable (21) hanno trovato in un campione di 32 donne giocatrici di slot-machine un incremento della frequenza cardiaca in quelle che stavano vincendo; non vi era correlazione fra frequenza cardiaca e *arousal*, mentre osservarono una correlazione negativa fra *sensation-seeking* e frequenza di gioco.

Johnson et al., (22) in 108 giocatori compulsivi, non trovarono alcuna relazione significativa fra ricadute e la Rotter I-E Locus of Control Scale; ugualmente, non sono state riscontrate differenze significative tra i profili personologici di giocatori patologici rispetto ai controlli sani misurati con la Zuckermann Sensation Seeking Scale e l'Impulsivity Scale di Barrat (11).

In un lavoro italiano la Biffi (23), utilizzando la Sensation Seeking Scale Form V, su 80 GP e controlli, ha riscontrato che la dimensione ricerca di sensazioni differiva nei due campioni solo nella sottoscala della suscettibilità alla noia (avversione per le esperienze ripetitive); mentre, alla Barrat Impulsiveness Scale di Bar-

rat Version 11, le differenze implicavano le scale di impulsività cognitiva legata alla ricompensa (*reward*) e di previsione degli esiti del proprio comportamento (*non-planning*), che sottolineavano la componente disinibitoria presente nei giocatori.

Nella ricerca, i fattori connessi al gioco sono risultati, rispettivamente, quello emotivo, l'impulsivo e la ricerca di sensazioni, mentre il modello esplicativo dello sviluppo del GAP implicava la presenza di varie fasi successive che risultarono essere: avversione per le esperienze ripetitive e noiose, comportamento sociale disinibito, ricerca del gioco d'azzardo quale mezzo per sfuggire la noia e modificare l'*arousal*, minore capacità di prevedere le conseguenze del gioco e ricerca di ricompensa nel gioco stesso.

Il tutto era associato a maggiore impulsività, dipendenza e astinenza, tali da spingere a giocare nuovamente per ridurre l'ansia e l'irritabilità, mentre lo stato depressivo sarebbe seguito alle perdite ed i problemi lavorativi e sociali.

Blanco et al. (24) trovarono in 27 GP, rispetto ai controlli, delle differenze in alcune scale dell'MMPI ma non alla Zuckerman Sensation Seeking Scale, e la ridotta attività MAO (piastrinica) non correlava con i punteggi; Blaszczyński (25) ha riscontrato in 40 soggetti giocatori maggiori punteggi nelle ossessioni e compulsioni rispetto ai controlli.

Studi genetici hanno evidenziato, con frequenza maggiore nei GP che nei controlli, la presenza dell'allele per il gene del recettore D2A1, e tale variante è stata trovata più spesso in soggetti con disturbi del controllo degli impulsi, ed associata alla riduzione dei recettori D2 e ad un qualche deficit nelle vie dopaminergiche adibite al rinforzo.

Si è quindi da ciò supposto che la riduzione dei recettori D2 inducesse la ricerca di attività gratificanti e piacevoli, ponendo i soggetti ad alto rischio per l'utilizzo di sostanze e di comportamenti impulsivi e compulsivi (18); tali dati stati confermati da altri studi (26).

Ibanez et al. (27) hanno indagato in 69 GP la presenza di comorbidità psichiatrica e le differenze esistenti nel gene per i recettori dopaminergici D2.

Il 62.3% dei GP presentava comorbidità psichiatrica ed un elevato punteggio nell'ansia e nella depressione e la gravità del disturbo era proporzionale al numero di diagnosi psichiatriche ad esso associate.

Il polimorfismo genetico era differente fra i 50 giocatori con comorbidità psichiatrica ed i 19 giocatori senza, in quanto l'allele C4 era presente nel 42% del gruppo con comorbidità rispetto al 5,3% dell'altro.

Un nostro precedente lavoro, utilizzando questionari di stato (Symptom Questionnaire, Anxiety Sensiti-

vity Index, Emotional Inhibition Scale) e di tratto (Tridimensional Personality Questionnaire) in 48 GP italiani (28), ha confermato l'utilità del South Oaks Gambling Screen (29) ed ha riscontrato nei giocatori, rispetto ai controlli, maggiore ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici, sensibilità ai sintomi ansiosi, inibizione emotiva, e tratti caratteriali di *novelty seeking* (ricerca di novità e di forti stimolazioni, impulsività, stravaganza) e *reward dependence* (praticità, indifferenza e distacco).

Anche Kim e Grant (30), raffrontando 33 GAP a 41 pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e a 40 soggetti normali di controllo, utilizzando il Tridimensional Personality Questionnaire, hanno riscontrato nei giocatori maggiore *novelty seeking* (ricerca di novità, impulsività, stravaganza) rispetto ai DOC ed ai controlli, e minore *harm avoidance* (preoccupazione anticipatoria, paura dell'incertezza, evitamento del danno) dei DOC, ma differenze non significative fra i tre gruppi nella *reward dependence* (sentimentalismo, persistenza, attaccamento dipendenza).

Nel loro studio, il campione era selezionato poiché erano stati esclusi soggetti che presentavano un punteggio superiore a 16 nelle scale di Hamilton per l'ansia e la depressione, e soggetti con disturbi all'asse I e II del DSM-III-R.

Altre indicazioni provengono da uno studio preliminare di su 21 GP in terapia di gruppo (31), in cui è stato utilizzato il Rorschach, nel quale è emerso che i giocatori presentavano difficoltà a modulare gli affetti e tollerare lo stress, un livello depressivo superiore alla norma e la possibilità di reagire in maniera impulsiva, nonché una certa difficoltà nei rapporti interpersonali dovute forse a insicurezza e timidezza.

Anche un altro studio italiano di Austoni (32) che ha raffrontato giocatori, alcolisti e controlli è giunto alla conclusione che i primi presentano una spiccata impulsività temperamentale e tratti alexitimici ma non la ricerca di sensazioni forti, che suggerisce la loro collocazione all'interno di uno spettro impulsivo a cavaliere fra una dimensione additiva, ossessiva-compulsiva e affettiva-bipolare.

Sebbene vi siano vari studi che hanno valutato gli aspetti psicopatologici dei giocatori e dei familiari, non vi sono studi controllati che abbiano valutato contemporaneamente le dimensioni di stato e di tratto nei GP e rispettivi familiari (mogli, genitori); con il presente lavoro, si è quindi voluto da un lato confermare con un campione più esteso di soggetti i dati del precedente lavoro (28), e dall'altro valutare le differenze stato-tratto esistenti fra GP, mogli e genitori, utilizzando strumenti psicometrici di provata affidabilità.

MATERIALE E METODO

Gli strumenti utilizzati sono stati:

-Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) di Overall e Gorham (33), breve scala psichiatrica di etero-valutazione atta a valutare il quadro clinico ed escludere la presenza di una psicopatologia schizo-affettiva.

-South Oaks Gambling Screen (SOGS) di Lesieur H.R. & Blume S.B. (34), che permette di porre una diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico e si presta ad essere utilizzata sia come intervista che come questionario auto-somministrato. Essa consente anche di ricavare informazioni utilizzabili per la pianificazione di eventuali interventi terapeutici (tipo di gioco, quantità di denaro e modo di procurarselo, consapevolezza e rapporto con il gioco, implicazioni familiari, relazioni sociali, ecc.).

-Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) di Cloninger (35), il cui modello neurobiologico ipotizza l'esistenza di tre dimensioni, *novelty seeking* (ns) o ricerca di novità, *harm avoidance* (ha) o evitamento del danno e *reward dependence* (rd) o dipendenza dalla ricompensa, a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico schema di comportamento ed un definito assetto neurotrasmettitoriale.

I soggetti che ottengono punteggi alti nella ns tendono ad essere curiosi, impulsivi, volubili, eccitabili, stravaganti, disordinati e rapidi, mentre ai punteggi bassi risultano essere stoici, rigidi, riflessivi, ordinati, lenti e poco orientati alle novità; i soggetti che ottengono punteggi elevati nella ha tendono ad essere apprensivi, inibiti, timidi, cauti, paurosi, con facile faticabilità, mentre punteggi bassi corrispondono ad ottimismo, rilassatezza, spensieratezza, disinibizione e vigore; infine, coloro che ottengono punteggi elevati nella rd tendono ad essere disponibili, sensibili agli obiettivi sociali e all'aiuto del prossimo, laboriosi, persistenti, sensibili e sentimentalisti, mentre i punteggi bassi indicano profili di individui poco sensibili, indifferenti, freddi, calcolatori, pratici.

-Symptom Questionnaire (SQ) di Kellner (36), scala di autovalutazione composta da quattro scale (ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità): maggiore è il punteggio maggiore è il distress.

-Emotional Inhibition Scale (EIS), di Kellner (37) che consta di quattro scale (inibizione verbale, timidezza, autocontrollo, mascheramento delle emozioni) ed esprime il grado di inibizione emotiva. Un punteggio elevato all'inibizione emotiva denota tratti nevrotici o problemi psichiatrici.

-Anxiety Sensitivity Index (ASI) di Peterson e Reiss (38), strumento psicometrico che misura la paura dei sintomi ansiosi; maggiore è il punteggio, maggiori sono le preoccupazioni relative ai sintomi somatici e quindi minore tolleranza ai sintomi psichici e fisici dell'ansia.

Tutti i soggetti sono stati informati sulle modalità e scopi della ricerca, acconsentendo di partecipare allo studio.

Il criterio di inclusione per lo studio era l'essere giocatori da anni, in maniera continuativa, con ripercussioni negative verso se stessi, il lavoro, la famiglia, e l'incapacità di farne a meno, mentre il criterio di esclusione era rappresentato dalla presenza di patologie psichiatriche (psicosi, depressione maggiore, abuso di sostanze.) e neurologiche.

Sono stati somministrati i questionari di eterovalutazione e di autovalutazione a tutti i gruppi (GP-controlli, mogli-controlli, genitori), ed a tutti i soggetti è stata praticata l'intervista semistrutturata (BPRS) per escludere la presenza di psicopatologie in atto.

Il campione di GP concerneva 81 maschi, di cui 48 facenti parte di un nostro precedente studio, che al momento dell'intervista non erano sottoposti a terapie psicologiche e psichiatriche. 25 soggetti sono stati contattati direttamente in luoghi di gioco come sale ippiche o bische clandestine e 56 soggetti si erano rivolti per la prima volta al Centro per ex Giocatori d'Azzardo Patologici di Campoformido (Udine) con l'intenzione di iniziare un percorso di trattamento, ma ancora coinvolti totalmente nel gioco d'azzardo.

L'età media del campione di GP era di 40.9 (± 12.61) anni; la durata media di gioco era di 7.3 (± 4.06) anni; 60 individui erano coniugati, 21 celibi; 44 risultavano possedere la licenza media, 31 il diploma di scuola media superiore e 6 la laurea; 47 appartenevano ad uno status economico-sociale medio-basso e 34 medio-alto secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (39).

Ai soggetti è stato effettuato il colloquio clinico seguendo i criteri diagnostici del DSM-IV e tutti gli 81 giocatori sono risultati essere giocatori patologici.

La stessa procedura è stata effettuata sul campione di controllo ($n=81$) bilanciato per età (39.5; ± 11.66), scolarità, stato civile, professione, e nessun soggetto è risultato positivo al SOGS.

Nel corso dell'intervista 8 GP hanno riferito di fare uso ma non abuso di alcolici, 3 di aver avuto in passato problemi con l'alcool, 3 hanno riferito di aver utilizzato saltuariamente cocaina; 30 soggetti (30.03%) avevano pensato al suicidio e 5 soggetti (6.61%) in passato lo avevano tentato.

Il campione di 28 mogli e 26 genitori era costituito da familiari che avevano deciso di seguire il percorso di recupero del GP, partecipando agli incontri organizzati dal centro di Campoformido.

L'età media del gruppo mogli era 41.3 (± 10.88) anni; in questo gruppo 10 soggetti avevano conseguito il diploma superiore, 1 la laurea, 17 la licenza media; 15 appartenevano allo status medio-basso e 13 a quello medio-alto; di questo gruppo, 11 (39%) hanno dichiarato di aver avuto idee suicide e 3 (10.71%) di aver tentato il suicidio; i membri del gruppo sono a conoscenza del problema del coniuge in media da 3.9 anni (± 2.43). Il gruppo di controllo di 28 femmine è stato bilanciato per variabili sociodemografiche.

Il gruppo genitori era composto da 12 maschi e 14 femmine, la cui età media era di 66.2 (± 5.1), 5 a scolarità superiore e 12 a scolarità inferiore, 17 a status medio basso e 9 medio alto.

Dei familiari nessuno riportava di aver praticato gioco d'azzardo o di aver tentato il suicidio.

Nell'elaborazione statistica, per il confronto fra i gruppi (giocatori, controlli), è stato applicato il t-test a due code per dati indipendenti ed i dati sono stati espressi in medie e deviazioni standard, per il calcolo delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente *r* di Pearson.

Nel raffronto dei gruppi mogli-controlli, giocatori, genitori è stata utilizzata il test non parametrico H di Kruskal-Wallis.

RISULTATI

I GP hanno riportato, rispetto ai controlli maschi, differenze altamente significative in tutti i questionari utilizzati (Tabella 1), presentando una maggiore sensibilità all'ansia ($p < .001$), maggiore *distress* (ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità) ($p < .001$), maggiore inibizione emotiva (sottoscale dell'inibizione verbale, timidezza, mascheramento delle emozioni) ($p < .001$), ed infine, maggior punteggio nella scala della ricerca delle novità ($p < .001$) e minore punteggio nella dipendenza dalla ricompensa ($p < .001$) del TPQ.

Il gruppo mogli ha evidenziato, rispetto ai controlli femmine, una maggiore sensibilità ai sintomi ansiosi ($p < .001$), comparabile a quella dei mariti, maggiore *distress* in tutte le scale dell'SQ ($p < .001$), maggiore inibizione delle emozioni ($p < .01$) rispettivamente nelle scale inibizione verbale ($p < .02$) e timidezza ($p < .02$), ed infine maggiori punteggi nelle scale dell'evitamento del danno ($p < .01$) e dipendenza dalla ricompensa ($p < .01$) del TPQ (Tabella 2).

Comparando i punteggi dei giocatori ($n=28$) alle rispettive mogli ($n=28$), risulta che esse manifestano maggiore sensibilità all'ansia (timore dei sintomi ansiosi) ($p < .02$), lo stesso livello elevato di *distress* ma con maggiori sintomi somatici ($p < .02$), minore ricerca delle novità ($p < .001$) e maggiori punteggi nell'evitamento del danno ($p < .02$) e dipendenza dalla ricompensa ($p < .001$) (Tabella 2).

Nel raffronto invece dei giocatori ($n=26$) con i rispettivi genitori ($n=26$) questi ultimi evidenziano uguale *distress* ma punteggi superiori nei sintomi somatici dell'SQ ($p < .01$), analogamente alle mogli dei giocatori, ma un punteggio minore nel tratto ricerca delle novità ($p < .001$) (Tabella 2).

Comparando infine i punteggi delle mogli con quelli dei genitori sono stati evidenziati punteggi significativamente superiori nelle scale dell'evitamento del danno ($p < .03$) e della dipendenza dalla ricompensa ($p < .01$) (Tabella 2).

Tabella 1. - Differenze nei punteggi fra giocatori d'azzardo e controlli

	Giocatori (n=81)		Controlli (n=81)		g.l	F	Sig.
	Media	D.S.	Media	D.S.			
ASI	19.802	10.493	12.469	4.427	1	34	.000
TPQ ns	22.012	5.904	14.543	4.483	1	82.215	.000
TPQ ha	15.370	6.798	14.889	5.012	1	.264	.608
TPQ rd	15.111	4.390	17.420	4.055	1	12.06	.001
SQ a	12.160	5.808	6.111	3.493	1	64.528	.000
SQ d	12.346	6.431	4.494	2.388	1	106.121	.000
SQ s.s.	8.580	6.191	5.444	3.244	1	21.256	.000
SQ o	9.741	6.333	4.148	3.099	1	51.003	.000
EIS Tot.	50.457	7.313	44.432	6.318	1	31.475	.000
A.	13.444	3.070	13.457	2.110	1	.0009	.976
I. V.	12.988	3.288	10.173	2.397	1	38.760	.000
T.	10.988	2.567	10.148	2.378	1	4.664	.032
M. E.	12.852	2.916	10.679	2.583	1	25.200	.000

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire, a = ansia, d = depressione, s.s. = sintomi somatici, o = ostilità; EIS: Emotional Inhibition Scale, A. = Autocontrollo, I. V. = Inibizione Verbale, T. = Timidezza, M. E. = Mascheramento Emozioni

Tabella 2. - Raffronto gruppo mogli-controlli, giocatori, genitori

	Mogli (n=28)			Giocatori (n=28)			Mogli (n=28)			Giocatori (26)			Mogli (n=26)			Sig.
	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.	
ASI	20.03 (9.69)	12.17 (6.01)	.0006***	16.35 (9.84)	20.03 (9.69)	.0165 *	14.923 (9.64)	18.88 (10.45)	.1617	14.923 (9.64)	18.88 (10.45)	.1617	20.80 (9.62)	18.88 (10.45)	.4932	
TPQ ns	12.46 (4.36)	14.46 (3.56)	.0650	18.21 (6.48)	12.46 (4.36)	.0003 ***	18.23 (6.38)	12.61 (4.54)	.0006 ***	18.23 (6.38)	12.61 (4.54)	.0006 ***	12.38 (4.50)	12.61 (4.54)	.8549	
TPQ ha	20.46 (4.83)	16.14 (5.23)	.0022**	16.53 (8.92)	20.46 (4.83)	.0171 *	16.53 (7.09)	17.23 (5.95)	.704	16.53 (7.09)	17.23 (5.95)	.704	20.61 (4.97)	17.23 (5.95)	.0307 *	
TPQ rd	19.85 (4.06)	16.35 (4.06)	.0033**	15.35 (4.86)	19.85 (4.06)	.0004 ***	15.50 (4.86)	16.65 (4.55)	.3816	15.50 (4.86)	16.65 (4.55)	.3816	20.30 (3.81)	16.65 (4.55)	.0029 **	
SQ a.	11.57 (4.65)	5.35 (3.61)	.0000***	9.57 (5.28)	11.57 (4.65)	.1073	8.69 (5.26)	11.07 (4.86)	.0962	8.69 (5.26)	11.07 (4.86)	.0962	11.84 (4.56)	11.07 (4.86)	.5595	
SQ d.	11.03 (4.98)	4.57 (4.45)	.0000***	9.89 (6.20)	11.03 (4.98)	.4508	9.07 (6.46)	9.84 (5.55)	.6465	9.07 (6.46)	9.84 (5.55)	.6465	10.92 (5.00)	9.84 (5.55)	.466	
SQ s.s.	11.21 (6.44)	5.21 (3.60)	.0001***	7.64 (4.39)	11.21 (6.44)	.0189 *	6.84 (4.47)	10.34 (4.89)	.0097 **	6.84 (4.47)	10.34 (4.89)	.0097 **	11.34 (4.49)	10.34 (4.89)	.5338	
SQ o.	6.57 (4.63)	3.25 (2.51)	.0015**	7.35 (5.46)	6.57 (4.63)	.5640	6.38 (5.35)	6.42 (4.55)	.9779	6.38 (5.35)	6.42 (4.55)	.9779	6.46 (4.83)	6.42 (4.55)	.975	
EIS Tot.	49.32 (8.23)	43.78 (6.43)	.0070**	48.21 (7.42)	49.32 (8.23)	.5993	48.11 (7.85)	49.23 (6.40)	.5773	48.11 (7.85)	49.23 (6.40)	.5773	49.38 (8.45)	49.23 (6.40)	.9414	
A.	13.35 (1.79)	13.28 (2.03)	.8896	12.92 (2.07)	13.35 (1.79)	.4110	13.00 (2.13)	13.38 (1.65)	.4709	13.00 (2.13)	13.38 (1.65)	.4709	13.38 (1.65)	13.38 (1.65)	.9370	
I.V.	11.71 (3.68)	9.53 (2.71)	.0147*	12.39 (3.09)	11.71 (3.68)	.4585	12.03 (3.21)	12.19 (2.93)	.8579	12.03 (3.21)	12.19 (2.93)	.8579	11.73 (3.60)	12.19 (2.93)	.615	
T.	12.67 (3.10)	10.85 (2.25)	.0150*	11.14 (2.67)	12.67 (3.10)	.0525	11.26 (2.73)	12.07 (2.63)	.2836	11.26 (2.73)	12.07 (2.63)	.2836	12.80 (3.17)	12.07 (2.63)	.371	
M.E.	11.53 (3.09)	10.17 (2.55)	.0792	11.89 (3.38)	11.53 (3.09)	.6803	11.96 (3.43)	11.53 (2.42)	.6099	11.96 (3.43)	11.53 (2.42)	.6099	11.38 (3.16)	11.53 (2.42)	.8477	

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=nonverbal seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire, a = ansia, d = depressione, s.s. = sintomi somatici, o = ostilità; EIS: Emotional Inhibition Scale, A. = Autocontrollo, I. V. = Inibizione Verbale, T. = Timidezza, M. E. = Mascheramento Emozioni

Al raffronto globale dei gruppi (Tabella 3) è possibile osservare come le mogli vengano a posizionarsi al più elevato grado di *distress*, seguite dai genitori, dai giocatori ed infine dai controlli femmine, mentre l'inibizione emotiva vede i genitori al primo posto, seguiti dalle mogli, dai giocatori e dai controlli. Nel raffronto dei punteggi di personalità, i giocatori riportano il valore maggiore nella ns, seguiti dai controlli, genitori e mogli; mentre nella ha sono le mogli a posizionarsi al livello più alto, seguite dai genitori, giocatori e controlli; infine, nella rd le mogli si collocano al primo posto seguite dai controlli, genitori e giocatori.

