

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

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

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

*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, **Centro ACAT, Udine;
***Centro GA, Bolzano

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

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

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

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

INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MATERIALE E METODO

Gli strumenti utilizzati sono stati:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'età media del campione era di 39,4 ($\pm 11,96$) anni, di cui 48 maschi e 1 femmina, la durata media di gioco era di 7,7 ($\pm 3,97$) anni, 39 erano coniugati 10 singoli, 29 risultavano possedere la licenza media, 17 il diploma di scuola media superiore e 3 la laurea, 31 appartenevano ad uno status economico-sociale medio-basso e 18 medio-alto.

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

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

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

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

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

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

RISULTATI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* p < .05

** p < .01

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

DISCUSSIONE

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

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

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

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

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

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

* p < .05

** p < .01

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

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

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

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

CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

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