



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

---

FACOLTA' DI PSICOLOGIA

Corso di laurea in scienze e tecniche psicologiche

TITOLO: "GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E MALATTIA DI  
PARKINSON"

Laureanda  
CARRARO SILVIA

Relatore  
Prof. MARIO FORZI

**ANNO ACCADEMICO 2008-2009**

<b>Premessa</b>	1
<b>Introduzione: Cosa si intende per gioco?</b>	2
<b>1) IL GIOCO D’AZZARDO:UN FENOMENO SOCIALE</b>	4
1.1 Cenni storici	4
1.2 Il giocatore sociale	5
1.3 Da giocatore sociale a giocatore problematico	6
1.4 L’industria del gioco	7
<b>2) IL GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO</b>	8
2.1 Disturbo psichiatrico multiforme	8
2.2 Gap: un atto impulsivo? Una dipendenza?	9
2.3 Fenomenologia	10
<b>3) MODELLI INTERPRETATIVI A CONFRONTO</b>	13
3.1 Modello Bio-Psico-Sociale	13
3.2 L’approccio Cognitivo – comportamentale	14
3.3 Approccio psicanalitico	15
3.4 Approccio Multimodale (la ricaduta in terapia)	16
3.5 Ipotesi Neurobiologica	18
<b>4) GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO E MALATTIA DI PARKINSON</b>	20
4.1 La malattia di Parkinson – Levodopa – Dopaminoagonisti	20
4.2 Parkinson e gioco d’azzardo: una droga legalizzata?	22
4.3 Effetti collaterali: gioco d’azzardo	23
4.4 Il problema è stato sottovalutato dalla comunità scientifica?	25
4.5 Il ruolo del trattamento	30
4.6 Caso clinico: il Signor Giorgio	33
4.7 Considerazioni finali	34
<b>Bibliografia</b>	36
<b>Ringraziamenti</b>	38

## **Premessa**

Questa tesi si pone l'obiettivo di presentare quanto, in questi anni di carriera universitaria, ho appreso sul gioco d'azzardo patologico, che appare emergente e che sta attirando l'attenzione del mondo scientifico e dei mass-media.

L'introduzione illustra il gioco d'azzardo come dimensione ludica dell'uomo riferendomi in gran parte al libro "i giochi e gli uomini" di Roger Caillois ma anche come espressione di un fenomeno sociale, politico ed economico.

Il primo capitolo introduce la storia del gioco d'azzardo fin dai tempi antichi e evidenzia il passaggio da gioco sociale al gioco problematico.

Il secondo capitolo presenta il gioco d'azzardo nella sua dimensione patologica, fenomenologica con particolare riferimento al libro "mi gioco la vita" di Silvana Mazzocchi e alle informazioni che ho appreso partecipando al convegno nazionale che si tiene da quattro anni a Campoformido (Udine) a cura dell'Associazione A.GIT.A (associazione degli ex giocatori d'azzardo e delle loro famiglie) e del dott. Rolando De Luca.

Il terzo capitolo prospetta una breve carrellata ragionata dei diversi modelli teorici che, secondo la bibliografia esistente, si sono occupati di questo tema.

Nel quarto capitolo viene esposto il quadro generale dei disturbi comportamentali nei parkinsoniani, dando spazio ai disturbi del controllo degli impulsi come il gioco d'azzardo patologico.

La problematica viene valutata prendendo in considerazione diversi studi e ricerche, riportando un caso clinico significativo e le modalità di trattamento utili per prevenire e curare pazienti parkinsoniani che si trovano a far i conti con dipendenze.

## Introduzione

### Cosa si intende per gioco?

Il termine gioco ci rimanda a un'immagine di un bambino che spensierato sorride mentre in mano tiene la sua macchinina o bambolina, oppure a un insieme di bambini che corrono a cercare un nascondiglio prima di essere "beccati dal lupo".. un'insieme di sentimenti positivi che incorniciano uno scambio di esperienze dove si impara e si condivide. Tuttavia, se aggiungiamo anche la parola "azzardo" ecco che questi sorrisi vengono frantumati in mille pezzi dal potere di un'attività autodistruttiva, una minaccia alla società e all'integrità della persona.

Il gioco è una costante del comportamento culturale dell'essere umano ed accomuna in sé sia il bambino che l'adulto. Libero e al tempo stesso vincolato da regole: il gioco ha un suo spazio, separato dalla realtà comune.

Innumerevoli sono i giochi e di vario tipo: di società, di destrezza, d'azzardo, di pazienza, di costruzione ed il grandissimo numero e l'infinita varietà rende complessa una loro classificazione secondo un principio che consenta di suddividerli tutti in un numero di categorie ben definite. Roger Caillois (1958) attraverso una riflessione che ricomponesse osservazioni etologiche, filosofiche e pedagogiche propone una classificazione dei giochi riconducibile a quattro tipologie: giochi di *agon* (competizione), di *mimicry* (imitazione), di *alea* (rischio) e, per finire, di *ilinx* (vertigine).

Alea: è la parola latina che indica il gioco dei dadi, si sfida il destino. Il destino (o sorte) è il solo artefice della vittoria; il giocatore è totalmente passivo, non occorre che si impegni nelle sue qualità o disposizioni (lotto, superenalotto, gratta e vinci, slot machine e la maggior parte dei giochi da casinò)

Agon: in questo caso, il gioco si fonda non sulle abilità di chi gioca ma sulla competizione, la sfida contro un avversario. La maggior parte dei giochi di carte mettono insieme l'agon e l'alea; il caso presiede alla combinazione delle "mani" di ciascun giocatore e ognuno sfrutta le proprie abilità per utilizzare al meglio le carte che il caso gli ha attribuito (calcio, scacchi)

Mimicry: giochi in cui prevale la simulazione, l'immaginario, l'illusione, sono giochi di travestimento e di fantasia in cui il soggetto gioca a credere o a far credere agli altri di

essere un altro; mimica e travestimento sono due aspetti complementari di questa categoria di giochi. La mimicry non ha alcun rapporto con l'alea che impone al giocatore l'immobilità e il brivido dell'attesa, ma non è escluso che coincida per alcuni aspetti con l'agon, basta pensare alle grandi manifestazioni sportive che diventano occasioni privilegiate di mimicry da parte degli spettatori. L'identificazione con il campione costituisce di per sé una mimicry (giocare ai pirati, recitare la parte di Amleto)

Ilinix: giochi che si basano sulla ricerca della vertigine; consistono in un tentativo di distruggere per un attimo la stabilità della percezione e far subire alla coscienza, lucida, una sorta di voluttuoso panico. Si tratta di accedere ad una specie di spasmo, di trance o smarrimento che annulla la realtà con vertiginosa precipitazione (andare in altalena, nelle giostre, andare in moto a tutta velocità)

Da un po' di anni si osserva che, fra gli adulti, è aumentato il desiderio o l'attrazione verso la sfida col destino, da qui, un moltiplicarsi di possibilità di giocare d'azzardo attraverso lotto, super-enalotto, "gratta e vinci", scommesse sull'ippica e slot-machine sempre più presenti nei bar. Quest'ultime chiamate anche "le macchinette mangiasoldi" sono descritte da Caillois come giochi privi di valore, giochi che non esigono alcunché dal giocatore, sono semplice e sterile occupazione del tempo libero, giochi che uccidono letteralmente il tempo senza fecondarlo. I giochi veri gettano un seme, gli pseudo giochi non servono che a sostituire la noia con una routine mascherata da divertimento.

Le macchinette mangiasoldi rivelano che, vicino ai veri giochi che sono sempre attività, mobilitazione di una qualche risorsa o prova di grande padronanza di sé, esistono distrazioni illusorie che rafforzano la tendenza alla passività e al disimpegno, raggelano l'immaginazione; esse bloccano, fissano l'attenzione su una pericolosa monotonia, appena sufficientemente diversificata da non stancare ma abbastanza ossessionante da addormentare e incantare le coscienze.(Caillois R.,1958)

## CAPITOLO 1

### IL GIOCO D'AZZARDO: UN FENOMENO SOCIALE

#### 1.1 Cenni storici

La storia del gioco d'azzardo è strettamente legata alla storia dell'uomo, tanto che le prime notizie risalgono all'incirca al 3000 a.C. nell'antico Egitto ma anche in India, Cina, Giappone. La parola "azzardo", dal francese *hasard*, trova la sua più antica origine nella lingua araba, dove con il termine *zahr* si designava l'oggetto ludico a noi comunemente noto come "dado". (Da qui anche il nome zara, un gioco molto diffuso in Europa, in epoca medievale).

Nella civiltà egizia per predire il futuro era praticato il gioco dei dadi; secondo la tradizione, l'origine del sistema solare sarebbe da ricondurre a una partita tra divinità.

Nel mondo greco una leggenda racconta che Zeus e i suoi fratelli, dopo aver sconfitto i Titani, si sarebbero spartiti l'universo a dadi.

La forte inclinazione per le attività ludiche si perpetuò anche nella cultura romana e nella Roma Imperiale; personaggi come Nerone, Caligola e Claudio, furono certamente accaniti giocatori. La propensione al gioco dei nostri avi è tuttora testimoniata da insegne, trovate in diverse taverne romane, recanti la scritta *panem et circenses*: cibo e scommesse.

Dal Medioevo in poi, il gioco fu condannato come fonte di peccato e depravazione e di conseguenza ostacolato attraverso rigide disposizioni ecclesiastiche e governative. Intorno al 1350 fu introdotto in Europa il gioco delle carte, che osservò una rapida e capillare diffusione lungo tutto il 1400 a dispetto della dura e persistente condanna da parte di magistrati e predicatori (numerose sono le testimonianze di roghi pubblici di carte da gioco in molte piazze europee).

Il divieto non interessava invece le lotterie, tollerate da Chiesa e governo e spesso funzionali alla raccolta di fondi destinati a spese pubbliche di vario genere. E' proprio al gioco del lotto che possiamo ricondurre le radici culturali del gioco d'azzardo in Italia; esso era infatti già diffuso a Genova nel XVI secolo e al 1638 risale l'apertura della prima casa da gioco istituita e gestita dallo Stato: il Ridotto di Venezia. Da questa data, il numero di case da gioco si moltiplicò rapidamente.

Con il periodo napoleonico tuttavia la storica intolleranza verso il gioco d'azzardo può considerarsi superata solo agli inizi del 1800, quando fu emesso il primo decreto legislativo atto a sancire il riconoscimento delle case da gioco. Secondo questa disposizione, i giochi d'azzardo non erano più puniti dalla legge, a patto che venissero esercitati in locali adibiti a questo scopo: i casinò.

Questo sguardo retrospettivo sull'atteggiamento di condanna del gioco d'azzardo in Occidente negli ultimi due millenni, fa emergere come questo sia stato in un primo momento di pertinenza religiosa (giocare è peccato), diventando quindi prerogativa del Diritto (giocare è reato), mentre ora appare sempre più di dominio della psichiatria e delle scienze psicologiche (giocare, se in modo compulsivo, è malattia).

