

Desidero ringraziare innanzitutto il Prof. Donato Munno per i preziosissimi insegnamenti e per avermi guidata con competenza e disponibilità durante questi quattro anni di formazione specialistica

Vorrei esprimere inoltre la mia sincera gratitudine alle mie colleghe e amiche dott.ssa Sterpone e dott.ssa Zullo, indispensabili non solo per la realizzazione della tesi, ma anche per l'incoraggiamento che hanno sempre saputo donarmi.

Ringrazio la dott.ssa Bechon e Marta Saroldi per il sostegno e la collaborazione durante la stesura della tesi.

Ringrazio i miei genitori, la mia famiglia e Moreno per la comprensione ed affetto inesauribili che mi hanno costantemente mostrato.

Infine meritano un doveroso ringraziamento i presidi, i professori e gli studenti che con interesse e disponibilità hanno collaborato alla ricerca.

INDICE

INTRODUZIONE	4
Capitolo 1 - IPOTESI EZIOPATOGENETICHE	7
1.1 Aspetti neurobiologici delle dipendenze	7
1.2 Aspetti psicodinamici	28
1.2.1 Trattamento psicodinamico: linee guida	36
Capitolo 2 - CENNI SULLE DIPENDENZE DA SOSTANZE	41
2.1 Dipendenza da Cannabinoidi	43
2.2 Dipendenza da Cocaina	44
2.3 Dipendenza da Oppiacei	45
2.4 Dipendenza da Allucinogeni	46
2.5 Dipendenza da Amfetamine	48
2.6 Dipendenza da Alcol	49
2.7 Dipendenza da Nicotina	51
Capitolo 3 - LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI	55
3.1 Storia del fenomeno delle dipendenze	55
3.2 Le nuove dipendenze	64
3.3 Il Gioco d'Azzardo Patologico	67
3.3.1 Cenni introduttivi	67
3.3.2 Cenni storici	70
3.3.3 Dati epidemiologici	73
3.3.4 Eziologia	73
3.3.5 GAP: disturbo dell'impulsività e della compulsività	75
3.3.6 I criteri diagnostici del DSM-IV-TR	77
3.3.7 Basi neurobiologiche	78
3.3.8 Ipotesi psicodinamiche	80
3.3.9 Fattori predittivi	84
3.3.10 Trattamento	85
3.4 Shopping Compulsivo	87
3.4.1 Cenni introduttivi	87
3.4.2 Definizioni di Shopping Compulsivo	89
3.4.3 Eziologia	94
3.4.4 Caratteristiche fenomenologiche	96
3.4.5 Basi neurobiologiche	97
3.4.6 Trattamento	98
3.5 Dipendenza da Internet	101
3.5.1 Cenni storici	101
3.5.2 Diagnosi ed aspetti clinici	103
3.5.3 Trattamento	107
3.6 Dipendenza da Sesso	109
3.6.1 Cenni introduttivi	109

3.6.2	Aspetti caratterizzanti e criteri diagnostici	112
3.6.3	Aspetti epidemiologici	116
3.6.4	Ipotesi diagnostiche	117
3.6.5	Concettualizzazioni cognitive	121
3.6.6	La porno-dipendenza	122
3.6.7	Trattamento	124
3.7	Dipendenza da Sport	126
3.8	Dipendenza Affettiva e Relazionale	131
3.9	Dipendenze Alimentari	136
3.10	Comorbidità delle New Addiction	142
Capitolo 4 – ADOLESCENZA		154
4.1	Adolescenza e identità	154
4.2	Adolescenza e depressione	157
4.3	Gli adolescenti e il rischio	158
4.3.1	Fattori di rischio e fattori protettivi	166
4.3.2	Fattori di personalità	170
4.3.3	Fattori cognitivi	173
4.3.4	La famiglia e il gruppo dei pari	175
4.4	La sessualità in adolescenza	179
Capitolo 5 - NUOVE DIPENDENZE IN ADOLESCENZA		183
5.1	Cenni introduttivi	183
5.2	Gioco d'Azzardo Patologico	184
5.3	Dipendenze da tecnologie	186
5.4	Dipendenze relazionali	190
5.5	Dipendenze alimentari	192
5.6	Dipendenza da esercizio fisico	195
5.7	Dipendenza da shopping	198
Capitolo 6 - CONTRIBUTO CLINICO-DIAGNOSTICO		202
6.1	Scopo del lavoro	202
6.2	Materiali e metodi	203
6.2.1	Campione	203
6.2.2	Strumenti Diagnostici utilizzati	203
6.2.3	Elaborazione statistica	214
6.3	Risultati	215
6.3.1	Caratteristiche del campione	215
6.3.2	Risultati ai Test	219
6.3.2.1	SPQ	219
6.3.2.2	IAT	228
6.3.2.3	SPQ e IAT	231
6.3.2.4	SPQ e QMA	233
6.3.2.5	IAT e QMA	239
6.3.2.6	SPQ e MMPI-A	240

6.3.2.7	IAT e MMPI-A	258
6.3.3	Correlazioni	261
6.3.3.1	SPQ e QMA	261
6.3.3.2	IAT e QMA	264
6.3.3.3	SPQ e IAT	264
6.4	Discussione	265
6.5	Considerazioni finali	285
Bibliografia		287

INTRODUZIONE

La dipendenza è la condizione o lo stato in cui vive un individuo in relazione ad un persona o cosa o sostanza, è un fenomeno complesso che implica non solo aspetti neurobiologici, ma in cui intervengono aspetti comportamentali, psichici, sociali e culturali. E' quindi possibile individuare nel modello bio-psico-sociale quello più idoneo per spiegare questo fenomeno.

La psichiatria contemporanea, nella comprensione della patologia mentale, si rifà, infatti, a questo modello eziopatogenetico il quale evidenzia come, per l'esordio di un disturbo psichico, si integrino in modo dinamico fattori multipli, quali le dimensioni biologiche (ereditarie e organiche), quelle psicologiche (correlate ai vissuti dell'individuo ed alla sua famiglia) e quelle socio-culturali.

La dipendenza investe l'individuo a diversi livelli, comportamentale (continua ricerca della sostanza o reiterazione di un determinato comportamento) e psicologico (l'individuo è completamente assorbito dall'oggetto della propria dipendenza al punto da trascurare tutto il resto, comprese le relazioni affettive) e le conseguenze si ripercuotono sull'intero funzionamento.

Lo sviluppo rapido ed esponenziale delle nuove tecnologie ha contribuito ai mutamenti, non solo nelle modalità comunicative, ma anche per quel che riguarda gli stili di vita e comportamenti. La maggior parte degli individui sono persuasi di viveri da uomini liberi e autonomi e tale senso di indipendenza è sostenuta e stimolata dagli innumerevoli inviti "mediatici" della realtà contemporanea.

In realtà l'individuo nasce dipendente e risulta pertanto improbabile questa affannosa ed illusoria ricerca di una totale indipendenza.

Invece, per gli enormi sviluppi raggiunti, l'orientamento dell'attuale società ha dato all'individuo l'illusione, e a tratti il dovere, di riuscire a sostenersi da solo, senza il bisogno dell'Altro, aggravando però, paradossalmente, proprio il suo stato di dipendenza. In realtà la libertà e l'autonomia autentiche si trovano invece nello scambio, nel dialogo e nel riconoscimento ed accettazione della dipendenza stessa.

La fase di passaggio dall'adolescenza alla vita adulta rappresenta il periodo della vita

più delicato in cui si è sottoposti ad un continuo adattamento al rapido processo di sviluppo fisico e psichico durante il quale il giovane sperimenta nuove abilità e si confronta con situazioni sempre diverse. Quando questo passaggio è strutturato adeguatamente, e viene raggiunta una buona consapevolezza dell'importanza degli altri, l'individuo diviene capace di accogliere ed affrontare l'Altro, non più temuto, ma stimolo per il raggiungimento di una sana autonomia.

Questo significa che, da un lato, si hanno più opportunità di progredire, dall'altro si ha la possibilità di sperimentare comportamenti a rischio per la propria salute e il benessere psico-fisico (Pietropolli e Charmet, 2000).

In questa fascia di età, quindi, le dipendenze rappresentano una manifestazione tipica, ma particolarmente problematica, di grande rilievo dal punto di vista clinico per le potenziali conseguenze dannose e per gli eventuali quadri psicopatologici correlati.

Va inoltre evidenziato come si sia verificato, negli ultimi anni, un cambiamento della natura stessa dell'adolescenza e dell'espressione del loro disagio nella società contemporanea (Speltini, 1993).

Le "nuove dipendenze" o dipendenze comportamentali negli adolescenti si collocherebbero in questo contesto.

Esse sono patologie non ancora assunte al riconoscimento ufficiale del mondo accademico-scientifico, ma in rapida diffusione, che si impongono all'attenzione dei clinici, oltre che per l'aumento delle richieste di aiuto rivolte ai Servizi, anche per gli interrogativi che pongono a livello di eziopatogenesi, di inquadramento diagnostico, di modelli interpretativi e di trattamento terapeutico. Esse sembrano rappresentare, meglio di altre, l'attuale disagio della civiltà, nella quale le dinamiche del piacere e del desiderio possono diventare problematiche al punto da generare dolore mentale: il rapporto con l'altro e con gli oggetti, teoricamente apportatori di appagamento, si rivela carico di valenze distruttive e gli adolescenti, soggetti più fragili e indifesi, soccombono di fronte alle molteplici sollecitazioni provenienti da una società di adulti intenta a confezionare implacabili ed onnipresenti inviti all'attivazione consumistica.

Ciò che inoltre emerge chiaramente è come alcune forme di dipendenza non sempre vengano riconosciute come tali, non solo dagli adolescenti stessi, ma anche dalle figure adulte di riferimento (genitori, insegnanti, ecc.) che non sono in grado di percepire l'importanza di certi comportamenti e di agire in modo tempestivo al fine di evitare che evolvano verso forme più severe o addirittura patologiche.

Nella letteratura nazionale e internazionale i contributi riguardanti la comprensione delle dipendenze comportamentali, soprattutto per quel che riguarda la fascia adolescenziale, sono ancora scarsi, o comunque di numero nettamente inferiore rispetto ai contributi che si focalizzano sulle droghe, l'alcol e il tabacco, e ancora meno numerosi sono i lavori che indagano l'efficacia di progetti di prevenzione e linee di trattamento.

Lo scopo di questa tesi è di descrivere i principali aspetti delle dipendenze in adolescenza, soprattutto quelle comportamentali, sia dal punto di vista psicodinamico, che neurobiologico, che terapeutico.

Inoltre, verrà fornito un contributo epidemiologico-clinico allo studio di tali patologie in adolescenza per ottenere una stima della prevalenza delle diverse forme di dipendenza comportamentali e per individuare nei soggetti a rischio le caratteristiche cognitive, motivazionali e i tratti di personalità con un maggiore rilievo clinico, che possano essere utili al fine di predisporre adeguati percorsi terapeutici ed eventuali programmi di salute pubblica più mirati.

Capitolo 1

IPOTESI EZIOPATOGENETICHE

1.1 Aspetti neurobiologici delle dipendenze

L'interesse verso le dipendenze comportamentali, nuove forme di disagio psichico, deriva non solo dall'aumento dell'incidenza negli ultimi decenni e dalla conseguente maggiore richiesta di aiuto ai servizi sanitari, ma anche dal fatto che esprimono o addirittura rappresentano, più di altri disturbi psichiatrici, l'attuale disagio della civiltà. E' proprio la condizione di vita attuale che stimola lo studio dei motivi per cui un numero sempre maggiore di persone diventa dipendente da una qualche sostanza o dal legame compulsivo verso un comportamento, un oggetto, un'esperienza (caretti la barbera).

Il piacere è un aspetto fondamentale del comportamento motivato dei mammiferi, fornendo la spinta all'azione e la finalità del comportamento. Ciò non significa che sia anche il fine biologico del comportamento animale: ogni animale per sopravvivere deve adattarsi all'ambiente che lo circonda, e in tale modo si selezionano gli individui che si adeguano nel miglior modo. Da questo punto di vista naturalistico il piacere diventa un dispositivo biologico frutto della selezione naturale e volto alla sopravvivenza ed all'adattamento.

Un'analisi fenomenologica conferma questa ipotesi, in quanto il comportamento motivato da stimoli gratificanti è costituito da una fase appetitiva ed una consumatoria: il piacere accompagna entrambe queste fasi. Nella fase appetitiva, di ricerca ed approccio ai più diversi stimoli piacevoli, il piacere consiste in uno stato di euforia ed eccitazione che sostiene e rinforza il comportamento di ricerca verso l'oggetto del desiderio. Nella fase consumatoria il comportamento si manifesta secondo gli schemi rigidi legati a quella specifica attività (es. mangiare o copulare).

Nella società odierna dell'uomo evoluto le proprietà motivazionali del piacere sono state reindirizzate verso attività diverse da quelle primordiali, ma è comunque il

piacere a conferire proprietà gratificanti a quegli stimoli, risposte o situazioni cui l'uomo attribuisce valore essenziale per la sopravvivenza nell'ambiente odierno in cui viviamo.

La possibilità attraverso l'apprendimento, di adattare il piacere a diversi stimoli (anche emozioni gratificanti, contesti ambientali) dà la possibilità al piacere di diventare patologico. I disturbi del piacere riguardano non tanto il piacere primario, consumatorio ma quello appetitivo legato alla ricerca ed all'eccitazione comportamentale.

In seguito alla reiterazione della ricerca di questo piacere, l'individuo ne diventa dipendente.

La "dipendenza" può venire descritta come un progressivo e complesso quadro comportamentale con specifiche componenti sociali, psicologiche e biologiche che implicano perdita di autocontrollo, compulsione ad attuare un determinato comportamento, nonché un malessere vissuto se ci si trova nelle condizioni di impossibilità a praticarlo.

La dipendenza viene a coinvolgere l'individuo secondo due livelli:

1. Comportamentale: è riferito alla ricerca di una sostanza o nel reiterare un comportamento.
2. Psicologico: il soggetto è assorbito dall'oggetto di dipendenza al punto di non poterne fare a meno, trascurando gli altri aspetti della vita.

Di conseguenza si avranno ripercussioni negative sulla vita dell'individuo, causandone una situazione di generale sofferenza.

Gli autori anglofoni utilizzano due termini dal significato differente: "addiction" e "dependence".

Il termine "addiction" significa "dedizione, inclinazione"; dall'etimologia si ritrova il termine latino "addictio" sostantivo del verbo addicere che aveva diversi significati tra cui dedicarsi, abbandonarsi a qualcosa. Nel mondo giuridico latino il termine "addictus" indicava lo "schiavo per debito" ed indicava la costrizione corporale (carcere) inflitta ai debitori impossibilitati a pagare i loro creditori; in una visione psicoanalitica si tratta di esaminare le carenze affettive e i disagi sociali in seguito ai

quali la dipendenza corporea assume il significato di un tentativo inconscio da parte dell'individuo addicted di pagare un debito (Nizzoli, 2006).

L'altro termine inglese utilizzato per questo tipo di disturbi è dependance: indica la dipendenza fisica e chimica dell'organismo dalla sostanza, mentre addiction intende la condizione generale di dipendenza psicologica che spinge alla costante ricerca dell'oggetto o dell'attività (O'Brien, 2006).

Addiction e dependence non necessariamente sono correlate: si può reperire una addiction priva di dependence ovvero casi in cui la messa in atto di determinati comportamenti di ricerca non presenta legami con una dipendenza fisica tipica. Viceversa si può trovare dipendenza fisica in assenza di addiction; un esempio è la nicotina, in cui la lenta dipendenza fisica non porta il soggetto a compiere atti illeciti o comunque al di fuori delle buone norme comuni al fine di procurarsi il tabacco (Shaffer, 1996).

Diversi studi hanno confermato che alla base della dipendenza da sostanze e delle dipendenze comportamentali vi sia un'alterazione dei meccanismi cerebrali che controllano il sistema della ricompensa o gratificazione, e degli stati motivazionali, cioè i comportamenti compulsivi associati al consumo delle sostanze; vengono implicati inoltre diversi altri sistemi funzionali tra cui quelli implicati nell'apprendimento e nella memoria. Essi si modulano reciprocamente a più livelli, al punto tale che dalla regolazione genetica della sintesi di neurotrasmettitori e recettori a livello dei neuroni, attraverso la mediazione affettiva, e con il coinvolgimento di specifiche strutture cerebrali, si arriva all'elaborazione cognitiva degli stimoli interni e provenienti dall'ambiente esterno e che fenotipicamente si esprimono attraverso i comportamenti tipici del tossicodipendente.

Il sistema della gratificazione ci permette di esperire un insieme di sensazioni fisiche ed emotive che a livello della coscienza riconosciamo come piacere.

Il piacere è un complesso di sensazioni che conseguono all'appagamento dei bisogni ed elemento indispensabile per l'evoluzione e, quindi, per la vita degli animali e dell'uomo. Durante la propria esistenza tutti gli esseri viventi perseguono due finalità biologiche essenziali che sono rappresentate dalla propria sopravvivenza e dalla

conservazione della specie. Il loro raggiungimento è basato sul soddisfacimento di istinti fondamentali come la fame, la sete, il sesso, la cura della prole e viene garantito dall'esistenza del meccanismo cerebrale della gratificazione da loro attivato. Il cibo e il sesso rappresentano gli stimoli primari o gratificanti, in virtù anche della loro intrinseca proprietà di determinare un rinforzo positivo (per rinforzo s'intende l'insieme di condizioni sostenute da uno stimolo capace di determinare una risposta che favorisce o evita la presentazione dello stimolo stesso).

Lo stato motivazionale si può definire come quel comportamento per cui gli organismi focalizzano le proprie azioni verso l'ambiente in relazione alle proprie necessità.

Le proprietà motivazionali degli stimoli ambientali piacevoli dipendono da aree cerebrali arcaiche, localizzate nella parte mediale e ventrale del cervello: la Shell del Nucleo Accumbens (NAc) del setto ed un complesso di nuclei (nucleo centrale dell'amigdala, nucleo del tetto della stria terminale, la substantia innominata) che fanno parte del sistema limbico e vengono anche denominati "amigdala estesa" (Heimer et al., 1991). Queste aree da una parte sono collegate al tronco cerebrale, e quindi al sistema autonomo e ai centri ipotalamici per l'omeostasi termica e metabolica, e dall'altra, attraverso il talamo, proiettano ad aree corticali prefrontali medioventrali, le quali sono importanti per la valutazione e l'utilizzo esecutivo del valore edonico e incentivo-motivazionale degli stimoli. Queste aree si configurano, quindi, come il deposito di quelle "pulsioni primordiali" essenziali per la sopravvivenza e hanno un'elevata densità di neuroni, localizzati nell'area ventrale tegmentale del mesencefalo, che utilizzano dopamina (DA) come neurotrasmettitore. Stimoli come farmaci e sostanze d'abuso che inducono dipendenza, aumentano la trasmissione dopaminergica nello shell del NAc. Stimoli piacevoli, come quelli dovuti a cibi nuovi e saporiti aumentano anch'essi la DA, ma questa risposta va incontro ad abitudine dopo una singola esposizione. Perché si riattivi per un cibo (stimolo di piacere consumatorio) lo stimolo dev'essere nuovo ed inatteso. Studi hanno dimostrato che questa proprietà dei farmaci e delle sostanze d'abuso è alla base della loro capacità di dare piacere e dare un rinforzo al comportamento strumentale

(Bassareo et al., 2002).

Il piacere, associato alla liberazione di DA nel NAc, corrisponde al “piacere appetitivo”, all’eccitazione motivazionale indotta da stimoli predittivi della soddisfazione consumatoria. Nei soggetti dipendenti sono stati riscontrati valori al di sotto della norma nei livelli di DA e degli oppiacei endogeni.

Gli stimoli ambientali nell’individuo si trovano ad assumere un valore motivazionale in base alla loro capacità o meno di indurre risposte specifiche. Ad esempio, gli stimoli necessari alla sopravvivenza innescano una complessa serie di atteggiamenti comportamentali diretti ad approcciare e prolungare il contatto con lo stimolo stesso, con caratteristiche gratificanti (stimoli appetitivi), oppure allontanare ed evitare lo stimolo con caratteristiche spiacevoli (stimoli avversivi). L’associazione perpetuata (appaiaimento) di uno stimolo neutro ad uno stimolo significativo sul piano motivazionale (appetitivo o avversivo) può così indurre il passaggio sullo stimolo neutro (condizionato) di determinate risposte comportamentali (apprendimento) (Lieberman, 1989).

Le sostanze d’abuso (come gli oppiacei, la cocaina, l’alcol, etc.), pur agendo con meccanismi farmacologici diversi, hanno in comune alcune caratteristiche tra cui spiccate proprietà gratificanti, sostituendosi e agendo a livello cerebrale con meccanismi simili agli stimoli primari, e la capacità di agire da rinforzo positivo (Le Doux, 2002).

Le sostanze d’abuso e gli stimoli ambientali di varia natura, come il cibo, l’attività sessuale, il gioco, determinano un aumento della concentrazione di DA nel NAc, associato al “piacere appetitivo”, e un aumento dei recettori post-sinaptici per gli oppiacei, coinvolti nel “piacere consumatorio”. Quindi, l’aumento dei livelli di DA e degli oppiacei endogeni promuove l’esperienza di vissuti di ricerca di novità e di gratificazione. Per questo motivo si ritiene che la DA svolga un ruolo importante nell’attivare il meccanismo del craving.

Molti farmaci e sostanze d’abuso con effetti sul sistema nervoso centrale (SNC) possiedono proprietà motivazionali. In appropriate condizioni sperimentali, gli analgesici, i narcotici, i barbiturici, gli psicostimolanti, l’etanolo, la nicotina, le

benzodiazepine risultano essere dei rinforzi positivi, inducendo risposte appetitive che tendono a facilitare l'approccio e a prolungare l'assunzione della sostanza vissuta come gratificante. Altre sostanze come il naloxone, la picrotossina e gli antagonisti dei recettori K per gli oppiacei, invece, provocano risposte avverse, comportandosi come rinforzi negativi (Carboni, 1988). La definizione di dipendenza patologica da sostanze sottolinea due importanti fenomeni: una compulsione ad assumere la sostanza (craving), con perdita del controllo a limitarne l'uso, ed una tipica sindrome d'astinenza, che insorge, con sintomi e segni di malessere, quando la droga viene sospesa (O'Brien, 1986). La ricerca dei correlati neurobiologici legati a tali fenomeni clinici è stata focalizzata, perciò, tanto sugli effetti acuti di rinforzo positivo, quindi gratificanti, delle droghe, quanto sugli effetti della sospensione di tali sostanze dopo assunzione prolungata nel tempo. Sotto quest'ottica le proprietà gratificanti delle sostanze psicoattive possono essere inquadrare nel costrutto teorico delle azioni di rinforzo positivo delle droghe, mentre le proprietà motivazionali dell'astinenza possono essere considerate come rinforzi negativi alla sospensione delle droghe.

Alcuni studi hanno inoltre dimostrato che l'uso cronico delle droghe altera le funzioni e la struttura dei neuroni di questi sistemi provocando cambiamenti, che persistono per settimane, mesi, anni dopo l'assunzione dell'ultima dose, e che sono alla base delle ricadute. Queste stesse alterazioni riducono gli effetti piacevoli dell'assunzione delle sostanze, aumentando contemporaneamente il desiderio spasmodico di riassumerle e conducendo il tossicodipendente in una spirale distruttiva.

Studi su animali riportano un ruolo dell'area orbitofrontale (OFC) e dell'area del cingolo anteriore nella motivazione e nell'attribuzione dei valori di rinforzo, in funzione del contesto ad uno stimolo. In tale aree è coinvolta la DA. Da alcuni studi di neuroimaging funzionale è stata dimostrata una ridotta attività di queste aree nei soggetti affetti da dipendenze; questo potrebbe indicare un deficit nei soggetti dipendenti nel spostare l'interesse dalla droga ad un altro stimolo di rinforzo alternativo e quindi, in costoro, le sostanze diventano la spinta motivazionale principale. Quando i soggetti dipendenti non sono sotto l'effetto della sostanza, in

occasione della presentazione dello stimolo-droga o sotto la spinta del craving, mostrano un aumento di attività in tali aree (Volkow e Li, 2005).

Un ruolo di rilievo nei processi di gratificazione viene svolto dal sistema dopaminergico mesolimbico.

Classicamente si considera che questo sistema sia costituito dalle seguenti strutture: Cortex prefrontale, Ippocampo, Ipotalamo, Talamo. Al suo interno si trovano alcuni nuclei fondamentali come l'abenula, l'amigdala, e i nuclei dorsale (i gangli della base) e ventrale (NAc, formato da una parte detta core e una parte detta shell).

I centri cerebrali che controllano i meccanismi della gratificazione furono identificati nel 1954 da James Olds e Peter Milner. Essi osservarono che l'autostimolazione elettrica, tramite comportamento volontario e operante sulle aree cerebrali del sistema limbico, poteva dar luogo a un forte stimolo gratificante.

Numerosi studi nei decenni successivi hanno permesso di comprendere come facciano parte del sistema della gratificazione altre componenti fondamentali, tra cui le più studiate sono: il sistema neurotrasmettitoriale dopaminergico mesolimbico, che sembrerebbe controllare la spinta motivazionale per la ricerca dello stimolo gratificante, il sistema neurotrasmettitoriale oppioide, che medierebbe i processi di gratificazione conseguenti al consumo della sostanza, il sistema glutaminergico, che modula il rilascio della DA in alcune aree cerebrali e il sistema gabaergico, che inibisce il rilascio di DA a livello del sistema nervoso centrale.

Il sistema dopaminergico è costituito da un complesso di neuroni che utilizzano come neurotrasmettitore la DA, origina a livello di due nuclei del tronco encefalico, A9 e A10. Dal nucleo A9 proiettano verso caudato e putamen, aree che controllano il movimento. Dal nucleo A10 (area ventrosegmentale o VTA) proiettano in una struttura complessa denominata amigdala estesa, che comprende il sistema mesolimbico (formato dal NAc, la stria terminale, il tubercolo olfattorio) e il sistema meso-corticale (formato da aree della corteccia che controllano le funzioni cognitive).

Il NAc, funzionalmente integrato nelle circuitazioni limbiche ed extra-piramidali, sembra svolgere un ruolo critico nel mediare non solo gli effetti di rinforzo positivo

acuto (gratificazione) delle droghe d'abuso, ma potrebbe anche essere coinvolto negli aspetti motivazionali della sospensione che segue una cronica assunzione, quindi nel rinforzo negativo (punizione) proprio dell'astinenza (Nizzoli, 2006).

Numerose evidenze scientifiche hanno, già in passato, dimostrato il coinvolgimento della DA nel determinare le proprietà motivazionali delle sostanze attive a livello del SNC (Di Chiara, 1991).

La via dopaminergica mesolimbica, oltre che da stimoli ambientali, è direttamente attivata da diverse sostanze psicotrope che provocano una gratificazione molto intensa e veloce: alcool, nicotina, allucinogeni, cannabis, oppiacei, cocaina. L'alcol rinforza l'attivazione dopaminergica sia attraverso un sistema diretto della sostanza sulla liberazione di DA nel NAc, sia prima dell'assunzione attraverso un effetto che avviene alla vista della bottiglia; entrambi i meccanismi rinforzano la gratificazione aumentando la quantità di alcool consumato.

Gli psicostimolanti, come le amfetamine e la cocaina, aumentano il tono dopaminergico stimolandone il rilascio sinaptico (release) e/o bloccandone la ricaptazione neuronale (reuptake); diversi studi neuro-farmacologici hanno indicato che le caratteristiche di rinforzo positivo della cocaina sono bloccate dalla somministrazione di antagonisti dei recettori dopaminergici D1 (Phillips, 1991). Effetti analoghi possono essere ottenuti con antagonisti D2, ma solamente a dosaggi elevati. In particolare, gli effetti di rinforzo positivo, dopo somministrazione acuta di cocaina, sembrano dipendere dal rilascio sinaptico di DA a livello del NAc. Lesioni a questo livello bloccano la tendenza all'auto-somministrazione di cocaina, di oppioidi e di amfetamine (Taylor, 1984).

La maggior parte delle droghe d'abuso, somministrate sistematicamente in animali da esperimento, aumentano i livelli di DA a livello del NAc; quest'azione è stata considerata contribuire significativamente alle proprietà di rinforzo positivo di queste sostanze ed ha suggerito che la VTA ed il NAc potessero rappresentare strutture neuronali coinvolte in un comune meccanismo di ricompensa.

La via mesolimbica dopaminergica, che collega la VTA, situata alla base del cervello, al NAc, opera come una sorta di interruttore della gratificazione,

segnalando agli altri centri cerebrali quanto è piacevole una attività. Più alta è la gratificazione, più è possibile che l'organismo registri e memorizzi l'azione e la ripeta. Questo circuito neuronale che si attiva anche nelle fasi di apprendimento e di stabilizzazione dei comportamenti di dipendenza dovuti alle sostanze, ma anche nel gioco d'azzardo patologico e nella sex addiction, è coinvolto in alcune patologie psichiatriche come il disturbo ossessivo-compulsivo, il deficit motivazionale della depressione, il morbo di Alzheimer e le reazioni comportamentali all'attaccamento (Nestler, 2001).

In merito all'assunzione in cronico, alcuni studi hanno dimostrato che l'uso prolungato di oppioidi e psicostimolanti aumenta il bisogno compulsivo (craving) di assumere droghe (Mucha, 1987).

Studi recenti (Ladurelle, 2007) hanno tuttavia notato che, da sola, l'attivazione del Centro di Gratificazione, termine riduttivo con cui i farmacologi hanno la tendenza a chiamare il sistema limbico (Nizzoli, 2006), non è causa sufficiente a spiegare l'attivarsi del meccanismo di dipendenza che, invece, risulta essere un processo molto più complesso. Ladurelle ha osservato infatti che, stimolando la liberazione di DA nel NAc del ratto, non si verificavano comportamenti riconducibili alla tossicomania. Oltretutto la liberazione di DA nel NAc, successivamente alla somministrazione di sostanze psicotrope, avviene sia in soggetti tossicodipendenti, sia in soggetti non dipendenti; di conseguenza l'atto di ricerca compulsivo della sostanza o dell'evento di cui si ha dipendenza devono dipendere da fattori differenti.

I soggetti pluriabusatori hanno, a livello dello striato, una ridotta disponibilità di recettori D2, la quale persiste anche mesi dopo la disintossicazione. Inoltre, nei cocainomani e negli alcolisti, si riduce l'attività DA striatale.

Studi di neuroimaging mostrano due anomalie principali: una riduzione dei recettori D2 connessi alla gratificazione e una riduzione di DA nello striato compreso il NAc. Questi fattori ridurrebbero la sensibilità ai rinforzi naturali; e, visto che le droghe sono molto più potenti dei rinforzi naturali, sono capaci di attivare quei circuiti di gratificazione down-regulati.

I soggetti sarebbero quindi meno sensibili agli stimoli gratificanti ambientali e

cercherebbero stimoli più forti in grado di appagarli (Volkow et al., 1997).

Studi che hanno cercato una vulnerabilità individuale che possa predisporre alla dipendenza da sostanze hanno rilevato che i soggetti che riferiscono come piacevole l'utilizzo di una sostanza come il metilfenidato, hanno, nel NAc, una minore concentrazione baseline dei recettori D2 rispetto a coloro che la definiscono spiacevole. Si ha quindi una curva di risposta ad U: troppo poco, come risposta, non basta al rinforzo, troppo diventa spiacevole, e quindi protettivo dal diventare dipendenti. Ciò è confermato da studi sui ratti sottoposti ad assunzione di alcol: quelli con up-regulation di recettori D2 hanno un'assunzione molto ridotta di alcol. Inoltre, nei soggetti con familiarità elevata per alcolismo, quelli non affetti da esso hanno valori elevati di recettori D2 nello striato, e ciò è protettivo e modula la risposta frontale che serve a regolare la salienza degli stimoli ed il controllo inibitorio (Heimer et al., 1991).

Il sistema oppioide è rappresentato da un complesso di neuroni che utilizzano come neurotrasmettitori i neuropeptidi oppioidi, le endorfine, le enkefaline e le dinorfine.

Il circuito della gratificazione appare quindi molto complesso e si integra con varie regioni cerebrali, che sappiamo essere necessarie per caratterizzare emotivamente le esperienze e per dirigere emotivamente la risposta dell'individuo verso attività piacevoli quali cibo, sesso e interazioni sociali.

L'amigdala, per esempio, aiuta a valutare se un'esperienza è piacevole o sgradevole, quindi se va ripetuta o evitata, e a formare connessioni tra un'esperienza e altri segnali, è il centro della memoria emotiva e dell'apprendimento; il talamo, che secerne il Corticotropin Releasing Factor (CRF), aiuta a mantenere l'omeostasi del metabolismo corporeo in rapporto agli stimoli ambientali; l'ippocampo contribuisce alla registrazione del ricordo di un'esperienza, compreso dove, quando e con chi si è verificata, e contribuisce alla creazione della memoria cosciente. Semplificando, maggiore è il rilascio di DA, maggiore è la gratificazione e più facile diventa la memorizzazione nell'ippocampo del ricordo. Le regioni frontali della corteccia, sede anche della memoria cosciente e della memoria a lungo termine, coordinano ed elaborano questo mare di informazioni relative all'esperienza determinando il

comportamento finale di ogni individuo.

Per riassumere possiamo dire che i neurocircuiti principali implicati nei comportamenti di appetizione e ricerca di una sostanza sono 3:

1. un circuito che media gli effetti di rinforzo di una sostanza (“Gratificazione” e “Stress”) che integrerebbe gli stimoli gratificanti o aversativi degli stimoli ad essa associati. Questo è il cosiddetto circuito della “amigdala estesa” che include il nucleo centrale dell’amigdala, il nucleo del letto della stria terminale e la regione della shell del NAc. Si ipotizza il ruolo di diversi neuromodulatori, tra i quali la DA, peptidi oppioidi della gratificazione, noradrenalina e corticotrophin releasing factor nello stress.
2. un circuito implicato nelle ricadute, che nei modelli animali sono rappresentati dalla ripresa di un comportamento di autosomministrazione indotto dall’esposizione alla sostanza o a stimoli ad essa associati e che sarebbe indice di craving. Questo circuito comprende la corteccia prefrontale con le sue regioni (corteccia cingolata anteriore, prelimbica, orbitofrontale) e la regione baso laterale dell’amigdala.
3. il terzo circuito sarebbe implicato nella ricerca della sostanza (“compulsività”) e comprende NAc, pallido-ventrale, talamo, corteccia orbito-frontale e corteccia motoria. Si ipotizza che il NAc costituisca un’interfaccia funzionale fra sistema amigdala e sistema striato (circuito striato ventrale-pallido-ventrale-talamo-corteccia). Presumibilmente sono anche implicate altre strutture come l’ippocampo che registra il ricordo delle esperienze e le vie nervose dopaminergiche e noradrenergiche delle aree corticali (Koob e Le Moal, 2006; Gamberana, 2007).

Studi sperimentali suggeriscono che il ruolo della DA non sia legato solo al comportamento di ricerca in risposta a stimoli condizionati predittivi di stimoli gratificanti primari (ruolo incentivo motivazionale), ma anche all’apprendimento associativo: la DA fissa nella memoria l’associazione tra uno stimolo neutro e uno stimolo consumatorio acquisendo un nuovo stimolo condizionato.

Studi recenti (Ladurelle, 2007) hanno notato che l’attivazione dei sistemi di gratificazione non è sufficiente a spiegare l’attivarsi del meccanismo di dipendenza che, invece, risulta essere un processo molto più complesso; di conseguenza la

ricerca compulsiva della sostanza o dell'evento di cui si ha dipendenza deve essere sostenuta da altri meccanismi.

Studi di neuroimaging mostrano nei soggetti addicted due anomalie principali: una riduzione dei recettori dopaminergici D2 connessi alla gratificazione e una riduzione del rilascio di DA nello striato. Questi fattori ridurrebbero la sensibilità agli stimoli gratificanti naturali per cui i soggetti dipendenti cercherebbero stimoli più forti in grado di appagarli (Volkow et al., 1997).

Studi che hanno esaminato il ruolo potenziale di diversi neurotrasmettitori e le vulnerabilità individuali hanno rilevato che la presenza di elevati livelli di recettori dopaminergici D2 esercita un effetto protettivo rispetto all'uso di sostanze e modula la risposta frontale che serve a regolare la salienza degli stimoli ed il controllo inibitorio (Heimer et al., 1991).

Nonostante la DA sia la molecola coinvolta primariamente nel drug-reinforcement, attraverso la quale farmaci e sostanze appartenenti a classi diverse determinano gli effetti sul sistema della gratificazione e su quello motivazionale, esistono tuttavia altre molecole e altri sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti.

Anche la serotonina sarebbe implicata nel processo additivo, come risulterebbe da uno studio (Pallanti et al., 2006) nel quale è stata rilevata un'alterazione serotoninergica in un campione di giocatori d'azzardo: del resto l'impulsività è correlata a disfunzioni del sistema serotoninergico.

Già nel 1988, Di Chiara e collaboratori avevano dimostrato come l'attivazione della DA da parte degli stimoli naturali sia caratterizzata dall'instaurarsi di una rapida abitudine per cui lo stesso stimolo ripetuto più volte e a breve distanza di tempo non provoca più nelle successive somministrazioni un aumento della DA. Questo spiega perché tutti i nuovi stimoli vengono percepiti dall'uomo e dall'animale come maggiormente appetibili. Le sostanze d'abuso, anche se somministrate ripetutamente, agiscono aumentando sempre la trasmissione dopaminergica tanto che sul piano comportamentale e cognitivo l'esperienza del loro effetto può diventare per l'uomo un fine primario dell'esistenza al pari, se non superiore a quello degli stimoli naturali, con la caratteristica di non essere soggetto ad abitudine.

I recenti progressi nella comprensione dei meccanismi alla base dell'addiction confermano l'importanza del ruolo della DA anche per l'apprendimento reward-dipendente e forniscono consistenti evidenze a favore dell'ipotesi dell'addiction quale fenomeno conseguente a un apprendimento patologico (Aquas, 2007). I maggiori substrati del persistente comportamento compulsivo delle sostanze d'abuso sono stati individuati, a livello cellulare e molecolare, in quei meccanismi che regolano i normali processi di memoria associativa a lungo termine nelle strutture correlate al reward (striato ventrale, striato dorsale, corteccia prefrontale) e che ricevono le proiezioni dai neuroni dopaminergici mesencefalici). L'interazione DA-glutammato nel network corticolimbico-striatale, e le conseguenze di tali interazioni a livello intracellulare e molecolare, svolgono un ruolo chiave nei processi di apprendimento. Estendendo questa osservazione all'addiction si può dire che le sostanze d'abuso esercitano i loro effetti attraverso pathways e meccanismi in comune implicati nei processi di apprendimento di stimoli dotati di proprietà di rinforzo e la cui disregolazione sarebbe alla base dello sviluppo di comportamenti compulsivi caratteristici della tossicodipendenza (addictive behavior).

DA e glutammato sono distribuiti nelle aree corticali, nel sistema limbico e nei gangli della base, dove svolgono un ruolo integrato in processi quali la motivazione, l'apprendimento e la memoria, e possono così modulare i comportamenti adattativi. In particolare, la coordinazione dei meccanismi di traduzione di segnali tra sistemi dopaminergico e glutamatergico rappresenterebbe un evento critico per la induzione di cascate trascrizionali (DNA $\rightarrow$ mRNA) e traslazionali (mRNA $\rightarrow$ sintesi proteica) che portano a successivi cambiamenti adattativi che si esprimono nell'espressione genica e nella plasticità sinaptica (sia dal punto di vista morfologico che dal punto di vista della forza e durata degli eventi sinaptici). Le modalità di ricezione del segnali dopaminergico e di traduzione intracellulare sono mediate attraverso due principali sottotipi recettoriali per la DA accoppiati a proteine G, i recettori D1 like (D1 e D2), e i recettori D2 like (D2, D3, D4). Caratteristica critica, strettamente pertinente all'interazione DA-glutammato nell'ottica della plasticità sinaptica, è la colocalizzazione delle terminazioni dopaminergiche e

glutammatergiche in prossimità delle stesse spine dendritiche dei neuroni spinosi medi striatali e, presumibilmente, si avrebbe quindi la convergenza degli input dopaminergico-mesencefalico e glutammatergico-corticale e talamico sulle stesse spine dendritiche (Sesack e Nickel, 1990; Smith e Bolam, 1990). Questa organizzazione, presente anche nei neuroni piramidali corticali e dell'amigdala baso-laterale, si esprime quindi massimamente a livello delle strutture corticostriatali particolarmente ricche in prodotti dell'espressione di geni legati alla plasticità sinaptica, quali quelli che codificano diverse proteinchinasi, fattori di trascrizione, geni immediati precoci, proteine di densità postsinaptica. L'integrazione a livello cellulare e molecolare dei segnali codificati dall'interazione DA glutammato, nei network cortico-striatali, costituisce un evento fondamentale alla base della plasticità sinaptica a lungo termine e dei meccanismi di apprendimento e memoria legati alla motivazione. Nel processo di apprendimento associativo il glutammato codifica delle informazioni relativamente specifiche di natura sensoriale, motoria e mnemonica attraverso sistemi di tipo cortico-corticale, cortico-striatale e talamo-corticale, mentre i neuroni dopaminergici rispondono ad eventi salienti, inaspettati, presenti nell'ambiente. Il coordinamento della trasmissione di questi due sistemi svolge un ruolo essenziale nel modellare la configurazione sinaptica e nel controllare l'attività dei network neuronali.

A livello dello striato e della corteccia prefrontale, la trasmissione dopaminergica mediata tramite i recettori D1 altera l'eccitabilità neuronale, le oscillazioni dei potenziali di membrana e l'influenza degli input eccitatori. Sia i neuroni piramidali che quelli spinosi medi mostrano continue transizioni di stato inusuali e non lineari: normalmente permangono in un "down state" che corrisponde a un potenziale di riposo negativo da cui passano periodicamente in uno "up state", che è uno stato maggiormente depolarizzato da cui possono generare potenziali di azione (Wilson e Kawaguchi, 1996). Questi up states sono necessari per la trasmissione dei segnali alle aree motorie e dipendono da input talamici e corticali (Wilson, 1995). La DA può modulare questo processo di selezione attraverso una interazione differenziale con le correnti eccitatorie mediate dai recettori AMPA e NMDA per il glutammato e i

suoi effetti postsinaptici dipendono in gran parte dal potenziale di membrana.

La DA sembra avere un ruolo nel mantenere gli “up states” (Lewis e O’ Donnell, 2000), mentre la stimolazione degli input corticali sui neuroni striatali può indurre un potenziamento a lungo termine (LTP) o depressione a lungo termine (LTD), a seconda dei parametri di stimolazione, a seconda della regione striatale, e a seconda di altre condizioni sinaptiche (Centone et al., 2003; Reynolds e Wickens, 2002). Sono quindi numerose le ricerche che indicano come l’integrazione sinaptica tra i segnali a mediazione dopaminergica e glutammatergica sia coinvolta nei molteplici nodi del network corticotalamo-striatale e nel generare pattern di attivazione che possono mediare nuovi processi di apprendimento.

L’esistenza di queste connessioni anatomiche può spiegare in parte un altro fenomeno, tipico delle sostanze d’abuso, che osserviamo spesso nella clinica delle dipendenze: l’apprendimento incentivo. Questo meccanismo è caratterizzato dal fatto che stimoli neutri o secondari di varia natura, come un volto, un luogo, una situazione, associati ripetutamente agli effetti gratificanti delle sostanze d’abuso, possono diventare capaci di per sé di scatenare un intenso desiderio della sostanza (craving) anche a distanza di anni dall’ultima assunzione, portando alla ricaduta. L’apprendimento incentivo non avviene nel caso degli stimoli gratificanti naturali, per cui uno stimolo neutro ad essi associato tale rimane senza riuscire a scatenare il craving. Il craving, definito come un forte e inevitabile desiderio di assumere una sostanza o più in generale di soddisfare un bisogno, può essere scatenato dalla droga o dalla presenza di uno stimolo neutro o secondario, ripetutamente associato all’effetto gratificante della stessa.

Dal punto di vista neurobiologico i meccanismi di controllo di tale fenomeno risiederebbero in alcune aree cerebrali come la cortex prefrontale, il NAc, l’ippocampo e l’amigdala, dove le droghe provocherebbero cambiamenti duraturi a livello molecolare, soprattutto nelle aree deputate alla formazione e immagazzinamento della memoria.

Si ipotizza che l’aumento della trasmissione dopaminergica in tali aree indotta dalle sostanze si accompagni a un potenziamento delle proprietà emozionali e

motivazionali delle stesse. La DA, quindi, sarebbe in grado di modulare, attraverso meccanismi molecolari cellulari, l'archiviazione delle informazioni (in questo caso delle sensazioni piacevoli indotte dalle droghe) a livello della corteccia cerebrale. In questo modo, le sostanze d'abuso, attraverso un potenziamento della trasmissione dopaminergica mesolimbica-corticale e del rilascio di determinati fattori come il CRF, l'ormone dello stress, indurrebbero nell'individuo un rinforzo nella memorizzazione degli effetti gratificanti indotti dal loro uso.

Per quel che riguarda gli studi a livello molecolare, attualmente diversi centri di ricerca sono impegnati nell'individuare il marker biochimico che potrebbe mettere in relazione eventi che avvengono in acuto a livello delle sinapsi cellulari, ma che comportano conseguenze a lungo termine, come la trascrizione dell'espressione genica dei processi di apprendimento e della plasticità sinaptica. Infatti mentre si sono raggiunti risultati significativi nella comprensione dei meccanismi e dei substrati molecolari comuni all'addiction, all'apprendimento e alla memoria, per quel che riguarda gli effetti immediati di uno stimolo, non è altrettanto chiaro quali siano i substrati coinvolti nel produrre cambiamenti stabili a livello cerebrale e che comportano modificazioni comportamentali permanenti, tipiche delle fasi avanzate dell'addiction.

Quando un individuo consuma sostanze d'abuso la concentrazione di DA nel NAc aumenta e stimola i recettori D1 e D2 accoppiati a proteine G. Le cellule che producono questo neurotrasmettitore sono indotte ad aumentare la produzione intracellulare di un altro messaggero, l'AMP ciclico.

Solo alla fine degli anni '60 ed all'inizio dei '70 si iniziò a ritenere che cAMP e PKA, oltre ad intervenire mediando gli effetti dei β -adrenocettori sul metabolismo del glicogeno nei muscoli scheletrici, fossero implicati in fenomeni neurospecifici ed, in particolare, nella regolazione della trasmissione sinaptica (Nestler, 1984). Nonostante le controversie insorte in quel tempo, tale ruolo del cAMP e PKA è stato largamente riconosciuto nel decennio successivo e diffuso anche a numerose famiglie di secondi messaggeri e protein-kinasi.

Nel 1975 l'evoluzione nella comprensione delle basi molecolari della trasmissione

sinaptica fu applicata alla dipendenza da sostanze di abuso.

Sharma, Klee e Nirenberg (1975) dimostrarono, aggiungendo morfina a cellule di neuroblastoma-x in coltura, che, inizialmente, la morfina diminuiva i livelli cellulari di cAMP. Tuttavia, continuando l'esposizione, i livelli di cAMP tendevano a tornare alla normalità e, quando si aggiungeva un antagonista del recettore degli oppiacei, i livelli di cAMP aumentavano notevolmente rispetto ai casi controllo; queste osservazioni indicano che fenomeni simili alla tolleranza e dipendenza possono essere osservati a livello della singola cellula e su tali evidenze gli Autori hanno ipotizzato che adattamenti nella via metabolica del cAMP contribuivano alla tolleranza e dipendenza da oppiacei.

Un successivo importante progresso è stato rappresentato dall'applicazione di questa ipotesi al SNC e, in particolare, ai neuroni del locus coeruleus (LC), il nucleo cerebrale maggiormente ricco in noradrenalina. Si dimostrò che questi neuroni sviluppavano tolleranza e dipendenza da oppiacei a livello cellulare: in maniera rapida, gli oppiacei diminuivano la percentuale di neuroni attivati nel LC; la percentuale di attivazione ritornava ai valori normali se l'esposizione agli oppiacei continuava, mentre aumentava di molte volte sopra i livelli di normalità quando venivano somministrati antagonisti dei recettori per gli oppiacei (Aghajanian, 1978).

Nel corso degli anni, è stato possibile correlare, direttamente, la sovraregolazione della via metabolica del cAMP nel LC con le modificazioni elettrofisiologiche che si osservavano in questi neuroni a seguito di somministrazione cronica di oppiacei ed anche con la dipendenza fisica e l'astinenza. Il ruolo del LC e della via metabolica del cAMP nell'astinenza da oppiacei è stato confermato da numerosi studi, sebbene sia stato messo in discussione da qualche autore (Christie, 1997). Inoltre, la conoscenza dell'azione degli oppiacei nel LC ha portato all'introduzione della clonidina, un agonista α_2 -adrenocettore, come prima terapia, non a base di oppiacei, della sindrome da astinenza da oppiacei (Gold, 1978). Oltre a ciò, il contributo del cAMP nella dipendenza da oppiacei nel LC ha indirizzato in maniera importante gli studi sull'addiction da oppiacei e da altre droghe in altre aree cerebrali. Ad esempio, nonostante la sovra-regolazione della via metabolica del cAMP contribuisca alla

dipendenza fisica da oppiacei, simili adattamenti biochimici in aree cerebrali di gratificazione (ad es. il nucleus accumbens) contribuiscono ai cambiamenti nella gratificazione da droga e nell'addiction.

Il meccanismo attraverso cui agisce il cAMP coinvolgerebbe l'attivazione di numerose chinasi quali la PKA, la proteina chinasi C (PKC), la calcio-modulina chinasi e le chinasi regolate dai segnali extracellulari (ERK, MAPK, RSK) (Sweatt, 2004). Le chinasi agiscono interferendo nel controllo dei flussi dello ione Ca^{++} e nell'attivazione di numerosi elementi trascrizionali quali il CREB (cAMP Response Element Binding Protein), un fattore di trascrizione coinvolto nei processi dell'apprendimento associativo e della plasticità neuronale (Human, 1996; Human et al., 2000). Una volta attivato con la fosforilazione, il CREB dimerizza e i dimeri del CREB si legano a specifiche sequenze del DNA denominate CRE (cAMP Response Elements) nelle regioni regolatorie dei geni bersaglio stimolandoli a produrre le proteine sinaptiche per cui codificano. In particolare è stato dimostrato come il CREB, in alcune aree cerebrali come il NAc, non solo sia implicato nei processi mnemonici e dell'apprendimento, ma venga attivato anche dalle sostanze d'abuso, facendo ipotizzare una sua implicazione anche nell'addiction. Il CREB nel NAc è indotto dalla somministrazione cronica di cocaina, oppiacei o altri psicostimolanti (Shaw-Lutchman e al., 2002). Un aumento dell'attivazione del CREB nell'accumbens riduce le risposte comportamentali degli animali agli effetti motivazionali positivi della cocaina e degli oppiacei, mentre la riduzione della funzione in questo stesso nucleo determina effetti opposti (Guitart, 1992; Barrot e al., 2002). Alcune di queste proteine inducono la produzione di oppioidi, come ad esempio la dinorfina, che, a loro volta, agiscono modulando l'attività dei circuiti neuronali della gratificazione contribuendo allo stabilirsi nel consumatore dei fenomeni di tolleranza e dipendenza (Widnell, 1994; Shaw-Lutchman, 2002).

Mentre il CREB è sicuramente coinvolto in numerosi aspetti dell'addiction e dei processi di apprendimento e memoria, da solo non basta a spiegare la lunga durata dei cambiamenti comportamentali tra cui, per esempio, l'elevato rischio di ricaduta a cui rimane esposto il tossicodipendente anche dopo anni di astinenza.

Infatti l'attivazione del CREB appare di carattere relativamente transitorio. Dopo un periodo di somministrazione cronica, torna alla norma dopo un breve periodo di astinenza. Ciò suggerisce che l'attivazione del CREB possa essere strumentale all'innescare di cambiamenti molecolari stabili associati ad addiction e ad apprendimento e memoria attraverso la regolazione di altri geni.

Tra questi quello più duraturo trovato, tanto nel campo dell'addiction quanto in quello dell'apprendimento e memoria riguarda l'induzione del Delta FosB fattore di trascrizione della famiglia del FOS, indotto nel NAc, nello striato dorsale, nell'amigdala e nella corteccia prefrontale dopo somministrazione cronica di numerosi farmaci d'abuso (Nestler, 2001; Nestler e al., 2002). Elevati livelli di FosB, che è una proteina molto stabile dal punto di vista molecolare, possono rimanere nel cervello per mesi dopo la cessazione dell'esposizione cronica alla sostanza.

Aspetto interessante è che nell'animale questa proteina è prodotta nel NAc anche dopo una serie di gratificazioni che non hanno a che fare con le sostanze d'abuso come una corsa sulla ruota o introduzione esagerata di zuccheri.

Si può allora ipotizzare che delta FosB abbia un ruolo nella genesi del comportamento compulsivo legato a un'ampia gamma di stimoli gratificanti.

Va però detto che i cambiamenti comportamentali possono perdurare ben oltre la possibilità di rilevazione del segnale del Delta FosB nel cervello.

Dati recenti suggeriscono l'esistenza di un altro meccanismo attraverso cui la sensibilità potrebbe persistere anche dopo il ritorno della delta FosB a livelli normali. L'esposizione cronica alla cocaina e la LTP sono associati con aumenti della densità delle spine dendritiche nel NAc e nell'ippocampo, rispettivamente (McEwen, 1999; Robinson e Kolb, 2004). Tuttavia nei roditori la gemmazione di cui sarebbe responsabile la delta FosB si protrae per mesi dopo che l'animale ha interrotto l'assunzione di droghe. Le nuove connessioni sarebbero responsabili dell'amplificazione dello scambio di segnali tra cellule per anni e anni. Questo sistema potenziato sarebbe responsabile della reazione esagerata del cervello agli stimoli che ricordano la droga.

Ulteriori evidenze sperimentali hanno mostrato che l'esposizione ripetuta e cronica

alle sostanze d'abuso altera in maniera significativa le proteine sinaptiche associate alle sinapsi dopaminergiche e glutamatergiche. Dopo trattamento cronico con cocaina nella corteccia prefrontale e nel NAc si riscontra una durevole up regulation del fattore attivante la G protein, il fattore AGS3. Alterazioni a carico di un'altra famiglia di proteine regolatorie delle proteine G, le RGS, sono state dimostrate in seguito all'esposizione a cocaina, suggerendo che in generale le sostanze d'abuso siano responsabili di modificazioni molecolari ad un livello molto precoce del processo di signaling intracellulare (Bishop et al., 2002; Rahaman et al., 2003). Oltre agli effetti durevoli conseguenti a un trattamento cronico, che interessano il fattore di trascrizione Delta-FosB, un recente studio ha dimostrato il ruolo critico delle riduzioni a lungo termine di un'altra proteina nel rimodellamento sinaptico la PSD95 (Yao et al., 2004). In particolare topi con ridotta espressione (down regulation) della PSD95 dopo trattamento cronico di cocaina, presentano aumentata plasticità sinaptica, misurata come LTP, a livello delle sinapsi glutamatergiche del circuito corteccia prefrontale-NAc, suggerendo che la down regulation di questa proteina potrebbe contribuire ai processi adattativi a lungo termine dell'addiction.

Tuttavia è di gran rilevanza che persino dopo una singola esposizione a sostanze d'abuso possano aver luogo conseguenze a lungo termine ad alto impatto; una singola esposizione a cocaina, amfetamina, nicotina, morfina (ma anche una singola esposizione a evento stressante) sono in grado di determinare un potenziamento a lungo termine delle correnti AMPA nei neuroni dopaminergici (Saal et al., 2003). Analogamente una singola esposizione al Delta9 THC altera la plasticità sinaptica tanto dell'accumbens quanto dell'ippocampo (Mato et al., 2004). L'instaurarsi di singoli meccanismi adattivi in aree cerebrali coinvolte nei meccanismi alla base dei comportamenti motivati e dei processi di apprendimento e memoria suggerisce che una caratteristica fondamentale dell'addiction sia proprio quella di essere un processo di nuovo o alterato apprendimento conseguente alla ripetuta autosomministrazione di una sostanza in particolari circostanze e contesti, sia emozionali che ambientali.

Schematizzando, il processo potrebbe svilupparsi con le seguenti modalità.

Gli studi su modelli animali indicano che in risposta a un abuso cronico di droga la

concentrazione della delta FosB aumenta gradualmente e progressivamente sia nel NAc che in altre regioni del cervello. Si tratta di una proteina straordinariamente stabile, in grado di rimanere attiva nei neuroni a distanza di settimane o mesi dall'assunzione della droga. Tale persistenza le permette di mantenere i cambiamenti di trasmissione genica anche molto tempo dopo la cessazione del consumo. Studi su topi mutanti, che producono delta FosB in eccesso nel NAc, hanno mostrato che l'induzione prolungata di questa molecola rende gli animali ipersensibili alle droghe. Se le sostanze venivano sottratte e poi rese nuovamente disponibili, i topi si dimostravano fortemente inclini alla ricaduta. Questo suggerisce che la concentrazione di delta FosB potrebbe contribuire ad aumentare in modo duraturo la sensibilità dei circuiti cerebrali del piacere anche nell'uomo.

Oltre alle vie dopaminergiche, anche la via glutamatergica, il cui neurotrasmettitore è il glutammato, che interessa specialmente amigdala, ippocampo e corteccia frontale nelle comunicazioni con il NAc e con il VTA, potrebbe essere coinvolta nei meccanismi alla base delle dipendenze.

Quando le sostanze d'abuso aumentano il rilascio di DA dal VTA all'accumbens, sono in grado di modificare, per diversi giorni, la risposta del NAc e del VTA al glutammato.

Studi sugli animali dimostrano che i cambiamenti della sensibilità al glutammato nella via della gratificazione aumentano il rilascio di DA dal VTA e la risposta alla DA nel NAc, promuovendo l'attività di CREB e di deltaFosB con gli esiti già esposti in precedenza.

Sembra che questa alterata sensibilità al glutammato rinforzi le vie neurali che collegano il ricordo dell'assunzione di droga a un appagamento elevato, alimentando il desiderio di ricerca della sostanza.

Attualmente, per spiegare le basi molecolari della plasticità sinaptica permanente, indotta anche dalle sostanze d'abuso, si ipotizza che i cambiamenti di CREB, Delta Fos B e probabilmente di altri numerosi segnali molecolari, possono innescare i cambiamenti che sopravvivono a lungo ai fattori che li hanno determinati, dando luogo nella clinica alle ricadute e alla cronicizzazione dell'uso delle sostanze.

Gli studi su tossicomanie e alcolismo degli ultimi decenni hanno individuato, alla base della compulsione ad assumere una sostanza, alterazioni neurochimiche in diversi sistemi neurotrasmettitoriali, come quelli noradrenergici, serotoninergici, dopaminergici e degli oppiacei endogeni. La disfunzione di questi sistemi, non originata dagli effetti chimici della sostanza assunta, deriva dall'associazione di diverse condizioni specifiche ambientali e genetiche. Recentemente le stesse condizioni neurochimiche sono state riscontrate nelle dipendenze comportamentali, o new additions.

Infatti diversi studi hanno confermato che i comportamenti additivi determinano un aumento di DA nel NAc e l'attivazione dei recettori postsinaptici degli oppiacei sia per azione diretta, come nel caso delle sostanze psicotrope, sia per azione indiretta, come nel caso delle addictions comportamentali quali il gioco d'azzardo patologico, il mangiare compulsivo, il sesso compulsivo.

Il piacere associato alla liberazione di DA nel NAc pare sia quello appetitivo, dell'eccitazione motivazionale. Uno studio sui ratti, in cui si dava come alternativa saccarina (che stimola il piacere di tipo consumatorio) e una sostanza d'abuso (che stimola il piacere di tipo appetitivo), mostrava che il ratto sceglieva la cocaina e che dava segni di frustrazione se trovava solo la saccarina; quindi il piacere appetitivo può raggiungere un valore motivazionale maggiore di quello consumatorio. Il piacere di tipo consumatorio non dipende, quindi, dalla DA, che risulta il substrato neurobiologico solo del piacere appetitivo. La mancanza di abitudine (habituation) allo stimolo, dovuto ai farmaci o alle sostanze d'abuso, ha come conseguenza un'abnorme consolidazione delle associazioni fra gli effetti gratificanti del farmaco e gli stimoli concomitanti o il contesto ambientale, che così acquisiscono grandi capacità incentivo-motivazionali (Bassareo e Di Chiara, 1997).

1.2 Aspetti psicodinamici

Le dipendenze senza sostanze si possono anche denominare tossicomanie oggettuali. Nella valutazione delle dipendenze da sostanze e delle dipendenze comportamentali

andrebbero considerati processi in comune tra le due espressioni di dipendenza patologica, dal momento che un soggetto dipendente da una sostanza può esserlo non solo dagli effetti neurobiologici della stessa, ma anche dal comportamento in sé, così come un individuo dipendente da un comportamento può manifestare gli stessi effetti di tolleranza ed astinenza di un soggetto dipendente da sostanze.

Secondo Peele (1975) uno stato di dipendenza può derivare da qualunque sostanza o situazione che possa alleviare un dolore. Tale definizione riconduce anche al significato di addiction, intesa nell'accezione di schiavitù, e cioè di un soggetto che diventa schiavo di un'esperienza che gli diminuisca le sofferenze della vita quotidiana.

I comportamenti di dipendenza hanno la capacità di provocare alterazioni dello stato di coscienza ordinario, ovvero stati soggettivi di piacere o di euforia tali da rinforzare il comportamento che li ha prodotti. In base a tale considerazione, Peele (1975) ha sottolineato che tutte le esperienze efficaci nell'alleviare il dolore, l'ansia o altri stati emotivi negativi possono instaurare uno stato di dipendenza.

Infatti, nonostante le differenze individuali, i comportamenti additivi paiono tutti rappresentare un tentativo, seppure disfunzionale, di contrastare l'emergere incontrollato di un'esperienza traumatica subita nell'infanzia. Diversi studi riportano traumi relazionali nell'infanzia dei soggetti affetti da dipendenze patologiche, come trascuratezza emotiva, abusi fisici, sessuali o psicologici (Bifulco e Moran, 2007; Root, 1989); la parte emotiva di tale evento rimane fissata nella memoria implicita traumatica, ma rimane esclusa dalla coscienza, e può riemergere poi sotto forma di sintomatologia post-traumatica (iperattività, rabbia, confusione del pensiero, amnesie dissociative, disturbi somatici) che il soggetto tende a contrastare, ricorrendo a rifugi in stati dissociativi, talora con l'aiuto di un oggetto-droga.

Le esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia rischiano, quindi, di "patologizzare" le difese dissociative che possono attuarsi in modo fisiologico nei momenti di stress quando il soggetto si ritira dalla coscienza ordinaria.

La dissociazione ha una funzione adattiva, nei casi in cui il soggetto debba fare i conti con esperienze terrificanti che a causa della loro intensità vengono escluse dalla

coscienza, per proteggere l'Io inibendo i vissuti intollerabili e creando una realtà parallela più gestibile, ma quando diventa eccessiva sconfina nel patologico e si crea una forma di dipendenza da quel comportamento a scapito della realtà. Ad esempio nel caso del disturbo da trance dissociativa da videoterminale si realizza “uno stato involontario di trance caratterizzato da un’alterazione temporanea marcata dello stato di coscienza, oppure perdita del senso abituale dell’identità personale con il rimpiazzamento o meno di un’identità alternativa che influenza o dissolve l’identità abituale” (Caretto, 2000).

Secondo questo modello interpretativo, difficili esperienze relazionali della prima infanzia, che hanno procurato un deficit nelle capacità di identificare e mentalizzare le emozioni e quindi di fronteggiare efficacemente i propri vissuti emotivi dolorosi, rendono più probabile il ricorso a forme di dipendenza patologica con l'utilizzo di meccanismi di difesa di tipo dissociativo.

Questo è possibile perchè lo sviluppo psichico cresce all'interno di un sistema intersoggettivo primario, che permette l'organizzazione dei processi mentali di attenzione, percezione e memoria, la selezione degli affetti e le risposte comportamentali.

Durante la relazione del neonato con i caregiver si strutturano i modelli operativi interni (MOI) ovvero gli schemi cognitivi delle rappresentazioni mentali di sé e degli altri (Bowlby, 1989), dei modi di vedere ed interagire col mondo e di dirigere i propri affetti.

Il bambino con un attaccamento sicuro, attraverso il rispecchiamento materno, entra in contatto con il proprio mondo interiore mediante le risposte – responsivamente contingenti - che la figura di attaccamento offre ai suoi comportamenti e impara a comprendere che anche i suoi interlocutori hanno sentimenti e pensieri (Fonagy e Target, 1997).

Durante queste interazioni la madre, adeguatamente sintonizzata sugli stati interni del bambino, entra in risonanza con essi e ne regola i livelli di attivazione permettendo lo sviluppo del sistema di auto-regolazione degli affetti del bambino, anche attraverso un processo di riparazione interattiva (Schorer, 2003).

Nelle relazioni di attaccamento contraddittorie o carenti si creano dei MOI di tipo insicuro, confusi o disorganizzati che impediscono un'adeguata autoregolazione degli stati affettivi.

I bambini emotivamente trascurati, non avendo da parte dei genitori la possibilità di aiuto nel riconoscere le proprie emozioni, sviluppano ridotte capacità di mentalizzazione degli stati emotivi e di fronteggiare le esperienze emozionali negative indotti dallo stress, per cui per alleviare l'ansia devono ricorrere a meccanismi difensivi di tipo primitivo quale la dissociazione e, nel caso delle dipendenze patologiche, rifugiandosi nell'oggetto-droga il quale permette una regolazione, seppure dall'esterno, degli stati affettivi.

Secondo Lesieur (1984) la ricerca che muove il soggetto dipendente non è il piacere, ma uno stato dissociativo temporaneo che consenta di uscire temporaneamente dalla propria realtà per risolvere un disagio e per riuscire a viverci in modo positivo.

Steiner (1996) definisce le esperienze di isolamento e di sottrazione del Sé dalla realtà quotidiana "rifugi della mente": luoghi mentali, ma anche comportamenti ripetitivi, riti e abitudini utilizzati per sfuggire ad una realtà angosciata. Funzionano come una autocura dell'Io (Khantzian, 1985) che si trova in pericolo di fronte alla necessità di elaborare il dolore collegato alla perdita e l'aggressività. Laddove il rifugio diventa una condizione cronica e stabile di funzionamento mentale, uno stile di vita, allora possono insorgere diverse manifestazioni che vanno dal ritiro dal mondo oggettuale a favore di attività autoerotiche, a varie forme di dipendenze patologiche fino a veri e propri disturbi dissociativi.

Per Liotti (1999) la dissociazione inizia da rappresentazioni del Sé precoci, molteplici ed incoerenti mediate da relazioni con un caregiver spaventato o spaventante a cui consegue un attaccamento disorganizzato che determina un mancato raggiungimento di un senso del Sé coerente e integrato. Allo stesso tempo ciò porta anche a un deficit metacognitivo con difficoltà nella mentalizzazione delle componenti emotive e cognitive delle esperienze, rendendo il soggetto vulnerabile allo stress e predisponendo ad un uso di una sostanza o un comportamento con modalità disfunzionali, attraverso il quale generare stati dissociativi che attenuino le

sensazioni dolorose.

Un altro autore, Ogden (1994), ipotizza la sostituzione del rapporto autistico con la madre con la propria sensorialità, in una forma di isolamento personale all'interno di una matrice di sensazione autogenerata. Secondo questa interpretazione, le relazioni con oggetti autogenerati, autistici, sono vissute come rassicuranti perchè perfette e perfettamente prevedibili. Un ritiro di questo tipo può essere fisiologico, se esperito come pausa del processo del divenire umano, patologico quando il ritiro autistico tende alla reiterazione eccessiva, alla dipendenza o alla distorsione del senso del Sé e delle relazioni con gli altri, fino alla perdita del contatto con la realtà. Vi è quindi non solo una questione quantitativa, cioè di riduzione della possibilità di scambio continuo fra un mondo autistico e uno relazionale, ma soprattutto una differenza qualitativa, poichè l'utilizzo di "oggetti-sensazione", con effetto temporaneo, si sostituisce all'acquisizione degli oggetti transizionali e porta ad una mancata acquisizione delle funzioni simboliche (Tulsin, 1980, 1981). Tale situazione può accadere quando il bambino sperimenta situazioni di pericolo e prematura separazione dalla madre senza avere ancora la capacità di rappresentazione di un oggetto separato da Sé, perchè in questo caso la separazione dalla madre viene vissuta come una separazione traumatica da una parte del proprio corpo e il bambino cerca di riparare questa una ferita con l'utilizzo patologico di oggetti autistici per recuperare le sensazioni di conforto e negare la separazione. Tuttavia questi oggetti autistici patologici non evolvono in oggetti transizionali e non si ha l'evoluzione fisiologica con l'acquisizione della capacità di regolazione psichica perchè vengono a mancare gli oggetti interni che aiutano nei momenti di tensione; l'individuo cercherà quindi di colmare questa carenza dell'Io con sintomi somatici o con una rigida dipendenza da un qualcosa di esterno come una persona, un comportamento o un oggetto (Taylor, 1984).

