

Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali.
Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo
attraverso l'utilizzo del test MMPI-2

*Valentina Cocci * Stefano Benci ** Chiara Bonicolini ** Paolo E. Dimauro****

Articolo pubblicato in *Personalità/Dipendenze* vol.11, fasc. I, marzo 2006

Riassunto

Questo lavoro preliminare ha l'obiettivo di analizzare le caratteristiche di personalità di un campione di nove giocatori d'azzardo afferenti all'Ambulatorio per il "Gioco d'azzardo e le Nuove Dipendenze" del Dipartimento delle Dipendenze della A-USl 8 di Arezzo.

Ai soggetti è stato somministrato il test MMPI-2 nella fase psicodiagnostica. Vengono analizzati: a) il profilo medio del giocatore per le scale di base, di contenuto e supplementari dell'MMPI-2; b) la correlazione tra alcuni dati del campione; c) il confronto tra il campione di giocatori, il campione normativo italiano e un campione di eroinomani. Tra i risultati significativi: un funzionamento borderline del giocatore "medio"; una correlazione tra le variabili "gravità della scala Deviazione psicopatica (Pd)" dell'MMPI-2 e "gravità della dipendenza da gioco" misurata con il SOGS; tratti ipocondriaci. Nelle conclusioni vengono riportate le principali implicazioni cliniche dei risultati.

Parole chiave: Gioco d'azzardo patologico, MMPI-2, SOGS, aspetti di personalità

Abstract

This preliminary investigation aims at studying the personality traits of a sample made up of nine gamblers under treatment at the Addictions Department – Gambling and New Addictions of Arezzo local health unit *A-USl 8*.

The gamblers were given the MMPI-2 test during the psychological assesement stage. The following has been evaluated: a) the gambler's mean profile for the MMPI-2 basic, content and additional scales; b) the correlation between certain data of the sample; c) the comparison between the gamblers'sample, the Italian normative sample and a sample of heroin addicts. Among the significant results are: borderline disorder of the "average" gambler; correlation between the variable "severity" of the MMPI-2 Psychopathic deviate (Pd) scale and the "gambling addiction severity" measured by the SOGS; hypochondriac traits. The conclusive remarks focus on the main clinical implications arising from the results.

Key Words: pathological gambling, MMPI-2, SOGS, personality traits

Introduzione

Il gioco d'azzardo rimane un fenomeno di difficile classificazione nonostante i numerosi tentativi fatti in tal senso a partire dalla sua collocazione nella terza edizione del DSM nel 1980 e dall'unica classificazione attualmente "ufficiale" che è quella del DSM-IV (APA, 1994) che lo inserisce tra i

* Psicologo Psicoterapeuta Ser.T. Zona Aretina A-USL 8 Arezzo - Responsabile "Gruppo G.A.N.D."

** Psicologo Tirocinante Ser.T. Zona Aretina A-USL 8 Arezzo

*** Direttore Dipartimento Dipendenze A-USL 8 Arezzo

Per la corrispondenza: Paolo E. Dimauro Ser:t. Zona Aretina via Fonte Veneziana 17 - 52100 AREZZO
tel. 0575-255943 fax 0575-255945 e-mail: p.dimauro@usl8.toscana.it

“disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove”.

Tra gli stessi studiosi c'è difficoltà ad accordarsi sulla collocazione dei giocatori in un'unica categoria omogenea¹ e sono molti gli autori che criticano la classificazione del DSM-IV optando, invece, per una definizione del gioco d'azzardo come “addiction” al pari delle più note tossicodipendenze (Allcock e Grace, 1988; Lesieur, 1988; Lesieur e Rosenthal, 1991; Langewisch e Frisch, 1998, 2001; Milesi e Clerici, 2001; Peele, 2001; Rigliano e Croce, 2001; Slutske et al., 2005). A sostegno di ciò ci sarebbero le sovrapposizioni e gli incroci tra dipendenze da sostanze (tossicodipendenza, alcolismo, tabagismo) e dipendenze non da sostanze, le migrazioni da una forma all'altra, la similarità di caratteristiche di personalità e di percorso (astinenza, tolleranza, perdita di controllo, ricadute) tra giocatori e tossicodipendenti².

A conferma dei punti di contatto tra gioco d'azzardo patologico e dipendenza da sostanze, le ricerche sulla comorbidità riportano una percentuale più alta (che va da due a tre volte) di uso di alcol e di altre sostanze tra i giocatori rispetto alla popolazione generale (Lesieur e Blume, 1991; Ladoceur, Dube e Bujold, 1994). Allo stesso modo, percentuali significativamente più alte di giocatori patologici sembrano essere presenti tra i tossicodipendenti e gli alcolisti rispetto alla popolazione (Feigelman et al., 1998; Toneatto e Skinner, 2000; Biganzoli et al., 2004).

Per quanto riguarda le caratteristiche psicometriche dei giocatori patologici, diversi studi sottolineano l'elevazione sia della scala della deviazione psicopatica (Pd) che della scala della depressione (D) dell'MMPI-2 così come avviene nei tossicodipendenti e negli alcolisti (Lowenfeld, 1979; Moravec e Munley, 1983; Cecchi, Rocco e Costantino, 2001). Altre ricerche suggeriscono che tra i giocatori patologici possano essere comuni il disturbo narcisistico (Rosenthal, 1992), il disturbo borderline (Perinelli, 2003; Montalvo e Echeburùn, 2004) e quello antisociale (Blaszczynski e McConaghy, 1994; Blaszczynski et al., 1997; Perinelli, 2003) così come avviene tra i dipendenti da sostanze (Gerra e Frati, 2000).

Il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze della A-USL 8 di Arezzo

Partendo da un'ottica di salute pubblica (Korn e Shaffer, 1999), che vede il gioco d'azzardo come un fenomeno che ha un impatto sulla qualità della vita non solo del giocatore e della sua famiglia ma

¹ Solo per citare due differenti tipologie di giocatori: Lorenz (1989) classifica i giocatori come sociali, professionali, criminali e patologici; Blaszczynski (2000) identifica tre sottogruppi: giocatori patologici “normali”, emozionalmente vulnerabili, biologicamente impulsivi.