## **1.2 Il giocatore sociale**

Quando il giocatore, pur sperando nella vincita, è motivato da un semplice desiderio di divertimento ed è in grado di smettere di giocare quando lo desidera viene definito "giocatore sociale". Custer (1982) sostiene che il giocatore sociale, a differenza di quello patologico, può smettere di giocare in qualunque momento poiché nessuno dei valori personali sembra legato alla vincita o alla perdita ma, rispetto al potere del gioco, risultano altri gli aspetti della vita sentiti come più importanti e gratificanti. Il giocatore sociale per quanto sia una persona soggetta alla lusinga dell'Alea, al fascino di guadagnare tutto in una volta senza fatica, intuisce il labile confine tra innocua distensione e morboso accanimento. Le perdite al gioco pur essendo vissute con rammarico non diventano elemento di grosso affanno, in fondo il denaro puntato non era gran cosa in quanto la perdita non è mai superiore alle possibilità economiche del giocatore. Accostarsi al gioco d'azzardo in modo "responsabile" non esime però il giocatore dall'essere identificato, a livello di immagine sociale, come "vizioso".

In Italia, per esempio, una ricerca svolta sull'identikit del giocatore d'azzardo evidenzia che il 50% dei nostri connazionali lo considera come vizioso, il 25% uno che ha trovato il modo per rovinarsi, l'11,4% uno che sa divertirsi, il 7% uno che si permette un lusso e soltanto il 4.3% uno che ha trovato il modo per arricchirsi facilmente. ([www.siipac.it](http://www.siipac.it))

Per il giocatore sociale l'attività di gioco rappresenta un mondo "parallelo" contrapposto o sostitutivo ad un mondo apparentemente governato da razionalità e calcolo, un luogo ed un momento: la programmazione della giocata e l'attesa dell'esito,

spesso condiviso con gli amici, che permette di vivere un'avventura ma soprattutto una sfida e una speranza.

Dickerson (1985) afferma che il “social gambler” è quel tipo di giocatore che risulta più motivato al gioco da un desiderio di passatempo e di divertimento che da soddisfazioni conflittuali e libidiche. Sia a livello conscio che inconscio desidera vincere e di conseguenza si affida alla realtà e non all'onnipotenza. In questo modo per il giocatore sociale è possibile limitare le perdite abbandonando il gioco e fermandosi dopo aver vinto. Il “pathological gambler”, invece, è motivato al gioco soprattutto da una indiretta soddisfazione di componenti libidiche e aggressive inconsciamente proibite che lo spingono compulsivamente al gioco.

### **1.3 Da giocatore sociale a giocatore problematico**

Il processo che conduce il giocatore sociale a diventare giocatore problematico e successivamente dipendente appare problematico e complesso. Ancora oggi, manca una certa comprensione sia dei fattori di rischio sia dei fattori protettivi. Purtroppo il gioco d'azzardo patologico è ancora un tema che è conosciuto ma a livello generico e superficiale; i mass media ne parlano ma ancora, all'interno delle famiglie, non si vuol riconoscere che magari il proprio marito o il proprio figlio soffre e deve essere aiutato. Riconoscere ma soprattutto affrontare i primi segnali collegati alla perdita del controllo del gioco è importantissimo: attenzione dunque al troppo tempo e denaro investiti nel gioco, all'affetto negato in famiglia, all'abbandono delle proprie responsabilità di coniuge e genitore, al calo di efficienza e alle numerose assenze in ambito lavorativo. Purtroppo una persona, che è sempre stata onesta e fedele ai propri principi morali, per finanziare la propria attività di gioco può arrivare anche a commettere un crimine senza averne piena consapevolezza. (“Non sto rubando è solo un prestito che restituirò dopo la vincita”)

Francisco Alonso-Fernandez (1999) classifica il giocatore in:

- *sociale*: spinto da “spirito ricreativo”, mantiene un controllo tale per cui il gioco non interferisce nel funzionamento normale della sua vita
- *problematico*: ricorre a qualsiasi mezzo pur di vincere, non accetta la perdita e può reagire in modo violento
- *patologico*: il gioco è sintomo di una patologia sottostante (come uno stato depressivo)

- *dipendente*: ha sviluppato una vera e propria dipendenza nei confronti di questa attività, fenomeni di comorbidità (la coesistenza di due o più patologie diverse in uno stesso individuo) sono una conseguenza di questa dipendenza primaria.

#### **1.4 L'industria del gioco**

Considerando che la popolazione compresa nella fascia d'età tra i 18 e gli 80 anni ha "puntato" almeno una volta nel corso dell'anno 2008 in uno dei giochi autorizzati è possibile affermare che almeno il 78% degli italiani insegue la fortuna tra lotto, superenalotto, scommesse e lotterie, mentre sono circa 30 milioni gli italiani che, quasi ogni giorno, rincorrono la sorte. Un atteggiamento che porta a dire che il giro d'affari legato al mercato del gioco, in Italia, è uno dei più fiorenti al mondo: per il 2009 si stima infatti che gli introiti raggiungeranno i 50 miliardi di euro. Non è un caso, quindi, che l'industria del gioco si posizioni al terzo posto, dopo Eni e Fiat, in termini di fatturato prodotto. Il giro d'affari complessivo del mercato dei giochi italiano per i primi dieci mesi del 2008 è più del doppio rispetto al 2003, anno in cui l'incasso è stato di oltre 15 miliardi di euro. Sono questi alcuni dei dati inseriti nella ricerca dell'Eurispes sul gioco in Italia. Ma che cosa è cambiato negli ultimi dieci anni? Per l'Eurispes *"si è passati dal gioco come fenomeno sociale e sommerso alla istituzione di una vera e propria industria"*.

La massiccia diffusione delle NewSlot ha portato al tramonto dei videopoker : "questo sta a significare che, grazie alla regolamentazione del 2003, lo Stato sembra aver vinto la partita contro il dilagare dell'illegalità in questo particolare settore. Basti pensare che a farla da padrone tra gli incassi dei principali giochi sono soprattutto gli apparecchi da intrattenimento, le NewSlot appunto, per le quali il totale delle entrate è cresciuto di quasi 47 volte dal 2003 ad oggi, passando da 367 a 17.282 milioni di euro e che rappresentano, da sole, circa il 45% delle entrate complessive del totale dei giochi, seguiti, sempre nel 2008, dalle lotterie (7.611 milioni di euro) e dal lotto (5.348 milioni di euro)". Già nel 2004, anno in cui è stato sancito il divieto per tutti gli apparecchi e i congegni automatici di riprodurre il gioco del poker, è stato registrato un considerevole aumento del circuito legale rispetto al 2003: gli incassi hanno infatti raggiunto i 4.474 milioni di euro. Dal 2004 ad oggi sono stati, infatti, recuperati con le NewSlot oltre 70 miliardi di euro al gioco illegale e sommerso, dei quali oltre 21 miliardi di euro solo nel

2008".

Il parco di NewSlot installate, che hanno definitivamente preso il posto delle macchinette, ancora oggi erroneamente definite videopoker, è rappresentato da circa 320 mila unità collegate alla rete. Come stabilito dalla Finanziaria del 2008, infatti, il costo massimo della giocata è pari ad un euro, la vincita massima non può essere superiore ai 100 euro e le probabilità di vittoria non devono essere inferiori al 75%. Le 320 mila NewSlot installate in Italia trovano collocazione in 100 mila esercizi pubblici e, nel 2007, hanno portato nelle casse dello Stato 2,2 miliardi di euro. ([www.eurispes.it](http://www.eurispes.it))

## **CAPITOLO 2**

### **IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**

#### **2.1 Un disturbo psichiatrico multiforme**

Il DSM IV TR colloca il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) all'interno dei "Disturbi del Controllo degli impulsi non classificati altrove" definendolo come una modalità mal adattiva di gioco d'azzardo, caratterizzata da perdita di controllo sul comportamento e gravi problemi conseguenti in diverse aree vitali. In questa eccezione il GAP tende a perdere connotazioni morali per essere inserito in quei disturbi mentali caratterizzati dal venir meno del controllo volontario e dall'instaurarsi di stili di vita e di pensiero talmente pervasivi da divenire, nelle fasi avanzate, l'unica modalità di funzionamento psichico e fisico. Il GAP ha però grande affinità con il gruppo dei Disturbi Ossessivo - Compulsivi (DOC) e soprattutto con i Comportamenti d'abuso e le Dipendenze cosa che, in termini generali, lo può far considerare un disturbo psichiatrico multiforme che nella pratica clinica permette di osservare estrema variabilità di segni e sintomi. Forse però, sottolinea Croce M. (2003), il rischio più grosso consiste nell'essere indotti a pensare ai giocatori come ad una categoria omogenea. Le persone che incontrano i criteri per essere definiti giocatori patologici, in realtà a loro volta costituiscono un gruppo molto ampio che va diviso in sottocategorie molto diverse tra loro per l'evoluzione del sintomo, struttura di personalità, indicazione di trattamento e prognosi.

Blaszczynsky (2000 cit. in Croce, 2001) ha ipotizzato, sulla base di quanto affermato nel DSM IV, la presenza di tre sottogruppi di giocatori:

*Giocatori patologici - non patologici:* Tali giocatori possono incontrare come criteri del gioco patologico elementi quali la preoccupazione per il gioco, la rincorsa alle perdite e la depressione o l'ansia e possono essere visti in questo gruppo come risultato e non come causa del gioco. Questi pazienti sono i più motivati a richiedere un trattamento e si dimostrano in grado di raggiungere un buon controllo nel gioco.

*Giocatori emotivamente disturbati:* è costituito da soggetti che presentano fattori di vulnerabilità e il gioco appare motivato dal desiderio di migliorare gli stati affettivi; il gioco in questo caso è la fuga dallo stress.

*Giocatori con correlati biologici:* i soggetti di questo gruppo presentano disfunzioni neurologiche o neurochimiche che implicano impulsività e deficit nell'attenzione. Sarebbero inoltre caratterizzati dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità: familiarità al gioco d'azzardo, tratti di personalità nevrotica, ansia, dipendenza da sostanze, aggressività passiva ed esperienze negative nello sviluppo. La fuga, in questo caso, avviene attraverso un'alterazione dell'umore, un restringimento dell'attenzione e una continua ricerca di attività gratificanti immediate.

