

Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale

Clinical and socio-demographic characteristics, and gender differences in outpatients with pathological gambling

G. Bellio, A. Fiorin

SerT, Servizio Tossicodipendenze, Azienda ULSS n. 8, Asolo, Treviso

Summary

Objectives

Pathological gambling has been defined as a persistent and recurrent maladaptive gambling behavior that disrupts personal, family and work life, with phenomenological similarities to substance addiction. Previous international studies have described pathological gamblers as mainly young males, singles, with low socioeconomic and educational level. Moreover, high levels of psychiatric and substance abuse comorbidity were observed. Few data are available on patients with pathological gambling in Italy.

This paper reports on the clinical and socio-demographic features of patients with pathological gambling who received treatment from the Pathological Gambling Program of the Addiction Treatment Center in Castelfranco Veneto, Italy, during the period 2001-2007.

Methods

In this naturalistic study clinical records of 85 patients or families were reviewed and classified into three groups: simple counseling, early drop-out gambling, and pathological gambling under treatment. Data about main clinical and socio-demographic variables of gambling patients under treatment were taken from clinical charts, the South-Oaks Gambling Screen (SOGS), and the Symptoms CheckList (SCL-90-R).

Results

On the base of the review of clinical charts, 10 subjects were classified as simple counseling, 11 were classified as early drop out gambling and 64 as pathological gambling under treatment (Table I).

Among the 64 patients with pathological gambling under treatment, electronic games (54.7%), i.e., slot machine and videopoker, and lotto (43.7%) were the most popular games. Male gambling was predominant (78%), with lower mean age (44 years vs. 58 years) and higher levels of education and occupation than women. The age of onset of excessive gambling was significantly earlier in males.

The SOGS mean score was 11.48, showing no gender differences. The global psychopathology score (SCL-90-R/GSI mean score) was 0.80, with higher levels among women, although not statistically significant. Family occurrence of psychiatric and gambling disorders were observed in 33% of patients, especially regarding male members of the family. Psychiatric comorbidity and substance abuse were reported or observed in 40.7% of pathological gambling outpatients. Among patients with gambling under treatment, 32.8% dropped out (Table II).

Discussion

This study shows that most patients with pathological gambling who seek treatment, actually begin a therapy. Moreover, our data confirm the heterogeneity of people with pathological gambling; many differences in clinical and demographic variables seem to be gender-related. Most women with gambling from our clinical population could be classified as escape gamblers or Blaszczynski's (2000) type II. These results confirm that data from previous international studies apply also to Italian pathological gambling patients.

Key words

Impulse control disorders • Pathological gambling • Compulsive gamblers • Clinical-demographic characteristics • Gender differences

Corrispondenza

dott. G. Bellio, SerT, Servizio Tossicodipendenze, via Ospedale 18, 31033 Castelfranco Veneto (TV), Italia • Tel. +39 0423 732736 • Fax +39 0423 732737 • E-mail: graziano.bellio@ulssasolo.ven.it

Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico dal 1980 ha acquisito uno status nosografico autonomo¹. L'attuale classificazione dei disturbi psichiatrici definisce il gioco patologico come "un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari, o lavorative"². Il giocatore può essere grandemente assorbito dall'attività di gioco, può incorrere in continui fallimenti nei suoi tentativi di controllarla, può sperimentare sintomi disforici e irrequietezza se costretto a ridurre o interrompere il gioco, può mentire ai familiari e al terapeuta sui propri comportamenti in relazione al gioco, alle perdite e ai tentativi di procurarsi il denaro per giocare. Il giocatore infine può mettere in atto azioni illecite o francamente illegali allo scopo di alimentare il gioco. Questi ed altri sintomi sono assimilabili alle condotte dei tossico/alcooldipendenti nei confronti della propria sostanza d'abuso. Il gioco patologico mostra una prevalenza lifetime di circa 1,5% della popolazione generale³. È stata inoltre osservata una ampia comorbidità crociata tra dipendenza da gioco e dipendenza da sostanze, alcool compreso (vedi voce bibliografica 4 per un sunto degli studi). Studi sulla popolazione generale hanno trovato che oltre la metà dei soggetti che presentano gioco patologico abusano anche di sostanze; risultati simili sono stati confermati anche in studi su popolazioni cliniche. Una significativa associazione tra i due disturbi di dipendenza è stata rilevata anche nei soggetti dipendenti da sostanze illecite e alcool^{5,6}. Seppur in assenza di una normativa nazionale che regolamenti l'assistenza ai giocatori patologici, molti servizi tossicodipendenze (SerT) italiani, a partire dalla esperienza nel trattamento delle dipendenze chimiche, hanno iniziato a rispondere alle richieste di aiuto provenienti dai giocatori e dalle loro famiglie. Studi prevalentemente effettuati su popolazioni estere descrivono il giocatore patologico come prevalentemente maschio, giovane e non coniugato, di scolarità ed estrazione socioeconomica bassa, appartenente a ceppi etnici minoritari, non bianchi⁷. Diversi studi riportano anche la presenza di un elevato livello di comorbidità con altri disturbi psichiatrici, in particolare disturbi dell'umore, d'ansia, disturbi di personalità⁸. In ogni caso il gioco incontrollato rappresenta un comportamento trasversale in grado di interessare soggetti appartenenti a molteplici strati sociali e dalle caratteristiche demografiche diverse. Per