² Alcuni autori (Rigliano e Croce, 2001; Capitanucci et al., 2003) evidenziano, tra l'altro, come i criteri diagnostici fissati dal DSM-IV per il gioco d'azzardo patologico siano del tutto assimilabili a quelli previsti per la dipendenza da sostanze.

anche della comunità più in generale, il Dipartimento delle Dipendenze della A-USL 8 di Arezzo propone un modello di intervento che *integra* un approccio “clinico” con un approccio “di rete”³.

Per quanto riguarda la clinica, all’interno del Ser.T. di Arezzo a settembre 2004 è stata costituita un’èquipe per il Gioco d’Azzardo e le Nuove Dipendenze (Gruppo G.A.N.D.) che offre, gratuitamente e in forma riservata (la sede dell’Ambulatorio, distaccata rispetto al Ser.T., è situata presso l’Ospedale S. Donato di Arezzo), trattamenti psico-socio-sanitari così articolati: a) interventi educativo-informativi ai familiari; b) colloqui motivazionali per il soggetto e la sua famiglia; c) inquadramento psicodiagnostico (colloqui di valutazione psicologica, test di personalità e specifici per le patologie); d) visite mediche, terapie farmacologiche e consulenze specialistiche (per es. per uso di alcolici o per problemi psichiatrici); e) interventi di “tutoraggio” per il piano di risanamento dei debiti; f) interventi sociali per affrontare le questioni legali e socio-economiche; g) attivazione di reti di sostegno sociale istituzionale e del volontariato; h) interventi psicoterapeutici individuali, di coppia, familiari; i) attivazione di un gruppo psicoterapico multifamiliare.

Per quanto riguarda l’approccio di rete, a gennaio 2005 il Ser.T. di Arezzo ha promosso la costituzione di un Gruppo di Lavoro interistituzionale che coinvolge A-USL, Comune, Provincia, Caritas Diocesana, Fondazione Antiusura della Misericordia, Associazioni dei Commercianti e Guardia di Finanza. Il Gruppo, che si riunisce mensilmente ed ha carattere permanente, ha l’obiettivo di promuovere azioni di ricerca, di prevenzione e di sensibilizzazione nella comunità locale per costruire una rete territoriale che favorisca un dialogo e una condivisione di informazioni ed esperienze sul gambling nel rispetto dei diversi ruoli istituzionali (clinici, politici, comunità locale, forze dell’ordine, privato sociale, associazionismo, gestori dell’industria del gioco).

Per quanto riguarda l’utenza, da gennaio 2001 a giugno 2005 hanno preso contatto con il nostro Servizio N. 17 soggetti con problemi di gioco d’azzardo e nuove dipendenze (di cui N. 14 con diagnosi primaria di gioco d’azzardo patologico e N. 3 con diagnosi di shopping compulsivo) e N. 2 familiari che hanno chiesto aiuto per il convivente con problemi di gioco d’azzardo patologico.

Il profilo medio del nostro utente giocatore è maschio, coniugato, con un’età media di 43,4 anni, lavoratore dipendente, ha la licenza elementare o media, ha iniziato a giocare in adolescenza ma il passaggio al gioco problematico è avvenuto intorno ai 26 anni ed è giocatore di slotmachine.

Campione, obiettivi e metodo

Il nostro lavoro ha come campione un sottogruppo di N. 9 soggetti dell’utenza totale (N. 17 soggetti) afferente all’Ambulatorio per il gambling del Ser.T. di Arezzo. Il campione è costituito da N. 8 soggetti maschi e N. 1 soggetto femmina. Tutti quanti presentano una diagnosi di “gioco

³ Per un’analisi più dettagliata del modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo per il gioco d’azzardo, si veda Cocci e Dimauro (in stampa).

d'azzardo compulsivo" secondo il DSM-IV. Nessun soggetto ha comorbidità con la tossicodipendenza o l'alcolismo. Nella fase iniziale di inquadramento psicodiagnostico, tutti i soggetti sono stati sottoposti alla versione italiana del test MMPI-2⁴ (Sirigatti e Pancheri, 1995) e sei di essi anche al test SOGS⁵.

Riportiamo alcune caratteristiche del campione che sono simili a quelle dell'utenza totale afferente all'Ambulatorio. L'età media di primo contatto con il servizio è di 43 anni (con un range da 22 a 64 anni) e l'età media di inizio del gioco problematico è di 31 anni. Per quanto riguarda la scolarità, il 33,3% ha la licenza elementare, un altro 33,3% ha la licenza media inferiore, un 22,3% ha la licenza media superiore e un 11,1% è analfabeta. Il 44,4% è un lavoratore dipendente, il 22,2% è pensionato, l'11,1% è disoccupato, per 2 soggetti il dato non è stato rilevato. Rispetto allo stato civile, il 44,4% è coniugato, il 33,4% è celibe, l'11,1% è separato e un altro 11,1% è vedovo. La richiesta di aiuto al Servizio è stata fatta dai familiari per tutti e nove i soggetti: coniuge (33,3%), figli (33,3%), fratelli (22,3%), genitori (11,1%). Riguardo al tipo di gioco prevalentemente usato, il 77,8% del campione gioca alle slotmachine, l'11,1% al lotto e l'11,1% alle carte. Il 66,7% del campione riferisce di avere debiti di gioco (Banche, Finanziarie, amici, conoscenti), il 22,2% non ne dichiara e per un soggetto (l'11,1% del campione) il dato non è stato rilevato. Rispetto al trattamento farmacologico specifico per la patologia compulsiva, il 55,5% non ha in atto una terapia mentre il restante 44,4% è in trattamento. Infine, per quanto riguarda il punteggio al test SOGS, il 44,4% del campione ha ottenuto una diagnosi di gioco d'azzardo patologico, il 22,2% una diagnosi di gioco d'azzardo problematico e per il restante 33,3% il dato non è stato rilevato.

