

Tratti di Personalità e Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Personality Traits and Pathological Gambling (PG)

Chiara Morandi*, Valentina Cocci**, Marco Giannini***, Paolo E. Dimauro****

* Laureata in Psicologia Clinica e della Salute

** Psicologa Psicoterapeutica Resp. Gruppo Gand Dipartimento Dipendenze Az-Usl 8 Arezzo

*** Psicologo Psicoterapeuta, Docente Università degli Studi di Firenze Facoltà di Psicologia, Vicepresidente Scuola di Psicoterapia Comparata

**** Direttore Dipartimento Dipendenze Az-Usl 8 Arezzo

Riassunto

Obiettivo: lo scopo di questa ricerca è quello di mettere in evidenza i tratti di personalità e i problemi comportamentali nei Giocatori d'Azzardo Patologici (GAP).

Metodo: in questo studio sono stati somministrati il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) e il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) a 59 soggetti. Il campione è stato così suddiviso: 1) n=29, giocatori d'azzardo patologici; 2) n=30, soggetti appartenenti alla popolazione generale. Sono state calcolate le statistiche descrittive relative e sono stati confrontati i due gruppi mediante il calcolo del t-test.

Risultati: I Giocatori d'Azzardo Patologici (GAP), presentano delle elevazioni significative rispetto al campione normativo nelle seguenti scale dell'MMPI-2; Hs (Ipocondria), D (Depressione), Hy (Isteria), Pd (Deviazione Psicopatica), PK (Disturbo Post-Traumatico da Stress), ANX (Ansia), HEA (Preoccupazione per la Salute), BIZ (Ideazione Bizzarra), ANG (Rabbia), CYN (Cinismo), ASP (Comportamenti Antisociali), TPA (Tipo A), LSE (Bassa Autostima), FAM (Problemi Familiari), WRK (Difficoltà sul Lavoro), TRT (Difficoltà di Trattamento) (MAC-R) *MacAndrew-Revised*, APS (Scala di Tossicodipendenza Potenziale).

Conclusioni: I risultati ottenuti mettono in luce alcuni tratti di personalità dei Giocatori d'Azzardo Patologici e confermano in parte la letteratura esistente. I giocatori patologici tendenzialmente presentano comportamenti impulsivi (Pd e ANG, Deviazione Psicopatica e Rabbia), strutture di pensiero rigide (BIZ, Ideazione Bizzarra) e scarsa autostima (LSE); tendono ad essere insicuri e a sperimentare sensi di colpa e momenti di depressione (D). Questi soggetti mostrano anche difficoltà familiari e lavorative (FAM e WRK) e problemi associati alla dipendenza (APS, MAC-R).

Parole chiave: Pathological Gambling, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), South Oaks Gambling Screen (SOGS).

Abstract

Objective: the aim of this study is to investigate personality traits and behaviour problems in Pathological Gamblers (PG).

Method: 59 subjects have been evaluated with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) and the South Oaks Gambling Screen (SOGS). The sample has been divided in: 1) n=29, pathological gamblers; 2) n=30, belonging to normal population. Descriptive Statistics have been calculated and the differences between the two groups have been evaluated with the t-test.

Results: Pathological Gamblers obtained high scores in the following MMPI-2 scales: Hypochondriasis (Hs), Depression (D), Conversion Hysteria (Hy), Psychopathic Deviate (Pd), Post-Traumatic Stress Disorder (PK), Anxiety (ANX), Health Concerns (HEA), Bizarre Mentation (BIZ), Anger (ANG), Cynicism (CYN), Antisocial Practices (ASP), Type A (TPA), Low Self-Esteem (LSE), Family Problems (FAM), Work Interference (WRK), Negative Treatment Indicators (TRT), MacAndrew-Revised (MAC-R) Addiction Potential (APS).

Conclusions: Results underline some personality traits in pathological gamblers and confirm those ones of previous researches. Pathological Gamblers (PG) showed impulsive behaviors (Pd and ANG, Psychopathic Deviate, Anger), rigid mentation (BIZ), and low self-esteem (LSE); they tend to be insecure and experience feelings of guilt with moments of depression (D). They seem to have family and work problems (FAM and WRK) and problems with addiction (APS, MAC-R).

Keywords: Pathological Gambling, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), South Oaks Gambling Screen (SOGS).

Introduzione

Il gioco d'azzardo ha da sempre avuto profonde radici nella storia e nella cultura di ogni popolo: è possibile trovarne notizia già a partire dal 3000 a.C. nell'antico Egitto, ma anche in India, Cina e Giappone, grazie a degli antichi manoscritti che portano testimonianze riguardanti forti scommesse al gioco dei dadi ed alle corse dei carri.