Secondo Goldberg (1999), invece, alle origini di un comportamento di dipendenza esiste una scissione verticale, ossia una scissione che non è esclusa alla coscienza ma che serve all'individuo per consentire un comportamento che non accetta. E' un concetto derivato da Freud, il Verleugnung o diniego: uno stato mentale in cui un'idea

o un insieme di idee viene ignorata dall'individuo che agisce come se non sapesse nulla o la cosa non lo riguardasse senza che però sia inconscia, mentre rimane accessibile alla coscienza.

Infatti, in condizioni di particolare disagio o sofferenza, l'individuo può mettere in atto due comportamenti che spiegano il fenomeno della dipendenza: da una parte può utilizzare il diniego, e dall'altra agire un comportamento che reca sollievo.

Di solito l'individuo ricorre al diniego quando esso rappresenta l'unico modo per reagire alla compresenza di elementi conflittuali, che non è capace di affrontare simbolicamente; egli può ottenere un temporaneo sollievo, con il rischio, però, che a lungo andare diminuisca la capacità di affrontare i conflitti e reagire alle frustrazioni, con una conseguente adozione di dipendenze patologiche per una compulsiva ricerca di sensazioni che diano la possibilità di sentire se stessi.

Nel conflitto la persona è consapevole di entrambi gli aspetti di una situazione e dell'incapacità in quel momento di operare una scelta e vi si associa, quindi, un affetto doloroso connesso al lutto che ogni scelta comporta; nella dissociazione, invece, si attua la negazione magica della perdita e i due aspetti sono entrambi totali e inconciliabili in un'unica rappresentazione simbolica. In questa condizione non vi sarà un vissuto di colpa, ma di vergogna e angoscia sociale. Secondo Freud molti individui non sono in grado di provare una colpa genuina ma soltanto una forma di angoscia sociale dovuta al timore di essere scoperti e non ad un'influenza del Super Io e tale condizione appare chiara in molti comportamenti di dipendenza patologica, dove è più evidente il tentativo di non farsi scoprire piuttosto che un rimorso o una vera colpa.

Altre teorie sostengono che alla base delle dipendenze sia coinvolto l'Ideale dell'Io. Quando si ha la separazione dell'Io, venendo a mancare la perfezione narcisistica primaria, l'Ideale dell'Io che la sostituisce può assumere due posizioni: in un caso l'Io elaborerà questo "lutto originario" proiettando l'Ideale dell'Io davanti a sé, ottenendo un'evoluzione dell'ideale dell'Io che progressivamente accetterà l'esistenza di una distanza e di un altro da sé; in un altro caso l'Io negherà il lutto originario, fingerà che la lacerazione dell'Io non sia mai avvenuta impedendo il riconoscimento della

separazione. L'Io lotterà per non abbandonare l'idea di totalità onnipotente e non accetterà la presenza di un altro da sé, ma sarà un Io fragile, intollerante alla frustrazione e tendente a rifiutare tutte le esperienze non corrispondenti all'ideale. Quindi, mentre da un lato tenderà a negare ogni tipo di dipendenza reale che rimandi il fatto che esista l'altro da sé, dall'altro lato sarà facilmente coinvolto in dipendenze da sostanze o da situazioni che possano illusoriamente confermarci una corrispondenza totale con l'ideale. L'assunzione di una sostanza concede infatti di ripristinare, subitaneamente, l'unione primitiva fra Io e ideale dell'Io, ma ciò crea un circolo vizioso: la separazione che avviene quando finisce l'effetto risulta ancora più intollerabile, smascherando la finzione che quella separazione non sia mai avvenuta, e conducendo quindi alla ricerca compulsiva della sostanza. Lo stesso processo si ritrova anche nelle nuove dipendenze: in particolare in quella da internet, la comunicazione immediata annulla lo spazio-tempo, dando una soddisfazione immediata e narcisistica in cui, inoltre, sono abolite le frustrazioni e anche l'altro, con cui si interagisce, non ha una reale esistenza, ma diventa un doppio o identico, il quale viene considerato un'estensione di sé.

Questa distorsione dell'Ideale dell'Io può essere dovuta solo ad alterazioni profonde dello sviluppo; un ruolo può averlo la seduzione materna di tipo narcisistico, in cui la madre porta il figlio ad illudersi di essere il partner perfetto, con niente da invidiare al padre, arrestandolo quindi nel suo sviluppo. Il suo ideale dell'Io, invece di investire il padre genitoriale e il suo pene, rimarrà fermo al modello pregenitale (Chasseguet, 1975). Infatti, il figlio si sente già investito in un ruolo perfetto assieme alla propria madre, e non nutre il bisogno di pensare di poter diventare un giorno come il padre, non lo idealizza e non proietta davanti a sé il narcisismo. In questo caso la madre non ha una propria vettorizzazione e non riesce, dopo la nascita del figlio, a tornare nel proprio presente con l'idea di una futura separazione dal figlio. Al contrario, regredisce ad un'idea di completa fusione con il figlio, che si protrae ed si accentua col tempo, trasmettendo al bambino la necessità di questo contatto perfetto con il diniego di qualsiasi altra cosa esterna e del tempo. L' "insieme ci bastiamo e non abbiamo bisogno di nessuno; insieme e uniti trionferemo su tutto; se mi lasci io

muoio” (Racamier, 1980), sono i punti di una relazione narcisistica consolidata, caratterizzata dalla sufficienza nella complicità, dall'onnipotenza nell'unità e dalla morte nella differenziazione. Il bambino in questa situazione avrà l'illusione di non dover crescere nè di maturare sessualmente, sostituendo e idealizzando la sessualità pregenitale con quella genitale.

Questa condizione, negando tutte le differenze, sia generazionali che sessuali fra sè e la madre, fa scomparire tutte le paure e le sensazioni sgradevoli e affinché ciò avvenga, più che la rinuncia a desiderare la madre, rinuncia a pensare e a sapere per mantenere questa illusione.

Ad esempio, nella dipendenza da internet, grazie alle caratteristiche insite nella rete, la possibilità di aprire diverse finestre annulla lo spazio ed il tempo ed essere anonimo consente di crearsi in modo assoluto un'identità di qualunque età e sesso, annullando così le differenze. Al limite è il cyberpedofilo che, grazie a internet, in modo onnipotente e magico può mettere in atto il proprio impulso sessuale, con il trionfo della propria sessualità pregenitale idealizzata.

Per Chasseguet-Smirgel (1975) alla base del funzionamento del perverso vi è questo diniego della doppia differenza di sesso e generazione, in cui si crea questo mondo fittizio dove le differenze sono negate ed i limiti aboliti.

Col passare del tempo, il bambino in questo mondo fittizio di seduzione narcisistica non è stimolato a formarsi una rappresentazione interna dell'oggetto stesso, in quanto l'oggetto pare sempre presente ed immutabile, salvo poi ricorrere, di fronte a situazioni angosianti, dove non può ripiegare sull'oggetto interno come consolazione, ad un oggetto esterno, tra cui droghe o internet o al sesso o altri comportamenti che possano alleviare temporaneamente l'angoscia.

Tali oggetti o comportamenti prendono il posto degli oggetti transizionali dell'infanzia, ma, a differenza di tali oggetti, non riescono a sostituire la presenza materna poichè *oggetti fisici e non psicologici*, e poichè possono ridurre l'angoscia solo temporaneamente. Inoltre, mancando un primo nucleo di rappresentazioni oggettuali, tali oggetti possono solo venire incorporati e non introiettati e trasformati a livello psichico. Ciò può portare quindi all'assunzione compulsiva di sostanze o di

comportamenti additivi.

Inoltre, nel processo di crescita, in questo ambiente di finzione e di seduzione narcisistica, il bambino, invece di avere un Ideale dell'Io in continuo scambio dinamico fra Io e Super Io e che stimola l'Io a crescere e maturare, ha un Ideale dell'Io che contrasta tale sviluppo, proprio negando la temporalità e la parzialità della condizione in cui si trova. Inoltre il legame con la madre si crea in modo parziale, proprio perchè quella a cui il bambino si trova legato è una madre idealizzata e una comunicazione non si stabilisce perchè in questa dimensione di onnipotenza simbiotica non è necessaria. La capacità di mentalizzare e di pensare simbolicamente non si sviluppano adeguatamente e inoltre, non avendo sperimentato una relazione significativa con un altro da Sè, potrebbe crearsi un'illusione difensiva in cui, considerandosi superiori, non si ritiene gli altri necessari o e li si disprezza.

Il fisiologico bisogno di dipendere da un altro viene quindi negato in un'illusione di autosufficienza onnipotente facilitando invece l'assunzione di una dipendenza patologica che però non può essere riconosciuta in quanto tale, ma viene quindi esperita e agita e allo stesso tempo negata alla coscienza.

1.2.1 Trattamento psicodinamico: linee guida

La psicoterapia dei soggetti affetti da dipendenze ha visto uno svilupparsi di diverse linee di ricerca nel corso degli anni, in quanto gli autori si sono dovuti occupare della specificità del problema dipendenza rispetto alle altre patologie psichiatriche. In particolare si è dovuto tenere conto della peculiare modalità di relazione che il paziente ha con gli altri e quindi anche con il terapeuta e delle cause alla base del disturbo. Sono pertanto stati elaborati diversi modelli teorici e di intervento differenti e a volte fra loro incompatibili, che però il terapeuta deve riuscire ad integrare per affrontare la sfida di trattare un disturbo con molti aspetti ancora oscuri (Caretto e La Barbera, 2005).

La causa alla base dell'abuso di sostanze può essere ritrovata nella ricerca di un qualcosa che regoli dall'esterno gli stati affettivi, di un tentativo di automedicazione per soggetti che sperimentano ma non sono in grado di riconoscere ed elaborare

affetti di intensità elevata come angoscia e rabbia. In generale, in questi soggetti si rileva una profonda incapacità nel riconoscere le proprie emozioni, nel mentalizzare i propri bisogni che portano ad una disorganizzazione nel prendersi cura di sé e nelle relazioni con gli altri.

La psicoterapia deve quindi tenere conto del forte dolore psichico alla base del comportamento di dipendenza, che viene disconosciuto attraverso comportamenti dissociativi; il terapeuta dovrebbe pertanto riconoscere il sé dissociato che si manifesta attraverso quel comportamento patologico. Parte centrale del trattamento psicoterapeutico è quindi l'entrare in contatto con affetti sconosciuti allo stesso paziente, cercando le cause dei comportamenti disadattivi per poi affrontarli assieme al paziente.

Secondo alcuni autori può essere utile seguire alcune linee guida di trattamento psicodinamico (Caretto et al., 2008):

1. sostenere il paziente nello sviluppo della propria intelligenza emotiva (Goleman, 1999), ossia la capacità del soggetto di riconoscere e regolare le emozioni per utilizzarle in modo adeguato nelle relazioni interpersonali;
2. uno degli obiettivi sarà di portare alla coscienza i processi cognitivi-affettivi alla base dei processi dissociativi insorti in difesa dei vissuti emotivi non tollerati dal paziente;
3. aiutare il paziente ad elaborare gli eventi traumatici avvenuti nell'infanzia ed adolescenza, spesso alla base dei comportamenti di dipendenza;

Il successo nel percorso terapeutico attraverso questi tre punti prevede come presupposto fondamentale la costruzione di una base sicura (Bowlby, 1989) che consenta al paziente di affidarsi con sicurezza al terapeuta.

Lo psicoterapeuta deve possedere un'elevata tolleranza alla frustrazione ed un approccio positivo nei confronti del percorso terapeutico, in modo che il soggetto dipendente possa sviluppare dentro di sé una sicurezza sufficiente a rinunciare ai bisogni patologici rientrando con fiducia nel mondo esperienziale (Caretto et al., 2008).

Riguardo il primo dei punti fondamentali per il percorso terapeutico, il terapeuta dovrà facilitare il processo di mentalizzazione del paziente. Fonagy e collaboratori (2002a) distinguono tre elementi dell'affettività mentalizzata: l'identificazione delle emozioni sia passate che attuali, la modulazione e la loro espressione sia verso gli altri che all'interno verso se stessi allora scopo di utilizzarle come guida per il proprio comportamento.

Si deve tenere presente inoltre, che il comportamento di dipendenza potrebbe derivare da relazioni primarie simbiotiche che potrebbero aver portato alla necessità di soddisfare in modo inesauribile e totalizzante un bisogno di attaccamento patologico.

Parlando in particolare di un trattamento psicoterapeutico di indirizzo Adleriano, si può parlare di uno stile di trattamento cordiale, empatico e socratico. Quest'approccio necessita di qualità come rispetto ed eguaglianza che sono necessarie per stabilire una relazione di fiducia e di cooperazione e una volontà di comprensione. Secondo Stein la psicoterapia è un'arte che si esplica con una creatività individualizzata per ogni singolo paziente (Stein, 1988). L'obiettivo è pertanto un percorso terapeutico vicino alle esigenze e peculiarità di ogni singolo paziente e del suo stile di vita (Munno, 2004).

In quest'ottica Stein ha identificato un percorso psicoterapeutico può essere immaginato come una progressione attraverso dodici fasi, da considerare come linee guida didattico-cliniche e non come una procedura sistematica o un percorso terapeutico obbligato (2008):

Supporto

- Empatia e Relazione: provvedere a creare un clima cordiale, empatico e di accettazione, generare speranza, rassicurazione e incoraggiamento, stabilire una cooperativa relazione di lavoro.
- Informazione: Raccolta non strutturata di informazioni rilevanti, desumere dettagli del problema esistente e delle incombenze di vita, esplorare i ricordi e le influenze della prima infanzia.

Incoraggiamento

- Chiarificazione: chiarire le idee incerte con domande socratiche, valutare le conseguenze delle idee e delle azioni, correggere le idee sbagliate circa sé e gli altri.
- Incoraggiamento: aiutare a cercare alternative, stimolare il comportamento verso una nuova direzione, diverso dal proprio stile di vita, chiarire i sentimenti riguardanti le difficoltà e i risultati dei nuovi comportamenti.

Insight

- Interpretazione: interpretare i sentimenti di inferiorità e le aspirazioni di superiorità, identificare che cosa è stato evitato, integrare in ordine le origini, i ricordi, i sogni ed i sogni ad occhi aperti.
- Conoscenza: consapevolezza del proprio stile di vita, conoscenza e accettazione di ciò che si deve cambiare. Nonostante l'insight, il paziente può sentirsi bloccato emotivamente.

Cambiamento

- Affioramento delle emozioni e delle esperienze perse: quando necessita, promuovere l'affioramento delle emozioni, offrire esperienze di sviluppo correttive o mancanti. L'uso creativo del role-playing guida le immagini e la narrazione.
- Agire in modo diverso: convertire l'insight in una nuova attitudine rompendo i vecchi modelli, incoraggiare gli esperimenti, passi concreti basati su idee astratte, provocare il sentimento sterile e spiacevole.
- Rinforzo: incoraggiare tutte le nuove azioni verso un cambiamento significativo, affermare i risultati e i sentimenti positivi, valutare il progresso e il nuovo coraggio.

Sfida

- Interesse sociale: usare il miglior sentimento di sé del paziente per promuovere maggiore cooperazione, estendere il sentimento di uguaglianza, di cooperazione e di empatia agli altri, dare tutto se stesso nelle relazioni e nel lavoro assumendosi i rischi.

- Reindirizzare lo scopo: sfidare il paziente a lasciarsi andare abbandonando i vecchi falsi scopi, porre fine al vecchio stile di vita trovando una nuova direzione, aprire un nuovo orizzonte psicologico, vivendo con nuovi valori.
- Supporto e avvio: indurre il paziente ad amare gli sforzi e a preferire le novità, rinforzare il sentimento di coerenza e il desiderio di condivisione, promuovere una via di crescita continua per se stesso e per gli altri.

Vi è poi la possibilità di sviluppare un *dialogo post-terapeutico (Meta-terapia)*: una discussione filosofica, ma anche spirituale, sui valori, sul significato della propria vita e sull'impegno che richiede un compito.

Riguardo la psicoterapia breve dei soggetti affetti da dipendenze, le prime due sedute sono dedicate a instaurare un'alleanza terapeutica con il paziente e alla comprensione del suo schema appercettivo che porterà nella fase immediatamente successiva a concordare un focus di lavoro. La proposta del Importanti sono le fasi relative alla chiarificazione e all'incoraggiamento (Munno, 2009), mentre il lavoro sull'insight viene affrontato con cautela a causa del tempo limitato a disposizione per elaborare la consapevolezza profonda e la formulazione di interpretazioni trasformative.

Il terapeuta può utilizzare strumenti supportivi o strumenti intensivi adeguati alle capacità del paziente e agli obiettivi del trattamento all'interno del continuum espressivo-supportivo. Al termine della psicoterapia le ultime due sedute sono dedicate al rinforzo dei risultati ottenuti e delle nuove strategie di aggiramento (nuovo assetto delle difese in senso più adattivo) e alla rielaborazione del percorso terapeutico come reale possibilità di cambiamento.

Lo scopo della terapia in questi soggetti, sovrastati dalla volontà di potenza nella conduzione della loro vita, è il tentativo di far sorgere qualche traccia di sentimento sociale, facilitando la cooperazione e l'investimento in uno stile di vita più maturo: "Lo scopo dell'intervento è limitato in quanto si tratta di incrementare una più favorevole, anche se parziale, modulazione tra sentimento sociale e volontà di potenza che si esprime ... in una precisa, seppur apparentemente "piccola", ripresa creativa" (Fassino, 1995).

Capitolo 2

CENNI SULLE DIPENDENZE DA SOSTANZE

Il consumo di sostanze illecite si è andato delineando, fin da subito, come una realtà specificamente adolescenziale e giovanile. In questa fascia di età la progressiva diffusione, sia in forma sporadica che regolare, ha prodotto un cambiamento radicale nel modo in cui il fenomeno è stato concettualizzato: se inizialmente esso era considerato come l'effetto di processi psicopatologici e devianti, attualmente è invece interpretato nel quadro più complesso delle problematiche adolescenziali. Esso è visto cioè alla stregua di altri comportamenti definibili a rischio (quali ad esempio mangiare in modo inappropriato, avere esperienze sessuali precoci e/o non protette, comportarsi in modo aggressivo e violento, guidare pericolosamente) ed è posto strettamente in relazione ai compiti di sviluppo che l'adolescente si trova ad affrontare nella sua specifica fase di vita. Quanto più egli avverte delle difficoltà ad affrontarli in modo costruttivo, o perché si sente inadeguato, o perché teme o ha già sperimentato degli insuccessi, tanto più aumenta la probabilità che la droga possa apparirgli come un mezzo per ridurre l'ansia, l'angoscia, l'incertezza e per meglio rispondere alle richieste del suo ambiente di vita (Palmonari, 1993).

Per una diagnosi di tossicodipendenza, secondo il DSM-IV-TR (2000) devono essere soddisfatti tre o più dei seguenti criteri che possano ricorrere in un qualsiasi momento all'interno dello stesso periodo di 12 mesi:

- tolleranza, definita come:
 - a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 - b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
- astinenza, come manifestata da:
 - a) una caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza in esame;

- b) situazione in cui la stessa sostanza (o una strettamente correlata) viene assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza;
- c) assunzione della sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- d) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- e) significativa quantità di tempo spesa in condotte atte a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
- interruzione o riduzione di attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza;
- uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, cagionato o esacerbato dalla sostanza (per es. il soggetto continua a consumare cocaina nonostante il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure persiste nel bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool).

Si possono distinguere tre diverse modalità di assunzione delle sostanze: uso, abuso e dipendenza.

Per uso s'intende un utilizzo sporadico, senza l'innescarsi dei fenomeni di dipendenza e tolleranza, che lascia il soggetto in una dimensione di relativo buon controllo della situazione.

Quando l'uso comincia ad acquisire una certa continuità, ne può derivare una condizione di abuso, dove si crea una certa tolleranza che porta il soggetto a dover utilizzare, ogni volta, dosi sempre maggiori; in questa condizione permane ancora un certo controllo, ma già più ridotto, con un più frequente ricorrere del pensiero alla droga.

Se l'abuso dura oltre un anno e soprattutto se s'instaura dipendenza, tolleranza, assuefazione e craving, allora si parla di tossicodipendenza.

Con il termine sostanze stupefacenti si fa riferimento a sostanze naturali o sintetiche capaci di modificare l'umore, la percezione e l'attività mentale di un essere umano e, pur condividendo la caratteristica comune di un'azione farmacologica di tipo psicoattivo, risultano estremamente diverse in ragione degli effetti che producono, della loro potenziale dannosità e della considerazione sociale di cui godono.

Qui di seguito alcuni cenni riguardanti le sostanze d'abuso.

2.1 Dipendenza da cannabinoidi

La Marijuana, chiamata anche pot, grass, weed (erba), maryjane o mj, rappresenta la sostanza più utilizzata dai giovani con età inferiore ai vent'anni.

Il suo principio attivo è il delta 9 tetraidrocannabinolo (THC), medesimo principio attivo dell'hashish, responsabile degli effetti psicoattivi della droga e la cui quantità determina la potenza e gli effetti di essa.

La maggior parte degli utilizzatori fuma marijuana in forma di sigarette fatte a mano, chiamati joints, ovvero spinelli, mentre alcuni usano pipe o pipe d'acqua bongs o i sigari di marijuana detti blunts.

La caratteristica essenziale dell'Intossicazione da Cannabis è rappresentata da modificazioni maladattive comportamentali e/o psicologiche significative che compaiono durante o poco dopo l'assunzione della sostanza. Inizialmente compare un senso di elevato benessere, "high", accompagnato da riso inadeguato e grandiosità, successivamente invece prevale un aspetto di sedazione con compromissione della memoria a breve termine, difficoltà di ragionamento, deficit della capacità critica, percezioni sensoriali distorte e rallentamento.

Dal punto di vista fisico entro 2 ore dall'assunzione di cannabis si possono manifestare iperemia congiuntivale, incremento dell'appetito, tachicardia e secchezza delle fauci.

La Dipendenza da Cannabis generalmente si sviluppa in un periodo di tempo abbastanza esteso, anche se, nei giovani con disturbi pervasivi dello sviluppo, questa progressione appare più rapida. Con uso cronico di entità elevata spesso viene perso

l'effetto piacevole della sostanza con un aumento invece di sintomi di depressione, ansia, apatia o irritabilità.

2.2 Dipendenza da cocaina

La cocaina è una sostanza stimolante che agisce a livello dell'area ventrale del tegmento, le cui cellule nervose si estendono al nucleus accumbens, una delle aree chiave del piacere nel cervello. Gli effetti psicotropi ottenuti causano un'accentuazione delle capacità fisiche e mentali ed un'illusoria sensazione di aumento delle percezioni, accomunate ad una riduzione del senso di fatica, della fame e del sonno (Nizzoli, 2006). Essa si ricava dall'*Erithroxylum Coca*, pianta originaria delle regioni tropicali centro e nord-occidentali dell'America del Sud, svolge la funzione di inibitore del re-uptake delle catecolamine da parte dei sistemi Uptake 1 e Uptake 2 delle terminazioni adrenergiche. Aumentando la disponibilità catecolaminica in camera sinaptica, svolge una funzione simile a quella delle amfetamine, pur con minore tendenza a produrre sintomi di stereotipia, allucinatori e paranoidi.

Viene denominata “la droga degli anni '80 e '90” a causa della sua diffusione soprattutto in quegli anni, ma in realtà la sostanza chimica pura, il cloridrato di cocaina, si utilizza da più di cento anni e le foglie della coca da cui è estratta si sono masticate per migliaia di anni.

Allo stato attuale le preparazioni in commercio sono a base di sale cloridrato di cocaina, assunto per inalazione o per endovena, oppure in base libera assunta fumandola ("crack", nome derivante dal particolare rumore che si ottiene durante la combustione). Si possono trovare anche associazioni tra sostanze, come la Speedball (eroina combinata a cocaina) o la Brown-Brown (cocaina tagliata con polvere da sparo, comunemente utilizzata dai bambini soldato nei conflitti dell'Africa Occidentale prima delle battaglie) (Beah, 2007).

I suoi effetti sono anoressizzanti, euforizzanti, eccitanti, energizzanti e stimolanti la memoria, la vigilanza, l'umore ed il piacere. Alla lunga i rischi connessi ad una

dipendenza sono l'impotenza, paranoia, delirio e allucinazioni fino a quadri psicotici veri e propri (Ravera, 2007).

L'intossicazione acuta si manifesta con maggior frequenza allorquando il soggetto supera le dosi soglia di assunzione di 100 mg ed è caratterizzato da aritmie cardiache, trombosi coronariche e cerebrali e da un danno miocardico progressivo. In rare occasioni l'utilizzo di cocaina per la prima volta ha causato morte improvvisa; ad un esame autoptico i decessi generalmente vengono provocati da convulsioni, da blocco respiratorio o da arresto cardiaco.

La dipendenza che si instaura sarebbe quasi esclusivamente di tipo psichico, in quanto la sospensione della cocaina influisce in maniera intensa sulla socializzazione dell'individuo.

La dipendenza da cocaina è molto difficile da curare in quanto possiede un enorme potere condizionante, spingendo il cervello a memorizzare tutti gli elementi ambientali legati all'assunzione etichettandoli come "positivi" (Shaham, 2005).

2.3 Dipendenza da oppiacei

Viene definita oppioide qualunque sostanza che produca effetti sul sistema recettoriale oppioide e che venga bloccata da agonisti specifici come il naloxone; oppiaceo risulta invece il composto strutturalmente correlato con la morfina. Gli oppioidi presentano affinità di legame ad un sito delle beta-endorfine, sostanze endogene ad azione analgesica rilasciate dal SNC sotto controllo del gene POMC nel meccanismo di gratificazione; proprio l'interferenza di legame è alla base del meccanismo di dipendenza di queste sostanze.

L'eroina o diethylmorfina, è una sostanza semi-sintetica derivata dalla morfina per reazione con anidride acetica e rappresenta l'oppiaceo più abusato e quello ad azione più rapida. Essa viene utilizzata dai tossicodipendenti in quanto ha un'azione rapida di attraversamento della barriera emato-encefalica, dando in breve tempo una intensa sensazione di benessere detta "rush".

In genere è venduta come: polvere bianca, la “thailandese”, di qualità più pregiata; la rosa, proveniente dalla Birmania; la brown sugar, che all'aspetto risulta simile allo zucchero di canna. Le varie tipologie di eroina sono contraddistinte da numeri arabi, mentre il grado di purezza viene indicato con numeri romani partendo dal I (pura al 97-98%) al V (pura al 5- 15%). Esiste un'ulteriore varietà, di tipo turco-persiano, detta anche "eroina al limone" poichè si dissolve più facilmente con acqua acidulata con succo di limone o acido citrico (Bruni,1999; Nizzoli, 2006).

La maggior parte dell'eroina che si vende per strada è mischiata o tagliata con altre droghe o sostanze come zucchero, amido, latte in polvere o chinino, talora anche con stricnina o altri veleni. Pertanto il rischio degli utilizzatori di eroina è una possibile overdose o addirittura la morte ad ogni dose, nonché la possibile trasmissione di HIV trasmessa condividendo gli aghi.

Gli oppiacei in genere creano una forte dipendenza fisica e l'astinenza produce effetti estremamente pesanti, con un quadro sintomatologico che varia in quanto a tempo di comparsa, a seconda della sostanza utilizzata; questo è dovuto al fatto che essi sostituiscono e diminuiscono la produzione endogena di endorfine, cosicché l'organismo, per poterne mantenere il livello, ha continuamente bisogno di assumere la sostanza fino a diventarne dipendente, neutralizzando i sintomi dolorosi dell'astinenza. Per l'eroina la sindrome da astinenza è stata classificata in gradi e risulta molto importante nel momento in cui si debba attuare un intervento con naloxone in un soggetto in overdose.

L'utilizzo di oppiacei determina analgesia, euforia, ma anche effetti indesiderati da lievi, quali nausea e vomito, a progressivamente più gravi, quali immunosoppressione, difficoltà della memoria, deficit dell'attenzione, alterazioni della motilità intestinale, fino alla depressione respiratoria centrale.

2.4 Dipendenza da allucinogeni

Gli allucinogeni sono un diverso gruppo di sostanze che include ergotaminici e composti correlati, fenilalchilamine (mescalina, MDMA), alcaloidi dell'indolo e una

miscellanea di altri composti. Sono sostanze la cui via di assunzione è principalmente orale e che determinano depersonalizzazione, derealizzazione, allucinazioni e distorsioni profonde nella percezione della realtà. L'individuo che le assume vede immagini, sente suoni e prova sensazioni tattili che sembrano vere, o per meglio dire, colora i suoni, fa vedere gli odori e sentire i colori. I segni fisiologici sono invece midriasi, tachicardia, sudorazione, palpitazioni, offuscamento della vista, tremori e incoordinazione.

La dietilamide dell'acido lisergico (LSD) è l'allucinogeno più diffuso in Italia e nel mondo, creato in laboratorio dal chimico svizzero Albert Hofmann nel 1938. È spacciata in francobolli fini colorati o pillole (micropunte).

Il consumo anche solo di un francobollo può provocare depressione, paranoia, psicosi e flashback, anche a distanza di molto tempo. Le personalità più vulnerabili possono rimanere a lungo squilibrate, con danni permanenti e con conseguenze psichiatriche considerevoli, questo anche a causa della loro lunga emivita e della prolungata durata d'azione che fa sì che i soggetti con una dipendenza da allucinogeni passino ore o giorni sotto il loro effetto. Gli effetti avversi comprendono amnesie, "bad trips", attacchi di panico o, nel caso dei soggetti che usano MDMA, il fenomeno dell'"hangover", che insorge un giorno dopo l'assunzione e che risulta caratterizzata da insonnia, fatica, sonnolenza, dolorabilità dei muscoli masticatori per digrignamento dei denti, perdita di equilibrio e cefalea.

In alcuni casi il viaggio, trasformatosi in un "bad trip" può determinare ideazione persecutoria e scatenare risse in realtà senza motivazioni reali o, conseguentemente alla perdita di capacità di giudizio durante l'intossicazione, condurre alla messa in atto di reazioni comportamentali pericolose (defenestrazioni credendo di poter "volare").

Un loro abuso può condurre fino alla morte, specie qualora siano già presenti delle problematiche fisiche.

2.5 Dipendenza da amfetamine

Le amfetamine sono classificabili come sostanze psicomotrici e stimolanti centrali che agiscono stimolando la liberazione di adrenalina, noradrenalina ed anche in parte di serotonina nel SNC e che agiscono sul senso di fame e sulla fatica. Si trovano in pasticche, capsule o polvere. Chi le consuma vuole una scorciatoia per sentirsi pieno di energia, sveglio e vigile. Sono sostanze che smuovono le paranoie più impensate, alterano l'umore e provocano una forte dipendenza. In casi estremi il comportamento può diventare violento, la capacità di autocritica si annulla e si può giungere fino all'isolamento. Le amfetamine sono state spesso utilizzate nelle diete dimagranti e nello sport.

L'ecstasy, o 3,4 metildiossimetamfetamina (MDMA), cosiddetta designer drug o "droga d'autore" (Henderson, 1988), che trova molta diffusione soprattutto tra i soggetti adolescenti, è una sostanza psicoattiva sintetica, che appartiene al gruppo delle metamfetamine e che presenta le proprietà sia delle droghe stimolanti che degli allucinogeni. Si trova in giro in pasticche colorate di forme differenti ed è conosciuta anche come MDMA, termine che include "adam", "xtc", "hugbeans", "love drug". E' conosciuta però anche con altri nomi fantasiosi come "chicca", "bomba", "pasta", "coccola", "fragolina".

Il suo utilizzo a scopo ludico dilagò, negli anni '70, tra le fila degli ambienti della controcultura Statunitense e sbarcò velocemente in Europa divenendo illegale in Italia nel 1988 (Nizzoli, 2006).

La sua azione tossica si esplica a livello neurale e, ad alte dosi, può determinare un quadro di intossicazione acuta, caratterizzato da convulsioni, CID, tachiaritmie, ipertermia con danni alla muscolatura, ai reni e al sistema cardiovascolare e che, associata ad un'importante disidratazione da calo della sete, può condurre alla morte. Gli effetti comportamentali legati all'uso della sostanza sono di stimolazione motoria, anoressia, euforia, eccitazione, calo della fame e della sete e diminuzione dell'ansia; i soggetti sono iperattivi, socialmente disinibiti, presentano un aumento dell'attività sessuale.

Chi la usa cerca una via veloce per emozioni forti, parole fluenti e rapporti facili con tutti, specie con l'altro sesso. È la droga che spopola nelle discoteche e nei weekend. La tolleranza si instaura precocemente e l'aumento della dose per raggiungere gli effetti desiderati può causare la cosiddetta "psicosi da amfetamina", alquanto indistinguibile da un quadro acuto di schizofrenia (allucinazioni, paranoia, comportamento aggressivo). Il trattamento avviene tramite benzodiazepine, nitroprussiato, verapamil e lidocaina (per le aritmie) e dantrolene (per l'ipertermia) (Brundusino, 2000).

2.6 Dipendenza da alcol

Nella maggior parte delle culture l'alcol rappresenta il sedativo ad azione centrale più frequentemente usato e allo stesso tempo una delle principali cause di morbidità e mortalità. L'alcol è la terza causa di morte, la prima per i ragazzi tra i 18 e di 25 anni. È una sostanza tossica con capacità di indurre dipendenza superiore alle sostanze o droghe più conosciute, è legale, accessibile a tutti, tollerato, e addirittura promosso come sigillo di successo, ricchezza e amore. Il suo utilizzo, spesso in termini di abuso, è quello più frequentemente associato agli incidenti stradali ed ai comportamenti a rischio soprattutto nei giovani che, al di sotto dei 16 anni di età, si rivelano più sensibili agli effetti delle bevande alcoliche rispetto ad un uomo adulto, in considerazione di una minore capacità del loro organismo di metabolizzare la sostanza. Il primo episodio di intossicazione alcolica tende infatti a manifestarsi tra i 15 e i 17 anni.

Una più lenta metabolizzazione è la ragione per cui le femmine, rispetto ai maschi e a parità di dose assunte, tendono a sviluppare concentrazioni ematiche di alcol superiori.

Secondo l'inquadramento del 1960 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si possono distinguere due condizioni principali: l'abitudine al bere e la tossicodipendenza.

Nell'abitudine è preponderante il desiderio di assumere alcol, scarsa è la tendenza ad aumentare le dosi e la dipendenza è di tipo psichico, ma non fisico.

Nella tossicodipendenza, invece, il desiderio irrefrenabile spinge a procurarsi la sostanza con ogni mezzo, c'è la necessità di aumentare le dosi assunte (tolleranza) e la dipendenza che si sviluppa è sia fisica che psichica; la mancata assunzione può provocare infatti la comparsa della tipica sindrome d'astinenza, caratterizzata da tremori, spasmi muscolari, nausea, ansia, convulsioni ed allucinazioni (Peccarisi, 1997). Quando si è instaurata una dipendenza dall'alcol, la necessità fisica della sostanza è presente già al mattino, conducendo a suo consumo anche al di fuori delle situazioni sociali, spesso in solitudine, e spesso la persona può bere grandi quantità senza sentirsi intossicato.

Tuttavia l'alcol, assunto ad alte dosi e in maniera ripetuta, può danneggiare qualsiasi apparato, da quello gastrointestinale (gastriti, ulcera dello stomaco e duodenali, neoplasie, epatopatie, cirrosi) all'apparato cardiovascolare (ipertensione, cardiomiopatie), fino al sistema nervoso centrale (demenza alcolica, disturbo amnestico, sindrome di Wernicke-Korsakoff) e periferico (neuropatie, parestesie, tremori, spasmi muscolari).

Ma l'alcolismo può avere anche e soprattutto conseguenze sociali come problemi familiari, giudiziari e finanziari.

Tra gli adolescenti il fenomeno è in rapida espansione, specie tra le ragazze che consumano vino, birra, superalcolici o alcolpops, le nuove bibite gassate a bassa gradazione, fuori misura. In voga è il cosiddetto *binge-drinking* e cioè l'ingestione di oltre sei bicchieri in poche ore per ottenere un effetto di "sballo". Un giovane su due deve il ricovero in un reparto ospedaliero proprio per un'intossicazione acuta da alcol.

È frequente, inoltre, trovare nella dipendenza da alcol, un'associazione con Disturbi dell'Umore, d'Ansia e Schizofrenia (APA, 2000).

Fra gli adolescenti il Disturbo della Condotta e un comportamento antisociale ripetuto sono spesso associati a un Abuso o ad una Dipendenza da Alcol. Inoltre spesso chi abusa di alcol assume anche altre sostanze stupefacenti, i cui effetti

vengono potenziati dall'alcol stesso. Secondo alcuni studi la combinazione di queste due sostanze ridurrebbe l'inibizione negli adolescenti, aumentando conseguentemente comportamenti a rischio, tra cui rapporti sessuali precoci o non protetti (Bennett e Bauman, 2000). L'abuso di alcol rappresenterebbe, quindi, un modo per esercitare il controllo sulla propria vita, una sorta di automedicazione al male di vivere tipico dell'adolescenza.

L'età a rischio per l'iniziazione si differenzia a seconda delle sostanze, ma per tutte vale l'assunto che più l'uso è precoce, più è probabile che continui o che possa sfociare in un abuso o in una dipendenza.

Il periodo di maggior rischio per l'iniziazione all'alcol e al tabacco si colloca fra i 10 e i 15 anni. L'uso di alcol e tabacco raddoppia tra i 14 e i 18 anni e ha la sua massima diffusione fra i 18 e i 34 anni (Rosci, 2003). Gli uomini bevono in genere più delle donne a tutte le età con un rapporto di 5 a 1 e i ragazzi rispetto alle coetanee iniziano l'uso più precocemente, anche se, negli ultimi anni, queste differenze di genere si stanno progressivamente riducendo.

Per quel che riguarda l'uso di droghe illegali l'esordio interessa prevalentemente gli adolescenti e i giovani adulti. L'età a rischio di iniziazione per hashish e marijuana è fra i 15 e i 17 anni, mentre per l'eroina e per altre droghe più pesanti l'inizio è in età compresa fra i 18 e i 25 anni; infine per la cocaina si colloca fra i 20 e i 25. Le femmine sono circa un terzo dei maschi e i loro livelli di consumo sono più bassi sia per la quantità sia per la frequenza (Rosci, 2003).

2.7 Dipendenza da nicotina

La nicotina è un composto organico, più precisamente un alcaloide naturalmente presente nella pianta del tabacco. Oltre alla pianta del tabacco, la nicotina è inoltre presente, in minori quantità, in altri membri della famiglia delle solanacee tra cui il pomodoro, la patata, la melanzana ed il peperone.

I pericoli della nicotina e quelli del tabacco sono due aspetti da mantenersi distinti.

La nicotina è forse l'unico composto dotato di proprietà gratificanti tra i 4000 componenti del fumo di sigaretta che, invece, brucia sostanze tossiche farmacologicamente molto attive quali catrami (amine aromatiche, nitrosamine, idrocarburi aromatici), monossido di carbonio, ammoniaca, alcoli, acetaldeide, formaldeide e ioni metallici (Nizzoli, 2006).

La nicotina presenta azioni sul sistema nervoso, sia centrale che periferico, oltre che su quello endocrino e cardiovascolare. Essa viene assorbita nei polmoni e nel tratto gastroenterico, distribuendosi in tutto l'organismo e penetrando poi nel SNC; essa attraversa anche la barriera placentare.

A concentrazioni basse la trasmissione nervosa viene stimolata, favorendo le prestazioni intellettive ed allentando lo stress. Sono molto frequenti, alla prima assunzione, sensazioni soggettive di vertigine e di capogiro, talvolta anche sindromi vertiginose vere e proprie, mentre a dosi leggermente più elevate, sempre la prima volta, possono comparire nausea e vomito.

Gli stessi effetti si possono verificare in fumatori anche cronici che si trovino ad assumere ingenti quantità di nicotina. I fumatori abituali imparano ad evitare gli effetti spiacevoli modificando la profondità e la frequenza dell'aspirazione in modo da ottenere, immediatamente, dei livelli ematici di nicotina costanti, tra 30-40 microgrammi/ml (Nizzoli, 2006).

Gli effetti invece a livello cardiovascolare sono rappresentati da aumento della frequenza e della contrattilità cardiaca, incremento dei valori di pressione arteriosa e vasocostrizione cutanea, mentre a livello endocrino si osserva rilascio di Adrenalina e Noradrenalina, aumento della produzione di GH, ACTH, prolattina, vasopressina, beta-endorfine e cortisolo.

La nicotina possiede, inoltre, un'azione antiestrogenica che potrebbe causare una menopausa precoce, correlata ad un aumento del rischio di insorgenza di osteoporosi nelle donne.

A livello gastroenterico può ridurre le contrazioni gastriche, dare nausea e vomito per stimolazione diretta del centro del vomito nel tronco encefalico o per

stimolazione dei recettori gastrici; inoltre riduce l'appetito, favorendo la riduzione del peso corporeo.

All'interno del sistema respiratorio può provocare infiammazione locale con riduzione del movimento ciliare bronchiale determinando liberazione di un'elastasi da parte dei neutrofili attirati dalla nicotina (Nizzoli, 2006).

Secondo i criteri del DSM-IV-TR la dipendenza da nicotina è classificata nei Disturbi dovuti a sostanze e, come per qualunque altra sostanza d'abuso, è caratterizzata da un continuo desiderio nei confronti di essa, nonché dal fallimento dei diversi tentativi di smettere di fumare. Inoltre è presente un aumento della dose e, di conseguenza, di denaro utilizzato per acquistare le varie forme commerciali contenenti la sostanza, siano esse sigarette, sigari, tabacco da pipa o da fiuto.

Tra i caratteri tipici della dipendenza si riscontra, inoltre, il persistere nell'uso nonostante concomitanti problemi di salute o nonostante la consapevolezza che questi problemi possano sopraggiungere proprio a causa del tabacco; inoltre, da non dimenticare, è il disagio provato anche dopo una breve astinenza.

Quindi si può affermare che la nicotina provoca sia dipendenza psichica, che si presenta tramite il craving, con ansia e con depressione, sia dipendenza fisiologica attraverso sintomi astinenziali. Inoltre tutti i vari comportamenti, tra cui le gestualità tipiche del fumare, creano un corollario capace di fungere da agente incentivante a proseguire la dipendenza.

I sintomi compaiono entro 24 ore dalla sospensione e possono essere di natura fisiologica (difficoltà di concentrazione, cefalea, vertigini, fame, parestesie, turbe del sonno, alterazioni nella secrezione endocrina) e psichica (inquietudine, ansia, depressione, irritabilità, desiderio intenso di fumare). Essi raggiungono il picco massimo dopo pochi giorni e presentano una durata di 3-4 settimane, ma alcuni tra essi persistono anche per mesi (Nizzoli, 2006).

In un recente studio è stata trovata una correlazione significativa tra l'uso di alcol e sigarette tra gli adolescenti, che accresce con l'aumentare dell'età e che incrementa il rischio di problemi personali e sociali, così come il rischio di comportamenti delinquenziali. Inoltre è stata attestata una correlazione significativa del fumo con

l'uso delle droghe illecite, cattiva condotta a scuola, guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, facendo ipotizzare che il fumo di sigaretta sia associato ai comportamenti generalmente ad alto rischio tra gli adolescenti (Hoffman et al., 2000).

Schematicamente si possono individuare vari livelli di vulnerabilità per la dipendenza da sostanze:

1. individuale: studi di letteratura hanno evidenziato l'esistenza di tipologie di personalità predisposte all'uso della droga (De Maio et al., 1976; Cancrini, 1982). Tali adolescenti ricorrerebbero alle droghe come autocura per forme di ansia più o meno somatizzate, per gestire sbalzi umorali o come reazione a sentimenti di bassa autostima ed incertezza nel futuro;
2. familiare: alcuni autori individuano in relazioni familiari disfunzionali, caratterizzate da contraddittorietà o conflittuali, le cause o i fattori che facilitano la tossicodipendenza (Ermentini e Verdicchio, 1976; Cancrini et al., 1977; Cancrini, 1980);
3. socio-culturale: viene messo in risalto l'effetto del consumismo e della mitizzazione delle sostanze d'abuso e il rapporto tra aspetti della marginalità giovanile e il rischio di tossicodipendenza (Roszak, 1971; Barbero Avanzini, 1978; De Leo, 1978; Solvetti, 1980; Balloni e Guidicini, 1981);
4. plurifattoriale: questa ipotesi sostiene l'importanza di una concausa dei diversi fattori sopra menzionati (Lutte, 1987).

Capitolo 3

LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

3.1 Storia del fenomeno delle dipendenze

In tutte le epoche storiche e nelle varie culture è possibile riscontrare l'uso (fino all'abuso) di sostanze che modificano gli aspetti percettivi, relazionali e affettivi della persona, assunzioni, in alcuni casi, legate a riti religiosi o di tipo sociale, altre volte come utilizzate come rimedi od ancora per uso esclusivamente edonistico.

Gli storici indicano che già gli uomini primitivi attingevano alla botanica, seppur con scarse conoscenze. Nell'epoca classica si conosceva l'uso dell'oppio e di bevande alcoliche, utilizzato in ambito rituale o controllato da regole sociali ben precise e spesso destinato alle classi élitarie del potere religioso e politico.

All'interno delle diverse culture emergono poi forti differenze nell'uso di droghe; in certe società infatti una sostanza può essere totalmente proibita, mentre in altre vi può essere un'ampia accettazione del suo utilizzo.

Non va dimenticato, inoltre, l'impiego di erbe e sostanze psicotrope (in particolare funghi allucinogeni) in pratiche non solo di stregoneria, nell'ambito di riti e cerimonie, ma anche in professioni quali quella del farmacista e del medico.

Gli scambi commerciali e il periodo delle crociate facilitarono la circolazione delle idee e delle conoscenze, per esempio della farmacopea araba, che andò ad ampliare considerevolmente il sapere medico del mondo occidentale anche con l'uso di sostanze psicoattive, già note in altre culture, tra cui l'uso dei derivati della cannabis.

Infatti l'hashish (resina prodotta a partire dalle infiorescenze della pianta femminile di canapa) veniva assunto in battaglia dai soldati musulmani e i cristiani, al ritorno dalle crociate, ne diffonderanno questi usi e costumi.

Sempre nel XIX secolo il consumo di sostanze stupefacenti diventò un fatto di moda e a Parigi si assiste alla nascita del Club degli "hashishiens", un gruppo di

intellettuali che fa uso anche di oppiacei, laudano in primis. Nel 1803 Friederich Seturner isolò la morfina.

Durante le diverse guerre dell'800, la morfina e il laudano furono utilizzati dai medici non solo per anestetizzare il dolore, ma a scopo ansiolitico-sedativo per fornire sollievo ai disagi psicologici e alle “tensioni da battaglia”. Questo comportamento diede origine ai primi veri e propri morfinomani.

Per quanto riguarda la storia dell'oppio tuttavia è importante ricordare quando, nella Cina imperiale all'inizio dell'800, l'abuso di questa sostanza diventò di tale gravità che l'Imperatore decise di limitare la diffusione della e scatenando due guerre dell'oppio con gli inglesi che si vedevano minacciati nei loro interessi economici.

L'alcol continuò a restare la sostanza di abuso più diffusa assieme al tabacco che inizia a diffondersi a partire dal '700.

La rivoluzione industriale e la conseguente formazione e concentrazione di grandi masse proletarie, favorirà la diffusione dell'alcolismo.

Anche il mito romantico dell'assenzio è ascrivibile al connubio esistente con gli scrittori e artisti parigini alla fine del XIX secolo e all'inizio del XX, fino alla sua proibizione nel 1915 per la sua tossicità, addirittura mortale, quando assunto in dosi elevate.

Con l'entrata in vigore del 18esimo emendamento alla Costituzione americana, prese avvio nel 1919 negli Stati Uniti l'era del proibizionismo. Se da un punto di vista di salute pubblica vi fu in quegli anni un calo significativo delle morti per cirrosi epatica, da un punto di vista sociale il proibizionismo porterà a una diffusione della criminalità organizzata che, dopo la fine del proibizionismo, trasferirà le proprie attività su altre droghe.

La prima metà del '900 vede invece l'avvento dei barbiturici, diventati famosi per i numerosi suicidi attuati facendovi ricorso. Negli anni '30 vi fu la scoperta delle anfetamine, che verranno poi usate anche in ambito bellico per permettere ai soldati di sostenere la fatica e di essere maggiormente concentrati. Le applicazioni di queste sostanze saranno poi varie: quali anoressizzanti per dimagrire e come sostanze dopanti, specie nel ciclismo.

Già negli ultimi anni del '800 si conoscevano i poteri allucinogeni della mesalina, mentre addirittura al medioevo risale la conoscenza degli effetti dirompenti della segale cornuta che conteneva alcaloidi col nucleo dell'acido lisergico, poi sintetizzato nel 1943 dal dott. Hofmann con il nome di LSD.

Sempre all'inizio del '900 viene sintetizzata la metanfetamina (MDMA), a cui, anni dopo, si darà il nome di ecstasy e che aprirà la porta alle designer drugs, cioè a quelle droghe di sintesi "disegnate" appositamente per rispondere ai "bisogni di evasione dei giovani".

Nel 1924 vi è emanata la prima Legge federale sugli stupefacenti, poi aggiornata, nel 1951, con la Legge attualmente in vigore, nella quale vengono ripresi i principi fissati dalle convenzioni internazionali ed, in modo particolare, il principio del controllo degli stupefacenti.

Se fino agli anni '50 le preoccupazioni di salute pubblica vertono quindi soprattutto sugli abusi di alcol e, in parte di morfina e di cocaina (il tabacco non preoccupa ancora come oggi), a partire dalla seconda metà degli anni 60 si verifica una sorta di salto di qualità. Si diffondono dagli Stati Uniti movimenti di rivolta soprattutto come reazione alla guerra del Vietnam (basti pensare agli hippy) che propongono, oltre alla musica e a un nuovo modo di vestire e di intendere la vita, anche una cultura delle droghe intesa come forma di liberazione; ecco quindi che l'LSD, come pure la marijuana, diventano una vera e propria pratica di vita, spesso ritualizzata collettivamente.

In questi anni l'uso di sostanze psicotrope assume una forte valenza trasgressiva ed è finalizzato alla ricerca del piacere, di stati di coscienza alterati, come alternativa a valori puramente strumentali della società "adulta". L'obiettivo ricercato attraverso l'utilizzo di queste sostanze è il potenziamento di facoltà psicologiche e collettive non ancora esplorate, nonché l'amplificazione della possibilità di conoscere e percepire la realtà.

Il fenomeno giovanile, caratterizzato da sperimentazione ed uso di sostanze psicoattive e accompagnato al crescente interesse per le religioni orientali e per i viaggi verso lontani paesi esotici, si colloca all'interno di un quadro di creazione di

una nuova controcultura alternativa a quella dominante e in netta contrapposizione con la società degli adulti, nella quale le droghe si configurano proprio come porta di accesso ad esperienze alternative, ad una società differente e ad un mondo nuovo.

Negli anni '70, con il cambiare delle ideologie e delle aspettative, lo scenario tossicomano muta radicalmente. Cadono progressivamente il mito della “partecipazione” e l’ideologia di un “cambiamento”, mentre inizia a manifestarsi il fenomeno dello sfaldamento dell’unità familiare e il protrarsi dell’adolescenza ben oltre i limiti fisiologici, come conseguenza del prolungamento della durata degli anni di scuola obbligatoria e della crescita della disoccupazione.

Il consumo delle sostanze psicoattive si generalizza e coinvolge giovani appartenenti a diversi gruppi sociali.

Successivamente alla fine della guerra del Vietnam la diffusione delle droghe pesanti, in particolare il consumo di eroina, si mostra legata al desiderio di non attutire il dolore e sentire meno in termini di pensiero e sentimento.

La figura dell’eroinomane viene ad incarnare il ruolo di colui che, più degli altri, vuole farsi portavoce di un profondo disagio di fronte agli strumenti di controllo e di integrazione sociale, arrivando fino a sfidare la morte in maniera solitaria e silenziosa, allontanandosi da quella funzione aggregative, attribuita alle droghe, che tanto aveva significato per i giovani della generazione precedente.

Il consumo di droga si allontana così sempre più dalle ideologie di culture alternative e legate alla ricerca di una condizione di benessere, ma diviene un sintomo di emarginazione e di esclusione.

Contemporaneamente crolla anche il mito della “ricerca interiore” per cedere il posto alla ricerca di un antidoto alla sofferenza, alla noia e alle frustrazioni esistenziali e i giovani manifestano la mancanza di energia per protestare, perdono l’entusiasmo nel creare o scoprire qualcosa di nuovo, lasciando spazio solo ai tentativi di alleggerire il peso del pensiero e attutire la sofferenza.

In Italia, si afferma negli anni '70, anche l’uso di cannabinoidi, in particolare tra gli adolescenti nell’ambito di riti iniziatici o legati alla socializzazione, e riprende piede, sia pur presso una fascia élitaria di persone, la cocaina che, come esposto in

precedenza, aveva suscitato un certo interesse tra fine '800 e inizio '900 (pensiamo agli scritti di Sigmund Freud e all'utilizzazione in campo medico).

Soprattutto negli ultimi anni l'accentuarsi dell'uso di questa sostanza in modo trasversale, ha destato preoccupazione, confermata dai dati attuali che indicano un crescente aumento del consumo di cocaina tra i giovani.

Ritornano inoltre in auge gli allucinogeni (funghi, LSD), mentre conoscono grande successo in ambienti specifici le droghe sintetiche, in particolare quelle entactogene, come l'ecstasy. Queste sostanze sono legate ai rave party, alle riunioni musicali, ai ritrovi del fine settimana.

Per quanto riguarda la cannabis, dopo la diffusione degli anni '60 e '70, si osserva una certa stabilizzazione nell'uso con un successivo massiccio aumento nel corso degli anni '90.

Gli anni '80 si aprono con una crisi scatenata dalla diffusione della dipendenza da eroina con incremento delle infezioni da virus HIV e della miseria dovuta all'emarginazione del tossicomane.

Negli stessi anni l'uso di sostanze psicotrope comincia ad apparire sempre più demetaforizzato. Ci si droga sulla spinta di un misto di noia, curiosità, accettazione acritica dei modelli proposti, impossibilità a progettare percorsi dotati di senso. Il nuovo tossicodipendente si rivela fragile, disorientato profondamente incerto nella sua ricerca di identità. Il rapporto che si instaura con la sostanza diviene conflittuale: non si vuole rinunciare ad essa, ma al tempo stesso se ne temono le possibili conseguenze. Comincia ad emergere sia pure in modo confuso, la consapevolezza che la droga può anestetizzare il dolore, ma al prezzo della perdita della gioia di vivere, dell'isolamento e dell'emarginazione.

Si inizia a sentire invece l'esigenza di un uso della sostanza sempre più compatibile con la vita "normale", e di integrare le modalità di consumo con le regole e i tempi imposti dalla partecipazione alla scuola, al lavoro e alla vita sociale.

La classica immagine del drogato, eroinomane ed emarginato, pur ancora diffusa nella mentalità collettiva, viene affiancata a quella di una nuova tipologia di tossicodipendente.

Nasce una nuova tipologia di consumatore integrato nel contesto socio-culturale e lontano dalla marginalità sociale, che si ritiene in grado di controllare la sua relazione con l'eroina, per esempio consumandola soltanto durante i week-end o in circostanze particolari, e che quindi, avendo scarsa percezione del disturbo, non chiede aiuto (Bogetto e Munno, 2002).

L'uso di droga sembra collocarsi sulla via della ricerca di un piacere non più trasgressivo quanto analgesico, rappresentando semplicemente il mezzo per poter condurre accedere uno stile di vita abituale.

Sono sempre più frequenti figure di individui dipendenti come quella del cocainomane, perfettamente inserito nella società o quella del policonsumatore che utilizza anche per lunghi periodi sostanze differenti o che associa, alla dipendenza da sostanza, forme di dipendenza comportamentale.

Le ragioni di questi cambiamenti sono legate sia al raggiungimento di un giudizio dell'opinione pubblica, che in parte ha perduto l'atteggiamento di incondizionato rifiuto nei confronti della droga, sia alla recente apparizione sul mercato delle nuove droghe di sintesi che, veicolando un'immagine di "droga pulita", hanno di fatto contribuito a trasformare proprio la stessa rappresentazione della droga.

Inoltre quello che emerge sempre più il fenomeno della polidipendenza, cioè la presenza di diverse forme di addiction nello stesso individuo. Gossop ha proposto il termine "rete di dipendenza" (web of addiction) proprio per indicare l'interdipendenza tra diverse forme di dipendenza (2001). In una ricerca americana emerge che il 72% di adolescenti con una diagnosi di dipendenza da alcol utilizza in maniera problematica anche altre sostanze (marijuana e allucinogeni). E' stata inoltre rilevata anche un'elevata sovrapposizione tra dipendenza da esercizio fisico e comportamenti da alterato comportamento alimentare, abuso di alcol e nicotina (Aubin et al., 1999). La polidipendenza si realizza spesso come esasperazione di tratti temperamentali, come la propensione al rischio o l'impulsività, o che fanno emergere strutture di personalità anche patologiche che non sarebbero senza l'uso di sostanze (Lucchini e Cicerone, 2011).

Un altro fenomeno attuale è poi quello della *cross-dipendenza* e cioè del frequente

passaggio, nello stesso individuo, tra una forma di dipendenza a un'altra. Ad esempio l'uso di alcol e tabacco in adolescenza sembrerebbe facilitare la transizione all'uso di altre droghe illecite (Cloninger, 1994).

Il nuovo tossicomane oggi cerca una sostanza di facile consumo che possa essere autogestita e soprattutto che gli consenta di evitare sia i rischi fisici sia quelli connessi all'isolamento e all'emarginazione.

Ci si trova di fronte a giovani ben integrati nella società, ma che al contempo vivono una condizione di "dissociazione", una sorta di doppio registro costituito dall'alternarsi di vissuti di noia dei giorni feriali all'esaltazione di sé nell'eccitante e variegato panorama del week end.

La droga diviene quindi un mezzo per garantire un buon funzionamento, anestetizzare il mondo psichico, nonché ricomporre le parti di sé in contraddizione.

Non è un caso che la più diffusa delle moderne designer drugs, MDMA, venga chiamata con il nome di Ecstasy, la cui parola estasi designa il più alto grado di contatto con il soprannaturale e rimanda al campo d'esperienza degli stati modificati di coscienza.

Tuttavia, negli ultimi anni, l'avanzare del progresso tecnologico e di una nuova civiltà, che da una parte genera stress, vuoto e noia e dall'altra stimola la tendenza all'immediata gratificazione, fornendo sempre gli strumenti appropriati, ha agevolato lo sviluppo e un'esponentiale diffusione di nuove forme di dipendenze.

Già Alonso-Fernandez nel 1996 aveva osservato come proprio il ruolo giocato dalla cultura post-moderna, caratterizzata da frammentazione e incertezza, fosse determinante nel favorire l'insorgere di nuove forme di dipendenza non legate a sostanze specifiche e definite dipendenze comportamentali e cioè caratterizzate da una condotta individuale caratterizzata da costrizione ed obbligatorietà a dipendere da qualcosa o da qualcuno che non è, appunto, una sostanza chimica esterna all'individuo, ma un oggetto o una persona con la quale si stabilisce una condizione psicologica di esclusività di legame, in grado di modificare temporaneamente lo stato di dolorosa sofferenza psichica che ha spinto il soggetto a ricercarne compulsivamente la vicinanza.

E' possibile infatti che il progresso abbia modificato non solo le abitudini, le modalità esperienziali, cognitive ed affettive delle persone, ma anche il loro modo di esprimersi in situazioni patologiche, determinando un vero e proprio mutamento antropologico (Alonso-Fernandez, 1996; De Kerkove, 2001; La Barbera, 2003, 2010b; De Risio e Janiri, 2003; Schimmenti e Piazza, 2006, La Barbera e Mento, 2007; Nichini, 2007; Scapicchio, 2010).

In altre parole, il profondo mutamento socio-culturale e tecnologico, che ha portato all'ingresso in quella che è stata denominata da filosofi e sociologi l'epoca post-moderna, ha portato allo sviluppo di nuovi comportamenti sintomatici, con la conseguente necessità di ridefinire i confini tra salute e malattia mentale, adottando una nuova visione della sofferenza psichica e del concetto di dipendenza.

Secondo diversi studiosi infatti "le nuove condizioni di vita, dovute alla complessità dei sistemi sociali e il conseguente allargamento dei confini, hanno prodotto un sempre più diffuso sentimento di perdita dei legami" (Lavanco et al., 2004).

Di fronte quindi ad una realtà esistenziale caratterizzata da assenza di senso la risposta è la ricerca di rifugio in esperienze sensoriali differenti e in stati di alterati coscienza e in quest'ottica le nuove dipendenze sono l'espressione di un disagio psichico e di un vasto e pervasivo malessere culturale (Caretto e La Barbera, 2005), tipico di un'epoca intrisa di cultura dell'eccesso e del virtuale e caratterizzata da passioni tristi (Benasayag e Schimnt, 2002) e dallo smarrimento di sistemi valoriali e di punti di riferimento.

Il quadro che si fa sempre più dominante deriva da una cultura che valorizza una dimensione consumistica delle relazioni e una dimensione relazionale dei consumi e che non è più in grado di distinguere tra essere e apparire (Lavanco, 2004, 2005), così come si può riscontrare, ad esempio, nello shopping compulsivo, dove gli oggetti d'acquisto prediletti riguardano prevalentemente l'area che interessa l'immagine e l'apparire (scarpe, vestiti, gioielli, cosmetici, etc.).

In tale società narcisistica ed anomica, dove assume rilievo la ricerca del successo e dell'altrui ammirazione, il desiderio di confermare la propria bravura e il proprio coraggio, la nozione di limite si perde. La coesistenza di una spinta all'eccesso

associata all'incertezza per la perdita dei punti di riferimento fanno sì che l'adolescente moderno mostri un crescente bisogno di sicurezza e di controllo degli eventi, che lo conduce a ricercarli in surrogati esterni.

Tuttavia il rischio di perdere la capacità di discernere tra un uso sano dell'oggetto (cioè di saper gestire e dosare il consumo) ed un utilizzo disfunzionale e patologico (caratterizzato da modalità di utilizzo intense, ripetute e con compromissione significativa del funzionamento sociolavorativo) e di quindi di scivolare dall'uso all'abuso è molto forte (La Barbera e Cannizzaro, 2006).

In quest'ottica le nuove dipendenze possono inserirsi in un contesto invaso dalla cultura dell'eccesso, di perdita del limite e dei punti solidi, che rende l'adolescente contemporaneo insoddisfatto di ciò che è o ha, spingendolo a superare il confine dell'uso e sfociando nell'abuso.

Mauro Croce (2004) segnala come l'uomo post-moderno sia sempre più svincolato, lontano, insofferente disilluso e probabilmente anche timoroso di ogni legame, egli si illude di trovare uno spazio di autodeterminazione attraverso l'inganno di un accesso illimitato al possesso di beni o informazioni, il quale denota, però, un sentimento insaziabile di mancanza. Tale mancanza, riconducibile alla scomparsa di punti solidi di riferimento, fa sì che venga meno la base sicura da cui allontanarsi e a cui ritornare, per gustare successivamente i piaceri della distanza e l'emozione dell'avvicinamento (Augé, 1992), punto di aggancio per la propria identità personale e sociale.

L'eterogeneità del quadro sintomatologico, comprendente una molteplicità e complessità di fattori, rende la loro classificazione a tutt'oggi problematica, non avendo una connotazione patologica riconosciuta all'unanimità e non essendo contemplate all'interno dell'ultimo DSM-IV-TR. Alcuni autori riconducono le New Addiction all'interno del II asse del DSM, postulando l'esistenza di una Addictive Personality (Personalità Dipendente), essi identificano gli aspetti che accomunano i soggetti dipendenti adottando paradigmi derivanti dal pensiero psicoanalitico tradizionale e psicodinamico-relazionale, postulando l'esistenza di un substrato personologico che predisponga alla dipendenza (Carcione e Conti, 2003; Maffei et

al., 2005).

3.2 Le nuove dipendenze

Nella cultura occidentale il concetto di dipendenza ha un'accezione negativa, associata a debolezza, incapacità, passività, ma la dipendenza è necessaria e funzionale alla sopravvivenza, e non solo nelle prime fasi della vita quando la sopravvivenza fisica ed emotiva del bambino è legata all'accudimento dei caregivers. La dipendenza, oltre che necessaria, è anche positiva in quanto l'indipendenza autentica si fonda sulla capacità di dipendere, quindi sulla complementarità della fiducia in se stessi e della fiducia nell'altro (Bowlby, 1979).

Dipendere significa avere bisogno di qualcuno o qualcosa per soddisfare una propria esigenza vitale: benessere organico e equilibrio psicologico.

La ricerca di sostanze o comportamenti per migliorare le proprie prestazioni rientra nel desiderio dell'uomo di superare i propri limiti e fronteggiare l'angoscia, ma non necessariamente sconfinava in una dipendenza patologica.

Alla luce delle considerazioni espresse, la dipendenza si colloca su un continuum dipendenza sana - dipendenza patologica: a un estremo vi sono gli stati di dipendenza morbosa e incoercibile che si delineano come quadri psicopatologici e all'altro si trovano stati motivazionali e sensoriali che rientrano nell'evasione piacevole e transitoria dalla quotidianità.

La "*dipendenza patologica*" può essere definita "una forma morbosa determinata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; una specifica esperienza caratterizzata da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere ripetuta con modalità compulsive; ovvero una condizione invasiva in cui sono presenti i fenomeni del *craving*, dell'*assuefazione* e dell'*astinenza* in relazione ad un'abitudine incontrollabile e irrefrenabile che il soggetto non può allontanare da sé" (Caretto e Di Cesare, 2005).

La *tolleranza* consiste in una progressiva riduzione degli effetti, in seguito all'assunzione ripetuta della stessa "dose" di una sostanza o di un comportamento,

per cui è possibile ripristinare l'effetto iniziale aumentando la dose. La riduzione ovvero l'interruzione dell'uso della sostanza o del comportamento, producono la *sindrome d'astinenza* che comporta una modificazione patologica del comportamento, con effetti fisiologici e/o cognitivi. Il fenomeno di “*craving*” (dal verbo inglese “to crave” che significa “desiderare ardentemente”) consiste nell'attrazione incontenibile verso sostanze o comportamenti al punto da comportare la perdita del controllo e una serie di azioni volte alla soddisfazione del desiderio, anche in presenza di forti ostacoli o pericoli.

Nei paesi anglosassoni per designare la dipendenza si utilizzano due termini dal significato differente: “*addiction*” e “*dependence*”.

Il termine “*addiction*” significa “dedizione, inclinazione” e deriva dal termine latino “*addictus*”, che designava lo “schiavo per debito” e che fa riferimento ad una condotta attraverso cui un individuo viene reso schiavo. Si intende una condizione generale di dipendenza psicologica che spinge alla costante ricerca dell’oggetto o dell’attività per affrontare la sofferenza psichica (McDougall, 2002).

L'altro termine inglese utilizzato è “*dependance*” che indica la dipendenza fisica e chimica dell'organismo dalla sostanza (O'Brien, 2006).

Addiction e *dependence* non necessariamente sono correlate: si può reperire una *addiction* priva di *dependance*, ovvero casi in cui la messa in atto di determinati comportamenti di ricerca non presenta legami con una dipendenza fisica tipica. Viceversa, ci può essere dipendenza fisica in assenza di *addiction*; un esempio è la nicotina, in cui la lenta dipendenza fisica non porta il soggetto a compiere atti illeciti o comunque al di fuori delle norme comuni al fine di procurarsi il tabacco (Shaffer, 1996).

La dipendenza è il risultato dell’interazione tra soggetto e oggetto, nell’ambito di una relazione che si sviluppa in un dato ambiente ed è condizionata dalle caratteristiche di entrambi. La dipendenza è in sé stessa un problema di relazione. Secondo quest'ottica, le condizioni necessarie per l’insorgere di una dipendenza sono legate a (Bignamini et al., 2006):

1. le caratteristiche del soggetto, sia dal punto di vista biologico sia per quanto concerne la disposizione emotiva e cognitiva a fare l'esperienza e ad attribuirle un particolare significato,
2. l'effetto trasformativo dell'oggetto,
3. la facilitazione/veicolazione del contesto ambientale.

Il soggetto, portatore di una serie di caratteristiche e di bisogni, incontrando l'oggetto della dipendenza che può essere una sostanza, un comportamento o una relazione, vive un'esperienza particolare data dalla ristrutturazione che il sé subisce a seguito di questo incontro. L'interpretazione di questo vissuto pone le basi per il suo ripetersi.

Da un concetto di dipendenza, fortemente legato all'assunzione di sostanze stupefacenti, il campo di indagine si è allargato a comportamenti patologici di ricerca reiterata dell'oggetto di piacere in pazienti che non assumono droga.

Già nel 1945 Otto Fenichel nella sua opera "The Psychoanalytic Theory of Neurosis" propose di includere nelle addiction anche un insieme di disturbi compulsivi, interpretabili come "tossicomania senza droga", in aggiunta alle note tossicodipendenze.