Data l'esiguità del campione, questo lavoro ha un carattere preliminare. Ci sembra, comunque, interessante: 1) individuare le elevazioni caratteristiche del profilo medio dei giocatori maschi del nostro campione utilizzando i punti T dell'MMPI-2 per le scale di base, di contenuto e parte di quelle supplementari (MAC-R, APS, AAS, PK, O-H, MDS); 2) attraverso una opportuna tecnica statistica (*chi-quadro*⁶), analizzare a) la correlazione tra variabili, cioè, eventuali relazioni

⁴ Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) è un test di personalità che ha la struttura di un questionario autosomministrato a risposta binaria. La versione aggiornata del test (MMPI-2) è costituita da 567 items la cui valutazione permette di ottenere il profilo del soggetto per tre scale di validità, dieci scale cliniche e diverse altre scale di contenuto e supplementari. I profili di personalità indicano contemporaneamente la psicopatologia presente (se ci sono punteggi T>65) e profili di personalità caratteristici di ciascun individuo (Hathway e McKinley, 1989).

⁵ Il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) di Lesieur e Blume (1987) è uno strumento di valutazione di molteplici aspetti del gioco d'azzardo patologico costituito da 20 domande e con il quale si può ottenere un valore massimo di 20 punti: 3-4 punti significano potenziali difficoltà relative al gioco, 5-8 punti indicano un gioco problematico, 9 o più punti indicano un problema di gioco d'azzardo patologico.

⁶ Il *chi quadro* consente di confrontare una distribuzione osservata di frequenze con la rispettiva distribuzione teorica e quindi ci consente di stabilire se tra le due distribuzioni c'è una differenza significativa oppure no. Il *chi quadro* ha una doppia funzione: può essere usato come metodologia per fare le verifiche sulla forma della distribuzione oppure come test non parametrico per calcolare la correlazione tra due variabili misurate su scala nominale.

La frequenza con cui si presenta una certa modalità ci indica se esiste o no dipendenza oppure indipendenza di questa modalità rispetto ad un determinato fattore. Se esiste indipendenza significa che la distribuzione di frequenze è causale,

statisticamente significative tra i dati del nostro campione (punteggi alle scale cliniche, di contenuto e supplementari, presenza di debiti, trattamento farmacologico, esito del trattamento); b) eventuali differenze statisticamente significative nei punteggi medi delle scale di base tra il nostro campione di giocatori maschi, il campione normativo maschile italiano⁷ e un campione di eroinomani⁸.

RISULTATI

a) Profilo medio del campione di giocatori d'azzardo per le scale di base, di contenuto e supplementari dell'MMPI-2

Una volta osservata la validità del profilo (*scale di validità*), si può notare che il profilo medio del giocatore per le *scale cliniche* è spostato tutto verso l'alto ad eccezione per le scale Hy (Isteria), Mf (Mascolinità/Femminilità) e Si (Introversione Sociale) (Tab. 1). Si evidenziano elevazioni moderate⁹ per le scale D (Depressione) e Pa (Paranoia) ed elevazioni notevoli per le scale Hs (Ipocondria), Pd (Deviazione Psicopatica), Pt (Psicastenia), Sc (Schizofrenia), Ma (Ipomania).

Dal profilo delle scale cliniche, sembra emergere per il nostro giocatore "medio" un quadro di personalità di tipo *borderline* (secondo il codice di Welsh¹⁰) caratterizzato da rabbia e risentimento, episodi di acting-out alternati a posizioni di incertezza psicastenica rispetto alle decisioni, disturbi somatici vaghi e di natura ipocondriaca, tensione, ansia e fatica. A ciò si aggiungono alterazioni del tono dell'umore, scarsa empatia, tendenza a diffidare degli altri e a colpevolizzarli dei propri fallimenti evitando le relazioni sociali strette e una scarsa valutazione di sé per cui il giocatore "medio" sembra porsi nella condizione di essere rifiutato o di fallire.

Interessante è il profilo medio del giocatore per le *scale di contenuto* (Tab. 2) dove troviamo un'elevazione notevole per le scale DEP (Depressione), HEA (Preoccupazioni per la salute) e TRT (Indicatori di difficoltà di trattamento). Questi dati sembrano confermare una somatizzazione dell'ansia nel versante ipocondriaco (HEA= 66), già sottolineata dall'elevazione della scala clinica per l'ipocondria (Hs), a cui si aggiungono un'ideazione orientata depressivamente (rimuginazione, sensazioni di impotenza e di vuoto e possibili pensieri suicidari) (DEP= 68), una visione del sé come inadeguato e infelice (DEP più alta della D) e una scarsa fiducia in un possibile trattamento psicologico con rigidità rispetto alla prospettiva di cambiamento (TRT= 65)¹¹. Rispetto a

cioè non c'è un motivo per cui le frequenze si dispongono in un determinato modo. Se invece tra la distribuzione delle frequenze delle modalità e il fattore preso in considerazione esiste una qualche relazione, significa che ci troviamo di fronte ad una distribuzione non causale.

⁷ I dati del campione normativo italiano sono tratti da Sirigatti e Pancheri (1995).

⁸ I dati del campione di eroinomani sono tratti da Garuti C., Ghidori L. e Sciotti E. (2003)

⁹ In questo lavoro, come suggerito da Marzioni e Sardella (2004), per elevazione "moderata" si intende punti T compresi tra 60 e 64 e per elevazione "notevole" punti T maggiori o uguali a 65.

¹⁰ Diagnosi risultata dall'elaborazione computerizzata dell'MMPI-2 mediante il metodo "Panda" di Pancheri e De Fidio.

