

# 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, Campofornido, 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 familiari, 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 attribuito 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 auto-critica 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 Blaszczynski (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 omovannilico (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 un 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 Campofornido (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 ( $\pm 12.61$ ) anni; la durata media di gioco era di 7.3 ( $\pm 4.06$ ) 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;  $\pm 11.66$ ), 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 Campofornido.

L'età media del gruppo mogli era 41.3 ( $\pm 10.88$ ) 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 ( $\pm 2.43$ ). 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 ( $\pm 5.1$ ), 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) Controlli (n=28)			Giocatori (n=28) Mogli (n=28)			Giocatori (26) Genitori (26)			Mogli (n=26) Genitori (n=26)		
	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.	Media (ds)	Media	Sig.
<b>ASI</b>	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	20.80 (9.62)	18.88 (10.45)	.4932
<b>TPQ ns</b>	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 ***	12.38 (4.50)	12.61 (4.54)	.8549
<b>TPQ ha</b>	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	20.61 (4.97)	17.23 (5.95)	.0307 *
<b>TPQ rd</b>	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	20.30 (3.81)	16.65 (4.55)	.0029 **
<b>SQ a.</b>	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	11.84 (4.56)	11.07 (4.86)	.5595
<b>SQ d.</b>	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	10.92 (5.00)	9.84 (5.55)	.466
<b>SQ s. s.</b>	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 **	11.34 (4.49)	10.34 (4.89)	.5338
<b>SQ o.</b>	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	6.46 (4.83)	6.42 (4.55)	.975
<b>EIS Tot.</b>	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	49.38 (8.45)	49.23 (6.40)	.9414
<b>A.</b>	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	13.38 (1.65)	13.38 (1.65)	.9370
<b>I. V.</b>	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	11.73 (3.60)	12.19 (2.93)	.615
<b>T.</b>	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	12.80 (3.17)	12.07 (2.63)	.371
<b>M. E.</b>	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	11.38 (3.16)	11.53 (2.42)	.8477

ASI: Anxiety Sensitivity Index; TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire, ns=no novelty seeking, ha= harm avoidance, rd= reward dependence; SQ: Symptom Questionnaire, a = ansia, d = depression, 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	$\chi^2$	d f	sig
<b>TPQ ns</b>	43.63	45.77	73.84	58.07	15.83	3	.0012***
<b>TPQ ha</b>	72.34	54.54	53.75	41.54	13.33	3	.0040**
<b>TPQ rd</b>	71.80	50.67	42.91	56.27	12.355	3	.0063**
<b>SQ a</b>	69.63	64.52	55.84	32.66	22.030	3	.0001***
<b>SQ d</b>	69.16	61.54	60.64	31.09	23.295	3	.0000***
<b>SQ s.s.</b>	68.11	67.02	50.80	36.89	17.977	3	.0004***
<b>EIS Tot.</b>	60.98	64.60	56.36	40.71	9.008	3	.029*
<b>EIS I.V.</b>	56.64	62.10	63.25	40.48	9.08	3	.028*
<b>EIS T.</b>	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.	Mas.e
<b>TPQns</b>												
<b>TPQha</b>												
<b>TPQrd</b>	-2.49*											
<b>SQ ansia</b>		.462***	.367**									
<b>SQ depres.</b>		.418***	.372**	-.243*	.873***							
<b>SQ sint.som</b>	.266*		.332**		.537***	.585***						
<b>SQ ostilità.</b>		.397***	.343**		.688***	.697***	.538***					
<b>Autoc.</b>	.255*											
<b>Inib.v</b>	.310**			-.468***	.353***	.399***		.295**				
<b>Timid.</b>			.383***		.354***	.280*	.264*					
<b>Masc.e.</b>	.239*		.248*		.275*	.253*		.221*	.396***	.330**		
<b>Tot.EIS</b>	.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.												
Masc.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 i 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, 4<sup>a</sup> 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. Ladoucer 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 Campofornido (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. Rucpich 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. ANNALS, 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. Hils 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. Git.A., Campofornido, 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, Yasumo 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.*, Campofornido, 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.*, Campofornido, 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.