Il termine "nuove dipendenze", o new addictions, definisce un gruppo eterogeneo di dipendenze in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica. L'oggetto della dipendenza è in questo caso un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata, quale lo shopping, l'uso di Internet, il gioco d'azzardo, il lavoro, l'attività fisica, le relazioni affettive, il sesso. Per la maggior parte delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze.

Le dipendenze in generale sono classificabili in (Alonso-Fernandez, 1996):

1. dipendenze sociali o legali;
2. dipendenze antisociali o illegali.

Con le prime ci si riferisce alle cosiddette droghe legali (farmaci, alcool, tabacco) e ad attività socialmente accettate, come il nutrirsi, le attività ludiche, il fare acquisti, il

lavorare. Queste forme di dipendenza sono favorite dall'avanzare della tecnologia e dai mutamenti della società che da un lato sono generatori di stress e di noia e, dall'altro stimolano e facilitano la gratificazione immediata dal momento che ne forniscono i mezzi idonei (computer, sale bingo, centri commerciali, ecc.).

Con le seconde si intendono le dipendenze da droghe illegali (eroina, cocaina, oppiacei, ecc.) o da azioni illecite (il furto, lo stupro, l'appiccare incendi).

Le dipendenze sociali trovano il loro fondamento in un forte impatto a livello individuale e collettivo determinato dai cambiamenti nella società, i quali richiedono un forte sforzo adattativo che deve essere interpretato come uno dei più importanti fattori alla base del diffondersi dei nuovi comportamenti "additivi", oltre che della presentazione di patologie dell'area nevrotica e di disturbi di personalità.

Infine non va dimenticato che le dipendenze non hanno solo una valenza distruttiva e disadattiva, ma evidenziano anche bisogni e aspettative, e a volte progetti che non riescono a realizzarsi per mancanza di mezzi e strumenti adeguati. Si deve cercare di decodificare e interpretare le richieste celate che spesso stanno alla base dei processi di dipendenza e che sono domande di vita, di relazione e di contatto, le quali spesso si infrangono contro l'impossibilità a vivere e gestire rapporti veri e profondi.

3.3 Il Gioco d'Azzardo Patologico

3.3.1 Cenni introduttivi

Il gioco è una via per esplorare e conoscere il mondo esterno, ma nello stesso tempo rappresenta una fondamentale attività di conoscenza, poiché, come scrive Winnicott (1974) "è nel giocare che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità; ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il Sé".

Secondo Huizinga (1938), nel suo *Homo ludens*, per tutte le tipologie di gioco sono caratteristici gli aspetti di "fenomeno culturale" e di "bisogno sociale". Il gioco non costituisce un prodotto figlio della cultura, bensì al contrario: "La cultura sorge in forma ludica, la cultura è dapprima giocata (...) nei giochi e con i giochi la vita

sociale si riveste di forme sopra-biologiche che le conferiscono maggior valore. Con quei giochi la collettività esprime la sua interpretazione della vita e del mondo. Dunque ciò non significa che il gioco muta o si converte in cultura, ma piuttosto che la cultura, nelle sue fasi originarie, porta il carattere di un gioco” .

I giochi sono innumerevoli e di vario tipo: di società, di destrezza, d'azzardo, di pazienza, di costruzione e altro. Il grandissimo numero e l'infinita varietà rendono complessa una loro classificazione secondo un principio che consenta di suddividerli tutti in un numero di categorie ben definite.

Roger Caillois (1958) è il primo a proporre una classificazione in quattro categorie, accolta e adottata unanimamente dagli studiosi della materia:

- Giochi di competizione (agon) in cui il vincitore risulta tale in quanto "migliore".
- Giochi di travestimento (mimicry), caratterizzati dall'impersonare qualcuno differente da sé, come per esempio le drammatizzazioni ed i giochi di ruolo.
- Giochi di vertigine (ilinx) che si basano sulla ricerca del capogiro, della vertigine o dello stordimento, di cui ritroviamo esempi nel girotondo, l'altalena, le montagne russe.
- Giochi di alea (dal latino, gioco dei dadi) in cui la vincita o la sconfitta non sono legati ad alcuna abilità del giocatore ma unicamente al caso.

I giochi d'azzardo sono in prevalenza giochi di alea. il Codice Penale li definisce come quelli "nei quali si rincorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente aleatoria" ossia eventi dall'esito incerto determinato unicamente dal caso” (C.P. Art. 271).

È necessario a questo punto chiarire i tre concetti fondamentali di questa interpretazione:

- esito che deriva prioritariamente dal caso: significa che l'esito (in termini di vincita o perdita) è influenzato per la maggior parte da pura casualità ma ammette in minima parte altri tipi di fattori quali la “bravura” del giocatore o la possibilità di prevedere l'esito di una giocata, di una partita o di una scommessa.

- giocata irreversibile: irreversibile significa “da cui non si può tornare indietro”. Perciò, una giocata irreversibile mette il giocatore nella posizione per cui non ha la possibilità né di scegliere se ritirarsi o meno, né di recuperare la somma giocata.
- oggetto di valore: il gioco d'azzardo implica necessariamente la scommessa di denaro o di oggetti che per il giocatore hanno un certo valore (materiale ma anche affettivo). Nel momento in cui manca questa componente, manca il “rischio” e perciò il gioco stesso perde notevolmente di interesse.

Giungiamo così a una definizione di gioco d'azzardo inteso come un'attività ludica che si caratterizza per il rischiare una più o meno ingente somma di denaro, in vista di una vincita in denaro, strettamente legata al caso e non all'abilità individuale.

Alcuni giochi d'azzardo racchiudono in sé aspetti di agon e di alea (tipico esempio è il poker) allo stesso modo in cui giochi di agon possono trasformarsi in giochi di alea tramite le scommesse su di essi. Proprio per questo aspetto non univoco bensì fuso con altre tipologie ludiche, l'azzardo rischia di divenire “un'occasione per costruire una realtà parallela e alternativa alla realtà quotidiana; un luogo mentale, ma anche un luogo dalle precise dimensioni spazio-temporali, in cui rifugiarsi per sentirsi liberi dai vincoli della vita quotidiana, dalle fatiche, dai principi di realtà [...] la possibilità di inventare il proprio futuro, di immaginarlo diverso, più ricco, più felice; è lo spazio immaginario in cui poter creare il mondo che si desidera” (Lavanco e Varveri, 2006).

Il ruolo del denaro nella vita quotidiana assume un valore sia simbolico sia reale risultando uno dei fulcri dell'esperienza umana in quanto valore che a propria volta permette l'accesso ad altri valori. Nel gioco d'azzardo patologico questo ruolo non è assoluto; molti giocatori affermano di giocare per il piacere che l'azione produce e non per la vincita, infatti, spesso reinvestono il denaro vinto in ulteriori giocate.

Il gioco d'azzardo si configura come un processo simbolico, in cui il giocatore usa la scommessa come un mezzo per trascendere i propri limiti personali, nella convinzione illusoria di poter controllare un evento insicuro, di svolgere un ruolo attivo, attraverso astuzie, credenze disfunzionali o errati calcoli probabilistici. Del

resto, l'attrattiva del gioco sta proprio nel desiderio di "controllare l'incontrollabile" (Sarchielli e Dallago, 1997).

Così facendo il giocatore si trova psicologicamente immerso nel gioco, passivamente ed attivamente, entrando in quel ciclo di azione-conseguenza che porta alla dipendenza (Imbucci, 1997).

3.3.2 Cenni storici

La storia del gioco d'azzardo (Mazzocchi, 2005) è strettamente legata alla storia dell'uomo, tanto che le prime notizie risalgono al Vecchio Testamento e a un'opera in sanscrito, il Mahabharata, in cui un re perse il regno, la moglie e se stesso a causa del gioco. Ci sono testimonianze nell'antico Egitto risalenti al circa 3000 anni a.c., 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".

Si ritrovano informazioni su giochi d'azzardo risalenti al 2300 a.C nell'antica Cina, riguardanti il Wei Ch'i, il gioco di "enclosing" il cui obiettivo era quello di circondare l'avversario. Si trattava fondamentalmente di un gioco di abilità, ma gli spettatori scommettevano sul risultato. Risalente ai tempi dell'Antico Egitto (ca. 1570 a.C.) era invece il Gioco di Atef, in cui si doveva indovinare il numero di dita tese dall'avversario senza osservarlo. Se ne ha testimonianza da una tomba di un alto dignitario di corte della XXV dinastia, in cui si vede chiaramente la rappresentazione pittorica del defunto intento a stendere il braccio con un numero, contrapposto ad un altro giocatore. Lo stesso gioco è passato ai Greci, e ne abbiamo prova in una pittura vasale greca in cui è palese la sfida tra Elena e Paride, con le mani protese nell'atto di giocare. Nel mondo greco, inoltre, 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 accaniti giocatori. La propensione al gioco degli antichi romani è tuttora testimoniata da insegne, trovate in diverse taverne romane, recanti la scritta panem et circenses: cibo

e scommesse. Inoltre, famoso è l'aneddoto riguardante il mantello di Gesù giocato a dadi (probabilmente a 6 facce).

Nel Medio Evo, fin dal secolo VIII, i giochi d'azzardo e di abilità che vedessero correlate scommesse in denaro vennero condannate come fonte di peccato e depravazione e di conseguenza ostacolato attraverso rigide disposizioni ecclesiastiche e governative, dall'esilio al carcere, dalle pene corporali alla confisca di edifici e attrezzature. Gli stessi giocatori dell'epoca, oltre che a testimoniare a noi la loro passione, spesso erano anche testimoni degli sforzi per vincerla: il poeta trecentesco Antonio da Ferrara narra di un voto da lui fatto per non toccare i dadi, e di come in breve tempo lo ruppe. 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 (numeroso 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.

Attorno al XII° e XIII° secolo fanno la loro comparsa le corse dei cavalli con le relative scommesse, ma si attenderà il 1665 per veder sorgere il primo ippodromo, ad Hempstead Plains, New York.

Il 1872 portò l'invenzione del telegrafo duplex, e ciò rese possibile la trasmissione dei risultati delle corse in tempo quasi reale; così facendo, lo scommettitore si ritrovava in una condizione agevolata di gioco in quanto poteva comodamente procedere alle puntate senza recarsi direttamente sui luoghi in cui le corse avevano luogo. Ciò inevitabilmente portò ad una diffusione massiva del gioco anche verso chi sino ad allora non ne era mai rimasto coinvolto, contribuendo a creare le basi delle dipendenze oggi in esame.

La prima lotteria ufficialmente strutturata come le attuali compare nel 1566 su iniziativa di Elisabetta I d'Inghilterra. 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 in Italia (Croce e Zerbetto, 2001).

Al giorno d'oggi il gioco d'azzardo è sempre più caratterizzato da rapidità ed immediatezza: le molteplici possibilità di scommessa sulla rete internet, l'installazione capillare di apparecchi di videopoker, le lotterie istantanee denominate "gratta e vinci" permettono l'accesso verso il mondo dell'azzardo a chiunque, in maniera rapida ed anonima, abbattendo così del tutto le barriere socio-economiche che fino a poco tempo prima potevano contribuire a limitare i rischi connessi all'azione di gioco.

Allo stato attuale il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno mondiale in continua diffusione e che ha le proprie cause in fattori di origine biologica, psicologica ma anche socioculturale ed economica. Nel 1995 secondo l'Eurispes gli scommettitori in Italia erano circa 30 milioni (ad esclusione delle attività nei Casinò e dei giochi clandestini). Nel 2005 il fenomeno si è ampliato coinvolgendo sino al 70-80% della popolazione italiana.

Dall'ultima valutazione dell'Eurispes sul gioco d'azzardo in Italia, il mercato dei giochi ha raggiunto proporzioni tali da poter essere considerata una vera e propria industria, con 35 milioni di italiani coinvolti ed una spesa complessiva, negli ultimi sei anni, di 194 miliardi di euro. La raccolta complessiva dei giochi in Italia, nei primi nove mesi del 2009, ha superato i 39 miliardi di euro (+14,4% rispetto ai primi nove mesi del 2008). Questi dati confermano e rafforzano ulteriormente il trend in crescita registrato nel corso degli ultimi sei anni. Tale crescita non ha però interessato in maniera omogenea tutte le diverse tipologie di giochi, essendo viceversa il risultato del bilanciamento tra due diverse dinamiche: la minore raccolta dei giochi a base ippica, del bingo e del lotto, contro la crescita di Superenalotto, degli apparecchi da intrattenimento, dei giochi a base sportiva, delle lotterie e il successo dei giochi di abilità a distanza e poker on-line. I giochi a distanza (tramite Internet, Tv e cellulare) sono cresciuti del 64,6% nel 2008, rispetto all'anno precedente. Riguardo gli apparecchi da intrattenimento, le NewSlot sono progressivamente diventate la tipologia di gioco principale per raccolta di denaro,

arrivando nel 2008 a rappresentare il 45,6% delle entrate complessive del settore (Eurispes, 2010).

3.3.3 Dati epidemiologici

Da uno studio sulla popolazione italiana il 3% della popolazione italiana pare essere affetta da GAP, per un totale di 750mila persone (Mazzocchi, 2005). Questi dati vengono confermati da uno studio eseguito dal SII.Pa.C. (Società Italiana di Intervento per le Patologie Compulsive), secondo il quale l'85% dei giocatori è di sesso maschile e, di questi, il 51% ha un'età tra i 40 ed i 50 anni. Il 22% rientra tra i 50 ed i 60 anni mentre il 65% ha più di 60 anni. Il fenomeno si sta diffondendo, inoltre, con una crescita esponenziale tra gli adolescenti, più precocemente tra i maschi rispetto alle femmine (La Barbera e La Cascia, 2008).

3.3.4 Eziologia

Croce e Zerbetto (2001) sottolineano il fatto che attraverso il tempo la competenza in materia di gioco d'azzardo è stata prima della religione, che ne ha sottolineato il carattere peccaminoso, poi è passata sotto il dominio del diritto, il quale ne ha messo in luce la caratteristica di illegalità. I primi barlumi di interesse a tale fenomeno da parte della psicologia e della medicina si intravedono con Kraepelin, che tratta di "mania del gioco d'azzardo" (1915). Nel 1898 Gerolamo Caramanna, medico italiano nonché allievo di Lombroso, riconosce tre tipologie di giocatori:

1. quelli occasionali (la maggior parte);
2. quelli di professione, che mirano al guadagno di denaro;
3. quelli per passione, che Dostoevskij definì i “giocatori del gioco per il gioco”, mossi da un istinto innato.

Caramanna giunge a formulare in tal modo l'esistenza di un “giocatore nato”, sulla scia del “criminale nato” di Lombroso (De Sanctis e Ricciardone, 1994).

Il 1866 è l'anno in cui Dostoevskij, nel suo romanzo "Il giocatore" descrive con perizia la figura del pathological gambler, essendolo stato lui stesso: “M'invase una terribile sete di rischio. Forse, passando attraverso tante sensazioni, l'anima non se

ne sazia, fino allo spossamento definitivo [...]: Provavo solo una certa tremenda voluttà, di riuscita, di vittoria, di potenza, non so come esprimermi". Successivamente, Sigmund Freud contribuisce all'argomento nel saggio "Dostoevskij e il parricidio" (1927), rileggendo in chiave edipica la figura dello scrittore russo e definendo come "febbre da gioco" la sua passione patologica per l'azzardo.

Soltanto nel 1980 però il gioco d'azzardo patologico viene ad essere riconosciuto come vera patologia dalla psichiatria e incluso nel DSM-III (APA, American Psychiatric Association, 1980). Dopo due revisioni (1987 e 1994) dei criteri diagnostici, nel DSM-IV-TR l'azzardo patologico trova posto tra i "disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati" assieme alla piromania, alla cleptomania ed al disturbo esplosivo intermittente, venendo definito come "un comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari o lavorative" (APA, 2000). Essenziale, inoltre, per le basi dell'attuale concezione del gambler patologico è il cosiddetto schema di Custer in cui vengono rappresentate le fasi che attraversa un giocatore d'azzardo nel suo percorso verso uno stato patologico (Custer, 1982).

Nella prima fase, o "fase vincente", che dura dai tre ai cinque anni, il giocatore pratica la scommessa occasionalmente e per divertimento, spesso vince e di conseguenza aumenta il tempo e denaro impiegato nel gioco.

Segue di norma una fase detta "fase perdente" in cui il giocatore aumenta ancora la posta nel tentativo di recuperare il perduto; proprio questo tentativo, secondo Leisieur (1979), sembrerebbe attuare la dipendenza. Interviene il ricorso a prestiti in attesa della grossa vincita, che avverrà ridando fiducia al giocatore che, nonostante possa essersi rifatto delle sconfitte, proseguirà nel gioco, sino alla "fase della disperazione" in cui perderà il controllo degli eventi giungendo anche a compiere atti illeciti pur di avere il denaro per la scommessa.

Il passo successivo è la "fase della perdita di speranza" in cui il giocatore sarà l'unico a credere ancora in se stesso e in una possibile vittoria futura mentre verrà abbandonato ed allontanato dai contatti a lui vicini.

Il soggetto una volta che riuscirà a chiedere aiuto entrerà nella "fase critica" percorrendo una via riabilitativa che, tramite la "fase di ricostruzione" lo condurrà alla "fase della crescita".

Proprio il culmine di questa fase, nello schema proposto da Custer, dovrà trovarsi più in alto rispetto al punto di partenza, indicando in questo modo che il processo di ricostruzione della persona dovrà non solo esser correlato alla dipendenza da gioco, bensì abbracciare la totalità dell'individuo accompagnandolo in una crescita interiore.

3.3.5 GAP: disturbo dell'impulsività e della compulsività

In merito al gioco d'azzardo patologico risulta di grande interesse lo studio sui disturbi impulsivi e compulsivi.

Per il DSM-IV-TR (APA, 2000) l'impulsività viene definita: "Impossibilità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri. [...] il soggetto avverte una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, e in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo nel momento in cui commette l'azione stessa. Dopo l'azione possono esservi o meno rimorso, autoriprovazione, o senso di colpa". Il deficit del controllo degli impulsi può comprendere una serie di manifestazioni patologiche: le parafilie, il disturbo esplosivo intermittente, la piromania, la cleptomania, la tricotillomania, e si manifesta anche nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, del disturbo di personalità antisociale, del disturbo di personalità borderline e, per l'appunto, del gioco d'azzardo patologico.

La compulsione, invece, viene definita, sempre dal DSM-IV-TR, come: "Comportamenti ripetitivi o azioni mentali il cui obiettivo è quello di prevenire o ridurre l'ansia o il disagio, e non quello di fornire piacere o gratificazione. Nella maggior parte dei casi la persona si sente spinta a mettere in atto la compulsione per ridurre il disagio che accompagna un'ossessione o per prevenire qualche evento o situazione temuti. [...] Per definizione le compulsioni sono chiaramente eccessive e non connesse in un modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o

prevenire. [...] Causano disagio marcato, interferendo con il funzionamento lavorativo, con le attività sociali o con le relazioni con gli altri” .

Per il DSM-IV-TR si riscontrano sintomi compulsivi nelle diagnosi di: disturbo ossessivo compulsivo (DOC), disturbo di dismorfismo corporeo, ipocondria, disturbo di depersonalizzazione, anoressia nervosa, sindrome di Tourette e disturbo di personalità ossessivo-compulsiva.

Per Hollander (1993) l'atto impulsivo e quello compulsivo sono semplicemente gli estremi di un filo continuo che va da una tendenza a sovrastimare il pericolo e quindi all'evitamento di esso da un lato, ad una riduzione nel percepire il pericolo dall'altro. I disturbi compulsivi in questo modo sono caratterizzati da una tendenza all'evitamento del rischio associato ad alti livelli di ansia anticipatoria. In opposizione, i disturbi degli impulsi sono contrassegnati dalla presenza di comportamenti rivolti alla ricerca di un rischio associati a scarsa ansia anticipatoria. Tali disturbi generano comportamenti volti a procurare piacere a scapito di conseguenze che possono essere dolorose. Si è riscontrato che entrambe le classi di disturbi, sia ossessivi, sia compulsivi, hanno però lo stesso nucleo centrale: l'incapacità a ritardare o ad inibire la messa in atto di comportamenti ripetitivi (Hollander, 1993).

Il GAP è considerato dal DSM-IV-TR come un disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. Il pattern fondamentale che lo correla ai disturbi del controllo degli impulsi è appunto l'impossibilità di resistere ad un impulso, o anche la spinta o la tentazione a compiere un'azione che risulta pericolosa per sé stesso o per gli altri (APA, 2000). Inoltre, risulta affine ai disturbi del controllo degli impulsi un montante senso di allarme, di tensione prima di compiere l'atto, ed un vissuto di gratificazione o sollievo quando si mette in pratica l'azione.

Riguardo alla somiglianza del GAP con i disturbi compulsivi, comune è la difficoltà ad inibire o ritardare la messa in pratica di un impulso da cui risultano determinati comportamenti ripetitivi. Analogie si riscontrano anche tra il Gioco d' Azzardo Patologico ed i disturbi da uso di sostanze, in quanto in entrambi i casi riscontriamo fenomeni di tolleranza, dipendenza ed astinenza; proprio tali analogie agirono da spinta a considerare il GAP tra le cosiddette “nuove dipendenze” (Ramirez, 1983).

3.3.6 I criteri diagnostici del DSM-IV-TR

Per fare diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico il DSM-IV-TR richiede la soddisfazione di almeno cinque dei punti elencati nel criterio A (APA, 2000).

Il soggetto è:

- eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
- ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
- ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- gioca d'azzardo per sfuggire i problemi o per alleviare un umore disforico (per es. sentimenti di onnipotenza, colpa, ansia, depressione);
- dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);
- mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

Al fine di fare diagnosi, il DSM-IV-TR richiede ancora l'esclusione che il comportamento d'azzardo non sia meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale (criterio B).

Se invece il giocatore soddisfa 4 dei dieci criteri elencati in precedenza, si può parlare di giocatore problematico (problem gamblers): individui che non riescono ad avere un pieno controllo sul gioco e quindi iniziano a compromettere, creare danni o rompere la cerchia di relazioni personali, familiari e sociali, anche se non sono ancora giunti alla fase della disperazione. Per tale motivo, questi soggetti sono molto a rischio di diventare giocatori patologici; fanno quindi parte di un continuum verso sempre un maggior coinvolgimento e danno alla propria vita.

Infine, i giocatori non problematici (non problem-gamblers) si possono suddividere nei "non giocatori" e nei "giocatori sociali". Questi ultimi, a loro volta suddivisi in occasionali e abituali, giocano solo per divertirsi o per rilassarsi. Desiderano vincere sia consciamente che inconsciamente, preferiscono giochi più lenti e pur essendo attratti dal rischio sanno smettere in qualunque momento. Anch'essi comunque possono, in condizioni particolari, andare incontro ad una dipendenza, se attraversano le fasi del giocatore patologico di Custer elencate in precedenza (Caretta e La Barbera, 2005).

3.3.7 Basi neurobiologiche

Secondo uno studio sperimentale (Hollander, 1998) si è riscontrata una disfunzione a livello del sistema serotonergico alla base sia dei disturbi compulsivi (aumento del tono), sia di quelli impulsivi (riduzione del tono).

La funzionalità del sistema serotonergico può essere misurata tramite il dosaggio nel liquido cefalo-rachidiano dei cosiddetti metaboliti della serotonina (5-HT) come l'acido 5-idrossi-indolacetico (5-HIAA) oppure attraverso una risposta sia comportamentale sia neuroendocrina ad agenti serotonergici e attraverso la risposta al trattamento con SSRI (inibitori del reuptake della serotonina).

I disturbi come il Disturbo Ossessivo Compulsivo (Thoren et al., 1980; Insel et al., 1985; Kaye et al., 1991) risultano essere caratterizzati da un'aumentata concentrazione di 5-HIAA e da una buona risposta farmacologica agli SSRI, mentre si riscontra una diminuita concentrazione nei pazienti con condotte suicide violente (Asberg et al., 1976) e con impulsività aggressive (Linnoila et al., 1983).

Tramite mezzi radiodiagnostici quali la tomografia ad emissione di positroni (PET), la tomografia ad emissione di singoli fotoni (SPECT) e la tomografia computerizzata (TC) sono state dimostrate anomalie in struttura ed in funzione nel SNC dei pazienti con disturbi dell'impulsività e compulsivi. Da segnalare è un'intensa attività metabolica e del flusso ematico a livello del lobo frontale (Insel, 1992), attività tanto più accentuata quanto risulta severo il disturbo compulsivo (Rubin et al., 1992).

Al contrario, in pazienti impulsivi si è riscontrata una riduzione del consumo metabolico del glucosio a livello del lobo frontale, fenomeno più evidente nei soggetti che manifestavano maggiore aggressività (Goyer et al., 1991).

Successivamente si è dimostrato, tramite PET e SPECT, che a livello striatale nei soggetti dipendenti da sostanze è presente una concentrazione ridotta dei recettori dopaminergici D2 accompagnata da una riduzione del rilascio di dopamina (Volkow, 2004). La deduzione fatta dai ricercatori porta ad intuire che i soggetti dipendenti, a causa del deficit descritto, presentino una minore sensibilità agli stimoli naturali di rinforzo. In questo modo i circuiti della gratificazione sono attivati più facilmente dalle sostanze e l'individuo le preferirà, rispetto alla ricerca di stimoli naturali. Il consumo cronico delle sostanze porterebbe ad una ridotta attività dopaminergica che causa una disfunzione della corteccia orbito-frontale e del giro cingolato, aree coinvolte nell'inibizione dei comportamenti disfunzionali e regolatrici della salienza agli stimoli. Tali aree risultano ipoattive durante l'astinenza, mentre si attivano all'assunzione e ogni volta vi siano stimoli associati alla sostanza (Volkow, 2004). Dato che è stato dimostrato che l'attivazione di queste aree è correlata a comportamenti compulsivi (Rubin, 1992), essa potrebbe essere alla base dell'insufficiente controllo sull'assunzione della sostanza e della messa in atto di condotte compulsive di ricerca della sostanza e di altre condotte compulsive, come il GAP (Lubman, 2004).

Anche il sistema dopaminergico influisce sui comportamenti di ricompensa e di rinforzo, con riscontri sia sull'animale, sia sull'uomo (Williams, 2008a,b).

Un sottoinsieme di neuroni dopaminergici proiettano direttamente dall'area ventrale tegmentale al nucleus accumbens attraverso il fascicolo mediale telencefalico. Questi

neuroni appaiono cruciali per i meccanismi di rinforzo e di ricompensa dal momento che un'interruzione nei circuiti dopaminergici a livello recettoriale o a livello assonico, diminuisce la capacità di ricompensa data dalla stimolazione dopaminergica dell'area ventrale tegmentale (Nestler, 1997). Studi hanno posto in evidenza la correlazione tra gambling patologico e morbo di Parkinson riscontrando come un trattamento farmacologico con L-DOPA e dopamino-agonisti (pramipexolo e ropinirolo) scateni un disturbo degli impulsi nel 10% dei pazienti causando franchi segni di gioco d'azzardo patologico e di ipersessualità secondo un quadro denominato “dopaminergic dysregulation syndrome” (Dodd, 2005) avvalorando l'ipotesi secondo la quale la dopamina sia protagonista nel ruolo delle dipendenze, e nel caso specifico, del pathological gambling (Lader, 2008; Dagher, 2009).

3.3.8 Aspetti psicodinamici

Il primo studio psicoanalitico sul GAP risale al 1914, anno in cui von Hattingberg ha teorizzato che centrale nel GAP sia il "masochismo pregenitale" o il "piacere nella paura": l'autore ipotizza che alla base del disturbo vi sia una natura sessuale della paura e della tensione intrinseche al gioco, dovute ad un senso di colpa insorto durante l'infanzia legato alla gratificazione delle pulsioni anali e uretrali, con inibizione delle stesse e tendenza ad erotizzare la tensione e la paura.

Da lì si sono differenziate tre linee di ricerca:

1) una che ha proseguito ad evidenziare le equivalenze sessuali evidenziando un'analogia fra le fasi della scommessa e le fasi di eccitamento sessuale o la masturbazione (Simmel, 1920); Simmel per primo pubblicò un case report di GAP dove evidenziava i tratti pregenitali presenti nel soggetto esaminato, la soddisfazione erotica provata in seguito al gioco e anticipò le determinanti edipiche poi riprese da Freud in quanto il gioco era visto come mezzo per soddisfare un piacere erotico; inoltre intuì il ruolo centrale delle fantasie onnipotenti anali, delle fantasie narcisistiche di grandiosità, di diritto, di pseudoindipendenza e il bisogno di negare sentimenti di impotenza. Greenson (1947) sviluppò tali teorie evidenziandone i

derivati pregenitali e genitali al cui soddisfacimento la nostra società si contrappone: nel GAP tendenze orali, anali, masturbatorie, onnipotenti, edipiche, omosessuali latenti e masochistiche possono trovare appagamento. Infatti, nel gioco, la tensione sempre in crescita e la quiete finale sono considerate, dall'autore, vere e proprie regressioni che derivano da pulsioni parziali infantili. Inoltre, l'ambiente di gioco tendenzialmente maschile, il mangiare e il fumare eccessivamente, la trascuratezza o l'eccessiva cura nel vestire e l'attenzione rivolta alle fiches sarebbero per lui dimostrazione di pulsioni orali e derivati sadico-anali di elementi fallici ed omosessuali. Anche il pensiero magico, che spesso è sotteso al gioco, è dimostrazione di una regressione. Per Greenson vi è anche un ruolo del conflitto edipico, in quanto il giocatore è stato precocemente privato dei genitori per cui cerca nel Fato e nella Fortuna l'amore di cui è stato mancante. L'autore ha riscontrato punti in comune con le tossicomanie e le perversioni e, secondo lui, ciò può essere visto come un tentativo di difesa da una grave depressione: vincere è un trionfo onnipotente, il rifondersi alla madre, mentre perdere rappresenta l'abbandono materno.

2) un'altra linea di studio ha enfatizzato il ruolo del masochismo e dell'inibizione delle pulsioni uretrali e anali da parte dei genitori che negano al bambino il piacere e veicolano il principio di realtà. Il bambino tende a ribellarsi a questa inibizione con aggressività, ma così prova un senso di colpa ed un bisogno di punizione che porta al masochismo per espiare (Bergler, 1957). Il GAP ricalca questo ciclo di rabbia, aggressione e punizione. Vi è quindi un desiderio inconscio di perdere per espiare. Il piacere deriva dalla ribellione grandiosa, il dolore dalla sicura punizione. Quindi l'angoscia di perdere è erotizzata in un masochismo cronico anche detto "masochismo psichico".

Bergler (1957) fu il primo a vedere il giocatore dal punto di vista psicopatologico, mentre prima era soprattutto un'attività condannata moralmente e legalmente. Bergler infatti descrive il giocatore "nevrotico" (neurotic-gambler) e lo distingue da quello (gambler-racketeer) che ottiene il denaro con mezzi illegali e che appartiene al

campo della criminologia. Il giocatore che secondo Bergler, è un nevrotico frainteso, è caratterizzato da 6 particolarità:

- aspetto quantitativo: corre rischi e gioca con regolarità;
- il gioco preclude ogni altro interesse;
- non impara mai dalle perdite: è come se avesse stipulato un "contratto con il Fato" e che quindi si aspetti una ricompensa; si pone quindi al di sopra di ogni argomentazione logica;
- non si ferma mai quando vince, perchè come si accennava prima, per lui la vincita è il pagamento diretto del suo contratto col Fato, non è un risultato casuale;
- finisce sempre col rischiare somme troppo alte;
- prova una tensione piacevole-dolorosa tra quando scommette al risultato, ed è proprio questa la sensazione che il giocatore cerca e, secondo Bergler, lo scopo ultimo del suo gioco è proprio perdere.

3) altri autori infine si sono focalizzati su una fissazione a livello anale e su dinamiche di erotismo anale (Fuller, 1974).

Anche Freud si occupò del gioco d'azzardo, ipotizzando la passione del gioco come una trasformazione simbolica della masturbazione infantile, intrecciata a fantasie incestuose e parricide di prendere il posto del padre, nel suo lavoro "Dostoevskij e il parricidio": il protagonista "ha uno stile di vita autodistruttivo e perde al gioco per ottenere un sollievo masochistico".

Le fantasie grandiose sono anche sottolineate da Fenichel (1951), che ipotizza un "Fato genitoriale: ... giocare è un tentativo per costringere magicamente il Fato a fare il suo "dovere"; giocare è una lotta contro il Fato". Per lui la funzione psicologica del gioco risiede nel tentativo di liberarsi da tensioni estreme mediante la ripetizione o l'anticipazione delle stesse in momenti e modi scelti dal soggetto.

Kris (1938) ha suggerito che le tensioni sessuali più intime, nei giocatori d'azzardo, siano esperite con terrore e l'orgasmo abbia una connotazione mortale; alla base del gioco ci sono quindi delle forti tensioni sessuali che lo spingono a giocare, ma che, a

lungo andare, intrappolano il soggetto in un circolo vizioso, trasformando il gioco in una questione di vita e di morte fino a perdere il carattere di gioco.

Lindner (1950) ha sottolineato la rivalità edipica verso il padre: quando si vince al gioco si vive una conferma di un senso di onnipotenza, quando si perde ne ha la negazione. Pone poi l'accento sul senso di colpa dovuto alla conferma di tale onnipotenza, quando il padre realmente muore. Quindi sia il vincere che il perdere hanno contemporaneamente una valenza positiva e negativa e, visto che l'unica soluzione sarebbe vincere e perdere al tempo stesso, il giocatore deve continuare a giocare.

Galdston (1960) descrive il GAP come una domanda d'amore alla Fortuna, vista come simbolo materno.

Per Bolen e Boyd (1968) il GAP è inconsciamente un'attività proibita che soddisfa indirettamente pulsioni aggressive e libidiche, scatenando un senso di colpa che suscita un desiderio di punizione appagato dalla perdita al gioco. Per questi autori è anche una forma di difesa da depressione, psicosi schizofrenica e maniaco-depressiva.

Recentemente, si è sottolineata l'importanza della presenza di un disturbo di personalità narcisistico nel GAP (Rosenthal, 1987); i giocatori d'azzardo, per difendersi da un profondo senso di debolezza, devono continuamente provare a se stessi il proprio valore e ricorrono a primitivi meccanismi di difesa come negazione, scissione e proiezione, nel tentativo di ricostruire l'illusione di onnipotenza. E' quindi l'imprevedibilità del risultato che spinge a giocare, per rafforzare quel senso di onnipotenza controllando l'incontrollabile.

Nel 2006 Waska ha sottolineato i problemi nelle relazioni oggettuali dei soggetti affetti da GAP e da altre dipendenze: durante la terapia, tali pazienti mettono in atto dinamiche di transfert con acting out, dinamiche sadomasochistiche, proiezioni, fantasie di perdita e persecuzione. Ha inoltre evidenziato un funzionamento paranoide, schizoide e depressivo.

Dal punto di vista comportamentista si prende spunto dalla teoria skinneriana e dalle teorie dello stimolo intermittente; da studi su animali emerge come, anche in

presenza di rinforzi casuali e rari, si può mantenere un certo comportamento. Il rinforzo casuale spinge a ritentare più volte perchè un maggior numero di tentativi significa maggiori possibilità di vincita. Si è poi studiato cosa succede fra la puntata e la vincita: oltre al denaro vinto, l'eccitazione associata all'attesa funziona anch'essa da rinforzo (Dickerson, 1984). Vi è una variante della teoria dell'attivazione, la reversal Theory (Anderson e Brown, 1984): durante il gioco possono coesistere e alternarsi il prevalere della motivazione dovuta ai soldi o all'eccitazione di per sé. Di solito sono più attratti dal gioco coloro che giocano per l'eccitazione di per sé.

Infine, secondo il modello cognitivista (Stein, 1989), il GAP origina in soggetti con un ritardo dello sviluppo cognitivo, che si colloca nella transizione dall'adolescenza all'età adulta. I giocatori sono rimasti allo "stadio delle operazioni concrete", in cui il gioco è visto sulla base delle singole scommesse e delle singole vincite, e ci si sente onnipotenti e fortunati, capaci e potenti, senza rendersi conto delle problematiche connesse, sia finanziarie che emozionali.

Il gioco d'azzardo può essere considerato un "espediente compensativo", un "sucedaneo di speranza" che in questo senso assolve quasi ad una funzione sociale (Imbucci, 1997). Ma il rischio di cadere in un tunnel e compiere l'escalation che porta dal gioco occasionale a quello abituale, al gioco problematico ed infine a quello patologico, è decisamente alto.

3.3.9 Fattori predittivi

L'insorgenza in un soggetto di un GAP non è attribuibile ad un solo fattore, ma alla presenza di più fattori con effetti cumulativi (Lavanco e Varveri, 2002). Vi sono tre ordini di fattori che contribuiscono all'eziopatogenesi del GAP: neurobiologici, individuali ed ambientali.

Si possono perciò individuare dei fattori predisponenti riconducibili a quelle tre categorie.

I fattori neurobiologici implicano una vulnerabilità genetica con alterazioni dei recettori D2 dell'area mesolimbica e mesocorticale o alterazioni neurotrasmettitoriali.

Per quanto riguarda le variabili sociodemografiche, i maschi hanno un rischio relativo due volte maggiore delle donne di ammalarsi di GAP. Le donne giocatrici negli ultimi anni però stanno aumentando, soprattutto per tipologie di gioco d'azzardo specifiche come il bingo, il lotto ed il gratta e vinci. Inoltre le donne tendono a giocare per sfuggire da situazioni spiacevoli, mentre gli uomini giocano per l'eccitazione provata durante il gioco. Le donne giocatrici di solito hanno un esordio più tardivo ed una progressione della malattia più veloce.

3.3.10 Trattamento

Attualmente il trattamento del gambling patologico ritrova molte analogie con i modelli utilizzati nelle tossicodipendenze. Le modalità di recupero includono tecniche educative, terapie individuali e di gruppo ed il coinvolgimento dei familiari. La collaborazione con l'associazione denominata Giocatori Anonimi, nata a Milano il 12 dicembre 1999, per aiutare quanti vogliono curarsi dalla dipendenza dal gioco d'azzardo patologico o compulsivo, e Gam-Anon, sorta a Padova il 2 febbraio 2000, con funzione di sostegno per parenti ed amici dei giocatori d'azzardo patologici, spesso completa il trattamento.

In alternativa, o in aggiunta a queste modalità, sono state utilizzate varie tecniche comportamentali di desensibilizzazione e avversive.

L'intervento terapeutico è avviato con la conquista della fiducia del paziente e mediante la stimolazione della presa di coscienza della sua malattia, e procede con il sostegno fornito dalla struttura sanitaria negli immediati problemi fisici, psichiatrici e sociali presentati dal paziente, in associazione all'impegno del soggetto ad astenersi dal gioco. Segue un lavoro di riabilitazione che, tramite il miglioramento dell'atteggiamento interpersonale e sociale del paziente, ha come obiettivo la duratura astensione dal gioco (Garau, 1998).

Il gambling patologico è una malattia che dura tutta la vita e, allo stesso modo delle tossicodipendenze, il giocatore d'azzardo patologico può subire ricadute anche dopo anni di astensione. È tuttora esiguo il numero degli studi pubblicati sull'efficacia delle terapie. Il costo-beneficio del trattamento del gambling patologico è stato

esaminato da Politzer (1985); qui l'autore conclude che il rapporto beneficio-costo per la società è di 20 a 1. Nonostante i benefici promettenti, negli USA la diffusione dell'azzardo legale non è accompagnata dalla promozione della prevenzione e del trattamento (Garau, 1998).

Da una review Cochrane del 2007 (Oakley-Browne et al., 2007) sulle psicoterapie comportamentali e cognitivo-comportamentali utilizzate nel GAP, che ha valutato l'efficacia della terapia comportamentale sia a breve (entro un mese) che a lungo termine (oltre sei mesi), è emerso che, al momento attuale, ci sono poche evidenze di efficacia, anche perchè gli studi sono pochi e piuttosto eterogenei. Comunque risulta che sul breve termine tali terapie sono più efficaci del controllo. Sul lungo termine non ci sono risultati significativi, ma risulta comunque esserci un trend di efficacia rispetto al controllo.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, attualmente non esiste un trattamento standard per il GAP.

In un case report del 1992 (Hollander, 1992) è stata valutata l'efficacia della clomipramina, ma i casi più numerosi riguardano l'utilizzo di SSRI. Tre studi hanno valutato l'efficacia della fluvoxamina in dosaggi tra i 100 ed i 250 mg/die (Hollander, 1992; Hollander, 2000; Blanco, 2002). Lo studio di Blanco (2002) eseguito in doppio cieco controllato con placebo, non ha portato risultati statisticamente significativi eccezione fatta per un sottogruppo di giocatori maschi giovani; tale risultato era dovuto alla riduzione del tempo e del denaro impiegati dai soggetti nel gioco d'azzardo. Due studi (Kim, 2002; Grant, 2003) hanno valutato l'efficacia di trattamento con paroxetina a dosaggi compresi tra 10 e 60 mg/die; nel primo studio il trattamento è risultato efficace, mentre nel secondo tale dato non è stato confermato. L'efficacia di citalopram e di escitalopram è stata vagliata da due studi (Zimmerman, 2002; Black, 2007), di cui il primo, su citalopram, ha dimostrato l'efficacia terapeutica del farmaco migliorando le condotte di gioco ed i sintomi depressivi, nonché sulla qualità di vita dei pazienti. Nel secondo studio il trattamento con escitalopram è risultato efficace e ben tollerato. Dati i risultati positivi, secondo

Black (2007) sarebbe opportuno effettuare un trial randomizzato controllato con placebo su un campione più ampio.

Vi sono anche studi con l'utilizzo di stabilizzatori dell'umore quali litio e carbamazepina (Haller e Hinterhuber, 1994; Moskowitz, 1980).

Tra le altre molecole potenzialmente efficaci nella terapia del GAP, si ritrova il naltrexone (antagonista dei recettori oppioidi mu), di norma utilizzato nel trattamento da dipendenza da alcool ed oppioidi, con effetto maggiore in quei soggetti che all'inizio dello studio dimostravano un'impulsività più marcata (Kim, 2001) ed il bupropione, soprattutto nei soggetti in comorbidità con sindrome da deficit di attenzione e da iperattività (ADHD) (Black, 2007).

3.4 Shopping Compulsivo

3.4.1 Cenni introduttivi

Lo shopping compulsivo si caratterizza per la preoccupazione maladattiva o per l'impulso a comprare o fare shopping vissuti come irresistibili, intrusivi e/o senza senso; si verificano frequentemente acquisti di oggetti che non sono necessari e/o che costano di più di quanto la persona si possa permettere.

Alcuni autori distinguono tra shopping compulsivo come disturbo primario, o "consumopatia abusiva", e shopping compulsivo come disturbo secondario, o "consumopatia da dipendenza".

Nel primo caso il disturbo da acquisto è sintomo di un disturbo psichico primario come, ad esempio, depressione, schizofrenia o demenza e si riduce quando si verifica un miglioramento del quadro clinico. Nel caso della "consumopatia da dipendenza" lo shopping compulsivo è espressione di una sindrome psichiatrica a sè, con caratteristiche simili alla dipendenza da sostanze, ai disturbi ossessivo-compulsivi e al discontrollo degli impulsi (Guerreschi, 2005).

Lo shopping compulsivo causa problemi significativi quali, stress, interferenze con il funzionamento sociale e lavorativo, distruzione familiare e coniugale e gravi problemi finanziari. Il comportamento viene infatti considerato un disturbo solo

quando provoca simili conseguenze negative nella vita dell'individuo (Lejoyeux et al., 1996).

I beni materiali giocano un ruolo molto potente e nella società attuale si tende sempre di più ad acquistare oggetti che siano di aiuto per regolare l'umore, che portino ad acquisire uno status sociale e raggiungere un'identità che possa avvicinarsi ad un Sè ideale internamente irraggiungibile (Dittmar, 2001).

Gli oggetti acquistati possono avere due significati simbolici: uno di tipo emozionale, come mezzo di identificazione ed espressione di se stessi, ed uno di tipo sociale per comunicare agli altri chi si è o si vorrebbe essere (Franzen e Brouwman, 2001).

Si deve considerare, inoltre, che, nella società attuale, il consumo è considerato un comportamento rituale essenziale, pervasivo ed onnipresente; quando si compra, quindi, lo si fa in conformità ad un copione stereotipato vissuto come gratificante di per sè (Rook, 1985) e per questo arricchito di significati simbolici. Da questo ne deriverebbe il potenziale patologico di tale attività, cioè l'attribuzione di significato oggettivo dell'individuo con difficoltà nel riconoscerne l'aspetto patologico.

E' frequente che i pazienti affetti da shopping compulsivo siano coinvolti in tali comportamenti per gran parte del loro tempo e che sperimentino un importante calo del rendimento lavorativo e sociale. Come per altri disturbi di dipendenza, per fare diagnosi, è necessario escludere che tali comportamenti si manifestino esclusivamente nel corso di un episodio ipomaniacale o maniacale (Dell'Osso, 2006). Nella classificazione attuale dei Disturbi Psichiatrici (DSM-IV-TR) viene incluso nel Disturbo del Controllo degli Impulsi non altrimenti Specificato e si caratterizza con bisogno irresistibile di compiere acquisti, accompagnato a gravi conseguenze in ambito sociale e finanziario (Cacace e Valsavoia, 2008).

Negli USA la prevalenza di questo disturbo va dal 2 all'8% della popolazione generale adulta (Faber e O'Guinn, 1992; Koran e Faber, 2006), sovrapponibile a quella italiana. Nei pazienti ricoverati per patologie psichiatriche la prevalenza pare salire al 9% (Tavares et al., 2008). Di questi, dall'80% al 94%, risultano essere donne,

anche se un recente studio ha riscontrato una frequenza simile nei due sessi (Koran e Faber, 2006). Tale risultato pare però essere al momento un'eccezione.

L'esordio è generalmente intorno ai 20 anni e l'andamento pare cronico o ricorrente. Quando l'esordio è in adolescenza solitamente è associato a disinibizione comportamentale, con dipendenza da nicotina, abuso di alcol e di sostanze e rapporti sessuali precoci. A volte tale disturbo si accompagna ad un utilizzo compulsivo del computer per acquisti on line.

Importante è la comorbidità con il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), presente nel 12,5%-30%, e viceversa nel DOC la comorbidità con shopping compulsivo varia, a seconda degli studi, dal 2,2% al 23,3%. Tale associazione ha portato a indagare un'eventuale eziopatogenesi comune o a considerare tale disturbo come una variante di DOC.

3.4.2 Definizioni di Shopping Compulsivo

Lo shopping compulsivo, o oniomania (dal greco oniomai=comprare), è un disturbo descritto per la prima volta da Kraepelin nel 1915, il quale parla della “mania di comprare” come di un impulso patologico. Secondo l'autore esso si configurava come il corrispettivo femminile del GAP, più frequente nella popolazione maschile, il cui elemento in comune era rappresentato dall'attrazione per le situazioni rischiose o eccitanti (Tavares et al., 2008).

In seguito Bleuler (1924) lo elenca tra gli “impulsi reattivi”, come la piromania o la cleptomania, e sottolineando, in questo modo, anche l'importanza del fattore compulsivo (Mule e D'Alessandro, 2008).

L'esistenza di una forma disfunzionale di comportamento di shopping è stata documentata a partire dalla fine degli anni '80 da diversi primi studi compiuti negli Stati Uniti (O'Guinn e Faber, 1989), in Canada (Valence et al., 1988), in Germania (Scherhorn et al., 1990) e in Inghilterra (Glatt e Cook, 1987; McElroy et al., 1994).

questo comportamento è stato definito Compulsive Shopping (Winestine, 1985), Compulsive Consumption (Faber et al., 1987), Compulsive Buying (O'Guinn e Faber, 1989; Keck et al., 1994), Addictive Buying (Elliot, 1994).

Per Rook (1987) il "buying impulse" è una forza irresistibile che spinge a commettere l'atto dell'acquisto senza riflettere su di esso, un impulso a comprare qualcosa nell'hic et nunc che provoca un duro conflitto emotivo in quanto l'azione viene consapevolmente vissuta dallo stesso paziente come un comportamento scorretto (Christenson et al., 1994).

Gli studiosi hanno tentato di inquadrare tale patologia, creando una serie di definizioni e di sfaccettature differenti in base all'aspetto della patologia considerato come più rilevante. Così King (1981) annovera lo shopping compulsivo tra le addiction e caratterizzato, perciò, da desiderio ossessivo e da una compulsione al consumo (in questo caso all'acquisto) progressivamente crescente. Questo quadro si accompagna ad un'iniziale negazione del comportamento stesso, nonché da falliti tentativi di controllare lo stimolo che diviene sempre più irrefrenabile (King, 1981). Anche altri studi interpretano questa patologia come una dipendenza in quanto dai pazienti in esame è emerso come il comportamento producesse un "rewarding loop" tipico della dipendenza da sostanze (Croissant et al., 2009); tale aspetto può inoltre essere confermato anche alla luce del fatto che lo shopping, a livelli patologici, si associa spesso ad altri tipi di dipendenza da comportamenti o da sostanze (McElroy et al., 1994).

Secondo uno studio (McElroy et al., 1994) tale disturbo presenta sia caratteri di tipo egosintonico, poichè genera sollievo dopo l'acquisto, sia di tipo egodistonico, in quanto produce conseguenze negative in ambito familiare e finanziario, sentimenti di colpa e stress.

La ricercatrice ha proposto alcuni criteri diagnostici per distinguere le persone che praticano lo shopping come una normale attività, da quelle per cui esso assume caratteristiche patologiche. Esse sono:

A. La preoccupazione, l'impulso o il comportamento del comprare non adattivi come indicato da uno dei seguenti elementi:

1. frequente preoccupazione o impulso a comprare, esperiti come irresistibili, intrusivi o insensati;

2. comprare frequentemente al di sopra delle proprie possibilità, spesso oggetti inutili (o di cui non si ha bisogno), per un periodo di tempo più lungo di quello stabilito.

B. La preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano stress marcato, fanno consumare tempo, interferiscono significativamente con il funzionamento sociale e lavorativo o determinano problemi finanziari (indebitamento o bancarotta).

C. Il comprare in maniera eccessiva non si presenta esclusivamente durante i periodi di mania o ipomania.

I soggetti che presentano questo disturbo riportano tensione crescente ed un impulso incontrollabile che li spinge a comprare, per poi sentirsi sollevati e provare un senso di piacere e gratificazione (Christenson et al., 1994).

Nelle ricerche finora condotte, lo shopping compulsivo viene talora inquadrato come un Disturbo Ossessivo Compulsivo, talora come strategia utile per alleviare la depressione, talora come una forma di dipendenza o come un Disturbo del Controllo degli Impulsi.

Per alcuni autori il Compulsive Buying potrebbe rappresentare una variazione del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Tale ipotesi è sostenuta dalla considerazione che i soggetti affetti da questa patologia vengono assaliti dall'urgenza di comprare, come in preda ad un'ossessione che li costringe a mettere in atto il comportamento. Molti soggetti descrivono questo impulso irrefrenabile come intrusivo (Christenson et al., 1994). Secondo McElroy tale disturbo presenta caratteristiche sia di tipo egosintonico, poiché genera sollievo e piacere dopo l'acquisto, sia di tipo egodistonico, in quanto crea stress, conseguenze negative e sentimenti di colpa (McElroy et al., 1994).

Nel 2001 l'APA ha incluso lo shopping compulsivo come variante del disturbo ossessivo-compulsivo, con caratteri più orientati alla compulsività proprio perché, come accennato prima, esiste una significativa comorbidità (Lejoyeux et al., 2005).

Altri studiosi sostengono invece che il Compulsive Buying possa appresentare una strategia messa in atto per alleviare uno stato depressivo sottostante, così come evidenzia il fatto che sentimenti negativi come tristezza, solitudine, frustrazione o

rabbia incrementano la tendenza a fare acquisti, mentre lo shopping stesso è associato ad emozioni piacevoli quali felicità, senso di potere e competenza (Lejoyeux et al., 1996). Tuttavia l'impulso si manifesterebbe, con maggiore frequenza, soprattutto durante gli episodi depressivi meno gravi, mentre sarebbe assente negli episodi severi o maniacali. Il fatto che gli oggetti acquistati siano molto spesso inutili e che il più delle volte vengano messi da parte o regalati fa intuire che essi servano solo a riempire un vuoto di sentimenti positivi e di autostima nel soggetto (Alonso-Fernandez, 1999). Una bassa autostima potrebbe costituire il legame tra depressione e shopping patologico; risulta infatti che gli shoppers mostrino punteggi di autostima molto più bassi rispetto ai normali consumatori (Faber e O'Guinn, 1992) e in questi individui il fare acquisti potrebbe essere un modo per innalzare la propria autostima e combattere frustrazione ed umore depresso.

Infine è stato dimostrato che soggetti trattati con antidepressivi mostrano dopo qualche tempo una completa o parziale remissione dei sintomi caratteristici dello Shopping Compulsivo (McElroy et al., 1994).

Interessante è però l'inquadramento nel contesto delle dipendenze. Infatti, similmente alle dipendenze da sostanze, il Compulsive Buying possiede le caratteristiche della tolleranza, che porta i soggetti ad incrementare progressivamente tempo e denaro speso negli acquisti, dell'astinenza e del craving, con incapacità di controllare l'impulso nella messa in atto del comportamento. Il soggetto affetto da tale disturbo cerca immediata gratificazione, agendo nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative a cui andrà incontro e, in seguito all'acquisto, sperimenta un senso di riduzione della tensione il quale funziona da rinforzo per il successivo ripetersi del comportamento disfunzionale.

L'evidente presenza, invece, di una componente d'impulsività, e la sua frequente associazione con il Disturbo del Controllo degli Impulsi, rende probabile l'ipotesi dell'origine comune delle due patologie.

Le caratteristiche sono rappresentate da tensione che precede la messa in atto del comportamento, ricerca di immediata gratificazione e l'incapacità di sopportare la frustrazione derivante dall'astenersi dall'agire.

E' ancora in corso, quindi, una precisa classificazione dal momento che, per ora, il Compulsive Buying nel DSM-IV-TR viene classificato tra i disordini del controllo degli impulsi non altrimenti specificati insieme a Impulsive Sexual Behaviours e a Repetitive Self-Mutilation.

Questa categoria comprende quei disturbi del controllo degli impulsi che non rientrano nei criteri di altri disturbi specifici o di altri disturbi mentali con caratteristiche di impulsività descritti nelle precedenti sezioni del DSM-IV TR.

Per quel che riguarda la dipendenza da shopping alcuni autori ritengono quindi più corretto, al momento, parlare di spettro impulsivo-compulsivo, proprio perchè in esso sono rappresentate entrambe le componenti di compulsività e discontrollo degli impulsi, con la prevalenza di una o dell'altra a seconda dei casi.

Diverse persone nell'arco della loro vita possono fare spese spropositate o non correlate ai reali bisogni, ma i casi episodici non sono considerabili come patologici (Tavares et al., 2008).

Tra i mezzi di supporto al clinico per fare diagnosi sono presenti differenti questionari ed interviste; la Minnesota Impulsive Disorders Interview (Christenson e Faber, 1994) è un'intervista semi-strutturata con una sensibilità del 100% ed una specificità del 96% (Grant et al., 2005) che indaga sulla presenza di cleptomania, tricotillomania, disturbo esplosivo intermittente, dipendenza da sesso, gioco d'azzardo patologico, esercizio fisico compulsivo e, appunto, lo shopping compulsivo.

La Compulsive Buying Scale (CBS) è una scala che sonda specifici comportamenti e sensazioni correlate allo shopping compulsivo inizialmente composta da 20 items e successivamente ridotta a 7, numero sufficiente per la diagnosi (Faber, 1992); il questionario Shopping Compulsive Test (CST), utilizzato dalla Società Italiana Intervento Patologie Compulsive (S.I.I.Pa.C.) valuta, tramite 12 items, gli stati emotivi legati all'acquisto, gli atteggiamenti del paziente e le conseguenze della sua

patologia sul piano lavorativo, relazionale ed affettivo; lo Shorter Promis Questionnaire (SPQ), di cui si parlerà più avanti, è un questionario che sonda la positività o meno per una serie di dipendenze patologiche, tra cui lo shopping compulsivo, in base ad un punteggio che risulta significativo di dipendenza se supera il valore soglia di 20 (Christo et al., 2003).

3.4.3 Eziologia e diagnosi

Secondo la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1986) lo shopping compulsivo può essere interpretato come un'incapacità di autoregolazione dei propri comportamenti che includerebbe tre sottofunzioni (auto-osservazione, processi di giudizio e auto-reazione) che in questo disturbo sarebbero compromesse.

Faber sottolinea invece il ruolo della regolazione di sentimenti negativi e autosvalutativi nel controllare il comportamento (Patterson, 2003).

Altre teorie (Krueger, 1988; Winestine, 1985) suggeriscono un'origine causata da traumi in età infantile mai elaborati, in un continuo rivivere i sentimenti di umiliazione provati in passato (teoria della seduzione infantile). Lawrence (1990) suggerisce l'origine dell'acquisto, in un'ottica unicamente femminile, nell'angoscia di castrazione vissuta da alcune bambine le quali, sentendosi menomate in quanto prive di pene, cercano di identificarsi con il padre; l'acquisto rappresenterebbe proprio un simbolo fallico riconducibile alla figura paterna stessa. Krueger (1988), invece, considera la genesi dell'acquisto compulsivo come la risposta ad una lacerazione degli affetti, in età infantile, con conseguente crescita distorta e limitata del Sé; l'acquisto diventa così rappresentante di un'immagine del Sé differente ad ogni occasione (Teoria della Rottura del Legame-Sè Oggetto-Sè).

Nello shopping compulsivo i beni di consumo non vengono comprati in quanto tali, ma primariamente come tentativo di regolare affetti negativi dovuti ad un conflitto interiore o ad una problematica esistenziale: con il comprare si cerca quindi, gratificando l'individuo, sollievo da un'angoscia profonda. Questa sensazione piacevole rafforza il comportamento che viene perciò ripetuto in modo compulsivo. La persona non si accorge del problema, in quanto scatta un meccanismo di

grandiosità che non fa vedere gli effetti negativi del comportamento, negando la difficoltà della situazione in cui si trova.

L'impulso a comprare in ogni caso si manifesta in modo impellente e urgente, con una reazione emotiva complessa e disturbante. Per alcuni autori mostra precursori di sviluppo affini al narcisismo patologico (Krueger, 1988), per altri c'è un bisogno di nutrimento intrapsichico tramite il mondo esterno per colmare sentimenti di vuoto e solitudine.

Per quanto riguarda il narcisismo, tali soggetti hanno difficoltà ad affrontare sentimenti di fallimento ed umiliazione e nell'accudire se stessi (Caretta e La Barbera, 2010); la solitudine risulta pertanto difficile da affrontare e l'acquisto di oggetti è un tentativo di riparare la percezione di sé e di procurarsi conforto.

Il narcisismo patologico e il Sé grandioso sono utilizzati come difesa dal Sé fragile, per controllare l'oggetto relazionale. Manca la capacità di introiettare l'oggetto per l'assenza di oggetti transizionali; l'acquisizione dell'oggetto è solo temporanea e, di conseguenza, la ricerca degli oggetti diventa insoddisfacente dopo poco, generando una ricerca compulsiva di nuovi oggetti.

Tali individui hanno spesso atteggiamenti di sottomissione compiacente e lamentosa con i loro oggetti, mentre verso le altre persone risultano grandiosi e altezzosi e mostrano un tipo di comportamento parassitario strumentale verso la realtà esterna, che funge da riparazione magica dell'immagine di sé danneggiata. Frequente è l'acquisto di oggetti dopo una rottura emotiva di una relazione significativa, con lo scopo di colmare il vuoto che ne deriva. I vestiti potrebbero essere anche un modo di darsi fisicamente dei confini, una sorta di nutrimento simbolico (Krueger, 1988). Può esserci anche una componente aggressiva nell'ottenere dal partner o dai genitori il denaro necessario all'acquisto.

Per alcuni autori risulta fondamentale un'esperienza di seduzione o abuso infantile (Winestine, 1985), per altri, che sottolineano la prevalenza del disturbo nel sesso femminile, la ricerca del contatto con il padre (Lawrence, 1990) come soddisfazione di un desiderio infantile represso, in modo socialmente accettabile: è un modo di scaricare una libido, bloccata dall'ansia di castrazione femminile, su un oggetto

comprato per gratificazione narcisistica. Gli oggetti comprati richiamerebbero quindi simboli fallici riinvianti al padre.

3.4.4 Caratteristiche fenomenologiche

L'organizzazione e l'assetto delle moderna società industrializzata incoraggia al consumismo, individuando, nell'acquisto, un mezzo per ottenere considerazione ed approvazione da parte degli altri. Ciò ha determinato negli anni all'instaurarsi di varie manifestazioni dello shopping compulsivo. Si distinguono infatti lo shopping tradizionale, le vendite telefoniche o tramite canali televisivi e lo shopping online.

Lo shopping tradizionale è quello effettuato di persona. Anche a questo livello il progresso ha determinato profondi cambiamenti. A tale riguardo basta pensare alla crescita di personale altamente formato e specializzato nello studiare il modo migliore per creare un negozio accattivante, l'influenza dei messaggi televisivi pubblicitari e l'evoluzione dei metodi di pagamento (carte di credito, rateizzazioni), tutti fattori che stimolano all'acquisto e lo rendono più facile (Pavarini, 2002).

Altro filone non trascurabile, e che ha contribuito all'aumento dello shopping compulsivo, è quello relativo alle vendite telefoniche e tramite canali televisivi. Considerando l'identikit degli shoppers, prevalentemente donne e spesso depresse, è facile intuire il rischio insito in tali forme di acquisto.

Tuttavia sicuramente un forte impatto commerciale è quello determinato dallo sviluppo di Internet. Attualmente è infatti possibile acquistare ogni specie di bene di consumo stando semplicemente di fronte ad un terminale. Se da un lato questa può essere quindi un'immensa risorsa, dall'altro favorisce un acquisto incontrollato. In questo caso infatti influiscono l'anonimato, la mancanza di riscontro sociale, i pagamenti tramite carta di credito e tutte le strategie messe in atto dai commercianti virtuali per stimolare l'impulsività nell'acquisto (Young, 1997; Shulman, 1999; La Rose, 2001).

A seconda infine delle tipologie di prodotti acquistati è possibile distinguere quattro categorie di shoppers compulsivi (Sorrentino, 2001):

- i collezionisti: acquistano solo alcuni oggetti specifici;

- gli onnivori: comprano di tutto, senza distinzione di sorta;
- i maniaci dell'affare: acquistano qualsiasi genere di oggetti, purchè proposti ad un prezzo ritenuto vantaggioso;
- i compratori virtuali: concentrano i loro acquisti durante la navigazione in Internet.

Valence (1988) infine ha suddiviso i soggetti addicted da shopping in quattro tipologie:

- gli *impulsivi*
- i *reattivi emozionali*
- i *fanatici*
- gli *incontrollati*

I primi, o *impulsivi*, vivono un'irrefrenabile spinta al consumo vivendo un continuo conflitto tra l'Io ed il Super-Io, i *reattivi emozionali* vivono l'acquisto come atto di compensazione, facendo sì che esso impersonifichi delle situazioni di cui l'individuo ha carenza (affetto, rapporti sociali, etc); i *fanatici* sono collezionisti monotematici, ovvero rivolti verso una determinata tipologia di prodotto, mentre gli *incontrollati* compiono l'acquisto come atto immediato di sollevamento da stati ansiosi (Valence et al., 1988).

Per porre diagnosi non bisogna confondere la patologia con l'acquisto non patologico; non si tratta di questioni di denaro speso, bensì di presenza di preoccupazioni, malessere, stress e conseguenze negative per il soggetto.

3.4.5 Basi neurobiologiche

Teorie neurobiologiche puntano invece su un'alterazione nella trasmissione a livello serotoninergico, dopaminergico ed oppioide (Black, 2007).

Tali teorie si basano sull'efficacia delle psicofarmacoterapie utilizzate nello shopping compulsivo:

- utilità degli SSRI (altra somiglianza con il DOC);
- casi di efficacia dell'utilizzo di antagonisti degli oppiacei come il naltrexone; ciò ha portato all'ipotesi di un'implicazione dei recettori degli oppiacei

(Tavares et al., 2008). Nel trattamento dei compulsive shoppers precedenti ricerche hanno dimostrato l'efficacia del citalopram (Berkley, 2003; Patterson, 2003)

Sono stati effettuati anche tentativi di ritrovare un'origine familiare o una suscettibilità genetica di tale disturbo; tali studi hanno evidenziato come, nella famiglia di pazienti affetti da shopping compulsivo, erano presenti familiari di primo grado con disturbi depressivi, disturbi d'ansia e abuso di sostanze, oltre ad altri con shopping compulsivo. In uno di essi, nei familiari di primo grado la prevalenza di shopping compulsivo era 9,5%.

Studi genetici hanno evidenziato un polimorfismo del recettore D1, associato anche al disturbo di Tourette, al GAP e all'abuso di alcol, mentre un altro studio ha evidenziato un'associazione con un polimorfismo della regione promotrice del gene per il trasportatore della serotonina (Tavares et al., 2008).

Uno studio ha riconosciuto comunque il fatto che tale patologia sia caratteristica di un territorio ben sviluppato, con un'economia basata sul mercato e disposizione di denaro da spendere (Black, 2001).

3.4.6 Trattamento

Non ci sono trattamenti standard per lo shopping compulsivo; pochi casi, riguardanti il trattamento in chiave psicoanalitica, sottolineano l'importanza delle prime esperienze di vita nello sviluppo della patologia in età adulta (Krueger, 1988).

Tuttavia la psicoterapia psicodinamica si può considerare utile per quei pazienti con una buona dose di introspezione ed in grado di tollerare le regole imposte dalla procedura, preferibilmente non rigida, e può essere anche considerata la scelta dell'utilizzo di un diario quotidiano come metodica di modificazione del sintomo (Muredda, 2007).

Il terapeuta psicodinamico esamina e sonda l'ambiente familiare del paziente per comprendere come abbia avuto origine il processo patologico. Diversi casi fanno emergere situazioni di disagio risalente all'infanzia dei pazienti, con famiglie con vissuti di difficoltà finanziarie in cui il lusso ed il possesso erano visti come status

symbol a cui mirare, o in cui carenza di affetto o situazioni di divorzio o di abuso venivano compensate con il regalo di beni materiali (Coombs, 2004).

La componente fantastica e il ruolo della fantasia sono fondamentalmente importanti nel compulsive buying; come già citato, Winestine (1985) riporta il caso di una paziente la cui sintomatologia era probabilmente correlata ad un caso di seduzione infantile. Durante la terapia la paziente raccontò di essere stata oggetto di attenzioni sessuali da parte di un prozio; se da un lato il fatto la lasciò eccitata, dall'altro la rese umiliata, spaventata e con la tendenza a chiudersi in se stessa. Una volta adulta, tramite lo shopping ella poteva fingersi, nella fantasia, la moglie di un multimilionario con il potere di ottenere tutto ciò che avesse voluto, e tale comportamento le permetteva di soddisfare alcune delle pulsioni che da bambina si era trovata a soddisfare con il suo comportamento sessuale.

La psicoterapia psicodinamica di questi pazienti va focalizzata sul sintomo; il paziente deve comprendere come l'acquisto patologico assolve una funzione nel placare la sua ansia, ma anche come debba essere abbandonato a favore di una condotta normale, eviscerandone le motivazioni che hanno portato alla formazione del sintomo stesso e correggendolo sotto la direzione del terapeuta.

Alcuni autori hanno studiato l'efficacia di terapie cognitivo-comportamentali; secondo Black (2007) sono utili le tecniche simili al programma del “bere controllato” (Sobell e Sobell, 1978) e da alcuni studi si è notato come i più efficaci, tra le tecniche cognitivo-comportamentali, fossero i trattamenti di gruppo (Benson e Gengler, 2004); uno di questi ha riportato un beneficio, al follow up di 6 mesi, da una terapia di gruppo di 12 settimane (Tavares et al., 2008). Altri autori hanno verificato risultati positivi da tecniche di esposizione allo stimolo e prevenzione della risposta (Tavares et al., 2008).

Un valido supporto lo offrono gruppi di auto-aiuto come i “Debtors Anonymous” (Debitori Anonimi), nati nel 1968, in America, come branca degli Alcolisti Anonimi e presso i quali i soggetti dipendenti da shopping trovano un ambiente incoraggiante e di mutuo supporto (Black, 2007).

Questi gruppi tentano di far assumere ai partecipanti la consapevolezza del proprio disagio, raccogliendo e condividendo i vissuti negativi di tutti i partecipanti per creare un confronto diretto abbattendo la barriera iniziale dell'auto negazione e, soprattutto, correggendo la possibile visione distorta del Sé.