¹¹ Per quanto riguarda la disponibilità al trattamento psicologico valutata con la scala di contenuto TRT dell'MMPI-2, ci sono ricerche che non hanno comunque evidenziato, almeno per i tossicodipendenti, una validità predittiva rispetto

quest'ultimo dato, sembra che sia proprio il carattere "autocurativo" del gioco d'azzardo a determinare il fatto che il giocatore raramente cerchi l'aiuto psicologico o abbia fiducia nel suo risultato (Blaszczynski e Maccallum, 2001).

Il profilo medio delle *scale supplementari* (Tab. 3) evidenzia un'elevazione moderata delle scale MAC-R (Scala MacAndrew di Alcolismo rivista) e AAS (Scala di Ammissione di Tossicodipendenza) e un'elevazione notevole per la scala PK (Disturbo Post-Traumatico da Stress). Quest'ultimo dato, che tra l'altro sembra in comune con alcune ricerche sui tossicodipendenti (Ranieri, Benci e Dimauro, 2004), sembra dire la presenza di sintomi quali sensazioni di intenso stress emotivo, ansia e disturbi del sonno, sensi di colpa, depressione, pensieri intrusivi disturbanti che sembrano rientrare in un quadro generale "traumatico", di stress intrapsichico e interpersonale del giocatore quando giunge per la prima volta all'Ambulatorio (ansia per la sensazione di aver perso il controllo sul gioco, scoperta dei buchi economici da parte della famiglia, pressione e rabbia dei familiari, minacce di separazioni, denunce, ecc.)¹².

b) Il campione dei giocatori: incroci tra variabili

I punteggi T alle scale di base, di contenuto e supplementari degli MMPI-2 dei nostri giocatori (compreso l'unico soggetto femminile) insieme ai punteggi ottenuti al SOGS sono stati incrociati tra loro attraverso un programma di statistica sociale (SPSS), utilizzando come tecnica il *chi-quadro*, per evidenziare eventuali relazioni significative: a) tra le caratteristiche di personalità misurate con i punti T alle scale di base, di contenuto e supplementari; b) tra la gravità delle caratteristiche di personalità rilevate con l'MMPI-2 (Punti T<60=basso/non grave Punti T> o uguale 60=alta/grave) e la gravità della dipendenza da gioco rilevata con il SOGS (Punteggio Totale: 0-4= assenza di dipendenza da gioco 5-8=gioco problematico 9 o più= gioco patologico). Attraverso lo stesso programma statistico, i punteggi alle scale di base, di contenuto e supplementari dell'MMPI-2 e i punteggi al SOGS sono stati incrociati con altri dati del campione ruotandoli tra loro con particolare riferimento alle seguenti variabili: 1) debiti di gioco presenti/assenti; 2) assunzione/non assunzione di farmaci specifici per la compulsione al gioco; 3) esito del trattamento (concluso, interrotto, trasferito)/gravità scala TRT (Indicatori di difficoltà di trattamento) (Punti T<60=non grave Punti T> o uguale a 60=grave)

Dall'incrocio tra le variabili emergono alcuni dati statisticamente significativi:

all'esito del trattamento per questa scala (Craig e Olson, 2003). Sarebbe interessante fare uno studio analogo per i giocatori.

¹² Ciarocchi (1987) evidenzia, in base ai risultati della sua ricerca, che i giocatori patologici nei colloqui hanno un'elevata possibilità di riferire alti livelli di difficoltà "nell'ultimo mese", ipotizzando così che lo "stress" possa essere una delle conseguenze del comportamento di gioco.

- una relazione significativa dal punto di vista statistico¹³ (livello di significatività $p < .05$) tra la scala clinica Hs (Ipocondria) e la scala supplementare PK (Disturbo post-traumatico da stress) come se le ansie e le tensioni che nascono da debiti, pressioni familiari, minacce di separazioni del coniuge, ecc. trovassero nel giocatore una via di scarica attraverso il corpo invece che venire mentalizzate;

- una significatività statistica¹⁴ ($p < .05$) nell'incrocio tra la scala supplementare PK e la scala di contenuto HEA (Preoccupazione per la salute) che sembra confermare quanto detto precedentemente per la somatizzazione dell'ansia: tanto più il giocatore è stressato e ansioso tanto più somatizza e si preoccupa per la propria salute anche in assenza di motivi reali;

- dal confronto tra gravità delle caratteristiche di personalità misurate dall'MMPI-2 e gravità della dipendenza da gioco misurata dal SOGS, emerge un dato interessante di cui mostriamo anche la tabella (Tab. 4): una relazione statisticamente significativa¹⁵ ($p < .05$) tra la scala clinica della deviazione psicopatica (Pd) e il punteggio ottenuto al SOGS. In altri termini, tanto più sono elevati i tratti antisociali tanto più grave pare la dipendenza da gioco e viceversa. Da notare, inoltre, che nel nostro campione la scala Pd ha una frequenza molto alta (66,7%).

Vorremmo sottolineare, inoltre, una relazione che, tendente soltanto alla significatività statistica, è significativa però clinicamente: quella tra la gravità della scala clinica Pd e la presenza di debiti di gioco. Tanto più sono severi i tratti antisociali tanto più sono presenti debiti di gioco nel soggetto e viceversa. Si potrebbe ipotizzare che gli aspetti antisociali facilitino nel nostro giocatore il passaggio all'atto, il ricorso a prestiti tramite banche, finanziarie, conoscenti fino a scivolare in veri e propri atti di microcriminalità per finanziarsi il gioco.

c) Confronto con campioni della popolazione normale e di eroinomani

Il profilo medio nel nostro campione di giocatori maschi è stato confrontato con il profilo medio del campione normativo italiano maschile tracciato su norme USA e con il profilo medio di un campione di eroinomani per le scale di validità e cliniche dell'MMPI-2 (Tab. 5).

Non sono emerse differenze significative dal punto di vista statistico tra i tre campioni.