All'analisi delle correlazioni, nel gruppo dei GAP (Tabella 4) i punteggi dell'ASI correlano negativamente ($p<.05$) con la scala rd del TPQ, e positivamente con i sintomi somatici ($p<.05$), l'autocontrollo ($p<.05$) e l'inibizione emotiva dell'EIS ($p<.001$); i punteggi del TPQns correlano invece ($p<.001$) con le scale dell'ansia ($p<.001$), della depressione ($p<.001$) e dell'ostilità dell'SQ ($p<.001$).

La dimensione TPQha correla significativamente con tutte le scale dell'SQ (*distress*) ($p<.01$) e con i punteggi della sottoscala timidezza dell'EIS ($p<.001$).

La scala TPQrd correla negativamente con i punteggi della depressione ($p<.05$) dell'inibizione verbale ($p<.001$) e la scala totale dell'EIS ($p<.01$).

All'elevata correlazione fra le scale dell'SQ ($p<.001$) segue l'elevata coerenza interna dello strumento e le scale dell'SQ correlano con l'inibizione emotiva dell'EIS ($p<.001$).

Nel gruppo di controllo ($n=81$) invece (Tabella 5) si osservano le correlazioni positive fra ASI, l'ansia ($p<.05$) e la depressione ($p<.01$); tra TPQha e le scale dell'SQ (depressione, ansia, sintomi somatici ostilità) ($p<.01$) ed una correlazione fra TPQha e TPQrd ($p<.05$). L'ansia correla con 3 della 4 scale dell'EIS, mentre la depressione correla positivamente con la rd del TPQ e ($p<.01$), contrariamente ai giocatori dove la correlazione è negativa ($p<.05$). Anche in questo caso le elevate correlazioni delle sottoscale dell'SQ e dell'EIS fra loro, riflettono la coerenza interna delle scale rispetto al costrutto misurato.

DISCUSSIONE

L'ansia e la depressione sono aspetti psicologici caratteristici del giocatore e delle mogli (40-42) ed anche nel nostro campione è stato confermato tale dato; inoltre è stata posta in evidenza la presenza di elevato *distress* nei genitori.

Tabella 3. - Raffronto delle variabili fra gruppi: mogli, genitori, giocatori, controlli (solo valori significativi)

	Mogli (n=28)	Genitori (n=26)	Giocatori(n=28)	Controlli (n=28)			
	Rango medio	Rango medio	Rango medio	Rango medio	χ^2	d f	sig
TPQ ns	43.63	45.77	73.84	58.07	15.83	3	.0012***
TPQ ha	72.34	54.54	53.75	41.54	13.33	3	.0040**
TPQ rd	71.80	50.67	42.91	56.27	12.355	3	.0063**
SQ a	69.63	64.52	55.84	32.66	22.030	3	.0001***
SQ d	69.16	61.54	60.64	31.09	23.295	3	.0000***
SQ s.s.	68.11	67.02	50.80	36.89	17.977	3	.0004***
EIS Tot.	60.98	64.60	56.36	40.71	9.008	3	.029*
EIS I.V.	56.64	62.10	63.25	40.48	9.08	3	.028*
EIS T.	66.98	62.50	51.89	41.13	11.05	3	.011**

TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire, a = ansia, d = depressione, s.s. = sintomi somatici; EIS: Emotional Inhibition Scale, I. V. = Inibizione Verbale, T. = timidezza

Tabella 4. - Correlazioni gruppo di giocatori (n=81) (solo valori significativi)

	ASI	TPQ ns	TPQ ha	TPQ rd	Ansia	Depr.	Sin.s	Ostil	Autoc.	Inib.v	Timid.	Masc.e
TPQns												
TPQha												
TPQrd	-2.49*											
SQ ansia		.462***	.367**									
SQ depres.		.418***	.372**	-.243*	.873***							
SQ sint.som	.266*		.332**		.537***	.585***						
SQ ostilità.		.397***	.343**		.688***	.697***	.538***					
Autoc.	.255*											
Inib.v	.310**			-.468***	.353***	.399***		.295**				
Timid.			.383***		.354***	.280*	.264*					
Masc.e.	.239*		.248*		.275*	.253*		.221*	.396***	.330**		
Tot.EIS	.363***		.278*	-.287**	.364***	.329**	.229*	.263**	.635***	.624***	.440***	.768***

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire, a = ansia, d = depressione, s.s. = sintomi somatici, o = ostilità; EIS: Emotional Inhibition Scale, a. = Autocontrollo, I.V. = Inibizione Verbale, T. = timidezza, M.E. = mascheramento emozioni

*p < .05

**p < .01

***p < .001

Non è possibile definire l'oggetto specifico dell'ostilità, in quanto vari fattori (situazione economica, relazioni familiari, personalità, ecc.) possono interagire, anche se nei GAP le correlazioni con la scala ns del TPQ, con l'inibizione verbale e l'autocontrollo dell'EIS esprimerebbero, come già indicato in letteratura, a) la ricerca di stimolazioni quale mezzo per ridurre lo stato di eccitazione-sgradevolezza (ostilità), b) la tendenza del giocatore a non esprimere verbalmente lo stato ostile.

La correlazione positiva delle scale dell'ansia, depressione, sintomi somatici ed ostilità con l'inibizione

verbale rispecchia la tendenza dei giocatori a bloccare l'esternazione emotiva del proprio disagio psicologico, contrariamente ai controlli in cui si osserva una relazione positiva del punteggio dell'ansia solo con l'inibizione verbale, probabilmente in relazione a una minore tendenza ad esprimere verbalmente l'ansia cognitiva. Infatti, SQ come strumento psicometrico permette di differenziare l'ansia cognitiva da quella fisica.

Non vi sono lavori che abbiano valutato il timore dei sintomi ansiosi nei GAP e nei loro familiari, ed i risultati appaiono interessanti se consideriamo che il gruppo giocatori e il gruppo mogli presentano una minore tol-

Tabella 5. - Correlazioni gruppo di controllo (n=81) (solo valori significativi)

	ASI	TPQ ns	TPQ ha	TPQ rd	Ansia	Depr.	Sin.s	Ostil	Autoc.	Inib.v	Timid.	Mas.e
TPQns												
TPQha												
TPQrd			.270*									
SQ ansia	.279*		.225*									
SQ depres.	.319**		.324**	.248**	.339**							
SQ sint.som			.317**		.233*	.378***						
SQ ostilità.	.252*		.221*		.554***	.226*	.278*					
Autoc.												
Inib.v					.289**				.427***			
Timid.												
Mas.e.					.281*				.438***	.544***		
Tot.EIS					.241*				.727***	.729***	.425***	.775***

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire, a = ansia, d = depressione, s.s. = sintomi somatici, o = ostilità; EIS: Emotional Inhibition Scale, a. = Autocontrollo, I.V. = Inibizione Verbale, T. = timidezza, M.E. = mascheramento emozioni

*p < .05

** p < .01

*** p < .001

leranza ai sintomi psichici e fisici dell'ansia, e questa dimensione, come descritto in letteratura, rappresenta un fattore di rischio, poiché soggetti con punteggi elevati all'ASI manifestano maggiori disturbi ansiosi (panico, agorafobia, fobie specifiche, fobia sociale) (43, 44).

Si può osservare che nei giocatori il timore dei sintomi d'ansia (ASI) correla con la componente somatica (SQ sintomi somatici) e l'inibizione emotiva, mentre nei controlli correla con le componenti ansia cognitiva, depressione e ostilità.

La correlazione inversa fra ASI e TPQrd non sorprende se pensiamo che soggetti con bassa dipendenza dalla ricompensa tendono a non rispondere a sensazioni, situazioni o attività non gratificanti, per cui ad una elevata sensibilità corrisponde un maggiore distacco emotivo.

I punteggi elevati nella dimensione del TPQ ricerca di novità permettono di definire i giocatori rispetto ai controlli come impulsivi, stravaganti e disordinati, confermando gli studi nei quali si era evidenziata una maggiore estroversione, impulsività e ricerca di sensazioni; l'assenza di differenze significative nella scala evitamento del pericolo indicherebbe invece una valutazione del rischio simile ai soggetti di controllo, e quindi l'assenza di tratti caratteriali di preoccupazione anticipatoria o ansia cronica, con un livello medio di abilità e timidezza.

Questi risultati tuttavia differiscono da quelli ottenuti da Asberg et al. (45) per i quali risultava che la se-

rotonina avesse un ruolo fondamentale nella patologia da GA, sebbene altri studi abbiano evidenziato la relazione fra ansia e recettori serotoninergici (46, 47).

Il minor punteggio nella scala dipendenza dalla ricompensa evidenzia il tratto di bassa sensibilità e altruismo, maggior distacco sociale e tendenza a ricompense materiali dei giocatori, e probabilmente, anche la privilegiata "attenzione e focalizzazione" sul gioco, che renderebbe a sua volta gli individui meno sensibili ad altri rinforzi sociali.

Pazienti ansiosi e depressi e con tratti di personalità evitante riportano punteggi elevati nella scala evitamento del danno (42, 48, 49), mentre soggetti con un'alta dipendenza dalla ricompensa esprimono tratti di personalità dipendente, vulnerabilità sociale e ricerca di gratificazione in risposta alle frustrazioni; infine (50), bassi punteggi alla dipendenza dalla ricompensa presentano tratti antisociali, ossessivi e schizoidi (51).

Nel gruppo giocatori, i tre tratti di personalità espressi dal TPQ appaiono indipendenti, mentre nei controlli si ha una correlazione (p<.05) fra evitamento del danno e dipendenza dalla ricompensa; quest'ultimo dato sembrerebbe in accordo con la teoria di Cloninger che postula un effetto modulatore dell'evitamento del danno sulla dipendenza dalla ricompensa.

L'elevata correlazione fra il tratto ricerca di novità, ansia, depressione e ostilità, ma non con i sintomi somatici, esprime, come già indicato, la scarsa tolleranza dei giocatori a queste dimensioni di malessere emotivo

e la loro tendenza a scaricare il disagio mediante l'evitamento attivo di stimoli non gratificanti e la ricerca di interessi e attività (*novelty seeking*); in questo modo rientrano in una delle due categorie di giocatori indicate da Blaszczynski (22): gli uni, che traggono gratificazione dal gioco perché serve loro per non sentirsi depressi, non pensare o non affrontare i problemi, e gli altri, che giocano e si deprimono di seguito.

Tale correlazione infatti non è presente nel gruppo di controllo dei non giocatori.

La correlazione positiva ($p < .01$) fra i punteggi della scala *harm avoidance* e le scale dell'SQ si spiega con la relazione esistente fra segnali di pericolo ed il circuito di inibizione comportamentale che induce ad evitare situazioni minacciose; infatti, sia nei controlli che nei giocatori si osservano le medesime correlazioni, che esprimono lo stesso tratto caratteriale di capacità nell'assumersi rischi e decisioni calcolate in rapporto alla situazione.

La correlazione negativa ($p < .001$) del tratto dipendenza dalla ricompensa con l'inibizione emotiva risulta coerente con il costrutto teorico della scarsa risposta agli stimoli gratificanti, ed essendo esso un tratto che descrive il distacco emotivo affettivo, ad un maggiore distacco (quindi punteggio basso della scala) dei giocatori corrisponde una maggiore inibizione emotiva e verbale, ed anche un maggiore punteggio nella scala della depressione.

Nei controlli invece, la depressione rispecchia un'altra caratteristica di tratto (maggiore sensibilità?), poiché a maggiori punteggi della rd, quindi sensibilità, altruismo, disponibilità, si ha un maggiore punteggio della depressione.

Il profilo emotivo all'EIS indica che il giocatore d'azzardo patologico è più inibito emotivamente, quindi meno portato a percepire ed esprimere sensazioni e sentimenti, e più portato a mascherare le proprie emozioni, ciò in accordo con quanto già riportato da Lumley & Roby (52) e Ausoni (32) sulla maggiore presenza di tratti alexitimici nei GAP rispetto ai controlli.

Una maggiore inibizione emotiva viene riscontrata anche nelle mogli e genitori, forse, non tanto a definire un tratto alexitimico quanto piuttosto in relazione alla costante difficoltà che nel corso del tempo li porta ad essere meno fiduciosi ed infine meno inclini ad esternare ciò che pensano e sentono.

Un ulteriore elemento è rappresentato dai punteggi elevati nel distress dei familiari, che indica come anche essi vivano uno stato di intenso malessere.

I tratti caratteriali delle mogli sembrano in qualche modo complementari a quelle dei mariti, poiché al loro attaccamento, sensibilità, altruismo e bisogno di gra-

tificazioni, unitamente alla presenza di tratti di ansia, pessimismo e dipendenza, si contrappone un maggior distacco emotivo-affettivo del partner.

Il campione di genitori invece viene a collocarsi in una dimensione di relativa normalità caratteriale, ma di elevato stress psico-emotivo e di inibizione.

Per le caratteristiche globali di stato e di tratto le mogli paiono essere i soggetti che maggiormente risentono della condizione dei mariti e sembrano più a rischio nello sviluppare episodi depressivi, come indicato nel presente studio in cui i giocatori riportano il 6.17% di tentati suicidi e le mogli il 10.71%, e da altre ricerche che hanno rilevato in soggetti depressi: è stato inoltre rilevato un elevato punteggio nella scala evitamento del danno; come tale tratto sia predittivo di crisi depressive, soprattutto se associato ad una elevata dipendenza dalla ricompensa (51-53).

CONCLUSIONI

In merito alla personalità del giocatore, i risultati emersi confermano da un lato precedenti studi e dall'altro aggiungono nuove informazioni, dalle quali emerge che i GP, rispetto ad un gruppo di soggetti non giocatori, sono più ansiosi, depressi, ostili e con maggiori sintomi somatici.

Essi appaiono pratici e freddi, poco sensibili ai rinforzi sociali, impulsivi e propensi a ricercare forti stimolazioni e novità, oltre che tendenti a controllarsi, a mascherare ed inibire verbalmente le proprie paure, emozioni e sentimenti.

La maggiore sensibilità ai sintomi ansiosi, il maggiore distress, unitamente al maggiore distacco emotivo-sociale potrebbero rappresentare i fattori favorevoli lo sviluppo di gravi disturbi ansiosi e depressivi, o l'abuso di droghe, oppure tentativi di suicidio, situazioni già poste in evidenza da numerosi studi.

Cloninger (39), nei casi di elevata ricerca di novità e bassa dipendenza dalla ricompensa, ascrive tratti di impulsività, curiosità, incostanza, ricerca del pericolo, aggressività, competitività, iperattività, impazienza, estroversione e spensieratezza, tutti inquadrabili nei disturbi antisociale, istrionico, passivo-aggressivo, ossessivo e schizoide.

Tali disturbi di personalità, pur non essendo stati diagnosticati nel nostro campione perché non presi in considerazione dal disegno sperimentale e dagli scopi della ricerca, potrebbero rappresentare un ulteriore e concomitante fattore di rischio.

Tutti e tre i gruppi (giocatori, mogli, genitori) presentano una elevata sensibilità all'ansia, un elevato *distress* ed una elevata inibizione emotiva.

L'ansia tratto (evitamento del danno) ed una maggiore sensibilità, altruismo e dipendenza sono una caratteristica specifica delle mogli, mentre i giocatori si distinguono dai genitori per una maggiore impulsività, incostanza e ricerca di novità, e dalle mogli per maggiore impulsività, distacco emotivo e minore ansia cronica.

Il gruppo genitori si differenzia dal gruppo mogli per una minore ansia-tratto, pessimismo e dipendenza, ed entrambi esprimono livelli più elevati di ansia somatica dei rispettivi giocatori.

Il gruppo mogli, per le caratteristiche di stato e di tratto, sembra maggiormente a rischio di strutturare episodi depressivi maggiori; d'altra parte i genitori manifestano maggiore inibizione emotiva e ciascuno dei 3 gruppi presenta un modello caratteristico di personalità a cui si associano espressioni cliniche peculiari, chiaramente differenziabili fra loro e dai soggetti di controllo.

I genitori hanno una bassa *novelty seeking* simile alle mogli dei giocatori, una *harm avoidance* simile ai figli e una *reward dependence* che si colloca fra il gruppo mogli-controlli e figli, che potrebbero rappresentare l'espressione peculiare della componente ereditaria.

Concludendo, nonostante il numero non elevato di soggetti, che non consente di trarre risultati definitivi, lo studio ha permesso, di confermare precedenti ricerche, di identificare e inquadrare le caratteristiche psicopatologiche dei giocatori e dei loro familiari, mostrando come vi siano dimensioni caratteriali specifiche nei singoli gruppi e di evidenziare l'importanza dell'utilizzo di strumenti adeguati all'identificazione dei soggetti a rischio di sviluppare il DGAP.

Infine, è possibile affermare che la forte espansione del gioco d'azzardo e la sempre maggiore accessibilità a vari tipi di gioco comporta, negli individui più vulnerabili, un maggiore rischio di sviluppare un Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico con le prevedibili gravi conseguenze personali, familiari e sociali; sarebbe pertanto auspicabile una informazione più estesa del possibile danno e disporre preventivamente di punti di ascolto in grado di supportare giocatori e familiari, suggerendo loro l'importanza e le modalità per cogliere i primi segnali indicatori di pericolo e le strategie da porre in atto per un più celere intervento.

BIBLIOGRAFIA

1. Bolen DW, Boyd WH: Gambling and the gambler. *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, 617-630.
2. American Psychiatric Association: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, 4ª ed. (DSM-IV). Masson, Milano, 1996.
3. Lesieur HR, Klein R: Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviours*, 1987, 12, 129-135.
4. Dickerson M, Hinchy J: The prevalence of excessive and pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Behaviour*, 1988, 4, 135-151.
5. Ladouceur R, Dube D: Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Québec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1994, 39: 289-293.
6. Custer RL, Milt H: *When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families*. Facts on file, New York, 1985.
7. De Luca R: La psicoterapia di gruppo per giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campoformido (UD). ITACA, 2002, 15.
8. Mazzocchi S: *Vite d'azzardo*. Sperling & Kupfer Editori, Milano, 2002.
9. Pitti P: *Aspetti fenomenologici e psicopatologici in un campione di giocatori d'azzardo patologici*. Tesi di Laurea. Università degli Studi di Bologna. Facoltà di Psicologia, Cesena. Anno accademico 1997/1998.
10. Laudocer R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C: *Understanding and treating the pathological gambler*. Wiley & Son, Chichester, 2002.
11. Gherardi S: Il gioco d'azzardo: una rassegna. *Rivista di Psichiatria*, 1991, 26: 189-198.
12. Becona E, Del Carmen LM, Fuentes MJ: Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 1996, 78, 635-640.
13. Rupcich N, Frisch GR, Govoni R: Comorbidity of pathological gambling in addiction treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1997, 14, 573-574.
14. Lesieur HR: Cost and treatment of pathological gambling. *AN-NALS, AAPSS*, 556, March, 1998.
15. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N: Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 1997, 92, 75-87.
16. Hand I: Pathological gambling: a negative state model and its implications for behavioral treatments. *CNS Spectrum*, 1998, 3, 58-71.
17. Hills AM, Hill S, Mamone N, Dickerson M: Induced mood and persistence gaming. *Addiction*, 2001, 96, 1629-1638.
18. Blaszczynski A, Nower L: A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 2002, 97, 487-499.
19. Roy A, De Jong J, Linnoila M: Extroversion in pathological gamblers correlates with indexes of noradrenergic function. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 679-681.
20. Shinohara K, Yanagisawa A, Kagota Y, Gomi A, Nemoto K, Moriya E, Furusawa E, Furuya K, Terasawa K: Physiological changes in Pachinko players; beta-endorphin catecholamines, immune system substances and heart rate. *Applied Human Science*, 1999, 18, 37-42.
21. Conventry KR, Constable B: Physiological arousal and sensation seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 1999, 94: 425-430.
22. Jhonson EE, Nora RMC, Bustos N: The Rotter IE Scale as a predictor of relapse in a population of compulsive gamblers. *Psychological Reports*, 1992, 70, 691-696.
23. Biffi S: Un approccio quantitativo al Gioco d'Azzardo Patologico. In: De Luca R, (ed) "Lauree d'azzardo": Quattro tesi di laurea sul gioco d'azzardo, a cura di A. Gi.A., Campoformido, Udine, 2002.
24. Blanco C, Orensanz-Munoz L, Blanco-Jerez C, Saiz-Ruiz J: Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, 119-121.
25. Blaszczynski A: Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 1999, 84, 107-113.