Il gioco è una costante del comportamento culturale dell'essere umano ed accomuna in sé sia il bambino che l'adulto. Innumerevoli sono i giochi e di vario tipo - di società, di destrezza, d'azzardo, di pazienza, di costruzione, ecc. - ed il grandissimo numero e l'infinita varietà rende complessa una loro classificazione secondo un principio che consenta di suddividerli tutti in un numero di categorie ben definite. Caillois (1) attraverso una riflessione che ricomponesse osservazioni etologiche, filosofiche e pedagogiche propone una classificazione dei giochi (accolta ed adottata coralmemente dagli studiosi della materia) riconducibile a quattro tipologie: giochi di *agon* (competizione), di *mimicry* (imitazione) di *alea* (rischio) e, per finire, di *ilinx* (vertigine).

In generale, il gioco d'azzardo può essere definito come un'attività ludica che ha tre caratteristiche fondamentali: 1) il desiderio di ottenere un premio; 2) il rischio di una somma più o meno ingente di denaro o equivalenti; 3) la mera casualità della vincita (2). Il termine "caso" comporta necessariamente la nozione che è impossibile controllare il risultato del gioco. L'imprevedibilità governa l'intera situazione ma la probabilità di vincere, per quanto ridotta, è la condizione "*sine qua non*" del gioco d'azzardo. Ed è quando il gioco d'azzardo diventa una modalità ripetitiva e ossessiva incidendo gravemente sul funzionamento globale del giocatore che si supera il confine e si può parlare di patologia gioco-correlata.

Un tema molto forte e che divide gli studiosi è se il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) debba essere considerato un comportamento di "*addiction*" o meno. La sintomatologia multiforme che caratterizza il GAP incide su tre aspetti dell'individuo (3): quello psicologico - ossessione del gioco, senso di onnipotenza, presunzione, nervosismo, irritabilità, ansia, alterazioni del tono dell'umore, persecutorietà, senso di colpa, alterazioni dell'autostima, tendenza alla superstizione, aumento dell'impulsività, distorsione della realtà (minimizzare, enfatizzare); quello fisico - alterazioni dell'alimentazione, cefalea, disturbi del sonno e sintomi fisici dell'ansia (tremori, sudorazione, palpitazioni, ecc.); quello sociale - danni economici, morali, lavorativi, familiari, isolamento sociale e difficile gestione del denaro (spese impulsive).

Il DSM-IV-TR (4,5) colloca il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) all'interno dell'asse I nei "Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove" definendolo come una modalità maladattiva di gioco d'azzardo, caratterizzata da perdita di controllo sul comportamento e gravi

problemi conseguenti in diverse aree vitali. Secondo il DSM IV-TR, le caratteristiche essenziali del GAP sono: l'incapacità di resistere all'impulso, all'urgenza di giocare; il costante assorbimento in pensieri inerenti il gioco (passate esperienze, strategie, statistiche, modo di procurarsi il denaro); la necessità nel tempo di giocare somme maggiori per continuare a mantenere un'eccitazione significativa; i ripetuti fallimenti dei tentativi di smettere di giocare a causa di una tensione ed un'irritabilità incontrollabile; il gioco come "sollievo" ad un umore disforico; la compromissione del funzionamento personale, familiare, finanziario e legale (4,5).

Tuttavia, tra gli stessi studiosi c'è difficoltà ad accordarsi sulla collocazione dei giocatori in un'unica categoria omogenea 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 (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). 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 tossicodipendenti. 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 (15, 16). Allo stesso modo, percentuali significativamente più alte di giocatori patologici sembrano essere presenti tra i tossicodipendenti e gli alcolisti rispetto alla popolazione (17, 18, 19).

Un altro aspetto importante della personalità dei giocatori d'azzardo riguarda la relazione tra Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) ed Impulsività; molti infatti sono gli studi che confermano la relazione tra le due variabili (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