Ad un'analisi descrittiva, vorremmo soltanto sottolineare una certa somiglianza tra il profilo del nostro campione di giocatori e quello del campione degli eroinomani rispetto al profilo del campione normativo italiano che, a differenza degli altri due profili, è tutto spostato verso il basso. Da notare, tuttavia, che il profilo medio del nostro campione di giocatori è tendenzialmente più estremo anche rispetto a quello degli eroinomani.

¹³ *Chi-quadro* 0.018

¹⁴ *Chi-quadro* 0.023

¹⁵ *Chi-quadro* 0.050

L'elevazione notevole per entrambi i campioni (giocatori ed eroinomani) per la scala clinica della deviazione psicopatica (Pd) sembrerebbe in linea con alcune ricerche su giocatori ed eroinomani fatte separatamente che evidenziavano in entrambi i campioni tratti antisociali (Moravec e Munley, 1983; Sherrer et al., 1996; Craig, 2000).

Nel nostro campione di giocatori, sembrano aggiungersi una componente ipocondriaca (elevazione notevole Hs), tratti d'ansia con rimuginazione, insicurezza, mancanza di fiducia in sé stesso e apprensione (elevazione notevole per la scala Pt), un aspetto ipomaniacale (elevazione notevole Ma) e uno stile di vita isolato ed estraneo rispetto al contesto sociale, caratterizzato da ansia generalizzata, ostilità, aggressività, risentimento e inaccessibilità emotiva (elevazione notevole per la scala Sc) che sembra dire la presenza nel giocatore di un "tumulto emotivo" (Toneatto, 2002) e un distacco dalla realtà che alcuni giocatori, soprattutto quelli di slotmachine, ci riferiscono durante i colloqui e che trova conferma nel racconto dei familiari (sensazioni di irrealtà, esperienze insolite, ritiro sociale e sintomi dissociativi¹⁶ che ricordano la "trance dissociativa da videoterminale").

Conclusioni

Possiamo così sintetizzare alcune caratteristiche di personalità dei nostri utenti giocatori:

- Tratti antisociali
- Tratti borderline e presenza di un Io fragile a cui il gioco sembra fare da "stampella" per acquisire valore e potere così come la sostanza fa con il tossicodipendente
- Alterazioni del tono dell'umore con oscillazioni tra l'eccitazione ipomaniacale e la tristezza depressiva
- Una componente d'ansia legata ad esperienze emotivamente traumatiche
- Una tendenza alla somatizzazione dell'ansia attraverso sintomi ipocondriaci.

Due i punti su cui vorremmo soffermarci.

Innanzitutto, la componente ipocondriaca che emerge come tratto ricorrente nel nostro campione di giocatori. Una volta confermata questa tendenza con ricerche più allargate, si tratta di indagare meglio i possibili significati di questo dato: tendenza alla strumentalizzazione nevrotica nel rapporto con gli altri mediante lo sviluppo di una sintomatologia di tipo ipocondriaco (il sintomo ipocondriaco diventa un modo di reagire da parte del giocatore di fronte alle richieste ambientali che percepisce come stressanti); presenza di tratti narcisistici (confermati da diversi studi che mettono in relazione il disturbo di personalità antisociale con quello narcisistico¹⁷); prevalenza del

¹⁶ Kuley e Jacobs, 1988; Blaszczynski e Maccallum, 2001.

¹⁷ Cfr. Kernberg, 1993.

pensiero “operatorio” nel giocatore per scarsa mentalizzazione come nelle personalità “psicosomatiche”¹⁸; presenza di tratti alexitimici (Lumley e Roby, 1995).

L'altra questione è quella della fragilità del Sé del giocatore.

La scelta del gioco d'azzardo nel nostro campione sembra accompagnarsi ad un funzionamento borderline e a forme antisociali di relazione con l'altro che sono molto frequenti anche nei dipendenti da sostanze. Riprendendo Lavanco e Varreni (2001), potremmo dire che in questi soggetti l'idea del cambiamento, come emerge spesso anche dal contenuto dei colloqui clinici, sembra dipendere non dalla costruzione di percorsi fatti di fatica e lavoro ma da “salti” economici determinati dalla vittoria.

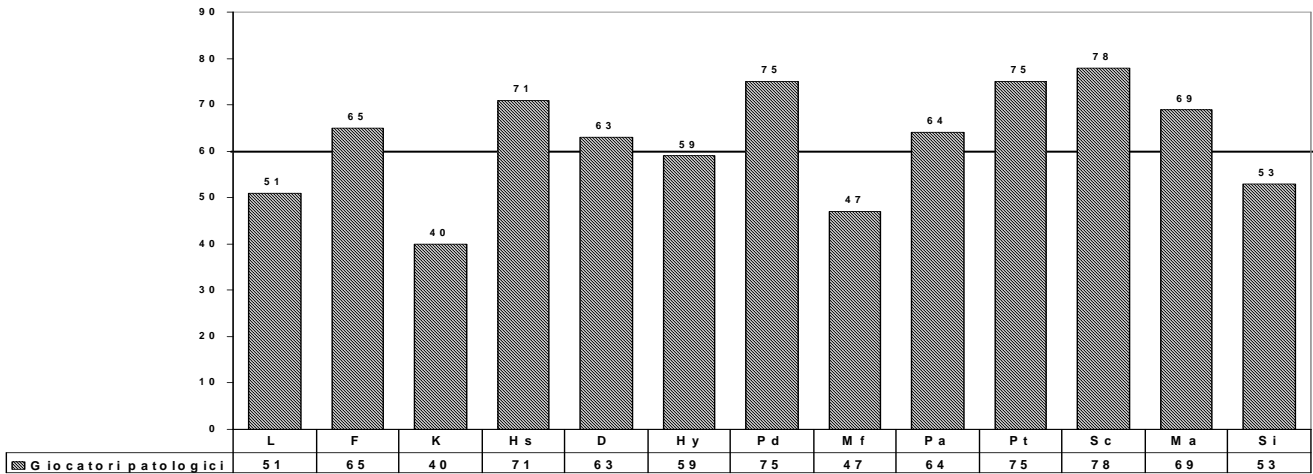
Per questo tipo di persone, che alcuni autori definiscono portatrici di una “identità vagante” (Lavanco e Varreni, 2001; Milesi e Clerici, 2001), il gioco non è rischioso in sé ma in quanto supporto ad una dimensione debole dell'Io. Il gioco sembra offrire un nuovo senso del sé: vincitore, espanso, esaltato. In questa ottica, troviamo delle somiglianze tra la personalità del giocatore e quella del tossicodipendente o dell'alcolista: l'“essere in azione” - lo *staying in action* di Rosenthal¹⁹ - è uno stato di stimolazione che alcuni autori paragonano all'esperienza *high* che accompagna, per esempio, l'uso di stimolanti o di cocaina, ha a che fare con l'eccitamento e il rischio ed è l'opposto della passività e della stagnazione. Il problema nasce quando la persona ripropone in modo fisso e ripetitivo l'azzardo come *unica* risposta alla ricerca di un nuovo senso di sé, di nuovi valori e obiettivi.