26. Suhara T, Yasuno F, Sudo Y, Yamamoto M, Inoue M, Okubo Y, Suzuki K: Dopamine D2 receptors in the insular cortex and the personality trait of novelty seeking. *NeuroImage*, 2001, 13, 891-895.
27. Ibáñez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur HR, Perez de Castro I, Fernández-Piqueras J, Sáiz-Ruiz J: Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 1733-1735.
28. 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.
29. Gheradri S, Lesieur E, Blume SB: Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS). South Oaks Foundation, 1992.
30. Kim SW, Grant JE: Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 104, 205-212.
31. Perinelli S: Il Gioco d'Azzardo Patologico. Uno studio preliminare sugli aspetti di personalità con l'uso del test di Rorschach. In: De Luca R, (ed) "Lauree d'azzardo": Quattro tesi di laurea sul gioco d'azzardo. *A.Git.A.*, Campoformido, Udine, 2002.
32. Austoni G: Gioco d'Azzardo Patologico: psicopatologia e personalità in una prospettiva multidimensionale. In: De Luca R, (ed) "Lauree d'azzardo": Quattro tesi di laurea sul gioco d'azzardo, *A.Git.A.*, Campoformido, Udine, 2002.
33. Overall JE, Gorham DR: The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 1962, 10, 799-812.
34. Lesieur HR, Blume SB: A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144, 1184-1188.
35. Cloninger CR: Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Development*, 1986, 3, 167-226.
36. Kellner R: Abridged manual of the symptom questionnaire (revised). Albuquerque, University of New Mexico, 1983.
37. Kellner R: Abridged manual of the emotional inhibition scale. Albuquerque, University of New Mexico, 1986.
38. Peterson RA, Reiss S: Anxiety sensitivity index revised test manual. Worthington, Ohio. International Diagnostic Service, 1992.
39. Goldthorpe JH, Hope K: The social grading of occupations. Oxford University Press, Oxford, 1974.
40. Lorenz VC, Yaffee RA: Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behaviour*, 1986, 2, 40-49.
41. Dickerson M, Hinchey J, England SL: Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 1990, 6, 87-102.
42. Blaszczynski A, McConaghy N: Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 1989, 24, 337-350.
43. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D: Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 1996, 37, 75-79.
44. Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bartolucci G, Conti S, Fava GA: Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 1991, 23: 113-117.
45. Asberg M, Shalling D, Traskman-Bendz L, Wagner A: Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena, In Meltzer HY (ed). *Psychopharmacology: the third generation of progress*. Raven Press, New York, 1987.
46. Katsuragi S, Kunugi H, Sano A, Tsutsumi T, Isogawa K, Nanko S, Akiyoshi J: Association between serotonin transporter gene polymorphism and anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 1999, 45, 368-370.
47. Gerra G, Zaimovic A, Timpano M, Zambelli U, Delsignore R, Brambilla F: Neuroendocrine correlates of temperamental traits in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 2000, 25, 479-496.
48. Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR: Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 1994, 35, 225-233.
49. 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.
50. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, 573-588.
51. Goldman RG, Skodol AE, McGratz PJ, Oldham JM: Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality trait. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151, 174-176.
52. Lumley MA, Roby KJ: Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995, 63, 201-206.

Studi sperimentali

Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici: risultati a 6, 12, 18 mesi di trattamento

Group therapy with Pathological Gamblers: results after 6, 12, 18 months of treatment

GIANNI SAVRON¹, ROLANDO DE LUCA², PAOLO PITTI³

¹Centro Disturbi Affettivi, Pavanello, Ponte di Brenta (Padova)

²Centro di Terapia ex Giocatori d'Azzardo e loro Famiglie, Campoformido (Udine)

³Centro Lahuén, Comunità di Psicoterapia e Lavoro, Morrano (Orvieto)

RIASSUNTO. Scopo. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare le modificazioni psicopatologiche nel corso del trattamento di gruppo in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici (GAP) diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV. **Materiali e Metodi.** Sessantatré GAP sono stati confrontati a 52 soggetti di controllo. I giocatori sono stati valutati prima e durante i 6, 12, 18 mesi di trattamento. I test utilizzati sono stati: il SOGS di Lesieur e Blume; 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 e il TCI di Cloninger. **Risultati.** Sono state osservate notevoli differenze fra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. I GAP hanno ottenuto punteggi più elevati nella depressione, nell'ansia di stato e di tratto, nell'impulsività e nei tratti di Ricerca di Novità (RN), Dipendenza dalla Ricompensa (DR) e Trascendenza (T). Si sono evidenziati, invece, punteggi inferiori nell'Autodirettività (A) e Cooperatività (C) e nessuna differenza nelle dimensioni Evitamento del Danno (ED) e Persistenza (P). Dopo 6 mesi, 30 (47,6%) giocatori hanno sospeso la terapia. I GAP in trattamento (n=33) non riportano episodi di gioco d'azzardo ed evidenziano punteggi maggiori nelle dimensioni DR e C rispetto a coloro che hanno abbandonato. Nel corso della psicoterapia di gruppo è stata osservata una progressiva riduzione di depressione, ansia di stato e tratto e impulsività, oltre a un calo dei punteggi nei tratti ED, DR, A e C. Dal confronto, dopo 18 mesi di terapia, fra GAP e il gruppo di controllo emerge come i giocatori, pur mostrando notevoli miglioramenti, risultino più depressi, ansiosi, impulsivi (non a livelli patologici) e manifestino livelli più alti di RN e T, mentre ottengono punteggi minori nelle dimensioni di A e C. **Conclusioni.** Lo studio ha reso possibile evidenziare le differenze psicopatologiche fra giocatori e soggetti di controllo e identificare le caratteristiche di stato e di tratto dei giocatori che proseguono il trattamento.

PAROLE CHIAVE: Gioco d'Azzardo Patologico, ansia, depressione, personalità, impulsività.

SUMMARY. Aim. The aim of this study was to evaluate the psychopathological differences during group therapy in a sample of Pathological Gamblers (PG) diagnosed according to the DSM-IV criteria. **Materials and Methods.** Sixty three PG were matched with 52 control subjects. The gamblers were evaluated before and during 6, 12, 18 months of the treatment. The study used the following tests: BPRS by Overall & Gorham, SOGS by Lesieur & Blume, BDI by Beck, lo STAI-Y1 and STAI-Y2 by Spilberger, BIS-11 by Barratt, and TCI by Cloninger. **Results.** Compared to the control group, the gamblers had higher scores levels of depression, state and trait anxiety, impulsivity, Novelty Seeking (NS), Reward Dependence (RD) and Self-Transcendence (ST). They had lower scores in Self-Directedness (SD) and Cooperativeness (C) and no differences were in Harm Avoidance (HA) and Persistence (P).

During the 6 month period 30 gamblers (47.6%) dropped-out. The PG in treatment (n=33) haven't gambled and they have higher scores in RD and C compared to those who have dropped-out. During group psychotherapy, progressive re-

duction in depression, state and trait anxiety, impulsivity, and lower scores in HA, RD, SD and C were observed. After 18 months of therapy and improvement, gamblers still showed more signs depression, anxiety and impulsiveness (no at pathological level), higher NS and ST but lower SD and C. **Conclusion.** The study defined the psychopathological differences in the gamblers and control groups and identified state and trait characteristics in gamblers that continued group therapy.

KEY WORDS: Pathological Gambling, anxiety, depression, personality, impulsiveness.

INTRODUZIONE

Il DSM-IV definisce il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) come un disturbo caratterizzato da un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette in vario modo le attività personali, familiari, sociali, finanziarie, lavorative del soggetto e per il quale sono stati compiuti vari tentativi infruttuosi di smettere (1,2).

Il GAP è stato inserito nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi (tricotillomania, cleptomania, piromania disturbo, disturbo esplosivo intermittente), caratterizzati dall'incapacità di resistere a un impulso impellente e/o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per altri (1,3-5), e a causa delle sue caratteristiche di dipendenza è stato assimilato ai Disturbi da Utilizzo di Sostanze.

Le sue caratteristiche cliniche e gli aspetti comuni ai disturbi dell'umore e di personalità hanno anche reso necessario uno studio nelle sue dimensioni più generali.

Il modello neuropsicobiologico di Cloninger (6), con il Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), ha rappresentato un tentativo di spiegazione della personalità nelle sue parti genetiche, neurobiologiche e psicologiche, e in seguito lo stesso autore ha ampliato la teoria biosociale della personalità (7,8) considerando anche l'interazione di fattori ereditari con elementi socio-ambientali.

A tale riguardo, il modello trova la sua applicazione pratica nel Temperament and Character Inventory (TCI) (7-11) che ipotizza l'esistenza di 7 dimensioni, di cui 4 temperamentali e 3 caratteriali, nelle quali rispecchiare la personalità e a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico schema di comportamento in risposta ai vari stimoli ambientali.

I tratti "temperamentali" rappresentano la parte ereditabile-stabile dello sviluppo della personalità, poco influenzati dalle componenti socio-culturali e si riferiscono ad aspetti geneticamente indipendenti, attribuibili allo stile emozionale.

Essi sono:

1. Novelty Seeking, o Ricerca di Novità (RN), che è associata alla ricerca esplorativa, alla curiosità di

fronte a stimoli nuovi, alla ricompensa potenziale; essa esprime l'impulsività decisionale, la stravaganza, la sregolatezza, il disordine, l'evitamento della monotonia e la ridotta resistenza alle frustrazioni.

2. Harm Avoidance, o Evitamento del Danno (ED), che rappresenta la tendenza a inibire il proprio comportamento di fronte a un pericolo, a una punizione, alle novità e all'assenza di ricompensa; si riferisce alla preoccupazione, al pessimismo, all'ansia anticipatoria riguardo i problemi futuri, all'incertezza di fronte all'ignoto, alla sensibilità verso le critiche, alla timidezza e alla facile affaticabilità.
3. Reward Dependence, o Dipendenza dalla Ricompensa (DR), connessa a comportamenti abitudinari e alla tendenza a mantenere lo stesso comportamento di fronte a segnali di ricompensa e approvazione sociale; esprime il sentimentalismo, l'attaccamento e la dipendenza dal sostegno e dall'approvazione degli altri.

4. Persistence, o Persistenza (P), modulatore dell'autocontrollo che rappresenta la costanza nel perseguire un comportamento nonostante la fatica e la frustrazione ed esprime l'industriosità e la determinazione.

Ciascuna delle dimensioni riflette le variazioni dei 3 sistemi cerebrali principali (Sistema Centrale di Attivazione Comportamentale, Sistema Centrale di Inibizione Comportamentale, Sistema Centrale di Mantenimento del Comportamento) e corrisponde a uno specifico assetto neurotrasmettitoriale, rispettivamente relativi a dopamina, serotonina, noradrenalina.

Le dimensioni "caratteriali", invece, sono da porsi in relazione a influenze educative e socio-ambientali e sono in grado di predire la presenza di disturbi di personalità (7,8).

Esse sono:

1. Self-directedness, o Autodirettività/Autodirezionalità (A), che esprime la coerenza con i propri fini e valori, l'auto-determinazione e il controllo del comportamento in funzione degli obiettivi da raggiungere. Essa riguarda lo sviluppo e l'accettazione di sé, la capacità di identificarsi come individuo autonomo in grado di risolvere i problemi e di accettare con fiducia le proprie responsabilità e anche la ca-

pacità di adattare il comportamento in accordo con le proprie scelte.

2. Cooperativeness, o Cooperatività (C), che si riferisce alla capacità di andare d'accordo e cooperare con le altre persone e all'identificazione di se stessi come parte della società e dell'umanità. Rappresenta l'accettazione degli altri e delle regole sociali, la tolleranza, l'empatia, l'onestà, la compassione, la lealtà, la comprensione delle esigenze altrui.
3. Self-Transcendence, o Trascendenza/Autotrascendenza (T), che concerne la dimensione spirituale della persona, la modestia, la creatività, l'altruismo, la pazienza, capacità di sacrificio, tolleranza all'ambiguità e incertezza della vita e del mondo. Implica la percezione d'essere parte integrante di tutte le cose, la natura e l'universo, oltre che la capacità estraniarsi in un'attività che si sta svolgendo o l'immedesimarsi in una relazione mettendo da parte se stessi.

Dopo questa breve presentazione del TCI, necessaria premessa all'articolo, e tornando alle caratteristiche cliniche-psicologiche dei GAP, in un nostro precedente lavoro (12) era stata riscontrata nei giocatori, rispetto ai controlli, maggiore ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici, paura dei sintomi ansiosi, inibizione emotiva e RN, con punteggi minori nella DR del TPQ; risultati in accordo con altri dati della letteratura.

Lo stesso studio, inoltre, aveva confermato, mediante una verifica della concordanza fra i punteggi del South Oaks Gambling Screen (13), e criteri del DSM-IV, l'utilità e la validità della versione italiana del test per l'identificazione di un probabile GAP (12).

Anche Kim e Grant (14), utilizzando il TPQ, nel raffronto fra 33 GAP, 41 pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e 40 soggetti di controllo, avevano verificato nei giocatori una maggiore RN e minore ED e nessuna differenza nella DR.

Uno nostro studio successivo (15), in un campione di 81 GAP, ha indagato le differenze psicologiche fra giocatori, mogli, genitori e soggetti di controllo, e i dati hanno confermato nei giocatori i risultati precedenti.

Le mogli, invece, raffrontate al rispettivo gruppo di controllo, presentavano maggiore distress (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) e punteggi elevati nella sensibilità all'ansia, inibizione verbale, timidezza e nei tratti di ED e di DR del TPQ; inoltre, esse differivano dai mariti per maggiore DR e minore RN e dai genitori dei GAP per maggiore ED e DR.

Recentemente, Martinotti, et al. (16,17), utilizzando il TCI e non il TPQ, riportano risultati in parte simili ai nostri; infatti, nei GAP sono stati riscontrati punteggi

elevati nel tratto RN e bassi nelle dimensioni DR, unitamente a una minore Autodirezionalità e Cooperatività rispetto ai controlli.

I dati sopra esposti appaiono importanti poiché i disturbi di personalità del cluster A (paranoide, schizoide, schizotipico) sono caratterizzati da bassa DR, mentre il cluster B (antisociale, borderline, istrionico) da un'alta RN, e il cluster C (evitante, dipendente, ossessivo compulsivo, passivo aggressivo) da un alto ED (8).

Tutti i disturbi di personalità sono comunque accomunati da basse Autodirezionalità e Cooperatività (8,18-20), per cui i risultati permettono di individuare nei giocatori la presenza di tratti di personalità ascrivibili al cluster B.

È ormai noto che i GAP rappresentano un grosso problema per se stessi, la famiglia e la società (21,22) e appare ormai chiaro che l'accedere con facilità al gioco aumenta, nei soggetti a rischio, lo sviluppo di una dipendenza patologica (23,24).

Le motivazioni che concorrono a trasformare il giocatore occasionale in un GAP possono essere varie: dalla necessità di svago, allo scarico di tensioni accumulate, alla ricerca di emozioni forti, al bisogno di evadere dalla noia della routine e dai problemi; oppure al bisogno di mettersi alla prova per verificare le proprie abilità di gioco e vincita, o anche all'abbandonarsi alla sorte nella speranza che si verifichi un colpo di fortuna.

In ogni modo, gli elementi che caratterizzano un giocatore dipendente da uno abituale o saltuario non sono solamente la ricerca di qualcosa che appaghi, l'aspettativa di vincita, l'emozione, il mettersi in mostra o altro, elementi abbastanza comuni, ma sono piuttosto l'incapacità di resistere all'opportunità di giocare e l'impulsività al gioco (25-27).

Cosa spinge il GP a proseguire il gioco nonostante le forti perdite e le notevoli ripercussioni psicosociali?

Di volta in volta sono state chiamate in causa l'abitudine, il piacere, l'eccitazione, la competizione, l'emozione della vincita, la noia, la stanchezza, gli eventi stressanti, la fragilità psico-costituzionale, altri aspetti culturali, la presenza di comorbidità o un ridotto controllo degli impulsi, senza comunque giungere a risultati definitivi.

Varie ricerche hanno identificato gli aspetti psicopatologici associati al GAP (ansia, depressione, rabbia, disturbi di personalità, impulsività, mania, Disturbo da Deficit dell'Attenzione, abuso di sostanze) e i fattori che impediscono l'allontanamento e in seguito l'interruzione del gioco (opportunità di gioco, disponibilità economica, precedente vincita, stimoli ambientali, supporto dei pari, accettazione sociale del gioco, ricerca di sensazioni, dimostrare le proprie capacità) (25,27,28-30).

30), non ultimi, il tipo di gioco, le precedenti esperienze, l'intensità del coinvolgimento e la convinzione di poter influenzare la sorte con le proprie abilità (31).

Va comunque considerato che è altrettanto importante analizzare e approfondire lo studio dei fattori e degli elementi che favoriscono e agevolano il trattamento del giocatore incoraggiando la gestione e/o l'interruzione del gioco d'azzardo.

È, infatti, vitale attingere alle risorse presenti in ogni essere umano al fine di fare comprendere, oltre che accrescere, sia la capacità di modificare le proprie caratteristiche psicologiche che l'interazione sociale, quest'ultima, elemento non secondario per una buona riuscita nel cambiamento delle acquisite abitudini dannose.

È risaputo che solamente il 10% dei GAP richiedono un trattamento e il 30-50% abbandona prima del termine della terapia (32-34), inoltre, i giocatori sposati hanno più probabilità di proseguire il trattamento (34,35), perciò, è essenziale: a) utilizzare il più precocemente possibile strategie che incentivino il ricorso a trattamenti efficaci; b) favorire la motivazione al trattamento; c) ridurre le interruzioni del trattamento.

Ladouceur, et al. (36) hanno osservato che l'impulsività era l'unica variabile in grado di discriminare i giocatori che proseguono il trattamento dai drop-out; alti punteggi all'inizio differenziavano i soggetti che interrompevano la terapia da quelli che la proseguivano (36,37), confermando quanto già evidenziato da Blaszczynski, et al. (38) che avevano notato un'elevata correlazione psicopatia-impulsività in merito a un sottostante costrutto "antisociale-impulsivo", esteso poi anche ai clusters B e C di personalità (39).

Vitaro, et al. (5) hanno, invece, definito 4 aspetti tipici nelle persone impulsive:

- 1) tendono a essere molto sensibili ai risultati positivi e ricercano un rinforzo immediato;
- 2) tendono a rispondere velocemente senza considerare gli effetti del loro modo di agire;
- 3) sono insensibili alle conseguenze negative come la punizione;
- 4) hanno difficoltà a gestire l'autocontrollo.

Infatti, le caratteristiche che accomunano i vari tipi di gioco d'azzardo sono: l'accettazione da parte del giocatore del rischio a fronte di un beneficio che ha minori o scarse probabilità di accadere; la concomitante sopravvalutazione della possibilità di vincita; una minore tendenza a valutare il rischio; il preferire un guadagno più piccolo e immediato rispetto a una vincita maggiore e ritardata nel tempo (40-42).

Un'elevata impulsività è risultata essere associata alla severità di gioco (34,39,43), all'utilizzo di alcool e droghe varie, alla disinibizione, alla personalità antisociale e alla ricerca di sensazioni (sensation seeking) (4,5,39,44,45) e rappresenta un fattore favorente lo sviluppo del GAP (40).