Bucca et al.⁹ ad esempio i giocatori patologici apparirebbero prevalentemente a una classe sociale media o medio-alta, ed avrebbero una età compresa tra 40 e 50 anni. Dati riferiti ad una popolazione clinica afferente a gruppi psicoterapeutici privati in Friuli Venezia Giulia¹⁰ riportano un profilo di giocatore patologico caratterizzato da sesso maschile, nel 90% dei casi con una età compresa tra 30 e 60 anni distribuiti in modo omogeneo nelle tre decadi, prevalentemente coniugato, titolo di studio medio-superiore, con un tasso di disoccupazione virtualmente assente.

Diversi fattori concorrono pertanto a rendere difficile l'individuazione di un profilo tipico del giocatore patologico, soprattutto nella realtà italiana in cui la mancanza di una assistenza universale assicurata a questi soggetti comporta probabilmente una forte pressione selettiva a monte. Può essere quindi di qualche interesse ottenere dati relativi a giocatori che si rivolgono ad una unità operativa pubblica, gratuita e ad accesso diretto.

Il presente lavoro intende illustrare le caratteristiche sociodemografiche dei soggetti pervenuti al servizio tossicodipendenze di Castelfranco Veneto (TV) che dal 2001 ha attivato un ambulatorio specialistico per il trattamento del gioco d'azzardo patologico. L'ambulatorio accoglie pazienti non solo provenienti dal territorio dell'unità socio-sanitaria locale n. 8 (Asolo), con circa 230.000 residenti, ma anche da altre aree circostanti, soprattutto dalla provincia di Treviso e di Padova.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati tutti i record relativi ai soggetti con gioco d'azzardo eccessivo pervenuti all'ambulatorio nel periodo gennaio 2001 – agosto 2007. Le richieste di intervento sono state raggruppate in tre categorie sulla base dell'esito della fase di accoglienza:

- a. semplice *consulenza* individuale o familiare, nei casi in cui erano presenti unicamente bisogni informativi e di orientamento;
- b. *drop-out precoce*, nel caso in cui l'abbandono era avvenuto prima della conclusione della fase di valutazione;
- c. *trattamento*, quando il paziente aveva concluso almeno la fase valutativa, generalmente integrata con i primi interventi terapeutici.

Escludendo le semplici consulenze, il protocollo di presa in carico prevede che i pazienti avviino

una fase di approfondimento diagnostico e di valutazione multidimensionale che prevede la usuale raccolta anamnestica e la valutazione clinica degli aspetti psicopatologici più rilevanti per mezzo di alcuni colloqui clinici, compresa la somministrazione di questionari/scale standardizzate. Il questionario *South-Oaks Gambling Screen* (SOGS) ¹¹ si compone di 20 item che si ispirano ai criteri diagnostici del DSM-III ¹. Benché non sia a rigore da considerarsi una scala diagnostica secondo i criteri del DSM-IV-TR ², esso tuttavia consente di distinguere i soggetti definiti come *giocatori a rischio* (1-2 punti) dai *giocatori problematici* (3-4 punti) e dai *probabili giocatori patologici* (5 punti o più), e di valutarne grossolanamente la gravità sulla base del punteggio complessivo.

La *Symptoms Checklist* (SCL-90-R) di Derogatis et al. ¹² è una tra le più note ed utilizzate scale di valutazione della sintomatologia psicopatologica generale. Di semplice e veloce somministrazione, è composta da 90 item ognuno dei quali individua un sintomo: il paziente esprime attraverso una scala a 5 punti quanto ha sofferto quel sintomo nell'ultima settimana. Il livello complessivo di gravità psicopatologica viene espresso attraverso il *General Symptomatic Index* (GSI), calcolato come media del punteggio ottenuto nei 90 item. Sebbene la SCL-90-R sia stata ampiamente validata, il punteggio di *cut-off* tra normalità e patologia può essere differente a seconda della popolazione oggetto di studio: purtroppo non ci risultano ancora effettuati studi in tal senso nella popolazione italiana di giocatori patologici in trattamento ambulatoriale.