## **2.2 Gap: un atto impulsivo? Una dipendenza?**

La scelta di collocare il GAP entro l'ampio spettro dei disturbi del controllo degli impulsi è stata fatta poiché la dinamica di certi comportamenti disfunzionali ricordano le fasi tipiche degli atti impulsivi ovvero: *tensione preliminare → azione → sensazione di piacere/sollievo concomitante e/o susseguente*. Tuttavia la ricerca ancora oggi non ha ancora dimostrato che la condotta impulsiva sia un fattore predisponente al gioco mal adattivo o piuttosto ne rappresenti un'evitabile conseguenza, una variazione comportamentale di origine secondaria. Da diverse esperienze terapeutiche (Mazzocchi S., 2005) si osserva, incontrando i giocatori patologici, che essi sono incapaci di esercitare un controllo efficace sulla propria condotta e che ciò comporta almeno a lungo termine, conseguenze negative in ogni settore della vita quotidiana. Periodicamente o in modo continuativo si osserva una progressiva perdita del controllo dell'impulso al gioco ed un coinvolgimento completo nella ricerca di denaro con cui giocare nonostante conseguenze negative.

Riassumendo, due sono gli elementi che classificano il disturbo: impulsività patologica e problematiche serie e complesse nella dimensione socio-relazionale (famiglia, società, lavoro)

Parlando di dipendenza possiamo dire che ci sono molte evidenze che inducono a considerare il GAP come tale. Lo stato di euforia e di eccitazione del giocatore d'azzardo è paragonabile a quello prodotto dall'assunzione di droghe. In entrambe le patologie risulta esserci una correlazione con un'alterazione del sistema della gratificazione, caratterizzata da craving (appetizione compulsiva) e da una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura il piacere (Bignamini E., 2002). Come nelle dipendenze da sostanze anche il GAP si definisce per alcune caratteristiche:

- insorge a seguito di una ripetizione dello stimolo;
- lo stimolo è efficace in quanto soddisfa il soggetto
- avviene un'alterazione dei pattern dei bisogni
- c'è presenza di desiderio, orientato alla ripetizione del comportamento, di variabile intensità che può però condurre alla perdita del controllo (compulsione – craving)
- la ripetizione della stimolazione induce un' alterazione della condizione neuropsicofisiologica nel soggetto (tolleranza ed astinenza) e cambiamenti comportamentali e psicologici (l'interruzione del comportamento di gioco in molti casi comporta nel paziente sia disturbi fisici sia psicologici).

### **2.3 Fenomenologia**

Si è già detto che il gioco d'azzardo patologico è una malattia progressiva; ciò significa che è possibile individuare delle fasi di sviluppo della patologia. Lo schema più frequentemente utilizzato è quello elaborato da Custer (1982).

#### *1) Fase Vincente*

È caratterizzata dal gioco occasionale. In questa fase, il giocatore gioca soprattutto per divertirsi e passare il tempo.

Si tratta di una fase tipicamente maschile: è difficile che le donne (a causa di vari fattori, quali il minore interesse per i numeri e le strategie di gioco) attraversino una fase iniziale di vincita. Tale fase dura generalmente dai tre ai cinque anni e durante questo periodo il giocatore vince più spesso di quanto perda. Questo fatto, insieme alla

presenza, di solito, di una “grossa vincita” (intendendosi con questa una vincita uguale ad almeno un anno di stipendio), rinforzano nel giocatore l’idea di essere più abile degli altri e di essere un grande giocatore. Si convince di potere diventare un giocatore “professionista” e spesso si percepisce come tale, sviluppando fantasie di vittoria e di successi esagerati.

Questa situazione lo fa investire sempre più tempo e più denaro nelle attività di gioco e da questo momento in poi incomincia a perdere.

## *2) Fase Perdente*

Durante questa fase, che dura in media più di cinque anni, il giocatore spende sempre più tempo e più soldi nel gioco. Non è più un passatempo per stare insieme agli altri, diventa un gioco solitario.

Quando incomincia a perdere, il giocatore dà la colpa ad un periodo sfortunato. Cambia anche il tipo di scommesse: punta sui giochi che gli danno poche possibilità di vincita, ma che promettono vincite molto alte. Le perdite, a questo punto, superano le vincite.

A questo punto inizia “l’inseguimento della perdita”: il giocatore torna spesso a giocare per recuperare il denaro. A causa dell’urgente bisogno di denaro con cui giocare, il giocatore incomincia a chiedere prestiti, ed incominciano le bugie. Parla spesso della sua abilità nel gioco e delle sue vincite, molto più raramente delle perdite.

Il giocatore si trova sempre più in gravi difficoltà finanziarie, solitamente riesce a convincere i suoi familiari, parenti o amici, che c’è qualche causa di forza maggiore che rende necessario il ricorso ad un prestito. Il gambler chiede più denaro di quanto non gli serva per saldare i debiti di gioco, in modo da averne anche per giocare. (Spesso preferisce “investire nel gioco” i soldi prestatigli, che pagare i debiti).

In questa fase il soggetto diventa più irritabile e agitato.

## *3) Fase Della Disperazione.*

In questa fase, il giocatore ha perso completamente il controllo sul gioco.

Gioca per lenire le sofferenze, per lo più causate dal gioco stesso, continua a giocare anche se sa che continuerà a perdere. Anche le bugie sono fuori dal suo controllo: quando gli altri non gli credono, diventa aggressivo e li accusa di essere la causa del suo problema.

Ha un assoluto bisogno di ottenere il denaro con cui giocare, la sua famiglia è allo stremo e prende in considerazione l’idea di abbandonarlo (quando non lo ha già fatto).

In questo periodo il giocatore, per procurarsi soldi, può far ricorso ad attività illegali, quali appropriazione indebita e furti di vario genere, considererà il denaro così ottenuto come un prestito, da restituire grazie alla “grossa vincita” che è sicuro di ottenere di lì a poco.

#### *4) Fase Cruciale*

Le sofferenze che si riversano sui famigliari del giocatore (se li ha ancora vicini) si manifestano in vari modi: sono indietro con i pagamenti, sono senza risparmi, hanno difficoltà a procurarsi soldi, alcuni parenti o amici non gli rivolgono più la parola, le carte di credito sono state bloccate. I familiari sanno che il loro congiunto continua a giocare e mente continuamente; lo hanno sentito più volte promettere di smettere di giocare ma le promesse non hanno avuto seguito. Il partner, spesso, cede alla depressione, ma, poiché non vuole che si sappia del problema di gioco, si limita a chiedere al coniuge di smettere di giocare.

Da parte sua, il giocatore persiste nel suo comportamento, è convinto che le sue bugie siano credute ed aumenta l'intolleranza verso coloro che non soddisfano le sue richieste. Esteriormente, incolpa tutti tranne se stesso per la situazione nella quale si trova; internamente, invece, il giocatore è angosciato, vorrebbe smettere ma “deve giocare”; non sa spiegare perché, ma deve farlo; il suo desiderio di autopunirsi lo porta a pensare frequentemente al suicidio.

La mancanza di informazioni sulla malattia, uniti all'orgoglio, impediscono al partner di reagire e purtroppo devono accadere fatti traumatici, quali un arresto del giocatore o un tentativo di suicidio, perché il coniuge dia un ultimatum al suo partner o lo abbandoni. La maggior parte dei giocatori (in particolare quelli di sesso maschile) accetta di intraprendere una terapia solo dopo avere ottenuto un ultimatum dal coniuge e dopo avere esaurito tutte le possibili fonti di denaro per giocare.

Le ultime tre fasi sono le cosiddette “fasi di guarigione”, durante le quali il gambler chiede aiuto e inizia la terapia riabilitativa.

#### *5) Fase Critica*

In questa fase il giocatore ritiene di avere realisticamente bisogno di aiuto e smette di giocare.

Insieme a professionisti incomincia a rendersi conto della patologia, affronta i suoi problemi, torna a lavorare e sviluppa un programma di risarcimento dei debiti.

#### *6) Fase di Ricostruzione*

E' il momento di un miglioramento dei rapporti familiari, di una riprogettazione del futuro, del recupero del rispetto di se stesso; il paziente è meno irascibile.

#### *7) Fase di Crescita*

In questa fase diminuisce la preoccupazione legata al gioco, si recuperano in modo più stabile i rapporti con gli altri e si affrontano con maggiore lucidità i problemi.

## **CAPITOLO 3**

### **MODELLI INTERPRETATIVI A CONFRONTO**

#### **3.1 Modello Bio Psico Sociale**

Questo modello abbraccia una prospettiva eziologica plurifattoriale che fa riferimento a tre fattori concomitanti: ambientali (pressione sociale, ambiente familiare..) psicologici (volontà di autopunizione, necessità di fuga e di eccitazione, sensazione di poter controllare l'esito del gioco) e neurobiologici (deficit del sistema neurotrasmettitoriale della ricompensa, fattori ereditari..). In questa prospettiva è possibile che precoci disturbi ambientali e relazionali destrutturati possono predisporre a disturbi biologici dei sistemi intrapsichici di informazione. Questo modello esplicativo afferma che non bisogna cercare le cause del GAP solo nelle caratteristiche del giocatore, né bisogna considerare "onnipotenti" i giochi d'azzardo come se potessero da soli determinare la patologia. Nemmeno l'ambiente non potrà da solo creare dal nulla i giocatori patologici, né potrà essere considerata unica causa l'ipotesi di predisposizione biologica ma l'eziopatogenesi è collegata ad uno o più di questi elementi.

La pratica clinica consente di osservare un intreccio di fattori (biologici, psicologici, socio famigliari) che portano al comportamento di dipendenza ma ciò che ha importanza è il significato che il paziente attribuisce al gioco. E' il Sé Creativo del paziente che darà senso all'esperienza attribuendogli dei significati che una volta compresi potranno dare spiegazione del sorgere del disturbo psichiatrico collegato al gioco d'azzardo. Ogni storia di malattia diventa unica e irripetibile all'interno di meccanismi che possono ricondurre a fattori biologici predisponenti, sentimenti di inadeguatezza o ad un

ambiente socio culturale “propizio” (quali per esempio genitori con problemi di gioco o di alcol)

### **3.2 Teoria cognitivo – comportamentale**

Secondo il cognitivismo, il fattore principale che fa diventare patologico il gioco d'azzardo è il desiderio di guadagnare soldi. A questo, si accompagna la concezione erronea dell'andamento del gioco, che consiste in un'errata interpretazione del caso: il giocatore crede di poter prevenire alcune situazioni, casuali, in base a “calcoli” (illusione di controllo) o a credenze erronee (per esempio, si crede di essere in procinto di vincere perché fino a quel momento si sono ottenute solo delle sconfitte). La mente umana attribuisce significati, opera con senso logico e spiega, in maniera ingannevole, i dati percettivi e ciò porta il soggetto a ripetere i suoi tentativi di gioco. Con un esperimento, Ladouceur e Walker dimostrarono come i fattori cognitivi siano determinanti nello sviluppo e nel mantenimento del gioco problematico: ai soggetti dell'esperimento veniva chiesto di pensare ad alta voce mentre giocavano al black jack, alla roulette, al video-poker, alle slot-machine. I risultati evidenziarono che il 75% delle loro percezioni erano erronee e la maggior parte deriva dalla nozione di azzardo. Ciò porta i giocatori ad alimentare illusioni di controllo e favorisce l'idea che potessero predire i risultati di questi giochi. Queste concezioni errate li spingevano inoltre a sviluppare delle strategie e a credere che la loro abilità avrebbe aumentato le possibilità di vincita. (Ladouceur e Walker, 1996).