La ricerca di sensazioni implica la necessità di soddisfare il desiderio di vivere nuove e diverse esperienze con l'accettazione dei rischi necessari per giungere all'appagamento; per cui essa agirebbe da motivazione al gioco, mentre l'impulsività indurrebbe al gioco senza fare riflettere sulle sue conseguenze (46); e l'eccitamento, provato durante il gioco, sarebbe la causa del rinforzo che induce a giocare nuovamente (45).

La presenza dell'attivazione del sistema nervoso (arousal) di per sé non è piacevole e non rappresenta la causa del rinforzo a meno che essa venga associata positivamente all'eccitamento, mentre risulta sgradevole se viene accompagnata da esperienze negative come l'ansia (47).

Come già indicato in precedenza, in ambito psicopatologico è stata ampiamente documentata l'associazione clinica del GAP con l'ansia, la depressione, l'ipomania, il disturbo bipolare, l'impulsività, l'abuso di sostanze, i disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline, evitante, schizotipico), il Deficit dell'Attenzione con Iperattività, il disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, e disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa, disturbi cardiologici, cefalea, disturbi intestinali) e tentati suicidi (38,39,48-53).

Diversi autori hanno supposto che l'alcool e il gioco d'azzardo esprimono il tentativo di ridurre, inibire o evitare la depressione e/o l'ansia, mentre per altri, questi stati mentali negativi esprimerebbero la reazione emotiva inerente la situazione finanziaria e i problemi di gioco; entrambe comunque vengono considerate sia causa che effetto del disturbo (45). Esse tendono a ridursi notevolmente dopo trattamento anche se i giocatori "regolari" continuano a essere motivati al gioco nonostante la depressione e le perdite consistenti (47).

Due fattori rinforzerebbero il gioco patologico: il primo, proveniente dalla gratificazione ottenuta dall'elevata "attivazione-eccitazione" procurata dal gioco stesso e il secondo, derivato dalla concomitante "fuga" dalla depressione (47,54,55).

Considerando, invece, gli studi che hanno indagato gli effetti della psicoterapia sui GAP è riportato in media il 30-50% di abbandoni (4,25,34,56) e che circa un terzo dei giocatori guarisce spontaneamente senza alcun trattamento (57,58), anche se vi sono alcuni autori che evidenziano l'assenza di studi validati empiricamente e quindi la mancanza di dati certi sull'efficacia del trattamento del gioco d'azzardo patologico (59).

La miglior cura sarebbe la completa astinenza (60). Dei vari interventi (psicodinamico e psicoanalitico,

di coppia, familiare, di gruppo, giocatori anonimi, cognitivo-comportamentale, multimodale, farmacologico), l'unica terapia attualmente sottoposta a una ricerca controllata è quella cognitivo-comportamentale che ha dimostrato la sua efficacia (36,45,58,61-65); in particolare, il controllo dello stimolo, l'esposizione *in vivo* e la prevenzione della risposta con la ristrutturazione cognitiva e la prevenzione delle ricadute.

Al riguardo, lo scopo del presente studio è stato quello:

- raffrontare gli aspetti clinico-personologici dei Giocatori d'Azzardo Patologici con un gruppo di controllo;
- indagare le differenze fra i giocatori che abbandonano la terapia da quelli che la proseguono;
- misurare le modificazioni psicopatologiche e caratteriali nel corso del trattamento di gruppo;
- verificare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico nell'agevolare un cambiamento delle abitudini mentali, emotive e comportamentali;
- esplorare i fattori predisponenti al gioco.

MATERIALI E METODI

Il gruppo sperimentale è costituito da una serie consecutiva di 63 giocatori a cui è stata posta una diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico secondo i criteri del DSM-IV, che hanno richiesto di essere inseriti in un percorso di trattamento di gruppo per giocatori d'azzardo patologici presso il Centro di Terapia per Giocatori d'Azzardo e loro familiari di Campoformido (UD).

Il gruppo è stato raffrontato a un gruppo di 52 soggetti di controllo bilanciato per variabili socio-demografiche (età, professione, titolo di studio, *status* sociale e civile).

Tutti i soggetti sono stati edotti sulla metodologia e gli scopi della ricerca e hanno acconsentito di partecipare allo studio.

Ai soggetti è stata somministrata una batteria di test di autovalutazione - South Oaks Gambling Screen (SOGS), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory-Y1 (STAI-Y1), State-Trait Anxiety Inventory-Y2 (STAI-Y2), Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11); Temperament and Character Inventory (TCI) - per quantificare le variabili clinico-psicopersonologiche e un'intervista semistrutturata (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) per valutare la presenza di psicopatologia psichiatrica in atto.

I criteri di inclusione nello studio erano rispettivamente:

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

I criteri di esclusione erano rispettivamente:

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

Il gruppo di GAP era composto di 10 femmine e 53 maschi, con una età media 41,90 anni ($\pm 9,90$) e con un range di 21-69 anni; 38 di essi avevano la licenza media inferiore, 19 quella superiore e 6 possedevano una laurea.

Trentaquattro erano nubili/celibati, 24 coniugati, 5 separati/divorziati, 32 appartenevano a uno *status* sociale medio-basso e 31 medio-alto secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (66).

La durata media di gioco era di 5,27 anni ($\pm 4,00$) con un range di 1-20 anni e l'età media d'esordio del problema, considerato come tale, era di 36,03 anni ($\pm 9,68$) con un range di 19-64 anni.

Nessun giocatore aveva già effettuato in precedenza una psicoterapia; 13 soggetti stavano seguendo una terapia farmacologica (5 antidepressivi, 8 ansiolitici); 48 i fumatori 15 non fumatori, 6 hanno affermato di essere bevitori, 57 i non bevitori.

Il gruppo di controllo, costituito da non giocatori, era composto da 7 femmine e 45 maschi, con un'età media di 42,30 anni ($\pm 9,32$) range 25-70 anni; 36 di essi avevano la licenza media inferiore e 1 licenza elementare, 13 quella superiore e 2 possedevano una laurea.

Venti erano coniugati, 28 nubili/celibati, 4 separati; 26 appartenevano a uno *status* economico sociale medio-alto e 26 medio-basso.

Sette soggetti stavano seguendo una terapia farmacologica (2 antidepressivi, 5 ansiolitici); 44 i fumatori, 8 i non fumatori, 4 hanno affermato di essere bevitori, 48 non bevitori.

Le variabili in oggetto di studio sono state: età, età di esordio e durata del disturbo, sesso, *status* socio-economico, titolo di studio, stato civile e lavorativo, precedente trattamento farmacologico, le attitudini al gioco, nonché le variabili clinico-psicologiche connesse alla depressione, ansia di stato e tratto impulsività e caratteristiche di personalità.

Gli strumenti psicometrici sono stati somministrati all'inizio della terapia e in seguito riapplicati al 6°, 12°, 18° mese di trattamento dallo psicoterapeuta che sosteneva gli incontri di gruppo (RDL) il quale non era informato degli esiti dei test.

Valutazione psicometrica

Strumenti utilizzati:

- La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) di J.E. Overall e D.R. Gorman (67), intervista psichiatrica semistrutturata composta da 18 item, a ciascuno dei

quali è possibile attribuire un punteggio da 0 a 4 relativo all'assenza o presenza di sintomi psichiatrici schizo-affettivi.

- South Oaks Gambling Screen (SOGS) di Lesieur e Blume (13,68), questionario a 20 item, utilizzato in studi epidemiologici e clinici che permette di evidenziare le caratteristiche e le problematiche attinenti al gioco. Non permette di fare una diagnosi ma di raccogliere informazioni sul tipo di gioco, quantità di denaro speso e rapporto con il denaro, modo di procurarselo, abitudini di gioco, consapevolezza e rapporto con il gioco, implicazioni familiari e sociali.

Può essere utilizzata sia come questionario che come intervista. I punteggi si ottengono sommando le risposte affermative degli item che identificano le situazioni a rischio. Un punteggio uguale o maggiore di 5 identifica un probabile giocatore patologico.

- Beck Depression Inventory (BDI) di Beck (69). Questionario di autovalutazione la cui somma dei punteggi relativi (0-3) a ciascuno dei 21 item quantifica i sintomi depressivi e l'umore depresso nelle varie aree indagate (tristezza, pessimismo, insoddisfazione, colpa, idee suicidarie, ritiro sociale, delusione, riduzione dell'efficienza lavorativa, ponderale e della libido, indecisione, disturbi del sonno, appetito, ecc.). Il punteggio varia da 0 a 63 e il punteggio di 16 rappresenta il cut-off clinico oltre il quale considerare la depressione di livello moderato.
- State-Trait Anxiety Inventory-1 (STAI Y-1) di Spilberger (70). Questionario che misura l'ansia di stato, considerata come una condizione transitoria di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico conseguente a eventi di pericolo sia oggettivo che presunto, indicatore dello stato d'ansia relativo al contesto nel quale in soggetto si trova, e può fluttuare in base alle circostanze. Consta di 20 domande e il punteggio varia da 1 a 4 per ogni scala (quasi mai, qualche volta, spesso, sempre). Il totale viene conteggiato dalla somma dei punti con un range di 20-80.
- State-Trait Anxiety Inventory-2 (STAI Y-2) di Spilberger (70). 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. Consta di 20 domande e il punteggio varia da 1 a 4 per ogni scala (quasi mai, qualche volta, spesso, sempre). Il totale viene conteggiato dalla somma dei punti con un range di 20-80.
- Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) di Barrat (71-75). Strumento psicometrico 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). Costituito da

30 item valutati con una scala a 4 punti (raramente/mai, occasionalmente, spesso, quasi sempre/sempre), range 30-120. 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, et al. (7,9,10). Questionario parzialmente descritto in precedenza, composto da 240 item, che permette di valutare la personalità nella popolazione generale e soggetti psichiatrici. Il calcolo delle scale viene eseguito su 226 item, a risposta dicotomica vero-falso. Consta di 7 scale di cui 4 per valutare i tratti temperamentali e 3 per quelli caratteriali.

Ciascuna scala è composta di sottoscale bipolari che misurano i rispettivi tratti, ed esse sono:

- Scala - Ricerca di Novità, composta da: RN1, eccitabilità esplorativa vs rigidità; RN2, impulsività vs riflessività; RN3, stravaganza vs riservatezza; RN4, sregolatezza vs metodicità.
- Scala - Evitamento del Danno, composta da: ED1, ansia-paura anticipatoria vs ottimismo; ED2, paura dell'incertezza vs sicurezza; ED3, timidezza-diffidenza vs socievolezza; ED4, affaticabilità e astenia vs energia.
- Scala - Dipendenza dalla Ricompensa, composta da: RD1, sentimentalismo vs insensibilità; RD3, attaccamento vs distacco; RD4, dipendenza vs indipendenza.
- Scala - Perseveranza, composta da: RD2, ostinazione vs indecisione.
- Scala - Autodirettività, composta da: AD1, responsabilità vs colpevolizzazione (altrui); AD2, intenzionalità-propositività vs mancanza di scopo; AD3, ricchezza di risorse vs apatia; AD4, autoaccettazione vs autorifiuto; AD5, congruente secondo la propria natura (con gli scopi) vs incongruente.
- Scala - Cooperatività, composta da: C1, accettazione sociale vs intolleranza sociale; C2, empatia vs disinteresse sociale; C3, utilità (disposto all'aiuto) vs inutilità (non disposto all'aiuto); C4, compassione vs vendicatività; C5, buona coscienza vs egoismo.
- Scala - Trascendenza: T1, dimenticanza di se stessi (essere assorti-estatici) vs autoconsapevolezza cosciente; T2, identificazione transpersonale vs autodifferenziazione; T3, spiritualità vs materialismo razionale.

Valutazione Statistica

I punteggi sono stati espressi in medie e deviazioni standard.

Per il raffronto delle variabili categoriche è stata utilizzata una statistica non parametrica mentre per le variabili dimensionali è stato utilizzato il t test per campioni indipendenti e l'analisi della varianza (ANOVA).

Per il calcolo delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente rho di Spearman.

Per valutare quali variabili predicavano statisticamen-

te l'attitudine al gioco è stata eseguita la regressione statistica *stepwise*.

Nell'equazione sono state inserite come variabili dipendenti rispettivamente il SOGS e la BIS 11 e come variabili indipendenti: sesso, stato civile, *status* socio-economico, titolo di studio, presenza di una precedente psicoterapia e/o il trattamento farmacologico, età, età di insorgenza e durata del disturbo, i test utilizzati per misurare le variabili clinico-fenomenologiche.

Trattamento

Durante il primo e/o secondo incontro sono state raccolte dal terapeuta (RDL) le informazioni personali, forniti i test e illustrate le spiegazioni propedeutiche all'entrata in gruppo e relative al setting terapeutico (tempi, sede, durata e orari di frequenza, doveri e regole da rispettare, tra cui quelle relative alle assenze e alla gestione del denaro) e alla composizione del gruppo; è stato, inoltre, esplicitato lo scopo ultimo degli incontri: giungere a un cambiamento nello stile di vita.

Gli incontri, della durata di 2 ore ciascuno a frequenza settimanale (con la sola sospensione di 3 settimane nel corso dell'anno), erano rivolti, oltre che al giocatore, anche ai familiari, la cui partecipazione al gruppo viene considerata di grande importanza ai fini di una buona riuscita della terapia.

Durante le sedute, che mirano a modificare le relazioni all'interno della coppia e della famiglia – concepite a loro volta come sistemi aperti in continua interazione con un contesto sociale allargato – sono state toccate le tematiche e i vissuti che il gruppo si trova progressivamente ad affrontare e si propone di elaborare lungo il percorso che conduce al cambiamento.

Il dialogo è stato lo strumento operativo utilizzato per far emergere alla coscienza anche ciò che non veniva esplicitato verbalmente, mentre l'analisi del conflitto individuo-gruppo ha permesso di comprendere e in seguito gestire le relazioni interpersonali (76,77).

RISULTATI

Sono state riscontrate notevoli differenze nelle variabili dimensionali ma non in quelle categoriche (sesso, *status* socio-economico, titolo di studio, stato civile e lavorativo, precedente psicoterapia o farmacoterapia).

Nel raffronto fra GAP e Controlli (**Tabella 1**) il gruppo giocatori ha espresso punteggi significativamente più elevati nella depressione, ansia di stato e di tratto, impulsività RN, DR, T, e punteggi inferiori nell'A e nella C; mentre, le dimensioni dell'ED e P non hanno espresso differenze significative.

Durante i primi 6 mesi di trattamento 30 giocatori (7 F e 23 M) hanno abbandonato la terapia.

I Giocatori d'Azzardo Patologici in Trattamento (GAPT) (n=33), alla seconda misurazione dopo 6 mesi, non riportano episodi di gioco d'azzardo ed evidenziano punteggi maggiori nelle dimensioni DR (p=.02) e C (p=.04) rispetto coloro che hanno interrotto il trattamento (**Tabella 2**).

Al raffronto delle variabili categoriche non sono state osservate differenze significative fra il gruppo abbandoni e non abbandoni.

Nel corso della psicoterapia di gruppo (misurazioni a 6, 12, 18 mesi di trattamento) (**Tabella 3**) si è verificata una progressiva e sostanziale diminuzione dei punteggi nella depressione (p=.000), ansia di stato e di tratto (p=.000) e impulsività (p=.000), oltre che una riduzione dei punteggi nei tratti Evitamento del Danno (p=.001) (sottoscale ansia anticipatoria/pessimismo e timidezza), Dipendenza dalla Ricompensa (p=.02) (sottoscale attaccamento e dipendenza), Autodirettività (p=.001) (sottoscale responsabilità, propositività/intenzionalità, accettazione di sé) e Cooperatività (sottoscale accettabilità sociale, compassione) (p=.000).

Nella comparazione fra i punteggi dei GAPT alla IV misurazione e gli abbandoni (**Tabella 4**) si osservano differenze significative (p=.000) nella depressione, nell'ansia di stato e di tratto, nell'impulsività e nel tratto temperamentale ED (p=.046) ma non nelle altre variabili.

Dal raffronto, dopo 18 mesi di terapia, fra GAPT e il gruppo di controllo (**Tabella 4**) emerge che i giocatori, evidenziano notevoli miglioramenti anche se manifestano punteggi maggiori nella depressione (p=.009), ansia di tratto (p=.04), impulsività (p=.000), RN (p=.000) e T (p=.001), mentre ottengono punteggi inferiori nelle dimensioni di A (p=.000) e C (p=.000).

Non risultano, invece, significative le differenze nell'ED, DR e P.

All'analisi delle correlazioni, nei 63 GAP (**Tabella 5**), si osserva che i punteggi del SOGS correlano con quelli della BIS 11 (p<.05), mentre quest'ultima correla negativamente con la scala dell'A (p<.001) e C (p<.05) e positivamente sia con RN (p<.001) che con l'ansia di stato (STAI-Y1; p<.001) e di tratto (STAI-Y2; p<.001).

A un'elevata impulsività corrispondono una bassa Autodirettività e un'elevata ricerca di stimolazioni e di ansia di stato e di tratto.

La depressione correla con entrambe le scale dell'ansia (p<.001) e queste ultime correlano positivamente con l'ED (p<.05; p<.001) confermando la corrispondenza diretta fra i due affetti negativi (depressione – ansia), e tra ansia ed ED.

Tabella 1. Differenze nei punteggi dei due gruppi (GAP – Controlli)

	Giocatori (n=63)		Controlli (n=52)		t	df	Sig.
	MEDIA	DS	MEDIA	DS			
SOGS	11.03	3.21	0.00				
BDI	16.90	8.29	3.76	3.69	11.28	89.08	.000***
STAI Y-1	53.57	11.77	33.71	10.22	9.54	113	.000***
STAI Y-2	51.00	10.45	34.73	7.58	9.37	113	.000***
BIS-11	71.90	10.30	51.19	8.36	11.66	113	.000***
TCI - RN	26.00	5.36	16.92	4.52	9.68	113	.000***
TCI - ED	16.92	5.92	16.23	5.10	.66	113	NS
TCI - DR	14.57	3.09	13.36	2.59	2.23	113	.027*
TCI - P	4.04	1.50	3.92	1.29	.47	113	NS
TCI - A	15.87	6.01	23.34	4.45	-7.66	11.80	.000***
TCI - C	22.33	5.19	25.30	4.05	-3.45	113	.001***
TCI - T	15.36	6.41	11.28	6.80	3.30	113	.001***

*p<.05

**p<.01

***p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; 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).

Tabella 2. Differenze nei punteggi dei 3 gruppi (Controlli – GAP abbandoni – GAP in terapia) alla misurazione

	Controlli (n=52)		GAP-abbandoni (n=30)	GAP-terapia (n=33)	t	df	Sig.
	MEDIA (DS)	Sig.	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)			
SOGS		anova	10.43 (3.66)	11.57 (2.67)	1.40	52.63	NS
BDI	3.76 (3.69)	***	16.23 (7.91)	17.51 (8.70)	.61	61	NS
STAI Y-1	33.71 (10.22)	***	52.73 (11.27)	52.09 (14.92)	.54	61	NS
STAI Y-2	34.73 (7.58)	***	49.60 (10.46)	52.27 (10.43)	1.01	61	NS
BIS-11	51.19 (8.36)	***	72.43 (9.39)	71.42 (11.18)	-.39	61	NS
TCI - RN	16.92 (4.52)	***	25.46 (5.16)	26.48 (5.57)	.75	61	NS
TCI - ED	16.23 (5.10)	NS	17.23 (5.65)	16.63 (6.22)	-.40	61	NS
TCI - DR	13.36 (2.59)	*	13.63 (3.41)	15.42 (2.53)	2.38	61	.02*
TCI - P	3.92 (1.29)	NS	4.20 (1.47)	3.90 (1.54)	-.76	61	NS
TCI - A	23.34 (4.45)	***	15.36 (5.39)	16.33 (6.55)	.64	61	NS
TCI - C	25.30 (4.05)	**	20.96 (4.77)	23.57 (5.32)	2.04	61	.04*
TCI - T	11.28 (6.80)	***	15.20 (6.1)	15.51 (6.75)	.19	61	NS

*p<.05

**p<.01

***p<.001

SOGS=South Oaks Gambling Screen; 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).

Nella Tabella 5 si può osservare come l'ansia e l'impulsività influiscano negativamente sull'A ($p<.01$; $p<.01$) che correla negativamente anche con la RN ($p<.001$) e l'ED ($p<.001$).

Alla RN corrisponde anche una bassa C ($p<.05$); mentre, alla DR corrispondono la C ($p<.001$) e T ($p<.001$).

In sintesi, l'ansia e l'impulsività influiscono mag-

giormente e negativamente sull'A rispetto alla C che, invece, risente della dimensione DR, appartenendo a uno stesso costrutto di sentimentalismo, altruismo e sensibilità.