Una tecnica particolare, che può essere utilizzata in questi pazienti, è lo psicodramma analitico (2008), in particolare in quei soggetti con una scarsa autostima e una scarsa integrazione mente-corpo. Tale metodo potrebbe aiutare l'individuo, che non riesce ad esternare i propri conflitti interiori, a prenderne consapevolezza attraverso l'azione corporea. Il gruppo stimola diversi movimenti psichici e può condurre ad una crescita psichica attraverso la simbolizzazione. Oltre al terapeuta ci sono altri interlocutori ed il setting è più vasto, consentendo la possibilità di innumerevoli introiezioni e proiezioni grazie ai cosiddetti Io ausiliari. Inoltre l'individuo può entrare in contatto con altre realtà e altri punti di vista senza esserne dall'inizio protagonista; può portare in dramma esperienze di vita disturbanti e rivisitarlo arricchendolo di nuovi significati. Si utilizzano tecniche di doppiaggio, mirroring, role-playing, assolo, per promuovere lo sblocco di quelle parti del Sé che sono rigide o bloccate.

Per quanto riguarda la farmacoterapia, il primo caso segnalato di un trattamento psicofarmacologico per il compulsive buying risale al 1991 e sperimenta l'uso di antidepressivi (bupropione, nortriptilina e fluoxetina) in tre pazienti (McElroy et al., 1991).

Da allora molte ricerche hanno messo in evidenza come la somministrazione di farmaci antidepressivi, soprattutto della categoria SSRI (inibitori del re-uptake della serotonina), sia risultata molto utile e degna di approfondimenti (Koran, 2002). Ci sono evidenze di efficacia per fluvoxamina dosaggio, citalopram, a dosaggi compresi tra 20 e 60mg/die, (Koran, 2002) ed escitalopram. Per alcuni autori l'efficacia del trattamento antidepressivo dello shopping compulsivo risulta limitato ai pazienti per cui tale disturbo sia associato ad una depressione (Lejoyeux et al., 1996), ma altri studi rifiutano tale ipotesi, riportando l'efficacia della terapia con SSRI in pazienti senza sintomatologia depressiva in atto (Black, 1997).

Ci sono anche descrizioni di casi che hanno tratto beneficio da altri farmaci:

- da naltrexone come antagonista degli oppiacei.
- un case report di trattamento con topiramato (Guzman e Filomensky, 2007); nonostante siano necessari ulteriori studi, precedenti report sottolineano come il topiramato risulti efficace nella terapia di disturbi riguardanti la sfera dell'umore, il comportamento alimentare e lo spettro ossessivo compulsivo, tra cui può essere considerato lo shopping compulsivo (Mule e D'Alessandro, 2008).

Studi in contrasto con questi riscontri, suggeriscono, invece, che un trattamento con antidepressivi potrebbe favorire il comportamento patologico stesso (Mueller e Zwaan, 2008).

3.5 Dipendenza da Internet

3.5.1. Cenni storici

L'origine di Internet risale al 1969 quando il Dipartimento della Difesa statunitense affidò all'Advanced Research Project Agency (ARPA) la creazione di una rete di collegamenti tra i computer dislocati nelle postazioni militari più importanti che fosse priva di un unico nodo di connessione, in modo da rendere la rete inattaccabile. Questa rete militare prese il nome di A.R.P.A.Net. Col trascorrere degli anni si diffusero reti universitarie e di ricerca collegata ad A.R.P.A.Net. e, nello stesso periodo, l'ente governativo National Science Foundation (NSF) creò un'altra rete, questa volta a soli scopi di ricerca, cui potevano accedere tutte le università interessate: l'attuale Internet. Negli anni '90 il Consiglio Europeo per la Ricerca Nucleare (CERN) dà origine ad un nuovo protocollo che rivoluzionerà il concetto di navigazione sulla rete, il World Wide Web (WWW) (Corbelli, 2002). Inizialmente, il World Wide Web era solo un contenitore di informazioni, una sorta di immensa enciclopedia, un ipertesto multimediale a cui si poteva attingere per ricavare dalle banche dati informazioni sugli argomenti più disparati. L'espressione significa letteralmente “ragnatela mondiale” ed è riferita alla fitta rete di computer collegati

tra loro e contenente innumerevoli documenti sparsi in tutto il mondo. Il WWW è costituito da pagine ("siti") che forniscono informazioni in maniera multimediale all'utente tramite un software denominato "browser", non solamente attraverso il testo bensì anche con suoni, immagini, video ed applicazioni, basandosi sul concetto di "hypertext", l'ipertesto: tramite quest'interfaccia è possibile così passare da una pagina web ad un'altra correlata tramite appositi link (Valente e Cappelleri, 2000).

Internet non è solo sinonimo di navigazione sui siti web. Il mondo telematico offre numerose tipologie di interazione che tendono a mutare, a nascere in tempi rapidi ed a scomparire per lasciare posto a mezzi sempre più avanzati.

Negli anni 2000, Internet si è evoluta con l'affermazione dell'interattività, l'ulteriore sviluppo della IMC (Internet Mediated Communication) ovvero della comunicazione digitale, immediata e sincrona, tra gli utenti della Rete, come la posta elettronica, i newsgroup e le mailing list, caratterizzate dal linguaggio testuale, scritto, uno ad uno, uno a molti, di carattere privato, semiprivato, pubblico, in assenza di vincoli spaziali e temporali fra gli interlocutori. L'evoluzione di Internet ha portato alla nascita dei Nuovi Media: l'Instant Messanging, la telefonia digitale mediata da Internet, i blog interattivi e soprattutto i Social Network. Attualmente si stanno sviluppando "Ambienti virtuali 3D", come i giochi di ruolo e i videogiochi online, che gradualmente porteranno alla possibilità di vivere e percorrere la rete dall'interno, attraverso un'interfaccia di tipo tridimensionale e sempre più realistico, nella quale gli utenti risiederanno nel proprio "Avatar", personaggio digitale da loro creato per poter vivere in Internet.

Le caratteristiche della comunicazione mediata dal computer, quali l'ipertestualità, la multimedialità, l'elevata velocità, il sostanziale anonimato, il superamento dei normali vincoli spazio-temporali, consentono la facilità dei contatti e la circolarità delle informazioni in un tempo brevissimo, in un mondo ridotto a villaggio globale, con l'incremento dei rapporti interpersonali. Nello stesso tempo, le relazioni si caratterizzano per l'estrema permeabilità e per scambi tra identità fittizie, unitamente alla mancanza degli elementi essenziali della comunicazione non verbale che il computer non può veicolare.

Internet, come ogni altra innovazione tecnologica, consente sotto molti aspetti un miglioramento nella vita delle persone, ma allo stesso tempo rappresenta anche un pericolo per chi non ne sappia usufruire in maniera adeguata. Infatti l'uso eccessivo della Rete conduce progressivamente alla distruzione della normale esistenza di un individuo, il quale viene assorbito totalmente dall'esperienza virtuale, rimanendo "agganciato" alla rete.

3.5.2 Diagnosi e aspetti clinici

Fin dagli albori della civiltà, le scoperte scientifiche e tecniche hanno prodotto non solo mutamenti sociali e miglioramenti nella qualità della vita quotidiana, ma hanno anche modificato il modo di pensare e di pensarsi.

MacLuhan (1964) sostiene che la struttura mentale delle persone e la cultura di una società siano influenzate dal tipo di tecnologia di cui essa dispone, in quanto le caratteristiche tecnologiche del mezzo di comunicazione operano un condizionamento profondo sui modi di percepire e di pensare il mondo. Derrick De Kerckhove (1995), erede intellettuale di MacLuhan ed esperto mondiale di tecnologie digitali, sostiene che televisione, computer, internet, realtà virtuale sono *psicotecnologie*, vere e proprie "tecnologie della psiche" capaci di estendere le percezioni sensoriali e le facoltà della mente. I media elettronici sono capaci di svolgere una straordinaria funzione di "estensione del pensiero" e di altre facoltà umane, quali il linguaggio, la comunicazione, l'intelligenza (La Barbera, 2005).

La rete delle reti rappresenta un nuovo modo di comunicare, di conoscere, di informarsi ma anche una nuova dimensione dell'esperienza umana. Infatti la tecnologia è divenuta un ambiente da abitare, un'estensione della mente umana, un mondo che si intreccia con il mondo reale e che determina vere e proprie ristrutturazioni cognitive, emotive e sociali dell'esperienza, capace di rideterminare la costruzione dell'identità e delle relazioni (Cantelmi, 2010).

Grazie a due processi fondamentali della Rete, la dematerializzazione e l'interconnessione, le capacità di interazione della mente con la realtà sono enormemente aumentate. Su Internet si viaggia in un universo sensoriale e

conoscitivo in continua espansione, che offre una molteplicità di stimoli e sollecitazioni, fonte di piacere e di gratificazione: si tratta di un mondo dematerializzato, ma interessante e significativo come quello reale. Ciò costituisce una risorsa ma anche un rischio di eccessivo coinvolgimento nella Rete.

Internet si presta anche come contesto relazionale nel quale esplorare differenti aspetti della propria identità (Del Miglio et al., 2001). La Turkle (1996) parla di Internet come di una palestra di sperimentazione dell'identità in cui il soggetto, superando la fruizione passiva imposta dai precedenti mezzi di comunicazione, può provare ad assumere identità differenti, mettendo in gioco quelle parti più nascoste del Sé che non riesce normalmente a vivere ed elaborare nella vita reale. Il rischio prospettato da alcuni è che il soggetto potrebbe non riuscire a riproporre nella vita reale la stessa modulazione di ruoli che riesce a vivere nella realtà virtuale, sentendo il fascino di un mondo irreale che gli sembra preferibile a quello reale, con una chiusura relazionale nei confronti del mondo esterno e con la compromissione del funzionamento della vita quotidiana.

Nella relazione tra mente e tecnologie informatiche si sperimenta un vissuto di massimo controllo, non disgiunto da un irreale percezione di onnipotenza, che è determinato dalla potenza del mezzo tecnico, ma tale vissuto si può trasformare nel suo contrario. La sperimentazione di una forte sensazione di perdita di controllo, causata da incidenti e intoppi nell'utilizzo del PC e di Internet, si accompagna a un frustrante senso di impotenza in quanto simula una perdita di controllo sulla dimensione interna per via dell'identificazione che avviene fra il computer e la mente. Soprattutto nei soggetti con tratti di personalità borderline e narcisistica, forzati a interrompere una connessione a Internet, si presentano brusche reazioni di rabbia e ansia con agitazione psicomotoria.

Altra caratteristica importante di Internet è la facile e immediata accessibilità di ogni servizio, con la gratificazione immediata di ogni piccolo bisogno, che dà l'illusione che sia possibile evitare la frustrazione dell'attesa, privilegiando le fonti di piacere e rifuggendo le situazioni deprimenti o angoscianti. Il suo utilizzo può, quindi, favorire alcune difese disfunzionali come le stereotipie, l'eccessiva semplificazione, la

carente capacità di critica e la scarsa tolleranza alla frustrazione. Anche in tal caso la pronta soddisfazione dei propri bisogni che viene fornita dalla rete riconduce allo spettro narcisistico.

Risale al 1995 la prima provocatoria definizione di una *sindrome di dipendenza da Internet* (*Internet Addiction Disorder*) coniata dallo psichiatra americano Ivan Goldberg che pubblicò in rete i criteri diagnostici ad essa correlati, mutuati da quelli indicati nel DSM-IV-TR per la dipendenza da sostanze.

- **Segni di Tolleranza:**

1. aumento significativo del tempo trascorso online per ottenerne gratificazione;
2. riduzione marcata degli effetti gratificanti derivati dall'uso di internet per stessa quantità di tempo;

- **Segni di Astinenza:**

1. sviluppo di due o più dei seguenti sintomi, provocanti disagi sociali e relazionali, in seguito alla sospensione dell'uso di internet: agitazione psicomotoria, ansia, ideazioni ossessive rivolte ad internet, movimenti di typing, ricorso a internet per alleviare le crisi astinenziali;
2. aumento di frequenza di accesso in rete, per tempistiche sempre più prolungate;
3. tentativi infruttuosi di cessare l'utilizzo di internet;
4. occupazione del tempo prevalentemente incentrata sull'uso della rete;

- **Perseveranza nell'utilizzo di internet nonostante la consapevolezza di stare commettendo una condotta errata.**

Da allora nel panorama scientifico, si è sviluppato un vivace dibattito e si sono affacciate una moltitudine di definizioni per descrivere la sindrome.

Griffiths (1997) parla di *technological addictions* e sostiene che le dipendenze da prodotti tecnologici (televisione, computer, cellulare, videogiochi) presentino le medesime caratteristiche delle dipendenze da sostanze, ossia:

- **Dominanza (salience):** l'attività o la droga dominano i pensieri ed il comportamento del soggetto, tutti gli altri interessi passano in secondo piano;
- **Alterazioni del tono dell'umore:** l'assunzione della sostanza o l'inizio dell'attività provocano cambiamenti dell'umore, per esempio eccitazione o rilassamento nell'incontro con l'oggetto della dipendenza;
- **Tolleranza:** bisogno di aumentare progressivamente la quantità di droga o l'attività per ottenere l'effetto desiderato;
- **Sintomi d'astinenza:** malessere psichico e/o fisico in conseguenza dell'interruzione o riduzione del comportamento o dell'uso della sostanza;
- **Conflitto:** conflitti interpersonali tra il soggetto dipendente e coloro che gli sono vicini, e conflitti intrapersonali a causa del comportamento dipendente;
- **Ricaduta:** tendenza a ricominciare l'attività o l'uso della sostanza, dopo un'interruzione più o meno lunga.

Nel 1996 la psicologa statunitense Young ha condotto un'estesa ricerca empirica per indagare la natura della *internet addiction* e ha definito la dipendenza da internet come un "Disturbo nel controllo degli impulsi non altrimenti specificato" che non implica l'assunzione di una sostanza, utilizzando come modello la diagnosi del gioco d'azzardo patologico presente nel DSM-IV-TR: per fare diagnosi è necessario che si presentino 5 o più sintomi. Alcuni criteri per il GAP ("rincorsa" alle perdite, commettere atti illegali per finanziare il gioco, e reperire denaro per alleviare una situazione finanziaria causata dal gioco) non sono ritenuti applicabili, mentre ne viene creato uno ex-novo (trascorrere in rete più tempo di quanto preventivato) (Johansson e Gotestam, 2004; Leung, 2004).

Ad oggi la Dipendenza da Internet non ha trovato una collocazione negli attuali sistemi di classificazione nosografica. In mancanza di riferimenti certi per l'inquadramento diagnostico il criterio quantitativo "tempo trascorso in rete" è individuato come elemento ricorrente nelle ricerche effettuate (Young, 1998; La Barbera, 2005; Kraut et al., 1998; Cantelmi e D'Andrea, 2000; La Barbera e Cannizzaro, 2006), ma non c'è accordo sulla quantità di tempo necessaria per

configurare uno stato di dipendenza. Il solo fattore quantitativo non sembra sufficiente per una diagnosi e dovrebbe essere valutato alla luce del funzionamento relazionale del soggetto, del rapporto instaurato con Internet, della condizione occupazionale, della capacità di fronteggiare lo stress ecc. (La Barbera e Cannizzaro, 2008).

3.5.3 Trattamento

Tenendo in considerazione la mancanza di una vera e propria definizione ufficiale di tale stato patologico, sono state prese in esame varie metodiche di trattamento:

- gruppi di auto-aiuto, numerosi negli USA, costituiti da individui accomunati dalla dipendenza da Internet i quali si ritrovano periodicamente per condividere e confrontare le proprie esperienze, nel tentativo di riacquistare il controllo dei propri impulsi e della propria esistenza;
- counseling terapeutico: stimola la presa di coscienza delle motivazioni alla base del comportamento patologico e può fornire un impulso al cambiamento ed alla guarigione;
- psicoterapia individuale, utilizzata soprattutto nei casi in cui la dipendenza da Internet sia affiancata ad una patologia pregressa, in modo tale da far raggiungere al paziente la consapevolezza di parti profonde di sé.

Trattamenti cognitivo-comportamentali

Secondo Young (1999) l'astinenza non è un modello applicabile al trattamento della dipendenza da Internet, dal momento che l'accesso alla rete è comunque un mezzo utile e legittimato in molti ambiti lavorativi.

Young ha preso in esame alcune tecniche di trattamento:

- praticare l'opposto, il cui obiettivo è riorganizzare le abitudini della giornata correlate all'uso di internet in modo da spezzare la routine che si era venuta a creare precedentemente;
- utilizzare metodi di stop esterni, iniziando ad esempio l'utilizzo della rete un'ora precedente un evento che costringa a scollegarsi (es. uscire per andare al lavoro) magari aiutandosi anche con un timer o una sveglia;

- impostare degli obiettivi che siano ragionevoli e non improvvisamente drastici, fruendo della rete in periodi brevi ma frequenti al giorno;
- praticare l'astinenza solamente se un atteggiamento di moderazione d'uso ha fallito. Questa metodica di norma è ben accettata dai soggetti che hanno avuto in precedenza situazioni di dipendenza da alcol o droghe e che sono divenuti dipendenti da Internet proprio come succedaneo alle sostanze; il fatto che precedentemente essi abbiano già affrontato l'esperienza dell'astinenza fa sì che questa venga affrontata meglio;
- utilizzare appunti di richiamo con messaggi su ciò che i pazienti devono evitare tramite una lista dei 5 maggiori problemi causati dalla dipendenza da Internet, ed una lista con i 5 maggiori benefici derivati dall'uscire da tale patologia; questi appunti debbono essere fruibili alla lettura ogni qualvolta sorga l'impulso all'utilizzo della rete;
- stilare un inventario personale di ciò a cui si è rinunciato a causa di Internet, valutando le attività segnate secondo una scala di punteggio e chiedendo al paziente in che modo la pratica di queste attività migliorerebbe la sua vita;
- partecipare a gruppi di supporto, dal momento che la dipendenza da Internet potrebbe esser sorta proprio per cercare un conforto ad un evento spiacevole della propria vita, conforto che a livello umano non si è riusciti ad ottenere;
- attuare una terapia familiare in quelle situazioni in cui la dipendenza ha incrinato proprio i rapporti all'interno della famiglia, istruendo i membri che circondano il paziente a proposito di tale patologia e sulle metodiche di assistenza e di ascolto per aiutare il soggetto ad uscire dalla sua situazione (Young, 1999).

Un approccio terapeutico utilizza la teoria della dissonanza cognitiva per stimolare i dipendenti da internet a cambiare l'attitudine al gioco in qualcosa di positivo. I pazienti venivano stimolati a scegliere cosa descrivere fra i lati positivi e negativi di internet, e ricompensati in seguito all'esercizio (Chiou, 2008)

Un approccio cognitivo comportamentale, la terapia comportamentale razionale-emotiva (REBT) sottolinea che i dipendenti da internet mostrano una bassa

tolleranza agli eventi negativi, perchè presentano credenze irrazionali (intolleranza alla frustrazione) che li portano verso la fantasia e il controllo di internet (Ko, 2008), quindi la terapia mira a correggere quelle credenze (Shu-Sha, 2009).

Farmacoterapia

Nel 2006 è stato effettuato uno studio su 19 soggetti che mostravano un utilizzo compulsivo della rete, trattandoli con Escitalopram, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina o SSRI; al termine della prima fase dello studio in aperto, durata 10 settimane, è risultata una netta riduzione dell'uso di internet da parte dei soggetti. Tuttavia, la seconda fase di 9 settimane in doppio cieco non ha riscontrato rilevanti differenze tra i pazienti sotto Escitalopram ed il gruppo placebo; gli autori concludono sottolineando come ci sia necessità di un trial controllato più ampio per investigare la reale efficacia di questo e di altri agenti farmacologici nel trattamento della dipendenza da Internet (Dell'Osso, 2008). L'efficacia di un altro farmaco, il Naltrexone, antagonista dei recettori oppioidi, è stata dimostrata in un case report del 2008 in un soggetto dipendente da Internet e da Cyber-Sex (Bostwick, 2008), mentre il Metilfenidato è consigliato, sebbene cautamente, nei bambini dipendenti da videogiochi online che siano anche affetti da Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD).

3.6 Dipendenza da sesso

3.6.1 Cenni introduttivi

La dipendenza sessuale è una relazione patologica con il sesso, attraverso la quale la persona si rifugia nella ricerca di un piacere che possa alleviare lo stress, permettendogli di fuggire dai sentimenti dolorosi, dalle relazioni intime che non è capace di gestire. Diventa il bisogno fondamentale a cui si sacrifica tutto, anche le persone, che divengono secondarie rispetto al proprio desiderio sessuale (Cantelmi et al., 2005).

Il sesso rappresenta un rifugio nel quale le emozioni positive, quali l'euforia e il piacere, durano quanto il rituale sessuale, per poi lasciare un senso di vuoto emotivo

e di indifferenza. Cessato l'orgasmo, il soggetto sperimenta sentimenti di autosvalutazione e di vergogna il cui sollievo è assolutamente necessario stabilendo un ciclo vizioso dal quale non riesce ad uscire.

La definizione elaborata da Kafka e Prentky (1997) sottolinea l'incremento dell'attività sessuale a scapito di autentiche relazioni affettive: *“fantasie sessualmente eccitanti, impulsi o attività che coinvolgono interessi e comportamenti sessuali culturalmente accettati che aumentano di frequenza o intensità (per almeno 6 mesi di durata) così tanto da interferire con la capacità di una reciproca attività affettiva”*.

Il comportamento sessuale impulsivo-compulsivo è un fenomeno che affligge circa il 5-6% della popolazione. Nel DSM-IV-TR può rientrare nei Disturbi del Controllo degli Impulsi non altrimenti specificati oppure nei Disturbi Sessuali non altrimenti specificati.

Per Coleman (2003) il paziente ha intense e ricorrenti, parafiletiche o normofile, fantasie di eccitazione sessuale, impulsi sessuali, e comportamenti che possono causare significativo disagio a livello sociale, occupazionale o in altre aree importanti di funzionamento; queste non sono dovute semplicemente ad altre condizioni mediche generali, sostanze di abuso, altri disturbi di asse I o II o disturbi di sviluppo. Da sottolineare il fatto che la sua definizione consideri sia i comportamenti sessuali normofilici che parafiletici.

Per alcuni individui affetti da tale disturbo, l'oggetto di gratificazione sessuale è convenzionale, per altri non lo è ed è classificato come parafilia.

Quando l'oggetto sessuale è parafiletico, il disturbo rientra per il DSM-IV-TR fra i disturbi sessuali, da cui si differenzia per alcuni elementi specifici quali la perdita di controllo e l'incapacità di ridurre il comportamento sessuale.

Il sesso patologico è “la condizione nella quale un individuo percepisce la propria sessualità centrale rispetto alla sua vita ed agisce in risposta ad un irrefrenabile impulso sessuale, indipendentemente dagli effetti negativi che il suo comportamento può arrecare a sé ed agli altri, poichè la soddisfazione del bisogno che genera l'impulso gli procura piacere ed, al contempo, ricava forte disagio, ansia e malessere dalla sua mancata soddisfazione” (Avenia e Pistuddi, 2007).

In generale, il soggetto con tale disturbo ha frequenti e intrusivi pensieri riguardanti il sesso e si fa coinvolgere ripetutamente in comportamenti sessuali che possono uscire dal suo controllo.

I comportamenti messi in atto sono:

- ricerca compulsiva di multipli partners: costantemente l'individuo cerca o scruta l'ambiente alla ricerca di un partner potenziale; vi è una ricerca senza sosta per trovare, conquistare, e soddisfare l'esigenza di uno sfogo sessuale; il bisogno di partner sessuali multipli fa parte di una strategia di controllo dell'ansia o mantenimento dell'autostima. La ricerca compulsiva ha una componente rituale e l'effetto di indurre una trance. I partner sono "oggetti" da usare.
- Fissazione compulsiva su un partner irraggiungibile: anche malgrado una mancanza di risposta reciproca, le fantasie sono elaborate senza l'intrusione della realtà; la fantasia è alimentata dalla potenzialità che qualcosa succeda e la persona fantastica sulla reciprocità dell'amore. In questo caso l'oggetto d'amore è idealizzato e romanzato.
- Masturbazione compulsiva: la cessazione della masturbazione avviene per esaurimento, danno, o pressione sociale estrema piuttosto che per soddisfazione sessuale. Spesso ci sono vissuti di intensa solitudine dopo un orgasmo. Di solito la masturbazione avviene 5-15 volte al giorno. Sono comuni i danni fisici e l'interferenza con il funzionamento lavorativo, sociale, interpersonale e intimo.
- Utilizzo compulsivo della pornografia: ricerca compulsiva ed ossessiva di stimolazione sessuale attraverso la pornografia; frequente il nascondere, accumulare o collezionare compulsivamente materiale erotico e spendere un'eccessiva quantità di denaro nel comprare materiale erotico.
- Utilizzo compulsivo di Internet alla ricerca di gratificazione sessuale, tramite un compulsivo utilizzo di chat alla ricerca di partner sessuali romanzati, per una eccessiva quantità di tempo a scapito del funzionamento occupazionale, sociale, interpersonale o intimo.

- Relazioni affettive multiple compulsive: riguarda la preoccupazione compulsiva e ossessiva circa la ricerca di un intenso sentimento in una nuova relazione. La fantasia e il recitare ruoli diversi costituiscono aspetti fondamentali in questi tipi di relazioni, mentre la realtà diventa intrusiva;
- Sessualità compulsiva nella relazione: espressione compulsiva della sessualità nella coppia, con richiesta di espressione sessuale tramite la manipolazione, la coercizione o la violenza. L'assenza di sesso provoca ansia, depressione e rabbia. Il bisogno di sesso o di espressioni d'amore, di attenzione e di segni di affetto è invece continuo, poiché allevia temporaneamente l'ansia. Le relazioni sono caratterizzate da intensa possessività, gelosia e rabbia (Coleman, 2003).

Vi è un interesse crescente nei confronti di questa condizione, sebbene ancora non riconosciuta come disturbo in sé dalle classificazioni ufficiali e quindi talvolta descritta come "compulsività sessuale", "impulsività sessuale", "dipendenza sessuale".

Storicamente, si riscontrano tracce di descrizioni della sex addiction già nel 1886, anno in cui Richard von Krafft-Ebing, professore di Psichiatria all'Università di Vienna nel suo trattato "Psychopathia Sexualis", spiegava come il desiderio sessuale poteva trovarsi a seguire uno sviluppo anomalo a tal punto "da coinvolgere tutti i pensieri e le sensazioni e da non permettere nessun altro scopo nella vita".

Nel 1897 Sigmund Freud tentò di ipotizzare un legame tra dipendenza e sessualità, affermando in una lettera al collega Wilhelm Fliess che "la masturbazione è la sola grande abitudine, il bisogno primitivo, e che gli altri bisogni, quali l'alcool, la morfina, il tabacco sono solo dei sostituti, dei prodotti di rimpiazzo" (Freud, 1897).

Otto Fenichel (1945) nel suo trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi, riteneva che la sex addiction dovesse considerarsi come mezzo per consentire al soggetto di scaricare momentaneamente il fardello di un profondo stato di tensione.

3.6.2 Aspetti caratterizzanti e criteri diagnostici

Dal momento che attualmente all'interno del DSM-IV TR, la sex addiction è

considerata solo all'interno del disturbo sessuale non altrimenti specificato, vi sono tuttora incertezze sull'inquadramento diagnostico di tale patologia e sul suo trattamento.

Altri studiosi ritengono che la sex addiction sia in realtà una forma di disturbo ossessivo compulsivo e si riferiscono ad esso come "compulsività sessuale" (Cooper, 1998) ponendo il fulcro del comportamento patologico non tanto nel piacere dell'atto, quanto nella riduzione dell'ansia. Infatti, nell'iniziare il ciclo è coinvolta una componente impulsiva (piacere, eccitazione o gratificazione) e nella persistenza del comportamento è coinvolta una componente compulsiva. Per Kafka (1999) la dipendenza sessuale è un disturbo correlato alle parafilie, in quanto condivide con esse alcuni tratti caratteristici tra cui la prevalenza dell'uomo rispetto alla donna, la ripetitività e la stereotipia dei comportamenti sessuali che si caratterizzano dall'elevata frequenza e dall'intensificazione nei periodi di stress.

Altri esperti ritengono che la dipendenza sessuale sia da includere tra le dipendenze comportamentali, basandosi su studi che ne comprovano l'elevata comorbidità, l'esordio in adolescenza o nella prima età adulta, il decorso cronico con le tipiche remissioni ed esacerbazioni e le caratteristiche comportamentali comuni all'abuso di sostanze, come tolleranza ed astinenza (Earle, 1998; Schneider, 1996; Goodman 2007). L'addicted da sesso è spesso caratterizzato da una franca insoddisfazione sessuale con tentativi infruttuosi di allontanare ogni intento sessuale; qualora dovesse subentrare un periodo di assenza da sesso, il soggetto cade in una sindrome da astinenza caratterizzata da ansietà, irritabilità, tremori, emicrania ed insonnia, ovvero un parco sintomatologico spesso riscontrato nelle dipendenze "classiche" o legate a sostanze (Goodman, 2007).

Lowinson (2004) utilizza il modello della dipendenza definendo la sex addiction come una condizione in cui una certa forma di comportamento sessuale viene ad essere impiegata in un pattern caratterizzato almeno da due fattori:

1. un fallimento ricorrente nel controllare gli impulsi;
2. la perseveranza nel continuare determinati comportamenti nonostante le possibili conseguenze dannose.

Al contrario per Levine e Troiden (1988) il sesso compulsivo non può essere considerato una forma di dipendenza, dal momento che, secondo i loro studi, l'improvvisa astensione dal comportamento sessuale non comporta solitamente disagio fisiologico.

Coleman (1986) sottolinea quanto possa risultare dannoso “considerare il sesso come possibile dipendenza e l'astinenza come scopo terapeutico”.

Anche Carnes, nel suo "Clinical Management of Sex Addiction" (2002) in cui propone anch'egli il modello di dipendenza, si trova a constatare che la maggior parte dei professionisti nel campo concordano nell'associare la sex addiction alla definizione di dipendenza stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si ricorda in tale proposito come la dipendenza venga definita dall'OMS come stato psichico e talvolta fisico risultante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza e caratterizzato da modificazioni del comportamento o reazioni che determinano la compulsione ad assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, per sperimentare i suoi effetti psichici e per evitare gli effetti di privazione (OMS, 1978).

Lo stesso Carnes (2007) propone dieci pattern comportamentali per il riconoscimento della sex addiction:

- fallimento ricorrente nel resistere all'impulso di compiere atti sessuali;
- frequente coinvolgimento in questo tipo di comportamenti, in misura maggiore della norma;
- desiderio persistente ed infruttuosi tentativi di cessare, ridurre o controllare questo tipo di comportamenti;
- eccessiva quantità di tempo speso nel cercare sesso;
- preoccupazione per il proprio comportamento;
- frequente coinvolgimento in atteggiamenti sessuali violenti nell'adempimento di azioni lavorative, accademiche, domestiche o sociali;
- perpetrazione del comportamento nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico, psicologico, finanziario, accademico o sociale causato dall'esacerbarsi dello stesso comportamento sessuale;

- necessità di aumentare la frequenza, il numero o l'intensità del comportamento patologico per ottenere l'effetto desiderato;
- rinunciare alle relazioni sociali, occupazionali o ricreative a causa del comportamento patologico;
- reazioni di ansia, irrequietezza o violenza se non è possibile attuare il comportamento sessuale.

Per l'autore questi criteri possono operare a tre livelli: il primo racchiude comportamenti socialmente tollerabili, il secondo comportamenti alquanto pericolosi a rischio di sanzioni penali (voyeurismo, esibizionismo), mentre il terzo comprende comportamenti che hanno gravi conseguenze per la vittima e conseguenze legali per il dipendente (abuso sessuale, pedofilia).

Schneider (1996) ha identificato tre indicatori di dipendenza sessuale:

- compulsività, ovvero la perdita della capacità di scegliere liberamente se interrompere o continuare un determinato comportamento;
- perseveranza nonostante le conseguenze: quando gli addicted portano la loro dipendenza a stadi avanzati, possono causare effetti negativi all'interno della loro vita. Possono così allontanarsi dalla vita familiare per continuare la loro attività sessuale. Questo comportamento può portare i pazienti anche a trascurare i propri figli o a condurre i propri partners alla separazione. Gli addicted rischiano così denaro, famiglia e carriera puramente per soddisfare i loro desideri sessuali e nonostante queste conseguenze essi perseverano nelle loro azioni;
- ossessione, che sopraggiunge quando i pazienti non riescono a staccarsi da un particolare pensiero. Spesso i dipendenti da sesso passano intere giornate sviluppando elaborate fantasie, cercando nuovi metodi per ottenere del sesso, e ripensando a passate esperienze e di conseguenza trascurando altre aree della propria vita di cui dovrebbero occuparsi.

Goodman (2007), sulla base dei criteri proposti dal DSM per l'abuso di sostanze, ha presentato anch'egli una criteriologia per la sex addiction, da lui definito come un modello maladattativo di comportamento che porta ad un impoverimento

cl clinicamente significativo o ad uno stato di malattia, come manifestato da tre o più caratteristiche che ricorrono in qualsiasi momento dello stesso periodo di 12 mesi.

Le caratteristiche da considerare sono:

- la tolleranza, ovvero la necessità di attuare con maggiore frequenza o intensità il comportamento sessuale al fine di ottenere l'effetto desiderato;
- l'astinenza, che si manifesta attraverso una sindrome psicofisiologica determinata dall'interruzione del comportamento;
- la presenza di tentativi infruttuosi per sopprimere il comportamento sessuale;
- il tempo sempre crescente impiegato nel porre in atto il comportamento patologico a tal punto da compromettere le altre attività quotidiane;
- la perseveranza nel comportamento nonostante la consapevolezza che esista un problema psicologico e fisico.

“In sintesi, la dipendenza sessuale è una sindrome nella quale una certa forma di comportamento sessuale influenza la vita di un individuo in maniera tale da accordarsi con la definizione di dipendenza o da soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo di dipendenza” (Goodman, 2007).

3.6.3 Aspetti epidemiologici

I dati statistici riguardanti la dipendenza sessuale nella popolazione generale risultano esigui e di difficile rilevazione: secondo Coleman (1992) ciò si deve al fatto che questa patologia non è ancora stata riconosciuta come oggetto di studio da molte comunità scientifiche e soprattutto al fatto che la vergogna ed il desiderio di segretezza ostacolano il paziente nel richiedere aiuto.

Essa viene a coinvolgere tra il 3% ed il 6% della popolazione generale, comportando spesso conseguenze gravi in ambito economico, relazionale, lavorativo e legale (Sideli, 2008; Mick e Hollander 2006).

Il rapporto maschi/femmine pare essere di 3/1. La maggioranza dei soggetti affetti è di sesso maschile, e la prevalenza nei maschi aumenta nei casi di dipendenza sessuale in associazione con parafilie (Coleman, 1992).

Attualmente una ricerca AIRS (Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia)

datata 2004 ha constatato che "il normotipo del dipendente sessuale è: uomo, tra i 36 ed i 50 anni, residente al nord Italia, con licenza media inferiore, separato o vedovo".

In Italia, un'indagine del CeDiS del 2003 su 240 soggetti ha rilevato che vengono colpiti da disturbo da sesso compulsivo il 3% delle donne ed il 6% degli uomini, di età tra i 35 ed i 40 anni; il 40% del campione risultato positivo è coniugato, il 33% è single, il 22% è divorziato ed il 5% è separato. Il 64% dei dipendenti sessuali è eterosessuale, il 18% omosessuale, l'11% bisessuale e l'8% risulta insicuro riguardo il proprio orientamento sessuale.

Per quanto riguarda il tipo di comportamento sessuale messo in atto, alcuni studi riportano (Mick e Hollander, 2006) che i più rappresentati sono masturbazione compulsiva, ricerca compulsiva di partner sessuali e rapporti sessuali con partner multipli, pornografia. Questi soggetti trascorrono circa 1-2 ore al giorno coinvolti nei pensieri, impulsi o comportamenti sessuali e 15-30 minuti al giorno coinvolti in un comportamento sessuale con un partner compiacente. Non in tutti gli studi veniva riportata la presenza di pensieri persistenti riguardo il comportamento sessuale messo poi in atto.

3.6.4 Ipotesi diagnostiche

Dal momento che attualmente all'interno del DSM-IV TR, la sex addiction è considerata solo all'interno del "disturbo sessuale non altrimenti specificato", vi sono tuttora incertezze sull'inquadramento diagnostico di tale patologia e sul suo trattamento.

Altri studiosi ritengono che la sex addiction sia in realtà una forma di disturbo ossessivo compulsivo e si riferiscono ad esso come "compulsività sessuale" (Cooper, 1998) ponendo il fulcro del comportamento patologico non tanto nel piacere dell'atto, quanto nella riduzione dell'ansia. Infatti, nell'iniziare il ciclo è coinvolta una componente impulsiva (piacere, eccitazione o gratificazione) e nella persistenza del comportamento è coinvolta una componente compulsiva. (Mick e Hollander, 2006). Per Kafka (1999) la dipendenza sessuale è un disturbo correlato alle parafilie, in

quanto condivide con esse alcuni tratti caratteristici tra cui la prevalenza dell'uomo rispetto alla donna, la ripetitività e la stereotipia dei comportamenti sessuali che si caratterizzano per l'elevata frequenza e l'intensificazione nei periodi di stress.

Altri esperti ritengono che la dipendenza sessuale sia da includere tra le dipendenze comportamentali, basandosi su studi che ne comprovano l'elevata comorbidità, l'esordio in adolescenza o nella prima età adulta, il decorso cronico con le tipiche remissioni ed esacerbazioni e le caratteristiche comportamentali comuni all'abuso di sostanze, come tolleranza ed astinenza (Earle, 1998; Schneider, 1997; Goodman 1998). L'addicted da sesso è spesso caratterizzato da una franca insoddisfazione sessuale con tentativi infruttuosi di allontanare ogni intento sessuale; qualora dovesse subentrare un periodo di assenza da sesso, il soggetto cade in una sindrome da astinenza caratterizzata da ansietà, irritabilità, tremori, emicrania ed insonnia, ovvero un parco sintomatologico spesso riscontrato nelle dipendenze "classiche" o legate a sostanze (Goodman, 1998).

Lowinson (2004) utilizza il modello della dipendenza definendo la sex addiction come una condizione in cui una certa forma di comportamento sessuale viene ad essere impiegata in un pattern caratterizzato almeno da due fattori:

1. un fallimento ricorrente nel controllare gli impulsi;
2. la perseveranza nel continuare determinati comportamenti nonostante le possibili conseguenze dannose.

Al contrario, per Levine e Troiden (1988) il sesso compulsivo non può essere considerato una forma di dipendenza, dal momento che, secondo i loro studi, l'improvvisa astensione dal comportamento sessuale non comporta solitamente disagio fisiologico.

Coleman (1986) sottolinea quanto possa risultare dannoso “considerare il sesso come possibile dipendenza e l'astinenza come scopo terapeutico”.

Carnes, nel suo "Clinical Management of Sex Addiction" (2002) in cui propone anch'egli il modello di dipendenza, si trova a constatare che la maggior parte dei professionisti nel campo concordano nell'associare la sex addiction alla definizione di dipendenza stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1978), ovvero

“uno stato psichico e talvolta fisico risultante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza e caratterizzato da modificazioni del comportamento o reazioni che determinano la compulsione ad assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, per sperimentare i suoi effetti psichici e per evitare gli effetti di privazione”.

Lo stesso Carnes (2007) propone dieci pattern comportamentali per il riconoscimento della sex addiction:

- fallimento ricorrente nel resistere all'impulso di compiere atti sessuali;
- frequente coinvolgimento in questo tipo di comportamenti, in misura maggiore della norma;
- desiderio persistente ed infruttuosi tentativi di cessare, ridurre o controllare questo tipo di comportamenti;
- eccessiva quantità di tempo speso nel cercare sesso;
- preoccupazione per il proprio comportamento;
- frequente coinvolgimento in atteggiamenti sessuali violenti nell'adempimento di azioni lavorative, accademiche, domestiche o sociali;
- perpetrazione del comportamento nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico, psicologico, finanziario, accademico o sociale causato dall'esacerbarsi dello stesso comportamento sessuale;
- necessità di aumentare la frequenza, il numero o l'intensità del comportamento patologico per ottenere l'effetto desiderato;
- rinunciare alle relazioni sociali, occupazionali o ricreative a causa del comportamento patologico;
- reazioni di ansia, irrequietezza o violenza se non è possibile attuare il comportamento sessuale.

Per l'autore questi criteri possono operare a tre livelli: il primo racchiude comportamenti socialmente tollerabili, il secondo comportamenti alquanto pericolosi a rischio di sanzioni penali (voyeurismo, esibizionismo), mentre il terzo comprende comportamenti che hanno gravi conseguenze per la vittima e

conseguenze legali per il dipendente (abuso sessuale, pedofilia).

Schneider (1997) ha identificato tre indicatori di dipendenza sessuale:

- compulsività, ovvero la perdita della capacità di scegliere liberamente se interrompere o continuare un determinato comportamento;
- perseveranza nonostante le conseguenze: quando gli addicted portano la loro dipendenza a stadi avanzati, possono causare effetti negativi all'interno della loro vita. Possono così allontanarsi dalla vita familiare per continuare la loro attività sessuale. Questo comportamento può portare i pazienti anche a trascurare i propri figli o a condurre i propri partners alla separazione. Gli addicted rischiano così denaro, famiglia e carriera puramente per soddisfare i loro desideri sessuali e nonostante queste conseguenze essi perseverano nelle loro azioni;
- ossessione, che sopraggiunge quando i pazienti non riescono a staccarsi da un particolare pensiero. Spesso i dipendenti da sesso passano intere giornate sviluppando elaborate fantasie, cercando nuovi metodi per ottenere del sesso, e ripensando a passate esperienze e di conseguenza trascurando altre aree della propria vita di cui dovrebbero occuparsi.

Goodman (1998), sulla base dei criteri proposti dal DSM per l'abuso di sostanze, ha presentato anch'egli una criteriologia per la sex addiction, da lui definito come un modello maladattativo di comportamento che porta ad un impoverimento clinicamente significativo o ad uno stato di malattia, come manifestato da tre o più caratteristiche che ricorrono in qualsiasi momento in un periodo di 12 mesi.

Le caratteristiche da considerare sono:

- la tolleranza, ovvero la necessità di attuare con maggiore frequenza o intensità il comportamento sessuale al fine di ottenere l'effetto desiderato;
- l'astinenza, che si manifesta attraverso una sindrome psicofisiologica determinata dall'interruzione del comportamento;
- la presenza di tentativi infruttuosi per sopprimere il comportamento sessuale;

- il tempo sempre crescente impiegato nel porre in atto il comportamento patologico a tal punto da compromettere le altre attività quotidiane;
- la perseveranza nel comportamento nonostante la consapevolezza che esista un problema psicologico e fisico.

“In sintesi, la dipendenza sessuale è una sindrome nella quale una certa forma di comportamento sessuale influenza la vita di un individuo in maniera tale da accordarsi con la definizione di dipendenza o da soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo di dipendenza” (Goodman, 1998).

3.6.5 Concettualizzazioni cognitive

Un concetto di base per la comprensione dal punto di vista cognitivo è il sentimento della vergogna: tale sentimento si verifica nel bambino quando un suo stato di arousal non corrisponde alla stessa reazione da parte del genitore. Tale sentimento ha la sua importanza per lo sviluppo del controllo delle emozioni e dei comportamenti del bambino. La vergogna si manifesta quando si ha un momento di mancata connessione emotiva tra bambino e genitore, che porta il bambino a sviluppare un autocontrollo nel tentativo di ritrovare quella connessione perduta. Nel caso in cui, in seguito alla vergogna ed alla reazione del bambino, non si riformi la comunicazione fra genitore e figlio, si manifesta un sentimento di umiliazione che porta il bambino ad un adattamento negativo, esasperandone l'autocontrollo. Così emozioni e comportamenti restano repressi e si formano alcune convinzioni di base disfunzionali. In alcuni casi non si riesce più a provare vergogna, essendo anche questa emozione repressa; oppure si crea una confusione emotiva con scarsa capacità di gestione delle emozioni. In entrambi i casi si crea una difficoltà nella gestione delle emozioni e delle relazioni interpersonali, associata ad un sentimento di distacco dagli altri e incapacità a provare piacere, scarsa autostima, scarsa capacità di trovare un significato per la propria vita e scarsa capacità di controllo degli impulsi. Si crea nell'individuo la tendenza ad avere un ciclo di controllo e allentamento; da una parte la persona è eccessivamente controllata e rigida a causa del sentimento di

vergogna, d'altra parte si crea un allentamento per sfuggire a questa tensione, a questa vergogna, con rilassamento della volontà consapevole per sfuggire alla sofferenza provata durante la vita. Si crea un circolo vizioso dove ogni parte rafforza l'altro: maggiore è il controllo maggiore sarà la fuga, e per compensare questa perdita di conseguenza aumenterà maggiormente il controllo, e così via.

Le credenze di base disfunzionali sono collegate al sentimento di vergogna e riguardano fondamentalmente:

- sè stessi: autosvalutazione che giustifica quel sentimento di umiliazione e viene confermata dalle perdite ripetute di controllo;
- le relazioni: convinzione di essere incapace di avere relazioni intime profonde che sostiene il mondo interno del paziente e che rafforza il distacco dagli altri;
- il non essere in grado di soddisfare i propri bisogni che rafforza la dipendenza; essendo convinti di non poter ottenere nulla di buono dalle relazioni umane non le cercano e si rifugiano nel comportamento dipendente.

Inevitabilmente l'euforia che deriva dal comportamento sessuale dura quanto il rituale messo in atto; cessato quello l'individuo può in alcuni casi sperimentare sentimenti negativi di autosvalutazione per i quali cerca sollievo, e così si crea un circolo vizioso in cui il comportamento viene ripetuto sempre più spesso. In altri casi i soggetti dipendenti hanno perso il contatto con le emozioni, ed in seguito all'atto sessuale provano soltanto un vuoto emotivo, che tentano di riempire con un nuovo atto sessuale.

3.6.6 La porno-dipendenza

E' definita come la ricerca compulsiva del piacere sessuale che si raggiunge attraverso l'autoerotismo e/o tramite la visione di materiale pornografico (S.I.I.Pa.C., 2008).

Nonostante le origini antiche è solo in tempi recenti, con l'avvento di internet, che si è assistito ad una ripresa di questa patologia e a nuovi modi di manifestazione. In

tempi passati il materiale pornografico veniva reperito su giornali o videocassette e successivamente "nascosto", raramente per fruirne di nuovo. Oggi invece Internet permette di accedere in qualunque momento della giornata e per il tempo desiderato ad ogni forma di materiale pornografico, dall'oggetto di fruizione "passiva" quali video o immagini, alle dinamiche di interazione tra utenti che possono sperimentare il "sesso virtuale".

Il soggetto affetto può trascorrere anche 12 ore al giorno a consultare materiale pornografico, isolandosi così dalla realtà e dagli impegni quotidiani, compiendo una masturbazione compulsiva e prolungata secondo ritmi controllati allo scopo di massimizzare il piacere della visione pornografica. Quando poi lo stato di eccitazione muta in malessere, l'unica possibilità di interruzione è l'eiaculazione (S.I.I.Pa.C., 2008).

La masturbazione, accompagnata da euforia, dura quanto l'atto sessuale, sfociando, dopo l'orgasmo, in sensi di colpa; i pazienti si ripropongono di cessare il comportamento patologico, a volte giungono a cancellare tutto il materiale pornografico in loro possesso ma ciò non è sufficiente a far cessare l'atto compulsivo, per cui essi riprenderanno ad acquisire altro materiale avendone libero accesso tramite la rete.

La porno-dipendenza si trova così a modificare in modo negativo tutti gli aspetti della vita di un soggetto; soprattutto dal punto di vista sessuale si segnala:

- un calo quasi completo di desiderio sessuale nei confronti del/della partner, caratterizzato da una sorta di fastidio per il suo corpo, e da semi-impotenza o impotenza nell'atto sessuale;
- possibilità di erezione ed eiaculazione solo tramite la visione di materiale pornografico;
- dolore intenso testicolare al momento dell'eiaculazione;
- condizionamento a guardare donne/uomini reali esclusivamente come corpi pornografici.

All'interno delle varie modalità di fruizione del materiale pornografico o dell'interazione diretta on-line, si riscontrano casi, da parte degli utilizzatori

patologici, in cui prevale chiaramente una situazione di chiusura verso il mondo esterno.

Un'interpretazione più tradizionale attribuirebbe dei tratti anche di tipo sessuofobico, in quanto chi consuma sesso on-line ha una sostanziale paura della relazione fisica sul piano reale optando così per una strada protetta, difesa, contraddistinta proprio da una dimensione quasi sessuofobica del contatto reale. Tutto sommato ciò risulta vero solo in parte, in quanto si constatano situazioni di abuso e dipendenza anche in individui che possiedono discrete risorse relazionali ed affettive e che sviluppano dipendenza non tanto per paura del sesso vero, quanto per un atteggiamento di tipo ludico. Alcuni mantengono questo aspetto sotto controllo, in altri soggetti invece si riscontra un coinvolgimento progressivo, che può sfociare nella compulsività con la necessita di collegarsi per un tempo via via crescente, anche fino a 15 ore al giorno, e quotidianamente. (Caretto e La Barbera, 2005).

3.6.7 Trattamento

Data la particolarità della patologia, ci si chiede se i soggetti dipendenti siano o meno consapevoli della loro malattia (Avenia e Pistuddi, 2007).

A volte i pazienti non individuano in sé stessi i segni di dipendenza ma si presentano per disturbi della sfera sessuale, o vengono condotti dai partner preoccupati dal loro comportamento sessuale; fondamentale è spiegare che si può guarire e che vi sono molti iter terapeutici, dai gruppi di auto aiuto alla psicoterapia individuale e di coppia, alla terapia farmacologica.

Allo stato attuale non esistono interventi d'elezione per la dipendenza da sesso, tuttavia sono stati individuati diversi approcci che hanno dato risultati incoraggianti. Avenia e Pistuddi (2007) offrono un piano di lavoro terapeutico che prevede due fasi, in cui nella prima si applica un lavoro di gruppo improntato su un'ottica cognitivo-comportamentale diretta alla modificazione del comportamento sessuale patologico tramite il riconoscimento dei fattori che lo hanno prodotto, imparando a gestire l'impulsività e a raggiungere consapevolezza della patologia superando i sensi

di colpa che tendono invece ad isolare il paziente.

La seconda fase consiste in un lavoro psicodinamico basato sull'elaborazione di eventuali abusi o traumi subiti durante l'infanzia o l'adolescenza.

Inoltre, sembra essere utile la terapia familiare o di coppia, al fine di ristabilire la fiducia tra i soggetti rendendo entrambi i partners partecipi del processo di guarigione (Bird, 2006).

Esistono in USA gruppi di autoaiuto come la Sexaholics Anonymous e la Sex Addicts Anonymous diffusi in diversi Stati. Inoltre, esistono diversi programmi a 12 passi simili a quello offerto dalla Alcolisti Anonimi.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, vi sono difficoltà negli studi con SSRI per l'alta positività di risposta al placebo dei gruppi controllo: uno studio randomizzato con citalopram 20-60mg/die sul comportamento sessuale rischioso e compulsivo non ha mostrato una significativa differenza dal placebo, la cui risposta è comunque risultata elevata. Esistono studi in aperto con fluoxetina in pazienti con dipendenza da sesso con risultati positivi, il campione però risultava positivo per distimia per il 56%. Uno studio ha utilizzato il metilfenidato in aggiunta alla fluoxetina, con miglioramento dei comportamenti sessuali eccessivi. Sono emerse evidenze di efficacia anche per sertralina, nefazodone per cui non sono emersi effetti collaterali sessuali. Esistono poi case reports di successi terapeutici con litio, buspirone, triciclici, diversi SSRI, antipsicotici atipici, naltrexone e topiramato (Mick e Hollander, 2006).

L'utilizzo di antiandrogeni come il medrossiprogesterone acetato oppure stimolanti il rilascio di gonadotropine, utilizzati nel trattamento dei criminali sessuali non paiono indicati in quanto tendono ad eliminare interamente il desiderio sessuale. Un recente studio ha posto in esame l'efficacia di un analogo a lunga azione del fattore di rilascio della gonadotropina, il Triptorelin, come terapia farmacologica per la dipendenza da sesso; i risultati incoraggianti spingono ad ampliare comunque la casistica per una maggiore conferma dei dati ottenuti (Safarinejad, 2009).

Nei pazienti dipendenti da sesso in cui la dipendenza da componente orgasmica (DRO) è prevalente, si sono ottenuti buoni risultati con la fluvoxamina alla dose tra

150 e 250 mg/die, benchè la riduzione della libido sia un effetto collaterale non sottovalutabile e spesso spiacevole per il paziente, nonostante i benefici che il farmaco porta nel controllo dell'impulsività (Pallanti, 2002).

Come regola generale, per scegliere un farmaco è importante basarsi sul sintomo prominente e sulla comorbidità psichiatrica: se i soggetti presentano disturbi ossessivo-compulsivi, d'ansia o depressivi, è preferibile utilizzare un SSRI; se ha altri sintomi di dipendenza, utilizzare un agonista oppiaceo; se si associa un disturbo dello spettro bipolare utilizzare uno stabilizzatore dell'umore; se presenta sintomi dell'ADHD, trattare con stimolanti o inibitori dell'uptake di dopamina e noradrenalina.

Le benzodiazepine in generale non sono raccomandate perchè possono disinibire e quindi facilitare il comportamento impulsivo. Il loro utilizzo va ristretto all'agitazione psicomotoria acuta e all'aggressività in situazioni di emergenza (Hollander e Wong, 1995).

La gestione dei sintomi e la prevenzione delle ricadute sono gli obiettivi a breve termine della terapia, mentre l'autoregolazione e lo sviluppo di relazioni interpersonali significative si annoverano tra gli obiettivi a lungo termine.

3.7 Dipendenza da Sport

Nella società odierna la pratica di un'attività fisica, finalizzata alla salute e al benessere rappresenta, per la maggior parte degli individui, una componente ormai essenziale del lavoro quotidiano, rientrando tra le abitudini comportamentali dell'essere umano, addirittura consigliate per mantenere un sano stile di vita. È difficile quindi immaginare come sport e ginnastica possano dare origine ad un comportamento all'opposto dannoso. Tuttavia è indicativo dell'emergere di un problema in quest'area comportamentale, quando il fitness diventa un'esigenza da mettere al primo posto, condizionando la nostra giornata e le nostre azioni.

Quindi una condizione di dipendenza si instaurerebbe quando lo sport da attività che praticata nella giusta misura aiuta a superare ansia e depressione, regalando

slancio e relax per affrontare momenti importanti della nostra esistenza, muta invece in droga, in grado di produrre sia piacere, ma anche veri e propri sintomi di astinenza fisica.

La dipendenza da sport è una forma di dipendenza che si manifesta non solo sul piano fisico, ma anche psicologico e risulta caratterizzata da esercizio fisico perpetrato, con comparsa dei primi sintomi d'astinenza dopo 24-36 ore di mancata pratica dell'attività sportiva (Cleere, 2005).

Il concetto di "dipendenza da sport" fu formulato già nel 1969 quando il dottor J.C. Little prese in esame un gruppo di uomini di mezza età che continuavano a praticare la corsa, sebbene presentassero problemi di salute causati da traumatismi per l'eccessivo esercizio ("athletic neurosis").

I primi approcci al problema della dipendenza dallo sport derivano dalla medicina sportiva che ha affrontato questa patologia secondo una prospettiva fisiologica. In tale ottica, la dipendenza dallo sport è stata incasellata nei termini della cosiddetta "overtraining syndrome" (sovrallenamento), ossia quella condizione fisiologica di squilibrio che deriva da intensi e troppo ravvicinati sforzi fisici i quali non permettono all'organismo un buon recupero e riducono, di conseguenza, le possibilità di smaltire lo sforzo, ricaricandosi a livello fisico e psicologico (Cascua, 2004).

L'incidenza di tale patologia è stata presa in esame da Stannard (2002), il quale rilevò una netta maggioranza di uomini rispetto alle donne e differenze motivazionali che conducono al comportamento patologico in esame; nelle donne, infatti, fungeva da stimolo il desiderio di migliorare il proprio aspetto, mentre per gli uomini il discorso era improntato sull'ottenimento di un benessere psicofisico.

A soffrire di dipendenza da sport sarebbe l'1% circa della popolazione, cioè persone la cui esistenza ruota intorno al programma da svolgere in palestra, che si sentono a disagio o in colpa se sono costrette a saltare un allenamento.

Sono stati eseguiti molteplici studi nel tentativo di stabilire quali meccanismi neurobiologici fossero implicati nella trasformazione dello sport. L'ipotesi che appare verificata è la grande capacità dello sport di aumentare la disponibilità della

dopamina e delle cosiddette beta-endorfine (sostanze chimiche endogene del cervello dall'effetto simile agli oppioidi esogeni, quali eroina e morfina). Lo sport, soprattutto quello aerobico, sarebbe quindi in grado di determinare una dipendenza in base alla sua capacità di sostenere l'alta disponibilità di queste sostanze di cui il cervello percepisce la mancanza, con l'insorgenza di una sintomatologia astinenziale. Il ruolo delle endorfine pare confermato in quanto subiscono un aumento di concentrazione nel nucleo accumbens e nel tegmento ventrale, dopo 15 minuti dall'inizio dell'attività fisica (Blake, 1984).

Dishman (1997) suggerì una partecipazione monoaminergica nell'exercise addiction dimostrando che, sui ratti, un esercizio fisico perpetrato produceva un aumento della noradrenalina nel lobo frontale e nell'ippocampo, aree correlate a risposte comportamentali da stress.

È opportuno comunque distinguere una pratica sportiva, anche eccessiva, che pur mettendo a rischio la nostra salute, è però finalizzata ad uno scopo preciso (ad esempio una competizione agonistica), da una vera e propria forma di dipendenza (Lucchini e Cicerone, 2011).

Si possono distinguere infatti diverse forme di comportamenti non equilibrati nell'area dello sport. Si definiscono “sani nevrotici” coloro che dalla loro pratica sportiva ottengono una sensazione di benessere e soddisfazione. Alla categoria degli “sportivi compulsivi” appartengono invece quelli fanno attività fisica con una precisa routine che serve a dar loro un senso di superiorità morale e l'illusione di un controllo sulla propria vita.

Infine i veri e propri “dipendenti da sport” per i quali il fitness rappresenta un mezzo per alleviare uno stato di malessere o per conferire un senso ad una vita per il resto percepita come vuota e priva di significato (Lucchini e Cicerone, 2011).

L'exercise addiction può inoltre essere suddivisa in primaria e secondaria (Veale, 1995):

- la primaria è legata a motivazioni puramente di benessere psicofisico;
- la secondaria si ritrova associata a disordini del comportamento alimentare, tra cui l'Anoressia e la Bulimia Nervosa. Casi particolari sono l' "ortoressia

nervosa" (Di Maria, 2006), una condizione in cui il paziente, oltre a presentare exercise addiction, è ossessionato dal nutrirsi unicamente di cibi ritenuti sani; la "bigoressia", detta anche "anoressia inversa", caratterizzata da una dispercezione di se stessi e considerabile come una forma specifica di dismorfismo corporeo la quale porta a vedere il proprio apparato muscolare non del tutto sviluppato spingendo, di conseguenza, ad un'attività fisica intensa per ovviare a questo difetto percepito (Monaco, 2007).

Hausenblas (2002) ha individuato sette criteri per effettuare diagnosi di dipendenza da sport, ponendo come cut-off un minimo di 3 tra i seguenti cluster:

1. tolleranza, ovvero necessità di allenarsi sempre più frequentemente per mantenere gli stessi benefici psicofisici;
2. sintomatologia fisica e psicologica (disturbi dell'umore in primis) qualora si attui astinenza;
3. prolungamento dell'attività fisica rispetto a quanto prefissato;
4. tentativi infruttuosi di cambiare il comportamento patologico (segno di perdita di controllo);
5. significativa quantità di tempo impiegato nel praticare l'esercizio fisico;
6. sottrazione di tempo alle normali attività quotidiane per svolgere gli esercizi fisici con conseguente compromissione dei rapporti sociali, lavorativi e familiari;
7. overtraining syndrome, ovvero la perseveranza all'allenamento nonostante la presenza di problemi fisici.

Per quel che riguarda l'approccio terapeutico verso questi pazienti, esso si pone l'obiettivo di ridimensionare l'attività fisica facendo ricostituire, al paziente, un rapporto sano con il proprio corpo. La Barbera (2008) suggerisce "le quattro R della riabilitazione":

- Riconoscere il problema.
- Rendere il soggetto consapevole della propria tendenza a negare il problema, collaborando con professionisti del settore sportivo. Una volta individuata la presenza dei cosiddetti indicatori-chiave della patologia, si invia il soggetto ad

un'equipe composta da medico sportivo, istruttore, psicologo dello sport e, se è il caso, nutrizionista.

- Rallentare il ritmo, anche tramite l'ausilio di attività di gruppo.
- Rivivere positivamente il proprio corpo, senza seguire ideali di bellezza proposti dall'esterno (Veale, 2001).

Come accennato prima, la particolare forma di dipendenza da sport denominata Bigoressia o Complesso di Adone, risulta caratterizzata da un'ossessiva attenzione per la propria forma fisica e per lo sviluppo muscolare. Tali soggetti trascorrono ore in palestra, si sottopongono ad esercizi di potenziamento muscolare, si scrutano ripetutamente allo specchio per valutare lo sviluppo dei singoli muscoli, si sottopongono a diete iperproteiche e si pesano in continuazione. Essi abusano di integratori e nei casi più gravi, giungono addirittura ad utilizzare farmaci anabolizzanti, nella convinzione che il fitness da solo non sia sufficiente a determinare l'ipertrofia muscolare desiderata. Uno studio condotto negli anni '80 aveva mostrato come, già all'epoca, il 45% dei maschi e il 55% delle femmine si dichiarasse insoddisfatto della propria immagine corporea, mentre dati recenti evidenziano come il 40% degli uomini intervistati si sottoporrebbe addirittura ad un intervento chirurgico, pur di migliorare l'aspetto dei muscoli pettorali (Hatfield e Sprecher, 1980).

Sia gli anabolizzanti sia gli integratori ed un loro abuso/ dipendenza possono essere inseriti in un'accezione più ampia che va sotto il nome di doping, ovvero del loro utilizzo nella pratica sportiva per ottenere un incremento delle consuete prestazioni psicofisiche (Rothenberg, 2005).

Ancora più rischioso è, infine, l'assunzione di integratori alimentari di provenienza estera (per lo più orientale, venduti spesso tramite Internet, totalmente al di fuori di ogni circuito di controllo igienico-sanitario) che promettendo miracoli, possono costituire una tentazione soprattutto per l'atleta adolescente che sta attraversando la sua fase evolutiva narcisistica, necessaria per acquisire una piena e soddisfacente identità di sé.

Strumenti di valutazione per la dipendenza da esercizio sono:

- Exercise Dependence Questionnaire (EDQ: Odgen et al., 1997) composto da 29 item che indagano la dipendenza da esercizio in funzione anche dei disturbi alimentari. Permette di distinguere tra dipendenza primaria e secondaria.
- Exercise Dependence Scale-21 (EDS-21: Hausenblas et al., 2002b) composto da 7 sottoscale che riflettono i criteri del DSM per la tossicodipendenza; permette di differenziare tra soggetti a rischio, non dipendenti-sintomatici e non dipendenti-asintomatici. Inoltre permette di specificare la presenza o meno di dipendenza fisica; è somministrabile a soggetti di età non inferiore a 18 anni.
- Exercise Belief Questionnaire (EBQ: Loumidis, Wells, 1998) valuta le credenze relative alle conseguenze dell'assenza di esercizio fisico sulla base di 4 fattori: desiderabilità sociale, aspetto fisico, funzionamento mentale/emotivo, vulnerabilità alla malattia.
- Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ: Pasman, Thompson, 1991) valuta la tendenza a non interrompere la pratica di esercizio fisico anche in presenza di condizioni fisiche inadeguate.
- Exercise Addiction Inventory (EAI: Griffith et al., 2005) composto da soli 6 item risulta molto semplice e viene utilizzato soprattutto per le autovalutazioni.

3.8 Dipendenza Affettiva e Relazionale

Una relazione amorosa di dipendenza può assumere due diverse forme: quella della dipendenza affettiva o quella della dipendenza relazionale (Skodol, 1996). Nel primo caso si tratta di una forma di attaccamento esclusivo ed alienante dalle persone con cui si hanno i più frequenti rapporti sociali, rappresentata da richieste (azione remissiva) o offerte (azione dominante) compulsive di aiuto, nel secondo caso invece si instaura una condizione di dipendenza non dissimile da quella che si verifica nella fase in cui il tossicodipendente continua a drogarsi, nonostante il piacere iniziale sia già svanito da molto tempo. Entrambe hanno comunque in comune l'aspetto "dipendente, distruttivo, eccessivo ed ossessivo" (Straussner, 2002).

Queste due problematiche possono essere vissute in forme più o meno gravi, da episodi più o meno circoscritti nel tempo fino a diventare un *modus vivendi* pervasivo. Spesso si associano ad altre tipologie di dipendenza, come nei casi di “codipendenza”, cioè di quelle coppie formate da un alcolista, tossicomane o sex-addict e dal suo partner, il quale presenta un accentramento inconscio sulle problematiche dell'altro, e alimenta dinamiche relazionali che di fatto mantengono lo stato patologico del paziente (Valleur e Matysiak, 2004).

Anche in questo caso tale sorta di dedizione ritrova le sue origini in vissuti infantili; spesso nelle famiglie di queste donne vi erano già situazioni di alcolismo che hanno agito da imprinting nel considerare, fulcro di ogni attenzione, i soggetti etilisti (Straussner, 2002).

L'attualità della dipendenza affettiva o relazionale si evidenzia in quanto un'instabilità o una precarietà delle relazioni affettive tradizionali (coppia, famiglia) tendono a selezionare modelli comportamentali conflittuali e a favorire la formazione di legami affettivi deboli o anomali. Si riscontrano, infatti, nelle coppie che subiscono una modificazione definibile “disfunzionale” (Siipac, 2009), numerose situazioni di fragilità che risultano vincolate a tratti di personalità resi patologici da eventi traumatici.

Vi sono molti sinonimi per definire la dipendenza affettiva: “droga d'amore”, “intossicazione psicologica”, “Love Addiction” e molti altri.

Questa forma di dipendenza troverebbe la sua origine in bisogni infantili affettivi inappagati: i bambini, i cui bisogni d'amore rimangono non riconosciuti, possono adattarsi imparando a limitare le loro aspettative (Herman, 1997). Tale processo di limitazione può portare alla creazione di pensieri secondo i quali i bisogni del soggetto non sono importanti, pensieri di sottostima delle proprie capacità e convinzione di non essere degni di ricevere amore. Di conseguenza, una volta adulti, tali soggetti dipendono dagli altri per quanto concerne la cura di se stessi e la soluzione dei loro problemi; sono individui che vivono continuamente il timore di essere respinti, del rifiuto, rifuggono il dolore, non hanno fiducia nelle loro abilità e si giudicano persone non degne d'amore.

I dipendenti affettivi vivono un amore inibito e caratterizzato da una costante ossessione nei confronti del soggetto amato, ai limiti del parassitismo psicologico; la possessione nei confronti del partner è portata all'eccesso, si tende a fare di tutto per preservare la relazione, temendo il cambiamento, ma alla fine il rapporto sostanzialmente manchi di una reale intimità. Il desiderio di fusione con l'altro, tipico delle fasi di innamoramento, considerabile passaggio fisiologico, nel soggetto affetto da dipendenze affettive permane invece per tutta la durata della relazione; la dedizione al partner sarà totale e dedicata unicamente al soddisfare le sue esigenze, senza curarsi delle proprie.

La prospettiva di Giddens individua alcune caratteristiche dei dipendenti affettivi: l'ebbrezza, la dose e la perdita dell'Io.

Infatti il soggetto riferisce che la reazione del partner scatena una sensazione di ebbrezza, che gli è indispensabile per stare bene. Inoltre si sente costretto a cercare dosi sempre maggiori di presenza e di tempo da trascorrere insieme al partner, e l'allontanamento dal quale determina uno stato di prostrazione per il pensiero di non poter nemmeno pensare ad una vita in cui il partner non ci sia. L'aumento della dose nella maggior parte dei casi esclude la coppia dal resto del mondo. Nella dipendenza affettiva esiste un alto rischio di perdita del sé e della capacità critica. Secondo lo stesso autore la dipendenza affettiva è una reazione difensiva ed una fuga, un riconoscimento di mancanza di autonomia (Guerreschi, 2005).

Nelle relazioni dei "love addicted" la sessualità non ritrova mai un posto significativo, bensì viene soltanto usata per mantenere saldo il legame tra i due partners, in quanto il legame dell'altro è un espediente per ottenere una sicurezza interiore carente. Il partner diventa così una figura di salvataggio, una boa attorno alla quale il dipendente costruisce la sua vita e senza la quale il soggetto vive sensazioni di non-esistenza (DuPont, 2000).

Dalla letteratura emerge che nel 99% i dipendenti affettivi sono di sesso femminile, in tutte le fasce d'età, dalle post-adolescenti (età dai 20 ai 27) fino alle adulte con figli piccoli (al di sotto dei 14 anni) ma anche grandi, intorno ai 45 anni (Miller, 1997).