L'impulsività è un costrutto multifattoriale e si lega al gioco perché interviene sulla gravità di gioco, sulla frequenza di gioco, sulla relazione del gioco con l'alcool e le droghe, e sulla tendenza del soggetto a mettere in atto azioni avventate quando si trova in un momento di difficoltà (20, 24, 27). Alcuni studi mettono in luce che i giocatori d'azzardo patologici presentano, non solo tratti di personalità legati all'impulsività, ma anche al *Chasing* o inseguimento delle perdite (28), alla *Sensation Seeking* o ricerca di sensazioni, alla ricerca di novità e all'assunzione di rischi, allo scopo di vivere nuove e forti esperienze (28). Molti però ritengono che la ricerca di novità sia una condizione presente in tutti i giocatori d'azzardo, ma anche nei giocatori sociali, e problematici (29). Inoltre alcune ricerche hanno indagato la relazione tra GAP e alcuni Disturbi di Personalità (DP; Asse II), soprattutto con il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), per le caratteristiche dell'impulsività e dell'abuso di sostanze presenti in questa stato di confine tra nevrosi e psicosi (30). Infine, sono state riscontrate delle somiglianze tra la personalità del giocatore e quella del tossicodipendente e/o alcolista, perché in tutti questi casi sarebbe presente la tendenza a ripetere in modo compulsivo l'azzardo come unica risposta alla ricerca di un nuovo senso di sé (31).

Lo scopo di questo studio è quello di analizzare i tratti di personalità del giocatore d'azzardo e gli aspetti psicopatologici del soggetto, attraverso il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) (32), e di confermare la presenza di problemi di gioco attraverso il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (33).

Metodo

Partecipanti

Hanno preso parte alla ricerca complessivamente 59 soggetti. Di questi, 29 (22 maschi e 7 femmine) sono stati reclutati presso il SerT di Arezzo del Dipartimento delle Dipendenze della Azienda U.S.L. 8; si tratta di soggetti in trattamento per Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). I soggetti sono stati presi in carico con un percorso integrato psico-socio-sanitario che prevede setting individuali e/o familiare e/o di gruppo (34). L'età media del campione clinico è pari a 45.41 anni (DS=14.45).

I restanti 30 soggetti (22 maschi e 8 femmine) con un'età media di 44.9 anni (DS=14.35) sono stati campionati accidentalmente nei vari luoghi pubblici nella provincia di Firenze.

In entrambi i gruppi (clinico e non clinico) i soggetti risultano coniugati e nella maggior parte dei casi hanno un'occupazione lavorativa.

Per quanto riguarda il titolo di studio invece i due gruppi presentano una differenza: il gruppo clinico presenta un'alta percentuale di soggetti con diploma di terza media, mentre quello non clinico una più alta percentuale di soggetti con licenza superiore.

Strumenti

Ai partecipanti a questa ricerca sono stati somministrati la versione italiana del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) (32), per valutare le caratteristiche di personalità psicopatologica, ed il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (33), uno dei più noti strumenti per la rilevazione del gioco patologico.

L'MMPI-2 è il questionario di personalità *self-report* più utilizzato al mondo. È formato da 567 item dicotomici che permettono di ricavare un profilo della personalità psicopatologica del soggetto attraverso 10 scale cliniche - (Hs) Ipocondria; (D) Depressione; (Hy) Isteria; (Pd) Deviazione Psicopatica; (Mf): Mascolinità-Femminilità; (Pa) Paranoia; (Pt) Psicastenia; (Sc) Schizofrenia; (Ma) Ipomania; (Si) Introversione Sociale; 7 scale di validità - Scala "?" (Non so); L (Menzogna); F (Infrequenza); K (Correzione); Fb (F Back); VRIN (Incoerenza nelle risposte vero); TRIN (Incoerenza nelle risposte falso); 15 scale di contenuto - ANX (Ansia); FRS (Paure); OBS (Ossessività); DEP (Depressione); HEA (Preoccupazioni per la Salute); BIZ (Ideazione Bizzarra); ANG (Rabbia); CYN (Cinismo); ASP (Comportamenti Antisociali); TPA (Tipo A); LSE (Bassa Autostima); SOD (Disagio Sociale); FAM (Problemi Familiari); WRK (Difficoltà sul Lavoro); TRT (Indicatori di Difficoltà di Trattamento); 15 scale di supplementari - A (Ansia); R (Repressione); Es (Forza dell'Io); MAC-R (Scala MacAndrew di Alcolismo Rivista); O-H (Ostilità Ipercontrollata); Do (Leadership); Re (Responsabilità Sociale); Mt (Disadattamento Scolastico); Pk e Ps (Scale di Disturbo Post-traumatico da Stress); Gm e Gf (Scale dei Ruoli Sessuali); MDS (Scala di Disagio Coniugale); APS (Scala di Tossicodipendenza Potenziale); AAS (Scala di Ammissione di Tossicodipendenza) - e varie sottoscale.