Infine, esiste una debole correlazione fra C e T ($p<.05$), mentre non si evidenziano correlazioni significative fra le 4 scale temperamental (RN, DR, ED, P) del TCI; ciò a conferma della omogeneità e indipen-

Tabella 3. Differenze nei punteggi GAP (33) in terapia I-IV misurazione

	I	II	III	IV			
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	t	df	Sig. (I-IV)
BDI	17.51 (8.70)	10.66 (8.26)	9.09 (7.08)	6.06 (4.06)	8.11	32	.000***
STAI Y-1	52.09 (14.92)	42.12 (12.04)	39.33 (8.93)	37.12 (7.85)	5.18	32	.000***
STAI Y-2	52.27 (10.43)	42.33 (11.04)	40.93 (9.65)	38.42 (7.62)	7.36	32	.000***
BIS-11	71.42 (11.18)	64.36 (9.62)	61.69 (8.60)	60.03 (8.47)	5.71	32	.000***
TCI - RN	26.48 (5.57)	24.21 (5.05)	25.39 (4.89)	26.15 (4.20)	.73	32	.NS
TCI - ED	16.63 (6.22)	14.96 (5.09)	15.24 (5.08)	14.66 (4.31)	3.73	32	.001**
TCI - DR	15.42 (2.53)	16.12 (2.55)	15.15 (2.57)	14.42 (2.48)	2.54	32	.02*
TCI - P	3.90 (1.54)	3.96 (1.35)	3.87 (1.19)	3.66 (0.85)	1.24	32	.NS
TCI - A	16.33 (6.55)	16.90 (6.26)	15.54 (5.94)	14.42 (5.10)	3.74	32	.001***
TCI - C	23.57 (5.32)	24.12 (4.49)	23.09 (4.88)	21.24 (4.09)	4.40	32	.000***
TCI - T	15.51 (6.75)	14.93 (6.46)	15.12 (6.15)	16.18 (5.27)	-1.24	32	.NS

*p<.05

** p<.01

***p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; 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).

Tabella 4. Raffronto controlli, GAP IV misurazione, abbandoni

	GAP-abbandoni (n=30)	GAP-terapia IV (n=33)		Controlli (n=52)	GAP-terapia IV (n=33)	
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	t-test	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	t-test
			Sig.			Sig.
BDI	16.23 (7.91)	6.06 (4.06)	.000***	3.76 (3.69)	6.06 (4.06)	.009**
STAI Y-1	52.73 (11.27)	37.12 (7.85)	.000***	33.71 (10.22)	37.12 (7.85)	.NS
STAI Y-2	49.60 (10.46)	38.42 (7.62)	.000***	34.73 (7.58)	38.42 (7.62)	.041*
BIS-11	72.43 (9.39)	60.03 (8.47)	.000***	51.19 (8.36)	60.03 (8.47)	.000***
TCI - RN	25.46 (5.16)	26.15 (4.20)	.NS	16.92 (4.52)	26.15 (4.20)	.000***
TCI - ED	17.23 (5.65)	14.66 (4.31)	.046*	16.23 (5.10)	14.66 (4.31)	.NS
TCI - DR	13.63 (3.41)	14.42 (2.48)	.NS	13.36 (2.59)	14.42 (2.48)	.NS
TCI - P	4.20 (1.47)	3.66 (0.85)	.NS	3.92 (1.29)	3.66 (0.85)	.NS
TCI - A	15.36 (5.39)	14.42 (5.10)	.NS	23.34 (4.45)	14.42 (5.10)	.000***
TCI - C	20.96 (4.77)	21.24 (4.09)	.NS	25.30 (4.05)	21.24 (4.09)	.000***
TCI - T	15.20 (6.1)	16.18 (5.27)	.NS	11.28 (6.80)	16.18 (5.27)	.001***

*p<.05

** p<.01

***p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; 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).

denza dei rispettivi tratti già posta in rilievo da altri studi (78,79).

In merito alla gravità di gioco, non è stata osservata alcuna relazione fra i punteggi del SOGS e le variabili socio-demografiche, mentre è stata riscontrata una correlazione positiva fra età dei soggetti, età di insorgenza del problema ($\rho = .89$; $p \leq .001$) e anni di gioco ($\rho = .28$; $p \leq .05$).

Allo stato civile di coniugato, allo *status* socio-economico e alla scolarità più elevate corrispondono minori preoccupazioni ansiose anticipatorie espresse dai punteggi dell'ED ($\rho = -.32$; $p \leq .001$; $\rho = -.36$; $p \leq .001$; $\rho = -.24$; $p \leq .05$), e la Cooperatività correla positivamente con lo *status* socio-economico ($\rho = .39$; $p \leq .001$), mentre le femmine iniziano a giocare più tardi dei maschi ($\rho = .30$; $p \leq .05$).

Tabella 5. Correlazioni gruppo 63 GAP

	SOGS	BDI	ST-Y1	ST-Y2	BIS-11	TCI-RN	TCI-ED	TCI-DR	TCI-P	TCI-A	TCI-C
SOGS											
BDI	.112										
STAI-Y1	.089	.533***									
STAI-Y2	.065	.596***	.82***								
BIS-11	.251*	.011	.364**	.348**							
TCI-RN	.203	-.154	.113	.125	.463***						
TCI-ED	.029	.161	.294*	.338**	.229	-.078					
TCI-DR	-.045	-.043	-.101	-.046	-.171	.203	-.017				
TCI-P	-.023	.095	-.101	-.079	-.081	-.231	-.162	-.061			
TCI-A	-.050	-.210	-.384**	-.369**	-.521***	-.395***	-.493***	-.054	.041		
TCI-C	-.055	-.037	-.187	-.196	-.265*	-.271*	-.206	.482***	.197	.262*	
TCI-T	.142	-.253	-.180	-.097	.099	.215	.047	.436***	.168	-.171	.188

*p<.05

**p<.01

***p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; 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).

All'analisi della regressione *stepwise* nei 63 GAP, inserendo come variabile dipendente i punteggi del SOGS e come variabili indipendenti l'età, l'esordio, gli anni di gioco e i punteggi dei vari test, l'unico predittore significativo risulta essere l'impulsività (BIS-11) ($R^2=.06$; $\beta=.25$; $p=.046$); mentre, inserendo come variabile dipendente l'impulsività, i maggiori predittori sono risultati essere: i bassi punteggi di Autodirettività ($t=-3.61$, $\beta=-.39$, $p=.001$) e di DR ($t=-2.61$; $\beta=-.26$, $p=.01$) e i punteggi elevati di RN ($t= 3.28$; $\beta=.36$, $p=.002$).

Quindi, prima della terapia l'impulsività è il fattore predittivo della gravità del GAP, mentre l'alta RN e le basse A e DR influenzano l'impulsività.

L'analisi della regressione *stepwise* nei 33 GAP, dopo 18 mesi di trattamento, inserendo come variabile dipendente l'impulsività (BIS-11) ha espresso come unico predittore significativo i punteggi dello STAI-Y1 ($t=2.77$; $\beta=.44$; $p=.009$).

Per cui, dopo terapia, l'ansia di stato è l'unica variabile che predice significativamente l'impulsività.

DISCUSSIONE

I dati presentati in questa ricerca non consentono una spiegazione esaustiva dei risultati ottenuti sia a causa del numero non elevato dei soggetti che a causa degli strumenti di misurazione non ancora validati in un esteso campione di soggetti italiani, per cui non è possibile un raffronto con la popolazione generale.

Altri sono i motivi che rendono particolare la ricerca, fra i quali il tipo di terapia e la sua lunga durata, che

non permettono il paragone con altri metodi di intervento; inoltre, questo ha la particolarità di essere il primo lavoro del genere e ciò non consente una comparazione con altri studi simili.

A questi aspetti va aggiunta la specificità di trattamento che presenta delle caratteristiche peculiari, come la partecipazione attiva dei familiari, l'essere un gruppo semiaperto intermedio (10-15 soggetti) non analitico nel quale l'intervento terapeutico si focalizza sul dialogo, sulle relazioni soggetto-gruppo, sulle relazioni interpersonali e sulla creatività, e dove "il sintomo gioco d'azzardo" nel corso del tempo acquisisce una dimensione del tutto secondaria; non ultimo, la notevole esperienza del conduttore del gruppo.

Indubbiamente, parte dei risultati può anche dipendere dalle caratteristiche di svolgimento della terapia (regole precise, lunga durata, gestione delle finanze da parte del coniuge o familiare, ecc.), da altri fattori specifici, dall'effettiva motivazione al trattamento, oppure ai cambiamenti spontanei che possono verificarsi nel corso del tempo.

Tuttavia, lo studio ha permesso di giungere a risultati importanti poiché è confermata la presenza di depressione, ansia e impulsività quali sintomi caratteristici del GAP che comunque si riducono notevolmente nel corso della terapia, e non vengono più riportati episodi di gioco d'azzardo sebbene il punteggio iniziale del SOGS fosse elevato.

In merito alle dimensioni temperamentalì, i punteggi elevati nella dimensione di RN (RN1, RN2, RN3, RN4) del TCI permettono di definire i giocatori curiosi, eccitabili, stravaganti, disordinati e impulsivi, confermando così gli studi precedenti nei quali si eviden-

ziava una maggiore estroversione, impulsività e ricerca di sensazioni (4,5,12,14-17,36,37,39,44,45).

I giocatori, nel raffronto con i controlli non presentano tratti caratteriali di eccessiva paura e/o preoccupazione anticipatoria ed esprimono un livello normale di pessimismo e timidezza, mentre risulta essere presente maggiore sentimentalismo (DR1), bisogno di un supporto emotivo e dipendenza dall'approvazione altrui, anche se quest'ultimo dato contrasta con altri risultati che avevano indicato nei giocatori punteggi minori nella dimensione DR (12,14-17).

Tale differenza è da mettersi in relazione con caratteristiche specifiche del gruppo di controllo utilizzato in questo studio; infatti, nel raffronto dei loro punteggi con quelli di altri studi (Tabella 6) (7,80-83) si osserva una maggiore variabilità nelle dimensioni caratteriali del TCI rispetto a quelle temperamentali, probabilmente in relazione a una variabilità etnico-culturale-socio-educativa.

I punteggi della P denotano, invece, un'uguale determinazione e tenacia.

Viceversa, in merito alle dimensioni caratteriali, i minori punteggi nell'Autodirettività (sottoscale A1, A2, A3, A4, A5) sottolineano la ridotta capacità di definire, pianificare e perseguire obiettivi significativi modificando il comportamento in funzione degli scopi, scarsa propositività e tendenza a colpevolizzare gli altri.

I bassi punteggi nella Cooperatività (sottoscale C1, C2, C3, C5) denotano una minore accettazione sociale degli altri, empatia, compassione e altruismo, anche se questo tratto risente positivamente dello status socio-economico e scolastico superiore.

Infine, i maggiori punteggi nella Trascendenza (sottoscale T1, T3) indicano nei giocatori la capacità di estraniarsi ed essere assorti in una relazione/attività,

oltre che essere orientati verso la spiritualità, il mondo e le cose che ne fanno parte.

I nostri dati concordano con quelli presentati da Martinotti, et al. (16,17) (Tabella 7) a eccezione dei punteggi della dimensione temperamentale DR, che nei nostri controlli risultano inferiori, anche se a una significatività non elevata; infatti, tutti i giocatori, sia nel loro che nel nostro studio, evidenziano elevate RN e T ma ridotte A e C.

Considerando, invece, le differenze osservate fra i giocatori che proseguono il trattamento da quelli che lo abbandonano, i GAP in Trattamento risultano essere più sentimentali e influenzati dall'approvazione altrui, e presentano con maggiore collaborazione, disponibilità, altruismo e compassione. Per cui, i tratti di maggiore DR e C giustificano la permanenza in trattamento dei 33 giocatori.

Passando a considerare gli effetti della terapia, dopo 18 mesi, essi evidenziano notevoli miglioramenti nell'umore (ansia, depressione), impulsività e ED (paura e ansia anticipatorie), ma nessun cambiamento nel tratto RN.

Le caratteristiche di curiosità, eccitabilità, stravaganza, impulsività di tratto, esprimono un aspetto stabile e tipico dei GAP che non viene a modificarsi nel corso della psicoterapia; comunque, ciò non sorprende e trova una spiegazione bio-logica nella teoria di Cloninger poiché il tratto temperamentale esprime una specifica espressione fenotipica (frutto dell'interazione di fattori genetici e ambientali) e solamente i soggetti con disturbo bipolare in fase ipomaniacale esibiscono un incremento temporaneo della RN (82).

Come già affermato in precedenza un'elevata RN e basse A e C ascrivono la presenza di disturbi di personalità, mentre soggetti senza tali disturbi presentano elevati punteggi nella C e DR (7,8) anche se soggetti

Tabella 6. Raffronto punteggi dati normativi USA, Svezia, Francia, Korea, Germania

	Controlli (n=52) (Savron et al. 2007)	Cloninger, et al. (7) (n=300)	Brändström, et al. (80) (n=1300)	Pélissolo e Lépine (81) (n=602)	Richter et al. (82) (n=126)	Sung et al. (83) (n=851)
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)
TCI - RN	16.92 (4.52)	19.2 (6.0)	18.8 (5.9)	16.4 (5.6)	15.7 (5.5)	19.0 (6.1)
TCI - ED	16.23 (5.10)	12.6 (6.8)	14.1 (6.3)	16.1 (7.2)	19.3 (4.5)	17.7 (6.7)
TCI - DR	13.36 (2.59)	15.5 (4.4)	14.9 (3.5)	14.2 (3.9)	15.3 (3.3)	15.9 (3.7)
TCI - P	3.92 (1.29)	5.6 (1.9)	3.7 (1.9)	4.6 (1.9)	3.7 (1.6)	4.4 (1.9)
TCI - A	23.34 (4.45)	30.7 (7.5)	32.5 (6.2)	31.9 (6.3)	34.0 (4.9)	23.3 (7.9)
TCI - C	25.30 (4.05)	32.3 (7.2)	33.6 (4.6)	31.7 (5.6)	32.4 (4.6)	30.2 (6.2)
TCI - T	11.28 (6.80)	19.2 (6.3)	12.5 (5.9)	13.7 (6.1)	11.5 (5.4)	14.9 (6.2)

TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

Tabella 7. Raffronto punteggi dati italiani GAP

	Controlli (n=52; F=7; M=45)	Giocatori (n=63; F=10; M=53)		Controlli (n=35; F=12; M=23) Martinotti, et al. (16)	Giocatori (n=32; F=12; M=20) Martinotti, et al. (16)		Controlli (n=45) Martinotti, et al. (17)	Giocatori (n=27; F=10; M=17) Martinotti, et al. (17)	
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	Sig.	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	Sig.	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	Sig.
TCI - RN	16.92 (4.52)	26.00 (5.36)	***	18.1 (5.6)	25.7 (5.2)	***	17.9 (4.35)	26.1 (5.02)	***
TCI - ED	16.23 (5.10)	16.92 (5.92)	NS	16.7 (7.0)	15.5 (6.9)	NS	16.80 (6.5)	14.7 (6.97)	NS
TCI - DR	13.36 (2.59)	14.57 (3.09)	*	16.1 (3.4)	13.2 (4.0)	**	16.09 (3.29)	14.2 (4.03)	NS
TCI - P	3.92 (1.29)	4.04 (1.50)	NS	4.6 (1.6)	3.9 (1.5)	NS	4.61 (1.9)	4.5 (1.5)	NS
TCI - A	23.34 (4.45)	15.87 (6.01)	***	31.5 (7.4)	24.1 (8.0)	***	32.02 (6.01)	24.7 (7.65)	*
TCI - C	25.30 (4.05)	22.33 (5.19)	***	31.4 (4.9)	25.3 (5.4)	***	31.47 (5.0)	25.2 (5.31)	***
TCI - T	11.28 (6.80)	15.36 (6.41)	***	16.1 (6.1)	17.1 (5.8)	NS	15.91 (5.91)	18.8 (5.48)	***

*p<.05
**p<.01
***p<.001
TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

con un'alta dipendenza dalla ricompensa esprimono tratti di personalità dipendente, vulnerabilità sociale e ricerca di gratificazione in risposta alle frustrazioni.

Svrakic, et al. (8) hanno riscontrato che in soggetti con moderata/alta A la presenza di un'elevata C riduce il rischio per un disturbo di personalità, poiché nel loro campione punteggi inferiori al valore soglia di 20 nell'A erano predittivi nel 90% dei casi della presenza di un disturbo di personalità.

Nel nostro esempio possiamo ipotizzare che i maggiori punteggi nella DR attenuino l'impatto esercitato dalle basse A e C, confermando anche indirettamente la correttezza del criterio di esclusione utilizzato in questa ricerca, rappresentato dalla presenza conclamata di un disturbo di personalità.

Altre sono le considerazioni che vanno fatte con i nostri giocatori, poiché il maggiore punteggio nella T porta a considerare la capacità individuale di estraniarsi e sentirsi parte di un insieme (mondo e cose); mentre, a seguito della terapia, la riduzione dei punteggi nell'A e C, contrari a quanto ci si sarebbe aspettato, trovano una spiegazione plausibile ipotizzando che il lavoro di gruppo abbia ridotto la capacità gestionale individuale e/o che si sia determinata una migliore percezione individuale di Sé, ma parimenti si sia costituita una maggiore dipendenza dalle scelte operate in gruppo e dal gruppo.

Tale dato sarebbe confermato dalle osservazioni fatte nel corso degli incontri psicoterapeutici in cui i soggetti stessi hanno riconosciuto da un lato la presenza di una certa sicurezza-dipendenza dal gruppo e dall'altra difficoltà-timore in previsione del termine della terapia.

Questi dati tuttavia, in mancanza di altri lavori simili, rappresentano delle ipotesi esplicative su cui è necessario effettuare ulteriori studi.

In ogni modo, le caratteristiche di temperamento-carattere che differenziano i GAP dai controlli, anche dopo terapia, sono l'elevata RN e T e i bassi punteggi di A e C.

La presenza di questi tratti costituisce l'elemento caratteristico differenziale, senza che tale assetto personologico necessariamente esprima la presenza di specifici disturbi di personalità conclamati.

Questi dati hanno delle implicazioni rilevanti in funzione del fatto che, come hanno indicato Svraic, et al. (8), le dimensioni caratteriali sarebbero il *focus* del trattamento psicoterapico (cognitivo, esistenziale, psicodinamico) mentre le variabili temperamentali sarebbero suscettibili di intervento psicofarmacologico e comportamentale.

Passando a considerare l'ansia di stato/tratto, esse sono i fattori e/o elementi psicofisici favorevoli l'impulsività, mentre l'assenza di correlazioni dell'ansia e depressione con altre scale denota una dimensione umorale indipendente, probabile conseguenza dei problemi inerenti il gioco.

È noto che i punteggi dell'ED si elevano quando le persone sono agitate e/o depresse e questo tratto spinge a evitare gli stimoli potenzialmente dannosi (6,85-90); al contrario, lo stesso tratto si riduce dopo terapia.

Come già rilevato in altri studi, l'impulsività correla con la RN e tale relazione non sorprende dato che la sottoscala RN2 del TCI identifica il medesimo costrutto ed essa è l'unica variabile predittiva dei punteggi del

SOGS in relazione alla gravità del gioco d'azzardo (43,66,91).

Inoltre, l'assenza di correlazione fra le 4 scale temperamentalmente denota una loro indipendenza, mentre nelle scale caratteriali la Cooperatività, correla debolmente con l'Autodirettività.

Altrettanto coerente con una valutazione intuitiva è l'osservazione che l'Autodirettività viene influenzata negativamente da ansia, impulsività, RN, ED, mentre la Cooperatività (empatia, collaborazione, tolleranza) risulta concettualmente connessa al tratto temperamentale DR (sensibilità, sentimentalismo, altruismo, minore distacco sociale, disponibilità),

Valori elevati di ED e T unitamente a bassi punteggi di A e C sono state poste in relazione alla presenza di depressione maggiore (81,92), disturbo comunque non presente nel nostro campione e confermato dal criterio di inclusione dei soggetti nel gruppo sperimentale della ricerca e dai punteggi del BDI.

Infine, un altro dato che denota il cambiamento avvenuto nei soggetti in terapia è mostrato dal fatto che, dopo 18 mesi di trattamento, la variabile che predice l'impulsività risulta essere l'ansia di stato, mentre prima dell'intervento essa viene influenzata dai bassi punteggi della A e DR e da alti punteggi nella RN.