Le origini della dipendenza affettiva si trovano nella scarsa qualità dei vissuti affettivi

durante l'infanzia (Miller, 1997). La paura dell'abbandono e della solitudine rendono un soggetto incapace a vivere un affetto dato dal donare e dal ricevere. A rinforzo di questa tesi si è riscontrato che, nelle famiglie di origine dei soggetti dipendenti, spesso vi erano violenze o venivano ignorati i bisogni affettivi dei figli, o avevano luogo atteggiamenti sessuali da parte di un adulto (non solo violenza fisica, bensì anche seduzione); altre volte i rapporti tra i genitori erano incrinati a tal punto da far nascere un'angoscia riferita alla possibilità che tale situazione potesse ripetersi anche in un futuro nel creare un eventuale loro nucleo familiare (Norwood, 1985).

Molte donne dipendenti affettive hanno subito abusi sessuali, maltrattamenti fisici ed emotivi, e un quadro sintomatologico simile a quello proposto dal disturbo post-traumatico da stress (PTSD), paragonando la negazione di sé, che si riscontra in questo tipo di dipendenza, alla sintomatologia presente nel PTSD, quale il panico, l'ipervigilanza, l'irritabilità, la distimia e la sindrome di burn-out (Miller, 1994).

Al momento attuale, la dipendenza affettiva non è stata ancora classificata come patologia in un sistema diagnostico psichiatrico come il DSM-IV-TR e quindi si tende a considerare i suoi tratti come aspetti di entità già contemplate dalla classificazione diagnostica; ad esempio rientrerebbe nel Disturbo di Personalità Dipendente, anche se ricerche, svolte in questo campo, come quelle di Giddens (2008), la considerano come un disturbo a sé stante.

Nei dipendenti affettivi troviamo la presenza di un basso livello di autostima, di un'importante svalutazione dei sentimenti, di un profondo senso di colpa e di rabbia che emerge nei momenti in cui il compagno non è presente. Il soggetto ha un'immensa paura di perdere l'amore, dell'abbandono e non riesce a considerare se stesso come entità, ritenendo di non poter esistere senza il partner; l'intimità è bandita e manca una presenza protettiva interiorizzata (Lerner, 1996).

Secondo un'altra linea interpretativa nei co-dipendenti è simile alle caratteristiche del disturbo borderline di personalità e condivide gli aspetti di dispersione o diffusione dell'identità, le sensazioni e vissuti di vuoto cronico (Cermak, 1986).

In quanto a comorbidità, la dipendenza affettiva si accompagna a bassi livelli di autostima e potrebbe trovare associazioni con il disturbo post-traumatico da stress,

come conseguenza di abusi sessuali, con sintomi dissociativi, di panico, perdita di memoria e concentrazione, incubi notturni e sindrome di burn-out (La Cascia, 2008).

Riscontrabile è anche una sovrapposizione con il Disturbo Dipendente di personalità, il Disturbo Borderline di personalità ed il Disturbo Narcisistico di personalità.

Frequente è la comorbidità con altri tipi di dipendenza (sesso, cibo, gioco d'azzardo, sostanze, attività fisica), con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e tutti i disturbi di Personalità di cluster C (caratterizzati da tratti associati all'ansia), il Disturbo Distimico ed i Disturbi d'Ansia.

Altri studi riportano una minore frequenza di Disturbi di Personalità di cluster B di tipo Istrionico e Borderline, di Disturbo Paranoide, di Disturbo Bipolare e Depressione Maggiore (Albano, 2006).

Sebbene i casi di dipendenza affettiva siano per nulla rari, gli studi a proposito sono tuttora pochi rispetto alle altre nuove dipendenze, benché negli ultimi tempi la letteratura scientifica stia dimostrando un rinato interesse verso di essa (Sophia, 2009).

Per quel che riguarda l'approccio terapeutico, il disturbo è stato trattato fino al 1996 attraverso la psicoterapia individuale, ma le linee guida attuali evidenziano l'importanza della psicoterapia di gruppo.

Il gruppo, infatti, costituirebbe un *setting* all'interno del quale il dare e il ricevere attenzioni, il desiderio di emergere dall'isolamento e il raggiungimento di una soluzione insieme, consentirebbero lo sviluppo di un processo terapeutico che conduce ad una significativa modifica delle modalità relazionali disadattive (Guerreschi, 2005).

L'obiettivo della psicoterapia è l'acquisizione di consapevolezza di una fragilità che coesiste con una forza, sulla quale puntare per migliorare la propria vita, focalizzare i propri sentimenti e riconoscere le costrizioni subite, stabilendo adeguati confini tra sé e gli altri ed aprendosi a nuove possibilità di scelta. Il terapeuta aiuta il soggetto ad assumere su di sé un atteggiamento volto al proprio benessere, abbandonando

modalità ipercritiche e modelli non aderenti ai propri valori di vita (Doane & Daimond, 1994).

La maggior parte degli strumenti diagnostici si concentra su aspetti intrapsichici di questa condizione e misura la gestione delle emozioni o lo stile cognitivo.

- Spann-Fischer-Codependency Scale (SFCDS: Spann, Fischer, 1990) è composto da 16 item con risposte a scala Likert a 6 punti. Misura la codipendenza in base a 3 caratteristiche principali: focus attentivo incentrato eccessivamente sull'altro, incapacità di esprimere apertamente le emozioni, autostima fortemente dipendente dalle relazioni amorose. I punteggi ottenuti mostrano una relazione inversa con l'autostima e una relazione positiva con ansia, depressione e focus of control esterno. La versione italiana dello strumento (Del Miglio et al., 2005c) mostra una buona attendibilità e validità convergente e discriminante.
- Codependent Questionnaire (CdQ: Roehling e Gaumond, 1996) è composto da 36 item che si propongono di misurare i 4 sintomi fondamentali della codipendenza secondo Cermak: problematiche riguardanti il senso eccessivo di responsabilità, controllo, invischiamento nelle relazioni, intimità.
- New Questionnaire (NewQ: Lindley et al., 1999) è composto da 10 item con risposta su scala Likert a 6 punti. Si basa sulle osservazioni di Hemfelt sulle dieci caratteristiche di un codipendente.
- The Idaho Codependency Scale (Harkness et al., 2001) è stato creato per misurare il grado di accordo con cui diversi terapeuti emettono una diagnosi di codipendenza. E' composto da 7 vignette che contengono descrizioni di soggetti codipendenti di circa 100 parole ciascuna messe in ordine di gravità dei sintomi.

3.9 Dipendenze alimentari

Il cibo, necessario per la sopravvivenza, può in alcuni soggetti e in alcuni momenti della vita, perdere il suo aspetto vitale e gratificante e dare origine a alterazioni delle

condotte alimentari che posso infine esitare in un disturbo psichiatrico o in una dipendenza.

Anche l'immagine idealizzata di una magrezza-bellezza della nostra società ha paradossalmente contribuito a queste patologie, poiché le diete rigide contribuiscono ad attivare le compulsioni, innescando un forte desiderio di ciò che viene vietato.

Già nella cultura comune è chiaro come il cibo abbia il potere di compensare momentaneamente vuoti affettivi, stress e ansia o come dolci e cioccolata siano associati al bisogno d'amore e possano stimolare sentimenti positivi.

In realtà rapporti disfunzionali con il cibo nascondono disagio e il mangiare, divorare e mordere diventa un mezzo per cercare di soffocare l'aggressività.

Anoressia, bulimia e obesità psicogena sono i disturbi del comportamento alimentare più noti e importanti.

L'anoressia nervosa è definita come un disturbo bio-psico-sociale, caratterizzato da desiderio di magrezza, intensa paura di ingrassare e piacere nel perdere peso. La restrizione dell'introito calorico porta questi soggetti ad un significativo ed impressionante dimagrimento ed al mantenimento di un livello abnormemente basso di peso corporeo ed all'amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi).

Il fenomeno colpisce soprattutto il sesso femminile, ma negli ultimi anni è stata evidenziata una crescita della prevalenza di questi disturbi anche nei ragazzi.

L'anoressia nervosa si differenzia in due sottotipi: con restrizioni e con abbuffate e condotte di eliminazione (DSM-IV TR).

La bulimia nervosa è una malattia caratterizzata invece da episodi di alimentazione eccessiva ed incontrollabile seguita da grandi sensi di colpa per tali eccessi e dalla conseguente messa in atto di accorgimenti che impediscono l'assorbimento dei cibi ingeriti, come il vomito autoindotto o l'uso di lassativi.

Anche in questo caso si distinguono due sottotipi di bulimia nervosa: quella con condotte di eliminazione e quella senza condotte di eliminazione (digiuno o esercizio fisico eccessivo).

L'obesità rappresenta una condizione caratterizzata da un'eccessiva deposizione di grasso nei tessuti. Si tratta di un disturbo che, al di là di problemi di natura estetica e di ordine psicologico, costituisce un importante rischio per la salute. Una persona si può definire obesa quando il suo peso corporeo supera del 20% quello considerato ideale. Le cause sono di natura genetica, ambientale e psicologica.

Esistono due tipi tipici di obesità: di sviluppo e reattiva. La prima dipende da fattori costituzionali, mentre la seconda si realizza in conseguenza di un trauma emotivo.

Il Disturbo d'Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (BED) è un disturbo di tipo alimentare contraddistinto da frequenti episodi di abbuffate compulsive, senza successive condotte compensatorie, come avviene invece nella Bulimia.

La persona, durante la giornata, sperimenta più volte l'impulso a mangiare qualcosa, perdendo il controllo sulla quantità e sulla qualità del cibo ingerito.

L'aspetto caratteristico del Binge Eating Disorder è dunque la presenza di molteplici abbuffate durante tutta la giornata. Inoltre vi possono essere giornate di molteplici abbuffate che si intervallano giornate nelle quali l'ingestione di cibo è quantitativamente normale.

Durante gli episodi di discontrollo alimentare i soggetti affetti da BED assumono il cibo velocemente, in grandi quantità anche senza fame, ma fino a sentirsi eccessivamente pieni; spesso mangiano da soli per la vergogna della quantità di cibo che si sta assumendo.

Il cibo rappresenta un mezzo per cercare di attenuare sentimenti di ansia, rabbia, e frustrazione, ma il consumo compulsivo porta soltanto ad un ulteriore rinforzo di tali emozioni, con sensi di colpa e di disgusto.

Il profilo dei soggetti affetti dal disturbo dell'alimentazione incontrollata è inoltre caratterizzato da un'eccessiva preoccupazione per il proprio aspetto fisico, soprattutto per il peso, mentre da un punto di vista psicologico emergono sentimenti pessimistici, scarsa tolleranza alla noia e alle frustrazioni, bassa stima di sé, disforia e problematiche relazionali.

Nei binge eaters si associano, infatti, frequentemente, altri disturbi psicologici come

depressione, disturbi d'ansia e del sonno, oltre a patologie fisiche come l'obesità, il diabete, l'ipertensione arteriosa o le neoplasie.

La dinamica che si origina e che si perpetua è quella del continuo alternarsi di abbuffata-digiuno e di discontrollo-controllo, dove, in un circolo sempre più stretto e negativo, lo sforzo di astinenza dal cibo provoca la successiva perdita di controllo, al quale poi si tenta di rimediare nuovamente con del digiuno.

Il Binge Eating Disorder si ritrova più frequentemente negli adulti tra i 30 e i 40 anni, senza particolari differenze di genere.

Vi sono infine altri peculiari disturbi del comportamento alimentare, meno conosciuti, ma che cominciano ad assumere aspetti preoccupanti, soprattutto nell'ambito dell'adolescenza, proprio perché le crisi ed i conflitti dell'adolescenza trovano spesso, nei comportamenti alimentari, una manifestazione sintomatica di espressione.

L'ortoressia è un'attenzione eccessiva e continuativa per i cibi sani (come quelli biologici) e rappresenta una vera e propria patologia nervosa, che spinge molte persone ad eliminare gruppi centrali di alimenti, creando, di conseguenza, gravi carenze per l'organismo. Questo disturbo è stato descritto, per la prima volta, da Steve Bratman (dietologo che si autodefinisce ex-ortoressico) che nel 1997 ha formulato un questionario allo scopo di identificarla. È una patologia che si sta diffondendo insidiosamente e che impedisce al soggetto di avere rapporti equilibrati con l'esterno e con il partner, creando un meccanismo circolare di insoddisfazione che alimenta il problema stesso. L'ortoressico cambia a poco a poco stile di vita, si isola in un proprio stile standardizzato e dettato esclusivamente da regole precise e imprescindibili, difendendosi da chi non comprende le sue scelte.

Alla base di questo disturbo potrebbero esserci eccessiva velocità forzata dei ritmi di vita e modelli di bellezza e salute sempre più rivolti al consumismo, piuttosto che a una reale attenzione per l'individuo. La cura di questo disturbo è la psicoterapia, meglio individuale che di gruppo, in considerazione della tendenza all'isolamento di questi soggetti.

La bigorexia, invece, è la condizione contraria a quella dell'anoressia, dove si è

costantemente preoccupati di essere troppo magri. È un disturbo tipico dei frequentatori abituali dei circoli di body building, dove si è disposti a tutto pur di incrementare la propria massa muscolare.

L'insoddisfazione, l'ansia e la perdita dell'autostima spingono questi soggetti a irrobustire l'immagine di sé aiutandosi con anabolizzanti e una dieta molto ricca di proteine. Le difficoltà emergono nella sfera sociale, personale e scolastica o lavorativa, mentre a livello fisico possono insorgere problemi renali ed epatici. Questa forma di patologia verso il cibo si associa spesso con la dipendenza da sport. Vi sono poi disturbi che condividono problemi appartenenti sia alla sfera dei disturbi del sonno, che a quella della condotta alimentare. Essi sono lo Sleep Eating Disorder (SED) e la Night Eating Sindrome (NES).

Il SED è un disturbo caratterizzato da episodi di sonnambulismo durante i quali i soggetti fanno abbuffate consistenti in grande quantità di cibo ad alto contenuto di zuccheri o grassi. I soggetti, al loro risveglio, non ricordano tali episodi e ciò costituisce un alto rischio di autolesionismo non intenzionale.

La NES è, invece, un disturbo in cui i soggetti rifiutano il cibo che dovrebbero assumere nella giornata, per poi consumarne quantità eccessive durante la sera o la notte, vanificando tutti i possibili tentativi di perdere peso e determinando un incremento dello stress e dell'ansia.

L'abbuffata compulsiva o "fame nervosa" è infine un comportamento molto comune, che stiamo trasmettendo anche per modello ai nostri figli.

Esprime la difficoltà a riconoscere i nostri disagi, ricercando gratificazione nel cibo. Il dipendente da cibo pensa continuamente al prossimo pasto, compra vari cibi anche accumulandoli, mangia tutto quello che trova, saltando dal dolce al salato, spesso nega a se e ad altri di aver mangiato molto. Alcuni al ristorante per prolungare il possesso del proprio piatto, prima "rubano" il cibo nel piatto degli altri poi passano al proprio. Alcune mamme sono capaci di mangiare la pappa del proprio figlio.

Dopo una grande abbuffata per una reazione dell'insulina è facile percepire il senso di fame anche se, in realtà, per il compulsivo, non esiste più il senso della fame, ma

l'ossessione del cibo.

L'intervento preferibile è di tipo combinato, associando, ad eventuali terapie psicofarmacologiche, un percorso di psicoterapia.

In questi pazienti l'obiettivo della psicoterapia è inizialmente di attivare strategie per alleggerire il peso della compulsione. Porre invece limiti o divieti risulta, nella maggior parte dei casi, sono fallimentare. Le condotte compulsive vanno sicuramente arginate, ma attraverso programmi terapeutici e spesso con il supporto dei familiari. Inizialmente si aiuta il dipendente compulsivo a fermare il passaggio all'atto, procrastinando il più a lungo possibile il suo desiderio. In questo modo il soggetto non smetterà del tutto di mangiare, ma potrà stabilire con il terapeuta quando e come farlo, sperimentando una iniziale ripresa del potere decisionale ed il possesso di se stesso.

Lo psicoterapeuta guida quindi il paziente ad ascoltare e gestire il suo dolore, a riconoscere i veri bisogni, a formulare un progetto costruttivo che depotenzi l'idea ossessiva e ad affrontare la paura dell'intimità, delle emozioni e dell'incontro con l'altro.

Strumenti di valutazione adottati sono:

- Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2: Garner, 1991): è il questionario più diffuso e tradotto, composto da 91 item self-report articolati in 11 sottoscale. Viene somministrato a ragazzi di età superiore ai 12 anni e spesso è accompagnato da una symptom checklist relativa alla dieta, all'esercizio fisico, alle condotte di binge eating, alle condotte compensatorie e al ciclo mestruale.
- Eating Attitude Test-26 (EAT-26: Gardner et al., 1982): è costituito da 26 item con risposte su scala Likert a sei punti. La scala è articolata in tre dimensioni: dieta, bulimia e controllo orale. Indaga i sintomi tipici della anoressia nervosa.
- Binge Eating Scale (BES: Gormally et al., 1982): è una scala a 16 item con risposta su scala Likert a 4 punti. Indaga la gravità del Binge Eating valutando sia il comportamento sia le emozioni e le condizioni che lo precedono e seguono. Buona è la validità convergente con gli altri due strumenti.

3.10 Comorbidita' delle New Addiction

GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il Gioco d'Azzardo Patologico è associato a disturbi dell'umore e d'ansia, all'ADHD, all'abuso di sostanze e a disturbi di personalità. La correlazione tra questi ultimi e GAP è stata confermata da Kruegelbach, che ha evidenziato disturbi di personalità di Cluster B (Disturbo Antisociale, Borderline, Narcisistico di Personalità) e in minor misura disturbi di Cluster C ed A in giocatori problematici (Kruegelbach et al. 2006).

Nel confronto effettuato da Pietrzak tra giocatori d'azzardo patologici e giocatori non problematici sono emerse differenze in relazione alla dipendenza da alcool (53,2% vs. 12,8%), nicotina (43,2% vs. 8,0%), altre droghe (4,6% vs. 0,7%), disturbi dell'umore (39,5% vs. 11,0%), disturbi d'ansia (34,5% vs. 11,6%) e disturbi di personalità (43,0% vs. 7,3%) (Pietrzak et al., 2007).

Altre analisi sono state condotte per indagare la direzione della correlazione: soggetti con disturbi dell'umore e d'ansia avrebbero un rischio 1,7 volte superiore rispetto alla popolazione generale di sviluppare GAP in forma grave (el-Guebaly et al. 2006) e la presenza di disturbi dell'umore, d'ansia, di abuso di sostanze influenzerebbe l'esordio e da durata del disturbo. Dall'altra parte il Gioco d'Azzardo Patologico incrementerebbe il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e da uso di sostanze.

Studi che hanno indagato la presenza di comorbidità con GAP in soggetti tossicodipendenti hanno rilevato frequenze di associazione fra i due disturbi dal 9 al 14% (Lesieur e Heinerman, 1988; Jacob et al, 1991).

Correlazioni tra GAP e alcolismo ci giungono invece da Smart e Ferris (1996) in uno studio eseguito in Ontario sulla popolazione adulta, mentre Lejoyeux (1999) indagò sulle relazioni tra alcolismo e Disordine del Controllo degli Impulsi su un campione di 79 soggetti alcolisti ricoverati in un centro di disintossicazione: il 38% dei soggetti presi in esame presentava un Disturbo del Controllo degli Impulsi e più precisamente: 19 casi di Disturbo Esplosivo Intermittente, 7 di Gioco d'Azzardo

Patologico (8.9%), 3 casi di Cleptomania, 1 di Tricotillomania e nessuno di Piromania.

Uno studio su studenti universitari ha rilevato un'associazione fra consumo di alcool e gambling sottolineando come l'uno possa essere il fattore di rischio per l'altro (Martens, 2009).

Ulteriori studi sommati ai sopracitati (Capelli et al., 2001; Grant et al., 2002) portano alla considerazione che esista una correlazione tra GAP e dipendenza da sostanze: ad occhio clinico è osservabile nella quotidianità all'interno di un locale pubblico con licenza per somministrazione di bevande e fornito di video poker, la frequenza di concomitante abuso di alcol e nicotina. Si è ipotizzato che l'alcool abbia una funzione disinibitoria sul comportamento del giocatore, facendogli perdere il controllo e portandolo ad un eccessivo coinvolgimento nel gioco. Kyngdon e Dickerson (1999) seguirono questa intuizione confrontando in laboratorio due gruppi, uno sottoposto alla somministrazione di placebo, l'altro di alcool. Ne risultò che il consumo di alcol portava effettivamente ad una persistenza nel gioco successivamente ad una perdita ma non emerse un aumento della somma totale puntata nei giocatori trattati con alcool rispetto al campione placebo. Secondo gli autori questi dati raccolti implicherebbero una complessa interazione, in quanto, sebbene l'alcool disinibisca l'impulsività in modo da perseverare nel gioco, subentrerebbe però un imprecisato controllo cognitivo atto a ridurre la somma messa in gioco.

Da altri ricercatori (Ciarrocchi et al., 1991) venne invece proposta una differente teoria secondo la quale esistono dimensioni di personalità comuni tra i vari addicted, per cui non è il tipo di sostanza o il particolare comportamento patologico il fulcro della dipendenza, bensì piuttosto la tendenza stessa del paziente a diventare dipendente. In questo modo potrebbero spiegarsi le cosiddette co-dipendenze e le dipendenze crociate: nel primo caso coesistono nello stesso soggetto più dipendenze, mentre nel secondo si passa successivamente da una all'altra. A questo proposito Ciarrocchi mise a confronto i risultati al MMPI di tre gruppi di soggetti: giocatori, alcolisti e giocatori/alcolisti. Ne risultò una somiglianza relativa ad alcune

scale del test sia tra i soggetti che presentavano una co-dipendenza, sia tra i due gruppi con un'unica dipendenza; tali considerazioni portarono l'autore a notare come vi siano comuni dimensioni di personalità che determinano l'insorgenza indifferenziata di uno dei due stati di addiction o la loro associazione.

Alla luce delle sopra citate considerazioni, si può affermare che la letteratura scientifica è concorde nel notare le correlazioni tra Gioco d'Azzardo Patologico ed abuso di sostanze, costituendo così una prova in più per poter considerare il GAP come una vera e propria dipendenza, ancor più se si considera che esso può a volte produrre crisi d'astinenza, così come accade nelle dipendenze da sostanze (Lavanco, 2006).

La letteratura scientifica riconosce inoltre una correlazione tra gioco d'azzardo e depressione, la quale spesso mostra livelli di gravità tale da spingere al suicidio. Da uno studio retrospettivo è emerso che l'11.3% dei suicidi presi in esame incontrava anche i criteri per gioco d'azzardo patologico (Wong, 2009).

La sintomatologia depressiva ha un ruolo centrale nel GAP, come dimostrato da Ladouceur (1990) che riconosce, proprio nella depressione, uno dei motivi cardine delle richieste d'aiuto da parte dei pazienti.

Uno studio (Linde et al., 1986) ha riportato che il 72% dei soggetti esaminati affetti da GAP ha vissuto almeno un episodio di Depressione Maggiore ed il 52% soffriva di episodi depressivi ricorrenti.

Un ulteriore studio ha dimostrato che il rischio di sviluppare gravi forme di gioco d'azzardo patologico sarebbe 1.7 volte maggiore in soggetti con disturbi dell'umore o d'ansia (El Guebaly, 2006).

Per una corretta interpretazione della comorbidità tra Gioco d'Azzardo Patologico e depressione si possono utilizzare tre modelli esplicativi (Croce e Zerbetto, 2001):

1. la depressione è una conseguenza derivata da eventi stressanti provocati dal gioco d'azzardo e quindi dallo stile di vita del soggetto giocatore;
2. la depressione è la causa del gioco, che qui è visto come una cura autosomministrata dal soggetto depresso nel tentativo di liberarsi dal disturbo dell'umore;

3. il GAP fa parte dei disturbi affettivi e la depressione regredisce con l'aggravarsi della dipendenza da gioco.

Al momento non è di semplice risoluzione il quesito che ci pone questo tipo di comorbidità, in quanto resta da chiarire se la depressione sia la causa, l'effetto o semplicemente un'alternativa al comportamento di gioco del paziente.

Per quel che riguarda tra le comorbidità del GAP con Disturbi di asse II, Croce e Zerbetto (2001) riportano il Disturbo Antisociale di Personalità, la cui localizzazione sull'asse II si pone nel cluster B dei disturbi di personalità.

Dato che i giocatori spesso incorrono in situazioni criminose ed illegali, si è giunti al sospetto che vi fosse una correlazione tra il gioco d'azzardo ed il disturbo antisociale (Cunningham-Williams et al., 2000). Di posizione opposta invece risulta Lesieur (1979) che spiega il comportamento criminale del giocatore secondo l'idea del *chasing*: il giocatore patologico per recuperare il denaro perduto si trova, ad un certo punto, costretto ad attingere a fonti illecite come la frode, al puro scopo di vincere e risolvere i debiti. Quindi, per Lesieur, il gioco d'azzardo è causa di crimine, andando a provocare modificazioni nello stile di vita del giocatore tanto da portarlo ad assumere una personalità dalle fattezze antisociali, a differenza della teoria di Cunningham che attribuisce un ruolo causale al disturbo antisociale di personalità stesso il quale predispone l'individuo ad azioni criminali o di azzardo. Da uno studio del 1994 (Blaszczynski e McConaghy) emerge che il 48% dei crimini commessi dal campione esaminato di giocatori era direttamente correlata al gioco d'azzardo, ovvero l'atto criminoso esprimeva un bisogno da parte del giocatore di ottenere denaro per rifarsi delle somme perdute, piuttosto che per una propensione generale per il crimine e solo un 15% del campione in esame risultava corrispondente ad un disturbo antisociale della personalità. Questi dati concordano con uno studio successivo dei medesimi autori (Blaszczynski e McConaghy, 1988) secondo cui in media i problemi correlati al gioco insorgono dopo circa cinque anni dall'inizio, portando al risultato per cui esiste un numero di giocatori in cui vi sia una effettiva comorbidità con una personalità patologica; tuttavia la maggioranza degli atti criminali è conseguenza dei debiti.

Lo stesso Blaszczynski (2000) postula una classificazione dei soggetti affetti da GAP in sottogruppi:

- 2 giocatori patologici "non-patologici", ovvero soggetti corrispondenti ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR per il gioco d'azzardo, ma che non presentano premorbosità alcuna. Quindi nessuna patologia che accompagna il gioco può esserne considerata la causa;
- 3 giocatori emotivamente disturbati. Essi presentano alterazioni nella modulazione degli stati affettivi ed il gioco è visto come una fuga;
- 4 giocatori con correlati biologici, caratterizzati dalla presenza di disturbi nella personalità, deficit dell'attenzione e/o impulsività che precederebbero e causerebbero l'azione di gioco.

Un altro disturbo di asse II, riscontrato come associato al GAP (Cocci, 2006), è il Disturbo Borderline di Personalità.

Per il DSM-IV-TR (2000) il Disturbo Borderline di Personalità ha, come base, una disturbata modalità di porsi nelle relazioni interpersonali, un'alterata visione di sé ed una tendenza marcata all'impulsività.

In merito ai rapporti tra GAP e Disturbo Borderline, uno studio effettuato su un campione di 153 soggetti (Sacco, 2008) ha riscontrato una significativa correlazione tra i due, ma se corretto statisticamente con i sintomi del disturbo depressivo, affievolisce il suo significato; ciò va quindi a suggerire che vi sia un ben più complesso rapporto che viene ad instaurarsi tra disturbo borderline, gioco d'azzardo patologico e sintomi depressivi.

Il gioco d'azzardo patologico è stato osservato, inoltre, in soggetti affetti da morbo di Parkinson in trattamento con levodopa: ciò suggerisce un potenziale coinvolgimento, oltre che del sistema serotoninergico, del sistema dopaminergico.

LO SHOPPING COMPULSIVO

Lo Shopping Compulsivo è una tra le dipendenze comportamentali con maggior amplificazione del tratto "impulsività": è infatti dibattuto se questa dipendenza debba essere inclusa all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi, molto frequentemente presenti in comorbidità con il disturbo. Cleptomania, Disturbo

Ossessivo-Compulsivo, Bulimia e Binge Eating Disorder sono diagnosi che spesso si affiancano a quella di Shopping Compulsivo (McElroy et al., 1995).

Si è anche riscontrata un'associazione con i disturbi da discontrollo degli impulsi, come le *escoriazioni psicogene*, le compulsioni alimentari, la cleptomania (McElroy et al., 1995).

Sembrano soprattutto i soggetti con un disturbo da shopping compulsivo più grave ad mostrare più frequentemente associazione con disturbi di Asse I e Asse II (Lejoyeux et al., 1999).

La significativa comorbidità con DOC, sottolineata da diversi studi (Lejoyeux et al., 2005), nel 2001 ha portato l'APA a includere lo shopping compulsivo come variante del disturbo ossessivo-compulsivo, con caratteri più orientati alla compulsività, condividendo l'aspetto di comportamento di accumulo e collezionismo osservato nel DOC. Per altri autori farebbe parte di un 10% del DOC impulsivo. In ogni caso la comorbidità con DOC è rilevata solo dal 25% degli studi ed, in generale, con una prevalenza dal 2 al 35% (Tavares et al., 2008).

I disturbi di personalità sembrano frequenti in tale disturbo, con una frequenza che, a seconda degli studi, varia dal 50 al 60%; i più frequenti sono quelli di tipo borderline, narcisistico (Rose, 2007), antisociale, ossessivo-compulsivo ed evitante (Tavares et al., 2008).

La depressione, come nel caso dell'IAD, può essere sia causa che conseguenza della condotta addittiva: è possibile che sia il fattore scatenante, che spinge il soggetto a fare acquisti a scopo consolatorio e compensatorio, o l'effetto di problematiche economiche conseguenti gli eccessivi acquisti, associata alla riduzione dell'autostima che segue la perdita di controllo; la relazione tra depressione e shopping compulsivo è confermata dall'efficacia della terapia antidepressiva negli shopper compulsivi. Si è infatti notato come sentimenti negativi quali tristezza, solitudine, frustrazione o rabbia, siano elementi favorenti un incremento della tendenza a fare acquisti, mentre lo shopping stesso è associato ad emozioni piacevoli quali felicità, senso di potere e competenza (Lejoyeux et al., 1996). Spesso i prodotti acquistati sono inutili all'individuo e spesso vengono successivamente regalati o accumulati; questo è un

chiaro esempio di come essi fungano soltanto da sucedanei al fine di riempire un vuoto di autostima (Alonso-Fernandez, 1999), potrebbe, quindi, essere l'autostima stessa a rappresentare la chiave per comprendere il legame tra depressione e shopping compulsivo. A conferma di ciò secondo uno studio (Faber e O'Guinn, 1992), risulta che i compulsive buyers hanno punteggi di autostima molto più bassi rispetto ai normali consumatori, quindi per questi soggetti patologici l'atto dell'acquisto potrebbe essere un modo per innalzare la propria autostima e combattere frustrazione ed umore depresso (La Cascia e Ferraro, 2008).

Come comorbidità si riscontrano frequentemente anche un disturbo d'ansia, che scatenerrebbe la disfunzione comportamentale compensatoria e autocurativa, altre dipendenze (da sostanze o comportamentali), tra le quali merita attenzione l'Internet Addiction: la rete per gli shopper compulsivi costituirebbe una modalità rapida, facilmente accessibile ed accattivante per effettuare acquisti, il cui piacere deriva dall'atto stesso del pagamento istantaneo, "online", dall'essersi aggiudicati un'offerta speciale.

È inoltre possibile riscontrare l'acquisto compulsivo nel contesto di un delirio schizofrenico o di una demenza, come sintomo secondario.

DIPENDENZA DA INTERNET

L'utilizzo patologico della rete, pur non essendo ancora chiaramente collocato, è sovente associato a disturbi sia di Asse I che di Asse II (Cantelmi e D'Andrea, 2000; Young, 1994).

Pare che ci siano due tipologie di dipendenti da Internet: i cosiddetti dipendenti primari, che non presentano alcuna patologia psichiatrica pregressa e nei quali la dipendenza è causata dalle caratteristiche "psicotecnologiche" della rete stessa, ed i dipendenti secondari, in cui preesisteva una situazione patologica d'ambito psichiatrico.

Frequenti sono i disturbi depressivi (intorno al 50%), i disturbi d'ansia (30-60%), il disturbo ossessivo compulsivo, i disturbi del sonno, i disturbi del controllo degli impulsi, i disturbi da abuso di sostanze (intorno al 50%), i disturbi di personalità (Young 1994; Young, 1997; Caretti, Labarbera, 2006; Ni, 2009).

L'Internet addiction si associa frequentemente a disturbi dell'umore, in particolare a depressione maggiore, con una frequenza che, secondo uno studio condotto da Young, si colloca intorno al 54%. La comorbidità con la sintomatologia depressiva può essere interpretata come l'induzione, da parte del disturbo depressivo, di isolamento e ricerca di distrazioni nella rete; d'altro canto, potrebbe essere la dipendenza dalla rete a coinvolgere così tanto il soggetto da condurlo a trascurare relazioni, impegni lavorativi e sociali, fino alla caduta in uno stato depressivo. Sono state riscontrate ulteriori comorbidità con disturbi d'ansia (34% secondo la ricerca di Young, 60% nello studio di Shapira condotto nel 2000), rappresentati da disturbo da attacco di panico e fobia sociale, con disturbi di personalità (oltre al cluster B, come nelle dipendenze da sostanze, sono frequenti negli internet addicted disturbi di cluster A e C) e con altri quadri di dipendenza (da droghe, alcol ma anche altre dipendenze comportamentali come il gioco d'azzardo, dipendenza da sesso).

Si ritiene sia importante sottolineare come in alcuni casi, ad esempio nel gioco d'azzardo on-line, Internet costituisca un ulteriore incentivo al perpetuarsi del disturbo; in altre circostanze invece, la rete permette ad alcune caratteristiche di disturbi psichiatrici (ad esempio le parafilie) o di personalità (Borderline, Antisociale), di rendersi esplicite, per poi indurre nell'individuo l'insorgenza di una vera e propria dipendenza.

Uno studio del 2004 ha evidenziato negli internet addicted un tratto schizoide di personalità, che faciliterebbe la chiusura in un mondo personale alienato nel quale le relazioni affettive e la realizzazione personale assumerebbero una connotazione sempre più periferica e il senso di isolamento raggiungerebbe livelli amplificati e cronicizzati; dalla loro ricerca i soggetti più gravemente affetti da internet dipendenza avrebbero mostrato aspetti psicopatologici preesistenti al disturbo di dipendenza: disturbi dissociativi, allucinazioni, prosopoagnosia. (Marcucci e Lavenia, 2004).

È anche stata riscontrata un'associazione dell'IAD con disturbo bipolare (Shapira et al., 2000) e con l'ADHD, per la comune presenza di tratti impulsivi, distimia e stati dissociativi, indotti soprattutto da determinate attività che è possibile effettuare nel

web, come il coinvolgimento nei MUD (giochi di ruolo): al sé reale si sostituisce lentamente un sé virtuale, fenomeno che può precipitare nella cosiddetta “trance dissociativa da videoterminale” (Caretto et al., 2005) con episodi di depersonalizzazione e derealizzazione.

La comorbilità fra Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) e dipendenza da internet è dovuta probabilmente al deficit di autocontrollo e dalla stessa impulsività che rende l'ADHD un fattore di rischio per la dipendenza da sostanze durante l'adolescenza (Liu, 2007).

Soggetti celanti disturbi di personalità sottostanti o parafilie potrebbero allo stesso modo trovare il loro sfogo in Internet grazie al fatto che la rete dà l'idea (peraltro errata) di anonimato che, assieme alla facile fruibilità di materiale online, ne alimenta l'utilizzo sino alla dipendenza vera e propria; ne sono esempio la dipendenza da giochi d'azzardo online e la cybersex addiction (La Cascia e Ferraro, 2008).

Una comorbidità tra l'Internet Addiction Disorder e l'alcolismo è stata riscontrata tra gli studenti di college di Taiwan (Yen, 2009), portando alla luce il fatto che ad accomunare la presenza di queste due patologie era un alto livello di "fun seeking" (ricerca di divertimento) nei soggetti.

Un ulteriore studio recente (Ko, 2009) realizzato in Asia, prendendo in esame 9405 adolescenti cinesi, ha constatato inoltre una forte correlazione tra i soggetti affetti da dipendenza da Internet e comportamenti aggressivi, più accentuati nei giovani di fascia di età più bassa appartenenti alle Junior High School, rispetto ai frequentanti le Senior High School.

L'espressività clinica eterogenea della dipendenza da internet fa sì che in essa si ritrovino caratteri comuni ai disturbi ossessivo-compulsivi, ai disturbi del controllo degli impulsi ed alla dipendenza da sostanze, non venendo tuttavia distinta come unità clinica a sé dai sistemi ufficiali di classificazione (Mule, 2008).

SEX ADDICTION

La Sex Addiction presenta anch'essa numerose comorbilità e sono frequenti sia i disturbi di Asse I che i disturbi di Asse II.: innanzitutto con stati depressivi latenti, l'abuso di droghe, lo Shopping Compulsivo (26%), la dipendenza da Internet (6-8%,

in questo caso è denominata “cybersex addiction”), il Gioco d’Azzardo Patologico (5%), i Disturbi del Comportamento Alimentare, i Disturbi d’Ansia (soprattutto Fobia Sociale), i Disturbi dell’Umore, soprattutto Depressione Maggiore, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (caratterizzato però, a differenza della sex addiction, da egodistonia), i Disturbi di Personalità (in particolare Borderline, Antisociale e Narcisistico, ma anche Paranoide, Istrionico, Ossessivo-Compulsivo), Schizofrenia, ADHD nell’infanzia. Frequentemente si associa a condotte antisociali quali le violenze sessuali e alle parafilie (sodomasochismo, esibionismo etc).

Per quanto riguarda i Disturbi di Personalità, la Sex addiction si può associare al Disturbo Borderline di Personalità, al Disturbo Narcisistico ed al Disturbo Antisociale.

Importante è l'esclusione di un episodio maniacale che si manifesti con aumento dell'appetito sessuale e disinibizione comportamentale (Hollander, 1997; Ulman, 2006; Williams, 2008a,b).

Esclusa, quindi, una tale diagnosi, si ha comorbidità con disturbi dell'umore dal 30 all'80% a seconda dei diversi studi (Mick e Hollander, 2006); tra questi prevale la distimia (intorno al 50%) ad esordio precoce.

Si riscontra anche dal 30 al 50% di prevalenza di Disturbi d'Ansia e fra questi la Fobia sociale pare essere il più rappresentato.

E' stata anche rilevata una comorbidità con il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) (Ulman, 2006) e, nei pazienti che mostrano entrambi i disturbi, i sintomi interagiscono tra di loro (Hollander, 1997).

Importante, poi, è l'associazione con Disturbi da Abuso di Sostanze presente a seconda degli studi dal 25 al 70%, che vede la dipendenza da alcol quella più rappresentata, e da disturbi da discontrollo degli impulsi non altrimenti specificati intorno al 16%.

Alcuni studi riportano, inoltre, che nell'infanzia del 18% dei soggetti affetti da Dipendenza Sessuale era stato presente un ADHD (Disturbo Da Deficit Da Attenzione ed Iperattività). Uno studio ha cercato l'associazione di tale disturbo anche nei soggetti parafilici e ha riscontrato che in essi la comorbidità saliva al 50%

(Kafka, 2001). Questa pare essere l'unica differenza in comorbidità fra i due disturbi sessuali, che per il resto delle associazioni si assomigliano, pur con una certa tendenza dei parafilici a mostrare frequenze maggiori.

Per quanto riguarda i disturbi di Asse II, frequente è l'associazione con Disturbo Narcisistico di personalità e anche i soggetti senza un disturbo conclamato possono mostrarne alcuni tratti (Ulman, 2006).

Nelle dipendenze, l'ossessione è progressiva e si sviluppa tramite la negazione; l'individuo di norma non vede se stesso come preoccupato, ed in contemporanea crea scuse e giustificazioni. La compulsione è presente solamente quando l'addicted diventa fisicamente e fisiologicamente dipendente dall'azione; la costante ripetizione dell'attività viene a creare uno stato di dipendenza "chimica".

Come nota clinica, importante escludere una patologia organica che si manifesti con una sintomatologia di tipo sessuale: un esempio è la Sindrome di Kluver-Bucy caratterizzata da placidità, iperoralità, agnosia visiva e ipersessualità. Tale sindrome è stata osservata in scimmie con lesioni bilaterali dei lobi temporali, e in particolare per un danno all'amigdala. Nell'uomo è rara e quando occorre, raramente mostra sintomi sessuali ma più frequentemente placidità e iperoralità. Può avvenire in corso di Alzheimer, ischemie o anossie, encefalite da herpes simplex ecc. (Hollander e Wong, 1995)

Sono riportati anche casi di ipersessualità dovuta a lesioni ai lobi frontali, a sclerosi multipla, epilessia, iatrogena da terapia con agenti dopaminergici per la demenza da Parkinson.

LA DIPENDENZA AFFETTIVA

Nella dipendenza relazionale la necessità di certezze genera la “perdita dell’Io”: l’oggetto-droga è rappresentato dall’Altro, al quale vengono subordinati i propri bisogni e desideri da parte del soggetto dipendente.

Tale dipendenza sembra essere correlata a Distimia, Disturbi d’Ansia, Disturbo Post-Traumatico da Stress (conseguente ad abusi sessuali), Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbi di Personalità del Cluster C (Disturbo Dipendente di Personalità) e B (Borderline, Istrionico e Narcisistico) e altre dipendenze (sesso,

sport, gioco d'azzardo, sostanze). Meno frequentemente è associata a Disturbi dell'Umore (Depressione Maggiore, Disturbo Bipolare)

Capitolo 4

ADOLESCENZA

4.1 Adolescenza e identità

Per Erikson, l'identità è un'entità dinamica, in quanto è costituita nel corso del tempo, dalla consapevolezza in divenire della propria individualità. Il senso dell'identità è formato progressivamente da auto rappresentazioni che si sviluppano lungo la propria storia. Per Erikson, infatti, il senso dell'identità nasce già dalla prima infanzia, quando il bambino riconosce la madre e si sente da lei riconosciuto, quando avverte la sua voce che lo chiama per nome o gli dice che è bravo. Su questo bisogno fondamentale per l'uomo di una presenza interagente, in ciascuno si svilupperanno in continuità due sensazioni intrecciate: il sentirsi veramente se stesso, ma con la capacità di diventare quello che gli altri si aspettano da lui.

Rispetto a Freud, che enfatizzava la serie degli elementi inconsci derivanti dal passato, Erikson dà molto rilievo all'auto-esperienza nel presente, come possibilità sempre aperta, per trasformare le crisi evolutive in occasioni di cambiamento attivo della propria storia.

Durante l'infanzia e la fanciullezza l'individuo tende ripetutamente ad una certa cristallizzazione dell'identità, nell'illusione di sapere via via chi è. Ma le novità e le discontinuità dello sviluppo rompono le certezze, impogono nuove ristrutturazioni strategiche, nelle quali tuttavia le fasi precedenti vengono inglobate e rielaborate.

Con l'adolescenza, l'identità si dispiega assumendo una strutturazione relativamente più stabile. L'adolescente acquista una maggiore consapevolezza circa la propria individualità. Avverte in modo più obiettivo potenzialità e limiti personali, gusti, tendenze e idiosincrasie.

Un processo psicologico che egli utilizza per giungere ad autodefinirsi è quello delle identificazioni. Esse vengono adoperate sia in direzione dei pari che degli adulti autorevoli e significativi, fino a quando lo sviluppo della sua identità giunge a

maturazione e quindi le identificazioni, soprattutto quelle infantili, tramontano rifondendosi in essa (Erikson, 1968).

Per Petter (1990) durante tutta l'infanzia e nella fanciullezza l'identità viene semplicemente vissuta, cioè si configura come risultato di varie esperienze che si è trovato a vivere, ma non scelte da lui stesso.

Nella preadolescenza, invece, il ragazzo inizia a compiere una verifica più attiva circa se stesso e tende alla sperimentazione, mettendo alla prova le sue abilità e confrontandosi con quelle degli altri, e acquisendo, in tal modo, la possibilità di stabilire nessi nuovi e intelligenti tra le proprie risorse e il raggiungimento di qualche obiettivo di natura pratica o interpersonale.

Egli supera così la fase precedente delle percezioni a specchio, e realizza via via esperienze parzialmente più autonome. Quindi, pur incontrandosi ancora con situazioni non determinate da lui stesso, come avveniva nella fanciullezza, si dà avvio a un'identità meno riflessa e si sviluppa una conoscenza di sé decisamente più diretta e razionale.

Si tratta di un lavoro interiore con cui cerca di farsi dei concetti più sistematizzati riguardo le sue qualità fisiche e intellettuali, di definire le sue capacità sociali e gli aspetti del carattere, di comprendere le proprie reazioni emotive, il cui obiettivo è il raggiungimento di un'immagine personale più unitaria e autonoma.

Palmonari (1989, 1997) considera questo percorso maturativo come un'esperienza umana fondamentale.

L'autore ritiene che tutte le conoscenze riguardanti il proprio esistere, accompagnate dalle profonde emozioni vissute, diano origine ad un'ampia e multiforme elaborazione interiore, attraverso la quale la persona è in grado di cogliersi come un'identità viva e presente nel suo contesto fisico, intersoggettivo e sociale. Allo stesso tempo inizia a percepirsi sia come soggetto attivo sull'ambiente, sia come oggetto delle iniziative altrui.

Un altro autore italiano, Montesperelli (1984), ha posto l'accento su come, nella società moderna, l'influenza della socializzazione, sullo sviluppo dell'identità, si attui attraverso un variegato policentrismo di influenze, con sempre meno forti

identificazioni con le figure degli adulti e sempre più spesso, invece, con modelli in prevalenza su canali di trasmissione orizzontali e non verticali. Le identità che ne derivano sono più fragili.

Garelli (1984) ha messo poi in luce una fascia di giovani che cresce senza la tensione verso grandi obiettivi.

Tuttavia questa generazione della vita quotidiana, che vive “alla giornata”, avrebbe creato in questa modalità di esistenza, centrata su prospettive brevi o intermedie, una risposta di adattamento alla complessità dell’attuale società in cui si trova a vivere.

Gli psicologi dell’Io, spostando la centralità dell’attenzione dalle pulsioni e dall’inconscio verso il modello dell’adattamento attivo, ne accentuano soprattutto la dimensione personale. Essi vedono nel mondo in cui il soggetto sperimenta il senso della propria identità molteplici funzioni.

Gli psicologi sociali legano la formazione identitaria alle interazioni molteplici fra individuo e ambiente. E cercano soprattutto come questo avvenga. Ogni componente di una comunità, essi affermano, può orientare concretamente i suoi comportamenti ed è in grado di comunicare mediante delle forme mobili e circolanti di scambio, che sono le rappresentazioni sociali. Queste risultano come una specie di ricostruzione della realtà, compiuta in comune fra individui e gruppi.

Fra gli autori di psicologia evolutiva, cioè i più direttamente interessati ai processi di sviluppo e organizzazione dell’individuo verso la maturità, a tematizzare il concetto di identità sono come precedentemente esposto i psicoanalisti della scuola americana (Erikson, 1968; Jacobson, 1971; Kohut, 1971).

Il cammino dell’identità si può quindi definire come il percorso di maturazione progressiva che consente all’individuo di situarsi per la prima volta in modo organicamente cosciente di fronte al senso del proprio esistere, attraverso una varia rappresentazione di sé. È un processo che da un lato implica la consapevolezza riguardante la percezione di una propria originalità e di una distinzione e diversità da ogni altro individuo, dall’altra include la difesa della continuità della propria unitarietà, nonostante le grandi trasformazioni incontrate nel tempo e che

avvengono sia nel proprio mondo interno, che nel rapportarsi con gli altri e con l'ambiente esterno.

L'identità dunque racchiude in sé concetti diversi ma dinamicamente integrati, come continuità e sviluppo, stabilità e cambiamento, fedeltà alla tradizione e apertura all'innovazione, maturazione personale e sociale.

4.2 Adolescenza e depressione

L'adolescenza si configura come un'epoca della vita nella quale, secondo tempi e intensità diverse, che variano da individuo a individuo, si attraversano periodi di tristezza, di noia, di timidezza, di paura, di angoscia. Questi sentimenti sono presenti anche durante l'infanzia, ma in adolescenza si modifica il significato. Oltre ad essere l'età delle prime relazioni amorose, dell'amicizia e degli ideali, l'adolescenza si accompagna spesso anche a depressione. In adolescenza quando si parla di depressione non ci si riferisce tuttavia a patologia, ma ad una tristezza legata anche alla sensazione di non essere adeguati al proprio corpo e agli altri, sentimento questo comune a tutti gli adolescenti. In questa età il corpo e la mente attraversano una fase di cambiamento che possiamo considerare come il periodo finale della maturazione. L'adolescente fa esperienza di un corpo che manda segnali sessuali nuovi, che spinge l'individuo adolescente verso le esperienze amorose, ma che allo stesso tempo deve essere accettato dall'individuo ed integrato in un'immagine di sé e della propria identità sessuale. Tutto questo sforzo di adattamento può talora produrre depressione, evocando nostalgia di un'epoca precedente, l'infanzia, dove la vita trascorreva più serenamente e dove ci si sentiva meno responsabili della propria immagine e della propria sessualità. In quest'ottica la depressione in adolescenza sarebbe reattiva al tentativo, quotidiano e faticoso, di adeguare il proprio corpo e la propria immagine agli ideali estetici e ai gusti della moda che la società impone. L'adolescente si trova inoltre a dover imparare a riconoscere e gestire il proprio desiderio, costruendosi relazioni d'amicizia e d'amore fuori dalla famiglia. Solo quando il giovane riesce a realizzare, almeno in parte, i suoi desideri sperimenta un

sentimento di soddisfazione da cui dipende la sua felicità.

4.3 Gli adolescenti e il rischio

L'adolescenza viene definita come il periodo di vita che si interpone tra l'infanzia e l'età adulta. Sarebbe tuttavia più corretto distinguerne due stadi, la preadolescenza e l'adolescenza; infatti il primo momento è caratterizzato dalla maturazione biologica, il secondo dall'emergere di una posizione autonoma, congruente e responsabile nel rapporto tra sé ed il mondo.

Cronologicamente, comunque essa potrebbe essere collocata in un'età compresa tra i 12 ed i 25 anni, anche se è piuttosto difficile darne un'indicazione anagrafica precisa a causa delle differenze individuali e dell'attuale *trend* indotto dalla società moderna.

L'adolescenza è, infatti, una fase della vita non facile da definire e i motivi principali sono essenzialmente due: il primo è di natura metodologica, in quanto risulta complicato stabilire con precisione quando tale epoca inizia e quando finisce, tanto più che nella società attuale l'ingresso nel mondo degli adulti, e quindi del raggiungimento di uno stato di una propria indipendenza, ha subito un evidente rallentamento con la necessità di spostare i limiti temporali, posticipando il termine della fase adolescenziale intorno ai 25 anni. La seconda motivazione è invece legata alla difficoltà di spiegare le trasformazioni individuali non solo biologiche, ma anche psicologiche e sociali (Palmonari, 2004).

Dal punto di vista biologico la pubertà, con le conseguenti modificazioni corporee, permette di identificare con discreta precisione l'inizio di questa fase della vita, mentre è più difficile stabilirne la fine, in quanto questa andrebbe individuata con il realizzarsi dell'autonomia e delle responsabilità con le quali il soggetto si rapporta nel mondo. L'adolescente si trova a dover far fronte ed interiorizzare importanti cambiamenti sia dal punto di vista somatico, con rapide e rilevanti modificazioni corporee e con la conseguente necessità di ricostruire di volta in volta una nuova unità somato-psichica, sia dal punto di vista psicologico dovendo imparare a gestire e ad accettare le pulsioni, a instaurare e mantenere rapporti con i coetanei di

entrambi i sessi e ad integrarsi nel gruppo dei pari, e infine, dal punto di vista sociale, stabilendo un'interazione adeguata con le istituzioni sociali (Orlandini e Spadari, 2010).

L'adolescenza conduce il giovane in una situazione sconosciuta, non familiare, al tempo stesso piena di possibilità, ma anche di incertezze, nella quale diviene molto facile smarrire la direzione, se non la si vive in maniera adeguata. Quest'età, caratterizzata da tutta una serie di trasformazioni e sviluppi, è per definizione l'età della crisi, dell'incompiutezza, dell'indeterminatezza, della problematicità (Barone, 2001).

Appare efficace la metafora che paragona l'adolescenza ad un labirinto, al cui interno si cerca la strada "giusta" che porti all'uscita, ma in cui risulta anche facile perdersi e ritrovarsi grazie all'aiuto di "altri significativi" (adulti e pari). L'adolescente vive come un equilibrista sulla corda tesa fra devianza e normalità e un semplice sbandamento può farlo cadere dalla parte sbagliata.

I comportamenti devianti rappresentano, però, anche una delle possibilità di espressione di questi soggetti, per comunicare al mondo il loro malessere, la loro noia, la loro non voglia di vivere; e allo stesso istante servono anche per comunicare il loro volere esistere in questo mondo, nel bene o nel male.

Dal punto di vista delle trasformazioni somatiche molto comune tra gli adolescenti è la dismorfofobia (la paura di avere qualcosa di anomalo nel proprio aspetto fisico), un fenomeno temporaneo, provvisorio, che, nella maggior parte dei soggetti, scompare col procedere dello sviluppo.

Tuttavia l'atteggiamento nei confronti delle modificazioni corporee appare diverso a seconda del genere. I maschi vivono tali cambiamenti in maniera più positiva rispetto alle femmine e tendono a valorizzarli, considerando l'incremento del peso un indice di maggiore forza, prestanza fisica e quindi mascolinità. Nei maschi, infatti, un precoce sviluppo si traduce in un vantaggio psicologico con acquisizione di maggiore popolarità nel gruppo dei pari o di posizioni di leadership. Le adolescenti, invece, vivono con più problematicità una comparsa precoce dei caratteri sessuali, spesso manifestando insoddisfazione per il proprio corpo,

irritabilità o ritiro sociale, anche a causa di invidie e sentimenti di competitività che si possono scatenare tra le coetanee.

La crisi del cambiamento biologico implica un vero e proprio cambiamento di identità. Le caratteristiche della discontinuità non sono da ricercarsi solo nei contenuti della crisi, e quindi nell'innegabile evidenza dei cambiamenti psicofisiologici e sociali, ma anche nella difficile elaborazione dell'adolescente che sta cambiando il punto di vista su di sé e sul mondo; infatti non solo ciò che si guarda è nuovo, ma l'Io che guarda è diverso.

La sorpresa di una prospettiva che cambia determina nel soggetto un senso di stranezza ed estraneità da se stesso, in quanto al non riconoscere il mondo, si somma un non riconoscere se stessi come soggetti di queste nuove percezioni.

Quello dell'adolescente è dunque un cambiamento catastrofico, proprio perché caratterizzato anche da una discontinuità dovuta al salto di piano percettivo.

Dal punto di vista psicologico è proprio durante il periodo dell'adolescenza che si dovrebbe definire l'identità dell'individuo.

Negli anni '80 lo psicoanalista statunitense Erickson propone un modello che include in modo essenziale le influenze storico-sociali. Lo studioso ritiene che lo sviluppo umano si profili come una sequenza ininterrotta di processi che intercorrono tra maturazione psicofisica, incidenza dell'ambiente culturale e attività del soggetto nell'organizzare l'esperienza personale. La maturazione fisica, secondo Erikson, ha molte implicazioni di natura non solamente individuale, ma anche sociale e individua otto fasi, che scandiscono l'intero corso della vita. Le prime quattro riguardano l'infanzia e la fanciullezza. Le ultime tre fasi comprendono l'età adulta e la vecchiaia. La quinta corrisponde all'adolescenza a cui l'autore conferisce un particolare rilievo, in quanto, a suo avviso, costituisce un momento fondamentale di passaggio che da un lato appare sensibilmente legato al passato e dall'altro risulta determinante per il futuro.

Per Erikson l'individuo risulta come una specie di sistema che si ristrutturava in modo progressivo e continuo e integra in ciascun momento le sue esperienze passate, raccordandole con le possibilità e i limiti che l'ambiente di vita gli offre nel presente.

In tale cammino ogni fase implica una crisi specifica, dentro la quale emergono sia un compito che un conflitto caratteristici. Dalla loro soluzione nascerà una sensazione soggettiva pregnante, di natura positiva o negativa, e quindi la presenza di un atteggiamento di base tipico per ciascuna delle fasi della vita. Per inserirsi attivamente nella società l'adolescente deve misurarsi con una serie di compiti che si collocano a metà strada tra i bisogni individuali e le richieste sociali e che non sono costanti nel tempo, ma riflettono il sistema sociale e valoriale di appartenenza di ciascun soggetto. Essi vengono definiti “compiti di sviluppo” e possono essere risolti in modo costruttivo, risolti in modo parziale o completamente non risolti e l'entità dei compiti giunti ad una soluzione positiva sarà indice di un processo di crescita dell'individuo più o meno riuscito.

Nell'adolescenza i compiti evolutivi comprendono:

- la realizzazione di un'identità personale e di genere;
- lo stabilire relazioni mature con coetanei di entrambi i sessi;
- la conquista dell'indipendenza emotiva dai genitori e dagli altri adulti;
- l'orientamento e la preparazione ad un'occupazione o professione;
- il raggiungimento dell'indipendenza economica;
- l'acquisizione di una predisposizione alla vita di coppia e familiare;
- lo sviluppo di competenza civica e di un comportamento socialmente responsabile;
- l'acquisizione di un sistema di valori e di una coscienza etica.

Il mancato superamento dei compiti compromette lo sviluppo individuale, con il rischio di un'identità frammentata e confusa rispetto ai ruoli sociali o inadeguata nei confronti delle situazioni della vita o negativa con identificazioni in modelli indesiderabili o pericolosi (Orlandini e Spadari, 2010). L'adolescente affronta questi compiti con disagio, fatto che di per sé non è negativo. Può assumere tale connotazione, qualora, a causa delle risorse personali inadeguate e di uno sfavorevole contesto socio-culturale, questo malessere non venga superato durante il percorso evolutivo e si trasformi quindi in una sofferenza cronica.

Un'altro rischio è che l'adolescente, qualora senta il processo di crescita come

troppo difficoltoso, cerchi delle “scorciatoie” che, nella maggior parte dei casi, sono rappresentate da comportamenti che pregiudicano il benessere psicologico, fisico e sociale non solo nell'immediato, ma anche nel futuro (Orlandini et al., 2007).

Le condotte a rischio, che si possono riscontrare con più frequenza nella prima adolescenza, comprendono il consumo di tabacco, di alcol, la guida pericolosa, i rapporti sessuali precoci, i piccoli furti e gli atti di vandalismo, la violenza verbale e fisica verso i coetanei.

Successivamente si possono aggiungere il gioco d'azzardo, l'alimentazione sregolata, i giochi e le imprese estreme e il consumo di droghe.

Anche se recentemente le differenze di genere stanno progressivamente diminuendo, solitamente sono i maschi i più propensi alla messa in atto di gesti rischiosi, che vengono vissuti come modalità di affermazione di sé (Bonino et al., 2003).

Nella valutazione del concetto di rischio in adolescenza va considerato inoltre l'aspetto, ad esso legato, del senso di invulnerabilità, percepita o immaginata. L'adolescente ha una tendenza alla sopravvalutazione delle proprie capacità di controllo e ritiene che gli altri, pur a parità di condizioni, siano più vulnerabili ed esposti alle ripercussioni negative.

Nel caso in cui, invece, la conseguenza negativa venga da lui subita, la sua visione sarà più fatalistica, attribuendo l'esito sfavorevole alla sfortuna o a fattori esterni. Un simile atteggiamento è peraltro non costruttivo, in quanto non gli permette di far tesoro delle esperienze e lo esime da responsabilità personali. Nella valutazione del rischio inoltre un comportamento viene considerato pericoloso, dall'adolescente, solo quando le conseguenze negative superano di molto le conseguenze positive.

Va aggiunto che il concetto di rischio può assumere una forte valenza di riconoscimento, affermazione e appartenenza ad un gruppo oppure come certi comportamenti possano essere agiti per mettere alla prova gli adulti, per testare la solidità e validità dei limiti e divieti da loro imposti o per verificare il loro interesse e attenzione (Orlandini e Spadari, 2010).

Per l'adolescente rischiare può quindi corrispondere al voler sfidare se stessi e al

voler conoscere i propri limiti.

Zuckerman ha poi individuato una categoria di ragazzi, i “sensation seekers”, che rischiano per il bisogno di sensazioni forti ed estreme (Zuckerman,1998).

Ciò che tuttavia accomunerebbe i differenti comportamenti a rischio è il tentativo, a volte inadeguato, di affrontare le difficoltà della crescita e quindi, se da un lato il senso di sfida e di invulnerabilità e l'impulsività sono funzionali all'acquisizione dell'identità, dall'altro, superato un certo limite, possono condurre a pesanti ripercussioni.

Va da sé che non tutti gli adolescenti mostrino la necessità di esprimere la propria maturità attraverso la messa in atto di condotte rischiose. Tuttavia quelli che rischiano di più, tendono a mostrare più comportamenti trasgressivi contemporaneamente, e tra questi spesso l'uso di sostanze psicoattive funge da facilitatore di altri comportamenti.

Nella trattazione delle dipendenze in adolescenza non ci si può esimere dall'indagare gli aspetti di sviluppo individuale, contestualizzandoli anche all'interno della dimensione del gruppo dei pari, e cioè di quella forma di aggregazione sociale spontanea che riveste una grande importanza nel processo di crescita dei giovani.

In adolescenza è forte, infatti, il desiderio di appartenere al gruppo come risposta al bisogno di trovare condivisione, approvazione, confronto e sostegno da soggetti con modalità di condotta, interessi e problemi simili.

Possiamo quindi distinguere un gruppo di pari *formale*, e cioè orientato ad un fine e diretto da un'istituzione formata da adulti, e un gruppo *informale*, cioè un'aggregazione senza un obiettivo definito e senza la presenza di una figura adulta.

L'appartenenza ad un gruppo risulta positiva per il completamento dell'identità; essa permette al ragazzo di sperimentare una realtà intermedia che coniuga, da un lato l'ambivalenza nei confronti dei genitori per i concomitanti bisogno di protezione dalla famiglia e l'inevitabile dipendenza economica, e dall'altra l'aspirazione alla libertà e il desiderio di prendere le proprie decisioni in autonomia (Orlandini e Spadari, 2010).

All'interno del gruppo l'adolescente impara a gestire le relazioni interpersonali,

acquisisce competenze sociali e misura le proprie capacità e i propri limiti.

A seconda del genere emergono differenze riguardo la composizione del gruppo; nella preadolescenza i maschi tendono a formare gruppi con un'accentuata struttura gerarchizzata e incentrata su attività da svolgere insieme (es. giocare a calcio). Le femmine invece prediligono stabilire relazioni più intime e i gruppi, di due o tre componenti, nascono per scambiarsi confidenze e presentano ruoli meno rigidi.

Tali differenze tendono a scomparire nel passaggio all'adolescenza, epoca in cui nasce la *compagnia*, cioè un gruppo composto da ragazzi e ragazze che decidono di trascorrere insieme il tempo libero e la cui unione si basa su un legame di amicizia e su un rapporto di fiducia. All'interno della compagnia si costituiscono sottogruppi, si creano e s'intrecciano rapporti amorosi di coppia.

Un elemento diverso rispetto al passato è che, nelle compagnie dei giovani di oggi, è pressoché scomparsa la figura del leader, a sottolineare l'attuale tendenza di un sistema "democratico" del potere.

Ogni gruppo si definisce quindi per regole, stili di condotta, gergo e modo di vestire che i membri devono rispettare e il fattore di coesione che lo tiene unito è solitamente rappresentato da un'attività, che può anche essere semplicemente lo stare insieme e il parlare.

Diversi studi hanno mostrato come le amicizie rappresentino un fattore protettivo, dimostrando come i preadolescenti con molti amici crescano con una maggiore autostima, con minori sintomi ansioso-depressivi e sviluppino migliori capacità nell'affrontare difficoltà e stress evolutivi (Baldassari et al., 2008).

I pari possono fungere da modelli positivi ed esercitare una pressione positiva, comprendendo, stimolando e incoraggiando il soggetto ad adottare comportamenti sani, ad affrontare sfide e a superare frustrazioni.

L'appartenenza al gruppo è quindi positiva quando permette all'individuo di confrontarsi, di rivestire una serie di ruoli, di esprimere le proprie opinioni e di formarsi una cultura personale.

Tuttavia quando la mente collettiva prevale sulle inclinazioni personali dell'individuo, quando la pressione del gruppo spinge il soggetto ad attuare

comportamenti che da solo non avrebbe mai assunto, o addirittura rifiutato, o quando conduce a un abbassamento della percezione del rischio, allora l'influenza e l'eccessiva adesione diventano un ostacolo ad una corretta crescita. In questo caso i ragazzi, spesso soli e confusi, si rifugiano nel gruppo per evitare di affrontare la complessità del mondo circostante e per fuggire dal contatto con la loro dimensione individuale.

Il gruppo acquisisce una valenza negativa anche quando sfocia nel cosiddetto "branco", dando origine a situazioni di forte disagio sociale con bande di giovani che dalla loro unione trovano la forza e il coraggio per commettere reati; in questi casi il risultato per il singolo individuo allora esita in un ostacolo allo sviluppo adolescenziale (Rosci, 2000).

Se è vero che all'interno del gruppo esiste un certo conformismo, d'altro canto però va segnalata anche la presenza di fenomeni di differenziazione, quale può essere la scelta di tatuarsi o di applicare piercing al fine contrastare l'omologazione e recuperare autonomia ed originalità (Pietropolli et al., 2000).

La tendenza dei giovani ad omologarsi comprende perciò sia risvolti positivi che negativi: chi frequenta pari positivi, emula comportamenti sani e trae da loro norme e valori adeguati; chi frequenta coetanei a rischio tenderà invece a mettere in atto comportamenti trasgressivi e pericolosi (Baldassari et al., 2006).

Da queste considerazioni nasce quindi l'importanza dell'educazione all'interno di gruppi formali e istituzionali, come, ad esempio, nel gruppo classe.

All'interno di quest'ultimo la figura del docente è fondamentale. Egli riassume diversi ruoli; può fungere da modello, da comunicatore, da pubblico ufficiale.

L'insegnante deve essere al tempo stesso educatore che aiuta, accoglie e comprende, guida non autoritaria, ma autorevole che permette alla classe di fidarsi e lasciarsi condurre e, infine, pubblico ufficiale che fa applicare le norme, che vigila e pone limiti (Giori, 2007). In questo senso all'interno del gruppo classe può svilupparsi un'adeguata e fruttuosa prevenzione delle dipendenze, in quanto risulta pur costituito da pari, si avvale, al tempo stesso, della presenza di un adulto educatore (Orlandini e Spadari, 2010).

4.3.1 Fattori di rischio e protettivi

Il rapporto tra adolescenti e adulti è stato da sempre giudicato problematico e conflittuale, a causa della relazione ancora asimmetrica in cui l'adolescente esce spesso sconfitto in quanto viene giudicato ribelle, non realistico, irrazionale e sofferente.

In effetti durante la fase adolescenziale la relazione genitori-figli cambia radicalmente divenendo meno autoritaria e poiché va diminuendo la frequenza e la durata dei contatti. Queste osservazioni, però, se da un lato spiegano le numerose discussioni e i conflitti tipici di questa fase di sviluppo, dall'altro non giustificano l'opinione che l'adulto sia sempre più raziocinante del figlio adolescente. Alcune ricerche effettuate per indagare l'atteggiamento nei confronti del rischio hanno dimostrato che tra percezione del rischio ed età esiste una relazione inversa: la maggior parte degli adolescenti si sente più vulnerabile e tende a dare stime soggettive dei rischi più elevate degli adulti.

Emergono inoltre delle problematiche legate alla concettualizzazione del rischio. Alcune definizioni di rischio sono strettamente legate alla teoria della probabilità e lo definiscono come il prodotto tra probabilità di occorrenza di un evento ed entità della perdita associata all'evento stesso. Uno degli obiettivi di questa teoria è quello di trovare un'unità di misura del rischio rispetto alla quale confrontare le diverse situazioni e i diversi comportamenti rischiosi: in realtà è impossibile pensare a una definizione di rischio che prescinda dal contesto in cui si sviluppa.

Prospettiva opposta a quella probabilistica deriva dalle ricerche psicologiche in base alle quali emerge che le persone concepiscono il rischio in modo molto diverso. A tale proposito Yates e Stone considerano il rischio come un costrutto soggettivo definito da tre aspetti:

- le possibili perdite
- l'esito negativo (gravità)
- la probabilità di occorrenza (grado di incertezza del verificarsi di un evento) (Yates e Stones, 1994).

Altra prospettiva, infine, associa il rischio alla mancanza di controllo (percepito) e

alle sue conseguenze.

Dagli studi presenti in letteratura emerge come già dai 13 anni di età compaiono i primi comportamenti problematici che poi possono dare origine a vere e proprie forme additive intorno ai 17 anni (Baiocco et al., 2004).

Pur considerando che nella fase di transizione dall'età infantile a quella adolescenziale si sviluppa la necessità di una stimolazione più intensa per raggiungere uno stato di appagamento, è evidente che non tutti gli adolescenti mostrano la stessa probabilità di sviluppare forme di dipendenze.