Alcune credenze erronee tratte dall'esperimento sono:

- sento che sto per vincere, aumento la puntata;
- punto sempre gli stessi numeri, prima o dopo usciranno;
- sono ispirato, scelgo la macchina buona;
- quando gioco di notte vinco di più;
- perdo da tre volte di seguito, ora devo vincere;
- se continuo a giocare, la fortuna arriverà prima o poi.

La teoria cognitiva oltre a prestare attenzione al rapporto che il giocatore ha con il caso, tiene conto anche del collegamento tra gioco e assunzione di rischio: tale comportamento a rischio è un mezzo per raggiungere uno scopo; il giocatore vede nel gioco un'opportunità. Anche in questo caso, alla base c'è una concezione disfunzionale

che motiva il giocatore a ripetere il comportamento problematico. Il soggetto sembra rispondere alla definizione che Zuckerman (1979) dà di “sensation seeker”, cioè persona che ha una forte propensione al rischio. Secondo Zuckerman c'è una connessione tra propensione al rischio come tratto di personalità e gioco patologico.

Le caratteristiche collegate a questo tratto sono analoghe a quelle del gambler:

- ricerca del brivido tramite continuo desiderio di esperienze;
- disinibizione;
- tendenza a evitare situazioni poco stimolanti e quindi a provare inquietudine se le si sperimenta.

Anche Le Breton (1995) è d'accordo che l'assunzione di rischio (risk-taking) cresce mano a mano che il gioco diventa un'abitudine per il giocatore, esso sovrastima le probabilità che ha di vincere e continua a giocare perché prima o poi si rifarà delle perdite.

Si deve ricordare, inoltre, che gli eventi positivi sono appresi più velocemente e vengono memorizzati più a lungo di quelli negativi: i gamblers ricordano le vincite che hanno innalzato il loro arousal (reattività del sistema nervoso che indica la relazione tra intensità dello stimolo e ampiezza della risposta) e dimenticano le perdite. (Dickerson L.K.,1985) Sembra che l'innalzamento dell'arousal agisca da rinforzo nel mantenimento del gioco; una variazione dell'arousal, unita ai tempi, ai luoghi e ai vari tipi di gioco, contribuisce a sviluppare la dipendenza dal gioco d'azzardo.

### **3.3 L'approccio psicoanalitico**

Gli psicoanalisti da sempre si sono interessati della psicologia del giocatore, proponendo un parallelo tra l'eccitazione del gioco d'azzardo e l'eccitazione di tipo sessuale. Accade un qualcosa nella mente del giocatore che molti autori hanno definito il “*fascino perverso della paura*”, come quella che si prova di fronte al rischio, alla perdita, al rifiuto, all'insuccesso. Lo stesso padre della psicoanalisi, Sigmund Freud, si interessò al gioco d'azzardo ed al riguardo nel 1928 pubblicò un libro, “*Dostojewskij ed il Parricidio*”, in cui viene analizzata la personalità dello scrittore russo e la sua esperienza di giocatore compulsivo.

Freud osservò che il giocatore nevrotico non gioca per vincere denaro, ma per il gioco in se stesso, “*il gioco per il gioco*” come scrive autobiograficamente Dostojewskij ne “*Il*

*Giocatore*". Il giocatore, dopo aver ripetutamente perso, continua a giocare a causa di un forte senso di colpa che deve essere espiato tramite una continua e ripetuta perdita. Il giocatore quindi non solo non aspirerebbe ad una vincita, ma necessita proprio di una sconfitta, per viverne il carattere prettamente autopunitivo. Il senso di colpa, secondo Freud, prende l'avvio con le dinamiche conflittuali del complesso edipico che il bambino vive nel rapporto con i genitori in un'età compresa tra i 4 ed i 6 anni. Alla fonte sembra proprio esserci un difficile e conflittuale rapporto del bambino con il padre, tanto amato e tanto odiato. È la componente di aggressività ed odio verso il padre che scava nella mente del bambino quell'angoscioso senso di colpa che lui cercherà per tutta la vita di placare in qualche modo. Spesso per placarlo servono proprio le sconfitte, le perdite ed i fallimenti. Qualche volta servono dei veri e propri crimini, commessi con lo specifico ed inconscio scopo di essere catturato e di finire in carcere. La simbologia del gioco è un modo per sfidare la fortuna e la sorte con l'inconscia domanda "mio padre mi ama?": se mi ama vincerò, se non mi ama allora perderò. Secondo altri psicoanalisti nel gioco viene liberato quel desiderio e quel piacere che i genitori hanno represso con le loro regole e con le loro restrizioni, è un modo per tornare a quella fase infantile in cui non tengo conto della realtà e "tutti i desideri sono automaticamente soddisfatti". Nel gioco d'azzardo agiscono quindi a livello inconscio molteplici desideri e paure che non riescono a trovare un accordo né una integrazione, per cui il comportamento oscilla continuamente tra la trasgressione, il rimorso e la ricaduta in un circolo vizioso apparentemente senza fine e senza via d'uscita possibile che non sia quella del carcere o del suicidio.

Tutto questo avviene perché, secondo alcuni psicoanalisti, "se la punizione diventa un piacere, la punizione stessa diventa un assurdo", in quanto non riesce ad estinguere il comportamento negativo, anzi lo rinforza.

### **3.4 L'approccio multimodale (la ricaduta in terapia)**

L'approccio multimodale, che abbraccia una prospettiva eziologica plurifattoriale, è quello che viene maggiormente usato nei centri specializzati per la cura del GAP. Il programma terapeutico prevede un intervento multidisciplinare che prende in considerazione, oltre l'entità del danno del paziente, anche le sue risorse, quelle familiari ed ambientali. Rifacendosi alla scuola sistemico - relazionale, il gioco

d'azzardo viene considerato non solo come disturbo psichiatrico, ma anche come sintomo. Esso viene visto come una modalità comunicativa attuata dal suo portatore attorno alla quale si realizza un equilibrio patologico del sistema familiare. Si osserva una specie di "cecità familiare", una situazione in cui la famiglia del soggetto dipendente, pur provando una forte angoscia, non riesce a percepire i segnali, seppur evidenti, della patologia di uno dei suoi membri. Il motivo di questa cecità sta, in gran parte dei casi, in quello che viene definito "vantaggio secondario della malattia", ovvero la funzione omeostatica che il comportamento disfunzionale svolge all'interno del sistema relazionale stesso (Capitanucci D.,2002). Lo scopo di questo approccio è aiutare il giocatore (tramite interventi di psicoterapia individuale, di coppia, di gruppo) a rendersi conto di tutte le sfaccettature del suo problema, per trovare un rimedio. L'importante è non soffermarsi solo sull'astinenza dal gioco ma affrontare le numerose conseguenze correlate al gioco d'azzardo, comprese le possibili ricadute. Da una parte si aiuta il paziente a riconoscere le situazioni difficili e pericolose e dall'altra viene abituato a ricercare nuove attività gratificanti per lui. Se il paziente presenta un legame tra problemi di dipendenza e le sue difficoltà nell'esprimere sentimenti e bisogni, vengono proposte attività adatte a sviluppare nuove abilità sociali migliorando così l'autostima del paziente.

Gran parte del percorso terapeutico è dedicato alla prevenzione della ricaduta. Nel corso della terapia è naturale aspettarsi delle ricadute, ma queste vengono ammortizzate senza gravi conseguenze laddove fino a quel momento la clausola dell'astinenza totale sia stata osservata scrupolosamente. Il ritorno sporadico all'azzardo dopo mesi di terapia genera infatti nel giocatore una sensazione che non ha nulla a che vedere con l'ebbrezza precedente, caricandolo piuttosto di sensi di colpa e di fallimento. Si può affermare, dunque, che la ricaduta sia un percorso quasi "obbligatorio" al fine di sradicare la propria personale convinzione di onnipotenza e permettendo così di riacquistare l'umiltà di riconoscere le proprie debolezze. La fase di centralità del sintomo può considerarsi conclusa dopo anni di terapia.

### 3.5 Ipotesi Neurobiologica

Le teorie fisiologiche ipotizzano che all'origine dei problemi di gioco ci siano predisposizioni biologiche; in particolare, a partire dagli anni ottanta, è stato studiato il ruolo di tre importanti neurotrasmettitori in correlazione al funzionamento del cervello dei giocatori eccessivi ed al loro comportamento di gioco. I neurotrasmettitori maggiormente coinvolti sembrerebbero essere quelli *serotoninergici* (sostanze che stabilizzano l'umore), *noradrenalinergici* (responsabili dell'eccitazione) e *dopaminergici* (coinvolti nei meccanismi di gratificazione che spingono a ripetere un'azione nel caso in cui questa procuri piacere). Sembra possibile che la noradrenalina sia importante nell'attivazione e nella stimolazione connesse con la vulnerabilità cognitiva e fisiologica del gioco d'azzardo; la trasmissione noradrenergica è profondamente coinvolta, per esempio, nella fisiopatologia dell'astinenza da uso di sostanze, e gioca un ruolo nelle prestazioni della persona. L'ipotesi di una disfunzione noradrenergica nell'eziopatogenesi del GAP trae le proprie origini dagli studi di Zuckerman (1979) sul tratto di personalità "ricerca di sensazioni forti" (*Sensation Seeking*), basato sulla teoria dell'arousal. I giocatori patologici sarebbero cioè individui caratterizzati dal bisogno di elevati livelli di stimolazione per compensare un arousal deficitario (ipofunzionamento noradrenergico); giocare d'azzardo sembrerebbe essere in grado di apportare la necessaria attivazione. Molteplici indagini psicofisiologiche hanno infatti provato che mentre si gioca d'azzardo nel giocatore (indipendentemente dal grado di coinvolgimento ma più marcatamente nei giocatori patologici) si registra un aumento del livello di attivazione corticale. La tendenza all'impulsività, caratteristica dei giocatori eccessivi ma anche di tutti i Disturbi del Controllo degli Impulsi, sembra invece essere collegata ad una mancanza di *serotonina*. Il possibile ruolo che la serotonina riveste nell'eziologia del GAP deriva dall'ipotesi che essa, tra le sue funzioni, agisca come neuromediatore dell'attività del sistema nervoso centrale, e, secondo gli studiosi, avrebbe anche la proprietà di regolare i comportamenti impulsivi (Ladouceur R., 2000).