Prima della terapia, l'impulsività rappresenta il fattore predittivo della gravità di gioco espressa dal SOGS, mentre dopo terapia l'ansia di stato diventa l'unica variabile che la predice significativamente.

Ciò lascia affermare che l'intervento ha modificato l'impulsività e il suo impatto sulla tendenza a giocare.

Dopo terapia, solo la percezione situazionale di ansia, e non altre variabili emotive/cognitive, è predittiva dell'impulsività e il trattamento dell'ansia residua potrebbe essere un ulteriore *focus* di intervento sull'impulsività.

CONCLUSIONI

In merito alla personalità del giocatore, i risultati emersi nel presente studio confermano che i GAP, rispetto a un gruppo di soggetti non giocatori, sono più depressi, ansiosi, impulsivi e propensi a ricercare forti stimolazioni e novità.

I risultati avvalorano la presenza di tratti temperamentalmente e caratteriali specifici: la presenza di elevata RN e T, e le basse A e C rappresentano un aspetto caratteristico dei giocatori e probabilmente il fattore di rischio che espone i soggetti alla possibilità di diventare un GAP.

Nonostante il numero non elevato di soggetti che hanno proseguito la terapia, che non consente di trar-

re risultati definitivi e per i quali sono necessarie ulteriori verifiche, lo studio ha permesso di:

- confermare precedenti ricerche;
- identificare le caratteristiche psicopatologiche dei giocatori che interrompono e che proseguono la terapia;
- misurare le modificazioni psicopatologiche e caratteriali nel corso del trattamento di gruppo circoscrivendone le rispettive dimensioni;
- verificare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico nell'agevolare un cambiamento delle abitudini mentali, emotive e comportamentali;
- esplorare i fattori predisponenti al gioco;
- rilevare che, prima del trattamento, l'impulsività rappresenta il fattore predittivo della gravità del GAP, mentre dopo terapia l'ansia di stato è l'unica variabile che predice significativamente l'impulsività;
- evidenziare l'importanza e l'utilizzo di strumenti di misurazione psicologica per identificare i soggetti a rischio di sviluppare il DGAP.

Nell'insieme, i giocatori rispetto ai controlli, prima del trattamento, risultano essere più depressi, ansiosi (componenti stato e tratto) e impulsivi, con tratti di maggiore curiosità, stravaganza, sregolatezza (RN), sentimentalismo, attaccamento sociale e dipendenza dal supporto e dall'approvazione degli altri (DR); con minori auto-accettazione di sé, capacità di risolvere i problemi e raggiungere obiettivi, abilità nel modificare il proprio comportamento in accordo con le scelte (A), accettazione delle regole sociali e Cooperatività.

Essi presentano, invece, maggiore creatività, percezione di essere parte integrante della natura e dell'universo, accettazioni della dimensione spirituale e capacità di essere assorti in sé stessi e/o in un'attività. (Trascendenza).

Il 47,6% (n=30) dei GAP abbandona il trattamento nei primi 6 mesi di terapia.

Il 52,4% (n=33) di giocatori che proseguono l'intervento, rispetto ai giocatori che hanno interrotto, riferisce di non giocare più d'azzardo ed evidenziando sia un maggiore sentimentalismo, attaccamento sociale, sensibilità e dipendenza dall'approvazione degli altri, che maggiore accettazione delle regole sociali, tolleranza ed empatia verso il prossimo.

Si può, quindi, dedurre che maggiore Dipendenza dalla Ricompensa e maggiore Cooperatività sono i due tratti che influenzano la decisione di partecipare alla terapia di gruppo.

I soggetti che proseguono la terapia (6°, 12° e 18° mese di trattamento) evidenziano una sostanziale diminuzione della depressione, ansia di stato e di tratto e impulsività, nonché i tratti di personalità connessi alla

tendenza a inibire il proprio comportamento di fronte a un potenziale pericolo (ED), problemi futuri e l'ignoto.

Inoltre, si rileva una riduzione dei punteggi connessi ai comportamenti abitudinari, e quindi con minore dipendenza dall'approvazione altrui (DR).

Al contrario, non si rileva alcuna riduzione nei tratti di Ricerca di Novità, Persistenza e Trascendenza.

Si osservano anche cambiamenti non immediatamente comprensibili nell'Autodirettività e Cooperatività, che trovano una loro spiegazione se si ipotizza che nei giocatori si determini nel corso della terapia una minore percezione di responsabilità personale e una minore tendenza ad agire come singolo, e una contemporanea identificazione-appartenenza-dipendenza dal gruppo.

Questi risultati pongono l'accento sull'effetto del trattamento a lungo termine poiché si assiste all'interruzione del gioco d'azzardo, al miglioramento dell'umore (ansia-depressione), alla riduzione dell'impulsività e al cambiamento temperamentale-caratteriale (ED, DR; A, C); tuttavia, tali cambiamenti evidenziano che i giocatori risultano, nonostante i 18 mesi di terapia, più ansiosi, depressi, impulsivi, sebbene a livelli non patologici, con maggiore RN (tratti di maggiore curiosità, impulsività e minore tolleranza alle frustrazioni) dei soggetti di controllo.

Nonostante la terapia, permangono minori capacità decisionali, autonomia, attitudine a risolvere i propri problemi, e anche una minore tolleranza, scrupolosità, accettazione degli altri e delle regole sociali.

La terapia di gruppo produce notevoli cambiamenti nei soggetti che vi aderiscono.

Il primo beneficio concerne l'interruzione del gioco, anche se esso rappresenta solamente una parte del cambiamento; contemporaneamente si osservano modificazioni graduali sia nelle dimensioni umorali (ansia, depressione), comportamentali (impulsività) sia personologiche (Evitamento del Danno, Dipendenza dalla Ricompensa, Autodirettività, Cooperatività).

I cambiamenti implicano un tempo considerevole di trattamento e nonostante tali modificazioni permangono ugualmente delle differenze significative non patologiche con i soggetti di controllo.

Per terminare, è possibile affermare che la forte espansione del gioco d'azzardo e la maggiore accessibilità ai vari tipi di gioco comportano, negli individui più vulnerabili, un rischio maggiore di sviluppare un Disturbo da GAP con le prevedibili e gravi conseguenze personali, familiari e sociali.

È, quindi, auspicabile un'informazione più estesa possibile dei rischi connessi al problema per cogliere i primi segnali indicatori di pericolo e porre così in atto

strategie di intervento immediato, disponendo di punti di ascolto e trattamento; infine, che gli ex giocatori informino e condividano il loro percorso di guarigione con altri giocatori ancora succubi del gioco.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 4ª ed. (DSM-IV). Masson, Milano, 1996.
2. 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.
3. Vitaro F, Arseneault L, Tremblay RE: Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, 1769-1770.
4. Vitaro F, Ferland F, Jacques C, Ladouceur R: Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 1998, 12, 185-194.
5. Vitaro F, Arseneault L, Tremblay RE: Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 1999, 94, 565-575.
6. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, 573-588.
7. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 975-990.
8. 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.
9. 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.
10. Battaglia M, Bajo S: Temperament and character inventory. In: Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. SEE, Firenze, 2000, 1375-1388.
11. Kose S: Psychobiological model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium*, 2003, 41, 86-97.
12. 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.
13. Gheradri S, Lesieur E, Blume SB: Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS). South Oaks Foundation, 1992.
14. Kim SW, Grant JE: Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 104, 205-12.
15. 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.
16. Martinotti G, Paparello F, Reina D, Andreoli S, Di Nicola M, Janiri L: L'assessment dimensionale nel gioco d'azzardo patologico: il ruolo della novelty seeking. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, 2005, 28, 3-4.
17. 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.
18. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR: Tempera-

- ment dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 1996, 37, 292-298.
19. Maggini C, Pintus A: Disturbi di personalità e comorbidità. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 1996, 2, 133-145.
20. Gutierrez F, Sangonrin J, Martin-Santos R, Torres X, Torres M: Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Journal of Personality Disorders*, 2002, 16, 344-359.
21. Lorenz VC, Yaffee RA: Pathological gambling: psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 1988, 4, 13-26.
22. Ladouceur R, Boisvert JM, Pepin M, Loranger M, Dumont M: Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 1994, 10, 399-409.
23. Lester D: Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *International Journal of the Addiction*, 1994, 29, 1611-1616.
24. Campbell F, Lester D: The impact of gambling opportunities on compulsive gambling. *Journal of Social Psychology*, 1999, 139, 126-127.
25. Petry N, Armentano C: Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 1021-1027.
26. Petry NM: Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 63, 29-38.
27. Ledgerwood DM, Petry NM: What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 2006, 26, 216-228.
28. 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.
29. Blaszczynski A, Silove D: Cognitive and behavioural therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 1995, 11, 195-220.
30. Black DW, Moyer T: Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling. *Psychiatric Services*, 1998, 49, 1434-1439.
31. Griffiths ND: The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 1990, 6, 193-204.
32. Ladouceur R, Gosselin P, Laberge M, Blaszczynski A: Dropout in clinical research: do results reported in the field of addiction reflect clinical reality? *The Behavior Therapist*, 2001, 24, 44-46.
33. Shaffer H, LaBrie R, Plante DA, Kidman RC, Donato AN: The Iowa treatment program: treatment outcomes for a follow-up sample. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 61-73.
34. Gonzalez-Ibanez A, Moreno PRI: Evaluation and treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 35-42.
35. Stewart RM, Brown RI: An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, 284-288.
36. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al.: Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189, 774-780.
37. Leblond J, Ladouceur R, Blaszczynski A: Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal of Clinical Psychology*, 2003, 42, 205-209.
38. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N: Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 1997, 92, 75-87.
39. Steel Z, Blaszczynski A: Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 1998, 93, 895-905.
40. Chambers RA, Potenza MN: Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2003, 19, 53-84.
41. Holt DD, Green L, Myerson J: Is discounting impulsive? Evidence from temporal and probability discounting in gambling and non-gambling college students. *Behavioural Processes*, 2003, 64, 355-367.
42. Kalenscher T, Ohmann T, Onur Güntürkün: The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *International Journal of Psychophysiology*, 2006, 62, 203-211.
43. Alessi SM, Petry NM: Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behavioural Processes*, 2003, 64, 345-354.
44. Blaszczynski A, Steel Z: Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 1998, 14, 51-71.
45. Raylu N, Oei TPS: Pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 2002, 22, 1009-1061.
46. Zuckerman M: Vulnerability to psychopathology: a biosocial model. American Psychological Association, Washington, DC, 1999.
47. Hills D, Hill S, Mamone N, Dickerson M: Induced mood and persistence at gaming. *Addiction*, 2001, 96, 1629-1638.
48. Gherardi S: Il gioco d'azzardo: una rassegna. *Rivista di Psichiatria*, 1991, 26, 189-198.
49. Beona E, Del Carmen LM, Fuentes MJ: Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 1996, 78, 635-640.
50. Rupcich N, Frisch GR, Covoni R: Comorbidity of pathological gambling in addiction treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1997, 14, 573-574.
51. Lesieur HR: Cost and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy*, 1998, 556, 153-171.
52. Won Kim S, Grant JE, Eckert ED, Faris PL, Hartman BK: Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 2006, 2, 109-116.
53. Croce M, Zerbetto R: Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento. Franco Angeli, Milano, 2001.
54. Hand I: Pathological gambling: a negative state model and its implications for behavioural treatments. *CNS Spectrum*, 1998, 3, 58-71.
55. Blaszczynski A, Nower L: A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 2002, 97, 487-499.
56. Ladouceur R: Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 51-59.
57. 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.
58. Slutske WS: Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 297-302.
59. Toneatto T, Millar G: Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 517-525.
60. Ladouceur R: Controlled gambling for pathological gamblers. Paper presented at the Quebec Meeting, 2002.
61. Ladouceur R, Sylvain C, Letarte H, Giroux I: Cognitive treatment of pathological gamblers. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 1998, 36, 1111-1119.
62. Toneatto T, Ladouceur R: The treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Journal of Addictive Behaviour*, 2003, 17, 284-292.
63. 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.
64. Blaszczynski A: Conceptual and methodological issues in treat-

- ment outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 5-11.
65. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al.: Cognitive-Behavioral Therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74, 555-567.
66. Goldthorpe JH, Hope K: The social grading of occupations. Oxford University Press, Oxford, 1974.
67. Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799-812.
68. Lesieur HR, Blume SB: A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144, 1184-1188.
69. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, 561-571.
70. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y - self-Evaluation Questionnaire). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1983.
71. Barratt ES: Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 1959, 9, 191-198.
72. Barratt ES, Stanford MS: Impulsiveness. In: Costello CG (ed) *Personality characteristics of the personality disordered client*. Wiley, New York, 1995.
73. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES: Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 1995, 51, 768-774.
74. 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, 815-828.
75. Conti L: Barratt Impulsiveness Scale. In: *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze, SEE, 2000, 1637-1640.
76. De Luca R: La psicoterapia di gruppo per giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campoformido (UD). ITACA, 2002.
77. 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. Campoformido (UD), 15 ottobre 2006.
78. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG: Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the Personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 66, 762-775.
79. 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.
80. Brändström S, Schlette P, Przybeck TR, Lundberg M, Forsgren T, Sigvardsson S, et al.: Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 1998, 39, 122-128.
81. Pélissolo A, Lépine JP: Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Research*, 2000, 94, 67-76.
82. 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.
83. Sung SM, Kim JH, Yang E, Abrams KY, Lyoo IK: Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43, 235-243.
84. Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M, Faedda GL, Goodwin DC: The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatry Responsibility*, 1993, 48, 1-8.
85. Cloninger CR: Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Development*, 1986, 3, 167-226.
86. Svrtak DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 1992, 24, 217-226.
87. Perna G, Bemardeschi 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.
88. 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.
89. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S, et al.: Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders*, 1999, 52, 203-207.
90. Ball S, Smolin J, Shekhar A: A Psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *Journal of Psychiatry Research*, 2002, 36, 97-103.
91. Clarke D: Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences*, 2006, 40, 5-15.
92. 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.

Prima Ricerca sperimentale-2008

“L'espressione delle emozioni e la comunicazione affettiva nei giocatori d'azzardo e famigliari in trattamento presso il Centro di Campoformido”

La ricerca è stata eseguita ed elaborata dal Dr. Vitantonio Chimienti, Psicologo e Dottore di ricerca presso l'Università degli Studi di Urbino e dal Dr. Rolando De Luca, Psicologo e Psicoterapeuta, responsabile del Centro di Terapia di Campoformido (Ud).

Riportiamo di seguito una sintesi dei risultati.

Obiettivi della ricerca.

Lo studio si è proposto l'obiettivo di indagare le dimensioni della personalità che concorrono alla sintomatologia del gioco d'azzardo patologico. In particolar modo, quelle caratteristiche che evidenziano una capacità elaborativa dell'esperienza emotiva e designano una modulazione della risposta affettiva nelle relazioni interpersonali.

La sperimentazione della ricerca è stata condotta presso il Centro di Terapia di Campoformido (Ud), su soggetti in trattamento per Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e sui loro famigliari.

Soggetti, metodologia e strumenti.

La ricerca è stata effettuata su un totale di 262 soggetti ai quali è stato somministrato un protocollo di ricerca composto da una scheda socio-anagrafica e da una batteria di strumenti psicometrici.

I campioni sperimentali, costituiti da 63 soggetti con diagnosi DSM¹ per Gioco d'Azzardo Patologico e 89 famigliari in trattamento, sono stati confrontati fra loro e con un campione di controllo costituito da 110 soggetti selezionati a caso dalla popolazione generale.

I tests psicometrici componenti la batteria sono stati:

State-Trait Anxiety Inventory (Forma Y) di Spilberger;

Barrat Impulsiveness Scale (version 11) di Barratt;

¹ Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

Dissociative Experiences Scale (version II) di Putnam & Carlson;

Toronto Alexithymic Scale (20 item) di Bagby, Parker & Taylor;

Aggression Questionnaire (29 item) di Buss & Perry;

Attachment Style Questionnaire di Feeney, Noller & Hanrahan;

Risultati.

Si sono osservate importanti differenze fra campioni sperimentali e campione di controllo.

I soggetti con diagnosi di GAP hanno mostrato punteggi significativamente più elevati nelle variabili relative alla misura dell'Impulsività, dell'Aggressività e dell'Alessitimia², nonché del pattern d'attaccamento definito "Secondarietà delle Relazioni"³. Hanno riportato punteggi inferiori, invece, nel pattern "Fiducia"⁴.

I famigliari dei GAP hanno riportato punteggi significativamente più elevati nelle misure relative all'Ansia (di stato e di tratto), all'Alessitimia e ai pattern d'attaccamento "Disagio per l'intimità"⁵, "Bisogno di approvazione"⁶, "Preoccupazione per le relazioni"⁷.

Il confronto fra i due campioni sperimentali, GAP e famigliari, ha messo in luce punteggi significativamente più elevati dei giocatori nelle misure relative all'Impulsività, all'Aggressività e al pattern "Secondarietà delle Relazioni", e punteggi significativamente più elevati dei famigliari nel pattern "Fiducia" e "Disagio per l'intimità".

Le differenze delle medie per la misurazione della Dissociazione non sono risultate significative, se non per il fattore "Amnesia", che ha differenziato i soggetti con GAP sia dal campione dei famigliari che da quello di controllo.

Conclusioni.

Il presente studio ha reso possibile:

- a) sottolineare le differenze psicopatologiche fra giocatori, famigliari e soggetti di controllo;
- b) identificare le dinamiche psicologiche comuni a giocatori e famigliari;

² Dal latino *a-lex-tymos*, letteralmente "non avere parole per gli stati affettivi", l'alessitimia denota l'incapacità psicopatologica di identificare e esprimere i propri stati emotivi e/o affettivi.

³ Il pattern "secondarietà delle relazioni" denota uno *stile d'attaccamento evitante*, con incapacità a dipendere dagli altri e fondamentalmente incentrato sull'indipendenza relazionale.

⁴ Il pattern "fiducia" riflette un orientamento *sicuro nell'attaccamento*, con una conseguente buona autostima e conforto nelle relazioni con gli altri.

⁵ Il pattern "disagio per l'intimità" implica uno stile interpersonale incentrato su un sentimento di sconforto nelle relazioni troppo intime, che fa percepire al soggetto un senso di sfiducia verso gli altri.

⁶ Il pattern "bisogno di approvazione" riflette la necessità del soggetto di ricevere risposte, da parte delle altre persone, di accettazione e di conferma.

⁷ Il pattern "preoccupazione per le relazioni", aumentato dall'ansia e dalla tendenza ad approcciarsi alle relazioni in maniera dipendente, è tipica dell'*attaccamento ansioso/ambivalente*, e denota la tendenza a percepire gli altri distanzianti rispetto al desiderio di voler essere a loro vicini.

c) rilevare le componenti emotive ed affettive che determinano disagio nelle relazioni interpersonali;

d) offrire un supporto empirico al percorso psicoterapeutico nella clinica della dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico.

Si può concludere che:

I Giocatori mostrano una scarsa capacità di elaborazione delle proprie emozioni ed uno stile d'attaccamento che li dispone ad evitare la condivisione affettiva nelle relazioni con gli altri.

I Familiari mostrano, di converso, una preoccupazione diffusa verso se stessi e verso gli altri, connotata da un disagio nella libera espressione dei propri sentimenti.

Urbino,Campoformido,ottobre 2008

Seconda Ricerca sperimentale- 2009

“L’espressione delle emozioni e la comunicazione affettiva nei giocatori d’azzardo e famigliari in trattamento presso il Centro di Campoformido: follow up ad un anno di terapia”

La ricerca è stata eseguita ed elaborata dal Dr. Vitantonio Chimienti, Psicologo e Dottore di ricerca presso l’Università degli Studi di Urbino e dal Dr. Rolando De Luca, Psicologo e Psicoterapeuta, responsabile del Centro di Terapia di Campoformido (Ud).

Riportiamo di seguito una sintesi dei risultati.

Obiettivi della ricerca.

Lo studio si è proposto di verificare, dopo un anno di terapia di gruppo, l’andamento di quelle dimensioni della personalità che concorrono alla sintomatologia del gioco d’azzardo patologico. In particolare, come riscontrato in uno studio precedente¹, di monitorare, durante un percorso psicoterapeutico, l’evoluzione di quelle caratteristiche che evidenziano una capacità elaborativa dell’esperienza emotiva e designano una modulazione della risposta affettiva nelle relazioni interpersonali.

La sperimentazione della ricerca è stata condotta presso il Centro di Terapia di Campoformido (Ud), su soggetti in trattamento per Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) e sui loro famigliari.

Soggetti, metodologia e strumenti.