Sulla base delle risposte al SOGS, dell'anamnesi e del colloquio clinico, sono state raccolte e analizzate le informazioni relative alle principali variabili socioanagrafiche, alle tipologie di gioco, alla presenza di comorbilità psichiatrica e uso di sostanze nel soggetto, alla familiarità, e ad altre variabili di natura clinica, in particolare la tipologia di presa in carico e relativa modalità di conclusione. Per quanto riguarda il tipo di presa in carico si è tenuto conto della complessità del trattamento definendolo *multimodale* quando sono state attivate più modalità di intervento e/o più episodi di trattamento, *monomodale* quando è stato applicato un intervento più focale. Sono state considerate solo due diverse modalità di conclusione della presa in carico: *drop-out* nel caso il paziente avesse abbandonato il trattamento successivamente alla conclusione della fase diagnostica, *dimissione*

se la conclusione era stata concordata con il terapeuta. Alcuni pazienti infine risultavano ancora in carico.

I dati sono stati riassunti attraverso il conteggio di frequenza nei casi di variabili nominali e ordinali, e il calcolo delle medie nelle variabili numeriche. Per il confronto tra i gruppi è stato utilizzato il t test di Student e ANOVA. Le elaborazioni statistiche sono state effettuate con il software SPSS 15.0 (2006, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Risultati

Nel periodo di riferimento sono state presentate al servizio n. 85 richieste di intervento da parte di individui/famiglie con problemi di gioco: n. 10 di esse hanno richiesto unicamente una consulenza per prevalenti bisogni di informazioni e orientamento. Dei rimanenti 75 soggetti, ai quali veniva indicato un approfondimento diagnostico, n. 11 (12,9% del campione totale) andavano incontro ad un abbandono precoce del servizio, ancor prima di avviare o concludere la fase di valutazione.

È stato quindi possibile individuare tre distinti sottogruppi di soggetti i cui principali dati socioanagrafici vengono riassunti nella Tabella I: le semplici consulenze, i *drop-out* precoci e i pazienti in trattamento.

La scarsa numerosità della popolazione indagata, in particolare quella relativa ai due campioni di soggetti non trattati, non permette di dare particolare significato ai differenti valori rilevati. Tuttavia è possibile evidenziare la tendenza ad una età media più avanzata da parte dei soggetti che hanno richiesto la semplice consulenza rispetto ai *drop-out* precoci e ai pazienti in trattamento (51,8 anni vs. 43,27 e 47,19 rispettivamente). Oltre all'età media minore, il gruppo dei *drop-out* precoci tende ad avere anche una minore scolarità e un maggior tasso di disoccupazione.

La Tabella II riassume i dati, stratificati per sesso, relativi al gruppo di soggetti (n. 64) effettivamente trattati, cioè quegli individui o famiglie che hanno concluso almeno la fase di valutazione standardizzata.

La popolazione di giocatori presi in carico è rappresentata per il 78% da uomini, e per il 22% da donne, con una età media di 47 anni (*range* 24-69). Le donne sono risultate mediamente più anziane dei maschi (58 vs. 44). La scolarità prevalente nei pazienti in trattamento è quella media inferiore;

TABELLA I.

Soggetti pervenuti al servizio: variabili socioanagrafiche per esito della fase di accoglienza. *Survey group: socio-demographic variables and intake classification of subjects.*

	Consulenze	Drop-out precoci	Pazienti in trattamento	Totale
N.	10 (11,8%)	11 (12,9%)	64 (75,3%)	85 (100%)
Sesso				
M	8 (80%)	10 (90,9%)	50 (78,1%)	68 (80%)
F	2 (20%)	1 (9,1%)	14 (21,9%)	17 (20%)
Età media* (dev. st.)	51,80 (13,67)	43,27 (10,39)	47,19 (11,81)	47,22 (11,92)
Scolarità				
Elementari	1 (10%)	0	7 (10,9%)	8 (9,4%)
Medie inferiori	6 (60%)	7 (63,6%)	31 (48,4%)	44 (51,8%)
Medie superiori	3 (30%)	2 (18,2%)	25 (39,1%)	30 (35,3%)
Altro/non noto	0	2 (18,2%)	1 (1,6%)	3 (3,5%)
Attività lavorativa				
Occupato	6 (60%)	7 (63,6%)	47 (73,4%)	60 (70,6%)
Disoccupato	1 (10%)	2 (18,2%)	4 (6,3%)	7 (8,2%)
Altro/non noto	3 (30%)	2 (18,2%)	13 (20,3%)	18 (21,2%)