In conclusione, vista l'esiguità del campione su cui abbiamo svolto l'indagine, questo lavoro apre soltanto quesiti, non pretende di dare alcuna risposta e rimane un possibile stimolo per ulteriori approfondimenti rispetto ad una serie di questioni: a) la classificazione del gioco come disturbo del controllo degli impulsi o come addiction; b) il funzionamento borderline e la presenza di tratti antisociali nel giocatore; c) le differenti tipologie del giocatore e delle famiglie dei giocatori per evidenziare diversi percorsi rispetto all'evoluzione del sintomo, alla struttura di personalità, alle indicazioni di trattamento e alla prognosi; d) il possibile ruolo giocato dalla “psicosomatica” nella costruzione, prima, e nel mantenimento, poi, del percorso del giocatore.

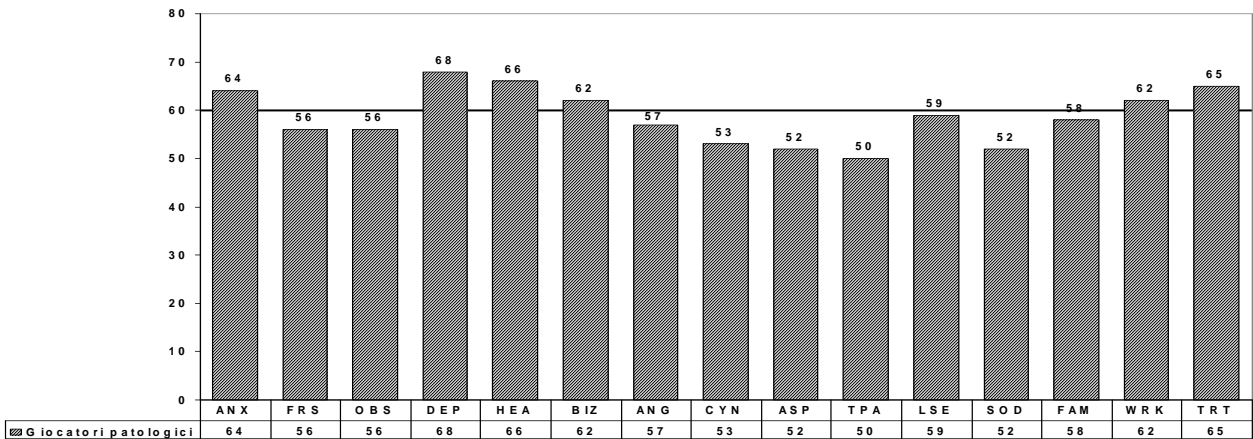
¹⁸ Dicono Marty e M'Uzan (1963) descrivendo la personalità “psicosomatica” caratterizzata dal pensiero operatorio: “La carica legata agli affetti e alle emozioni, mal veicolate e poco o mal elaborate dalle funzioni mentali, sembrerebbe imboccare la via somatica”. Si veda anche Kreisler (1986).

¹⁹ Rosenthal (2005) sottolinea che lo stato di “essere in azione” può essere rilevato anche nel giocatore “astinente” individuando un equivalente, per le dipendenze da sostanze, nell'“alcolismo asciutto” quando l'alcolista è da tempo che non beve più ma il suo funzionamento mentale e relazionale è rimasto immutato rispetto a quando beveva.

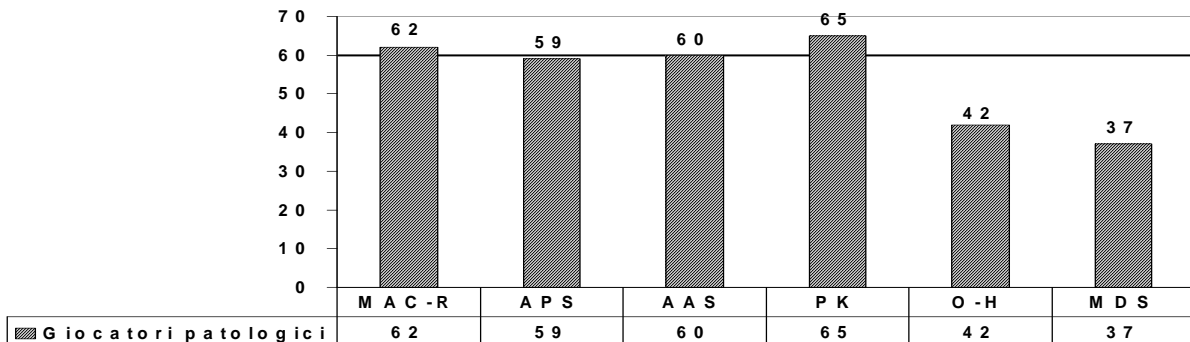
Tab. 1: Profilo medio del campione maschile dei giocatori patologici. Scale di base MMPI-2. (Valori medi espressi in punti T)



Tab. 2: Profilo medio del campione maschile dei giocatori patologici. Scale di contenuto MMPI-2. (Valori medi espressi in punti T)



Tab. 3: Profilo medio del campione maschile dei giocatori patologici. Scale supplementari MMPI-2. (Valori medi espressi in punti T)



Tab. 4: Relazione tra le variabili “Scala Pd livello di gravità” e “SOGS”. *Chi²*.