Altri studi si basano sull'ipotesi che *l'attivazione fisiologica*, ossia lo stato di stimolazione associato alla partecipazione al gioco, costituisca uno dei principali fattori di mantenimento dei problemi di gioco. Secondo questa ipotesi alcuni giocatori, tra cui coloro che seguono le corse di cavalli, presentano un deficit nella neurotrasmissione dei

*beta-endorfina*. Le persone che non hanno abbastanza beta-endorfina soffrirebbero di una mancanza di stimolazione. Le attività di gioco procurerebbero, a costoro, una fonte importante di stimolazione, che determina uno stato di eccitamento che finisce con il compensare il deficit. Ipotesi più recenti presumono che esista una base fisiologica comune ai problemi di dipendenza ed a certi disturbi del controllo dell'impulsività, legata ad un sistema di gratificazione presente nel cervello. Questi centri nervosi hanno un preciso significato finalistico: premiano con una intensa sensazione di piacere quei comportamenti che garantiscono la sopravvivenza dell'individuo e della specie, come alimentarsi e riprodursi. Dal punto di vista evolutivo, quindi, il piacere ha il significato di una conferma che si sta mettendo in atto un comportamento considerato "vantaggioso", utile, positivo. Il piacere dovuto al gioco d'azzardo verrebbe allora scambiato, dai centri della gratificazione del giocatore patologico, come se fosse un comportamento positivo ed utile, di importanza vitale e, quando questo viene a mancare il cervello invia messaggi di "protesta" che suscitano una sensazione spiacevole che induce il giocatore a ripetere la giocata (Bignamini,2006). Ruolo importante nella sensazione di piacere è da attribuirsi al *circuito della dopamina*, che è un neuromediatore (transmitter) che ha un ruolo importante. Se il circuito in questione funziona male, si può produrre una deregolazione del sistema di gratificazione legato al piacere: è proprio questo che predisporrebbe alcune persone a forme di dipendenza. A questo proposito, la pratica del gioco stimolerebbe temporaneamente la neurotrasmissione della dopamina, che farebbe così diminuire le tensioni, e creerebbe una sensazione momentanea di piacere (una "ricompensa"). Il giocatore dunque, partecipa alle attività di gioco per ritrovare queste sensazioni. Ma periodi di gioco frequenti e prolungati comportano, come conseguenza, uno stato di disagio estremo che può essere ridotto solo intensificando le attività di gioco. La privazione temporanea e parziale di dopamina aumenta lo stato di tensione, e la stimolazione continua del sistema delle gratificazioni, grazie al gioco, permette di diminuire questa tensione e quindi ritrovare il "benessere".

## **CAPITOLO 4**

### **GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E MALATTIA DI PARKINSON**

#### **4.1 La malattia di Parkinson – Levodopa – Dopaminoagonisti**

La malattia di Parkinson fu descritta per la prima volta da James Parkinson in un libretto intitolato “Trattato sulla paralisi agitante” pubblicato nel 1817. Paralisi agitante è il nome che identificò la malattia per quasi un secolo fino a quando ci si rese conto che il termine risultava inappropriato perché i malati di Parkinson non sono paralizzati. Si cominciò a utilizzare il termine parkinsoniano idiopatico (“di cui non si conosce la causa”) ma il termine più corretto in italiano è semplicemente malattia di Parkinson, che rende omaggio al medico che per prima l’ha descritta e sostituisce la vecchia traduzione ottocentesca “Morbo” di Parkinson.

La malattia di Parkinson viene definita come una malattia degenerativa del sistema nervoso centrale. Il termine degenerativo intende un’evoluzione lenta e progressiva e caratteristicamente, la perdita di alcuni gruppi di cellule cerebrali o di alcune specifiche strutture nervose tra loro collegate.

Nella malattia di Parkinson una particolare struttura del cervello, la sostanza nera, va incontro ad un processo degenerativo che determina la perdita progressiva delle cellule nervose che la compongono. Queste cellule producono una sostanza, la dopamina, per cui si viene a realizzare una grave carenza della stessa. La sostanza nera viene così chiamata perché è visibile ad occhio nudo, presentandosi più scura rispetto al restante tessuto nervoso che la circonda e questo è dovuto al fatto che le cellule che la compongono contengono un pigmento: la neuro melanina. Quando si verifica una perdita considerevole di cellule, come avviene nella malattia di Parkinson, si osserva che la colorazione brunastra viene ad essere perduta. La dopamina è il neurotrasmettitore fondamentale perché l’attività motoria possa esplicarsi rapidamente ed armonicamente. Con il termine neurotrasmettitore ci si riferisce a tutte quelle sostanze che vengono rilasciate da una cellula nervosa e che vanno a stimolare o a inibire un’altra cellula, con cui ha un contatto, trasferendo così un’informazione. La dopamina che si forma nei neuroni della Sostanza Nera va a stimolare ed a mettere in funzione un insieme di strutture nervose situate alla base del cervello, definite come

Gangli della base, che potremmo considerare come il "motore" del cervello per quello che concerne tutta la nostra attività motoria.

La dopamina si forma nel nostro organismo, in particolare nelle cellule nervose della sostanza nera, a partire dalle proteine che vengono assunte con il cibo. Le proteine sono costituite da aminoacidi, uno di questi aminoacidi è la L-Dopa, che può considerare il precursore della dopamina, infatti, la dopamina si forma dalla L-Dopa. La dopamina può essere somministrata all'uomo per via endovenosa, ma non penetra nel cervello, perché vi è una specie di barriera tra il sangue ed il cervello che impedisce questo passaggio. La L-Dopa è invece in grado di passare questa barriera (la barriera ematoencefalica), perciò si è pensato di dare al malato parkinsoniano la L-Dopa. Questa fu la grande scoperta della terapia della malattia avvenuta all'incirca 30 anni fa; questa sostanza (che è contenuta nei due farmaci più venduti nel mondo il Madopar ed il Stalevo) ha determinato un notevole miglioramento della qualità della vita dei parkinsoniani, essendo in grado di combatterne al meglio i sintomi ed ha portato ad un allungamento della vita.

I farmaci dopaminoagonisti, definiti anche dopaminoagonisti diretti rappresentano una classe di medicine che hanno alcune caratteristiche comuni, anche se presentano aspetti differenti.

La Levodopa, viene assunta per bocca, passa nello stomaco, arriva nell'intestino dove viene assorbita, va poi nel sangue e dal sangue entra nel cervello, dove è trasformata in dopamina. La dopamina è il mediatore chimico, che va a stimolare il sistema di controllo dei nostri movimenti e permette quindi una attività motoria normale.

Anche i farmaci dopaminoagonisti vengono assunti per bocca e seguono la stessa strada della Levodopa fino ad arrivare al cervello, ma all'opposto della Levodopa, che deve essere trasformata dalle cellule nervose in una altra sostanza (la dopamina) per potere avere un effetto terapeutico, i dopaminoagonisti vanno a stimolare direttamente (di qui il nome di dopaminoagonisti diretti) lo stesso sistema di controllo e cioè i Gangli della base. In particolare la loro azione si effettua attraverso il recettore dopaminergico, che è una zona specializzata della cellula nervosa, alla quale la dopamina stessa ed il farmaco dopaminoagonista si devono legare per poter agire. Sono state individuate diverse classi di recettori per la dopamina: quelli importanti per le funzioni motorie sono denominati D1, D2, mentre altri correlati a funzioni psichiche sono i D3, D4.

I dopaminoagonisti si dividono, a seconda della loro derivazione chimica, in ergolinici (cabergolina) e non ergolinici (quest'ultimi sono stati sintetizzati più di recente e sono caratterizzati da formule chimiche originali che si avvicinano di più alla dopamina: ropinirolo, pramipexolo). Globalmente sono meno efficaci della Levodopa, ma il loro utilizzo permette di allontanare nel tempo la sindrome da trattamento cronico con Levodopa e di ridurre le fluttuazioni motorie tipiche della fase avanzata della malattia.

#### **4.2 Parkinson e gioco d'azzardo: una droga legalizzata?**

La malattia di Parkinson (MP), pur essendo classificata come disturbo del movimento è caratterizzata spesso da disturbi psicopatologici. Tra le complicanze, si possono distinguere quelle indipendenti dalla terapia come la depressione e il disturbo d'ansia e quelle invece scatenate dalla terapia farmacologica come la psicosi e i disturbi del controllo degli impulsi. Quest'ultimo termine raccoglie svariate condizioni cliniche che si possono manifestare nel corso della malattia di Parkinson (come ben vedremo nella letteratura scientifica presente) ovvero: *il gambling* (GAP – Gioco d'azzardo patologico); *lo shopping patologico, la dipendenza da internet, l'ipersessualità* (collocati dal DSM IV nel quadro: disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato N.A.S.); *il punding* (hobbismo compulsivo, comportamenti aberranti senza scopo) e infine *la sindrome da disregolazione dopaminergica* (DDS) denominata anche sindrome da disregolazione edonistica omeostatica (HHD, Hedonistic homeostatic dysregulation). La DDS non è prevista dal DSM IV, in quanto è una sindrome di recente osservazione ed è legata solamente alla malattia di Parkinson e alla terapia dopaminergica stessa. Tale condizione è caratterizzata infatti da dipendenza da farmaci dopaminergici e da comportamenti di auto somministrazione in maniera spropositata rispetto a quanto richiesto per il controllo dei sintomi motori.

Questi effetti collaterali sembrano quindi non essere direttamente correlati al decorso della malattia, bensì ai medicinali che vengono prescritti, quali il ropinirolo e il pramipexolo, il cui impatto sui recettori del cervello si conosce dal 1997.

La classe di farmaci dopamino agonisti viene quindi ufficialmente segnalata come causa certa di questi effetti collaterali ma che, con un opportuno trattamento terapeutico, possono essere controllati o del tutto eliminati.

In pochi anni si sono moltiplicati a dismisura i casi di malati di Parkinson che, sotto la cura di dopamino agonisti come il pramipexolo, hanno dilapidato i propri beni giocando d'azzardo; in alcuni casi la compulsione ha avuto effetti devastanti sulle finanze familiari al punto che sono state richieste procedure di interdizione economica da parte dei parenti stretti dei pazienti. (Onofrij M. 2003)

Dunque, l'assunzione del farmaco ha agito sulla psiche dei malati come una vera e propria droga?

I malati di Parkinson, come già affermato, soffrono della carenza di una sostanza chimica del cervello, detta dopamina, tale che la cura prescritta è in molti casi una molecola chimica sintetica: il dopamino agonista, che svolge la stessa funzione all'interno della mente umana. Il Pramipexolo, in particolare, connette i neuroni al recettore D3 della dopamina, altamente concentrati nella zona del cervello che definisce l'umore della persona, il comportamento e la ricerca delle soddisfazioni dei propri bisogni. Gli studi tuttavia hanno rivelato che tali ricettori si trovano nella parte del cervello che controlla il comportamento che porta al vizio e all'appagamento dei sensi incontrollato. Il farmaco non produce questi effetti per dosi di 0.125 mg al giorno ma dobbiamo tener presente che il dosaggio quotidiano per il malato di Parkinson è oltre i 4.5mg e chiaramente queste dosi eccessive protratte per anni portano alla dipendenza, alla totale assuefazione e al crollo dei malati nelle spirali del gioco d'azzardo patologico.