Al fine di sviluppare programmi di prevenzione, strategie e tecniche di trattamento che permettano di diminuire l'incidenza di problematiche di dipendenza in adolescenza, e le relative conseguenze negative in termini medici, psicologici, economici e sociali, è necessario comprendere adeguatamente i fenomeni di dipendenza; tale comprensione si rende possibile, con una appropriata conoscenza della rilevanza del fenomeno nei vari strati della popolazione, la conoscenza dei fattori psicofisici e contestuali che determinano la dipendenza, l'individuazione di ciò che maggiormente può proteggere l'individuo dalla dipendenza, la cognizione dei meccanismi di interazione e causazione che caratterizzano la dipendenza patologica (Couyoumdjian et al., 2006).

A questo proposito è utile quindi considerare i fattori che possono essere coinvolti nello sviluppo dei fenomeni di dipendenza e, nello specifico, i fattori di rischio e i fattori protettivi.

Alcuni di questi sono aspecifici e comuni alla maggior parte delle dipendenze, altri invece sono caratteristici di alcune forme.

Le variabili indagate al fine di comprendere meglio le differenti forme di dipendenza sono di natura personologica, cognitiva, relazionale e culturale - sociale. È necessario quindi valutare, di volta in volta, le risorse personali e le capacità relazionali, il substrato familiare e il contesto socio-culturale.

Secondo Steinberg i fattori che possono essere coinvolti sono i cambiamenti nella sensibilità alla ricompensa e lo sviluppo della capacità di autoregolazione (Steinberg, 2004). Queste funzioni implicano la possibilità di riflettere prima di agire, la capacità

di interrompere un comportamento rischioso e di indirizzarlo verso scelte adeguate dopo una valutazione dei diversi livelli di rischio (Caretto e La Barbera, 2009).

In letteratura, per quanto riguarda i fattori di rischio e di protezione per le dipendenze in adolescenza, è possibile individuare tre tipologie di studi empirici:

1) Studi longitudinali basati su gruppi controllo di studenti (Jessor e Jessor, 1997; Cattellino et al., 2000). Tali studi sono importanti poiché seguendo un numero elevato di soggetti per periodi di tempo anche relativamente lunghi, hanno permesso di descrivere l'andamento del comportamento problematico e dei fattori protettivi e di rischio ad esso connessi.

2) Studi su gruppi di soggetti "a rischio", quali possono essere, per esempio, adolescenti con genitori con problemi di dipendenza da alcol o da sostanze (Ungar, 2004). Tali ricerche, anche se si basano sullo studio di specifiche misure psicofisiologiche, hanno il limite di essere effettuate su gruppi modesti di soggetti, non rappresentativi della popolazione.

3) Studi su adolescenti con disturbo di dipendenza (Blaszczynski e Nower, 2002; Khalily, 2001). Tali approcci, sebbene più rilevanti da un punto di vista clinico, non permettono di distinguere le cause che hanno indotto il disturbo dalle conseguenze.

Con il termine di "rischio" intendiamo un complesso insieme che comprende aspetti di involontarietà e causalità, evocando principalmente connotazioni negative.

I fattori di rischio contribuiscono a determinare le condizioni nelle quali è più probabile che si sviluppi un certo evento, malattia o comportamento disadattativo e che agiscono a diversi livelli, individuale, familiare, scolastico-lavorativo e sociale (Chavis et al., 1994).

È importante sottolineare che, mentre inizialmente si sosteneva l'influenza individuale dei singoli fattori, successivamente sono state formulate ipotesi più dinamiche e articolate che tendono a spiegare il rischio in termini di interazione continua di una molteplicità di fattori.

In sintesi si possono distinguere tre diverse prospettive teoriche sui fattori di rischio:

- Medico-psicopatologica: cerca di evidenziare un nesso tra fattore eziologico e

risultato disadattivo

- Multifattoriale-statistica: dà importanza ad una serie di cause, facendo riferimento a modelli di analisi di tipo trasversale
- Multifattoriale-probabilistica: studia le relazioni individuo-ambiente e individua nella rete di rapporti, e nelle capacità di negoziazione del soggetto, le sequenze e le circolarità che pongono le premesse e mantengono le condizioni per le interazioni che possono predisporre alla compromissione delle potenzialità di sviluppo dell'individuo. Proprio all'interno di questo approccio è nato il termine di rischio psicosociale.

Per quel che riguarda i fattori di protezione ci si riferisce, invece, a quelle variabili che contribuiscono ad evitare o attenuare una situazione di disagio; possono essere fattori che riducono la probabilità di coinvolgimento in comportamenti a rischio o che ne riducono le conseguenze negative o ancora che smorzano gli effetti dei fattori di rischio presenti nell'ambiente.

Tutti gli elementi che, nella fase adolescenziale, favoriscono un buon adattamento e un adeguato sviluppo psico-relazionale durante l'adolescenza si rivelano importanti nella protezione rispetto alla possibilità di sviluppare una condizione di dipendenza. Questa influenza positiva emerge da alcuni studi che mostrano come un contesto psicologico o sociale svantaggioso possono essere moderati se allo stesso tempo coesistono alcuni fattori protettivi (Jessor et al., 1991; Caprara e Fonzi, 2000).

Un fattore protettivo trasversale è l'autoefficacia, cioè la percezione e la valutazione che un individuo possiede delle proprie capacità per affrontare con successo situazioni di vita e che influisce sulla scelta di obiettivi e sull'impegno mostrato nel raggiungerli (Orlandini et al., 2010).

Tra i fattori di protezione è importante anche la variabile resilienza, termine mutuato dalla tecnologia metallurgica e che in ambito psicologico, indica la capacità di un individuo di affrontare e resistere con un discreto grado di adattamento a circostanze di vita sfavorevoli e che quindi riveste anche un ruolo fondamentale nella psicopatologia e, in particolare nel percorso di dipendenza (Zani e Palmonari, 1996).

In adolescenza tra i fattori, che in generale favoriscono un buon adattamento e sviluppo, si riconoscono le competenze individuali, quelle cognitive, affettive e relazionali, la coesione familiare e una sana comunicazione con i genitori.

L'istituto di ricerca NIDA ha condotto nel 2001 una ricerca per identificare, tramite il confronto di diversi studi scientifici, una lista di fattori che si associano all'uso di sostanze negli adolescenti. Tra i fattori protettivi sono stati individuati il monitoraggio genitoriale sui comportamenti e sulle attività con i pari dei figli, la presenza di legami familiari forti e positivi, chiare discipline e regole di condotta, coinvolgimento dei genitori nella vita dei loro figli, successo scolastico, forte legame con scuola e organizzazioni religiose o culturali.

Per quel che riguarda i fattori di rischio sono stati segnalati una genitorialità inefficace, la mancanza di attaccamento genitore-figlio, un ambiente familiare disordinato e la percezione in ambito socio-familiare, di approvazione nei confronti del consumo di sostanze. Si aggiungono, inoltre, un comportamento in classe inappropriato e il fallimento scolastico, scarse abilità sociali e affiliazione con compagnie di pari con comportamenti devianti (NIDA, 2001).

Nello specifico i fattori di rischio e protezione sono maggiormente studiati sono:

- Fattori di personalità
- Fattori cognitivi
- La famiglia
- Il gruppo dei pari

I fattori di rischio e protezione non devono essere considerati come caratteristiche statiche dell'individuo, ma come risorse in continua interazione dinamica a cui il soggetto può far ricorso in situazioni di difficoltà.

4.3.2 Fattori di personalità

Per quanto riguarda i fattori di personalità le variabili più indagate e comuni alle diverse forme di dipendenza negli adolescenti sono la Sensation seeking, l'impulsività e l'estroversione:

- *Sensation seeking.*

Un interessante filone di ricerca sui fattori psicologici e neurofisiologici che entrano in gioco nei comportamenti a rischio è quello intrapreso da Zuckermann, il cui nucleo centrale si focalizza su un aspetto di personalità, la *Sensation seeking*, o ricerca di sensazioni. Essa rappresenta un tratto di personalità basilare nei comportamenti di ricerca del rischio e può essere definita come il bisogno inesauribile di nuove sensazioni ed esperienze con la conseguente propensione ad assumere rischi fisici e sociali allo scopo di sperimentarle.

I quattro aspetti caratteristici di questo tratto di personalità sono la ricerca di avventura e brivido, la ricerca di esperienze nuove, la disinibizione e la scarsa tolleranza alla noia.

Tale variabile di personalità sembrerebbe essere particolarmente rilevante nello studio del comportamento di adolescenti che devono affrontare un momento della vita nel quale risulta fondamentale rischiare serve per testare le proprie qualità e per verificare il grado di autonomia conquistato (Malagoli Togliatti, 2004). In particolare è emersa una relazione tra la ricerca di sensazioni e le varie forme di dipendenza mediate da sostanze e non, come, per esempio, l'abuso di droghe (Donohew, Clayton, Colon, 1999) il gioco d'azzardo e le dipendenze comportamentali (Brownie, Brown, 1994).

- *Impulsività.*

L'impulsività è tratto di personalità che guida l'individuo verso comportamenti incontrollati, istintivi, disinibiti e che permettano un'immediata gratificazione del bisogno ed è una dimensione trasversale a tutte le dipendenze comportamentali.

Essa è alla base di un comportamento spontaneo, non controllato e in assoluto non intenzionale; il soggetto impulsivo è infatti solitamente incapace di ritardare le gratificazioni ed è orientato verso il soddisfacimento immediato. L'impulsività implica l'orientamento verso il presente, un comportamento disinibito e scarsa capacità di pianificazione, tutte variabili che assumono particolare rilevanza nella spiegazione della maggiore suscettibilità dell'adolescente verso la dipendenza patologica, soprattutto alla luce degli studi sullo sviluppo cognitivo (Klaczynski,

2001).

Rispetto al contesto delle dipendenze, uno studio su oltre 1.300 adolescenti Nower e collaboratori (2004) osserva che uno dei principali predittori dei comportamenti dipendenti da gioco, sia nei maschi che nelle femmine, è appunto l'impulsività.

Ciò risulta anche nei disturbi del comportamento alimentare, in particolare nella sindrome bulimica dove la difficoltà a regolare il proprio comportamento è in stretta relazione a una scarsa capacità di controllo degli impulsi.

In riferimento poi a particolari forme di dipendenza, quali il workaholism, è stata evidenziata la relazione con la stabilità emotiva, oltre che con la coscienziosità e l'introversione sociale (Seybold, Salomonem, 1994), mentre comportamenti di dipendenza verso la televisione sarebbero predetti dalla suscettibilità alla noia (sottodimensione della ricerca di sensazioni) e da una bassa stabilità emotiva (Hay et al., 1996).

- *Estroversione.*

La variabile estroversione è risultata in relazione con la dipendenza da nicotina e da sostanze (Wilkinson e Abraham, 2004).

Nell'ambito della dipendenza da esercizio fisico, permette inoltre di distinguere i semplici sportivi da coloro che praticano sport in modo compulsivo (Mathers e Walzer, 1999).

- *Stabilità emotiva.*

A primi tre fattori si aggiunge la stabilità emotiva che risulta un fattore rilevante nella dipendenza da lavoro.

Secondo gli autori, benchè paradossalmente si possa pensare che individui con importanti figure di attaccamento diventino più portate ad appoggiarsi ad esterni, a scapito della conquista di capacità autoregatorie, un attaccamento sicuro costituirebbe proprio al contrario un rafforzamento delle suddette capacità autoregatorie, fondamentali per il mantenimento della stabilità emotiva in contesti relazionali e di eventi particolarmente stressanti. I soggetti con attaccamento sicuro perciò avrebbero, rispetto agli insicuri, una maggior capacità di risoluzione dei problemi, autostima più alta, atteggiamento più positivo nei confronti del lavoro e

delle novità (Mikulincer et al., 2004). Nella dipendenza da televisione emerge un basso livello di stabilità emotiva associato ad una maggiore suscettibilità alla noia (Hay et al., 1996).

4.3.3 Fattori cognitivi

Il giudizio delle persone riguardo i rischi è spesso considerato un elemento fondamentale nella spiegazione dei comportamenti aventi effetti sulla salute della persona.

In questo ambito la ricerca ha cercato di comprendere tre aspetti principali:

- se gli adolescenti possiedono le capacità necessarie per comprendere i rischi dei propri comportamenti;
- quali sono i fattori in grado di influenzare la percezione del rischio;
- se la percezione del rischio influenza effettivamente le decisioni e i comportamenti assunti dagli adolescenti.

La maturazione che porta alla definizione di una propria identità è sostenuta da processi di crescita che stanno avvenendo a livello delle stesse strutture di pensiero. Secondo Inhelder e Piaget (1955), a partire dalla preadolescenza, l'individuo va sviluppando, in modo più o meno lento e incerto, una capacità di ragionamento più astratto, imparano a pensare anche senza un collegamento immediato con le realtà esperite direttamente. Egli è quindi in grado di intrattenersi mentalmente anche su quello che è al di fuori della dimensione del presente, al di là di ciò che è ricordato o comunque percepibile, e ciò gli consente di riflettere anche su quanto non esiste attualmente e su quello che è semplicemente possibile o che addirittura può essere solamente immaginato.

A tale capacità di natura ipotetica, se ne può aggiungere un'altra, in qualche modo contigua, che è il ragionamento logico di tipo deduttivo.

La maggior parte delle teorie dello sviluppo cognitivo affermano che l'individuo passa da un pensiero di tipo intuitivo a un ragionamento logico e più efficiente che è quello deduttivo che permette all'individuo che possiede questo genere di abilità, di formulare, poste mentalmente certe condizioni, varie conseguenze possibili. Si dice,

così, che è in grado di usare il procedimento razionale di carattere ipotetico-deduttivo.

Inoltre l'adolescente familiarizza in modo crescente anche con un altro genere di pensiero che è quello induttivo, per certi versi è complementare all'ipotetico-deduttivo.

L'ipotetico-deduttivo, infatti, immagina il possibile deducendolo da un principio generale, l'induttivo agisce all'inverso, partendo dal particolare, conduce a stabilire una regola più universale.

Attraverso l'acquisizione e l'affinamento di tali mezzi logici l'adolescente riesce a comprendere, ad esempio, che il suo passato poteva realizzarsi anche in modo diverso; che il suo presente è caratterizzato da potenzialità, espresse e inespresse, o comunque ulteriormente esprimibili; che il futuro propone una serie di soluzioni dipendenti da fattori svariati, tra cui anche i propri orientamenti di scelta. E soprattutto questi nuovi procedimenti logici, poiché gli permettono di capire meglio di un tempo gli effetti e le conseguenze, su di sé e sugli altri, dei suoi comportamenti, gli consentono anche di mettere in atto cambiamenti sia nell'ambito dei suoi atteggiamenti, che nell'ambito delle relazioni interpersonali.

Tuttavia spesso lo sviluppo cognitivo, in particolare in riferimento a quelle operazioni che gli permetterebbero di valutare la validità di alcune teorie ("se bevo 5 birre sono un eroe") e di prendere decisioni adeguate per il proprio benessere, può non essere ancora completato. In alcuni adolescenti ne deriva una "deficitarietà" rispetto a certe funzioni cognitive e, quindi, un maggior rischio di comportamenti di dipendenza rispetto a quelli che, pur avendo vissuto esperienze simili, hanno raggiunto un livello di sviluppo cognitivo più elevato.

Numerosi sono gli studi che sostengono un miglioramento delle capacità logiche con lo sviluppo e l'esistenza di cambiamenti evolutivi a livello di due diversi sistemi di elaborazione dell'informazione: il sistema esperienziale il quale implica l'attivazione preconsa di memorie procedurali che possono essere utilizzate per guidare giudizi e decisioni. Lo sviluppo di tale sistema permette di acquisire un numero sempre più ampio di euristiche (scorciatoie mentali) e di modelli decisionali

che vengono attivati da specifici elementi del contesto; il sistema analitico il quale si sviluppa più tardivamente rispetto all'altro e con maggiore consapevolezza. Esso è alla base di abilità utili per la valutazione e riflessione in fase decisionale e per monitorare l'attività di ragionamento.

Tali teorie sono in contrasto con quanto invece emerge nell'osservazione degli adulti ovvero del loro ricorrere a numerose scorciatoie mentali e della constatazione che vede, all'aumentare dell'età, l'incremento dell'uso delle euristiche e del numero di errori sistematici di giudizio (Evans e Over, 1996).

Alcune ricerche hanno mostrato che ragazzi, considerati a rischio per lo sviluppo di disturbi conseguenti l'uso di droghe e alcol, hanno prestazioni peggiori a test neuropsicologici per la valutazione delle funzioni cognitive (Chassin e Ritter, 2001).

In generale è emerso che gli adolescenti sono in grado di riconoscere che particolari attività e contesti implicano specifici rischi; in particolare i più piccoli (11-13) sono meno competenti dei più grandi (15-17), non tanto per quel che riguarda l'identificazione dei rischi quanto per quanto concerne i giudizi sulla gravità delle conseguenze di particolari comportamenti e sulla probabilità del verificarsi di esiti negativi. Questi giudizi si definiscono non-condizionati, quando si focalizzano solo sugli esiti, e condizionati se viene considerato anche il contesto.

Fischhoff ha confrontato i primi con le statistiche relative a diversi eventi significativi (restare/mettersi incinta, andare in prigione, morire..) e come risultato ha ottenuto che gli adolescenti sovrastimano molto il rischio di morire o di andare in prigione, mentre mostrano una percezione media del rischio per gli altri esiti (Fischhoff et al., 1984).

Altre ricerche hanno invece messo in luce che le persone che attuano comportamenti pericolosi hanno una percezione dei rischi, che ne conseguono, molto più bassa di coloro che non li attuano.

4.3.4 La famiglia e il gruppo dei pari

L'adolescenza, come già esposto in precedenza, è considerata come il periodo della conquista dell'autonomia e dell'indipendenza personale e concomita con lo sviluppo

dell'identità e con la consapevolezza di sé. Allo stesso tempo il concetto di indipendenza corrisponde, non all'assenza di relazione con l'altro, dove per "altro" intendiamo le figure genitoriali, le istituzioni o gli adulti in genere, ma ad una condizione in cui l'individuo si rapporta in una relazione in cui vi è meno asimmetria e in cui assume un ruolo paritetico (Couyoumdjian et al., 2006).

Pardeck e Pardeck (1990) mettono in evidenza come la struttura familiare, le interazioni al suo interno e gli stili genitoriali siano decisivi per lo sviluppo dell'autonomia. In particolare un ambiente familiare in cui sono incoraggiati atteggiamenti e comportamenti autodeterminanti favorirebbe lo sviluppo dell'indipendenza, pur senza precludere un adeguato grado di attaccamento nei confronti di figure significative (Spear e Kulbok, 2004).

Anzi, tali relazioni, specialmente quelle con le figure genitoriali, risultano fondamentali, insieme ad un ruolo attivo volto all'autodeterminazione (Ryan e Deci, 2000), proprio nello sviluppo dell'autonomia e dell'identità.

Secondo Zerbetto (2002) per poter stabilire quando si manifestano i sintomi della dipendenza, è utile studiare il percorso evolutivo dell'individuo, in quanto ritiene che si possa delineare una curva della dipendenza che cambia nel corso della vita. L'autore afferma che dapprima vi sia una condizione di totale dipendenza del bambino nei confronti della figura di attaccamento (per esempio, la madre), e successivamente un rapporto genitore-figlio che comporta una maggiore parità relazionale. Pertanto la dipendenza potrebbe derivare da mancanza di sicurezza, dovuta a una relazione madre-bambino disturbata o ad una debole spinta esplorativa e competitiva che il padre, o un altro adulto significativo, avrebbe dovuto trasmettere al proprio bambino (Zerbetto, 2002). Queste carenze renderebbero ancora più difficoltoso il passaggio dall'età infantile all'età adolescenziale, già di per sé complicato, esitando in una crisi. In conseguenza di tali difficoltà il rischio è di sviluppare una maggiore propensione dell'adolescente verso condotte problematiche, come l'uso di sostanze psicoattive, di alcool o altre dipendenze comportamentali.

Per quel che concerne il contesto familiare, le variabili in quest'ambito, e soprattutto quelle maggiormente correlate al benessere psicofisico dell'adolescente, sono il

monitoraggio genitoriale, lo stile disciplinare, la qualità della relazione genitori-figli, la coesione e l'adattabilità familiare.

La famiglia è il primo ecosistema con cui l'adolescente si confronta. In particolare Sher sostiene che uno stile parentale inadeguato sia in grado di facilitare lo sviluppo di comportamenti di dipendenza da sostanze; egli ritiene, infatti, che genitori poco competenti non sarebbero in grado di proteggere il figlio dall'insuccesso scolastico e dalla frequentazione di amicizie sbagliate (Sher, 1991).

Alcuni studi si sono soffermati su alcune caratteristiche specifiche dello stile parentale per studiare il ruolo nella dipendenza in adolescenza. Le caratteristiche indagate sono state il monitoraggio genitoriale e coerenza e fermezza della disciplina.

Le ricerche condotte in questo ambito hanno mostrato che bassi livelli di monitoraggio parentale e scarsa disciplina sono spesso associati a disturbi nell'uso di sostanze e ad altri comportamenti a rischio. In particolare, per Montemayor, il parental monitoring identifica quella funzione genitoriale che permette ai genitori di conoscere i luoghi, le attività e le compagnie dei propri figli (Montemayor, 2001). Esso avrebbe una grande rilevanza nello sviluppo adeguato dell'adolescente pur considerando che, come si può facilmente comprendere, posizioni estreme, quali l'ipercontrollo o la completa assenza di controllo, sono associate a difficoltà nella crescita, a comportamenti devianti e di dipendenza. Un controllo genitoriale inefficace, infatti, favorirebbe non solo la vicinanza del ragazzo a gruppi di coetanei devianti, ma anche comportamenti di dipendenza precoci (10-11 anni di età). Quest'ultimo effetto risulta inoltre potenziato dalla presenza in famiglia di adulti che a loro volta hanno sofferto di forme di dipendenza (in particolare il padre) (Wilkinson e Abraham, 2004).

Nel caso invece della tarda adolescenza, il benessere psicologico sembrerebbe associato ad un elevato supporto, ma a un controllo poco stringente che altrimenti viene percepito, a questa età, come mancanza di fiducia e intrusività.

L'importanza del contesto familiare è evidenziata anche in studi che mostrano come nei soggetti con una familiarità positiva per dipendenze sia riscontrabile con più

frequenza una condizione di dipendenza (Gupta e Derevensky, 1998).

L'amicizia con i coetanei svolge importanti funzioni nell'adolescenza tra cui la conferma delle proprie capacità relazionali e inoltre favorisce la costruzione dell'identità. In realtà ciò che deve essere considerato fattore protettivo non è la presenza degli amici, ma la qualità delle amicizie. Ad esempio è emerso che nella dipendenza dal fumo il predittore più spesso riportato in letteratura è l'avere amici che fumano; lo stesso per l'alcol e le droghe.

Il gruppo dei pari più che esercitare pressioni dirette portano a percepire il comportamento a rischio come normativo e mezzo per mantenere i legami. Anche se in misura minore rispetto alle tossicodipendenze alcuni studi hanno indagato il ruolo del gruppo nelle dipendenze comportamentali: nel gioco d'azzardo patologico l'importanza del gruppo nell'iniziazione e nel mantenimento del comportamento è piuttosto alta (44% dei ragazzi intervistati ha iniziato a giocare perché lo facevano gli amici).

Altro fattore di rischio nella sfera delle amicizie è la suscettibilità dell'adolescente nei confronti dei propri amici. Tale suscettibilità risulta connessa all'età: mentre nell'infanzia e nella prima adolescenza il gioco si volge prevalentemente all'interno dell'ambiente domestico, con il progredire dell'età si preferisce giocare con gli amici in posti fuori casa, come le sale giochi e i bar e le sale scommesse. Infine Dickson rileva che tutte le relazioni di amicizia instaurate prima della patologia nella maggior parte dei casi vengono perdute e al loro posto si instaurano amicizie con ragazzi che condividono la stessa patologia (es. gioco d'azzardo).

Si può quindi ritenere che obiettivi primari di qualsiasi intervento debbano essere quello della riduzione della presenza dei fattori di rischio e quello dell'aumento dei fattori di protezione, al fine di prevenire problemi comportamentali e di salute nell'adolescente (Hawkins et al., 2002). Sarebbe opportuno, inoltre, che tali interventi non si fermassero ad una prevenzione primaria, rivolta a tutta la popolazione, ma che si focalizzassero anche su gruppi di adolescenti a rischio e sulle loro famiglie (Couyoumdjian et al., 2006).

4.4 La sessualità in adolescenza

Tradizionalmente l'adolescenza viene considerata come l'età degli innamoramenti e dell'amore nascente (Polmonari, 1997). E' in questo periodo, infatti, che, per la prima volta, l'adolescente prende coscienza della sua solitudine esistenziale, della sua unicità e individualità: innamoramento e amore permettono di rompere l'isolamento e di unirsi agli altri in relazioni intime (Fromm, 1956).

I giovani quasi inevitabilmente giungono a riproporre, più o meno consapevolmente, le regole relazionali apprese dal modello genitoriale.

Le influenze culturali provenienti dalla famiglia, dal gruppo dei pari e dai mass media sono molto incisive sul modo di concepire l'affettività e le relazioni interpersonali eterosessuali.

Nell'ambito della sessualità, rispetto alle generazioni precedenti, si sono riscontrati, infatti, alcuni cambiamenti. Innanzitutto si è verificato un mutamento dei modelli che regolano i comportamenti sessuali; da standard di "astinenza sessuale", riguardante soprattutto le donne, si è passati ad uno di "permissività", ma ancora accettata solo all'interno di una relazione affettiva stabile (Reiss, 1967), fino a un modello della permissività del rapporto anche senza coinvolgimento affettivo (Zani, 1997).

Inoltre anche gli atteggiamenti verso la sessualità hanno subito un mutamento accompagnato ad un cambiamento di mentalità e ad una maggiore apertura sulle questioni sessuali (Coleman e Hendry, 1990). Queste trasformazioni hanno determinato un'anticipazione sull'età del primo rapporto una maggiore precocità nei rapporti sessuali. E' molto difficile avere dati attendibili sull'età del primo rapporto. Alcune ricerche condotte sul comportamento sessuale adolescenziale in un arco di circa 40 anni (Coleman e Hendry, 1990; Voydanoff e Donnelly, 1990; Cafaro, 1990) hanno evidenziato un sensibile aumento delle attività sessuali, una liberalizzazione nei modelli dell'espressione sessuale (rapporti con diversi partner, una maggiore frequenza dei rapporti) e un'iniziazione più precoce. A questo proposito le differenze fra i sessi si stanno gradualmente riducendo e in alcuni paesi, come la

Svezia, sono le ragazze ad avere, ad un'età più precoce, un maggior numero di rapporti sessuali rispetto ai maschi.

La letteratura conferma, inoltre, una maggiore difficoltà nei maschi riscontrata nell'affrontare temi inerenti la scoperta della pubertà, evento di cui non parlano volentieri e legato alla persistenza di certi stereotipi legati al ruolo maschile (Zani et al., 1992). I ragazzi ricercano meno attivamente informazioni in proposito, sia per la difficoltà ad ammettere la propria ignoranza su questioni sessuali di fronte ai compagni, sia per il bisogno di affermare la propria indipendenza ed autosufficienza in questo campo. E' molto forte la preoccupazione di non essere diversi dagli altri, di essere "normali", unito al bisogno di provare questa normalità. Ne consegue che la precocità maschile consiste spesso nell'anticipazione dell'esperienza sessuale completa rispetto a quella relazionale e di coppia, esattamente al contrario di quanto accade nel caso di molte ragazze. Per le ragazze, invece, la scoperta della pubertà è un ricordo chiaro e oggetto di conversazione con le amiche e con la madre.

Le reazioni personali (di accettazione tranquilla oppure di fastidio e preoccupazione) sono strettamente legate alla quantità e alla qualità delle informazioni ricevute in famiglia e al tipo di cultura prevalente (Zani, 1997).

L'adolescente deve affrontare un fondamentale compito di sviluppo che consiste nello stabilire relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi, sino ad impegnarsi in una relazione sessuale con un determinato partner.

L'approcciarsi con l'attività sessuale è collegata al bisogno di anticipazione dell'adulthood, come confermato dalla presenza di una stretta connessione col fumo di sigarette, comportamento socialmente accettato nell'adulto e che può essere usato come segno dell'acquisizione dello status di adulto (Bonino e Ciairano, 1998). Tuttavia un'anticipata o esasperata assunzione dell'adulthood porta gli adolescenti a vivere in una condizione di malessere caratterizzata da depressione, alienazione ed eccessivo stress (Magnusson et al., 1985; Stattin e Magnusson, 1990).

Gli adolescenti più grandi che non hanno ancora avuto rapporti sessuali vivono, a causa del confronto con il gruppo dei coetanei che hanno già vissuto l'esperienza sessuale, in una condizione di disagio e malessere, diventa un parametro

fondamentale con cui valutare il proprio essere adulti.

Avere rapporti sessuali rappresenta per questi adolescenti un elemento cardine per la costruzione di un'immagine di sé positiva e soddisfacente, mentre la condizione sessuale opposta è connessa ad un senso di alienazione ed inadeguatezza. Vantare un maggior numero di partner sessuali permette, infatti, ad alcuni adolescenti maschi di sentirsi machi e conformi al modello della società odierna che stabilisce tempi riconosciuti come adeguati in cui si ritiene debba avvenire l'esperienza sessuale (Garelli, 2000).

Nel sesso femminile l'integrazione sessuale è più problematica e conflittuale. Il disagio è dato dal fatto che in loro la sessualità è connessa con una peggiore percezione di sé, ciò è dovuta ad un'accettazione sociale della sessualità femminile differente da quella maschile e dalle maggiori responsabilità contraccettive a cui far fronte. Dal momento che esse, più predisposte alla ricerca di relazioni stabili, si trovano ad affrontare confronti, rinunce, fatiche psicologiche e sofferenze che i maschi, più dediti ad incontri saltuari, non sostengono.

Il coinvolgimento nella sessualità perciò da una parte avvicina l'adolescente alla condizione adulta, soddisfacendo così un fondamentale bisogno, dall'altra parte lo allontana dal compimento di altri compiti di sviluppo, come le competenze scolastiche utili per la realizzazione degli obiettivi futuri, sia sociali che lavorativi.

Nell'adolescente, inoltre la sessualità ha una funzione trasgressiva, confermata da quegli studi in cui emerge l'associazione con altri comportamenti a rischio come la violazione delle norme sociali di lealtà e di convivenza con gli adulti (es. non andare a scuola e mentire per nascondere le proprie azioni) e l'utilizzo di sostanze psicoattive illegali (Jessor et al., 1991).

Gli adolescenti già implicati nell'attività sessuale, soprattutto se maschi, sono più coinvolti nei comportamenti di esplorazione e sperimentazione di tipo esternalizzato (elevato consumo di alcool, guida pericolosa e più in generale comportamenti a rischio), mentre le femmine in quelle di tipo internalizzato (disturbi alimentari).

Gli adolescenti che mostrano un basso grado di fedeltà utilizzano il comportamento sessuale, insieme ad altri comportamenti devianti, per comprendere i propri limiti,

saggiare le proprie capacità, nonché per trasgredire le norme sociali. Per loro, inoltre, il comportamento sessuale di tipo promiscuo assume anche la funzione di fuga dalle difficoltà sociali e relazionali, poiché esse richiedono l'implicazione di competenze superiori che i giovani non sentono di possedere (Cattelino, 1999; Caprara, 2001).

L'importante ruolo della famiglia nell'ambito della sessualità degli adolescenti emerge in alcuni studi che evidenziano come le ragazze coinvolte nell'attività sessuale percepiscano maggiormente la mancanza di sostegno dei genitori, mentre gli adolescenti più giovani quella del loro controllo. Ciò è una dimostrazione del ruolo positivo del controllo genitoriale sui comportamenti del giovane (Cattelino e Bonino, 1999).

Oltre a ciò riveste grande importanza anche l'influenza del gruppo dei pari. L'adolescente risulta, infatti, incentivato ad adottare alcuni comportamenti non solo perché frequenti nel gruppo dei coetanei, ma anche perché nel condividerli con amici che sente simili a sé, ottiene conferme per la propria identità (Engels, 1998). Gli adolescenti già coinvolti nell'attività possiedono più amici implicati nel rischio e in attività disorganizzate, in confronto a coloro che, non avendo ancora vissuto l'esperienza sessuale, trascorrono maggior tempo in attività organizzate e magari frequentano anche un gruppo parrocchiale.

La religione costituirebbe, ad esempio, un elemento di protezione, attuata mediante la possibilità di poter partecipare ad attività significative moralmente e socialmente (Fallace e Williams, 1997).

La relazione tra un modello sessuale promiscuo e le attività non organizzate aumenta nel corso del tempo. Durante l'adolescenza si sviluppa uno stile di vita improntato sulla soddisfazione immediata dei propri bisogni e sul tentativo di evitare di assumersi responsabilità.

Emerge quindi l'importanza, all'interno del percorso di crescita, un'adeguata educazione alla sessualità, sia da parte della famiglia che in ambito socio-scolastico da parte degli insegnanti, educatori e operatori del servizio pubblico e privato, in modo che i giovani trovino sostegno e luoghi di ascolto molteplici e qualitativamente differenziati (Zani, 1997).

Capitolo 5

NUOVE DIPENDENZE IN ADOLESCENZA

5.1 Cenni introduttivi

Dai dati epidemiologici, seppur scarsi, inerenti le diverse forme di dipendenza patologica o quelli relativi alle conseguenze negative fisiche, sociali ed economiche di questi disturbi (come il tasso di mortalità direttamente conseguente ad una dipendenza patologica o i costi pubblici per i programmi di prevenzione e di recupero), emerge come la fascia maggiormente a rischio sia rappresentata dagli adolescenti e giovani adulti tra i 15 e i 25 anni (Couyoumdjian et al., 2006).

Queste considerazioni risultano valide sia per le dipendenze da sostanze sia per quelle comportamentali. Tuttavia per quanto riguarda il primo gruppo di dipendenze, i dati epidemiologici prodotti dalla Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2005) del Dipartimento Statunitense per la Salute, relativi al numero di individui con diagnosi di abuso e dipendenza e da droghe e da alcol (secondo i criteri DSM-IV), nel biennio 2003-2004 testimoniano il maggiore rischio degli adolescenti rispetto ad individui di altre fasce di età.

Specificamente per l'alcol, in Italia si osserva che gli adolescenti che consumano bevande alcoliche, in particolare birra, sono sempre più numerosi (Scafato et al., 2007).

Per quanto riguarda le dipendenze comportamentali, i dati epidemiologici sono più inconsistenti e frammentari. Per quanto riguarda il gioco d'azzardo patologico (GAP), probabilmente la dipendenza comportamentale maggiormente indagata, Petry (2005), in una revisione della letteratura sui correlati demografici del disturbo, rileva che, in generale, l'età è inversamente correlata con la frequenza di problemi di dipendenza: in sintesi, i giovani che soffrono di forme più o meno gravi di GAP sono in percentuale doppia o tripla rispetto a quella degli adulti (Lavanco, 2001; Delfabbro e Thrupp, 2003).

Da quanto detto sembrerebbe che, almeno per alcune attività, gli adolescenti tendano ad assumere più rischi degli adulti.

Secondo Millstein e Halpern-Felsher (2002) questa differenza è da attribuire al diverso sviluppo delle funzioni superiori del pensiero, che permettono l'individuazione e la valutazione delle cause che sono all'origine delle perdite connesse ai rischi. In particolare, gli adolescenti, soprattutto quelli più giovani, avendo scarse abilità metacognitive e, riuscendo a elaborare allo stesso tempo solo una quantità limitata di informazioni, sarebbero meno capaci di considerare la possibilità che una relazione causale sia falsa o di considerare relazioni causali alternative. Ciò indurrebbe gli adolescenti, più degli adulti, a sostenere maggiormente le loro credenze relative alla relazione tra comportamenti rischiosi e conseguenze negative (Millstein e Halpern-Felsher, 2002).

Le dipendenze comportamentali maggiormente presenti in adolescenza sono: la dipendenza da gioco d'azzardo, le dipendenze da tecnologie (internet, videogiochi), le dipendenze relazionali, le dipendenze alimentari, le dipendenze da esercizio fisico e le dipendenze da shopping.

5.2 Gioco d'azzardo patologico

La maggior parte degli adolescenti gioca per occupare il tempo libero, per evadere dalla routine quotidiana, per scacciare tensioni eccessive, per provare l'emozione del rischio e ciò, di per sé, non comporta particolari pericoli.

Il rischio di sviluppare una dipendenza si verifica quando questa pratica diventa così assidua da sfociare in un abuso. Questo rischio, oggi, è più elevato che in passato perché, ai giochi informali del passato, organizzati dai ragazzi stessi, si sono sostituite forme commerciali come le lotterie, le slot machine, i videopoker e le scommesse di vario tipo. Si tratta di giochi facilmente accessibili in quanto slot machine e videopoker, per esempio, sono spesso presenti nel bar sotto casa, di giochi veloci e stimolanti che non richiedono competenze particolari e che promettono vincite facili e frequenti: tutti elementi che, stimolando i ragazzi a

mettere alla prova le proprie abilità, possono determinare l'instaurarsi di una vera e propria mania.

Sotto il profilo epidemiologico, Del Miglio, in un suo lavoro, afferma che “ ricerche recenti compiute in Europa, negli Stati Uniti, in Canada e in Australia hanno appurato che il 24-40% degli adolescenti gioca d'azzardo settimanalmente, il 3,5-8% dei soggetti sotto i 18 anni sono giocatori patologici e il 10-14% sono a rischio di sviluppare gravi problemi con il gioco d'azzardo” (Del Miglio et al., 2005).

I più colpiti da questo tipo di dipendenza sono i giovani nella fascia di età 18-30 anni; tuttavia in una rassegna del 2000, Jacobs (Jacobs, 2000) ha stimato che nel Nord America due minorenni su tre hanno sperimentato, almeno una volta, il gioco d'azzardo e, di questi, 2,2 milioni presentano comportamenti problematici.

Una ricerca italiana realizzata da Baiocco (Baiocco et al., 2005) su 300 adolescenti ha evidenziato che il 63,3% dei ragazzi gioca d'azzardo in modo non problematico, l'8,4% è a rischio e il 2,3% è patologico.

Se ne deduce che proprio l'adolescenza è il periodo di maggior rischio per l'instaurarsi di una dipendenza da gioco d'azzardo e il rischio aumenta quanto più precocemente il soggetto inizia a giocare.

I maschi giocano d'azzardo con maggior frequenza rispetto alle ragazze e giocano sia per vincere che per competizione, mentre le ragazze preferiscono giochi di fantasia e la motivazione è prevalentemente il divertimento e la competizione con se stesse.

Di solito la prima esperienza di gioco avviene attorno ai 12 anni precedendo così l'età in cui si sperimentano fumo, superalcolici, marijuana.

L'instaurarsi di una dipendenza da gioco d'azzardo è favorita da fattori biologici, psicologici e sociali e le caratteristiche di personalità associate a questo tipo di comportamento sono prevalentemente aggressività, tendenza a compiere atti criminali, scarsa autostima, isolamento sociale, ricerca di sensazioni forti, impulsività. Non esistono, però, ricerche longitudinali che evidenzino un eventuale nesso di causa-effetto.

La dipendenza da gioco d'azzardo presenta un'alta comorbilità con disturbi affettivi,

di personalità, condotte suicidarie, problemi relazionali, disordini alimentari, e, in particolare negli adolescenti, con l'alcolismo, con l'abuso di sostanze stupefacenti, di tabacco, di caffeina e di cioccolata e con la pratica dello sport in modo compulsivo.

5.3 Dipendenze da tecnologie

Griffiths definisce dipendenze tecnologiche tutte le dipendenze legate ad una eccessiva interazione uomo-macchina (Griffiths, 1995). Tali dipendenze possono essere sia attive che passive e in genere mostrano proprietà di rinforzo e induzione che favoriscono la dipendenza stessa.

Tra le dipendenze da tecnologia sono annoverate attività quali guardare la televisione, usare il computer e internet, giocare ai videogiochi, usare il cellulare.

Stress, sensazione di vuoto o di noia che colpiscono anche gli adolescenti spingono questi ultimi alla ricerca dell'immediata gratificazione che, spesso, essi pensano di rinvenire proprio nell'utilizzo delle nuove tecnologie. Queste ultime, infatti, creano "esperienze virtuali" che possono essere fonte di piacere e di gratificazione non solo per il loro contenuto, ma anche per l'uso stesso degli strumenti che ne consentono la realizzazione, in quanto il poterli usare e il giocarvi sono già di per sé fonte di piacere per l'adolescente. Gli elementi caratterizzanti delle dipendenze tecnologiche, come per le altre forme di dipendenza, sono, secondo Griffiths, "dominanza dell'attività sul pensiero e sui sentimenti, alterazioni del tono dell'umore, tolleranza, sintomi di astinenza, conflitto con chi sta vicino, ricadute quando si tenta di smettere".

Secondo La Barbera più del 20% dei bambini italiani di età compresa tra 0 e 10 anni utilizza internet e il 75% usa regolarmente il computer (La Barbera, 2005); in particolare la percentuale dei ragazzi che utilizza internet per inviare e ricevere e-mail (38%), per scaricare musica (30%), per leggere siti in inglese (25%), è salita dal 7% nel 2000 al 16% nel 2002.

Dall'indagine DOXA-Junior 2000 si rileva che di circa 2500 ragazzi tra i 5 e i 13 anni il 23% possiede un cellulare, molti navigano su internet, utilizzano videogiochi e

dvd. Nel 44% dei casi computer e console sono presenti nella stanza dei ragazzi. Una ricerca telefonica del 2001 su più di 7000 ragazzi tra i 12 e i 18 anni ha evidenziato che l'85% usa internet e che l'1% dei maschi e l'1,4% delle femmine sono già dipendenti.

La dipendenza da internet presenta una notevole somiglianza con il gioco d'azzardo patologico sia sul piano fenomenologico che su quello delle conseguenze ad essa correlate. Vi è, invece, una notevole differenza per quel che riguarda la dimensione interpersonale che è presente nella rete, anche se in forma anonima, mentre è assente o del tutto secondaria nel gioco d'azzardo.

Inoltre i metodi di valutazione dell'uso-abuso di internet sono ancora pochi; tuttavia le conseguenze di un abuso, nell'utilizzo della rete, sono ormai accertate e riguardano soprattutto i rapporti relazionali, sia in ambito familiare che scolastico, in quanto il soggetto viene progressivamente e totalmente assorbito dalla rete, rischiando anche gravi episodi dissociativi.

In questo processo di "assorbimento" in un primo momento si verifica un'attenzione ossessiva per la mail-box, un'attrazione ideo-affettiva su temi inerenti alla rete, una intensa partecipazione a chat e newsgroup, un progressivo aumento del tempo di permanenza in rete, anche in ore notturne, con conseguente perdita di sonno e difficoltà ad interrompere. E' questa la fase che C. Del Miglio definisce "tossicofilica" (Del Miglio e Corbelli, 2003). Ad essa segue la fase "tossicomantica" correlata a fenomeni psicopatologici e caratterizzata dall'incontro con i MUD e da collegamenti così prolungati da mettere a rischio la vita sociale del soggetto.

Questa attrazione per il mondo virtuale è, in gran parte, determinata dall'anonimato e dall'assenza di vincoli spazio-temporali avvertiti come rassicuranti dall'adolescente che, non avendo ancora un'identità ben definita, preferisce ricorrere ad uno pseudonimo che gli permette di creare una "persona on line", un'interfaccia tra sé e la società. Tale situazione presenta un aspetto positivo in quanto può aiutare l'adolescente a sviluppare la sua identità, ma anche, come fa notare Vegetti Finzi il grosso rischio di "alienarlo in una serie di sé parziali, ambivalenti e contraddittori che non riesce a sintetizzare" (Vegetti e Battistin, 2000).

Internet consente di corrispondere con altri soggetti che hanno gli stessi interessi, aumenta l'autostima, essendo un simbolo di status e di modernità e, soprattutto, consente di essere ascoltati senza esporsi direttamente.

Ne consegue che l'adolescente che fa un uso eccessivo del computer è un soggetto depresso, con scarsa fiducia in se stesso e con scarse relazioni sociali; il computer diventa un "amico elettronico" con cui socializzare, colmare il vuoto dei rapporti interpersonali reali, contrastare la depressione e altri deficit psico-fisici.

Sono state identificate due tipologie di retinomani: soggetti con pregressa psicopatologia caratterizzati da disturbi dell'area affettiva e ossessivo-compulsivi e soggetti senza pregressa psicopatologia nei quali il rischio di sviluppare la sindrome di IAD deriverebbe dalle caratteristiche stesse della rete che crea nel soggetto l'illusione di vivere una condizione di onnipotenza, di potere e di conoscenza illimitati.

Sembrerebbe esserci una vulnerabilità determinata da alcune caratteristiche di personalità: le personalità più esposte sono quelle caratterizzate da tratti ossessivo-compulsivi, tendenti al ritiro sociale, con problemi di inibizione nei rapporti interpersonali.

In Italia sono state condotte alcune ricerche per valutare non solo il rischio psicopatologico dell'abuso di internet, ma anche per individuare le variabili psicopatologiche correlate all'uso/abuso della rete. Su 80 giovani tra i 19 e i 23 anni i soggetti con dipendenza da internet riportavano all'MMPI alti punteggi nella deviazione psicopatica e bassi nella stabilità emotiva e nel controllo delle emozioni (Del Miglio et al., 2001, 2002).

Caretti individua una patologia specifica legata all'uso della rete definita "trance dissociativa da videoterminale" caratterizzata da: alterazioni dello stato di coscienza, depersonalizzazione, perdita del senso della propria identità a volte seguita da sostituzione con identità parallela/virtuale (Caretti, 2000).

Del Miglio ipotizza che, partendo dalla teoria dei bisogni di Maslow, la gratificazione che poi rende dipendenti nell'uso di internet consista nel fatto che determinati servizi come chat, mailing list, MUD "facilitano il contatto

interpersonale, il riconoscimento sociale, il senso di appartenenza e l'autorealizzazione" (Del Miglio et al., 2006). Partendo invece dalla teoria freudiana delle pulsioni, l'utilizzo della rete alla ricerca di materiale sessuale o pornografico andrebbe visto come strumento per scaricare le pulsioni e non come mezzo per instaurare relazioni sociali.

Per quel che riguarda l'uso dei videogiochi, esso può essere considerato una forma di gioco d'azzardo non legata al denaro.

I videogiochi richiedono l'abilità del soggetto senza intervento né del caso né della fortuna.

Il rinforzo fornito dai videogiochi può essere considerato: immediato, intrinseco, estrinseco.

Il rinforzo immediato consiste nell'accumulo di punti e nella vincita che, uniti agli stimoli visivi e uditivi, sono il principale motivo di gratificazione.

Se il soggetto gioca da solo, la gratificazione consiste nel migliorare il punteggio precedente, nel superare quello di un amico, o nella possibilità di vedersi classificato tra i migliori giocatori (rinforzo intrinseco).

Il rinforzo estrinseco, invece, deriva dall'ammirazione di coetanei e spettatori e fornisce al gioco una dimensione interpersonale e sociale.

Effetti negativi nell'utilizzo del videogioco si possono verificare quando si cerca in esso un modo per evadere o distorcere la realtà, quando il soggetto si identifica completamente con un protagonista, sviluppando, talvolta, comportamenti violenti, quando un uso eccessivo provoca isolamento e introversione, o compromette il rendimento scolastico, quando provoca sedentarismo e videomania che possono sfociare in videodipendenza.

Una passione esagerata per i videogiochi crea, nell'adolescenza, i presupposti per la formazione di una mentalità dipendente in età adulta per cui, in tal senso, il videogioco, secondo Alonso-Fernandez, può costituire "l'anticamera di una ludopatia morbosa compulsiva" (Alonso-Fernandez, 1999).

5.4 Dipendenze relazionali

Il termine dipendenza viene generalmente usato in senso negativo. Invece saper dipendere in modo sano rappresenta il conseguimento di una maturità nei rapporti interpersonali, cioè della capacità di appoggiarsi ad altri senza rinunciare alla propria individualità.

Per dipendenza relazionale s'intende, al contrario, un rapporto di amore o di amicizia altamente negativo per l'individuo e tale da comprometterne l'equilibrio psichico e, talvolta, anche fisico.

Il "dipendente relazionale" ha generalmente un comportamento sottomesso per timore di essere abbandonato; si sente incapace di agire autonomamente, ha grande difficoltà a prendere decisioni anche quelle della vita quotidiana e preferisce delegare ogni decisione ad altri. Se proprio è costretto ad agire autonomamente, è assalito dall'ansia e da sentimenti di inadeguatezza; si sente impotente e cerca l'aiuto dell'altro con il quale tende a "fondersi" indebolendo la sua identità e le sue potenzialità.

Da un punto di vista cognitivo tende ad attribuire agli altri, non a se stesso, forza e capacità di risolvere i problemi e spesso l'altro viene idealizzato e connotato con tutte le caratteristiche in linea con i propri bisogni. E' talmente forte il bisogno di appoggiarsi ad altri che ci sono adolescenti che, pur di ottenere il sostegno o l'approvazione dell'altro, adottano comportamenti che non condividono come utilizzare sostanze stupefacenti o soddisfare richieste di tipo sessuale.

Questi soggetti, inoltre, se una relazione finisce, cercano subito un nuovo rapporto che dia loro protezione e aiuto.

All'interno di un quadro di dipendenza relazionale è difficile distinguere tra "vittima" e "carnefice" in quanto le coppie sono combinate in modo complementare ovvero da una persona autoritaria che domina la relazione e da una succube e sottomessa. In realtà entrambi sono dipendenti l'uno dall'altro anche se, generalmente, si suole definire "patologico" il soggetto "sottomesso".

Il termine codipendenza nasce all'interno del movimento di auto-aiuto

complementare ad Alcolisti Anonimi, definito Al-Anon nel quale si riunivano le mogli degli alcolisti in recupero presso A.A. per discutere dei problemi che nascevano dal vivere a stretto contatto con un alcolista. In particolare ci si rese conto che gli sforzi nel controllare il comportamento del coniuge, i tentativi di aiutarlo, i sensi di colpa che nascevano dal fallimento divenivano i sintomi di una vera e propria malattia che manifestava una circolarità compulsiva simile proprio a quella dell'alcolismo. Il comportamento di accudimento diventava una vera e propria dipendenza accompagnata da forme di gratificazione derivanti dall'assunzione di questo ruolo salvifico. Nascendo nell'ambito dell'alcolismo il termine codipendenza veniva inizialmente confuso con altri due termini che erano para-alcolista e co-alcolista. Mendenhall (Mendenhall, 1989) precisò che mentre para-alcolista e co-alcolista indicavano una situazione di alcolismo da parte di entrambi i coniugi, il termine codipendenza indica un comportamento dipendente in entrambi i coniugi ma rivolto a oggetti differenti: l'alcolista è dipendente dall'alcol, il codipendente è dipendente dall'alcolista e dal tentativo ossessivo di aiutarlo e controllarlo.

Sono numerosi gli approcci teorici che hanno proposto una definizione della codipendenza e in generale possiamo classificarli in base a tre criteri: codipendenza come addiction; necessità della presenza di un alcolista o di un dipendente per effettuare la diagnosi; codipendenza come disturbo di personalità o relazionale.

Per unificare questi tre diversi approcci Spann e Fisher (Spann e Fischer, 1990) hanno proposto la seguente definizione: "la codipendenza è una condizione psicosociale che si manifesta attraverso una modalità di relazionarsi agli altri disfunzionale. Tale pattern disfunzionale è caratterizzato da: focus dell'attenzione fuori dal Sé (dipendenza, ossessione), mancata espressione delle emozioni, tentativi di ricavare e dare senso alla propria vita attraverso le relazioni con gli altri".

La codipendenza risulta essere correlata positivamente con somatizzazione, bassa autostima, atteggiamenti compulsivi, uso di sostanze stupefacenti e, soprattutto, depressione. Quest'ultima ha in comune, con la codipendenza, sintomi fisici come disturbi del sonno, perdita o aumento di peso, fatica inspiegabile, meccanismi di

repressione e negazione. L'aspetto compulsivo, invece, è assente nella depressione, mentre è fortemente presente nella codipendenza.

La codipendenza è un tema rilevante in adolescenza poiché si ipotizza che la tendenza ad attuare comportamenti di codipendenza possa essere un fattore predisponente a comportamenti a rischio come bere, fumare, usare sostanze stupefacenti ecc. In particolare i soggetti codipendenti sono soprattutto ragazze e tendono a stabilire relazioni pericolose con partner problematici che le portano a mettere in atto comportamenti a rischio pur di non mettere a repentaglio la relazione.

I risultati di alcune ricerche a livello internazionale suggeriscono che la popolazione più colpita è quella femminile e che la codipendenza sia associata alla femminilità più in termini di tratti negativi relativi allo stereotipo femminile che al genere in sé. Infatti ciò che il costrutto della codipendenza ritiene patologico non è la capacità e il desiderio di prendersi cura dell'altro, ma le forme estreme di autonegazione e martirio legati a disturbi della stima di sé. Questo ha portato molti autori a parlare di "altruismo nevrotico" (Fromm, 1956) prima ancora di formulare il costrutto di codipendenza.

5.5 Dipendenze alimentari

I disturbi del comportamento alimentare sono particolarmente diffusi nei paesi caratterizzati da abbondanza di cibo e in cui si pubblicizza il mito della magrezza come modello socioculturale di successo.

Per quanto riguarda l'età media di insorgenza di AN e BN questa si situa tra i 16 e i 17 anni con una distribuzione bimodale con due picchi: uno a 14 e uno a 18 anni. E' raro il manifestarsi di questi disturbi in età prepuberale e quando ciò avviene il quadro clinico risulta più grave per i disturbi mentali di solito associati. Il rapporto maschi femmine è di 1:10, anche se negli ultimi dieci anni si è verificato un incremento di incidenza nella popolazione maschile.

Tali disturbi sono maggiormente diffusi in età adolescenziale a causa delle

caratteristiche proprie di questa fase di crescita, quali: cambiamenti corporei, costruzione dell'identità personale e sessuale, desiderio di essere accettati, inserimento nel contesto sociale. Nel tentativo di sentirsi più sicuro, l'adolescente cerca di piacere a se stesso e agli altri; in tale prospettiva, se riesce a dimagrire, si sente forte e vincente.

Da una recente ricerca condotta in Veneto (Bertinato et al., 2003) su 5000 ragazzi si evince che: il rischio è maggiore per le femmine rispetto ai maschi; il rischio di sviluppare un disturbo alimentare, per le ragazze, aumenta tra gli 11 e i 15 anni, mentre per i ragazzi succede esattamente il contrario. Un'altra ricerca, effettuata nel Lazio (Baiocco, 2005) su un campione di circa 1300 adolescenti tra i 14 e i 19 anni, ha evidenziato che il 12% è a rischio per la BN e il 10% per l'AN; è emersa inoltre una forte comorbidità con altre dipendenze, in particolare con quella da nicotina, da caffeina, fitness e studio.

Per quanto riguarda le caratteristiche di personalità si riscontrano: sintomi depressivi, ritiro sociale, umore tetro, irritabilità, insonnia, diminuito interesse sessuale, sentimenti di inadeguatezza, rigidità mentale, ridotta spontaneità nelle relazioni interpersonali. Nella BN emerge soprattutto, come tratto caratteristico, l'impulsività. In particolare si riscontrano tratti ossessivo-compulsivi legati al rapporto col cibo (polarizzazione ideativa sul cibo, collezionismo di ricette, etc).

Da un punto di vista cognitivo vi è la tendenza a ragionare con la modalità "tutto o nulla" sia nelle proprie scelte che nell'espressione emotiva.

Molti autori hanno proposto di considerare i disturbi del comportamento alimentare come una forma di dipendenza in cui l'oggetto da cui si dipende è il cibo. Per giustificare tale considerazione sono state avanzate le seguenti motivazioni:

- Storie familiari: spesso adolescenti con problemi della sfera alimentare appartengono ad una famiglia disfunzionale o con soggetti con comportamenti di dipendenza.
- Profilo di personalità piuttosto simile a quello di alcolisti e dipendenti da sostanze. Esiste una forte comorbidità tra i disturbi del comportamento alimentare e le altre forme di dipendenza; in particolare si riscontra la cross-dipendenza, ovvero il

passaggio dalla dipendenza alimentare ad altre dipendenze come avviene nel passaggio da droghe leggere a pesanti.

- Incapacità a controllare l'impulso: la mancanza di controllo nella BN nasce dalla tensione tra necessità di digiunare e quella di assumere cibo, ed è tale mancanza di controllo a spingere all'abbuffata o alle condotte di svuotamento. Analogamente, nelle anoressiche, si verifica mancanza di controllo nel mettere in atto comportamenti come l'esercizio fisico eccessivo per smaltire un cibo giudicato "cattivo" in quanto troppo calorico. Gli aspetti coattivi del comportamento che ritroviamo anche in altre forme di dipendenza portano a forme di esasperato autocontrollo sul peso e sul cibo.

- Compromissione di aree significative nella vita del soggetto: in particolare sono compromesse l'area scolastica/lavorativa e quella relazionale. Spesso soggetti affetti da AN non escono con gli amici per paura di dover modificare le proprie abitudini alimentari. Come nel caso delle altre dipendenze la consapevolezza dei danni causati dal proprio comportamento non è sufficiente a modificare il comportamento stesso che risulta altamente disadattivo.

- Preoccupazione costante per la sostanza: come per i tossicodipendenti anche le anoressiche e le bulimiche mostrano un'ossessione per l'oggetto della loro dipendenza ovvero il cibo.

- Utilizzo del comportamento alimentare per fronteggiare lo stress: il comportamento disadattivo nei confronti del cibo viene usato come stile di coping disfunzionale per fronteggiare stimoli di natura ansiogena; in tali situazioni di solito si assiste ad un'intensificazione del comportamento bulimico/anoressico/o da BED.

- Vergogna, bugie e segreto: il personale rapporto con il cibo viene mantenuto segreto e difeso agli occhi degli altri. Il soggetto con AN si vergogna di ammettere la reale quantità di cibo consumata e sostiene di non avere appetito, mentre soggetti affetti da BN possono nascondere, anche per anni, le strategie di compensazione adottate.

- Trattamento: stesse tecniche terapeutiche in entrambi gli ambiti di ricerca. In particolare vengono adottate tecniche di autocontrollo (sia alcolismo sia disturbi

alimentari), la terapia di gruppo e l'uso di un diario strutturato (autoservazione) per far acquisire al paziente una maggior consapevolezza dei propri disturbi alimentari e per consentire al terapeuta una migliore conoscenza del comportamento del paziente.

5.6 Dipendenza da esercizio fisico

Difficilmente l'esercizio fisico viene messo in rapporto con conseguenze negative; tuttavia questa attività, se praticata in modo eccessivo, può dar luogo ad una sintomatologia simile a quella delle tossicodipendenze. Si tratta di una tendenza compulsiva a svolgere un'attività fisica anche in presenza di danni fisici, malattie o altri impedimenti che ne sconsiglino l'attuazione.

Rispetto all'attività fisica le persone possono essere descritte lungo un continuum: agli estremi abbiamo, da un lato, i sedentari e, dall'altro, coloro che eccedono nel praticare attività fisica fino alla dipendenza, mentre al centro coloro che svolgono attività fisica moderata. Il primo a ipotizzare la possibile dipendenza da esercizio fisico (DEF) fu Baekeland (Baekeland,1970) che effettuò uno studio su soggetti che svolgevano attività fisica per 3 volte a settimana dimostrando che, durante un mese di totale assenza di attività, tali soggetti mostravano chiari sintomi di astinenza.

Sebbene non esista una definizione standard della DEF, gli studi si sono affidati al suggerimento di Veale (Veale, 1987) secondo cui, come per altre dipendenze comportamentali, varrebbero anche in questo caso i criteri diagnostici del DSM per la dipendenza da droghe. Sulla base di ciò la DEF è definita come un insieme maladattivo di attività fisiche capace di generare un danno clinicamente significativo che si manifesta con almeno 3 di questi sintomi:

- tolleranza: bisogno di aumentare l'esercizio per ottenere gli effetti desiderati e diminuzione degli effetti per l'esecuzione continuativa della stessa quantità di esercizio;
- astinenza: come sindrome di astinenza per l'esercizio (ansia e fatica), o come ripetizione dell'attività fisica per prevenire o attenuare le conseguenze negative

dell'astinenza stessa;

- effetti dell'intenzione: sensazione che l'attività sia svolta in misura maggiore di quanto inizialmente stabilito;
- perdita di controllo: desiderio o tentativo inutile di controllare l'attuazione dell'esercizio; tempo: impiego di molto tempo per organizzare attività che permetteranno di realizzare l'esercizio fisico;
- conflitto: compromissione di attività sociali, lavorative o ricreative;
- continuazione: si insiste nella continuazione dell'esercizio fisico nonostante impedimenti fisici o psichici.

A causa della stretta relazione tra DEF e disturbi del comportamento alimentare sempre Veale propone di distinguere due forme di DEF: primaria: esercizio fisico come esigenza primaria in grado di compromettere gli altri aspetti della vita; secondaria: esercizio fisico usato per controllare il proprio aspetto corporeo. La mancanza di studi tesi a chiarire lo stretto rapporto tra DEF e disturbi del comportamento alimentare rende difficile il riconoscimento della DEF (primaria) come disturbo a sé stante.

I criteri diagnostici di Veale hanno subito un'evoluzione ad opera di Bamber e collaboratori (Bamber et al., 2003) che, basandosi sui risultati di interviste semistrutturate, hanno individuato tre criteri principali: funzionamento compromesso in almeno due aspetti significativi della persona (psicologico, socio-lavorativo, fisico e comportamentale), astinenza, presenza di un disturbo alimentare.

La mancanza di una definizione chiara di questo disturbo si riflette nella moltitudine di strumenti creati e utilizzati per valutare i diversi aspetti della dipendenza da esercizio fisico (più che altro si tratta di questionari). I più problematici tra questi strumenti sono i questionari unidimensionali che si soffermano sulla quantificazione dell'attività fisica, considerandone frequenza, durata e intensità, i quali tendono a far classificare come dipendente qualsiasi persona svolga attività fisica in modo costante e abitudinario.

De La Torre (1995) sostiene che l'attività fisica intensa può essere associata a livelli di funzionamento mentale molto diversi, e ne individua tre: nevrotico sano che

ottiene, dallo svolgimento dell'esercizio fisico, benessere e realizzazione; compulsivo che utilizza l'esercizio per soddisfare i propri bisogni di controllo e superiorità morale; dipendente che svolge attività fisica per far fronte agli squilibri interni e agli stati affettivi.

La mancanza di una definizione chiara e la moltitudine dei metodi di valutazione rende difficile stimare la prevalenza di questo disturbo nella popolazione.

Gli adolescenti, rispetto agli adulti, sono molto più attenti all'apparenza e all'aspetto corporeo sia per i cambiamenti puberali che avvengono in questo periodo, sia per i modelli socioculturali a cui gli adolescenti sono esposti e con cui tendono ad identificarsi. L'ideale, per i ragazzi, è un corpo muscoloso, spalle ampie, pettorali accentuati e girovita stretto; per le ragazze, un corpo magro.

Per quel che riguarda il genere, si osservano delle differenze, tra maschi e femmine, relativamente al modo con cui reagiscono ai cambiamenti del proprio corpo. I maschi che sviluppano prima vengono considerati dagli altri più attraenti e sicuri di sé, e mostrano abilità atletiche più elevate; quelli più tardivi tendono ad essere insoddisfatti del loro aspetto fisico e sono più a rischio rispetto alle condotte alimentari e di esercizio errate. Inoltre questi ragazzi, per raggiungere il loro modello ideale del corpo, tendono a svolgere sport competitivi e a fare maggiore uso di sostanze anabolizzanti. Le ragazze che sviluppano prima sono meno soddisfatte del loro aspetto fisico e tendono a soffrire maggiormente di stati depressivi.

In generale McCabe e Ricciardelli (2004) dimostrano che i ragazzi che maturano presto, sia maschi che femmine, sono quelli che, con maggiore probabilità, adottano strategie per diminuire di peso e hanno problemi di dipendenza.

DEF e disturbi alimentari sono strettamente legati. A tale proposito Eisler e La Grange (1990) facendo riferimento precisamente all'anoressia nervosa, spiegano tale legame sulla base di 4 modelli alternativi: 1) DEF e AN sono indipendenti; 2) DEF e AN derivano entrambi dalla presenza di un disturbo psichico di tipo affettivo; 3) i due disturbi si sovrappongono e, di conseguenza, lo svolgimento di un'attività fisica eccessiva tende a sfociare nel disturbo alimentare; 4) DEF è una variante di AN, ovvero i due disturbi hanno una stessa eziologia (in questo caso gli stessi fattori di

rischio).

Tata e collaboratori (2001) hanno cercato di verificare tali modelli trovando un forte grado di accordo con il quarto. Gli autori partono dall'osservazione che le principali preoccupazioni dei ragazzi adolescenti riguardano la "body effectiveness", l'efficacia corporea, cioè un corpo forte, ben formato, non sottopeso, mentre le ragazze sono preoccupate dalla "body attractiveness". Questi due aspetti del giudizio sul proprio fisico oltre a richiamare i modelli socioculturali di mascolinità e femminilità sono legati all'autostima e alla presenza di disturbi dell'alimentazione e da esercizio eccessivo. In particolare i maschi hanno bassi livelli di autostima, si vedono troppo magri e quindi vanno più facilmente verso la DEF; le femmine hanno bassi livelli di autostima, si vedono sovrappeso e quindi tendono verso i disturbi della sfera alimentare. Inoltre Tata e collaboratori hanno anche riscontrato un forte legame tra scarsa accettazione del proprio corpo, sia nei maschi che nelle femmine, e un atteggiamento iperprotettivo da parte dei genitori per cui tale stile genitoriale risulterebbe un fattore di rischio per il DEF nei maschi e per i disturbi alimentari nelle femmine. Yates (1991) propone addirittura una condizione patologica, il disturbo da attività, che includerebbe entrambi i comportamenti maladattivi sostenuti da un'ossessione simile e un desiderio irrefrenabile di privarsi a livello fisico e di riuscire a controllare tale privazione.

5.7 La dipendenza da shopping

L'attuale contesto socio-economico-culturale, competitivo e che dà molta importanza alle apparenze, può favorire, nell'adolescente, lo scatenarsi di un irresistibile desiderio a fare acquisti eccessivi e superflui.

Tuttavia, al di là di questo fattore esterno che si può considerare predisponente, l'attenzione va soprattutto rivolta alla personalità dell'adolescente e al suo sviluppo affettivo, cognitivo e relazionale.

L'adolescente a rischio di dipendenza da shopping manifesta quella che Lelord e André (1996) definiscono "personalità difficile", cioè una personalità che presenta

alcune caratteristiche specifiche come l'impulsività borderline e il preoccuparsi eccessivamente del proprio aspetto fisico.

Occorre inoltre ricordare che, per l'adolescente, l'oggetto più che un valore pratico, ha un duplice valore simbolico: è un mezzo di identificazione e di espressione di sé ed è uno strumento per presentare agli altri se stessi, soprattutto come si vorrebbe essere.

In sintesi, in questa delicata fase della sua evoluzione, l'adolescente può sviluppare una dipendenza "positiva" dagli oggetti acquistati, funzionale al suo sviluppo affettivo-emotivo, cognitivo e relazionale, ma può anche essere esposto al rischio di sviluppare una dipendenza disfunzionale "negativa", definita, appunto, "dipendenza da shopping".

Nel caso specifico dell'età adolescenziale ciò che è necessario non è tanto una diagnosi corretta a posteriori, quanto una prevenzione sia primaria che secondaria che permetta di individuare gli adolescenti a rischio di shopping compulsivo. In età evolutiva il rischio di dipendenza e la dipendenza da shopping (episodica o cronica) sono interpretati attraverso 3 diverse letture:

- Caratterologica: fa riferimento al modo con cui l'adolescente reagisce alle sue disposizioni essendo influenzato dall'ambiente, e all'influenza che l'ambiente ha nello sviluppo della dipendenza da shopping;
- Psicodinamica: considera l'ossessione e l'impulsività come sintomi con funzione difensiva in quanto permettono lo spostamento dell'affetto legato ad una rappresentazione incompatibile su di una invece compatibile per l'io e la coscienza del soggetto;
- Psicobiologica: spiega gli impulsi-ossessioni ad acquistare con una disfunzione serotoninergica del sistema nervoso centrale. In questo caso, nell'ambito della prevenzione primaria, è utile informare i genitori che l'assecondare sempre i troppo frequenti capricci di un bimbo che urla e si dimena per avere tutti i giocattoli che vuole può rendere il loro figlio un adolescente a rischio non solo di shopping compulsivo, ma anche di altre dipendenze comportamentali e non.

Il desiderio irrefrenabile di comprare trova spesso nella negazione il meccanismo di difesa elettivo attraverso il quale gli adolescenti non si accorgono di avere un problema o non ammettono di poterlo avere. Prima o poi, però, come avviene nelle altre dipendenze comportamentali, i problemi legati al comportamento dipendente travolgono il soggetto. Nel caso della dipendenza da shopping i primi problemi ad emergere sono quelli finanziari.