* ANOVA = n.s.

nessun soggetto risulta laureato. Le donne mostrano una scolarità inferiore rispetto ai maschi, anche se la loro maggiore età potrebbe rappresentare un fattore confondente poiché in passato non era raro che la famiglia riservasse ai figli maschi le risorse per gli studi. Sul piano lavorativo il 73,4% dei giocatori in trattamento è risultato occupato, mentre il tasso di disoccupazione è piuttosto basso (6,3%). Le donne, come prevedibile data la maggiore età, hanno un minore livello di occupazione rispetto ai maschi (42,9% vs. 82%), e maggiori tassi di pensionamento (21,4% vs. 2%) e di condizioni non lavorative (35,7% vs. 8%).

Il punteggio medio ottenuto nel SOGS dai giocatori presi in carico è stato di 11,48^a (DS = 3,30; range = 5-18), con una distribuzione a due mode corrispondenti ai valori di 12 e 14. Il 25° percentile corrisponde a 9 punti e il 75° a 14; poco più della metà dei soggetti ha ottenuto un punteggio pari o superiore a 12. I punteggi SOGS non si differenziano nei due sessi.

I giochi maggiormente giocati dai giocatori in trattamento sono soprattutto i giochi elettronici, videopoker e slot-machine (complessivamente

nel 54,7% dei casi), in particolare al di fuori dei casinò. È risultato molto diffuso anche il gioco del lotto (43,7%). Ben 29 soggetti (45%) sono risultati coinvolti in più giochi, mentre i rimanenti hanno mostrato una chiara preferenza per uno soltanto. Solo il 20,3% dei pazienti in carico ha frequentato il casinò, mentre la grande maggioranza ha generalmente trovato le occasioni di gioco nella propria zona di residenza.

Per il 21,9% dei pazienti l'età di iniziazione al gioco d'azzardo è stata molto precoce, entro i 18 anni, ma la distribuzione di frequenza della variabile mostra un andamento bimodale con i due massimi rispettivamente nella fascia 19-25 e in quella sopra i 30 anni. Tale andamento sembra essere fortemente legato al sesso: le giocatrici patologiche infatti mostrano un esordio tardivo, dopo i 30 anni in 13 casi su 14, mentre nel 90% dei giocatori maschi il gioco problematico inizia prima dei 30 anni.

Il 25% dei pazienti in trattamento, tutti di sesso maschile, riferisce una comorbilità per abuso/dipendenza da alcool o sostanze psicotrope. Il 21,9% è comorbile con altri disturbi psichiatrici, senza dif-

^a È stato escluso un questionario manifestamente non attendibile.

TABELLA II.

 Variabili cliniche dei pazienti presi in carico, stratificate per sesso. *Clinical variables of pathological gambling patients under treatment and gender differences.*

	M	F	TOTALE
N.	50 (78,1%)	14 (21,9%)	64 (100%)
Età media* (min-max)	44 (24-69)	58 (39-69)	47 (24-69)
Scolarità			
Elementari	1 (2%)	6 (42,9%)	7 (11,0%)
Medie inferiori	27 (54%)	4 (28,6%)	31 (48,4%)
Medie superiori	22 (44%)	3 (21,4%)	25 (39,0%)
Università	0	0	0
Altro/non noto	0	1 (7,1%)	1 (1,6%)
Attività lavorativa			
Occupato	41 (82%)	6 (42,9%)	47 (73,4%)
Disoccupato	4 (8%)	0	4 (6,3%)
Pensionato	1 (2%)	3 (21,4%)	4 (6,3%)
Altro/non noto	4 (8%)	5 (35,7%)	9 (14,0%)
Punteggio medio SOGS** (min-max)	11,44 (5-18)	11,62 (6-17)	11,48 (5-18)
Punteggio medio GSI** (min-max)	0,75 (0,09-1,97)	0,98 (0,4-2,19)	0,80 (0,09-2,19)
Tipologia di gioco[†]			
Slot-machine, videopoker	30 (60%)	2 (14,3%)	35 (54,7%)
Lotto	20 (40%)	8 (57,1%)	28 (43,7%)
Casinò	9 (18%)	4 (28,6%)	13 (20,3%)
Scommesse sportive	12 (24%)	0	12 (18,7%)
Altri giochi	7 (14%)	4 (28,6%)	10 (15,6%)
Età di inizio gioco d'azzardo			
< 14 anni	2 (4%)	0	2 (3,1%)
14 – 18	12 (24%)	0	12 (18,8%)
19 – 25	24 (48%)	1 (7,1%)	25 (39,1%)
26 – 30	7 (14%)	0	7 (10,9%)
> 30 anni	5 (10%)	13 (92,9%)	18 (28,1%)
Comorbilità psichiatrica[†]			
Disturbi psichiatrici	11 (22%)	3 (21,4%)	14 (21,9%)
Abuso di alcool/stupefacenti	15 (30%)	0	16 (25,0%)
Nessuna comorbilità	27 (54%)	11 (78,6%)	38 (59,3%)
Familiarità[†]			
Disturbi psichiatrici	1 (2%)	2 (14,3%)	3 (4,7%)
Abuso di alcool/stupefacenti	7 (14%)	3 (21,4%)	10 (15,6%)
Gioco d'azzardo problematico	8 (16%)	3 (21,4%)	11 (17,2%)
Nessuna familiarità	34 (68%)	9 (64,3%)	43 (67,2%)
Tipo trattamento			
Monomodale	21 (42%)	2 (14,3%)	23 (35,9%)
Multimodale	29 (58%)	12 (85,7%)	41 (64,1%)
Esito presa in carico			
Dimissione	18 (36%)	6 (42,9%)	24 (37,5%)
Drop-out	18 (36%)	3 (21,4%)	21 (32,8%)
Trattamento in corso	14 (28%)	5 (35,7%)	19 (29,7%)
Risorse familiari			
Presenti	38 (76%)	11 (78,6%)	49 (76,6%)
Non disponibili	12 (24%)	3 (21,4%)	15 (23,4%)