Il SOGS è lo strumento più conosciuto e diffuso per lo *screening* generale dei disturbi da gioco d'azzardo. Derivato dal DSM-III ha subito alcune revisioni per rispecchiare, almeno in parte, i cambiamenti avvenuti nella definizione diagnostica del disturbo. Si tratta di un questionario di facile e rapida somministrazione che, utilizzando 20 item, è in grado di fornire informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza dell'attività di gioco, la difficoltà di giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare le perdite, le menzogne circa le attività di gioco. Il valore massimo che si può ottenere è 20 punti; un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali per il gioco, mentre coloro i quali ottengono cinque punti o più hanno un problema di gioco manifesto. Chi raggiunge o supera i nove punti ha un problema grave di gioco. Dello strumento sono disponibili differenti versioni: SOGS-M (valuta la presenza del GAP limitatamente ai 12 mesi che precedono la somministrazione del questionario); SOGS-PLUS (integra la versione originale con una serie di quesiti derivati dai criteri diagnostici del DSM-IV-TR); SOGS-RA (utilizzato con adolescenti-studenti). Il valore massimo ottenibile è 20 punti, ma un punteggio soglia potrebbe essere considerato a partire da 4/5 punti. In ogni caso appare non appropriato procedere ad una diagnosi di GAP senza una procedura d'*assessment* più completa.

Procedura

L'intero campione (n=59) ha compilato il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) e il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS).

La procedura di somministrazione che ha coinvolto il campione clinico (n=29) reperito presso il SerT Zona Aretina del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda U.S.L. 8 di Arezzo è stata effettuata da professionisti autorizzati. I pazienti hanno partecipato liberamente alla ricerca ed hanno sottoscritto un consenso informato.

Ai restanti 30 soggetti sono stati somministrati i due strumenti e sono state richieste le caratteristiche socio- anagrafiche dei soggetti (sesso, stato civile, titolo di studio, occupazione).

La procedura di somministrazione è avvenuta in modo individuale. Il tempo di somministrazione dei due test è stato di circa un'ora per tutti i soggetti.

Analisi dei Dati

Dopo aver proceduto alla raccolta e all'inserimento dei dati sono state effettuate le analisi statistiche.

Sono state calcolate le statistiche descrittive rispettivamente per il campione clinico e non clinico.

Successivamente è stato calcolato il coefficiente di correlazione r di Pearson, per verificare le relazioni tra le variabili studiate.

Infine per stimare le differenze tra il gruppo clinico e quello non clinico, sono state effettuate una serie di t-test per campioni indipendenti, per tutte le scale dell'MMPI-2 e per il SOGS.

Risultati

La Tabella 1 mostra le statistiche descrittive. I risultati ottenuti dai due gruppi al SOGS mettono in evidenza la presenza di un problema patologico nei confronti del gioco d'azzardo per quanto riguarda il campione clinico.

Inserire Tabella 1

La Tabella 2 mostra le correlazioni significative tra alcune scale dell'MMPI-2 e il SOGS.

Inserire Tabella 2

I risultati mostrano correlazioni positive tra SOGS e la Scala Hs (Ipocondria) che valuta preoccupazione eccessiva per la propria salute con scarsa o assente origine organica; tra SOGS e Scala D (Depressione) che valuta l'umore e le varie forme sintomatiche di depressione e tra SOGS e Scala Hy (Isteria) che valuta l'ammissione di problemi di natura fisica e in generale gli atteggiamenti di negazione verso i problemi personali; può essere inteso come un indice di conversione somatica dell'ansia.

Si possono notare, inoltre, correlazioni positive tra SOGS e la Scala Pd (Deviazione Psicopatica) che misura la tendenza da parte del soggetto a mettere in atto comportamenti antisociali; e tra SOGS e la Scala Pt (Psicoastenia) che valuta i disturbi d'ansia con tratti ossessivo- compulsivi.

La Tabella 3 mostra le correlazioni significative calcolate tra le Scale Supplementari dell'MMPI-2 e il SOGS per il gruppo clinico (A).

Inserire Tabella 3

I risultati della Scala Fb sono in linea con quella della scala F. I soggetti clinici presentano valori rilevanti per la Scala Pk (Disturbo Post-Traumatico da Stress): possibili stress emotivi, ansia e disturbi del sonno, sensi di colpa, depressione, convinzioni di essere incompresi.

In Tabella 4 vengono riportate le correlazioni significative tra le Scale di Contenuto dell'MMPI-2 e il SOGS per il gruppo clinico.

Inserire Tabella 4

Infine è stato calcolato il t-test per un confronto tra il gruppo clinico e non clinico.