A partire dalla preadolescenza il ragazzo può, generalmente, disporre di una certa quantità di denaro, sotto forma, ad esempio, di paghetta settimanale, da gestire autonomamente favorendo così, in parte, l'acquisizione di una sua autonomia. E', però, fondamentale verificare quale tipo di rapporto si instaura con il denaro. Se l'adolescente si sente libero di risparmiare o spendere come e quando vuole i suoi soldi, si tratta di un rapporto di dipendenza positiva; se, al contrario, il denaro diventa un bisogno che deve essere speso in maniera coatta, si deve parlare di rapporto di dipendenza negativa.

Il passaggio dalla prima alla seconda forma di dipendenza dal denaro è, purtroppo, molto semplice.

Se, infatti, per esempio, l'adolescente inizia a frequentare un gruppo di amici che fanno uso di alcol o di sostanze e se, per dimostrare a se stesso e agli altri di non essere "da meno", inizia anche lui a farne uso, avrà bisogno di una quantità sempre maggiore di denaro con il rischio di sviluppare, ad un certo punto, una dipendenza patologica dal denaro.

Molto interessanti sono i dati epidemiologici di due studi, uno di Black riguardante la prevalenza dello shopping compulsivo nonché il rapporto donne-uomini e un altro di Christensen e collaboratori sull'età media di insorgenza di tale disturbo (Black, 2001; Christensen et al., 1994).

Il dato che colpisce di più è il disequilibrio tra donne e uomini con un rapporto di 9 a 1. Tale disparità può essere spiegata ipotizzando due forme di dipendenza che, a seconda del sesso di appartenenza, si strutturano in modo diverso: per le donne si parla di dipendenza da shopping, per gli uomini di dipendenza dagli acquisti.

E' stato ipotizzato che gli acquisti patologici degli adolescenti maschi riguardino

alcol e droghe e che molti soldi, passando per le loro mani, vadano a finire nel gioco d'azzardo.

Per quel che riguarda la dipendenza femminile da shopping Faber e O'Guinn (1992) forniscono due riflessioni sul disequilibrio di genere nella distribuzione della prevalenza dello shopping compulsivo: le donne sono più esposte alle sollecitazioni pubblicitarie riguardanti i prodotti di consumo dal momento che il ruolo tradizionalmente assegnato alla donna è quello della casalinga che fa gli acquisti necessari a soddisfare i bisogni della famiglia; inoltre le donne sono più inclini degli uomini a chiedere aiuto quando hanno problemi personali, anche se tale affermazione coincide solo in parte con i tratti di personalità caratteristici dello stereotipo femminile secondo il quale le donne sarebbero tutte dipendenti, sottomesse, emotive, immature.

Attraverso alcune ricerche sono emersi i tratti di personalità che rendono le adolescenti vulnerabili allo shopping compulsivo; tra queste ricordiamo quella di Faber e O'Guinn (1988b) che hanno utilizzato la scala di Psicastenia dell'MMPI per valutare la compulsività individuale. Lo strumento è stato somministrato a due gruppi: uno di potenziali acquirenti compulsivi e uno di controllo formato da acquirenti normali. Il primo otteneva punteggi significativamente più alti del secondo mostrando così che la compulsività può essere considerata un tratto di personalità caratteristico di soggetti affetti da shopping compulsivo. Il termine psicastenia è da interpretare come disposizione all'ansia e ai comportamenti ossessivo-compulsivi, disposizione oltretutto ritenuta indicativa di autosvalutazione e disadattamento.

Perciò l'attività femminile di shopping è da considerarsi patologica nel momento in cui viene vissuta, più o meno inconsapevolmente, come un rimedio al proprio stato di malessere, rimedio che però produce altro malessere, come frustrazione per la mancanza di controllo e sensi di colpa e incide negativamente sul bilancio familiare.

Capitolo 6

CONTRIBUTO CLINICO DIAGNOSTICO

6.1 Scopo del lavoro

La nostra ricerca nasce dall'esigenza clinica di indagare la realtà attuale e tangibile dell'insorgenza e del continuo aumento di soggetti affetti da dipendenze comportamentali e del coinvolgimento sempre più marcato della fascia adolescenziale.

Nella letteratura nazionale e internazionale i contributi riguardanti la comprensione delle dipendenze comportamentali sono scarsi, o comunque pochi in confronto agli studi sulle dipendenze da droghe, da alcol e da tabacco. Inoltre ancora meno numerosi sono gli studi che hanno affrontato il problema delle nuove dipendenze negli adolescenti.

L'obiettivo che si prefigge quindi il presente studio consiste nel fornire un contributo epidemiologico-clinico nella ricerca sulle nuove dipendenze in adolescenza e lo scopo è finalizzato alla risposta di seguenti quesiti:

- 1) ottenere una stima della prevalenza delle diverse forme di dipendenza comportamentali, ma con un confronto con la prevalenza nel medesimo campione delle dipendenze definite "classiche";
- 2) indagare le relazioni tra caratteristiche socio-demografiche, relazionali e scolastiche dei soggetti e le dipendenze, individuando a livello scolastico, familiare e personale l'eventuale presenza di fattori di rischio o di elementi con funzione protettiva nello sviluppo di un comportamento di dipendenza patologico;
- 3) definire se tra gli individui valutati come a rischio di dipendenza e quelli valutati come non a rischio di dipendenza emergano differenze a livello di caratteristiche cognitive, motivazionali e di personalità;
- 4) stabilire se gli *addicted* mostrino tratti di personalità con un maggiore rilievo clinico.

6.2 Materiali e metodi

6.2.1 *Campione*

La ricerca è stata condotta nell'anno scolastico 2011-2012 e si è svolta con la collaborazione di alcuni insegnanti che hanno prestato la loro disponibilità nella distribuzione dei questionari ad alcune delle loro classi.

L'intervento ha coinvolto 224 studenti appartenenti a diversi indirizzi scolastici: liceo artistico, liceo classico, liceo scientifico, istituto tecnico e istituto professionale della città di Torino.

6.2.2 *Strumenti utilizzati*

I questionari somministrati agli adolescenti sono stati raccolti in modo rigorosamente anonimo.

A tutti i soggetti della ricerca è stata consegnata una scheda per la raccolta dei dati socio-demografico-familiari, in cui sono stati indagati, tramite un questionario a risposta multipla:

L'indirizzo scolastico

- L'età
- Il sesso
- La qualità del rapporto con le figure genitoriali
- Lo stato civile dei genitori
- Il rendimento scolastico
- La presenza di un peggioramento nel rendimento scolastico rispetto all'anno precedente
- Lo svolgimento di attività extra-scolastiche (nessuna attività, sport, volontariato, attività culturali, lavori part-time, altro)
- Il vissuto infantile

Sono stati inoltre distribuiti i seguenti questionari autosomministrati:

SPQ (Shorter Promis Questionnaire)

Elaborato a partire dal Promis Addiction Questionnaire (Lefever, 1988), che consisteva in 16 scale da 30 item ciascuna, è riconosciuto e rispettato come un indicatore accurato di tendenza al comportamento dipendente. È un questionario autosomministrato a risposta multipla indagante il livello di dipendenza di un individuo in 16 distinte aree comportamentali (Christo, 2003), ognuna delle quali contiene 10 items in ordine random con uno score che va da 0 (Mai) a 5 (Molto/Sempre).

Le categorie valutate dal SPQ sono:

- *dipendenza da alcool*: la scala descrive comportamenti di uso ed abuso di alcol.
- *gioco d'azzardo*: descrive comportamenti compulsivi e di dipendenza nei confronti del gioco d'azzardo.
- *shopping compulsivo*: descrive comportamenti compulsivi e dipendenti negli acquisti.
- *restrizioni alimentari*: indaga comportamenti di restrizione alimentare e difficoltà a mangiare in pubblico o a condividere esperienze legate al cibo.
- *dipendenza da abbuffate*: la scala evidenzia la presenza di abbuffate, ovvero l'ingestione di un quantitativo di cibo più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e nelle stesse circostanze, con perdita di controllo.
- *dipendenza da droghe*: descrive comportamenti di uso e abuso di droga; comprende la dipendenza da cannabis, eroina, cocaina, amfetamine.
- *dipendenza da tabacco*: si intende la dipendenza da tutti i tipi di tabacco, dalla sigaretta al sigaro, alla pipa, al chewing gum alla nicotina.
- *dipendenza da sesso*: viene evidenziata la presenza di comportamenti sessuali promiscui o compulsivi.

- *dipendenza da caffeina*: la scala descrive comportamenti di uso e abuso di caffeina, contenuta in caffè, tè, cola, cioccolato e bevande energetiche.
- *dipendenza da esercizio fisico*: descrive comportamenti dipendenti e compulsivi nell'esercizio fisico.
- *dipendenza da lavoro*: indica una tendenza a lavorare in modo compulsivo.
- *altruismo compulsivo dominante*: descrive la tendenza ad aiutare gli altri a discapito della propria vita personale e dei propri bisogni; questa modalità permette al soggetto di “controllare” ed “influenzare” l'altro, assumendo una posizione dominante.
- *dipendenza da relazioni di tipo dominante*: descrive la tendenza dell'individuo ad assumere un potere affettivo e pratico per controllare il comportamento altrui.
- *dipendenza da farmaci*: con farmaci si intendono antidepressivi, ansiolitici, ipnoinducenti, antistaminici, prescritti regolarmente ma assunti in modo incongruo.
- *altruismo compulsivo sottomesso*: questa scala permette di far emergere la tendenza del soggetto ad aiutare gli altri come unico modo per sentirsi adeguati ed accettati e a rinunciare alle proprie aspirazioni ed idee per compiacere chi lo circonda.
- *dipendenza da relazioni di tipo sottomesso*: descrive la tendenza a sentirsi realizzato solo nel momento in cui l'altro si prende cura di lui.

In questa ricerca non sono state considerate la dipendenza da farmaci prescritti (ansiolitici, antidepressivi) e la dipendenza da lavoro: si è ritenuto infatti che tali aree comportamentali non fossero indagabili, nel primo caso per l'esigua percentuale di adolescenti che assumono farmaci, nel secondo caso perché il campione esaminato è costituito da studenti, non inseriti in maniera continuativa in un contesto lavorativo.

Per ogni categoria sono stati evidenziati dei punteggi di cut-off che utilizzano il 90° percentile del gruppo normativo, e che identificano il 78-100% dei casi che rientrano nei criteri clinici per ogni specifica dipendenza (Christo et al., 2003).

Tali cut-off sono stati utilizzati per individuare la presenza effettiva di rischio di dipendenza nei diversi soggetti.

IAT (Internet Addiction Test)

L'Internet Addiction Test (Young, 1998) è un questionario autosomministrato di 20 item organizzati in 6 aree: la rilevanza sulla vita dell'utilizzo di internet, l'influenza sul lavoro, l'uso eccessivo, la presenza di anticipazione, la perdita di controllo, la riduzione della vita sociale. Ad ogni domanda il soggetto risponde su una scala Likert da 1(mai) a 5 punti(sempre). Il punteggio minimo è 20 e quello massimo è 100. Un punteggio tra 50 e 79 denota un Utilizzo Problematico di internet. Un punteggio maggiore o uguale a 80 identifica un'effettiva Dipendenza da Internet (Ferraro et al., 2005, Milani et al., 2009).

Abbiamo quindi utilizzato tali cut-off per individuare i soggetti con Utilizzo Problematico di Internet o dipendenza da Internet.

QMA (Questionario Multidimensionale per Adolescenti)

Il QMA, Questionario Multidimensionale per Adolescenti (Baiocco et al., 2003) è la versione definitiva di uno strumento originariamente costituito da 400 item, creato appositamente per adolescenti ed utilizzato in ambito clinico e di ricerca scientifica. Il questionario valuta caratteristiche di personalità, variabili cognitive e legate all'attaccamento associate a comportamenti a rischio. Il QMA dimostra un'adequata attendibilità interna, una buona validità convergente e una struttura fattoriale coerente con un'interpretazione psicologica (Baiocco et al., 2003).

È costituito da 9 scale di contenuto:

1. *Aggressività*. Punteggi elevati sono indicativi di un soggetto che reagisce in modo aggressivo e che manifesta ostilità in condizioni di stress.
2. *Alessitimia*. Punteggi elevati indicano difficoltà a riconoscere e a comunicare le proprie emozioni.
3. *Introversione sociale*. Punteggi elevati in questa scala identificano un

soggetto socialmente introverso e incapace di esprimersi nei diversi contesti sociali di appartenenza.

4. *Impulsività*. Punteggi elevati esprimono incapacità di procrastinare i propri bisogni.
5. *Gregarismo*. Valuta la tendenza del soggetto a conformarsi al gruppo dei pari e a prendere decisioni seguendo le opinioni degli altri.
6. *Ricerca di sensazioni*. Questa dimensione viene suddivisa in quattro ulteriori sottodimensioni (disinibizione, ricerca di emozioni ed avventura, ricerca di esperienze, suscettibilità alla noia) e descrive la tendenza del soggetto a cercare forti sensazioni, a mettere in atto comportamenti disinibiti, a intraprendere esperienze sempre nuove e ad essere poco tollerante nei confronti della noia.
7. *Stabilità emotiva*. Punteggi elevati indicano stabilità del tono dell'umore, capacità di controllo degli stati emotivi e di percepire la propria immagine corporea come positiva.
8. *Attaccamento*. Gli adolescenti che ottengono punteggi elevati in questa scala hanno una buona percezione del sostegno emotivo e pratico e del supporto della famiglia nella conquista dell'autonomia. Essa è appunto suddivisa in tre sottodimensioni: spinta all'autonomia, sostegno emotivo, sostegno pratico.
9. *Capacità metacognitive*: punteggi elevati indicano una buona capacità di autoanalisi e di controllo delle conseguenze delle proprie azioni.

Lo strumento possiede inoltre due scale di controllo, una scala di *Desiderabilità Sociale* e una di *Incoerenza* (Baiocco et al., 2005).

Le scale sono organizzate in 129 item, per ognuno dei quali il soggetto risponde su di una scala Likert a cinque passi, da 1 (=assolutamente falso per me) a 5 (=assolutamente vero per me).

La metà dei quesiti sono posti in chiave positiva e la metà in chiave negativa così da evitare almeno in parte l'incidenza dell'acquiescenza (Ercolani e Perugini, 1997).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A)

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A), venne pubblicato nel 1992 presso l'Università del Minnesota Press e rappresenta uno dei test di personalità maggiormente usati nell'assessment clinico degli adolescenti e nella ricerca psicopatologica (Archer et al., 1991).

Nasce come prima revisione dell'originale versione del MMPI e come l'MMPI-2 per adulti, rispetto alla versione precedente, è costruito sugli aspetti maggiormente produttivi dello strumento originale, ma i vecchi Punti T lineari vengono sostituiti dai Punti T uniformi per tutte le scale consentendo di far corrispondere la soglia statisticamente significativa ad un punteggio pari a 65 il 95° percentile.

Esso è un questionario autosomministrato di 478 item che indaga aspetti del temperamento, stili di pensiero, caratteristiche personali, modalità di adattamento e manifestazioni psicopatologiche.

Le scale vengono interpretate usando i punteggi T uniformi, ad eccezione che per le scale Si e Mf, dove si utilizzano i punti T lineari. Punti T tra 60-64 sono considerate elevazioni moderate; punti T > 65 corrispondono al 95° percentile del campione normativo di adolescenti.

L'interpretazione dei risultati avviene tenendo conto sia delle singole scale, sia del significato della loro associazione e permettono la costruzione del profilo di personalità (Butcher et al., 2001).

Comprende 5 scale di validità:

- Menzogna (L): desiderabilità sociale e alterazione dovuta ad un particolare stile di risposta; punteggi alti indicano che il soggetto risponde in modo da negare forse inconsciamente, difetti e debolezza o esprimono un atteggiamento ingenuo a ostrarsi sotto una luce favorevole.
- Atteggiamento difensivo (K): tendenza a rispondere in modo molto deviante o casualmente. Punteggi alti indicano un atteggiamento difensivo e, se uniti a L alta, falsificazione deliberata.

- Frequenza (F): indica risposte devianti (sintomi non riscontrabili nel 90% dei casi), casuali, o di chi non ha capito le domande (>90 T= test invalidato) e la tendenza a presentare in modo minimizzato o esagerato i propri problemi.
- Incoerenza nelle risposte (VRIN - Variable Response Inconsistency scale): consta di 67 coppie di items tra loro opposti: 1 punto per ogni incoerenza.
- Incoerenza a dare sempre risposte “vero” (TRIN - True Response Inconsistency scale): consta di 23 items di contenuto opposto: punteggi elevati indicano che il soggetto risponde sempre “vero” e quindi una tendenza all’acquiescenza, al contrario punteggi molto bassi indicano la tendenza a rispondere “falso” incondizionatamente. Il riscontro di F alto e VRIN alto conduce all’invalidazione del test (Butcher et al., 2001).

Vi sono poi 10 scale di Base o Cliniche. In genere per queste scale i punteggi bassi non vengono tenuti in considerazione, ad eccezione di M/F e Si, che sono considerate bipolari.

- Scala 1 - Ipocondria (Hs): misura quanto di anormale c’è circa la salute e le funzioni corporee. È spesso associata ad Hy e D. Elevati punteggi riflettono preoccupazioni per le malattie e scarsa consapevolezza del legame emozioni – corpo. Tali soggetti presentano rapporti personali ristretti dovuti ad autocentratura e preoccupazioni di salute invalidanti (Ball et al., 1987).
- Scala 2 - Depressione (D): questa misura è indice di perdita di interesse, apatia, negazione delle esperienze piacevoli, riduzione delle capacità lavorative ed include inoltre sentimenti di scoraggiamento, disperazione e generale insoddisfazione. Punteggi elevati sono indicativi di reazioni depressive ai momenti di stress o di disturbi dell’umore (Archer et al., 1988).
- Scala 3 - Isteria (Hs): gli item della scala 3 indagano i disturbi somatici, il rifiuto dei problemi, la negazione di problematiche relazionali il bisogno di approvazione e di accettazione sociale. Chi mostra punteggi elevati

presenta somatizzazioni per incapacità introspettiva, usa il sintomo per risolvere propri conflitti (Butcher e Williams, 1992).

- Scala 4 - Deviazione psicopatica (Pd): indaga comportamenti caratterizzati da menzogna, furto, promiscuità sessuale ed abuso di alcol. Adolescenti con alti punteggi insofferenza per le regole e resistenza all'autorità, disadattamento scolastico, mancanza del senso di colpa, perdita del controllo dell'aggressività e problemi di adattamento affettivo – sessuale (Archer et al., 1988).
- Scala 5 – Mascolinità/ Femminilità (Mf): nei maschi elevazioni nella scala 5 esprimono tendenze omosessuali, interessi estetici ed artistici o sono indicativi di soggetti tolleranti ed educati. Nelle femmine invece si riferiscono a ragazze con interessi maschili, competitività, aggressività e dominanza relazionale.
- Scala 6 - Paranoia (Pa): gli item della scala 6 indagano contenuti legati a idee di riferimento, sospettosità, sensazioni di persecuzione, rigidità e moralismo. Punteggi alti si trovano in chi tende alla diffidenza e all'ostilità o in chi presenta manie di grandezza o deliri di persecuzione.
- Scala 7 - Psicastenia (Pt): individua adolescenti con dubbi circa le proprie capacità, blocco decisionale, tratti ossessivo-compulsivi e parziale distacco emotivo. Chi ottiene punteggi maggiori di 65 in questa scala è dominato da ansia da prestazione, rimuginazioni ossessive, insicurezza e sentimenti di inferiorità, ipersensibilità alle critiche ed eccessivo moralismo. Quando associato a D è indice di un maggiore rischio suicidario (Wrobel e Lachar, 1992).
- Scala 8 - Schizofrenia (Sc): le aree di contenuto di questa scala includono processo di pensiero bizzarri, distorsioni della percezione, difficoltà di concentrazione, carenza di controllo degli impulsi e isolamento sociale. Elevazioni nei punteggi si ritrovano in quegli adolescenti che preferiscono la fantasia e il sogno alla realtà o sono indicativi di ribellione al conformismo e ai modelli proposti da adulti (Archer et al., 1988).

- Scala 9 - Ipomania (Ma): la scala 9 è correlata a grandiosità, egocentrismo, euforia, eccitamento, iperattività ideativa e motoria. Punteggi alti sono presenti nei ragazzi che cercano l'eccitazione per il gusto dell'eccitazione stessa e, spesso, nei soggetti affetti da Disturbo Bipolare (Wrobel e Lachar, 1992).
- Scala 0 - Introversione sociale (Si): questa scala misura problemi nelle relazioni interpersonali e difficoltà, ansia e insicurezza in situazioni sociali. Punteggi elevati si associano a ritiro sociale e si riscontrano in individui timidi, pedanti, introversi, insicuri e inibiti in gruppo.

Mentre le scale Cliniche mettono a fuoco gli ingredienti emozionali, quelle di Contenuto ne rappresentano un'estensione. Le scale di Contenuto sono 15:

- Ansia (A-anx): la scala esprime i livelli di ansia, tensione, nervosismo e problemi somatici, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, preoccupazioni immotivate e paura di impazzire.
Sono individui con consapevolezza dei loro problemi di cui si lamentano spesso.
- Ossessività (A- obs): gli adolescenti che mostrano un punteggio alto riferiscono di preoccuparsi eccessivamente per piccole cose, difficoltà nel prendere decisioni, processi cognitivi di ossessione e rimuginazione, dubbio perenne, paura del cambiamento, fino a paralisi del pensiero.
- Depressione (A-dep): elevazioni di punteggio esprimono malinconia, disinteresse, struttura psichica labile, sensazioni di vuoto, ideazione suicidaria, senso di colpa e certezza di non poter aver aiuto.
- Preoccupazione per la Salute (A-hea): gli adolescenti che ottengono alti punteggi in questa scala mostrano molteplicità di sintomi fisici che interferiscono con il loro benessere e le attività scolastiche e disturbi sensoriali più frequentemente delle altre persone.

- Alienazione (A-aln): sono soggetti che si sentono emotivamente molto distanti dagli altri, credono di essere trattati male dalla vita, di non piacere agli altri e di non essere compresi da nessuno. Mostrano inoltre difficoltà ed aprirsi e imbarazzo quando devono parlare in gruppo.
- Ideazione bizzarra (A- biz): gli adolescenti che raggiungono punteggi elevati riferiscono pensieri ed esperienze molto strane, allucinazioni olfattive e uditive, alterazioni del pensiero, credenze di aver “missioni”, di possedere poteri particolari, deliri di furto del pensiero, di riferimento e di persecuzione.
- Rabbia (Ang): misura la tendenza a perdere il controllo, irritabilità, impazienza, aggressività, impulsività e desiderio di agire.
- Cinismo (Cyn): sono adolescenti con abituali atteggiamenti negativi verso gli altri, che considerano sfruttanti, con scopi nascosti e disonesti. Per tale motivo non si fidano e non vanno d'accordo con nessuno.
- Problemi di condotta (A- con): punteggi alti in questa scala identificano adolescenti con disturbi del comportamento ed antisociali, tra cui furto, taccheggio, menzogna e non biasimano le persone che violano la legalità.
- Bassa Autostima (A-ise): alti punteggi nella scala indicano soggetti con mancanza fiducia in se stessi, con labili convizioni, tendendo a lasciar sempre decidere gli altri, e che si sentono inutili nei confronti della vita e degli altri.
- Basse Aspirazioni (las): elevazioni dei punteggi individuano adolescenti con scarso interesse per il successo, che si danno per vinti velocemente e che evitano le difficoltà.
- Disagio sociale (A-sod): alti punteggi indicano difficoltà nelle relazioni sociali, timidi e che prediligono la solitudine.

- Problemi Familiari (A-fam): punteggi elevati si riscontrano in adolescenti che riportano contrasti notevoli, gelosie, scarsa comunicazione nella sfera familiare che viene descritta come litigiosa, spiacevole e senza affetto e nella quale non credono di poter fare affidamento.
- Problemi Scolastici (A-sch): alti punteggi esprimono basso rendimento scolastico, sospensioni, assenze multiple, difficoltà di apprendimento. Il solo aspetto piacevole della scuola sono i compagni, mentre per il resto la ritengono una perdita di tempo.
- Indicatori di Difficoltà di Trattamento (a-trt): negli adolescenti con alti punteggi si riscontra un atteggiamento critico nei confronti della cura e della relazione d'aiuto e pur riconoscendo di avere un problema, svalutano la persona che li può aiutare. Essi dichiarano di irritarsi di fronte a chi pone loro domande personali.

Infine vi sono 6 scale supplementari:

- Ansietà (A): alti punteggi riflettono disagio e turbamento emotivo, inibizione, ipercontrollo e difficoltà nel prender decisioni, mentre bassi punteggi indicano tendenza ad essere competitive socialmente disinvolti.
- Repressione (R): gli adolescenti che raggiungono alti punteggi in questa scala sono convenzionali, sottomessi e evitanti le situazioni sgradevoli o complicate. Bassi punteggi invece indicano persone disinibite, disinvolute ed eccitabili, scaltre e dominanti (Archer et al.).
- Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R): un alto punteggio rivela in realtà la generica propensione alla dipendenza da sostanze tossiche (Archer et al., 1989; Gantner et al., 1992).
- Ammissione di Problemi con Alcol e Droga (ACK): chi mostra alti punteggi esprime la volontà del soggetto a riconoscere l'esistenza di problemi di dipendenza.

- Tendenza all'Abuso di Alcol e Droga (PRO): è una misura per valutare la tendenza negli adolescenti a sviluppare problemi di alcol e droga.
- Immaturità (IMM): la scala esplora il grado di maturità di esposizione, percezione e valutazione dei comportamenti propri e degli altri (Pancoast et al., 1992).

Nello scoring finale, attraverso definite combinazioni di correlazioni tra alcune scale di base, possono essere individuate tre aree:

- area nevrotica: Hy, D, Hs: espressioni somatiche di stati emotivi (possibile esistenza di un vantaggio secondario).
- area psicotica: Pa, Pt, Sc: difficoltà di comunicazione col mondo esterno ed interpretazione “particolare” della realtà.
- area sociopatica: Pd, M/F: rifiuto attivo delle forme di convivenza: mancata socializzazione e disadattamento sociale.

Per la somministrazione dei questionari è stata scelta una modalità collettiva in considerazione del numero dei ragazzi intervistati e dell'ambiente di somministrazione (aule scolastiche).

Prima della somministrazione del questionario è stato presentato ai ragazzi il progetto in atto e fornite le spiegazioni necessarie per un corretto raccoglimento dei dati.

6.2.3 Elaborazione statistica

Per indagare la significatività statistica dei risultati ottenuti vengono applicate funzioni statistiche utilizzando il software SPSS v.17.0 (acronimo di Statistical Package for The Social Sciences) (Giorgetti, 2007).

I test statistici utilizzati sono i seguenti:

- **Independent T-Test** (Test T di Student), utilizzato per verificare le ipotesi proposte sul valore medio assunto da una variabile all'interno del gruppo in esame. Esso confronta la differenza tra la media di due

sottogruppi tenendo in considerazione la dispersione dei dati (deviazione standard). E' stato utilizzato per confrontare le medie dei punteggi nel QMA e nell'MMPI tra soggetti risultati "a rischio" o "problematici" nelle dipendenze indagate nell'SPQ e soggetti non problematici.

- **Oneway Anova**, utilizzato per analizzare le differenze statistiche nei punteggi ottenuti all'SPQ, IAT, QMA e MMPI tra i sottogruppi in cui è stato suddiviso il campione, in base all'indirizzo scolastico, al vissuto dell'infanzia, al rendimento, allo stato civile dei genitori; è stato inoltre utilizzato per confrontare le medie dei punteggi nel QMA e nell'MMPI tra soggetti risultati "patologici" o "problematici" e soggetti non problematici per quel che riguarda la dipendenza da internet indagata tramite lo IAT.
- **Analisi di correlazione di Pearson** (Giorgetti, 2007), al fine di individuare correlazioni tra i risultati nelle diverse dimensioni dei test. Per correlazione si intende una relazione tra due variabili casuali tale che a ciascun valore della prima variabile corrisponda con una certa regolarità un valore della seconda. Non si tratta necessariamente di un rapporto di causa ed effetto ma semplicemente della tendenza di una variabile a variare in funzione di un'altra.

Il livello di significatività definito dal disegno dello studio è di 0,05 per tutti i test, quindi sono state considerate statisticamente significative $p \leq 0,05$ (test a due code).

6.3 Risultati

6.3.1 *Caratteristiche del Campione*

L'intervento ha coinvolto 224 studenti di età compresa tra 15-20 anni (Tab.1), appartenenti a diversi indirizzi scolastici: liceo artistico, liceo classico, liceo scientifico, istituto tecnico e istituto professionale della città di Torino.

Sono stati esclusi dall'analisi statistica i casi i cui test risultavano incompleti o con alterazioni delle scale di validità dell'MMPI-A e del QMA (15,8%), per cui il

campione definitivo comprende 191 studenti.

Il 49,7% del campione è costituito da maschi ed il 50,3% da femmine.

Caratteristiche	Campioni	N	%	Media	DS
Età	Maschi	95	49,7	17,39	1,307
	Femmine	96	50,3	17,65	1,066
	Totale	191	100	17,52	1,196

Tabella 1: Età e sesso del campione

Il campione (N=191) è così costituito: il 12% frequenta il liceo artistico, il 19,4% istituto tecnico, il 31,4% liceo scientifico, il 23% liceo classico, 14,1% istituto professionale (Tab.2 e Fig.1).

Tipo scuola	N	%
Liceo artistico	23	12,0
Istituto tecnico	37	19,4
Liceo scientifico	60	31,4
Liceo classico	44	23,0
Istituto professionale	27	14,1
Totale	191	100,0

Tabella 2: Indirizzo scolastico del campione

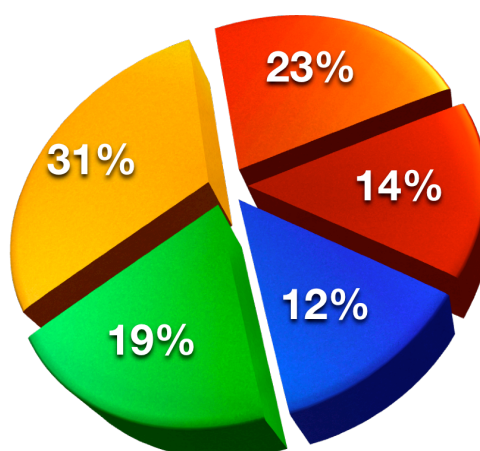


Figura 1. INDIRIZZO SCOLASTICO

Esaminando il contesto familiare di appartenenza è emerso che il 25,7% degli studenti sono figli unici, mentre il 74,3% ha almeno un fratello o una sorella.

Per quanto riguarda lo stato civile dei genitori nella tabella di seguito si riporta la distribuzione osservata (Tab.3; Fig.2)

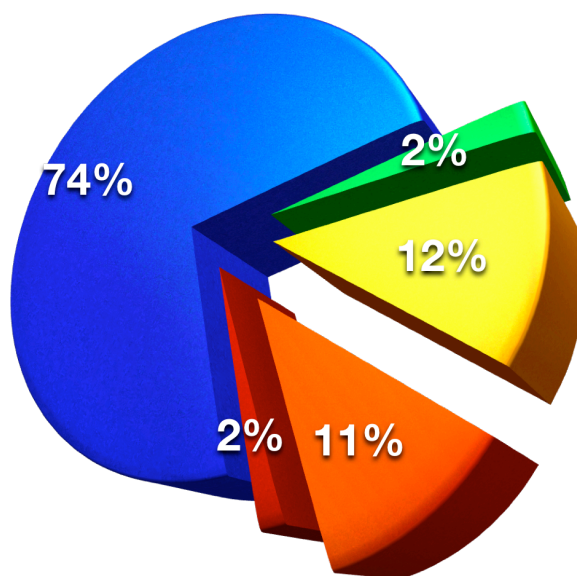


Figura 2. STATO CIVILE DEI GENITORI

Stato civile dei genitori	N	%
Coniugati	141	73,8
Conviventi	4	2,1
Separati	22	11,5
Divorziati	21	11,0
Vedovi	3	1,6
Totale	191	100,0

Tabella 3: Stato civile dei genitori

Considerando la qualità dei rapporti con le figure genitoriali risulta che solo l'8,9% riferisce difficoltà relazionali, mentre per quel che riguarda l'autopercezione della qualità della propria fanciullezza è emerso che 74,9 % dichiara di avere vissuto un'infanzia felice, il 22% discreta e il 3,1% infelice. Nel 67,5% dei casi gli studenti hanno dichiarato di praticare almeno un'attività extrascolastica, per la cui rappresentazione dettagliata si rimanda alla tabella seguente (Fig.3); solo circa il 3% svolge più di un'attività extrascolastica.

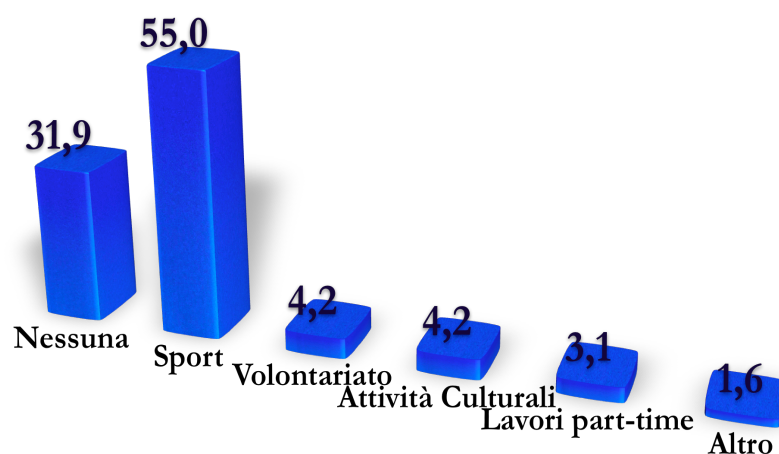


Figura 3. TIPOLOGIA ATTIVITA' EXTRA-SCOLASTICA

Alla domanda di autovalutare il proprio rendimento scolastico si evidenziano i seguenti risultati (Tab.4; Fig.4).

Rendimento	N	%
Ottimo	7	3,7
Buono	61	31,9
Discreto	74	38,7
Sufficiente	46	24,1
Insufficiente	3	1,6
Totale	191	100,0

Tabella 4: Rendimento scolastico

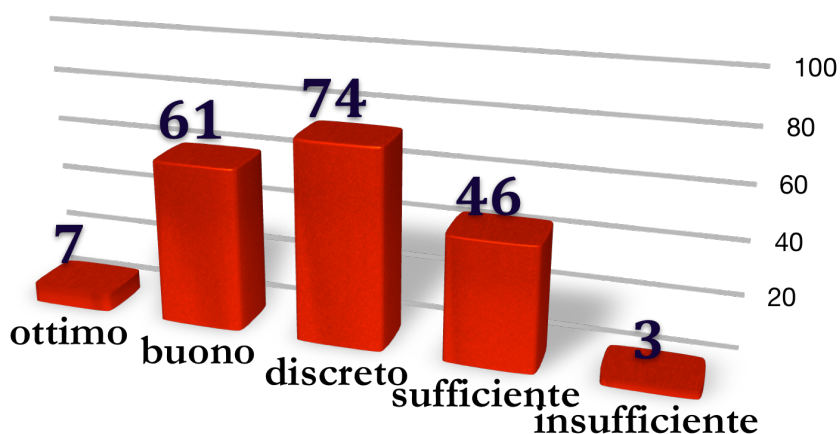


Figura 4. RENDIMENTO SCOLASTICO

Inoltre è stato chiesto di specificare se rispetto all'anno scolastico precedente hanno mostrato un peggioramento del profitto e il 60,7% ha risposto negativamente, mentre il 39,3% affermativamente.

6.3.2 Risultati ai Test

6.3.2.1 SPQ

I risultati delle frequenze percentuali e i punteggi medi e le deviazioni standard emersi nelle diverse sottoscale dell'SPQ per il campione di studenti sono evidenziati nelle tabelle 5 e 6.

Sottoscale SPQ	Media	DS
Dipendenza da Alcol	11,91	10,126
Dipendenza da Tabacco	10,62	13,512
Dipendenza da Droghe Ricreative	5,93	9,968
Gioco d'Azzardo Patologico	4,97	7,807
Shopping Compulsivo	13,25	9,059
Dipendenza da Abbuffate	12,86	8,226
Altruismo Compulsivo Sottomesso	20,92	7,752
Dipendenza da Restrizioni Alimentari	11,05	8,147

Altruismo Compulsivo Dominante	15,90	8,504
Dipendenza da sesso	8,67	10,197
Dipendenza da Relazioni Dominanti	12,17	8,824
Dipendenza da Caffaina	5,91	8,184
Dipendenza da Sport	13,44	8,538
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	14,12	7,987

Tabella 5: Risultati di Medie e Deviazioni Standard delle Sottoscale dell'SPQ.

Percentuali di superamento dei cut-off nelle scale di dipendenza all'SPQ.

Esaminando il cut off del 90° percentile, aldisopra del quale viene considerata la presenza di rischio di dipendenza, ai punteggi dell'SPQ risulta quanto segue (Tab.6; Fig.5):

Sottoscale SPQ	A Rischio (%)	Non a Rischio (%)
Dipendenza da Alcol	1,6	98,4
Dipendenza da Tabacco	3,2	95,8
Dipendenza da Droghe Ricreative	11,6	88,4
Gioco d'Azzardo Patologico	19,8	79,2
Shopping Compulsivo	12,6	87,4
Dipendenza da Abbuffate	7,9	92,1
Altruismo Compulsivo Sottomesso	7,9	92,1
Dipendenza da Restrizioni Alimentari	14,7	85,3
Altruismo Compulsivo Dominante	7,8	92,2
Dipendenza da Sesso	21,1	78,9
Dipendenza da Relazioni Dominanti	16,3	83,7
Dipendenza da Caffaina	22,6	77,4
Dipendenza da Sport	17,4	82,6
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	15,8	84,2

Tabella 6: Risultati di frequenze percentuali all'SPQ

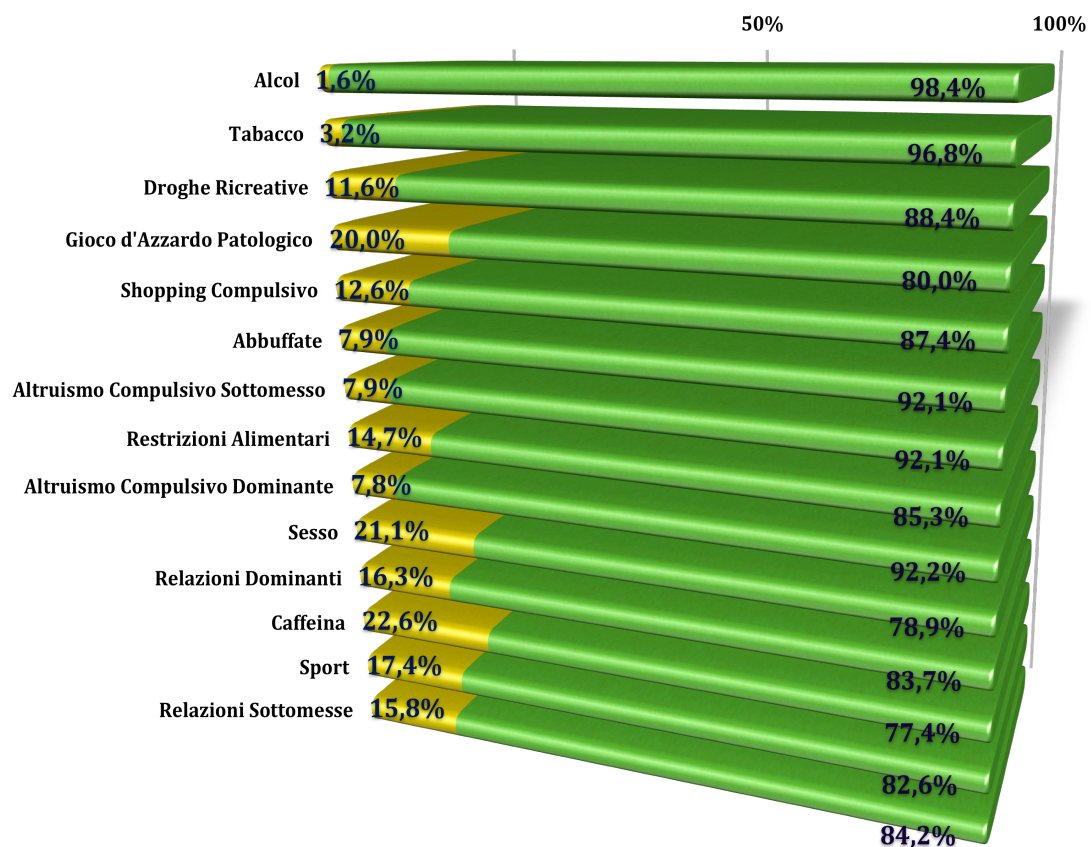


Figura 5. FREQUENZE PERCENTUALI ALL'SPQ

Indagando in quali soggetti coesistessero più problematicità nelle aree a rischio di dipendenza, esplorate all'SPQ, i risultati emersi evidenziano che il 51% del campione pare non essere a rischio per alcuna forma di dipendenza, mentre il 15,6% è risultato essere a rischio per una dipendenza, il 7,3% per due e il 26% per tre o più dipendenze (Fig.6).

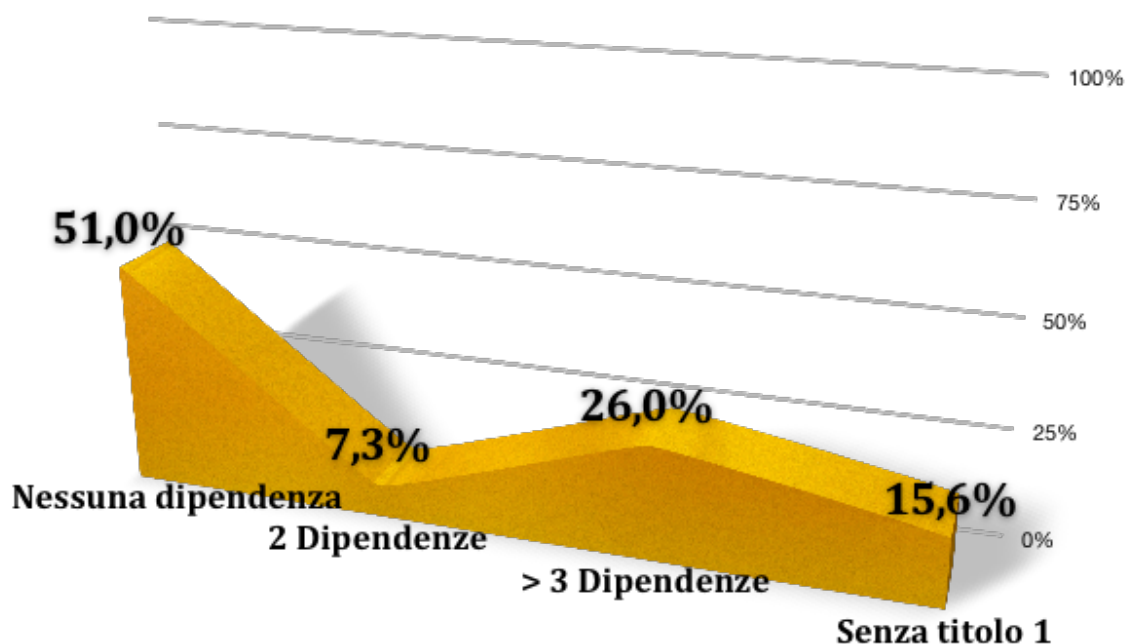


Figura 6. POLIDIPENDENZE

Confrontando i punteggi all'SPQ tra studenti di sesso maschile e femminile emerge che i maschi hanno punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale che indagano la Dipendenza da Alcol, da Tabacco, da Droghe Ricreative, il Gioco d'Azzardo Patologico, la Dipendenza da Sesso, da Relazioni Dominanti, da Caffaina, da Sport e da Relazioni Sottomesse (Tab.7).

SOTTOSCALE SPQ	SESSO	M	DS	p
Dipendenza da Alcol	M	16,02	9,710	.000
	F	7,89	8,866	
Dipendenza da Tabacco	M	15,04	14,369	.000
	F	6,28	11,078	
Dipendenza da Droghe Ricreative	M	10,65	12,097	.000
	F	1,30	3,277	
Gioco d'Azzardo Patologico	M	8,80	9,494	.000
	F	1,23	2,090	
Dipendenza da Sesso	M	13,80	10,798	.000
	F	3,65	6,417	

Dipendenza da Relazioni Dominanti	M	14,37	8,961	.001
	F	10,02	8,176	
Dipendenza da Caffaina	M	9,06	10,159	.000
	F	2,81	3,564	
Dipendenza da Sport	M	15,30	9,636	.003
	F	11,61	6,882	
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	M	15,52	9,016	.016
	F	12,73	6,574	

Tabella 7: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base al sesso.

Indagando eventuali differenze nei risultati al test in base alla pratica o no e alla diversa tipologia di attività extrascolastica svolta è emerso che:

- chi svolge almeno un'attività extrascolastica mostra punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Dipendenza da Alcol ($p>0,05$), e Dipendenza da Sport ($p>0,05$);
- chi pratica sport rispetto a chi non svolge nessuna attività extrascolastica ha punteggi significativamente maggiori nella sottoscala Dipendenza da Alcol ($p>0,05$) (Tab.8).

SOTTOSCALE SPQ	ATTIVITA' EXTRASCOLASTICA	M	DS	p
Dipendenza da Alcol	SÌ	13,26	10,655	.001
	NO	8,70	7,881	
Dipendenza da Sport	SÌ	14,52	8,648	.008
	NO	11,10	7,948	

Tabella 8: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base alla pratica o no di attività extrascolastica.

SOTTOSCALE SPQ	TIPOLOGIA ATTIVITA' EXTRASCOLASTICA		TIPOLOGIA ATTIVITA' EXTRASCOLASTICA		p
	M	DS	M	DS	
Dipendenza da Alcol	Nessuna		Sport		.020
	8,70	7,881	13,92	10,896	

Tabella 9: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base alla tipologia di attività extrascolastica.

Per quanto riguarda l'autovalutazione sul rendimento scolastico, e sulla presenza di un peggioramento rispetto al precedente anno scolastico, è emerso quanto esposto nelle tabelle seguenti (Tab.10; Tab.11)

SOTTOSCALE SPQ	RENDIMENTO SCOLASTICO		RENDIMENTO SCOLASTICO		p
	M	DS	M	DS	
Dipendenza da Alcol	Buono		Insufficiente		.001
	9,22	8,652	32,00	10,583	
	Discreto		Insufficiente		.005
	11,76	10,084	32,00	10,583	
	Sufficiente		Insufficiente		.022
	14,04	10,463	32,00	10,583	
Dipendenza da Tabacco	Ottimo		Insufficiente		.033
	2,86	4,880	29,67	16,503	
Dipendenza da Droghe Ricreative	Ottimo		Insufficiente		.001
	2,29	2,690	28,33	14,742	
	Buono		Insufficiente		.000
	3,45	6,890	28,33	14,742	
	Discreto		Insufficiente		.002
	7,03	11,433	28,33	14,742	
	Sufficiente		Insufficiente		.002
	6,48	9,295	28,33	14,742	
Gioco d'Azzardo Patologico	Ottimo		Insufficiente		.004
	,71	,756	19,67	20,551	
	Buono		Insufficiente		.005
	3,75	5,807	19,67	20,551	
	Discreto		Insufficiente		.042
	4,74	6,760	19,67	20,551	
	Sufficiente		Insufficiente		.009
	6,63	9,833	19,67	20,551	
Dipendenza da Caffeina	Ottimo		Insufficiente		.043
	2,57	2,440	18,67	21,079	

Tabella 10: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base al rendimento scolastico.

SOTTOSCALE SPQ	PEGGIORAMENTO RENDIMENTO SCOLASTICO	M	DS	P
Dipendenza da Alcol	SÌ	14,77	10,164	.003
	NO	10,26	9,704	
Dipendenza da Tabacco	SÌ	13,73	15,109	.014
	NO	8,50	12,104	
Dipendenza da Droghe Ricreative	SÌ	8,08	11,299	.028
	NO	4,63	8,852	
Dipendenza da Sesso	SÌ	11,20	11,224	.010
	NO	7,14	9,229	

Tabella 11: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base al peggioramento del rendimento scolastico.

Il confronto in base all'indirizzo di studi ha evidenziato invece i risultati riportati di seguito (Tab.12).

SOTTOSCALE SPQ	INDIRIZZO SCOLASTICO		INDIRIZZO SCOLASTICO		p
	M	DS	M	DS	
Dipendenza da Tabacco	Liceo artistico		Istituto tecnico		.025
	4,39	9,433	15,16	14,171	
Dipendenza da Droghe Ricreative	Liceo artistico		Istituto tecnico		.013
	1,65	3,485	10,00	10,812	
	Liceo classico		Istituto tecnico		.011
	2,89	4,905	10,00	10,812	
Gioco d'Azzardo Patologico	Liceo artistico		Istituto tecnico		.012
	,87	2,943	7,46	7,418	
	Liceo artistico		Liceo scientifico		.046
	,87	2,943	7,46	7,418	
	Liceo classico		Istituto tecnico		.030
	2,41	4,347	7,46	7,418	
Dipendenza da Abbuffate	Liceo artistico		Istituto tecnico		.019
	17,52	9,505	10,81	7,260	
	Liceo artistico		Liceo classico		.048
	17,52	9,505	11,64	6,376	
Altruismo Compulsivo Sottomesso	Istituto professionale		Liceo classico		.035
	24,67	9,290	19,20	6,764	
Dipendenza da Restrizioni Alimentari	Liceo artistico		Liceo classico		.003
	15,04	7,382	7,64	5,763	
	Istituto professionale		Liceo classico		.026
	13,52	7,408	7,64	5,763	

Altruismo Compulsivo Dominante	Istituto professionale		Liceo classico		.001
	21,37	12,084	13,55	6,589	
	Istituto professionale		Liceo scientifico		.007
	21,37	12,084	14,85	7,965	
	Istituto professionale		Istituto tecnico		.008
	21,37	12,084	14,32	7,299	
Dipendenza da Sesso	Liceo artistico		Istituto tecnico		.001
	5,78	9,278	15,68	11,702	
	Liceo classico		Istituto tecnico		.000
	4,02	4,737	15,68	11,702	
	Liceo scientifico		Istituto tecnico		.001
	7,92	9,376	15,68	11,702	
	Liceo classico		Istituto professionale		.041
	4,02	4,737	10,74	11,857	
Dipendenza da Caffeina	Liceo artistico		Istituto tecnico		.027
	2,48	4,220	8,95	9,360	
Dipendenza da Sport	Liceo classico		Istituto professionale		.003
	10,84	5,934	18,26	11,604	
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	Liceo classico		Istituto professionale		.040
	11,50	5,534	17,11	8,491	

Tabella 12: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base all'indirizzo scolastico.

Prendendo in considerazione alcuni aspetti della vita degli studenti all'interno del proprio contesto familiare le analisi statistiche effettuate hanno evidenziato alcune differenze statisticamente significative:

- per quel che riguarda la qualità delle relazioni con i genitori punteggi maggiori nelle sottoscale Altruismo Dominante ($p > 0,05$) e Dipendenza da Sport ($p > 0,05$) sono emersi negli adolescenti che riferiscono di avere un buon rapporto rispetto a coloro che hanno risposto negativamente, anche se i punteggi non raggiungono i valori di cut-off per la positività (Tab.13);
- i ragazzi il cui vissuto infantile è percepito come discreto mostrano punteggi maggiori alle sottoscale Dipendenza da Tabacco ($p > 0,05$), da Droghe Ricreative ($p > 0,05$), da Abbuffate ($p > 0,05$) e da Relazioni Sottomesse ($p > 0,05$) rispetto a chi riferisce di aver trascorso un'infanzia felice, nonostante non vengano raggiunti i cut-off patologici (Tab.14).
- chi presenta la condizione di figlio unico mostra punteggi minori nella sottoscala Dipendenza da Tabacco ($p > 0,05$) rispetto a chi ha almeno una

sorella o un fratello (Tab. 15);

Non sono invece emerse differenze statisticamente significative dal confronto in base allo stato civile dei genitori.

SOTTOSCALE SPQ	QUALITA' RAPPORTO CON I GENITORI	M	DS	p
Altruismo Compulsivo Dominante	POSITIVO	16,28	8,685	.006
	NEGATIVO	12,06	5,129	
Dipendenza da Sport	POSITIVO	13,73	8,718	.043
	NEGATIVO	10,41	5,789	

Tabella 13: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base alla qualità del rapporto con i genitori.

SOTTOSCALE SPQ	INFANZIA		INFANZIA		P
	M	DS	M	DS	
Dipendenza da Tabacco	Felice		Discreta		.005
	8,64	12,186	16,10	15,745	
Dipendenza da Droghe Ricreative	Felice		Discreta		.006
	4,40	8,593	9,66	11,473	
	Felice		Infelice		.007
	4,40	8,593	16,83	16,798	
Dipendenza da Abbuffate	Felice		Discreta		.021
	11,90	7,517	15,80	9,379	
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	Felice		Discreta		.024
	13,24	7,221	16,98	10,155	

Tabella 14: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base al vissuto infantile.

SOTTOSCALE SPQ	FRATELLI o SORELLE	M	DS	p
Dipendenza da Tabacco	SÌ	11,79	13,946	.025
	NO	7,15	11,589	

Tabella 15: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard all'SPQ in base alla presenza di fratelli e/o sorelle.

6.3.2.2 IAT

I punteggi medi emersi allo IAT sono $40,62 \pm 11,982$.

Il 24,6% degli studenti presenta punteggi maggiori di 50, indicativi quindi un utilizzo di Internet Problematico, mentre l'1,6% ha raggiunto un punteggio allo IAT di 80, che indicherebbe una Dipendenza da Internet (Fig.7).

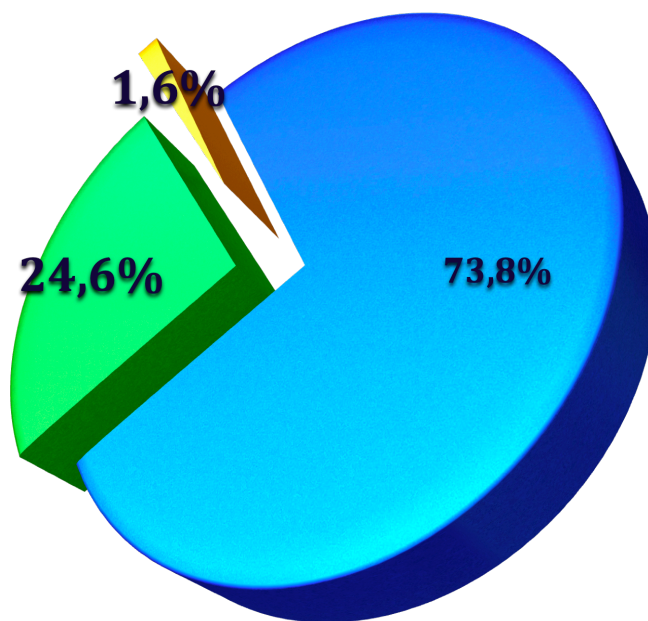


Figura 7. Frequenza di presenza di Dipendenza, Utilizzo Problematico o Utilizzo Non Patologico di Internet.

INTERNET ADDICTION (IAT)	N	%
NON A RISCHIO	141	73,8
UTILIZZO PROBLEMATICO	47	24,6
UTILIZZO PATOLOGICO	3	1,6
TOTALE	191	100

Tabella 16: Frequenza di Dipendenza, Utilizzo Problematico o Utilizzo Non Patologico di Internet.

Dal confronto in base al sesso è emerso che i maschi presentano punteggi significativamente più elevati delle femmine ($p=.000$), mentre i soggetti i cui genitori sono divorziati mostrano punteggi allo IAT inferiori rispetto a chi possiede genitori coniugati ($p<0,05$) o separati ($p<0,05$).

INTERNET ADDICTION TEST	SESSO	M	DS	p
	M	44,71	12,641	.000
	F	36,57	9,787	

Tabella 17: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard allo LAT in base al sesso.

INTERNET ADDICTION TEST	STATO CIVILE DEI GENITORI		STATO CIVILE DEI GENITORI	
	M	DS	M	DS
	Coniugati		Divorziati	
	41,09	12,079	33,33	9,820
	Separati		Divorziati	
	45,27	9,820	33,33	9,820

Tabella 18: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard allo LAT in base allo stato civile dei genitori.

Inoltre dall'analisi in base al funzionamento scolastico emerge che chi ha un buon rendimento ha punteggi minori rispetto a chi ha un rendimento sufficiente, così pure chi non ha mostrato peggioramento nel rendimento nell'ultimo anno scolastico rispetto a chi invece sì ($p < 0,05$).

INTERNET ADDICTION TEST	RENDIMENTO SCOLASTICO		RENDIMENTO SCOLASTICO		p
	M	DS	M	DS	
	Buono		Sufficiente		.042
	36,93	11,764	43,59	11,208	

Tabella 19: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard allo LAT in base al rendimento scolastico.

INTERNET ADDICTION TEST	PEGGIORAMENTO RENDIMENTO SCOLASTICO	M	DS	p
	SÌ	43,96	12,304	.003
	NO	38,67	11,353	

Tabella 20: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard allo LAT in base al peggioramento del rendimento scolastico.

Per quanto riguarda l'indirizzo scolastico gli studenti dell'istituto tecnico presentano punteggi dello IAT significativamente maggiori rispetto a quelli frequentanti il liceo scientifico ($p < 0,05$) e il liceo classico ($p = .000$), e allo stesso tempo questi ultimi mostrano punteggi inferiori anche rispetto agli studenti del liceo scientifico ($p < 0,05$) e dell'istituto professionale ($p < 0,05$).

INTERNET ADDICTION TEST	INDIRIZZO SCOLASTICO		INDIRIZZO SCOLASTICO		p
	M	DS	M	DS	
	Istituto tecnico		Liceo classico		.000
	47,84	12,316	33,64	8,999	
	Istituto tecnico		Liceo scientifico		.009
	47,84	12,316	39,98	13,913	
	Liceo classico		Liceo scientifico		.045
	33,64	8,999	39,98	13,913	
	Liceo classico		Istituto professionale		.009
	33,64	8,999	42,81	8,819	

Tabella 21: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard allo LAT in base all'indirizzo scolastico.

Non emergono differenze significative dal confronto in base all'attività extrascolastica, alla qualità del rapporto con i genitori e del vissuto infantile ($p > 0,05$).

6.3.2.3 SPQ e IAT

Dal confronto dei risultati ottenuti nello IAT tra soggetti a rischio o non a rischio per ciascuna delle dipendenze indagate con l'SPQ hanno evidenziato differenze statisticamente significative a livello delle sottoscale per il Gioco d'Azzardo Patologico ($p<0,05$), per lo Shopping Compulsivo ($p<0,05$), per la Dipendenza da Droghe Ricreative ($p<0,05$), da Abbuffate ($p<0,05$), da Restrizioni Alimentari ($p<0,05$), da Sesso ($p<0,05$), da Caffaina ($p=.000$) e da Sport ($p<0,05$), con riscontro di punteggi maggiori nei soggetti con problematicità a livello delle sopraelencate aree di dipendenza (Tab.17).

SOTTOSCALE SPQ		INTERNET ADDICTION TEST		P
		M	DS	
Dipendenza da Alcol	NON A RISCHIO	40,62	11,941	.997
	A RISCHIO	40,67	17,502	
Dipendenza da Tabacco	NON A RISCHIO	40,41	11,793	.373
	A RISCHIO	47,17	16,857	
Dipendenza da Droghe Ricreative	NON A RISCHIO	39,79	11,795	.012
	A RISCHIO	47,00	11,735	
Gioco d'Azzardo Patologico	NON A RISCHIO	39,27	11,807	.002
	A RISCHIO	46,05	11,254	
Shopping Compulsivo	NON A RISCHIO	39,71	11,507	.019
	A RISCHIO	46,92	13,526	
Dipendenza da Abbuffate	NON A RISCHIO	39,85	11,908	.001
	A RISCHIO	49,67	8,974	
Altruismo Compulsivo Sottomesso	NON A RISCHIO	40,95	11,991	.186
	A RISCHIO	36,67	11,530	
Dipendenza da Restrizioni Alimentari	NON A RISCHIO	39,72	11,539	.028
	A RISCHIO	45,86	13,344	
Altruismo Compulsivo Dominante	NON A RISCHIO	40,26	11,809	.221
	A RISCHIO	44,87	13,574	
Dipendenza da Sesso	NON A RISCHIO	39,28	11,521	.005
	A RISCHIO	45,65	12,493	
Dipendenza da Relazioni Dominanti	NON A RISCHIO	40,05	12,037	.129
	A RISCHIO	43,55	11,433	
Dipendenza da Caffaina	NON A RISCHIO	38,81	11,639	.000
	A RISCHIO	46,84	11,144	

Dipendenza da Sport	NON A RISCHIO	39,48	11,415	.001
	A RISCHIO	46,06	13,273	
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	NON A RISCHIO	39,82	11,468	.067
	A RISCHIO	44,90	13,875	

Tabella 22: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard allo LAT in base alla presenza o assenza di Rischio per le Dipendenze delle sottoscale dell'SPQ.

Dall'analisi della varianza dei punteggi nelle scale dell'SPQ tra le diverse tipologie di utilizzo di internet (IAT) sono emersi risultati statisticamente significativi nella Dipendenza da Droghe Ricreative ($p<0,05$), nel Gioco d'Azzardo Patologico ($p<0,05$), nello Shopping Compulsivo ($p<0,05$), nella Dipendenza da Abbuffate ($p<0,05$), da Sesso ($p<0,05$), da Sport ($p<0,05$) e da Relazioni di tipo Sottomesso ($p<0,05$) con punteggi maggiori in chi è stato riscontrato un utilizzo problematico o patologico di internet rispetto a chi ha un utilizzo non problematico (Tab.23).

SOTTOSCALE (SPQ)	DIPENDENZA DA INTERNET (IAT)		DIPENDENZA DA INTERNET (IAT)		p
	M	DS	M	DS	
Dipendenza da Droghe Ricreative	No		Utilizzo Problematico		.001
	4,50	8,861	10,47	11,850	
Gioco d'Azzardo Patologico	No		Utilizzo Problematico		.007
	4,03	7,365	8,02	8,487	
Shopping Compulsivo	No		Utilizzo Problematico		.011
	12,12	8,843	15,89	8,271	
	No		Si		.035
	12,12	8,843	30,50	17,678	
Dipendenza da Abbuffate	No		Utilizzo Problematico		.001
	11,50	7,583	16,62	8,953	
Dipendenza da Sesso	No		Utilizzo Problematico		.001
	6,99	9,122	13,23	11,395	
Dipendenza da Sport	No		Utilizzo Problematico		.046
	12,49	8,026	15,96	9,468	
Dipendenza da Relazioni di tipo Sottomesso	No		Utilizzo Problematico		.027
	13,12	7,333	16,60	8,907	

Tabella 23: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle sottoscale dell'SPQ in base alla modalità di utilizzo non problematico, problematico o patologico di Internet (IAT).

6.3.2.4 SPQ e QMA

Per quanto riguarda le relazioni tra le dimensioni indagate dal QMA in base alla presenza o no di rischio per un comportamento di dipendenza nelle scale dell'SPQ nelle tabelle seguenti sono esposte le differenze statisticamente significative rilevate (Tab.24-37).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Alcol (SPQ)	M	DS	p
Impulsività	NON A RISCHIO	22,48	4,255	.013
	A RISCHIO	28,33	1,528	
Aggressività	NON A RISCHIO	34,03	7,401	.000
	A RISCHIO	50,00	10,149	
Stabilità emotiva	NON A RISCHIO	60,51	10,341	.032
	A RISCHIO	40,00	6,928	

Tabella 24: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Alcol (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Tabacco (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,16	3,684	.037
	A RISCHIO	14,17	3,488	
Attaccamento Sostegno Emotivo	NON A RISCHIO	13,29	3,382	.042
	A RISCHIO	9,83	3,125	
Somma Attaccamento	NON A RISCHIO	51,56	8,722	.016
	A RISCHIO	41,83	6,824	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,96	7,431	.044
	A RISCHIO	44,17	9,347	
Impulsività	NON A RISCHIO	22,33	4,117	.000
	A RISCHIO	30,00	2,449	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	11,04	2,697	.004
	A RISCHIO	15,50	2,258	
Sensation Seeking Disinibizione	NON A RISCHIO	9,84	3,625	.000
	A RISCHIO	18,50	1,761	
Sensation Seeking Ricerca Esperienza	NON A RISCHIO	15,33	3,556	.010
	A RISCHIO	21,17	3,601	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,85	7,931	.000
	A RISCHIO	65,00	4,561	

Tabella 25: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Tabacco (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Droghe Ricreative (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,34	3,731	.000
	A RISCHIO	15,68	2,885	
Attaccamento Sostegno Emotivo	NON A RISCHIO	13,54	3,308	.000
	A RISCHIO	10,41	3,034	
Attaccamento Sostegno Pratico	NON A RISCHIO	20,33	4,490	.011
	A RISCHIO	17,82	3,984	
Somma attaccamento	NON A RISCHIO	52,21	8,659	.000
	A RISCHIO	43,91	6,331	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,64	7,349	.020
	A RISCHIO	39,18	8,545	
Gregarismo	NON A RISCHIO	28,61	5,911	.025
	A RISCHIO	26,14	4,443	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	10,95	2,738	.003
	A RISCHIO	12,91	2,635	
Sensation Seeking Disinibizione	NON A RISCHIO	9,67	3,691	.000
	A RISCHIO	13,50	3,751	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,52	7,972	.001
	A RISCHIO	55,05	8,753	

Tabella 26: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Droghe Ricreative (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Gioco d'Azzardo Patologico (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta all'Autonomia	NON A RISCHIO	18,53	3,775	.000
	A RISCHIO	16,05	2,837	
Attaccamento Sostegno Emotivo	NON A RISCHIO	13,65	3,380	.000
	A RISCHIO	11,32	2,942	
Attaccamento Sostegno Pratico	NON A RISCHIO	20,63	4,365	.000
	A RISCHIO	17,66	4,282	
Somma Attaccamento	NON A RISCHIO	52,80	8,776	.000
	A RISCHIO	45,03	5,773	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,44	7,596	.002
	A RISCHIO	37,66	7,152	
Alessitimia	NON A RISCHIO	16,69	4,894	.001
	A RISCHIO	19,61	4,653	

Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	10,86	2,784	.001
	A RISCHIO	12,45	2,468	
Sensation Seeking Disinibizione	NON A RISCHIO	9,64	3,867	.002
	A RISCHIO	12,03	3,381	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,24	8,407	.000
	A RISCHIO	53,03	6,623	

Tabella 27: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per il Gioco d'Azzardo Patologico (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Shopping Compulsivo (SPQ)	M	DS	p
Impulsività	NON A RISCHIO	22,13	4,137	.001
	A RISCHIO	25,63	4,137	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,81	7,602	.032
	A RISCHIO	37,54	7,570	
Capacità Metacognitive	NON A RISCHIO	51,04	5,932	.043
	A RISCHIO	48,75	4,839	
Stabilità emotiva	NON A RISCHIO	60,77	10,829	.014
	A RISCHIO	56,13	7,843	

Tabella 28: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per lo Shopping Compulsivo (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Abbuffate (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta all'Autonomia	NON A RISCHIO	18,47	3,391	.000
	A RISCHIO	13,00	4,018	
Attaccamento Sostegno Emotivo	NON A RISCHIO	13,43	3,348	.002
	A RISCHIO	10,33	3,039	
Attaccamento Sostegno Pratico	NON A RISCHIO	20,27	4,514	.005
	A RISCHIO	17,33	3,352	
Attaccamento Somma	NON A RISCHIO	52,16	8,464	.000
	A RISCHIO	40,67	5,473	
Stabilità Emotiva	NON A RISCHIO	61,41	9,617	.000
	A RISCHIO	45,87	11,376	

Tabella 29: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Abbuffate (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Restrizioni Alimentari (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,35	3,708	.004
	A RISCHIO	16,21	3,414	
Attaccamento Sostegno Emotivo	NON A RISCHIO	13,50	3,328	.004
	A RISCHIO	11,36	3,434	
Attaccamento Sostegno Pratico	NON A RISCHIO	20,55	4,318	.000
	A RISCHIO	17,07	4,447	
Somma Attaccamento	NON A RISCHIO	52,39	8,591	.000
	A RISCHIO	44,64	7,171	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,79	7,539	.043
	A RISCHIO	37,18	7,982	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,77	8,569	.004
	A RISCHIO	51,96	6,304	

Tabella 30: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Restrizioni Alimentari (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Altruismo Compulsivo Dominante (SPQ)	M	DS	P
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,25	3,640	.023
	A RISCHIO	15,53	4,051	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,93	7,855	.000
	A RISCHIO	38,40	3,043	
Capacità Metacognitive	NON A RISCHIO	50,37	5,640	.014
	A RISCHIO	55,20	6,549	
Stabilità Emotiva	NON A RISCHIO	60,77	10,431	.017
	A RISCHIO	53,33	10,452	
Gregarismo	NON A RISCHIO	28,57	5,820	.030
	A RISCHIO	25,40	4,911	

Tabella 31: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per l'Altruismo Compulsivo Dominante (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Altruismo Compulsivo Sottomesso (SPQ)	M	DS	P
Stabilità emotiva	NON A RISCHIO	60,84	10,565	.001
	A RISCHIO	52,60	7,863	

Tabella 32: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per l'Altruismo Compulsivo Sottomesso (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Relazioni Dominanti (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	Non a rischio	18,40	3,624	.004
	A rischio	16,16	3,796	
Attaccamento Sostegno Emotivo	Non a rischio	13,43	3,326	.043
	A rischio	11,94	3,678	
Attaccamento Sostegno Pratico	Non a rischio	20,60	4,097	.002
	A rischio	17,13	5,359	
Attaccamento Somma	Non a rischio	52,43	8,522	.000
	A rischio	45,23	7,932	
Aggressività	Non a rischio	33,38	7,222	.001
	A rischio	38,97	8,361	
Alessitimia	Non a rischio	16,84	4,802	.016
	A rischio	19,45	5,347	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	Non a rischio	10,95	2,794	.007
	A rischio	12,35	2,497	

Tabella 33: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Relazioni Dominanti (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Relazioni Sottomesse (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Somma	NON A RISCHIO	51,80	8,800	.047
	A RISCHIO	48,33	8,483	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,61	7,668	.004
	A RISCHIO	37,87	6,791	
Impulsività	NON A RISCHIO	22,20	4,173	.010
	A RISCHIO	24,57	4,408	
Stabilità Emotiva	NON A RISCHIO	61,14	10,403	.005
	A RISCHIO	55,10	10,337	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	10,94	2,715	.010
	A RISCHIO	12,47	2,886	
Sensation Seeking Disinibizione	NON A RISCHIO	9,83	3,724	.043
	A RISCHIO	11,63	4,429	

Tabella 34: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Relazioni Sottomesse (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Sesso (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,38	3,843	.005
	A RISCHIO	16,75	3,002	
Attaccamento Somma	NON A RISCHIO	52,04	8,866	.013
	A RISCHIO	48,30	8,084	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,57	8,033	.002
	A RISCHIO	36,98	5,447	
Alessitimia	NON A RISCHIO	16,89	5,254	.010
	A RISCHIO	18,70	3,421	
Capacità Metacognitive	NON A RISCHIO	51,25	6,173	.003
	A RISCHIO	48,85	3,893	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	15,38	3,662	.007
	A RISCHIO	16,00	3,810	
Sensation Seeking Disinibizione	NON A RISCHIO	9,33	3,564	.000
	A RISCHIO	13,08	3,654	
Sensation Seeking Suscettibilità alla Noia	NON A RISCHIO	11,37	2,578	.040
	A RISCHIO	12,38	2,724	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,01	8,193	.000
	A RISCHIO	53,58	7,082	

Tabella 35: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Sesso (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Caffaina(SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,50	3,665	.001
	A RISCHIO	16,44	3,568	
Attaccamento Sostegno Pratico	NON A RISCHIO	20,56	4,344	.004
	A RISCHIO	18,23	4,597	
Attaccamento Somma	NON A RISCHIO	52,49	8,747	.000
	A RISCHIO	47,02	7,775	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,36	7,518	.002
	A RISCHIO	37,47	7,453	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	10,97	2,882	.031
	A RISCHIO	11,91	2,338	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,57	8,808	.000
	A RISCHIO	51,21	6,057	

Tabella 36: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Caffaina (SPQ).