 * t Student ($p < 0,001$); ** n.s.; † variabili non mutualmente esclusive: la somma è maggiore del 100%.

ferenze significative tra i sessi. Complessivamente non è rilevabile comorbilità nel 59,3% dei casi.

Complessivamente circa un terzo dei giocatori in trattamento riferisce familiarità per problemi psichiatrici (4,7%), di abuso di sostanze (15,6%), o di gioco patologico (17%). La familiarità sembra distribuirsi omogeneamente tra i due sessi. Quasi tutti i casi di familiarità sono riferiti ai membri maschi della famiglia, soprattutto i padri.

Il punteggio medio della psicopatologia globale (GSI), rilevata nei pazienti in trattamento con la SCL-90-R è stato di 0,80, con una distribuzione dei valori in cui la mediana è risultata di 0,73 e il 75° percentile di 1,00. Sebbene i punteggi non si differenzino significativamente nei due sessi, è evidente la tendenza da parte delle donne ad un maggiore livello di psicopatologia globale (GSI medio 0,98 vs. 0,74 nei maschi).

Circa i due terzi dei pazienti hanno ricevuto un intervento complesso, multimodale, spesso multiprofessionale, mentre nell'altro terzo è stato sufficiente un intervento singolo. Nel corso del trattamento, nel 76% dei casi è stato possibile attivare risorse familiari a supporto del programma terapeutico. Benché il coinvolgimento della famiglia sembri facilitare gli interventi multimodali complessi, i dati non mostrano una significativa correlazione tra queste due variabili. Comunque nelle giocatrici esiste una tendenza netta, seppur non ancora significativa, all'avvio di trattamenti multimodali con maggior frequenza rispetto agli uomini (85,7% vs. 58%).

Al momento della raccolta e revisione dei dati, 45 dei 64 giocatori in trattamento avevano concluso il programma. Di questi, 24 risultavano dimessi in modo concordato, mentre 21 avevano abbandonato la terapia. Includendo anche i soggetti classificati come drop-out precoci (n. 11), su 75 soggetti intesi come trattabili gli abbandoni non concordati sono stati il 42,7%, le dimissioni concordate il 32%, mentre il rimanente 25,3% risulta ancora in trattamento.

Discussione

L'obiettivo di questo studio è di studiare i principali dati socioanagrafici e clinici ricavati dal database relativo ai soggetti pervenuti all'ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico del SerT di Castel Franco Veneto, a distanza di alcuni anni dall'avvio delle sue attività. Sono stati accolti complessiva-

mente 85 pazienti o familiari di cui circa il 12% ha richiesto unicamente una consulenza. I rimanenti 75 pazienti sono stati invitati ad intraprendere una fase di valutazione e ad avviare un progetto terapeutico. Di questi, il 14,6% ha abbandonato precocemente il percorso valutativo, di solito entro i primi 2-4 incontri. McCown¹³ riferisce, sulla base della propria esperienza clinica, che i due terzi dei pazienti abbandona entro la seconda sessione. Secondo l'Autore l'elevato tasso di drop-out potrebbe essere ridotto evitando invii a ulteriori specialisti e trattando direttamente il paziente: la minor quota di abbandoni iniziali nella nostra popolazione clinica potrebbe dunque essere spiegata dall'attivazione di una presa in carico immediata. Pur tenendo conto che i pochi dati a disposizione e la scarsa numerosità del campione impediscono di delineare un preciso profilo del paziente a rischio di drop out precoce, i dati suggeriscono che questi soggetti tendono ad essere più giovani, maschi (10 su 11 pazienti), con un livello scolastico inferiore e maggior tasso di disoccupazione.