#### **4.3 Effetti collaterali: gioco d'azzardo**

Quando i farmaci contro il Parkinson sono entrati sul mercato, i relativi bugiardini non riportavano tutti gli effetti collaterali che provocano. Come si spiega questo?

Questi medicinali dopaminergici sono stati messi sul commercio intorno al 1999, ma solo nel 2005 sono stati inseriti nei foglietti illustrativi i possibili effetti collaterali come il gioco d'azzardo patologico.

Bisogna tenere presente che la vita media dei malati parkinsoniani si sta allungando rispetto allo scorso decennio, d'altra parte si assiste però ad un progressivo decadimento delle loro condizioni ed all'insorgenza di fenomeni e di sintomi che non si conoscevano 20-30 anni fa.

Prima della commercializzazione, i farmaci vengono testati su alcune migliaia di pazienti rilevando alcuni effetti, ma dopo l'immissione sul mercato, quando vengono usati in centinaia di migliaia di pazienti, possono emergere eventi collaterali aggiuntivi rari, ma anche gravi. I casi possono restare isolati, ma se sono eclatanti possono fare notizia e possono aprire la strada a nuove problematiche, a nuove indagini, a nuove scoperte.

A questo punto vengono effettuati degli studi, anche a livello internazionale; quando si ha la ragionevole certezza che gli effetti siano veramente dovuti ai farmaci intervengono *EMEA (European Medicines Agency)* e *FDA (Food and Drug Administration)*, che provvedono ad autorizzare l'inserimento dei nuovi effetti collaterali all'interno dei foglietti illustrativi.

Spesso, la depressione, la mania e l'ingiustificato attaccamento al gioco d'azzardo, nel parkinsoniano, non vengono immediatamente diagnosticate poiché l'interesse principale dei medici neurologi riguarda la terapia e il miglioramento fisico, lasciando in secondo piano l'aspetto psicologico. Questo crea purtroppo nel paziente un senso di solitudine e incomprensione, chiedere aiuto diventa troppo difficile, il bisogno di parlare, di capire cosa succede nel proprio corpo si trasforma in silenzio.

I familiari, si sentono impotenti di fronte all'improvviso stravolgimento delle abitudini dei propri cari, spesso scelgono di aspettare, vedere se è solo un periodo momentaneo, tengono nascosto il problema per vergogna o timidezza.

Il fatto eclatante è emerso però dagli articoli giornalistici di questi ultimi anni, gran parte delle famiglie e dei pazienti parkinsoniani hanno dichiarato che solo dopo un lungo periodo di disperazione e rabbia, per curiosità o per caso, hanno letto il foglio illustrativo dei farmaci e hanno notato con incredulità che, tra gli "effetti dalla frequenza non nota" era riportato: "gioco d'azzardo patologico, soprattutto quando si assumono dosi elevate".

Il punto cruciale è proprio questo, come evitare queste "brutte sorprese"? Di chi è la colpa?

L'informazione è fondamentale per affrontare questo tipo di problematica, il paziente non deve sentirsi solo, non deve vergognarsi ma imparare a comunicare le sue emozioni, sensazioni, paure, poiché solo liberandole, la sua famiglia può intervenire e accorgersi realmente di ciò che succede, rompendo dunque la "cecità familiare" prima che il conto in banca si esaurisca. Psicologi, psicoterapeuti, medici e operatori sanitari

sono i principali soggetti che devono promuovere la prevenzione; purtroppo il fenomeno è ancora poco conosciuto e chi ne è colpito è vittima di un isolamento sociale che può sfociare in conseguenze piuttosto gravi come peggioramento dei sintomi, perdita della stima di sé, crisi familiari, in rari casi anche suicidio.

In conclusione, chi deve risarcire i danni provocati dal gioco d'azzardo nei pazienti?

La risposta a questo interrogativo non è semplice poiché le cause sono multifattoriali; le responsabilità possono essere comunque evidenziate.

Oggi, nel bugiardino, la possibilità di venire incontro a comportamenti patologici non viene esclusa e questo risulta il modo con cui si tutelano le case farmaceutiche. Il ricorso a quest'ultime può essere avanzato soltanto da coloro che hanno assunto il farmaco prima del 2005, quando ancora non comparivano le conseguenze sopraindicate, nelle controindicazioni.

La mancanza di comunicazione tra medico, paziente e familiari rappresenta una grave carenza, di fondo però l'argomento è complesso e nonostante le implicazioni psicosociali, tende ad essere sminuito.

#### **4.4 Il problema è stato sottovalutato dalla comunità scientifica?**

La comunità scientifica non ha sottovalutato il problema della correlazione gioco d'azzardo patologico (GAP) – Parkinson, come dimostrano le recenti ricerche pubblicate nelle varie riviste medico-scientifiche. Tuttavia la problematica risulta ancora poco chiara, i mass media ne parlano poco e le notizie sono spesso confuse e non del tutto vere.

Le ricerche presenti in letteratura sono partite da una serie di domande: i fattori scatenanti del GAP nel Parkinson sono dovuti a fattori esterni o a fattori intrinseci alla base della progressione della malattia? Sono dovuti esclusivamente ai farmaci dopaminergici o una combinazione di questi elementi?

L'interesse verso tale disturbo nei parkinsoniani risale al 2000, in seguito all'individuazione della "Hedonistic Homeostatic Dysregulation" da parte del prof. Giovannoni G. dell'istituto di Neurologia di Londra, sindrome che può colpire i pazienti con Parkinson e che annovera tra i sintomi anche il GAP.

Secondo un recente review sull'argomento più del 60% dei pazienti affetti da malattia di Parkinson presentano uno o più sintomi psichiatrici che peggiorano la qualità della vita

del paziente e dei familiari: ansia, depressione, attacchi di panico, disturbi cognitivi, allucinazioni che possono precedere, anche di anni, la comparsa dei sintomi motori.

Una delle prime ricerche italiane, fu condotta dal dott. Avanzi M. dell' AUSL di Piacenza nel 2004. In questa ricerca sono stati applicati i criteri per la diagnosi di GAP (secondo il DSM IV, 10 items) e somministrate le scale di valutazione neurologica (UPDRS III E IV), della depressione (Beck Depression Inventory) e del "South Oaks Gambling Screen" (SOAKS); i pazienti sono stati confrontati con un ugual numero di soggetti sani, di pari fasce d'età; in due mesi circa, dei 98 pazienti parkinsoniani, 6 furono identificati come giocatori d'azzardo patologici.

Dal 2000 al 2009 nel mondo, sono state condotte varie ricerche i cui risultati sono sempre più significativi in quanto vanno a confermare quelli già ottenuti: a provocare il GAP sono i farmaci dopaminoagonisti.

Una tra le ricerche più recenti è quella del 2007 condotta nel centro nord della Florida, dal prof. Shapiro M. e coll.

Lo studio è stato eseguito per determinare quanto fattori ambientali e fattori intrinseci influiscono sulla correlazione GAP - Parkinson. Il sondaggio è stato eseguito tramite posta elettronica e rivolta a tutti i pazienti della University of Florida Movement Disorders Center, il cui protocollo è stato approvato dalla locale Institutional Review Board.

L'indagine consisteva nel compilare un questionario che si sviluppava in cinque aree:

Area 1 – *dati demografici* (età, sesso, abitudini di vita, lavoro, reddito)

Area 2 – *farmaci* (antiparkinsoniani, psicofarmaci – antidepressivi)

Area 3 – *storia psichiatrica* (personale e familiare)

Area 4 – *misure di stress psicologico* ( State/Trate Anxiety Inventory – STAI; scala analogica visiva dello stato dell'umore per il rilevamento di uno stato depressivo - VAMS)

Area 5 – *comportamenti di gioco d'azzardo patologico* (questionario sul GAP o altri comportamenti compulsivi in base ai criteri del DSM IV)

Tutti i 127 soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi: 10 giocatori compulsivi (CG); 27 giocatori non compulsivi (NCG); 90 pazienti non giocatori ( NG).

I giocatori d'azzardo patologici (CG) sono stati definiti soggetti che hanno risposto affermativamente ad almeno quattro delle questioni riguardanti l'indagine di gioco d'azzardo derivato dal DSM IV.

I giocatori non compulsivi (NCG) sono stati definiti come soggetti che hanno ammesso regolarmente di impegnarsi in un comportamento di gioco, ma le cui risposte al sondaggio sul GAP non hanno fatto emergere la compulsività.

I soggetti non giocatori (NG) hanno sostenuto di non impegnarsi in comportamenti di gioco regolare.

Per l'analisi dei dati, le distribuzioni di frequenza (come lo stato di farmaci e di genere) sono state confrontate con la verifica  $\chi^2$ . Le diverse variabili continue (l'età, la durata di malattia e la maggior parte dei punteggi sullo stato d'animo) sono stati confrontate mediante analisi della varianza (ANOVA), seguita dal post-hoc test di Bonferroni per esaminare le differenze riportate.

Per quanto riguarda l'area 1, i giocatori compulsivi (CG) si contraddistinguono per giovane età e predisposizione al vizio del fumo, un paziente solo si è dichiarato alcolista.

Non ci sono state grosse differenze fra i tre gruppi, analizzando lo stato occupazionale (dipendente o pensionato) e il reddito (fisso o non fisso).

Nell'area 2, le terapie farmacologiche in uso si differenziano significativamente tra il gruppo dei giocatori compulsivi (CG), che assumono maggiormente farmaci dopaminergici e antidepressivi e gli altri due gruppi (NCG e NG) che invece assumono Levodopa, anticolinergici, amantadina e altri farmaci non specificati. Tuttavia questo risultato può essere confuso con la normale prassi di utilizzare agonisti della dopamina nei pazienti più giovani per ritardare l'utilizzo della Levodopa che provoca a lungo andare fluttuazioni motorie e discinesia precoce.

L'analisi statistica della storia psichiatrica personale e familiare, l'area 3, non riporta informazioni rilevanti, questo può significare che l'ipotesi ereditarietà genetica può essere esclusa nel caso di GAP nel malato parkinsoniano.

Il questionario dell'area 4, che ha misurato lo stress psicologico nei soggetti, invece ha evidenziato importanti dati per lo State/Trate Anxiety Inventory, dove una prevalenza maggiore di ansia è stata attribuita al gruppo dei giocatori compulsivi seguita dal gruppo giocatori non compulsivi, quasi nulla invece nel gruppo di pazienti non giocatori.

Per quanto riguarda il VAMS, il gruppo dei giocatori compulsivi ha ottenuto punteggi più elevati sulle emozioni quali: paura, rabbia, confusione, anche se, per quanto riguarda la parola confusione, c'è stata difficoltà di interpretazione perché non è stato ben indagato ulteriormente cosa volesse dire per il soggetto tale sentimento.