La Tabella 5 mette in luce i valori significativi per quanto riguarda le Scale di Base dell'MMPI-2.

Inserire Tabella 5

La Tabella 6 mostra i valori del t-test calcolato tra il gruppo clinico e quello non clinico per quanto riguarda le Scale Supplementari dell'MMPI-2.

Inserire Tabella 6

I valori delle medie riportate dal gruppo clinico, sono più elevate rispetto a quelle del gruppo non clinico. Solo per la Scala MDS (Disagio Coniugale) e per la Scala OH (Ostilità Ipercontrollata) si riscontrano medie più elevate per il campione non clinico.

In tabella 7, è stato calcolato il t-test per le Scale di Contenuto dell'MMPI-2 tra i due gruppi.

Inserire Tabella 7

Dal confronto tra i due gruppi emerge che le medie del campione clinico sono più elevate rispetto a quelle del gruppo non clinico, fatta eccezione per la Scala OBS (Ossessività), che si

riferisce alla difficoltà da parte del soggetto nel prendere decisioni, tendenza alla rimuginazione e stress da cambiamento.

Infine la Tabella 8 mostra i valori t-test per quanto riguarda il SOGS nei due gruppi oggetto di studio. Come si può notare dai valori espressi in tabella 8 emerge una differenza significativa tra i due gruppi.

Inserire Tabella 8

Discussione e Conclusioni

Il gioco d'azzardo patologico è un disturbo molto complesso che ha un forte impatto nella qualità della vita del giocatore, della sua famiglia e dell'intera comunità (indebitamento, ricorso all'usura, microilleciti, ecc.). Il gioco d'azzardo, tuttavia, è un fenomeno ancora poco riconosciuto nella sua deriva patologica, sottostimato e sommerso rispetto alla sua diffusione nella popolazione e ancora poco conosciuto rispetto agli elementi personali, familiari, sociali che si pongono come fattori di rischio per lo sviluppo di questa dipendenza.

La ricerca condotta nasce dall'interesse che suscita il fenomeno del gioco d'azzardo e dalla sua aumentata incidenza nella popolazione generale.

I risultati dello studio - relativamente al SOGS - indicano valori più alti per il campione clinico confermando la validità discriminante dello strumento.

Le correlazioni tra le scale dell'MMPI-2 e il SOGS sono risultate significative per alcune scale, confermando i risultati già presenti in letteratura (20, 21, 24, 35, 36). L'elevazione nella scala (Pd) Deviazione Psicopatica mette in luce la presenza nei giocatori patologici di comportamenti impulsivi, instabili e tendenzialmente antisociali. È emersa tra i giocatori l'inclinazione a sperimentare sensazioni di scoraggiamento e pessimismo, ansia e depressione.

Per quanto riguarda le Scale Supplementari, è stata rilevata un'elevazione nella Scala Pk (Disturbo Post-Traumatico da Stress), che potrebbe far ipotizzare la presenza, nei *Pathological Gamblers* (PG), di sensazioni di intenso stress emotivo, ansia, disturbi del sonno, sensi di colpa, stati depressivi, convincimento di essere incompresi. Anche le scala di alcolismo MAC-R e la scala APS (Tossicodipendenza Potenziale), risultano elevate nei giocatori patologici confermando gli studi presenti in letteratura che evidenziano una relazione tra gioco d'azzardo e uno stile di vita associato allo sviluppo di un disturbo di dipendenza.

Dalla correlazione tra le Scale di Contenuto dell'MMPI-2 e il SOGS, è emersa una relazione significativa positiva fra gioco d'azzardo e diverse variabili fra cui l'ansia - Scala ANX -, la depressione (DEP), la preoccupazione per la propria salute (HEA), i comportamenti antisociali (ASP), e i comportamenti di Tipo A (TPA; irritabilità, impazienza, difficoltà nelle relazioni).

Inoltre da questi risultati è emersa nei giocatori una certa tendenza verso un'ideazione bizzarra (BIZ), che può far pensare al giocatore come una persona con credenze fasulle, che si discostano dalla realtà; infatti non è raro che i giocatori d'azzardo patologici tentino di accattivarsi la fortuna in ogni modo, ricorrendo a gesti scaramantici e propiziatori di ogni genere; generalmente, il giocatore per giustificare le perdite attribuisce la causa di queste a fattori esterni (*locus* esterno) negando la realtà e abbandonandosi ad un pensiero bizzarro.