Tutti i soggetti presi in carico dal servizio sono risultati probabili giocatori patologici, avendo riportato un valore di almeno 5 punti alla SOGS. Questa scala, nonostante il largo uso, è stata spesso oggetto di critiche, soprattutto quando utilizzata nelle ricerche epidemiologiche¹⁴. Clinicamente ha il difetto di non corrispondere esattamente ai criteri del DSM-IV-TR e quindi di non essere diagnostica in senso stretto, tuttavia nel nostro caso ha consentito di individuare come veri positivi tutti i pazienti valutati, ad esclusione di un unico soggetto in cui la netta e manifesta mancanza di collaborazione ha dato luogo ad un SOGS a punteggio zero. Il punteggio medio dei pazienti presi in carico è stato di 11,48 ($\pm 3,30$), punteggio del tutto sovrapponibile a quello rilevato recentemente da Savron et al.¹⁵ in pazienti ambulatoriali trattati in gruppo, ma superiore al punteggio (SOGS = 6,5) rilevato tra quei tossicodipendenti in carico presso il SerT di Castel Franco Veneto che erano risultati giocatori probabilmente patologici¹⁶.

Il rapporto maschi/femmine tra i giocatori in trattamento è di 4/1, similmente a quanto riportato da altre ricerche⁴. Il 55% dei pazienti ha mostrato di preferire un gioco specifico, mentre il rimanente 45% giocava contemporaneamente a più giochi. I più giocati, da circa il 55% dei soggetti, sono risultate le slot-machine, new slot, videopoker e analoghi giochi elettronici, soprattutto al di fuori

dei casinò. Tale preferenza ricalca quanto riportato sia in Italia da Martinotti et al.¹⁷, anche se in quel caso i livelli di preferenza erano stati addirittura superiori, che negli USA da Grant e Kim¹⁸. Alcuni Autori¹⁹ ritengono che giochi rapidi come le slot-machine, caratterizzati da un ridotto tempo di latenza tra scommessa ed esito, possano essere a maggior rischio per lo sviluppo di dipendenza. Tuttavia va anche considerato che nel nostro Paese le slot rappresentano ormai il gioco più accessibile al pubblico, essendo numerosissimi i locali che le ospitano: nel 2007 infatti hanno da sole procurato il 45% dei ricavi lordi dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato²⁰.

A differenza di quanto riportato in altri studi^{21,22}, la preferenza verso le slot-machine sembra legata al sesso maschile, 60% contro il 14,3% delle donne. Al contrario, queste ultime hanno preferito il lotto (57,1%) che complessivamente è stato il secondo gioco giocato. Se la rapidità del gioco, i suoni e gli effetti luminosi tendono ad indurre uno stato dissociativo negli utilizzatori di giochi elettronici, nel caso del lotto il rischio maggiore potrebbe risiedere nella facilitazione del pensiero magico e delle altre distorsioni cognitive tipiche del giocatore d'azzardo²³. Talora il gioco d'azzardo può essere considerato anche una occasione di socializzazione, ad esempio per certi frequentatori di ricevitorie del lotto o di agenzie di scommesse. Si potrebbe ipotizzare che le differenti varietà di gioco d'azzardo possano costituire in una certa misura tipologie di risposte ad esigenze diverse relative alla regolazione emotiva del giocatore, ad esempio eccitamento e piacere per taluni, estraniamento e sollievo da sentimenti negativi per altri, socializzazione e sollievo dalla solitudine per altri ancora. In ogni caso sembra di poter affermare che, almeno in parte, la scelta del gioco risente di ulteriori variabili, tra i quali accessibilità e fattori culturali.