Crosstab
Count

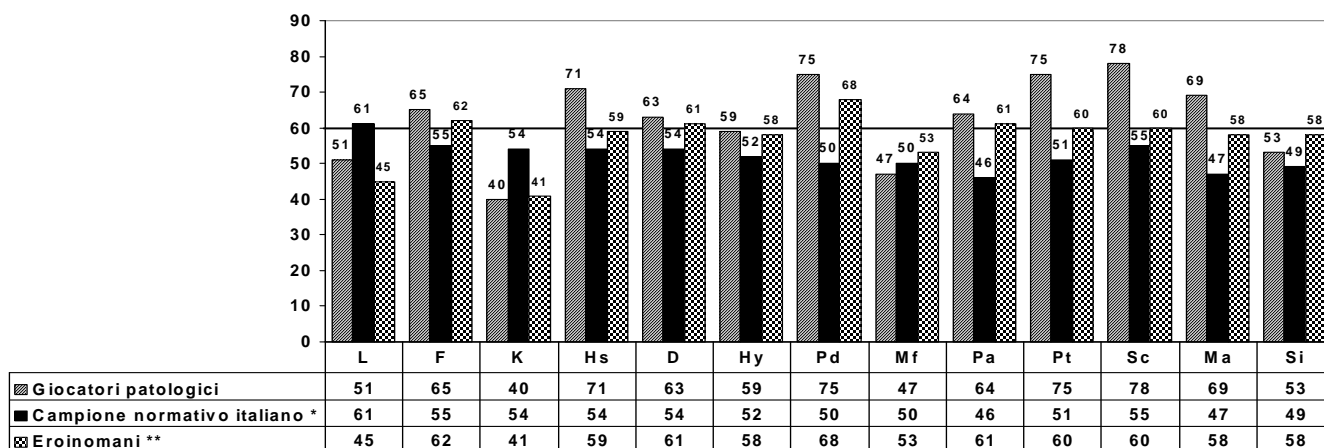
	Sogs			Total
	GIOCO PROBLEM ATICO	GIOCO PATOLOGICO	NON RILEVATO	
Scala Pd livello elevato di gravità	2	4	2	6
basso	2	4	3	9
Total				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,000 ^a	2	,050
Likelihood Ratio	7,638	2	,022
Linear-by-Linear Association	1,455	1	,228
N of Valid Cases	9		

Tab. 5: Confronto tra il profilo medio del campione maschile dei giocatori patologici, il profilo medio del campione normativo italiano maschile tracciato su norme USA e il profilo medio del campione maschile di eroinomani. Scale di base MMPI-2.

(Valori medi espressi in punti T)



* I dati del campione normativo italiano maschile sono tratti da: Sirigatti e Pancheri (1995).

** I dati del campione maschile eroinomane sono tratti da: Garuti C., Ghidori L. e Sciotti E. (2003).

Bibliografia

- Allcock C. C., Grace D. M. (1988), “Pathological Gamblers are Neither Impulsive nor Sensation-Seekers”, *Aust. N Z J Psychiatry*, Sep. 1988; 22 (3): 307-11.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, tr. It *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- Biganzoli A., Capelli, M., Capitanucci D., Smaniotto R., Alippi M. (2004), *Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo in provincia di Pavia*, Casa Ed. Dream, Gavirate (VA).
- Blaszczynski A. (2000), “Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies”, *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling*, Issue 1, March 2000.
- Blaszczynski A., Maccallum F. (2001), “Gambling-Induced Analgesia: A Single Case Report”, *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling*, Issue 4, May 2001.
- Blaszczynski A., McConaghy N. (1994), “Antisocial Personality Disorder and Pathological Gambling”, *Journal of gambling Studies*, 10, 129-145.

- Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. (1997), "Impulsivity in Pathological Gambling: the Antisocial Impulsivist", *Addiction*, 1997 Jan, 92 (1): 75-87.
- Capitanucci D., Ladoceur R., Cantù R. (2003), "Il gioco d'azzardo eccessivo: cenni diagnostici, terapeutici e preventivi", *Mission*, 6/2003: 20-21.
- Cecchi M., Rocco M., Costantino P. (2001), "Confronto del profilo di personalità MMPI di utenti alcolodipendenti e tossicodipendenti", XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcologia (SIA).
- Ciarrocchi J. (1987), "Severity of Impairment in Dually Addicted Gamblers", *Journal of Gambling Behavior*, 3, 16-26.
- Cocci V., Dimauro P. E. (in stampa), "Il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze: il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo. Una prospettiva di salute pubblica."
- Craig R. J. (2000), "Prevalence of Personality Disorders among Cocaine and Heroin Addicts", *Subst Abus.*, 2000 Jun, 21(2): 87-94.
- Craig R. J., Olson R. E. (2003), "Predicting the Outcome of Methadone Maintenance Treatment with the Negative Treatment Indicators Content Scale from the MMPI-2", *Psychol. Rep.*, Dec. 2003, 93: 1056-8.
- Feigelman W., Wallisch L. S., Lesieur H. R. (1998), "Problem Gamblers, Problem Substance Users and Dual-Problem Individuals: An Epidemiological Study", *American Journal of Public Health*, 88, 467-470.
- Garuti C., Ghidori L., Sciotti E. (2003), "Uso di eroina e cocaina: caratteristiche a confronto con l'MMPI-2", *Personalità/Dipendenze*, vol.9, Fasc. I/2003.
- Gerra G., Frati F. (2000), "La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcolisti", *Personalità/Dipendenze*, vol. 6, Fasc. I, 73-87.
- Hathway S. R., McKinley J. C. (1989), *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventori-2*, tr. It. Sirigatti S.e Pancheri P.(1995), *MMPI-2. Adattamento italiano. Manuale*, O.S., Firenze.
- Kernberg O. F. (1992), *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993.
- Korn D., Shaffer H.J. (1999), "Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective", *Journal of Gambling Studies*, Vol.15, N.4, 289-365.
- Kreisler L. (1981), *Clinica psicosomatica del bambino*, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986.
- Kuley N., Jacobs D. F. (1988), "The Relationship Between Dissociative-Like Experiences and Sensation Seeking Among Social and Problem Gamblers", *Journal of gambling Studies*, 4 (2), 197-207.
- Ladoceur R., Dube D., Bujold A. (1994), "Prevalence of Pathological Gambling and Related Problems Among College Students in the Quebec Metropolitan Area", *Canadian Journal of Psychiatry*, 139, 289-293.
- Langewisch M. W., Frisch G. R. (1998), "Gambling Behaviour and Pathology in Relation to Impulsivity, Sensation Seeking, and Risk Behaviors in Male College Students", *Journal of Gambling Studies*, 14, 245-262.
- Langewisch M. W., Frisch G. R. (2001), "Classification of Pathological Gambling as an Impulse Control Disorder", *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling*, Issue 3, Febraury 2001.
- Lavanco G., Varreni L. (2001), "Il giocatore sociale. L'intervento di psicologia di comunità" in Lavanco G., *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, McGraw-Hill, Milano.
- Lesieur H. (1988), "Altering the DSM-III Criteria for Pathological Gambling", *Journal of Gambling Behavior*, 4, 38-47.
- Lesieur H. R., Blume S. B. (1987), "The South Oaks Gambling Scree (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers", *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

- Lesieur H. R., Blume S. B. (1991), "Evaluation of Patients Treated for Pathological Gambling in a Combined Alcohol, Substance Abuse and Pathological Gambling Treatment Unit Using the Addiction Severity Index", *British Journal of Addiction*, 86, 1017-1028.
- Lesieur H., Rosenthal R. (1991), "Pathological Gambling: A Review of the Literature", *Journal of Gambling Studies*, 7 (1), 5-39.
- Lorenz V. C. (1989), "Compulsive Gambling and the Expert Witness", *Journal of Forensic Science*, 34, 423-432.
- Lowenfeld B. H. (1979), "Personality Dimensions of the Pathological Gambler", *Dissertation Abstracts International*, 40-B, 456.
- Lumley M. A., Roby K. J. (1995), "Alexithymia and Pathological Gambling", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 201-216.
- Marty P., M'Uzan M. de (1963), *L'indagine psicosomatica*, Tr. It. Boringhieri, Torino, 1971.
- Marzoni B., Sardella L. (2004) (a cura di), *Passare da MMPI a MMPI-2. Corso base sull'utilizzo e l'interpretazione di MMPI-2 e MMPI-A. Materiale didattico*, O.S. Firenze.
- Milesi A., Clerici M. (2001), "Gioco d'azzardo, comorbidità e strutture di personalità" in Croce M. e Zerbetto R. (a cura di); *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano.
- Montalvo J. F., Echeburùn E. (2004), "Pathological Gambling and Personalità Disorders: An Exploratory Study with the IPDE", *Journal of personality Disorders*, vol. 18, Issue 5, Oct. 2004.
- Moravec J. D., Munley P. H. (1983), "Psychological Test Findings on Pathological Gamblers in Treatment", *Int J Addict.*, 1983 Oct., 18 (7): 1003-9.
- Peele S. (2001), "Is Gambling an Addiction Like Drug and Alcoholic Addiction?", *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling*, Issue 3, February 2001.
- Perinelli S. (2003), "Il gioco d'azzardo patologico. Uno studio preliminare sugli aspetti di personalità con l'uso del test di Rorschach", *Personalità/Dipendenze*, vol. 9, Fasc. I, giugno 2003.
- Ranieri F., Benci S., Dimauro P. E. (2004), "Uno studio correlativo tra diagnosi psicologica ed esito di trattamento psicoterapico di pazienti tossicodipendenti", *Il Cesalpino*, Anno 3°, N. 9, Dic. 2004.
- Rigliano P., Croce M. (2001), "Giochi d'azzardo e tossicodipendenza" in Croce M. e Zerbetto R. (a cura di); *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano.
- Rosenthal R.J. (1992), "Pathological Gambling", *Psychiatric Annals*, 22, 72-78.
- (2005), "Staying in Action: the Pathological Gambler's Equivalent of the Dry Drunk", *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling*, Issue 13, March 2005.
- Sirigatti S. e Pancheri P. (1995), *MMPI-2. Adattamento italiano. Manuale*, O.S., Firenze.
- Sherrer J.F., Lin N., Eisen S., Goldberg J., True W., Lyons M. J., Tsuang M.T. (1996), "The Association of Antisocial Personality Symptoms with Marijuana Abuse/Dependence. A Monozygotic co-twin Control Study", *J Nerv Ment Dis*, 1996 Oct; 184 (10), 611-5.
- Slutske W.S., Caspi A., Moffitt T.E., Poulton R. (2005), "Personality and problem Gambling: a Prospective Study of a Birth Cohort of Young Adults", *Arch. Gen. Psychiatry*, July 2005, 62 (7), 769-75.
- Toneatto T. (2002), *Psychiatric Disorder and Pathological Gambling: Prevalence and Correlates*, Report June 2002.
- Toneatto T., Skinner W. (2000), "Relationship Between Gender and Substance Use Among Treatment-Seeking Gamblers", *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling*, Issue 1, March 2000.