I giocatori d'azzardo patologici coinvolti nella presente ricerca presentano, inoltre, una bassa autostima verso (LSE), problemi familiari (FAM) e lavorativi (WRK). Anche questi risultati sono in linea con le recenti ricerche scientifiche che individuano nei giocatori un basso livello di autostima che solo il gioco può contribuire a rialzare possibilmente attraverso una vincita e problemi lavorativi e familiari causati perlopiù dal tempo che il giocatore dedica al gioco e dalle continue richieste di denaro del giocatore.

Infine, da questo studio sono emerse difficoltà e resistenze verso trattamenti di salute mentale da parte dei soggetti che presentano patologia da gioco. Anche questo è in linea con la letteratura scientifica, in particolare con quella sui codici MMPI-2 (32), che individua nei soggetti con caratteristiche antisociali, impulsive, ipomaniacali, una difficoltà di aderire al trattamento e una prognosi tendenzialmente infausta.

Tramite il confronto dei due gruppi (clinico e non clinico) sono emerse delle differenze significative riguardo a depressione, ansia, impulsività e comportamenti antisociali, isteria, paranoia. Inoltre, è emersa una tendenza da parte dei giocatori all'abuso di alcol e a sperimentare affetti negativi. Tutto questo fa pensare al gioco d'azzardo come un fenomeno variegato e complesso che comprende vari tratti di personalità psicopatologica.

Infatti, il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) presenta grande affinità, non solo con il gruppo dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi (DOC), ma soprattutto con i Comportamenti d'Abuso e le Dipendenze cosa che, in termini generali, lo può fare considerare un disturbo psichiatrico multiforme che nella pratica clinica permette di osservare una estrema variabilità di segni e sintomi.

Al di là della felice o meno collocazione dei giocatori d'azzardo patologici nel DSM-IV, il rischio più grosso consiste nell'essere indotti a pensare ai giocatori come ad una categoria omogenea. Le persone che incontrano i criteri per essere definiti giocatori patologici, in realtà a loro volta costituiscono un gruppo molto ampio che va diviso in sottocategorie molto diverse tra loro per l'evoluzione del sintomo, struttura di personalità, indicazione di trattamento e prognosi. Tuttavia è possibile tracciare un profilo comune del giocatore patologico caratterizzato da vari elementi strettamente connessi tra di loro come un'impulsività patologica; problemi legati all'umore; false credenze; ed una conseguente compromissione della vita familiare, sociale e lavorativa che evidenzia una stretta connessione tra elementi biologici, psicologici e socio-relazionali (modello biopsicosociale) (37).

La letteratura e la pratica clinica ci dicono che un intervento efficace per i molteplici e complessi bisogni del giocatore patologico e della sua famiglia richiede risposte terapeutiche altrettanto complesse che integrino più figure professionali (psicologo, medico, assistente sociale, educatore professionale, ecc.), più setting terapeutici (individuale, familiare e di gruppo) e più istituzioni territoriali (Azienda Usl, Servizi Sociali Comunali, Volontariato, Fondazione Antiusura, Consulente Legale, ecc.).

Riferimenti Bibliografici

- 1) Caillois R. I giochi e gli uomini: la maschera e la vertigine. Bompiani, Milano, 1981. Edizione originale, *Lex jeux et les les hommes. Le masque et les vertice*, Gallimard, Paris 1967.
- 2) Croce M. Vizio, malattia, business? Storia dei paradigmi sul gioco d'azzardo. In M. Croce, R. Zerbetto (Eds). *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* Milano: Franco Angeli 2001, pp. 55- 75.
- 3) Pani R., Biolcati R. *Le dipendenze senza droghe. Shopping Compulsivo, Internet e Gioco d'Azzardo*. Utet, Torino 2006.

- 4) American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*. DSM-IV-TR 2000. Tr. it. Milano: Masson 2002.
- 5) American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*. DSM-IV 1994. Tr. it. Milano: Masson 1995.
- 6) Allcock C. C., Grace D. M. Pathological Gamblers are Neither Impulsive nor Sensation-Seekers. *Aust. N Z J Psychiatry* 1988, 22: 307-11.
- 7) Lesieur H. Altering the DSM-III Criteria for Pathological Gambling. *Journal of Gambling Behavior* 1988, 4: 38-47.
- 8) Lesieur H., Rosenthal R. Pathological Gambling: A Review of the Literature. *Journal of Gambling Studies* 1991, 7: 5-39.
- 9) Langewisch M. W., Frisch G. R. Gambling Behaviour and Pathology in Relation to Impulsivity, Sensation Seeking, and Risk Behaviors in Male College Students. *Journal of Gambling Studies* 1998 14: 245-262.
- 10) Langewisch M. W., Frisch G. R. Classification of Pathological Gambling as an Impulse Control Disorder. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling* 2001, 3:1-21.
- 11) Milesi A., Clerici M. Gioco d'azzardo, comorbidità e strutture di personalità. In Croce M. e Zerbetto R. (a cura di); *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- 12) Peele S. Is Gambling an Addiction Like Drug and Alcoholic Addiction?. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling* 2001, 3:1-13.
- 13) Rigliano P., Croce M. 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 2001.