I dati relativi alla popolazione clinica studiata si allineano a precedenti osservazioni sulla eterogeneità dei giocatori patologici e l'impossibilità di riconoscere un profilo unico e peculiare, cosa che ha peraltro condotto diversi Autori a ipotizzare classificazioni tipologiche differenti (ad es.²⁴⁻²⁶). Esiste comunque una netta tendenza, anche se non sempre statisticamente significativa, che differenzia i giocatori maschi dalle giocatrici. Le donne iniziano a giocare in età più avanzata, hanno una età maggiore dei maschi quando entrano in trattamento, hanno una minore scolarità, e sono meno fre-

quentemente occupate in un regolare lavoro. Esse preferiscono il lotto rispetto ai giochi elettronici, tendono ad avere un livello di sofferenza psicologica (misurata con il GSI dell'SCL-90) maggiore rispetto ai maschi, ma anche un minore rischio di abuso di sostanze. Sul piano clinico infine le giocatrici patologiche tendono ad usufruire di trattamenti multimodali complessi in misura maggiore rispetto ai maschi. Differenze correlate al sesso sono state da tempo riscontrate da molti gruppi di ricerca, spesso, anche se non sempre, in modo convergente con il nostro studio relativamente alle singole variabili demografiche e cliniche^{22,27-29} (anche Petry⁴ per una rassegna). In accordo con Petry⁴, anche nel presente studio le differenze tra i sessi sembrano comunque in parte associate al fattore età.

La maggior parte delle giocatrici della popolazione clinica studiata potrebbero essere collocate nell'ambito dei cosiddetti giocatori per fuga (*escape gamblers*) di Lesieur²⁴ o all'interno del secondo gruppo di Blaszczynski. Le differenze tra i due sessi ci sembrano infatti compatibili con la classificazione tipologica proposta da Blaszczynski et al.^{25,26}, i quali individuano tre grossi raggruppamenti di giocatori: i giocatori cosiddetti normali, in cui non emergono particolari aspetti psicopatologici, i giocatori emotivamente vulnerabili, che presentano una chiara psicopatologia primaria associata, e i giocatori impulsivi/antisociali, in cui è probabilmente presente una vulnerabilità costituzionale di tipo impulsivo e/o antisociale. Come suggerisce McCown¹³, in realtà il terzo gruppo di Blaszczynski potrebbe essere suddiviso in due sottogruppi: gli antisociali propriamente detti e gli impulsivi non antisociali. Tale proposta ci sembra condivisibile anche se clinicamente i quattro raggruppamenti non sono sempre distinguibili tra loro in modo netto in quanto si caratterizzano per aspetti dimensionali che possono coesistere senza escludersi vicendevolmente.

Babor et al.³⁰ avevano proposto una classificazione tipologica degli alcoolisti in due gruppi a differente vulnerabilità psicobiologica: tipo A, a prevalente origine ambientale/culturale, e tipo B con un rilevante peso etiologico dei fattori genetici, costituzionali e neurobiologici. Studi successivi hanno confermato questa ipotesi, anche nel caso di un'altra dipendenza come il cocainismo³¹. La descrizione del tipo B (prevalentemente maschi, età di esordio precoce, impulsività elevata e sen-

sation seeking, elevata gravità e antisocialità) ha elementi compatibili con il profilo del soggetto appartenente al terzo tipo di Blaszczynski. I nostri soggetti con drop-out precoce tendono ad avere simili caratteristiche.

La possibilità di delimitare gruppi di giocatori patologici più omogenei e puntuali, anche rispetto agli stessi tipi di Blaszczynski, assumerebbe una notevole importanza quando si tratti di determinare la prognosi e di attivare gli approcci terapeutici più efficaci. Per avere senso tuttavia tali raggruppamenti non dovrebbero basarsi unicamente su aspetti descrittivi, quanto piuttosto individuare peculiari aspetti strutturali e/o dinamici e relazionali che possano risultare rilevanti per il trattamento. Sono necessari ulteriori studi che approfondiscano la conoscenza delle relazioni tra variabili socio-demografiche da un lato, aspetti psicopatologici e modalità di gioco dall'altro.