¹ Relazione presentata al III Convegno Nazionale 2008 tenutosi a Campoformido “L’espressione delle emozioni e la comunicazione affettiva nei giocatori d’azzardo e loro famigliari in trattamento presso il centro di Campoformido”

La ricerca è stata effettuata su un totale di 201 soggetti ai quali è stato somministrato un protocollo di ricerca composto da una scheda socio-anagrafica e da una batteria di strumenti psicometrici. I punteggi dei campioni sperimentali, costituiti da 37 soggetti con diagnosi DSM² per Gioco d'Azzardo Patologico e 53 famigliari in trattamento, sono stati confrontati con quelli ottenuti dagli stessi dopo un anno di terapia, e con un campione di controllo costituito da 110 soggetti selezionati a caso dalla popolazione generale.

I tests psicometrici componenti la batteria sono stati:
 State-Trait Anxiety Inventory (Forma Y) di Spilberger;
 Barratt Impulsiveness Scale (version 11) di Barratt;
 Dissociative Experiences Scale (version II) di Putnam & Carlson;
 Toronto Alexithymic Scale (20 item) di Bagby, Parker & Taylor;
 Aggression Questionnaire (29 item) di Buss & Perry;
 Attachment Style Questionnaire di Feeney, Noller & Hanrahan;

Risultati.

Si sono osservate importanti differenze fra le misurazioni effettuate dopo un anno di terapia sia all'interno di ciascun campione sperimentale che nel confronto con il campione di controllo.

Tutti i punteggi hanno mostrato un tendenziale miglioramento delle dimensioni indagate. Nello specifico, i soggetti con diagnosi di GAP hanno riportato un decremento della misura dell'Impulsività e un aumento della dimensione "Fiducia"³.

I famigliari dei Gap hanno mostrato una diminuzione delle misure Impulsività e Aggressività, nonché del pattern d'Attaccamento "Disagio per l'intimità"⁴ e "Preoccupazione per le relazioni"⁵.

Il confronto fra i due gruppi sperimentali, ha messo in luce differenze significative rispetto alle misure dell'Impulsività e dell'Aggressività. Il confronto con il gruppo di controllo, invece, ha evidenziato ancora una differenza significativa della misura Alessitimia⁶ sia per i giocatori che per i famigliari e punteggi più elevati alla scala dell'Ansia per i famigliari; non è emersa alcuna differenza a nessuno dei pattern d'Attaccamento indagati.

² Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

³ Il pattern "fiducia" riflette un orientamento *sicuro nell'attaccamento*, con una conseguente buona autostima e conforto nelle relazioni con gli altri.

⁴ Il pattern "disagio per l'intimità" implica uno stile interpersonale incentrato su un sentimento di sconforto nelle relazioni troppo intime, che fa percepire al soggetto un senso di sfiducia verso gli altri.

⁵ Il pattern "preoccupazione per le relazioni", aumentato dall'ansia e dalla tendenza ad approcciarsi alle relazioni in maniera dipendente, è tipica dell'*attaccamento ansioso/ambivalente*, e denota la tendenza a percepire gli altri distanzianti rispetto al desiderio di voler essere a loro vicini.

⁶ Dal latino *a-lex-tymos*. letteralmente "non avere parole per gli stati affettivi", l'alessitimia denota l'incapacità psicopatologica di identificare e esprimere i propri stati emotivi e/o affettivi.

Conclusioni.

Il presente studio ha reso possibile:

- a) monitorare l'andamento di alcuni indicatori psicopatologici dopo un anno di terapia di gruppo;
- b) identificare quelle dimensioni psicopatologiche sulle quali la terapia di gruppo a lungo termine ha un effetto riscontrabile empiricamente;
- c) rilevare quelle componenti emotive ed affettive che differenziano soggetti di controllo da giocatori e familiari, seppur in trattamento terapeutico;
- d) offrire un supporto empirico al percorso psicoterapeutico nella clinica della dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico;

Si può concludere che, dopo un anno di terapia di gruppo:

I Giocatori mostrano di acquisire gradualmente una maggiore consapevolezza di sé nella relazione affettiva con gli altri.

I Familiari, invece, mostrano una significativa riduzione della preoccupazione e dell'ansia nei rapporti interpersonali.

Entrambi, tuttavia, sembrano esser caratterizzati ancora da una scarsa propensione a riconoscere ed esprimere liberamente i propri stati emotivi.

Terza Ricerca sperimentale- 2010

“L’espressione delle emozioni e la comunicazione affettiva nei giocatori d’azzardo e famigliari in trattamento presso il Centro di Campoformido: follow up a due anni di terapia”

La ricerca è stata eseguita ed elaborata dal Dr. Vitantonio Chimienti, Psicologo e Dottore di ricerca presso l’Università degli Studi di Urbino e dal Dr. Rolando De Luca, Psicologo e Psicoterapeuta, responsabile del Centro di Terapia di Campoformido (Ud).

Riportiamo di seguito una sintesi dei risultati.

Obiettivi della ricerca.

Lo studio si è proposto di verificare, a distanza di due anni di terapia, l’andamento di quelle dimensioni della personalità che concorrono alla sintomatologia del gioco d’azzardo patologico. In particolare, come riscontrato in studi precedenti¹, di monitorare durante un percorso psicoterapeutico, l’evoluzione di quelle caratteristiche che evidenziano una capacità elaborativa dell’esperienza emotiva e designano una modulazione della risposta affettiva nelle relazioni interpersonali. La sperimentazione della ricerca è stata condotta presso il Centro di Terapia di Campoformido (Ud), su soggetti in trattamento per Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) e sui loro famigliari.

Soggetti, metodologia e strumenti.

La ricerca è stata effettuata su un totale di 176 soggetti ai quali è stato somministrato un protocollo di ricerca composto da una scheda socio-anagrafica e da una batteria di strumenti psicometrici. I punteggi dei campioni sperimentali, costituiti da 28 soggetti con diagnosi DSM² di Gioco d’Azzardo Patologico e 38 famigliari in trattamento, sono stati confrontati fra loro e con quelli ottenuti dagli stessi a

¹ Relazioni presentate al III e IV Convegno Nazionale tenutisi nel 2008 e nel 2009 a Campoformido “L’espressione delle emozioni e la comunicazione affettiva nei giocatori d’azzardo e loro famigliari in trattamento presso il centro di Campoformido”

² Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

distanza di uno e due anni di terapia; e con un campione di controllo costituito da 110 soggetti selezionati a caso dalla popolazione generale.

I tests psicometrici componenti la batteria sono stati:

State-Trait Anxiety Inventory (Forma Y) di Spilberger;

Barratt Impulsiveness Scale (version 11) di Barratt;

Dissociative Experiences Scale (version II) di Putnam & Carlson;

Toronto Alexithymic Scale (20 item) di Bagby, Parker & Taylor;

Aggression Questionnaire (29 item) di Buss & Perry;

Attachment Style Questionnaire di Feeney, Noller & Hanrahan;

Risultati.

Si sono osservate importanti differenze fra le misurazioni effettuate dopo due anni di terapia, sia all'interno di ciascun campione sperimentale che nel confronto con il campione di controllo.

Tutti i punteggi hanno mostrato un tendenziale miglioramento delle dimensioni indagate. Nello specifico, i soggetti con diagnosi GAP hanno riportato un decremento significativo della misura dell'Impulsività e un aumento della dimensione "Fiducia"³.

I famigliari degli ex giocatori hanno mostrato una diminuzione significativa della misura Dissociazione, nonché del pattern d'Attaccamento "Disagio per l'intimità"⁴ e "Bisogno di approvazione"⁵.

Il confronto fra i due gruppi sperimentali, ha messo in luce differenze significative rispetto alle misure dell'Aggressività e del pattern Secondarietà delle Relazioni⁶. Il confronto con il gruppo di controllo, invece, ha evidenziato ancora una differenza significativa della misura Alessitimia⁷ sia per i giocatori che per i famigliari e differenze alle scale Aggressività e Secondarietà delle Relazioni per i giocatori.

Conclusioni.

Il presente studio ha reso possibile:

³ Il pattern "fiducia" riflette un orientamento *sicuro nell'attaccamento*, con una conseguente buona autostima e conforto nelle relazioni con gli altri.

⁴ Il pattern "disagio per l'intimità" implica uno stile interpersonale incentrato su un sentimento di sconforto nelle relazioni troppo intime, che fa percepire al soggetto un senso di sfiducia verso gli altri.

⁵ Il pattern "bisogno di approvazione" riflette la necessità del soggetto di ricevere risposte, da parte delle altre persone, di accettazione e di conferma.

⁶ Il pattern "secondarietà delle relazioni" denota uno *stile d'attaccamento evitante*, con incapacità a dipendere dagli altri e fondamentalmente incentrato sull'indipendenza relazionale.

⁷ Dal latino *a-lex-tymos*, letteralmente "non avere parole per gli stati affettivi", l'alessitimia denota l'incapacità psico-patologica di identificare e esprimere i propri stati emotivi e/o affettivi.

- a) monitorare l'andamento di alcuni indicatori psicopatologici dopo due anni di terapia;
- b) identificare quelle dimensioni psicopatologiche sulle quali la terapia di gruppo a lungo termine ha un effetto riscontrabile empiricamente;
- c) rilevare quelle componenti emotive ed affettive che differenziano soggetti di controllo da giocatori e famigliari, seppur in trattamento terapeutico;
- d) offrire un supporto empirico al percorso psicoterapeutico nella clinica della dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico;

Si può concludere che, dopo due anni di terapia:

Gli ex Giocatori mostrano di ridurre i comportamenti impulsivi e di ricevere gradualmente sollievo dalla vicinanza affettiva degli altri.

I Famigliari, invece, mostrano un significativo allentamento delle tensioni legate alle problematiche famigliari ed una maggiore apertura emotiva nei rapporti interpersonali.

Entrambi, rivelano una propensione all'elaborazione dei propri vissuti, seppur permane ancora l'inclinazione a non esprimere liberamente i propri stati emotivi e a non riconoscere pienamente i bisogni dell'altro.

Campoformido, 10 ottobre 2010

*Impulsività, alessitimia e stili d'attaccamento in giocatori d'azzardo patologici e loro familiari**
Impulsivity, alexithymia and attachment styles in pathological gamblers and their relatives

Vitantonio Chimienti¹, Rolando De Luca²

¹PhD, Università di Urbino "Carlo Bo", Urbino

²Psicoterapeuta, Centro per il trattamento di Giocatori d'azzardo e loro familiari, Campofornido

Vitantonio Chimienti

Phd, Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"

Via Ubaldini, 17 61029 Urbino (PU)

Tel- Fax. 0722 329690

e.mail: vitantonio.chimienti@uniurb.it

Abstract

Obiettivo

Il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno clinico che presenta gli stessi sintomi di altre forme di dipendenza patologica verso un oggetto non chimico: il gioco. L'obiettivo di questo studio è esplorare il gioco d'azzardo da una prospettiva psicodinamica, considerando l'impulsività e l'alessitimia in relazione agli stili d'attaccamento, come costrutti nucleari della teoria della regolazione affettiva. Lo studio esplora i medesimi tratti nei familiari dei giocatori.

Metodo

La ricerca è stata condotta su 262 soggetti costituenti tre campioni: giocatori, 63 soggetti con diagnosi DSM di Gioco d'Azzardo Patologico, familiari, 89 familiari dei giocatori ed un campione di controllo di 110 soggetti estratti dalla popolazione generale. A tutti i soggetti è stata somministrata una batteria di scale: BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale, TAS-20, Toronto Alexithymic Scale, and ASQ, Attachment Style Questionnaire.

Risultati

L'Analisi Multivariata della Covarianza ha evidenziato che le medie dei punteggi dell'impulsività, alessitimia, fiducia e secondarietà delle relazioni discriminano i giocatori dai controlli e che l'alessitimia e il disagio per l'intimità discrimina i familiari dai controlli. Non ci sono state differenze fra giocatori e familiari ai punteggi medi dell'alessitimia.

Conclusioni

La regolazione affettiva conferma di essere un utile approccio per la comprensione delle dinamiche del gioco d'azzardo patologico, oltre che fornire indicazioni per il trattamento dei familiari. Inoltre, la

valutazione della regolazione affettiva può essere un utile modo per identificare i probabili fattori di rischio per i giocatori d'azzardo abituali.

Objective

Pathological gambling is a clinical phenomenon that presents the same symptoms of other kind of pathological addiction toward a non-chemical object: the playing behavior. The aim of this research explore gambling by psychodynamic perspective, considering impulse control and alexithymia in relation to attachment styles, as a core of affect regulation theory. Research is also explore the same traits in relatives of gamblers.

Method.

Research was conducted on 262 subjects clustered in three sample: gambling, 63 with DSM-IV pathological gambling diagnosis, relatives, 89 relatives of gamblers in treatment and a control group of 110 subjects from general population. All subject were administered a battery of measures: BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale, TAS-20, Toronto Alexithymic Scale, and ASQ, Attachment Style Questionnaire.

Findings.

A Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) showed that mean scores of impulsiveness, alexithymia, comfort and secondary as relationship discriminate gamblers from control and alexithymia and intimacy avoidance discriminate relatives from control. There was not differences between gamblers and relatives to mean score of alexithymia.

Conclusions.

Affect regulation confirm to be a core theory to understand dynamics of pathological gambling, as to make indications for relatives' treatment. Moreover, assessing affect regulation can be a useful way to identify probable risk factors for social gamblers.

Parole chiave:

Gioco d'azzardo patologico, Impulsività, Alessitimia, Regolazione affettiva, Attaccamento

Keyword:

Pathological Gambling, Impulsiveness, Alexithymia, Affect regulation, Attachment

*La ricerca è stata in parte presentata at 52nd International ICAA Conference on *Dependencies Shaping the Future. A Multisectorial Challenge*, Estoril, Portugal. 12 Oct. 2009

Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è considerato un disturbo mentale in cui il soggetto coinvolto non riesce a smettere di giocare nonostante persistenti ed evidenti disagi familiari, lavorativi e sociali¹. È nominato fra i Disturbi del Controllo degli Impulsi in tutti i manuali diagnostici (DSM, ICD, PDM) a causa del rilevante peso che il tratto impulsivo esercita nella vita delle personalità dei giocatori.

L'impulsività è un costrutto multidimensionale denotato dalla tendenza ad agire un comportamento o effettuare una scelta senza la mediazione riflessiva^{2,3}. Un atto immediato in reazione ad uno stimolo fisico o psichico. Numerose ricerche testimoniano quanto l'impulsività sia la caratteristica strutturante la condotta dei giocatori^{4,5,6}.

Il comportamento impulsivo costituirebbe proprio il nucleo del deficit nel compiere una scelta, lasciando optare per una preferenza rischiosa anziché per una sicura. Studi condotti con l'IOWA gambling task evidenziano questo aspetto in diversi campioni di soggetti con dipendenza patologica^{7,8}, come in soggetti con GAP⁹.

Il comportamento impulsivo in molti casi non è che l'epifenomeno di un tratto impulsivo che pervade e caratterizza la personalità dei giocatori.

A conferma di ciò, l'impulsività nei GAP è risultata correlata al tratto *novelty seeking* della personalità secondo il modello di Cloninger^{10,11,12} e al tratto *sensation seeking* secondo il modello di Zuckerman^{13,14}, ricalcando un aspetto nucleare dei giocatori ascrivibile a tratti evolutivi della personalità. Come spesso evidente per la personalità dei soggetti con addiction, la covarianza di questi tratti spiega in parte, da un punto di vista diagnostico, la continua sovrapposizione sintomatologica fra GAP e Disturbi della Personalità (PD), in particolare con i Disturbi del Cluster B, specie il Disturbo Antisociale (ASPD) e il Disturbo Borderline (BPD)^{15,16,17}.

Oltre che da un punto di vista squisitamente fenomenologico, possiamo a ragione considerare il GAP una vera e propria forma di dipendenza patologica, condividendo per l'appunto con le dipendenze la scelta di un oggetto ritenuto fonte di piacere (sostanza o comportamento), il decorso e le fasi della ascesa motivazionale all'effetto psicologico desiderato (tolleranza), l'impossibilità di tirarsi indietro malgrado gli effetti indesiderati (compulsione) e la necessità di perdurare nel comportamento nonostante i propri fallimenti e il disagio provocato agli altri, compresi i propri familiari.

A tal proposito la Task Force per la revisione del DSM-V ha considerato di inserire il GAP nella categoria *Substance Use and Addiction Disorder* proprio per la continuità sintomatologica manifestata nelle varie fasi di una qualsiasi dipendenza patologica^{18,19}.

L'ipotesi dopaminergica seguita dagli studi neurobiologici evidenzia quanto i comportamenti di addiction e di craving siano strettamente correlati ai circuiti mesolimbici di *reward* e *antireward* adibiti al rinforzo di comportamenti normalmente tesi alla conservazione della specie^{20,21}. Le reazioni di piacere e di benessere verso *oggetti naturali* quali il cibo, il sesso, il gioco, le attività sociali gratificanti, costituiscono il feedback biologico di una sorta di sistema auto-regolatorio che inibisce e facilita l'espressione di comportamenti economicamente vantaggiosi, per sé e per gli altri²². Strettamente connessa ai circuiti dopaminergici vi è la regione cerebrale che MacLean ritiene implicata nella regolazione della distanza e vicinanza dall'altro per l'omeostasi emotiva, presente in tutti i mammiferi compreso l'uomo: il sistema limbico. Un sistema pre-corticale sviluppatosi per il processamento di segnali emotivi ed affettivi²³.

Nelle dipendenze patologiche ad essere sotto scacco è proprio suddetto sistema.

Anche da un punto di vista psicodinamico, lo studio della regolazione affettiva ed emozionale si sta rivelando altrettanto proficuo nella comprensione dei fenomeni di dipendenza patologica, quanto di specifiche costellazioni di personalità²⁴. La ricerca impulsiva e compulsiva di un oggetto, o comportamento, ritenuto fonte di piacere, permetterebbe la scarica di una tensione che altrimenti rimarrebbe a livello somatico²⁵. Lo stato emotivo, e la relativa tensione prodotta, non potendo essere elaborata o simbolizzata in alcun modo, non può essere comunicata, venendo pertanto agita attraverso comportamenti che ne permettono la temporanea risoluzione^{26,27,28}.

L'alessitimia, dal greco *a-lex-thymos* (nessuna parola per gli stati d'animo), indica l'incapacità di poter riconoscere ed esprimere i propri stati emotivi. Ricontrata maggiormente in pazienti psicosomatici, il costrutto alessitimico mette in risalto inoltre la povertà immaginativa e la conseguente concretezza del pensiero (pensiero operatorio) di soggetti che principalmente sono rivolti agli aspetti "materiali" delle loro azioni, non avendo nessuno spazio riflessivo per gli aspetti propriamente psicologici dei loro comportamenti^{29,30}. Alcuni studi mettono in evidenza appunto quanto il tratto alessitimico si spalmi trasversalmente alle condizioni psicopatologiche, in particolar modo fra le dipendenze patologiche.³¹⁻³⁴ Così come nei GAP è stato riscontrato quanto il tratto alessitimico sia significativamente presente rispetto alla popolazione generale³⁵⁻³⁶.

Strettamente connesso al concetto di mentalizzazione e simbolizzazione dei propri stati emotivi gli studi sull'attaccamento evidenziano modalità relazionali distaccate e/o preoccupate nei confronti dell'altro significativo in soggetti che presentano un deficit nella modulazione degli stati emotivi e nel controllo degli impulsi³⁷. Seppur non denotano caratteristiche necessariamente patologiche, gli stili d'attaccamento sottolineano la qualità del vissuto relazionale all'interno dei rapporti interpersonali. Alcuni studi evidenziano la presenza di sistemi d'attaccamento (regolazione della vicinanza/lontananza affettiva dall'altro) insicuri in soggetti con dipendenza patologica da sostanze così come da gioco d'azzardo patologico^{38,39,35}.

Obiettivo del presente studio è esplorare la relazione fra il controllo degli impulsi e la regolazione affettiva, attraverso il costrutto dell'impulsività, dell'alessitimia e le dimensioni degli stili d'attaccamento, nei Giocatori d'Azzardo Patologici e nei relativi familiari, enucleandone le possibili differenze con soggetti senza problematiche psicopatologiche.

Materiali e metodo

La ricerca si è svolta su un totale di 262 soggetti di cui 63 soggetti hanno composto il campione clinico dei GAP, 89 soggetti il campione dei familiari in terapia e 110 soggetti sono stati selezionati random fra la popolazione generale. I soggetti componenti il campione clinico dei GAP sono stati diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV-tr per il Gioco d'Azzardo Patologico che, insieme ai soggetti componenti il campione dei familiari, sono in trattamento psicoterapeutico di gruppo presso il Centro per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico di Campoformido.