L'area 5 riguarda i questionari sul GAP: il gruppo dei giocatori compulsivi (CG) ha dichiarato di essere impegnato in più di un comportamento di gioco d'azzardo: Slot Machine (70%), gratta e vinci (50%), carte (40%), lotteria nazionale (30%), casinò (30%), corse di cavalli (20%).

Il gruppo dei giocatori non compulsivi (NCG): Slot Machine (48%), gratta e vinci (33.3%), carte (55.6%), lotteria nazionale (51.9%), casinò (29.6%), corse di cavalli (11.1%).

Da notare le percentuali: per quanto riguarda le Slot Machine, nei CG è del 70% mentre nei NCG è del 48%. Forse, non è un caso che le Slot Machine siano le "preferite", in quanto non richiedono particolari abilità o attenzioni e fornendo una gratificazione immediata.

Bisogna sottolineare però che ci sono dei punti deboli in questo studio: l'indagine è stata completata su self report, i pazienti possono esser stati riluttanti a divulgare informazioni private in modo impersonale e possono aver risposto in maniera non esatta o veritiera. Inoltre, ci può essere stata una "distorsione geografica" nella selezione dei giocatori compulsivi: il centro nord della Florida è privo di casinò e di strutture per il gioco d'azzardo.

In una precedente ricerca del 2003, condotta dal prof. Driver E., si evidenzia che la vicinanza delle case da gioco può contribuire allo sviluppo del GAP nei pazienti parkinsoniani e questo è un fattore esterno da non tralasciare.

La prevalenza di gioco d'azzardo compulsivo riportata nella ricerca condotta in Florida, può essere dunque sottostimata su questo aspetto. A tal proposito sarebbe interessante proporre una ricerca proprio nella regione Friuli Venezia Giulia che si trova particolarmente esposta a questo rischio visto la vicinanza con la Slovenia e i suoi numerosi casinò.

Riassumendo, le caratteristiche che possono aiutare a identificare i pazienti parkinsoniani "più a rischio" per lo sviluppo di un comportamento compulsivo sono:

- Giovane età
- Alto livello di ansia, rabbia e paura
- Uso di un agonista della dopamina

A questo punto, sarebbe importante riprendere in mano la ricerca, al fine di tenere sotto controllo i pazienti parkinsoniani con GAP e osservare se hanno richiesto un aiuto terapeutico, se i sintomi si sono risolti e quali interventi effettuati hanno inciso sul

cambiamento. Nel frattempo, i medici dovrebbero essere consapevoli di queste caratteristiche associate al GAP e di essere particolarmente vigili nel trattamento di questa sottopopolazione di parkinsoniani.

L'assunzione di farmaci dopamino agonisti è stata confermata anche dalla ricerca condotta da Dodd e coll. nel 2005.

Nel periodo dal 2002 al 2004 tra i pazienti parkinsoniani, seguiti nella Mayo Clinic di Rochester, sono stati identificati 11 soggetti che avevano sviluppato l'impulso irrefrenabile per il gioco d'azzardo; questo comportamento era del tutto inusuale per loro e non sapevano darne una spiegazione.

I risultati di questa ricerca sono significativi: gli 11 pazienti descritti hanno cominciato a sviluppare la patologia solo dopo aver iniziato la terapia con un agonista dopaminergico. Di questi, 9 assumevano Pramipexolo e 2 Ropinirolo.

I disturbi si sono manifestati a dosi alte dei due farmaci, comprese fra i 4,5 e i 13,5 mg/die per il Pramipexolo e i 15 e 21 mg/die per il Ropinirolo.

In 7 pazienti il gioco d'azzardo patologico si è sviluppato dopo 3 mesi dall'inizio della terapia o dall'aumento progressivo della dose dell'agonista; negli altri 4 la latenza è stata più lunga. L'atteggiamento patologico di gioco d'azzardo si è risolto dopo l'interruzione dell'assunzione dell'agonista.

In 6 pazienti oltre alla compulsione per il gioco, si sono associati altri disturbi comportamentali, quali un aumento del consumo di alcol e di cibo, shopping compulsivo e ipersessualità (manifestata come maggior interesse nella pornografia, relazioni extraconiugali..).

Un altro punto in comune con questa ricerca è che il gioco d'azzardo patologico sembra svilupparsi più facilmente in concomitanza con agonisti dopaminergici diretti rispetto alla Levodopa, ed in particolare con pramipexolo, che mostra un'alta affinità (sproporzionata stimolazione) per recettori dopaminergici di tipo D3, localizzati nell'area limbica cerebrale.

Fra i fattori di rischio, il sesso maschile di età giovane e le alte dosi di agonisti dopaminergici sembrano giocare un ruolo importante in tutte le casistiche riportate. Tuttavia questo risultato può essere confuso con la normale prassi di utilizzare agonisti della dopamina nei pazienti giovani perché permettono di ritardare l'utilizzo della Levodopa ed evitare fluttuazioni motorie e discinesia precoce.

## 4.5 Il ruolo del trattamento

Sapere di avere il Parkinson rappresenta un crollo nella vita della persona, che di colpo si trova ad essere un "paziente", malato di una malattia cronica e lentamente invalidante. Chi si rende conto di avere il Parkinson, prova uno shock emozionale di portata spesso drammatica e talvolta lo prova ancora più forte chi gli sta vicino.

Spesso queste persone sentono nominare la malattia di Parkinson per la prima volta descritta con parole che sembrano condanne: patologia, cronicità, irreversibilità; si generano così una serie di domande, angosce, aspettative per il futuro, incertezze, paure che creano una destabilizzazione nell'equilibrio del malato e della sua famiglia.

Le fasi psicologiche successive alla diagnosi si possono sintetizzare in quattro fasi distinte: la negazione del problema, la collera rispetto alla nuova situazione, la depressione e, infine, l'accettazione della nuova situazione. Per accettazione, tuttavia, non si intende un atteggiamento passivo di rassegnazione ma la consapevolezza di un nuovo inizio e l'acquisizione di uno stato mentale che favorisce la "lotta" contro la malattia.

E' evidente quindi che una delle prime necessità del paziente, del caregiver e della famiglia è quella di avere delle risposte, delle rassicurazioni.

Se alla malattia di Parkinson si aggiunge poi un ulteriore peso, il gioco d'azzardo patologico, quale inaspettata risposta alle cure farmacologiche, allora siamo di fronte a un crollo delle speranze irrimediabile.

Questo ci permette di comprendere l'importanza di integrare diverse discipline come la neurologia, la psichiatria e la psicologia per poter offrire ai soggetti affetti da tale malattia ed ai suoi cari l'opportunità di appropriarsi di nuove soluzioni e risorse per affrontare i sintomi ed il dolore provocati da essa.

La vita è cambiamento, evoluzione, complessità, si cerca la stabilità ma essa è costantemente un equilibrio che si perde e si ritrova dando novità e spessore all'esistenza: è attraverso l'esperienza che possiamo permetterci di accogliere ed assimilare le novità.

Lo scopo di un valido sostegno è proprio far capire il bisogno di essere partecipi ed attivi nella propria vita: accogliendo i cambiamenti, sentendo che si può ancora scegliere, sentendosi ancora liberi, nel rispetto dei nuovi confini che la malattia impone.

Il parkinsoniano si ritrova senza accorgersi a dover fare i conti con numerosi cambiamenti nel proprio modo di stare al mondo ed in relazione agli altri: i sintomi sono così evidenti che spesso tolgono spontaneità all'interazione, il malato si sente scrutato, osservato dagli altri, può provare un senso di vergogna o di inadeguatezza e pertanto tende ad isolarsi socialmente.

Questo contribuisce all'insorgere di una depressione secondaria alla malattia: il 47% dei soggetti affetti da Parkinson soffrono di depressione insieme a vari disturbi cognitivi: difficoltà nella risoluzione di problemi e di formazione dei concetti, la capacità di giudizio è talvolta compromessa così come la fluidità verbale, la capacità di ragionamento non verbale e in certi casi anche alcuni aspetti della percezione del linguaggio.

Se l'uso di farmaci dopaminoagonisti porta a ulteriori disturbi comportamentali, il paziente deve essere messo in guardia su ciò che può succedergli, deve essere preparato a combattere oltre la sua malattia, anche le dipendenze che possono derivarne.

Soprattutto non bisogna tralasciare la storia personale del paziente, una persona con difficoltà psicologiche, con un carattere particolarmente difficile, "facile a correre rischi", è un pericoloso segno d'allarme da non sottovalutare per il medico ma anche per lo psicologo, psicoterapeuta che nelle sue sedute deve informarsi sulle eventuali terapie farmacologiche presenti. Soprattutto nei gruppi terapeutici per il gioco d'azzardo patologico, un parkinsoniano all'interno di tale gruppo si sentirà "diverso", le sue esperienze non sono simili a quelle di tutti gli altri, il suo "bisogno di giocare" nasce all'improvviso, prima non aveva mai avuto interessi particolari per l'azzardo o sporadicamente giocava qualche "schedina". Con la diminuzione o il cambio del farmaco il parkinsoniano smette di giocare, perde l'interesse per qualsiasi tipo di slot – machine, schedine, lotterie varie.

Il giocatore d'azzardo patologico non parkinsoniano, come abbiamo potuto constatare nella prima parte di questa tesi, ha maggiori difficoltà a uscire dal "tunnel", il lavoro terapeutico rimane unico e essenziale per sostenerlo e ci vogliono molti anni prima di potersi considerare un "uomo libero".

Si sbaglia però a pensare che il sostegno psicologico non sia centrale anche per il parkinsoniano che dopo aver cambiato la cura farmacologica, l'impulso al gioco d'azzardo viene assorbito ma ha bisogno di riprendere in mano la propria vita, accettarsi

e farsi accettare di nuovo dalla società, ricostruire la propria identità, far riemergere le proprie risorse potenziali.

Perdere molti soldi, diventare un uomo o una donna irresponsabili, perdere il rispetto della famiglia, di chi si vuole bene dopo bugie e tradimenti, dover accettare di avere una malattia che non sarà mai guarita, sono macigni lanciati violentemente addosso alla dignità di una persona, pertanto occorre intervenire il prima possibile.

Il lavoro in questo caso è finalizzato ad abbassare le difese psicologiche dei singoli individui, per ridurre al minimo gli atteggiamenti di copertura e contemporaneamente favorire le possibilità espressive di ognuno; nascono così nuovi modi di proporsi e il cambiamento non è più temuto come una pericolosa incognita, bensì accettato e considerato auspicabile per il raggiungimento di un nuovo equilibrio. ( De Luca R., Petri S., 2007 )

Il trattamento, dunque, per essere completo ed efficiente deve avvenire in un clima di condivisione rispettoso e non giudicante e deve favorire:

- lo sviluppo di risorse emotive, corporee e cognitive più attuali e funzionali,
- l'elaborazione dei cambiamenti che stanno avvenendo senza sentirsi sopraffatti da essi,
- la scoperta di nuove modalità di stare al mondo ed in relazione con i propri familiari e con gli altri,
- l'elaborazione di vissuti emotivamente difficili e profondi attraverso la parola per non sentirsi soli e diversi
- la riflessione sulla propria modalità di prendersi cura di se e dell'altro e sull'esperienza di essere accuditi,
- la condivisione della propria esperienza in un ambiente protetto e semi-strutturato come un gruppo condotto da un esperto.