Alcuni limiti del presente studio devono essere tenuti presenti nella interpretazione dei dati: innanzi tutto la numerosità ridotta impedisce di ottenere stratificazioni significative secondo le variabili studiate. Alcuni dati sono stati raccolti in modo non uniforme: ad esempio non è stato utilizzato alcuno strumento per determinare in modo standardizzato la presenza di comorbidità psichiatrica o la familiarità, limitandosi all'osservazione clinica e alla raccolta anamnestica. Il contesto dello studio è di tipo descrittivo-naturalistico e non ha di per sé peculiarità tali da considerarlo rappresentativo di popolazioni cliniche osservabili in altri centri di trattamento. Ciò nonostante le variabili studiate hanno mostrato importanti convergenze con quanto rilevato in altri lavori condotti in paesi culturalmente piuttosto distanti dal nostro. Sono pertanto necessari ulteriori studi per verificare quanto le caratteristiche relative ai giocatori patologici europei od oltremare possano essere rappresentative anche dei giocatori italiani, e quali invece siano maggiormente sensibili a differenze culturali ed ambientali.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. III edn. Washington, DC: APA 1980.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. IV edn. Washington, DC: APA 2000.
- 3 Shaffer HJ, LaBrie RA, LaPlante, Nelson SE, Stanton MV. *The road less travelled: moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology*. *Can J Psychiatry* 2004;49:504-16.
- 4 Petry NM. *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association 2004.
- 5 Spunt B, Lesieur H, Hunt D, Cahill L. *Gambling among methadone patients*. *Subst Use Misuse* 1995;30:929-62.
- 6 Grant JE, Kushner MG, Kim SW. *Pathological gambling and alcohol use disorder*. *Alcohol Res Health* 2002;26:143-50.
- 7 Volberg RA. *The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health*. *Am J Pub Health* 1994;84:237-41.
- 8 Black DW, Moyer T. *Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior*. *Psychiat Serv* 1998;49:1434-9.
- 9 Bucca M, Gabrielli F, Rossi R. *Disturbi del controllo degli impulsi*. In: Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, editors. *Trattato italiano di psichiatria*. II edn. Milano: Masson Editore 2002.
- 10 De Luca R. *Il gioco d'azzardo tra illusioni sociali e realtà terapeutica. L'esperienza di Campofornido*. In: Mazzocchi S, a cura di. *Mi gioco la vita*. II ed. Milano: Saggi Baldini Castoldi Dalai Editore 2008.
- 11 Lesieur HR, Blume SB. *The South-Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*. *Am J Psychiatry* 1987;144:1184-8.
- 12 Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report*. In: Guy W, editor. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Revised 1976. DHEW Publication No. (ADM) 76-338.
- 13 McCown WG, Howatt WA. *Treating gambling problems*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons 2007.
- 14 Stinchfield R. *Reliability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS)*. *Addict Behav* 2002;27:1-19.
- 15 Savron G, De Luca R, Pitti P. *Terapia di gruppo con giocatori d'azzardo patologici: risultati a 6, 12 e 18 mesi di trattamento*. *Riv Psichiatria* 2007;42:189-204.
- 16 Fiorin A, Possagnolo M, Trabujo A, Giacomazzi S, Bellio G. *Gioco d'azzardo e gioco d'azzardo patologico in un campione di tossicodipendenti in trattamento ambulatoriale*. Relazione al IV Congresso della Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze, Rimini 2-4 dicembre 2004.
- 17 Martinotti G, Paparello F, Reina D, Andreoli S, Di Ni-

- cola M, Janiri L. *L'assessment dimensionale nel gioco d'azzardo patologico: il ruolo della novelty seeking*. Boll Farmacodip Alcoolismo 2005;3-4:12-8.
- ¹⁸ Grant JE, Kim SW. *Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers*. J Clin Psychiatry 2001;62:857-962.
- ¹⁹ Volberg RA. *The future of gambling in United Kingdom*. Br Med J 2000;320:1556.
- ²⁰ AAMS. *Il punto vincente. Mensile dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato*. Febbraio 2008:2-5.
- ²¹ Grant JE, Kim SW. *Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment*. Compr Psychiat 2001;43:56-62.
- ²² Potenza MN, Steiberg MA, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS. *Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline*. Am J Psychiatry 2001;158:1500-5.
- ²³ Toneatto T. *Cognitive psychopathology of problem gambling*. Subst Use Misuse 1999;34:1593-604.
- ²⁴ Mark ME, Lesieur HR. *A feminist critique of problem gambling research*. Br J Addiction 1992;87:549-65.
- ²⁵ Blaszczynski A. *Pathways to pathological gambling: identifying typologies*. Electr J Gambl Issues 1, march 2000. <http://www.camh.net/egambling/issue1/feature/index.html>
- ²⁶ Blaszczynski A, Nower L. *A pathways model of problem and pathological gambling*. Addiction 2002;97:487-99.
- ²⁷ Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, Gentil V. *Gender differences in gambling progression*. J Gambl Stud 2001;17:151-9.
- ²⁸ Ibanez A, Carlos B, Moreryra P, Saiz-Ruiz J. *Gender differences in pathological gambling*. J Clin Psychiatry 2003;64:295-301.
- ²⁹ Crisp BR, Thomas SA, Jackson AC, Smith S, Borrell J, Ho WY, et al. *Not the same: a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services*. J Gambl Stud 2004;20:283-99.
- ³⁰ Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, et al. *Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity*. Arch Gen Psychiatry 1992;49:599-608.
- ³¹ Ball SA, Carroll KM, Babor TF, Rounsaville BJ. *Subtypes of cocaine abusers: support for a type A-type B distinction*. J Cons Clin Psychol 1995;63:115-24.