A ciascun soggetto è stato somministrato un protocollo di ricerca, in busta chiusa e in modalità anonima, composto da una scheda per la rilevazione delle caratteristiche socio-anagrafiche e una batteria di questionari e test autosomministrati.

Il campione clinico dei GAP è composto da 52 maschi (82,5%) e 11 femmine (17,5) con un'età media di 47,86 (10,75) anni, di cui il 49,2% sposato, il 17,5% single, il 17,5% separato e il 12% convivente.

Il campione dei familiari è composto da 14 (15,9%) maschi e 74 (84,1%) femmine con un'età media di 47,08 (10,70) anni, di cui il 67% coniugato, l'11,4 separati, il 10,2 single e il 10,2 convivente.

Il campione estratto dalla popolazione generale è composto da 43 (39,1%) maschi e 67 (60,9%) femmine con un'età media di 38,64 (9,26) anni, di cui il 49,1% coniugato, il 36,4% single, il 3,6% separato e il 10,9% convivente.

Strumenti

Per la misurazione dell'impulsività si è utilizzata la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11, Patton et al., 1995)⁴⁰, un questionario autosomministrato composto da 30 item e con possibilità di risposta su scala Likert da 0 a 4, nella versione italiana⁴¹, che misura tre sottotipi di impulsività: l'impulsività attentiva, l'impulsività motoria e l'impulsività da non pianificazione. I tre sottotipi, sommati fra loro forniscono la misura unidimensionale dell'impulsività.

Per la misurazione dell'alessitimia si è utilizzata la *Toronto Alexitimic Scale* (TAS-20, Bagby et al., 1994)⁴², un questionario autosomministrato composto da 20 item e con possibilità di risposta da 0 a 5, che valuta tre fattori Alessitimici fra loro interrelati: identificazione delle emozioni, espressione delle emozioni e pensiero orientato verso l'esterno⁴³. I tre fattori sommati fra loro forniscono una misura dimensionale dell'alessitimia nonché la possibile presenza di Alessitimia patologica per un punteggio grezzo maggiore di 60.

Per la rilevazione degli stili d'attaccamento è stata utilizzata l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ, Feeney et al 1994)⁴⁴, nella versione italiana⁴⁵ (Fossati, 2003), un questionario autosomministrato composto da 40 item con possibilità di risposta da 1 a 6 che misura lungo un continuum dimensionale uno stile d'attaccamento sicuro: Fiducia in sé e negli altri, e quattro stili d'attaccamento insicuri: Secondarietà delle relazioni (tendenza a perseguire i propri scopi a scapito delle relazioni), Disagio dell'intimità (tendenza ad evitare relazioni di dipendenza), Bisogno di approvazione (timore di accettazione e conferma da parte degli altri), Preoccupazione per le relazioni (tendenza alla preoccupazione ansiosa nelle relazioni).

Per valutare l'ipotesi della regolazione affettiva all'interno di ciascun campione si è utilizzata la correlazione di Pearson fra ciascun costrutto preso in considerazione. Per valutare le differenze fra campioni alla regolazione affettiva, verificate le distribuzioni multivariate delle variabili⁴⁶, si è condotta l'Analisi Multivariata della Covarianza (MANCOVA), controllando l'effetto del genere e dell'età. Per le differenze campionarie rispetto alle dimensioni dell'attaccamento sono state considerate le stime univariate della MANCOVA e le relative grandezze dell'effetto⁴⁷. A scopo teorico, sono state rilevate le percentuali di soggetti con una possibile psicopatologia Alessitimica.

Risultati

L'analisi delle correlazioni evidenzia valori dei coefficienti elevati e significativi tra BIS e TAS ($r=0,663$; $p<0,000$) e tra TAS e Fiducia ($r=-0,523$ $p<0,000$) nel campione clinico dei giocatori, e valori modesti ma significativi di TAS e BIS con le altre dimensioni dell'attaccamento insicuro ($0,433>r<0,290$). Nel campione dei familiari i valori dei coefficienti di correlazione più elevati si riscontrano fra TAS e Disagio per l'intimità ($r=0,389$ $p<0,000$) e fra TAS e Secondarietà delle relazioni ($r=0,389$ $p<0,000$), mentre nel campione non clinico i valori delle correlazioni sono risultati bassi, seppur significativi, fra TAS e BIS ($r=0,191$ $p<0,046$) e tra TAS e le altre dimensioni dell'attaccamento insicuro ($0,265<r<0,196$).

L'analisi multivariata della covarianza (MANCOVA) delle variabili dipendenti BIS e TAS, al netto delle differenze di genere e d'età mostra un effetto significativo nella differenza tra i centroidi delle medie fra i tre campioni (Wilks'Lambda=0,856, $F(4,508)=10,221$, $p=0,000$, $\eta^2=0,074$). In particolare una

differenza significativa di maggior intensità fra giocatori e controlli (Wilks'Lambda=0,866, $F(2,168)=12,962$, $p=0,000$, $\eta^2=0,134$), e fra giocatori e familiari (Wilks'Lambda=0,911, $F(2,144)=6,994$, $p=0,001$, $\eta^2=0,089$) rispetto al confronto fra familiari e controlli (Wilks'Lambda=0,940, $F(2,191)=6,994$, $p=0,003$, $\eta^2=0,060$).

Il contributo univariato di ciascuna variabile e la relativa magnitudo dell'effetto mostrano una differenza significativa delle medie ottenute dai giocatori alla scala BIS rispetto ai familiari e al campione di controllo e una differenza significativa delle medie TAS fra giocatori e familiari rispetto ai controlli. Non vi sono differenze dei punteggi medi TAS fra giocatori e familiari. (Tab. 1)

[inserire Tab.1]

L'analisi della covarianza delle variabili pattern d'attaccamento, rilevati con la ASQ, al netto delle differenze di genere e d'età, mostra valori inferiori e significativi ottenuti dai giocatori al pattern Fiducia (attaccamento sicuro) rispetto alla popolazione generale ed ai familiari, e valori elevati e discriminanti al pattern d'attaccamento insicuro Secondarietà delle Relazioni rispetto alla popolazione generale e ai familiari. I familiari riportano valori elevati e significativi al pattern Disagio per l'intimità rispetto ai giocatori e alla popolazione generale. (Tab.1)

All'interno della popolazione generale la presenza di alta alessitimia (>60) è del 3,6%, di alessitimia borderline ($50 < x < 60$) del 16,4% e assenza di alessitimia (<50) del 80%. Nel campione dei familiari la presenza di alta alessitimia è del 17%, di alessitimia borderline del 37,5% e assenza di alessitimia del 52,3%. Nel campione dei giocatori, invece, la presenza di alta alessitimia è del 23,8%, di alessitimia borderline del 33,3% e assenza di alessitimia del 42,9%.

Discussione

Dall'analisi dei dati emerge la stretta relazione che vi è fra il tratto impulsivo, la dimensione alessitimica e i pattern d'attaccamento insicuri nei giocatori d'azzardo patologici, rafforzata da una relazione inversamente proporzionale con la dimensione sicura dell'attaccamento. La comparazione con il campione di controllo e con il campione dei familiari conferma la letteratura sulla presenza preponderante del tratto impulsivo come costitutivo delle personalità dei giocatori, che li esporrebbe ad acting-out non mediati da un' opportuna riflessione e pianificazione del comportamento. Rafforzando in tal modo l'ipotesi di una relazione di spettro fra DP del Cluster B del DSM e dipendenze patologiche^{48,49}

Nella combinazione con il tratto alessitimico, si rafforza l'ipotesi di giustificare la tendenza all'azione come un'incapacità di riconoscere e mentalizzare stati emotivi che rimangono quote di tensione da evacuare, giustificando la ricerca compulsiva di un'attività in grado di risolvere tale tensione (seeking behavior)⁵⁰.

Associata ad uno stile d'attaccamento scarsamente fiducioso in sé e negli altri e ad una disposizione all'evitamento del contatto interpersonale per il raggiungimento di obiettivi e scopi personali, si evidenzia e si conferma ulteriormente il distacco emotivo ed affettivo che può caratterizzare lo stile di vita di soggetti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Questo confermerebbe da un lato, l'ipotesi psicodinamica allo studio delle dipendenze patologiche: considerare la regolazione degli impulsi, l'espressione emotiva e la modulazione degli affetti come ascrivibili ad una comune dinamica psicopatologica caratteristica di personalità organizzate a livello borderline^{51,52,54}; e dall'altro permetterebbe di constatare quanto il "decorso" del gioco d'azzardo, al pari di una qualsiasi dipendenza patologica, possa rafforzare quelle dinamiche che espongono i soggetti coinvolti ad un livello di funzionamento simil-borderline. Questo giustificerebbe l'ipotesi di un'alterazione funzionale dei

circuiti cerebrali adibiti al processamento di segnali emotivi e la conseguente incapacità di decision-making verso la scelta del comportamento più economicamente vantaggioso.

Un dato interessante che emerge dallo studio è la presenza di alessitimia, nella variante dimensionale e tipologica,³⁴ nel campione dei familiari. Al pari dei giocatori, riportano quote di alessitimia significativamente maggiori rispetto alla popolazione generale. Associato ad uno stile d'attaccamento tendente all'evitamento dell'altro per un vissuto di disagio all'interno delle relazioni intime, mette in luce quanto i familiari, seppur in misura minore rispetto ai giocatori, agiscano modalità complementari al mantenimento del sintomo attraverso la medesima dinamica, caratterizzata da incapacità a riconoscere e verbalizzare i propri stati emotivi e difficoltà ad esprimerli all'interno della relazione. In parte, questo supporta i resoconti clinici e terapeutici che testimoniano quanto il GAP sia un sintomo che nella maggior parte dei casi è funzionale al mantenimento di un omeostasi del sistema famiglia, che seppur altamente distruttivo, permette la non elaborazione di stati psicologici che implicano quote di dolore e resistenze maggiori⁵³.

Conclusioni

La presente ricerca testimonia quanto la regolazione affettiva ed emotiva possa essere un fertile campo di studio utile alla comprensione e allo studio delle dinamiche connesse al gioco d'azzardo patologico, sottolineando la validità di un'integrazione di approcci e discipline differenti, dalle neuroscienze alla psicodinamica²⁴, per strutturare un intervento terapeutico e sociale adeguato.

Seppur con le limitazioni dovute al numero esiguo dei soggetti reperiti all'interno del disegno sperimentale e all'utilizzo di strumenti di misura autosomministrati, la ricerca presentata all'interno di questo studio necessita di ulteriori sperimentazioni in popolazioni campionarie di diversa provenienza, nonché di possibili verifiche a distanza di tempo per una conferma dei risultati. Ad ogni modo, fornisce implicazioni cliniche utili all'individuazione di focus di trattamento su specifici indicatori psicopatologici e permette di individuare specifici fattori di rischio che esporrebbero i giocatori a poter sviluppare una forma di dipendenza patologica dal gioco d'azzardo. Tali fattori, sarebbe opportuno verificarli, approfondirli e controllarli maggiormente in quei Paesi, come l'Italia, in cui l'accesso al gioco d'azzardo è libero e legale, in quanto l'esposizione diffusa e continua al "consumo", sta elevando la vulnerabilità all'abuso e alla dipendenza patologica, costituendo un fattore di rischio per la salute pubblica e il benessere sociale⁵⁴.

Bibliografia

1. APA, American Psychiatric Association, DSM IV tr. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta Edizione revisionata*, 2000, Masson, Milano.
2. Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychol. Rep.* 1978, 43, 1247-1255.
3. Barratt, E. S. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCowan, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: theory, research, and treatment*. (4th ed.) Washington, DC: American Psychological Association. 1993, Pp. 39-56.
4. Blaszczynski, A., Steel, Z., McConaghy, N., Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction* 1997, 92, 75-87.
5. Petry, N.M. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend.* 2001, 63, 29-38.

6. Blanco, C., Potenza, MN, Kim, SW, Ibáñez, A., Zaninelli, R., Saiz-Ruiz, J., & Grant, JE. A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Research*, 2009, 167, (1), 161-168.
7. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat. Neurosci.* 2005, 8, 1458-1463.
8. Bechara, A., Risky business: Emotion, decision-making and addiction. *J. Gambling Stud.* 2003, 19 (1), 23-51.
9. Linnet J, Møller A, Peterson E, Gjedde A, Doudet D. Dopamine release in ventral striatum during Iowa Gambling Task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling. *Addiction*. 2011, 106(2):383-90
10. 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(5), 248-258
11. 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.
12. Nordin C., Nylander PO. Temperament and character in Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2007, 5, 113-120.
13. Coventry, K. R., & Brown, R. Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 1993, 88(4), 541-554.
14. Breen, R. B., & Zuckerman, M. 'Chasing' in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences*, 1999, 27(6), 1097-1111.
15. Steel, Z., & Blaszczynski, A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 1998, 93(6), 895-905.
16. Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National problem gambling. Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66, 564-574.
17. MacLaren, V., Fugelsang, J., Harrigan, K., & Dixon, M. The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2011, 31, 1057-1067
18. APA, American Psychiatric Association, *DSM V Development*. Proposed revision. Substance-Related Disorder. (Apr. 2012) <http://www.dsm5.org>
19. O'Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.K. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am. J. Psychiatry* 2006, 163, 764-765.
20. Le Moal M., Koob G.F. Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology* 2007, 17, 377-393
21. Volkow ND, Wang G-J, Fischman MW, Foltin RW, Fowler JS, Abumrad NN, Vitkun S, Logan J, Gatley SJ, Pappas N, Hitzemann R and Shea K Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy. *Nature (Lond)* 1997a, 386:827-830.
22. Olds J., Milner P., Positive reinforcement and other regions of rat brain. *J. Comp Physiol Psychol* 1954, 47:419-427
23. McLean P. *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. New York: Plenum; 1990.
24. Kernberg Otto F. Psychoanalytic affect theory in the light of contemporary neurobiological findings. *International Congress Series* 2006, 1286, 106- 117
25. Krystal H. (1988) *Integration & Self- Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Tr. it. *Affetto, trauma, alestitimia*. Edizioni Scientifiche Ma.Gi. Roma 2007
26. Bion W.B. (1992) *Cogitationes*. Armando Editore, Roma 1996

27. Bucci W. Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization. *Psychoanal Inquiry* 1997, 17:151-172.
28. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina. Milano 2005.
29. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. *Alexithymia: a view of the psychosomatic process*. In: Hill OW, ed. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol 3. London: Butterworths, 1976, 430-39.
30. Caretti V., La Barbera D. (a cura di) *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 2005
31. Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr. Psychiatry*, 1994, 35: 124-128.
32. Speranza M, Corcos M, Stéphan P, Loas G, Pérez-Díaz F, Lang F, Venisse JL, Bizouard P, Flament M, Halfon O, Jeammet P. Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Subst Use Misuse*, 2004, 39(4):551-79.
33. Chimienti V., *Aggressiveness, dissociation and alexithymia in drug addiction*. Abstract book of 12th ISAM Annual Meeting, Bridging the gap between science and practical clinic in the addiction field, S29 Symposium. Milan, Italy. 7 Oct. 2010, pg. 55.
34. Chimienti V. Alessitimia e dipendenze patologiche. In *Le parole senza voce. Il costrutto alessitimico fra disturbi del controllo alimentare e dipendenze*. A cura di Zappa L., Caslini M., Clerici M., Franco Angeli, 2011
35. Chimienti V. *Dissociation, affective regulation and attachment styles in chemical and non chemical addiction vs. normal Italian samples*. Proceeding Book of 25th Anniversary Annual ISSTD Conference, Advances in understanding trauma and dissociation: personal life, social process and public health. Chicago, IL. Nov. 2008, pg. 30
36. Lumley, M. A., & Roby, K. J. Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995, 63, 201-206.
37. Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J.A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L.E., Franciosi, G., Maffei, C. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment in Human Development* 2009, 11, 165-182.
38. De Rick, A., Vanheule, S., Verhaeghe, P. Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse* 2009, 44, 99-114.
39. Thorberg, F.A. & Lyvers, M. Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder inpatients. *Addiction research and theory*, 2010, 18(4), 464-478.
40. Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995, 51, 768-774.
41. Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E.S. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *Journal of Clinical Psychol* 2001, 57, 815-828.
42. Bagby R. M., Parker J. D. A., & Taylor G. J. The 20-item Toronto-Alexithymia-Scale-1. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosom. Res.* 1994a; 38:23-32.
43. Bressi C, Taylor G, Parker J, Bressi S, Brambilla V, Aguglia E, Allegranti I, Bongiorno A, Giberti F, Bucca M, Todarello O, Callegari C, Vender S, Gala C, Invernizzi G. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *J Psychosom Res*; 1996, 41:551- 9.
44. Feeney, J.A., Noller, P., Hanrahan, M. Assessing adult attachment. In: Sperling, M.B., Berman, W.H. (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspective*. The Guilford Press, New York, 1994, pp. 128-152.

45. Fossati, A., Feeney, J.A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., Maffei, C., On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical subjects. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2003b, 20, 55–79.
46. Tabachnick B.C., Fidell L.S. *Using multivariate statistic*. 1996 New York: HarperCollins
47. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 1988. Hillsdale. NJ: Erlbaum
48. Clerici M., Carta I. Personality Disorders among Psychoactive Substance Users: Diagnostic and Psychodynamic Issues. *European Addiction Research* 1996;2:147-155
49. Maffei C., Movalli M., Broggi P. Le dipendenze nei disturbi della personalità. In Caretti V., La Barbera D., *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005
50. Panksepp J. *Affective Neuroscience: The foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford Universities Press, Oxford. 1998
51. Kernberg Otto F. (1992). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1993
52. Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction: uno studio sulla dipendenza da eroina. In *Addiction*. Caretti V. La Barbera D., (a cura di) Raffaello Cortina Editore. Milano 2010
53. De Luca R. (2011) *La terapia di gruppo oltre l'azzardo di stato*. Edizioni Goliardiche
54. Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S. Complex Factors and Behaviors in the Gambling Population of Italy. *J Gambl Stud*. 2011 Dec 4.

Tabella 1. Stime univariate delle differenze alle medie TAS, BIS e pattern ASQ fra i campioni giocatori, familiari e popolazione generale, al netto delle differenze di genere ed età

	Popolazione generale	Giocatori	Familiari	GAP-control		GAP-Famil		Famil-control	
	M (ds)	M (ds)	M (ds)	F	partial η^2	F	partial η^2	F	partial η^2
BIS-11	60,98 (8,28)	67,55 (9,73)	61,82 (8,53)	16,65**	,090	13,87**	,087	0,61	,000
TAS-20	41,20 (10,06)	52,51 (12,25)	48,89 (12,04)	20,03**	,106	1,88	,013	12,32**	,060
ASQ									
Fiducia	33,13 (4,31)	30,66 (5,55)	32,91 (5,60)	12,93**	,071	11,60**	,074	0,36	,004
Disagio per l'intimità	36,36 (6,31)	37,36 (6,55)	40,05 (7,13)	0,32	,002	1,31	,009	4,83*	,025
Secondarietà delle relazioni	14,69 (5,32)	18,76 (5,31)	14,93 (4,84)	5,44*	,031	8,08**	,053	0,64	,003
Bisogno di approvazione	19,42 (5,85)	21,50 (6,05)	21,38 (6,06)	3,51	,020	2,80	,019	2,17	,011
Preoccupazione per le relazioni	27,31 (6,67)	28,63 (6,81)	29,81 (6,61)	1,21	,007	0,00	,000	3,31	,017

(**) valori di $p < 0,000$

(*) valori di $p < 0,05$

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

Rolando De Luca¹, Paolo Pitti², Gianni Savron³

¹Centro di Terapia ex Giocatori d'Azzardo e loro Famiglie, Campoformido, Udine, ²Centro Lahuén, Comunità di Psicoterapia e Lavoro, Morrano, Orvieto, ³Consiglio 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 (± 11.4) e range di 28-70 anni; la durata media di gioco era di 10 (± 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 nubi/cebi, 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 (± 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 nubi/celib; 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 semistrutturata 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 caratteristiche 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; Ledgerwood 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 avvalorava 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

maggiore 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; Péliuolo 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 Campoformido.

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, allorché 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^a ed. (DSM-IV). Masson, Milano, 1996.
- American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 5^a 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 Campoformido (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. Campoformido (UD), 15 ottobre 2006.
- De Luca R. La terapia familiare di gruppo per giocatori d'azzardo patologici e loro familiari. Il modello di Campoformido. 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 Eysenck. *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., Blaszczyński 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<.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).

TAB. II Correlazioni scale di misurazione nel gruppo giocatori patologici

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