- 14) Slutske W.S., Caspi A., Moffitt T.E., Poulton R. Personality and problem Gambling: a Prospective Study of a Birth Cohort of Young Adults. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005, 62: 769-775.
- 15) Lesieur H. R., Blume S. B. 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* 1991, 86: 1017-1028.
- 16) Ladoceur R., Dube D., Bujold A. Prevalence of Pathological Gambling and Related Problems Among College Students in the Quebec Metropolitan Area. *Canadian Journal of Psychiatry* 1994, 139: 289-293.
- 17) Feigelman W., Wallisch L. S., Lesieur H. R. Problem Gamblers, Problem Substance Users and Dual-Problem Individuals: An Epidemiological Study. *American Journal of Public Health* 1998, 88: 467-470.
- 18) Toneatto T., Skinner W. Relationship Between Gender and Substance Use Among Treatment-Seeking Gamblers. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling* 2000, 1: 1-12.
- 19) Berti A., Cocci V., Orsini C., Biagiatti C., Cucinelli M.L., Marioli A., Benci S., Dimauro P., Cipriani F., Voller F. Il gioco d'azzardo patologico tra gli utenti dei serT: polidipendenze e comorbilità, Atti del 2° Convegno Sezione Toscana Associazione Italiana di Epidemiologia tenutosi a Firenze il 5 giugno 2008.
- 20) Hollander E., Rosen, J. Impulsivity. *Psychopharmacol.* 2000, 14: 539-44.
- 21) Demaree H.A., DeDonno M.A., Burns K.J, Everhart, D.E. You bet: How personality differences affect risk- taking preferences. *Personality and Individual Differences* 2008, 44: 1484-1494.
- 22) Loxton N.J, Nguyen D., Casey L., Dawe S. Reward drive, rash impulsivity and punishment sensitivity in problem gamblers. *Personality and Individual Differences* 2008, 45: 167-173.

- 23) Maccallum F., Blaszczynski A., Ladouceur R., Nower L. Functional and Dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality and Individual Differences* 2007, 43: 1829-1838.
- 24) Fischer S., Smith G.T. Binge eating, problem drinking and pathological gambling: linking behaviour to shared traits and social learning. *Personality and Individuals Differences* 2008, 44: 789-800.
- 25) Franken I. H. A., van Strien J. W., Nijs I., Muris, P. Impulsivity is associated with behavioral decision-making deficits. *Psychiatry Research* 2008, 158: 155-163.
- 26) Cyders, M.A., & Smith, G.T. Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behavior. *Personality and Individual Differences* 2008, 45:503-508.
- 27) Garcia A.V., Lawrence A.J., Clark, L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high- risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2008, 32: 777-810.
- 28) Breen R.B., Zuckerman, M. Chasing in gambling behaviour: personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences* 1999, 27: 1097-1111.
- 29) Bagdy R.M., Vachon D.D., Bulmash E.L., Toneatto T., Quilty L.C., Costa, P.T. Pathological gambling and the five- factor model of personality. *Personality and Individual Difference* 2007, 43: 873-880.
- 30) Sacco P., Cunningham-Williams R.M., Ostmann E., Edward L., Spitznagel Jr. The association between gambling pathology and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research* 2008, 42: 1122-1130.
- 31) Cocci V., Benci S., Bonicolini C., Dimauro P.E., (2006). 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. *Personalità/Dipendenze* 2006, 11: 73-90.