Il vero ruolo del trattamento, in sostanza può essere descritto come una poesia di Khalil Gibran: *“Ho conosciuto il mare meditando su una goccia di rugiada”*

Ogni goccia, ogni nostra risorsa ci permette di vivere in pieno la nostra esistenza. Non piangiamo in eterno per quelle perse, permettiamoci di vedere quante altre risorse ancora inutilizzate possono contribuire a rendere viva la nostra esistenza.

#### 4.6 Caso clinico: il signor Giorgio

Giorgio, 58 anni, affetto da morbo di Parkinson da vari anni, dal 2002 è stato trattato con un dopamino agonista, il pramipexolo, all'inizio somministrato in ionoterapia e successivamente in associazione alla Levodopa. Nonostante una buona risposta alla cura, nel giugno 2005 in seguito al verificarsi di alcuni episodi di alterazione del comportamento caratterizzati da un disturbo di pulsione al gioco d'azzardo (*gambling*), il neurologo che aveva in cura Giorgio ridusse la dose del dopamino agonista, incrementando quella della Levodopa e aggiungendo un farmaco antipsicotico atipico, la quetiapina, con un buon controllo della sintomatologia motoria e del disturbo comportamentale. Nonostante la riduzione del dosaggio del pramipexolo, però, i disturbi caratterizzati dall'irrefrenabile impulso a giocare persistevano con ingenti perdite finanziarie e conseguente disperazione dei familiari. Giorgio, infatti, per giocare prelevava grosse somme di denaro dal proprio conto corrente e dal portafoglio dei familiari, richiedeva prestiti a diverse finanziarie e chiedeva disperatamente soldi, raccontando anche grosse bugie, a parenti e amici. Addirittura la moglie aveva segnalato la scomparsa da casa di gioielli di valore. Alla fine del 2005, visto il persistere della pulsione al gioco d'azzardo, Giorgio venne ricoverato per modificare lo schema terapeutico e controllare l'insorgenza di eventuali variazioni del quadro motorio dove fu sospeso il pramipexolo e incrementato il dosaggio della Levodopa. La nuova terapia venne però mantenuta solo per un breve periodo di tempo a causa di effetti indesiderati, quali edema e dolori agli arti inferiori. Fu pertanto ripresa la precedente terapia a base di Levodopa e pramipexolo. In tale occasione venne anche consigliato un sostegno psicologico. A marzo 2006 i familiari di Giorgio, che erano iscritti a una associazione di malati di Parkinson, dopo aver letto nel Bollettino informativo dell'Associazione la lettera di un paziente trattato con pramipexolo che accusava gli stessi gravi problemi legati all'impulso irrefrenabile verso il gioco si rivolsero a un centro specializzato, dove venne sospesa la terapia con pramipexolo, con rapida regressione della pulsione al gioco d'azzardo. Da allora Giorgio non è più stato vittima del *gambling*; è stato messo in terapia con un altro antiparkinsoniano e attualmente è in corso di valutazione.

#### 4.7 Considerazioni finali

Riassumendo, i tre fattori che pesano complessivamente sullo sviluppo di questi comportamenti patologici sono: *fattori personali, fisiologia del sistema su cui si interviene* ( come ho già ribadito, l'importanza della dopamina nel regolare il comportamento), *il ruolo del trattamento* (come agiscono i farmaci antiparkinsoniani).

Dal 2000 al 2009 altre ricerche si sono occupate della correlazione Parkinson – Gioco d'azzardo, con risultati di volta in volta sempre più soddisfacenti e con numero di casi sempre più in aumento.

I numeri parlano chiaro secondo la ricerca di Wong S. e Steiger M., di per sé i soggetti con Parkinson sono più esposti a questo disturbo (3,5% dei parkinsoniani ha una pulsione verso il gioco d'azzardo rispetto all'1% della popolazione generale), ma questa prevalenza sale addirittura al 7,2% se assumono un farmaco dopaminergico. Questi disturbi si verificano soprattutto ad alti dosaggi e generalmente sono reversibili con la riduzione della dose o l'interruzione della terapia.

Va ribadito, infatti, che mentre i segni e i sintomi motori della malattia di Parkinson sono noti e quindi facilmente diagnosticabili, quelli relativi ai disturbi comportamentali, come il gambling, sono meno evidenti.

Forse, il vero perché del gioco d'azzardo non è emerso chiaramente, la risposta va cercata oltre la ricerca scientifica, oltre l'ambiente, oltre il farmaco che fronteggia la malattia. Probabilmente va cercata in una visione della vita dove l'attesa della fortuna deresponsabilizza e costruisce un immaginario sociale non di persone solidali e corresponsabili, ma di vincitori e perdenti; questa è la società d'oggi e a questa, in qualche modo, tutti ci dobbiamo adattare.

Ciò che tuttavia, a mio parere, è indispensabile oltre ogni altra cosa è continuare a darsi il permesso di un sorriso, anche quando tutto sembra dire di no, anche quando una malattia ci starà accanto tutta la vita, anche quando le conseguenze di un farmaco ci portano a fare qualcosa che non avremmo mai fatto.

Il celebre comico Bill Cosby in una sua intervista disse: "Se puoi ridere di una situazione allora sii certo che puoi anche sopravvivere ad essa!!"

Un libro scritto recentemente: “L’inquilino dentro” di Francesco D’Antuono e di Giovanni Piazza ne è un esempio:

***“...mi fa stare bene prendere tutto alla leggera. Capisco che il signor P. non schioda, ma non vince. Anzi, lo posso prendere in giro quando voglio. Faccio come la satira, che irride i potenti. Ci rido su anch’io.***

***Se tremo, non è per la paura.”***

## **Bibliografia**

- Avanzi M., Uber E., Bonfà F., (2004), *Pathological gambling in two patients on dopamine replacement therapy for Parkinson's disease* ( *Neurol Sci*; 25:98-101)
- Bignamini E., (2002), *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica*
- Bignamini E., (2006), *La dipendenza da sostanze: un'introduzione per la comprensione e per l'intervento*
- Blaszczynski A., (2000), *Pathways to pathological gamblers: identify typologies*
- Caillois R., (1958), *I giochi e gli uomini*
- Capitanucci D., (2002), *La vita in gioco? Il gioco tra divertimento e problema*
- Croce M., (2003), *Le difficoltà di riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze*
- Custer R., (1982), *An overview of compulsive gambling*
- D'Antuono F., Piazza G., (2008) *L'inquilino dentro*
- De Luca R., Petri S., (2007), *Sos Azzardo – Familiari e giocatori chiedono aiuto*
- Dickerson L.K., (1985), *Level of Arousal in High and Low Frequency Gamblers*
- Dodd M.L., Geda Y.E., Klos K.J., Bower J.H., Josephs K.A., Ahlskog J.E., (2005), *Pathological Gambling Caused by Drugs Used to Treat Parkinson Disease* ( *Arch Neurol*; 62:1-5)
- Driver E., Dunkley E., Samanta J., Stacy M., (2003), *Gioco d'azzardo patologico associato alla terapia con agonisti della dopamina nella malattia di Parkinson* ( *Neurology*; 61:422-3)
- Fernandez F.A., (1999), *Le altre droghe. Cibo, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*
- Freud S., (1928), *Dostoevskij e il parricidio*
- Giovannoni G., O'Sullivan J.D., Turner K., Manson A.J., Lees A.J., (2000), *Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies* (*J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*;; 68(4):423-8)
- Ladouceur R., (2000), *Il gioco d'azzardo eccessivo: vincere il gambling*
- Ladouceur R., Walker M.B., (1996), *Problems in measuring the effectiveness of Cognitive Therapy for Pathological Gambling* (*School of Psychology, University of Sydney, Australia*)
- Le Breton D., (1995), *Passione del rischio*
- Mazzocchi S., (2005), *Mi gioco la vita – Mal d'azzardo: storie vere di giocatori estremi*

Molina J.A., Sainz Artiga J.M., Fraile A., (2000), *Gioco d'azzardo patologico nella malattia di Parkinson: una manifestazione comportamentale di trattamento farmacologico (Mov .Disord; 15:869-72)*

Onofrj M., (2003), *Disturbi mentali nelle Sindromi Parkinsoniane*

Shapiro M., Chang Y.L., Munson S.K., Jacobson C.E., Rodriguez L.R., Skidmore F.M., Okun M.S., Fernandez H.H., (2007), *The four as associated with pathological Parkinson disease gamblers: anxiety, anger, age, and agonists (Neuropsychiatr. Dis. Treat; 3(1): 161–167)*

Wong S., Steiger M., (2007), *Pathological gambling in Parkinson's disease (British Medical Journal; 334:810-1)*

Zuckerman M.,(1979), *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*

<http://www.siipac.it>

<http://www.eurispes.it>

<http://www.archneurol.com>

<http://www.pubmed.com>

## **Ringraziamenti**

Desidero ringraziare, prima di tutto, il prof. Forzi per aver accettato di essere il mio relatore, nonostante la problematica di questa tesi sia complessa e tuttora povera di materiale scientifico, mi ha incoraggiata ad approfondirla per la sua novità e particolarità.

Ammetto che il contenuto emotivo in gran parte dei capitoli traspare in modo evidente, ma oltre la testa, ho messo il cuore.

Ringrazio i miei genitori, Luciano e Sonia, per essermi stati sempre vicini e per avermi sostenuta dandomi la forza necessaria per fare un buon lavoro. Questa tesi è dedicata a loro e a tutte le famiglie che hanno affrontato certe difficoltà, stringendo i denti e continuando ad andare avanti tenendosi stretti per mano.

Ringrazio il dott. De Luca, psicoterapeuta, responsabile del Centro di terapia di Campoformido (UD) per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie. Sto partecipando da tre anni ai suoi convegni e ogni volta imparo sempre qualcosa di nuovo, che mi fa comprendere quanto il GAP sia una dipendenza difficile, sofferta e di lunga durata.

Ringrazio il responsabile dell'associazione italiana parkinsoniani di Udine, Vito Facchini, per la sua disponibilità nel mettermi in contatto con neurologi e ricercatori per avere informazioni più specifiche e attuali.

Infine ringrazio coloro che mi han donato sempre un sorriso anche quando la giornata non era delle migliori, le mie amiche, alle quali voglio un bene profondo, sono delle persone speciali, vere e soprattutto sanno come prendermi nonostante io sono un po' sbadata, mai puntuale e "frignona".

Infine, rivolgo un abbraccio affettuoso a tutti coloro che mi vogliono bene, grazie a tutti perché con il vostro affetto non mi sento mai sola.

Silvia