- 32) Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., Tellegen A., Kaemmer B. MMPI-2: Manual for administration, scoring and interpretation. Revised. Minneapolis: University of Minnesota Press 1989 (adattamento italiano di Pancheri P., Sirigatti S. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1995).
- 33) Guerreschi, C, & Gander, S. “Versione Italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume”, in C. Guerreschi (Ed.), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d’azzardo patologico* Milano: San Paolo 2000, pp. 137-142.
- 34) Cocci, V., Benci, S., Biagiante, S., Cucinelli, M.L., Frullano, D., Marioli, A.M., Sangalli, M. & Dimauro, P.E. “Le nuove dipendenze e la salute pubblica. L’Ambulatorio per il gioco d’azzardo del Dipartimento della A-Usl 8 di Arezzo dopo due anni di attività”, *Il Cesalpino*, agosto 2007.
- 35) Guerreschi, C. *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d’azzardo patologico*. Milano: San Paolo 2000.
- 36) Savron G., Pitti P., De Luca R. Stati dell’umore tratti di personalità in un campione di Giocatori d’Azzardo Patologici e dei loro familiari. *Rivista di psichiatria* 2003, 38: 247-258.
- 37) Engel, G.L., “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”, *Science*, 1977, 196, pp. 129-136.

Indice delle tabelle

Tabella 1. Statistiche descrittive dei partecipanti ai gruppi (clinico e non clinico).

SOGS Clinico		SOGS Non clinico	
N= 29		N= 30	
Media	10.76	Media	.50
Dev. St.	2.81	Dev. St.	1.45
Min	6	Min	0

Max	16	Max	7
Range	10	Range	7
Asimmetria	.10	Asimmetria	3.62
Err.standar		Err.standar	
d	.43	d	.42
Curtosi	-.99	Curtosi	14.25
Err.standar		Err.standar	
d	.84	d	.83

Tabella 2. Correlazioni tra le Scale di Base MMPI-2 e SOGS (N=29).

	L	F	Hs	D	Hy	Pd	Pt
SOGS * <i>p</i> <.05	-.39*	.37*	.42*	.38*	.40*	.44*	.42*

Tabella 3. Correlazioni tra le Scale Supplementari MMPI-2 e il SOGS. (N=29).

	Fb	PK
SOGS	.47**	.60**

***p*<.01

Tabella 4. Correlazioni tra le Scale di Contenuto MMPI-2 e il SOGS (N=29).

	ANX	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	FAM	WRK	TRT
SOGS	.40*	.59**	.45*	.48**	.56**	.17**	.46*	.42*	.51**	.44*	.52**	.47**

p*<.05; *p*<.01

Tabella 5. t-test dei partecipanti gruppo A e B (clinico e non clinico) Scale di Base MMPI-2.

	Clinico N=29		Non clinico N=30		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	D.S.	Media	D.S.		
F	55.79	(± 12.17)	49.33	(± 8.60)	2.36	.05*
K	35.48	(± 7.36)	44.10	(± 7.91)	- 4.32	.01**
Hs	52.83	(± 14.87)	59.90	(± 13.34)	- 1.92	.05*
Hy	57.48	(± 11.65)	49.03	(± 8.54)	3.18	.01**
Pd	56.97	(± 14.19)	50.23	(± 10.45)	2.07	.05*
Pa	59.59	(± 12.64)	47.47	(± 12.20)	3.74	.01**

p*<.05; *p*<.01

Tabella 6. t-test dei partecipanti gruppo A e B (clinico e non clinico) Scale Supplementari MMPI-2.

	Clinico N=29		Non clinico N=30		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	D.S.	Media	D.S.		
MAC-R	63.79	(± 10.14)	53.33	(± 11.98)	3.61	.01**
APS	58.31	(± 9.84)	49.40	(± 10.25)	3.40	.01**
PK	61.28	(± 12.91)	52.20	(± 10.49)	2.96	.01**
OH	42.66	(± 7.75)	46.77	(± 8.08)	- 1.99	.05*

MDS	36.38	(± 1.23)	49.73	(± 8.51)	- 8.35	.01**
-----	-------	----------	-------	----------	--------	-------

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabella 7. t-test dei partecipanti gruppo A e B (clinico e non clinico) Scale di Contenuto MMPI-2.

	Clinico N=29		Non clinico N=30		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	D.S.	Media	D.S.		
ANX	61.24	(±10.04)	54.37	(±9.62)	2.68	.01**
OBS	46.21	(±11.57)	51.47	(±8.33)	-2.00	.05*
DEP	63.07	(±13.08)	52.57	(±11.15)	3.32	.01**
ANG	57.14	(±9.08)	52.50	(±8.37)	2.04	.05*
TRT	58.38	(±10.65)	53.23	(±8.71)	2.03	.05*

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabella 8. t-test dei partecipanti gruppo A e B (clinico e non clinico) SOGS.

	Clinico N=29		Non clinico N=30		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	D.S.	Media	D.S.		
SOGS	10.76	(±2.81)	.50	(±1.45)	17.68	.01**

* $p < .05$; ** $p < .01$