DIMENSIONE QMA	Dipendenza da Sport (SPQ)	M	DS	p
Attaccamento Spinta Autonomia	NON A RISCHIO	18,37	3,463	.029
	A RISCHIO	16,45	4,570	
Aggressività	NON A RISCHIO	33,39	7,638	.000
	A RISCHIO	38,55	6,418	
Alessitimia	NON A RISCHIO	16,84	4,858	.014
	A RISCHIO	19,30	5,096	
Impulsività	NON A RISCHIO	22,23	4,342	.008
	A RISCHIO	24,21	3,638	
Stabilità Emotiva	NON A RISCHIO	61,58	10,257	.000
	A RISCHIO	53,52	9,750	
Sensation Seeking Ricerca Avventura	NON A RISCHIO	10,96	2,795	.013
	A RISCHIO	12,24	2,550	
Sensation Seeking Ricerca Esperienza	NON A RISCHIO	15,18	3,708	.003
	A RISCHIO	17,12	3,199	
Sensation Seeking Somma	NON A RISCHIO	47,61	8,455	.002
	A RISCHIO	52,09	7,108	

Tabella 37: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla presenza o assenza di Rischio per la Dipendenza da Sport (SPQ).

6.3.2.5 IAT e QMA

Per quanto riguarda le relazioni tra le dimensioni indagate dal QMA e la diversa tipologia di utilizzo di internet (non problematico, problematico e patologico), indagata tramite lo IAT, è emerso che i soggetti con una problematicità o una dipendenza, rispetto a chi utilizza internet in maniera non patologica, presentano punteggi significativamente minori per quel che riguarda l'Attaccamento ($p < 0.05$) e significativamente maggiori per quel che riguarda l'Introversione e la Sensation Seeking ($p < 0.05$) (Tab.38).

DIMENSIONI QMA	DIPENDENZA DA INTERNET (IAT)		DIPENDENZA DA INTERNET (IAT)		p
	M	DS	M	DS	
Attaccamento Spinta Autonomia	No		Sì		.030
	18,89	3,571	12,50	3,536	
	No		Utilizzo Problematico		.000
	18,89	3,571	15,70	3,021	

Attaccamento Sostegno Emotivo	No		Utilizzo Problematico		.001
	13,70	3,474	11,57	2,741	
Attaccamento Sostegno Pratico	No		Utilizzo Problematico		.006
	20,62	4,475	18,28	4,215	
Attaccamento Somma	No		Utilizzo Problematico		.000
	53,20	8,682	45,55	6,659	
Introversione	No		Sì		.002
	33,98	8,098	54,00	7,071	
	No		Utilizzo Problematico		.045
	33,98	8,098	37,28	7,609	
	Sì		Utilizzo Problematico		.012
	54,00	7,071	37,28	7,609	
Sensation Seeking Disinibizione	No		Utilizzo Problematico		.003
	9,63	3,957	11,74	3,206	
Sensation Seeking Somma	No		Utilizzo Problematico		.014
	47,38	8,598	51,36	7,112	

Tabella 38: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle dimensioni del QMA in base alla modalità di utilizzo non problematico, problematico o patologico di Internet (LAT).

6.3.2.6 SPQ e MMPI-A

Dal confronto tra i punteggi nelle scale dell'MMPI-A e la presenza o assenza di rischio per le diverse dipendenze indagate con l'SPQ i risultati statisticamente significativi emersi sono riportati nelle tabelle seguenti (Tab.39-52).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA ALCOL (SPQ)	M	DS	p
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,54	10,327	.002
	A RISCHIO	80,00	3,464	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	50,57	10,414	.000
	A RISCHIO	74,33	2,517	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	54,04	11,954	.013
	A RISCHIO	87,67	7,506	

Tabella 39: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Alcol (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA TABACCO (SPQ)	M	DS	p
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,64	9,795	.014
	A RISCHIO	71,17	12,303	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,78	10,042	.048
	A RISCHIO	70,50	18,534	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	51,43	10,299	.020
	A RISCHIO	69,17	12,937	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	52,13	10,252	.031
	A RISCHIO	73,33	17,489	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,36	10,347	.011
	A RISCHIO	71,33	8,262	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,61	11,273	.019
	A RISCHIO	71,83	13,834	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,94	10,125	.009
	A RISCHIO	67,50	9,460	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	50,43	10,430	.005
	A RISCHIO	66,83	8,727	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	51,03	10,538	.001
	A RISCHIO	67,33	6,501	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	53,29	9,785	.017
	A RISCHIO	75,83	15,741	
Supplementare Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R)	NON A RISCHIO	50,06	10,838	.022
	A RISCHIO	62,33	9,309	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,62	11,556	.000
	A RISCHIO	83,67	8,430	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,89	10,138	.001
	A RISCHIO	73,50	7,204	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,73	10,185	.006
	A RISCHIO	64,00	7,457	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,90	6,797	.048
	A RISCHIO	65,83	13,086	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	51,49	9,023	.026
	A RISCHIO	71,01	15,310	

MMPI Sociopathic Score	NON A RISCHIO	51,99	8,340	.003
	A RISCHIO	71,25	9,207	

Tabella 40: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Tabacco (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA DROGHE RICREATIVE (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,79	10,289	.020
	A RISCHIO	60,27	13,590	
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,50	9,864	.033
	A RISCHIO	58,77	12,520	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,58	9,975	.043
	A RISCHIO	57,68	15,176	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	51,15	10,161	.023
	A RISCHIO	58,41	13,472	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,64	10,091	.005
	A RISCHIO	61,64	14,526	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,36	10,653	.040
	A RISCHIO	56,86	11,349	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,25	11,233	.011
	A RISCHIO	60,59	13,693	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	49,25	9,684	.013
	A RISCHIO	56,73	12,605	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,44	10,051	.001
	A RISCHIO	60,00	10,515	
Contenuto Preoccupazione per la salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,81	10,077	.048
	A RISCHIO	59,59	14,828	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,86	10,333	.002
	A RISCHIO	60,82	14,621	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	50,14	10,256	.020
	A RISCHIO	57,14	12,609	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,20	10,168	.000
	A RISCHIO	61,86	10,171	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,38	10,790	.001
	A RISCHIO	60,00	10,810	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	52,85	9,749	.003
	A RISCHIO	62,77	13,676	
Contenuto Problemi Scolastici (A-sch)	NON A RISCHIO	51,34	8,440	.005
	A RISCHIO	57,50	8,868	

Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	51,22	11,517	.001
	A RISCHIO	64,00	15,520	
Supplementare Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R)	NON A RISCHIO	49,66	10,644	.017
	A RISCHIO	56,50	11,907	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,46	11,701	.012
	A RISCHIO	63,05	16,010	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,09	10,094	.000
	A RISCHIO	64,64	8,335	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,80	9,468	.000
	A RISCHIO	60,09	9,957	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,38	10,268	.004
	A RISCHIO	57,00	9,320	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,74	6,876	.023
	A RISCHIO	56,96	9,781	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	51,18	8,894	.012
	A RISCHIO	59,24	13,476	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,92	8,551	.020
	A RISCHIO	57,81	10,722	

Tabella 41: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Droghe Ricreative (SPQ).

SCALE MMPI-A	GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (SPQ)	M	DS	p
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,27	9,644	.030
	A RISCHIO	57,05	12,272	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,33	9,737	.030
	A RISCHIO	55,71	13,990	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	50,71	9,724	.008
	A RISCHIO	57,13	13,310	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,54	9,921	.012
	A RISCHIO	57,87	14,049	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	50,92	10,677	.007
	A RISCHIO	56,29	10,598	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	51,82	10,896	.005
	A RISCHIO	58,79	13,723	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	48,58	8,982	.001
	A RISCHIO	56,29	12,844	

Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,35	10,089	.007
	A RISCHIO	56,79	10,838	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	52,67	10,773	.003
	A RISCHIO	60,66	15,054	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,61	10,286	.002
	A RISCHIO	57,24	13,665	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	49,65	10,214	.002
	A RISCHIO	56,18	11,394	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,25	10,089	.004
	A RISCHIO	56,76	12,111	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	48,82	9,501	.000
	A RISCHIO	62,24	11,166	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	50,87	10,403	.011
	A RISCHIO	57,47	14,444	
Contenuto Basse Aspirazioni (A-las)	NON A RISCHIO	49,52	8,322	.012
	A RISCHIO	54,13	10,145	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	52,50	9,698	.001
	A RISCHIO	60,00	12,525	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	50,50	10,870	.000
	A RISCHIO	61,55	15,456	
Supplementare Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R)	NON A RISCHIO	48,56	9,842	.000
	A RISCHIO	58,05	12,139	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,00	12,169	.001
	A RISCHIO	60,87	12,497	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	51,76	10,804	.000
	A RISCHIO	60,66	6,347	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,24	9,193	.000
	A RISCHIO	58,45	10,300	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,12	9,874	.013
	A RISCHIO	55,26	11,349	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,69	11,401	.000
	A RISCHIO	44,26	9,004	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,64	6,688	.035
	A RISCHIO	55,17	9,449	

MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	50,92	8,570	.009
	A RISCHIO	56,88	12,864	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,59	8,673	.003
	A RISCHIO	56,67	9,235	

Tabella 42: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base al Gioco d'Azzardo (SPQ).

SCALE MMPI-A	SHOPPING COMPULSIVO (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,98	10,912	.025
	A RISCHIO	58,29	10,204	
Base Depressione (D)	NON A RISCHIO	52,78	11,978	.012
	A RISCHIO	58,42	9,371	
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,54	10,467	.008
	A RISCHIO	57,92	8,377	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,51	10,874	.001
	A RISCHIO	57,54	9,012	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	51,11	10,774	.001
	A RISCHIO	58,13	9,038	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,88	11,232	.000
	A RISCHIO	59,17	7,872	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,31	10,756	.024
	A RISCHIO	56,75	10,493	
Base Introversione Sociale (Si)	NON A RISCHIO	51,13	11,772	.009
	A RISCHIO	57,04	9,406	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,31	11,956	.001
	A RISCHIO	59,50	8,531	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	49,35	10,163	.010
	A RISCHIO	55,38	9,938	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,78	10,609	.008
	A RISCHIO	56,92	8,027	
Contenuto Preoccupazione per la Salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,77	10,813	.006
	A RISCHIO	59,29	9,937	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	53,50	12,396	.005
	A RISCHIO	59,50	8,617	

Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,99	11,315	.000
	A RISCHIO	59,00	8,871	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	50,11	10,648	.004
	A RISCHIO	56,75	9,817	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,66	10,698	.002
	A RISCHIO	57,71	9,662	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,72	11,374	.003
	A RISCHIO	56,83	8,229	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	53,23	10,682	.007
	A RISCHIO	59,29	9,553	
Contenuto Problemi Scolastici (A-sch)	NON A RISCHIO	51,26	8,624	.000
	A RISCHIO	57,54	7,175	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,43	12,482	.001
	A RISCHIO	62,50	10,599	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,92	10,639	.036
	A RISCHIO	57,79	10,121	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	51,05	10,051	.000
	A RISCHIO	57,63	7,051	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,34	10,510	.000
	A RISCHIO	56,79	7,157	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,72	7,434	.001
	A RISCHIO	56,69	5,856	
MMPI Neurotic Score	NON A RISCHIO	52,68	9,076	.034
	A RISCHIO	56,44	7,565	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	51,22	9,874	.000
	A RISCHIO	58,27	7,042	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,92	8,997	.003
	A RISCHIO	57,33	7,582	

Tabella 43: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base allo Shopping Compulsivo (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA ABBUFFATE (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,54	9,702	.004
	A RISCHIO	66,67	15,864	
Base Depressione (D)	NON A RISCHIO	52,51	10,976	.007
	A RISCHIO	65,00	15,260	

Base Isteria (Hy)	NON A RISCHIO	51,65	9,408	.004
	A RISCHIO	60,07	9,407	
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,43	9,876	.005
	A RISCHIO	62,53	11,728	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,60	10,071	.024
	A RISCHIO	60,80	15,456	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	50,99	10,199	.001
	A RISCHIO	63,67	11,210	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,77	10,237	.003
	A RISCHIO	64,80	14,138	
Base Introversione Sociale (Si)	NON A RISCHIO	50,78	10,923	.001
	A RISCHIO	64,73	12,533	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,12	11,283	.000
	A RISCHIO	66,00	10,515	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	49,28	10,101	.000
	A RISCHIO	59,80	7,533	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,24	9,579	.000
	A RISCHIO	66,40	10,301	
Contenuto Preoccupazione per la salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,52	9,604	.007
	A RISCHIO	66,20	16,571	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	53,04	11,306	.000
	A RISCHIO	68,53	12,766	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	50,19	10,269	.022
	A RISCHIO	62,07	17,645	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,55	10,064	.002
	A RISCHIO	63,27	12,612	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	50,78	10,576	.000
	A RISCHIO	68,67	10,349	
Contenuto Disagio Sociale (A-sod)	NON A RISCHIO	53,15	12,296	.003
	A RISCHIO	69,93	18,410	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	53,26	10,063	.026
	A RISCHIO	62,60	14,357	
Contenuto Problemi Scolastici (A-sch)	NON A RISCHIO	51,27	8,062	.003
	A RISCHIO	61,27	10,694	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	51,23	11,628	.000
	A RISCHIO	69,93	12,015	

Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,65	12,339	.001
	A RISCHIO	65,27	10,912	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	53,19	10,911	.026
	A RISCHIO	57,53	6,255	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,95	9,341	.000
	A RISCHIO	62,73	10,793	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,19	10,043	.000
	A RISCHIO	62,33	7,078	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,62	6,802	.002
	A RISCHIO	60,84	9,296	
MMPI Neurotic Score	NON A RISCHIO	52,24	8,062	.002
	A RISCHIO	63,90	12,046	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	51,17	9,034	.002
	A RISCHIO	63,10	12,304	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	52,01	8,570	.023
	A RISCHIO	59,50	11,173	

Tabella 44: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Abbuffate (SPQ).

SCALE MMPI	ALTRUISMO COMPULSIVO SOTTOMESSO (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,61	10,397	.000
	A RISCHIO	65,80	10,115	
Base Depressione (D)	NON A RISCHIO	52,84	11,720	.009
	A RISCHIO	61,13	10,398	
Base Isteria (Hy)	NON A RISCHIO	51,68	9,152	.025
	A RISCHIO	59,80	12,359	
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,69	10,291	.017
	A RISCHIO	59,47	9,403	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,73	10,831	.002
	A RISCHIO	59,20	8,504	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	51,20	10,712	.000
	A RISCHIO	61,27	7,076	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	52,11	11,155	.000
	A RISCHIO	60,80	6,879	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,49	11,017	.002
	A RISCHIO	57,80	6,383	

Base Introversione Sociale (Si)	NON A RISCHIO	51,45	11,853	.019
	A RISCHIO	56,87	7,463	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,31	11,472	.001
	A RISCHIO	63,80	10,805	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	49,39	10,216	.000
	A RISCHIO	58,53	7,367	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,80	10,074	.024
	A RISCHIO	59,87	12,124	
Contenuto Preoccupazione per la salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,65	10,420	.001
	A RISCHIO	64,60	10,689	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	53,62	11,983	.020
	A RISCHIO	61,73	11,744	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	50,16	11,042	.000
	A RISCHIO	62,40	9,847	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,95	11,136	.024
	A RISCHIO	57,80	10,234	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	51,61	11,747	.001
	A RISCHIO	58,93	6,584	
Contenuto Problemi Familiari(A-fam)	NON A RISCHIO	53,56	10,767	.036
	A RISCHIO	59,07	8,876	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	52,24	12,935	.013
	A RISCHIO	58,07	7,411	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	51,51	10,173	.007
	A RISCHIO	56,20	5,388	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,41	10,272	.000
	A RISCHIO	59,80	7,093	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,71	7,269	.000
	A RISCHIO	59,72	4,991	
MMPI Neurotic Score	NON A RISCHIO	52,38	8,642	.000
	A RISCHIO	62,25	7,887	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	51,37	9,789	.000
	A RISCHIO	60,70	5,326	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	52,08	9,056	.000
	A RISCHIO	58,63	5,543	

Tabella 45: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base all'Altruismo Compulsivo Sottomesso (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA RESTRIZIONI ALIMENTARI (SPQ)	M	DS	p
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	51,14	9,920	.046
	A RISCHIO	56,93	14,194	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,90	10,227	.040
	A RISCHIO	58,00	14,468	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,23	10,807	.019
	A RISCHIO	56,39	10,192	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,09	11,505	.003
	A RISCHIO	59,75	11,616	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	49,10	9,729	.006
	A RISCHIO	56,00	11,716	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,53	10,156	.008
	A RISCHIO	57,64	10,744	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	53,30	11,895	.013
	A RISCHIO	59,82	12,217	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	50,25	10,569	.048
	A RISCHIO	56,21	14,678	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	50,07	10,281	.020
	A RISCHIO	56,04	12,155	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	49,98	9,672	.000
	A RISCHIO	60,64	12,647	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,10	10,688	.000
	A RISCHIO	59,57	10,827	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	51,31	11,305	.021
	A RISCHIO	57,25	12,097	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	51,42	11,916	.005
	A RISCHIO	60,11	14,548	
Supplementare Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R)	NON A RISCHIO	49,70	10,774	.034
	A RISCHIO	54,79	11,380	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,53	10,818	.000
	A RISCHIO	59,39	7,593	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,37	11,265	.002
	A RISCHIO	43,79	9,469	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,95	8,744	.031
	A RISCHIO	56,35	9,671	

Tabella 46: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Restrizioni Alimentari.

SCALE MMPI	ALTRUISMO COMPULSIVO DOMINANTE (SPQ)	M	DS	p
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,38	11,299	.010
	A RISCHIO	62,93	13,651	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	49,57	10,020	.043
	A RISCHIO	56,47	11,807	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,78	9,892	.037
	A RISCHIO	60,07	13,745	
Contenuto Rabbia (A-biz)	NON A RISCHIO	50,68	11,080	.026
	A RISCHIO	54,13	4,719	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,68	11,080	.020
	A RISCHIO	54,13	4,719	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	53,14	10,788	.036
	A RISCHIO	58,20	8,108	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	51,43	10,161	.000
	A RISCHIO	57,13	4,658	

Tabella 47: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base all'Altruismo Compulsivo Dominante (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA SESSO (SPQ)	M	DS	p
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	51,02	10,686	.019
	A RISCHIO	55,65	10,805	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	52,22	11,637	.028
	A RISCHIO	56,95	11,843	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,58	10,331	.031
	A RISCHIO	55,65	10,357	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	50,12	10,567	.046
	A RISCHIO	54,08	11,000	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,28	10,702	.001
	A RISCHIO	56,33	9,939	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,09	10,964	.001
	A RISCHIO	56,75	10,602	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	51,39	12,027	.012
	A RISCHIO	57,63	13,952	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,23	12,184	.007
	A RISCHIO	59,60	13,032	

Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	51,79	10,271	.000
	A RISCHIO	60,10	9,655	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	51,09	10,081	.026
	A RISCHIO	54,83	8,970	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,74	11,620	.000
	A RISCHIO	44,38	7,973	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,84	8,959	.022
	A RISCHIO	55,47	8,650	

Tabella 48: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Sesso (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA RELAZIONI DOMINANTI (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,36	9,123	.012
	A RISCHIO	60,32	16,198	
Base Depressione (D)	NON A RISCHIO	52,49	11,196	.023
	A RISCHIO	58,65	13,644	
Base Isteria (Hy)	NON A RISCHIO	51,23	9,078	.002
	A RISCHIO	57,90	10,722	
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	51,70	9,469	.000
	A RISCHIO	61,06	11,361	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,09	9,630	.005
	A RISCHIO	58,16	14,255	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	50,95	9,909	.017
	A RISCHIO	57,35	13,546	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,38	9,717	.003
	A RISCHIO	60,10	14,718	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	50,99	10,727	.004
	A RISCHIO	57,13	10,141	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	51,76	10,894	.001
	A RISCHIO	60,71	13,585	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	48,84	9,535	.001
	A RISCHIO	56,68	11,729	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	50,75	8,958	.000
	A RISCHIO	61,10	13,139	
Contenuto Preoccupazione per la Salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,53	8,976	.043
	A RISCHIO	59,10	16,971	

Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	52,48	10,594	.000
	A RISCHIO	63,45	15,271	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,39	9,551	.001
	A RISCHIO	60,06	15,601	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	49,53	10,285	.000
	A RISCHIO	58,26	10,270	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,64	10,664	.010
	A RISCHIO	56,23	10,484	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	49,89	10,459	.000
	A RISCHIO	59,74	11,405	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	51,08	10,592	.018
	A RISCHIO	57,90	14,659	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	53,11	10,004	.035
	A RISCHIO	58,55	13,079	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	50,81	10,944	.001
	A RISCHIO	62,42	16,305	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	49,55	10,871	.011
	A RISCHIO	55,06	10,554	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,35	10,800	.000
	A RISCHIO	59,65	7,557	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,39	9,197	.000
	A RISCHIO	59,55	10,318	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,14	9,637	.012
	A RISCHIO	56,35	12,406	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,25	11,342	.011
	A RISCHIO	45,06	9,767	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,24	6,299	.001
	A RISCHIO	58,01	9,972	
MMPI Neurotic Score	NON A RISCHIO	52,03	7,778	.004
	A RISCHIO	58,97	12,135	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	50,83	8,445	.004
	A RISCHIO	58,67	13,460	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,34	8,368	.000
	A RISCHIO	59,09	9,450	

Tabella 49: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Relazioni Dominanti (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA CAFFEINA (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,49	9,454	.032
	A RISCHIO	57,63	14,422	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	51,80	10,700	.009
	A RISCHIO	58,05	14,108	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	48,92	9,084	.016
	A RISCHIO	54,21	13,017	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	52,61	11,314	.002
	A RISCHIO	59,93	13,242	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,55	10,293	.003
	A RISCHIO	56,53	13,422	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,52	10,079	.033
	A RISCHIO	55,07	12,504	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	49,37	9,535	.000
	A RISCHIO	58,77	13,372	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	51,05	11,261	.017
	A RISCHIO	56,07	11,971	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	51,00	11,291	.004
	A RISCHIO	58,53	15,343	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,60	9,580	.002
	A RISCHIO	56,26	10,076	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,36	11,427	.021
	A RISCHIO	46,14	10,032	

Tabella 50: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Caffèina (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA SPORT (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,15	8,611	.007
	A RISCHIO	60,82	16,829	
Base Isteria (Hy)	NON A RISCHIO	51,56	9,021	.050
	A RISCHIO	55,94	11,734	

Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	52,27	9,679	.020
	A RISCHIO	57,79	12,331	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	50,19	9,786	.009
	A RISCHIO	57,18	13,878	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	50,72	9,876	.004
	A RISCHIO	58,09	12,972	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	51,20	9,966	.000
	A RISCHIO	60,45	13,170	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	50,57	10,759	.000
	A RISCHIO	58,79	8,554	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	51,44	10,840	.000
	A RISCHIO	61,67	12,732	
Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	48,91	9,624	.003
	A RISCHIO	55,85	11,622	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	51,16	9,480	.003
	A RISCHIO	58,52	12,662	
Contenuto Preoccupazione per la salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,45	8,744	.038
	A RISCHIO	59,06	17,115	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	52,65	10,771	.002
	A RISCHIO	61,94	15,205	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,33	9,916	.000
	A RISCHIO	59,73	14,114	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	49,80	10,689	.001
	A RISCHIO	56,42	9,398	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	50,46	10,733	.002
	A RISCHIO	56,76	9,715	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	49,83	10,318	.000
	A RISCHIO	59,42	11,974	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	50,61	10,457	.001
	A RISCHIO	59,70	13,781	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	53,14	10,087	.042
	A RISCHIO	58,09	12,709	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	51,23	11,699	.004
	A RISCHIO	59,70	14,871	
Supplementare Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R)	NON A RISCHIO	49,44	10,726	.008
	A RISCHIO	55,27	11,080	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,22	12,142	.003
	A RISCHIO	61,03	12,941	

Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,54	10,774	.002
	A RISCHIO	58,30	8,858	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,67	9,733	.000
	A RISCHIO	57,64	9,055	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	50,15	9,844	.011
	A RISCHIO	55,91	11,550	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,84	11,401	.000
	A RISCHIO	42,58	7,387	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,29	6,253	.002
	A RISCHIO	57,40	10,192	
MMPI Neurotic Score	NON A RISCHIO	52,14	7,576	.016
	A RISCHIO	58,00	12,919	
MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	50,73	8,611	.001
	A RISCHIO	58,69	12,495	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,41	8,630	.000
	A RISCHIO	58,28	8,647	

Tabella 51: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Sport (SPQ).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA RELAZIONI SOTTOMESSE (SPQ)	M	DS	p
Base Ipocondria (Hs)	NON A RISCHIO	52,22	10,372	.000
	A RISCHIO	61,30	10,920	
Base Depressione (D)	NON A RISCHIO	52,55	11,629	.014
	A RISCHIO	58,50	11,700	
Base Isteria (Hy)	NON A RISCHIO	51,54	9,785	.004
	A RISCHIO	56,47	7,825	
Base Deviazione Psicopatica (Pd)	NON A RISCHIO	51,61	9,903	.000
	A RISCHIO	61,83	8,457	
Base Paranoia (Pa)	NON A RISCHIO	49,96	10,453	.000
	A RISCHIO	59,10	10,070	
Base Psicastenia (Pt)	NON A RISCHIO	50,25	9,927	.000
	A RISCHIO	61,30	10,713	
Base Schizofrenia (Sc)	NON A RISCHIO	50,83	10,324	.000
	A RISCHIO	63,33	9,241	
Base Ipomania (Ma)	NON A RISCHIO	50,67	10,641	.000
	A RISCHIO	59,07	9,214	
Contenuto Ansia (A-anx)	NON A RISCHIO	51,26	10,890	.000
	A RISCHIO	63,67	11,180	

Contenuto Ossessività (A-obs)	NON A RISCHIO	48,50	9,534	.000
	A RISCHIO	58,77	10,119	
Contenuto Depressione (A-dep)	NON A RISCHIO	50,80	9,603	.000
	A RISCHIO	61,20	10,548	
Contenuto Preoccupazione per la salute (A-hea)	NON A RISCHIO	52,15	10,527	.000
	A RISCHIO	61,33	9,664	
Contenuto Alienazione (A-aln)	NON A RISCHIO	52,76	11,321	.001
	A RISCHIO	62,27	13,362	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	NON A RISCHIO	49,51	10,845	.000
	A RISCHIO	59,80	10,614	
Contenuto Rabbia (A-ang)	NON A RISCHIO	49,75	10,501	.000
	A RISCHIO	57,40	9,888	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	NON A RISCHIO	49,93	10,093	.000
	A RISCHIO	60,23	10,510	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	NON A RISCHIO	50,48	11,252	.002
	A RISCHIO	56,87	9,339	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	NON A RISCHIO	51,01	10,942	.006
	A RISCHIO	58,47	13,043	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	NON A RISCHIO	52,60	10,642	.000
	A RISCHIO	61,47	7,664	
Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	NON A RISCHIO	50,71	11,467	.000
	A RISCHIO	63,37	13,680	
Supplementare Scala MacAndrew di Alcolismo (MAC-R)	NON A RISCHIO	49,75	10,940	.042
	A RISCHIO	54,20	10,617	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	NON A RISCHIO	53,25	12,070	.003
	A RISCHIO	61,63	13,244	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	NON A RISCHIO	52,23	10,402	.000
	A RISCHIO	60,53	9,442	
Supplementare Immaturità (IMM)	NON A RISCHIO	50,85	9,839	.001
	A RISCHIO	57,37	8,822	
Supplementare Ansietà (A)	NON A RISCHIO	49,57	9,707	.000
	A RISCHIO	59,63	9,736	
Supplementare Repressione (R)	NON A RISCHIO	50,12	11,551	.016
	A RISCHIO	45,60	8,613	
MMPI Media Totale	NON A RISCHIO	51,10	7,045	.000
	A RISCHIO	59,00	5,769	
MMPI Neurotic Score	NON A RISCHIO	52,11	8,639	.000
	A RISCHIO	58,76	8,763	

MMPI Psychotic Score	NON A RISCHIO	50,40	9,091	.000
	A RISCHIO	61,25	8,645	
MMPI Sociopatic Score	NON A RISCHIO	51,13	8,590	.000
	A RISCHIO	60,45	6,888	

Tabella 52: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla Dipendenza da Relazioni Sottomesse (SPQ).

6.3.2.7 IAT e MMPI-A

Per quanto riguarda le relazioni tra i punteggi ottenuti nelle scale dell'MMPI-A e la tipologia di utilizzo di internet (non problematico, problematico e patologico), indagata tramite lo IAT le differenze statisticamente significative sono evidenziate nelle tabella successiva (Tab.53).

SCALE MMPI-A	DIPENDENZA DA INTERNET (IAT)		DIPENDENZA DA INTERNET (IAT)		p
	M	DS	M	DS	
Base Ipocondria (Hs)	No		Sì		.000
	51,79	9,076	80,50	9,192	
	No		Utilizzo Problematico		.001
	51,79	9,076	58,13	13,333	
	Sì		Utilizzo Problematico		.009
	80,50	9,192	58,13	13,333	
Base Depressione (D)	No		Sì		.021
	52,87	11,332	75,50	9,192	
	Sì		Utilizzo Problematico		.039
	75,50	9,192	54,40	12,552	
Base Psicastenia (Pt)	No		Sì		.000
	50,22	9,351	85,50	7,778	
	No		Utilizzo Problematico		.003
	50,22	9,351	55,91	11,775	
	Sì		Utilizzo Problematico		.000
	85,50	7,778	55,91	11,775	
Base Schizofrenia (Sc)	No		Sì		.002
	50,59	9,371	76,50	13,435	
	No		Utilizzo Problematico		.000
	50,59	9,371	58,45	12,858	
	Sì		Utilizzo Problematico		.050
	76,50	13,435	58,45	12,858	

Base Introversione Sociale (Si)	No		Sì		.005
	50,73	10,735	76,50	9,192	
	Sì		Utilizzo Problematico		.022
	76,50	9,192	54,28	12,996	
Contenuto Ansia (A-anx)	No		Sì		.000
	51,68	10,440	86,00	8,485	
	No		Utilizzo Problematico		.038
	51,68	10,440	56,43	13,256	
	Sì		Utilizzo Problematico		.001
	86,00	8,485	56,43	13,256	
Contenuto Ossessività (A-obs)	No		Sì		.003
	49,04	9,707	73,00	7,071	
	Sì		Utilizzo Problematico		.014
	73,00	7,071	52,36	10,830	
Contenuto Depressione (A-dep)	No		Utilizzo Problematico		.013
	51,04	9,505	55,96	11,984	
Contenuto Preoccupazione per la Salute (A-hea)	No		Sì		.000
	51,89	8,797	82,00	9,899	
	No		Utilizzo Problematico		.004
	51,89	8,797	57,53	13,836	
	Sì		Utilizzo Problematico		.003
	82,00	9,899	57,53	13,836	
Contenuto Alienazione (A-aln)	No		Utilizzo Problematico		.001
	52,27	10,449	59,60	14,873	
Contenuto Ideazione Bizzarra (A-biz)	No		Utilizzo Problematico		.001
	49,28	10,618	56,00	11,812	
Contenuto Cinismo (A-cyn)	No		Sì		.043
	49,77	9,911	68,00	4,243	
	No		Utilizzo Problematico		.001
	49,77	9,911	56,19	11,723	
Contenuto Problemi di Condotta (A-con)	No		Utilizzo Problematico		.000
	49,61	10,644	57,11	11,245	
Contenuto Bassa Autostima (A-Ise)	No		Sì		.004
	49,98	9,338	75,00	12,728	
	No		Utilizzo Problematico		.000
	49,98	9,338	57,87	14,586	
Contenuto Disagio Sociale (A-sod)	No		Sì		.048
	54,20	12,747	77,50	6,364	
Contenuto Problemi Familiari (A-fam)	No		Utilizzo Problematico		.000
	51,89	9,847	59,85	11,057	
Contenuto Problemi Scolastici (A-sch)	No		Utilizzo Problematico		.000
	50,42	8,214	56,51	8,283	

Contenuto Indicatori di Difficoltà di Trattamento (A-trt)	No		Sì		.011
	50,89	11,733	76,50	4,950	
	No		Utilizzo Problematico		.008
	50,89	11,733	57,13	13,647	
Supplementare Ammissione di Problemi con Alcol o Droga (ACK)	No		Utilizzo Problematico		.000
	52,51	11,823	60,53	13,297	
Supplementare Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga (PRO)	No		Utilizzo Problematico		.007
	52,25	10,310	57,68	10,913	
Supplementare Immaturità (IMM)	No		Sì		.027
	49,46	9,106	66,50	4,950	
	No		Utilizzo Problematico		.000
	49,46	9,106	58,55	9,031	
Supplementare Ansietà (A)	No		Sì		.015
	49,72	9,547	70,00	2,828	
	No		Utilizzo Problematico		.011
	49,72	9,547	54,66	11,370	
Supplementare Repressione (R)	No		Utilizzo Problematico		.000
	50,95	11,540	45,06	9,173	
MMPI Media Totale	No		Sì		.001
	51,22	6,199	70,00	1,555	
	No		Utilizzo Problematico		.006
	51,22	6,199	54,97	9,252	
	Sì		Utilizzo Problematico		.011
	70,00	1,555	54,97	9,252	
MMPI Neurotic Score	No		Sì		.005
	52,2303	8,16089	72,1500	7,28320	
	Sì		Utilizzo Problematico		.023
	72,1500	7,28320	55,1553	10,23047	
MMPI Psychotic Score	No		Sì		.000
	50,4894	8,10875	76,3500	8,98026	
	No		Utilizzo Problematico		.002
	50,4894	8,10875	55,9723	12,13019	
	Sì		Utilizzo Problematico		.008
	76,3500	8,98026	55,9723	12,13019	
MMPI Sociopatic Score	No		Utilizzo Problematico		.038
	51,5599	8,47911	55,2979	9,88557	

Tabella 53: Risultati di punteggi medi e Deviazioni standard nelle scale dell'MMPI-A in base alla modalità di utilizzo non problematico, problematico o patologico di Internet (LAT).

6.3.3 Correlazioni

6.3.3.1 SPQ e QMA

Dall'analisi correlazionale tra le scale dell'SPQ e le dimensioni valutate tramite il QMA una significatività statistica è emersa nelle relazioni esposte nella tabella seguente (Tab.54).

SCALE SPQ	Correlazione Positiva (+) o Negativa (-)	Dimensione QMA correlata	p
Dipendenza da Alcol	-	Attaccamento Spinta Autonomia	.006
		Attaccamento Sostegno Emotivo	.011
		Attaccamento Somma	.016
		Gregarismo	.000
		Introversione	.001
		Capacità Metacognitive	.018
	+	Aggressività	.000
		Alessitimia	.003
		Impulsività	.002
		Sensation Seeking Ricerca Avventura	.000
		Sensation Seeking Disinibizione	.000
		Sensation Seeking Ricerca Esperienza	.000
		Sensation Seeking Suscettibilità alla Noia	.028
		Sensation Seeking Somma	.000
Dipendenza da Tabacco	-	Attaccamento Spinta Autonomia	.000
		Attaccamento Sostegno Emotivo	.016
		Attaccamento Sostegno Pratico	.040
		Attaccamento Somma	.001
		Gregarismo	.000
		Introversione	.001
		Capacità Metacognitive	.001
	+	Aggressività	.000
		Impulsività	.000
		Sensation Seeking Ricerca Avventura	.000
Dipendenza da Droghe Ricreative	-	Sensation Seeking Disinibizione	.000
		Sensation Seeking Ricerca Esperienza	.021
		Sensation Seeking Somma	.000
	+	Attaccamento Spinta Autonomia	.000
		Attaccamento Sostegno Emotivo	.000
	-	Attaccamento Sostegno Pratico	.002
		Attaccamento Somma	.000
	+	Gregarismo	.048
		Capacità Metacognitive	.037
	-	Gregarismo	.048
		Capacità Metacognitive	.037
	+	Aggressività	.000
		Impulsività	.005

		Introversione	.035	
		Sensation Seeking Ricerca Avventura	.000	
		Sensation Seeking Disinibizione	.000	
		Sensation Seeking Ricerca Esperienza	.001	
		Sensation Seeking Somma	.000	
Gioco d'Azzardo Patologico	-	Attaccamento Spinta Autonomia	.000	
		Attaccamento Sostegno Emotivo	.000	
		Attaccamento Sostegno Pratico	.000	
		Attaccamento Somma	.000	
	+	Aggressività	.000	
		Alessitimia	.002	
Sensation Seeking Ricerca Avventura		.000		
Sensation Seeking Disinibizione		.000		
Sensation Seeking Somma		.000		
Shopping Compulsivo	-	Attaccamento Sostegno Emotivo	.030	
		Attaccamento Somma	.036	
		Stabilità Emotiva	.000	
	+	Aggressività	.000	
		Impulsività	.000	
		Sensation seeking Suscettibilità alla Noia	.028	
Dipendenza da Abbuffate	-	Attaccamento Spinta Autonomia	.000	
		Attaccamento Sostegno Emotivo	.000	
		Attaccamento Sostegno Pratico	.025	
		Attaccamento Somma	.000	
		Stabilità Emotiva	.000	
		+	Gregarismo	.000
	Aggressività		.008	
	Alessitimia		.036	
	Introversione		.001	
	Altruismo Compulsivo Sottomesso	-	Stabilità Emotiva	.001
+		Capacità Metacognitive	.003	
Dipendenza da Restrizioni Alimentari		-	Attaccamento Spinta Autonomia	.018
			Attaccamento Sostegno Emotivo	.008
			Attaccamento Somma	.005
			Stabilità Emotiva	.000
	+	Aggressività	.008	
		Impulsività	.037	
		Sensation Seeking Ricerca Esperienza	.001	
		Sensation Seeking Suscettibilità alla Noia	.013	
		Sensation Seeking Somma	.002	
		Altruismo Compulsivo Dominante	-	Attaccamento Spinta Autonomia
Attaccamento Sostegno Emotivo	.050			
Attaccamento Somma	.007			
Stabilità Emotiva	.000			
+	Capacità Metacognitive		.000	
Dipendenza da Sesso	-		Attaccamento Spinta Autonomia	.005
		Attaccamento Sostegno Emotivo	.038	
		Attaccamento Somma	.003	
		Capacità Metacognitive	.001	

	+	Aggressività Impulsività Introversione Sensation Seeking Ricerca Avventura Sensation Seeking Disinibizione Sensation Seeking Ricerca Esperienza Sensation seeking Suscettibilità alla Noia Sensation Seeking Somma	.003 .001 .026 .000 .000 .014 .021 .000
Dipendenza da Relazioni Dominanti	-	Attaccamento Sostegno Emotivo Attaccamento Sostegno Pratico Attaccamento Somma Gregarismo	.033 .004 .002 .000
	+	Aggressività Impulsività Introversione Sensation Seeking Ricerca Avventura Sensation Seeking Disinibizione Sensation Seeking Somma	.000 .040 .006 .000 .012 .001
Dipendenza da Caffaina	-	Attaccamento Spinta Autonomia Attaccamento Sostegno Emotivo Attaccamento Sostegno Pratico Attaccamento Somma Stabilità Emotiva	.000 .023 .003 .000 .036
	+	Aggressività Sensation Seeking Ricerca Avventura Sensation Seeking Disinibizione Sensation Seeking Somma	.000 .002 .001 .001
Dipendenza da Sport	-	Stabilità Emotiva Gregarismo	.001 .012
	+	Aggressività Impulsività Sensation Seeking Ricerca Avventura Sensation Seeking Ricerca Esperienza Sensation Seeking Somma	.006 .006 .006 .020 .010
Dipendenza da Relazioni Sottomesse	-	Attaccamento Spinta Autonomia Attaccamento Sostegno Emotivo Attaccamento Somma Stabilità Emotiva	.014 .011 .003 .000
	+	Aggressività Impulsività Sensation Seeking Ricerca Avventura Sensation Seeking Disinibizione Sensation Seeking Ricerca Esperienza Sensation Seeking Somma	.000 .000 .003 .003 .008 .000

Tabella 54: Correlazioni positive (+) o negative (-) tra le Scale dell'SPQ e le dimensioni del QMA.

6.3.3.2 IAT e QMA

Le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti allo IAT e quelli delle dimensioni del QMA sono riportate nella tabella che segue (Tab.55).

INTERNET ADDICTION TEST	Correlazione Positiva (+) o Negativa (-)	Dimensione QMA correlata	p
	-	Attaccamento Spinta Autonomia Attaccamento Sostegno Emotivo Attaccamento Sostegno Pratico Somma Attaccamento Stabilità Emotiva Desiderabilità Sociale	.000 .000 .001 .000 .002 .017
	+	Aggressività Gregarismo Impulsività Introversione	.011 .003 .000 .000

Tabella 55: Correlazioni positive (+) o negative (-) tra lo IAT e le dimensioni del QMA.

6.3.3.3 SPQ e IAT

Le correlazioni significative tra i punteggi ottenuti allo IAT e quelli delle scale dell'SPQ sono evidenziate nella tabella successiva (Tab.56).

INTERNET ADDICTION TEST	Correlazione Positiva (+) o Negativa (-)	SCALE SPQ	p
	+	Dipendenza da Droghe Ricreative Gioco d'Azzardo Patologico Shopping Compulsivo Dipendenza da Abbuffate Dipendenza da Restrizioni Alimentari Altruismo Compulsivo Dominante Dipendenza da Sesso Dipendenza da Caffaina Dipendenza da Sport Dipendenza da Relazioni Sottomesse	.002 .004 .000 .000 .006 .001 .000 .000 .000 .000

Tabella 56: Correlazioni positive (+) o negative (-) tra le Scale dell'SPQ e lo IAT.

SCALE SPQ	Correlazione Positiva (+) o Negativa (-)	SCALE SPQ CORRELATE	p
Dipendenza da Sport	+	Dipendenza da Restrizioni Alimentari Dipendenza da Abbuffate	.000 .000

Tabella 57: Correlazioni tra Sport, Restrizioni Alimentari e Abbuffate all'SPQ.

6.4 Discussione

Nella nostra ricerca è stato riscontrato che la prevalenza di alcune dipendenze è in linea con i risultati di studi precedenti, anche in considerazione dei dati ancora scarsi e non uniformi presenti in letteratura. In particolare le percentuali di significativa problematicità ottenute nella Dipendenza da Caffaina, nell'Altruismo Dominante, nelle Relazioni di tipo Dominante e nello Shopping Compulsivo sono sovrapponibili a quelle emerse in altre ricerche (Pallanti et al., 2006), mentre nel nostro campione risultano maggiori le prevalenze del Gioco d'Azzardo Patologico, della Dipendenza da Sport e inferiori quelle nella Dipendenza da Abbuffate, da Restrizioni Alimentari e da Relazioni di tipo Sottomesso (Pallanti et al., 2006; Caillon, 2012); tali differenze potrebbero ricondursi a differenze socio-culturali e di età tra i campioni esaminati nei precedenti studi e quello dello studio da noi condotto.

Per quel che riguarda le stime di incidenza dell'IAD nella popolazione adolescenziale, verificate in altri studi, esse variano a seconda della metodologia di rilevazione adottata (on-line o off-line) e degli strumenti impiegati. Nonostante, infatti, le rilevazioni effettuate on-line siano le più numerose, poichè permettono di raccogliere grandi quantità di dati in un periodo di tempo relativamente breve, presentano il limite di selezionare soggetti che utilizzano Internet con frequenza maggiore e quindi forniscono percentuali di problematicità piuttosto alte

(Greenfield, 1999; Wang et al., 2003).

Le rilevazioni off-line, invece, sono poco numerose e riportano una stima di diffusione spesso molto bassa (Aboujaoude et al., 2006).

I dati risultanti dal nostro studio effettuato offline (i ragazzi che presentano un uso patologico della rete sono l'1,6% degli intervistati e il 24,6% mostra, invece, una problematicità, contro il 73,8% che presenta un rapporto "normale") non sono in accordo con quest'ultimo studio che riporta una stima di diffusione di questo disturbo dall'0,3% allo 0,7%. Tuttavia queste differenze possono essere riconducibili alla diversa tipologia di soggetti, poiché mentre il nostro campione in esame è rappresentato da adolescenti, Aboujaoude e i suoi collaboratori (2006) hanno intervistato per lo più adulti. I dati emersi sono invece in linea con le recenti ricerche condotte in ambito scolastico sul comportamento degli adolescenti (Pallanti, 2006; Vilella, 2011), fruitori delle nuove tecnologie nella vita quotidiana in misura sempre più trasversale. Un fenomeno evidenziato in alcune ricerche europee evidenzia il crescere di una *bedroom culture* e negli ultimi anni, in particolare, di una *technified bedroom* (Buckingham et al., 1999; Pasquier et al., 2006; Sabbadini, 2006). Si sta verificando, infatti, uno spostamento del luogo del tempo libero degli adolescenti da spazi pubblici o familiari (ad esempio il soggiorno di casa) a spazi privati come la camera da letto che, da spazio un tempo utilizzato esclusivamente per dormire o al massimo per giocare, studiare o ascoltare musica, si trasforma in un ambiente altamente tecnologico (presenza di televisore, radio, lettore cd, computer, consolle per videogiochi, ecc.) al tempo stesso rifugio e porta d'accesso sul mondo intero (Livingstone, 1998; Vegetti Finzi, Battistin, 2000).

Riguardo la differenza di genere, emerge che i maschi mostrano più dipendenze da Alcol, da Tabacco, da Droghe Ricreative, da Gioco d'Azzardo Patologico, da Relazioni Dominanti e da Relazioni Sottomesse, da Caffaina, da Sport e sessuali, dati in accordo con la letteratura (Bonino, 2003; Capitanucci et al., 2010), mentre non sono risultate differenze statisticamente significative per quel che riguarda le dipendenze relazionali, nelle aree del comportamento alimentare e nello

shopping, risultati che si discostano da precedenti studi nei quali risulterebbe una certa prevalenza nel sesso femminile. Va precisato tuttavia che i punteggi medi ottenuti nel sesso maschile per le diverse scale non superano comunque i range di normalità. Rispetto alle coetanee poi i ragazzi presentano anche punteggi medi superiori allo IAT, risultati che confermano la letteratura antecedente, che vedono le ragazze ancora più interessate, per esempio, alla lettura o ad attività da svolgere all'esterno e comunque meno alla tecnologia, sebbene le differenze in base al genere si stiano progressivamente riducendo (Sabaddini, 2006). Recenti studi hanno mostrato l'esistenza di due differenti modalità d'uso dei nuovi media: i maschi sarebbero più attratti da videogiochi e computer, le femmine, invece, sarebbero più centrate sull'utilizzo del telefono cellulare (D'Amato, 2006). Il nostro studio potrebbe pertanto non evidenziare problematicità nel campo delle tecnologie nel sesso femminile, in quanto i questionari somministrati non permettono di indagare anche tale ambito mediatico.

Considerando il rendimento scolastico viene messo in luce che i soggetti il cui profitto è insufficiente presentano punteggi maggiori oltre che nelle Dipendenze da sostanza (alcol, tabacco, droghe, caffeina) anche nel gioco d'azzardo, con medie superiori al cut-off considerato patologico, così come emerge nei punteggi dello IAT, in chi mostra un rendimento giudicato come sufficiente rispetto a chi dà un'autovalutazione di buono. Inoltre in chi presenta problematiche nelle medesime aree di dipendenza risulta inoltre un peggioramento del rendimento rispetto al precedente anno scolastico, risultato in accordo con un precedente lavoro di ricerca condotto online (Young, 1996). Nonostante quindi questi dati non permettano di definire se sia la dipendenza a determinare una compromissione del funzionamento a scuola o se i comportamenti additivi si sviluppino come reazione a delusioni scolastiche, ci permettono di confermare le nostre impressioni cliniche che mostrano come si verifichi, più frequentemente, la prima ipotesi. Anzi, nella nostra esperienza di trattamento di adolescenti internet addicted, svolto presso l'Ambulatorio per le Nuove Dipendenze dell'A.S.O. San Giovanni Battista di Torino, abbiamo potuto verificare che, nella

maggioranza dei casi, si tratta di ragazzi in precedenza molto diligenti e con ottimi rendimenti scolastici i quali, in concomitanza con il progressivo instaurarsi della dipendenza, perdono ogni interesse nello studio e nelle attività scolastiche connesse, con drammatici cali delle loro votazioni.

Indagando poi se fossero presenti eventuali differenze in base all'indirizzo scolastico, i risultati emersi indicano che gli studenti dell'istituto tecnico mostrano una maggiore prevalenza nella dipendenza da tabacco, da droghe, da gioco d'azzardo, da sesso e da caffeina e un utilizzo di internet maggiormente problematico, mentre chi frequenta l'istituto professionale presenta valori maggiori nelle dipendenze relazionali e infine il liceo artistico mostra problematicità nelle dipendenze alimentari. Gli studenti del liceo classico paiono invece meno tendenti a comportamenti additivi. Questo dato potrebbe essere correlato al fatto che i ragazzi che scelgono un indirizzo di studi tecnico hanno di base un maggiore interesse per l'informatica e una maggiore familiarità nei confronti delle nuove tecnologie, oltre ad utilizzare il computer maggiormente nelle attività scolastiche rispetto ai coetanei che frequentano il Liceo Classico.

Per una più chiara comprensione di questi risultati abbiamo ritenuto importante andare a verificare se e quali differenze significative emergessero indagando le dimensioni di personalità, cognitive e motivazionali tramite il QMA. Gli studenti del liceo classico presenterebbero punteggi più elevati alle domande sulle problematiche di attaccamento rispetto ai ragazzi dell'istituto professionale e dell'istituto tecnico, i quali sembrerebbero possedere minori capacità autoanalisi e di controllo delle conseguenze delle proprie azioni, pur percependosi al tempo stesso come poco ansiosi, poco impulsivi e poco emotivi. Tali dati, confrontati con il rilievo di maggiori comportamenti a rischio di dipendenza in quest'ultimo gruppo di ragazzi, potrebbero confermare l'incosapevolezza e lo scarso insight che riscontriamo spesso negli adolescenti con problematiche di dipendenze comportamentali che non solo tendono a sottovalutare i segnali di condotte a rischio di dipendenza, ma negano, anche quando già evidenti, l'esistenza di situazioni di problematicità anche gravi.

La gestione del tempo libero non pare influire sul rischio di dipendenze patologiche, facendo ipotizzare che spesso anche un coinvolgimento in attività extrascolastiche non sarebbe sufficiente come proteggere dal rischio di sviluppare comportamenti problematici.

Per quel che riguarda invece coloro che hanno la percezione di un vissuto infantile discreto o infelice essi presenterebbero una maggiore tendenza, oltre che verso le dipendenze da tabacco e droghe, anche nella dipendenza da abbuffate e da relazioni di tipo sottomesso e ciò appare in linea con l'interpretazione psicodinamica secondo cui i comportamenti additivi potrebbero rappresentare un tentativo disfunzionale di contrastare l'emergere incontrollato di vissuti traumatici infantili.

Sempre indagando il contesto familiare, chi riferisce di avere un buon rapporto con i genitori, rispetto a chi riporta difficoltà relazionali, mostra punteggi medi superiori nell'Altruismo Dominante e nello Sport, ma poichè tali valori non superano il cut-off considerato per la patologia, questo risultato potrebbe indicare che chi vive in un contesto familiare accogliente tende a dedicarsi maggiormente nell'aiuto del prossimo o ad applicarsi in pratiche sportive, senza tuttavia configurarsi in una condizione di dipendenza.

Per quanto riguarda la dipendenza da internet non sono emerse significative differenze in base alla qualità del rapporto con i genitori e in base al vissuto infantile e, in contrasto con i risultati attesi, punteggi maggiori allo IAT si sono individuati nei ragazzi con genitori coniugati rispetto a genitori separati o divorziati. Questi dati appaiono in contrasto con alcuni studi effettuati in adolescenti con dipendenze da droghe o da alcol che hanno mostrato, come il divorzio abbia una persistente influenza sui comportamenti a rischio (Fergusson et al., 1994; Tomcikova et al., 2009). Si ipotizza che ciò possa essere spiegato alla luce di un loro tentativo di compensazione alle sofferenze, che ritengono di aver fatto subire al figlio per la divisione del nucleo familiare, che li porta ad impegnarsi il più possibile nel trascorrere il loro tempo libero con i figli, coinvolgendoli in attività alternative all'utilizzo delle nuove tecnologie e

sottraendoli, quindi, da un'eccessiva permanenza di fronte al terminale.

Dall'elaborazione dei dati è emerso inoltre che il 15% del campione presenta rischio per una dipendenza, il 7,29% per due e ben il 26% per tre o più dipendenze; questa evidenza risulta in accordo con i dati di letteratura che mostrano come il 25% dei soggetti con una dipendenza ne manifesta, contemporaneamente, almeno un'altra, sottolineando una sempre più consistente esistenza del fenomeno di polidipendenza (Griffiths, 2011). Studi presenti in letteratura hanno mostrato che sia nelle dipendenze relazionali, sessuali, nel GAP e nello Shopping Compulsivo si riscontrino frequentemente altre dipendenze soprattutto da sostanze (Whitfield, 1997; Pasternak e Fleming, 1999; Petrucelli et al., 2004).

In particolare si è riscontrata una stretta correlazione positiva tra la Dipendenza da Sport ed entrambe le Dipendenze Alimentari, come evidenziato anche dalla letteratura precedente (Di Maria, 2006; Monaco, 2007).

Per un'ulteriore conferma si è deciso inoltre di confrontare i soggetti a rischio e i soggetti non a rischio per ciascuna delle scale dell'SPQ, con i risultati emersi allo IAT e, viceversa, i soggetti con un'utilizzo normale, problematico o patologico, con i punteggi nelle varie scale indagate dall'SPQ; i dati ricavati hanno confermato punteggi maggiori allo IAT nei soggetti con significativi problemi nelle scale delle droghe ricreative, del gioco d'azzardo, dello shopping, delle abbuffate, delle restrizioni alimentari, del sesso, della caffeina, delle relazioni, sia di tipo sottomesso che dominante, e dello sport. Inoltre i soggetti che presentano una modalità di utilizzo della rete problematica mostrano, rispetto a chi di internet ha un uso adeguato, maggiori dipendenze da droghe, da gioco d'azzardo, da shopping, da abbuffate, da sesso, da sport e da relazioni di tipo sottomesso. Per quanto riguarda l'area dello shopping una differenza significativa emerge anche tra chi ha un uso normale di internet e chi ha sviluppato una condizione di addiction; questi ultimi presentano punteggi all'SPQ superiori al cut-off considerato indicativo di un comportamento patologico. Da queste relazioni nascono molteplici riflessioni. Innanzitutto confermerebbero il riscontro

clinico di problematiche alimentari nei soggetti che trascorrono molte ore al computer. Non è infrequente trattare adolescenti che trascurano una corretta igiene alimentare con una dieta sgregolata e squilibrata in quanto a qualità, quantità e orari; alcuni mostrano un incremento ponderale, talora fino all'obesità, a causa di una prolungata occupazione della giornata davanti al terminale con conseguente maggiore sedentarietà e riduzione del tempo dedicato all'attività fisica; oppure all'opposto altri mostrano un altrettanto grave e rapido calo del peso corporeo, per l'abitudine a trattenersi troppo a lungo al computer, riducendo i tempi dedicati ai pasti, fino, nei casi più gravi di internet addiction, a saltarli totalmente anche per giorni. Inoltre questi dati si potrebbero spiegare anche alla luce dei meccanismi psicodinamici alla base delle dipendenze, che sottolineano come nei soggetti dipendenti diviene imperativo trovare una strategia per affrontare un dolore non avvertito e che può assumere la modalità di un costante evitamento, dell'analgesia emotiva, dello stordimento. Si confermerebbe, quindi, l'esistenza di elementi in comune tra le dipendenze da sostanze e quelle comportamentali, dove in entrambi i casi, e qualsiasi sia la forma di espressione di ricerca del piacere verso cui si orienti, l'individuo reitera la dipendenza perché soluzione fondamentale nella vita psichica per dissipare il più rapidamente possibile sentimenti depressivi, di rabbia, di colpa e di ansia (Peele, 1975; Root, 1989; Pani e Biolcati, 2006; Bifulco, Moran, 2007;).

Le relazioni con il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, le dipendenze relazionali e la dipendenza da sesso, invece evidenziano come un utilizzo problematico della rete potrebbe predisporre allo sviluppo di dipendenze anche in queste aree comportamentali. Infatti internet rende ormai facilmente accessibili attività che prima necessitavano di spazi ideonei, come il gioco d'azzardo e lo shopping, con tempi e modi certamente meno accessibili. Attraverso la rete è infatti possibile accedere, anche da casa, a casinò virtuali, a siti per scommettitori, a negozi on-line, abbreviando enormemente i tempi per la gratificazione dei bisogni (Black et al., 1999).

Inoltre già la Young, all'interno dell'internet addiction, distingueva diverse

categorie problematiche tra cui appunto il Compulsive online Gambling, il Cybersexual Addiction e il Cyber Relationship Addiction (Young, 1998).

Le precedenti riflessioni sono ulteriormente rafforzate dalle correlazioni effettuate tra IAT ed SPQ, che confermano la teoria del “polyaddicted”; correlazioni positive sono state riscontrate infatti tra Internet Addiction e Dipendenza da Droghe Ricreative, Gioco d’Azzardo Patologico, Shopping Compulsivo, Abbuffate, Restrizioni Alimentari, Sesso, Caffaina, Sport, Altruismo Compulsivo Dominante e Relazioni Sottomesse.

Nell’analisi dei punteggi nelle diverse dimensioni del QMA, che valuta caratteristiche cognitive, motivazionali e di personalità negli adolescenti, sono emerse numerose differenze significative tra individui a rischio e individui non problematici.

Per quel che riguarda la dimensione dell’*Attaccamento*, ulteriormente suddivisa in *Spinta all’Autonomia*, *Sostegno Emotivo* e *Sostegno Pratico*, punteggi medi significativamente più bassi sono stati riscontrati in almeno una di queste sottodimensioni, in soggetti con problematicità nell’area del gioco d’azzardo (minor spinta all’autonomia, sostegno emotivo e sostegno pratico), delle restrizioni alimentari e delle abbuffate (punteggio inferiore in tutte e tre le sottodimensioni), del sesso e dello sport (in entrambe minor spinta all’autonomia) e delle relazioni, soprattutto quelle dominanti (spinta all’autonomia, sostegno emotivo e sostegno pratico significativamente inferiori). Anche nei soggetti con Utilizzo Problematico della rete punteggi medi minori si sono riscontrati nella dimensione dell’Attaccamento (minor spinta all’autonomia). Questi dati, insieme a quelli relativi al vissuto infantile, sembrerebbero avvalorare la teoria dell’attaccamento (Ainsworth, 1968; Coan, 2008) e lo schema dei MOI (Modelli Operativi Interni), secondo cui un attaccamento insicuro ed esperienze di accudimento negative e trascuranti impedirebbero al bambino di elaborare strategie adeguate per l’autoregolazione degli stati affettivi e di sviluppare la capacità di rappresentare stati mentali propri ed altrui. Questo porterebbe, in adolescenza e in età adulta, all’insorgenza di quadri psicopatologici caratterizzati

da una dimensione interiore di vuoto affettivo, fragile autostima ed estrema sensibilità al giudizio altrui, che spingono l'individuo alla ricerca di un "oggetto-droga" (sostanza o comportamento) in grado di allontanare, seppur temporaneamente, il dolore psichico e le angosce di frammentazione (Caretti, Craparo, 2005).

Anche i livelli di *Stabilità Emotiva*, risorsa individuale che rende il soggetto in grado di controllare le proprie emozioni, differiscono significativamente tra individui problematici e non problematici per alcune dipendenze. Nello shopping compulsivo, nella dipendenza da abbuffate, da sport e da relazioni sottomesse, nell'altruismo compulsivo, sia dominante che sottomesso, i punteggi relativi alla stabilità emotiva sono infatti significativamente inferiori nei soggetti "a rischio"; ciò farebbe ipotizzare nei giovani a rischio di comportamenti di addiction una fragilità emotiva, una difficoltà di controllo del tono dell'umore e dell'affettività e l'incapacità di gestire le proprie emozioni dando origine a comportamenti impulsivo-compulsivo nei confronti del cibo, dello sport, nello shopping o a relazioni disfunzionali. Nella nostra ricerca non è stata riscontrata una Stabilità Emotiva significativamente inferiore nei soggetti a rischio per le dipendenze sessuali, come invece è stato descritto in studi precedenti (Reid, 2008).

Perciò la presenza di un Attaccamento Sicuro, che comprende un buon sostegno emotivo e pratico e una spinta positiva all'autonomia da parte del nucleo familiare e di una Stabilità Emotiva, intesa come capacità del soggetto di regolare i propri vissuti emotivi, dai risultati della presente ricerca, possono essere considerati fattori protettivi nei confronti dell'insorgenza di dipendenze patologiche.

Nella dimensione *Alessitimia* elevazioni nei punteggi medi si riscontrano nei soggetti a rischio per il Gioco d'Azzardo Patologico, per la Dipendenza da Sesso e da relazioni Dominanti ed evidenzia in questi soggetti una tendenza ad una vita emotiva povera, caratterizzata più dall'agire, a scapito delle elaborazioni mentali, risultati confermati da studi di letteratura ed esprimono il paradosso dell'epoca moderna che vede crescere una civiltà di tecnologici comunicatori che però non sanno più comunicare affettivamente (Parker, 2005). Anche il sottogruppo degli

Utilizzatori Problematici della Rete ha ottenuto punteggi più elevati nella dimensione alessitimica e questi risultati potrebbero evidenziare il crescere di un'affettività tecnomediata, che si può osservare sempre più frequentemente negli adolescenti, i quali hanno difficoltà a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni o che utilizzano un linguaggio emozionale e ipersentimentale che però non veicola alcun sentimento autentico (atimolessia).

La *Sensation Seeking* è risultata essere significativamente più alta nei soggetti con problematilità nelle aree del Gioco d'Azzardo e nella Dipendenza da Relazioni Sottomesse (nelle sottodimensioni *Disinibizione e Ricerca di Avventura*), da Relazioni Dominanti (*Ricerca di Avventura*), nella Dipendenza da Sesso (per la sottodimensione *Disinibizione, Ricerca di Avventura e Suscettibilità alla Noia*) nei problematici nello Sport (nella *Ricerca di avventura e di Esperienze*). Questi risultati assumono rilevanza in considerazione del riscontro negli adolescenti di oggi di livelli medi di sensation seeking e novelty seeking maggiori con un continuo bisogno di sperimentare sensazioni forti ed emozioni estreme e di compiere esperienze sempre nuove e diverse per mantenere un livello ottimale di attivazione. I maggiori "risk takers" sarebbero proprio questi giovani che cercano di soffocare noia e senso di vuoto, attraverso l'eccesso e lo stordimento generato da comportamenti sessuali a rischio o trasgressivi o attraverso esperienze relazionali ad elevato impatto emozionale. La sala giochi ad esempio potrebbe rappresentare un luogo dove i ragazzi, trascorrendo il tempo in modo poco impegnativo dal punto di vista relazionale, trovano anche un'opportunità per ottenere conferme alla propria identità, integrandosi con un modello attraente ritenuto vincente. Allo stesso modo la nostra ricerca evidenzia anche come, in chi utilizza internet in maniera maladattativa, si riscontrano livelli più alti nella sensation seeking; la forte attrazione che il mondo di internet eserciterebbe su questi soggetti sarebbe quindi l'offerta di una libertà diversa da quella sperimentata o sperimentabile altrove e una facilitazione dei contatti a livello globale. I soggetti a rischio di dipendenza da Sesso e coloro che giocano d'azzardo invece, oltre a ricercare avventura, sembrano essere particolarmente

disinibiti e scarsamente tolleranti alla noia e alle frustrazioni, ricercando stimoli sempre nuovi che rompano la ripetitività e la monotonia delle attività quotidiane o assumendo comportamenti precocemente adulti che possono però comportare rischi di tipo psicologico ed evolutivo, come ad esempio rapporti sessuali precoci. Un'*Impulsività* significativamente più elevata è stata riscontrata nei soggetti con problemi relativi allo Shopping Compulsivo e allo Sport rispetto ai non problematici per questa dipendenza. Questa associazione potrebbe confermare l'evidenza di comorbidità tra Compulsive Buying Disorder e Disturbi del Controllo degli Impulsi, Cleptomania, Disturbo Ossessivo Compulsivo, oltre alla forte comorbidità in Asse II con il Disturbo Borderline di Personalità. Un elevato livello di impulsività nell'adolescente potrebbe rappresentare un fattore predittivo oltre che per l'insorgenza di dipendenze patologiche (comportamentali o da sostanze), anche per lo sviluppo in età adulta di un Disturbo Borderline di Personalità, più o meno associabile.

Punteggi medi significativamente più elevati nella dimensioni dell'*Aggressività* sono stati riscontrati inoltre nei soggetti con problematicità nel gioco d'azzardo, nell'area dello Shopping, dello sport, del sesso, delle restrizioni alimentari e delle relazioni sia sottomesse che dominanti; questo dato è molto interessante ed è confermato dalla letteratura (Ko, 2008): l'utilizzo di giochi on-line, chat, gioco d'azzardo on-line è associato a comportamenti aggressivi, che si traducono in reazioni violente a condizioni stressogene.

Per quanto riguarda le correlazioni, viene confermata l'ipotesi di "fattori di rischio" e "fattori protettivi": in tutte le condotte additive considerate, è stata evidenziata, a livelli statisticamente significativi, la correlazione positiva con almeno una sottodimensione della Sensation Seeking (tranne che nell'Altruismo compulsivo Dominante e nell'Altruismo Compulsivo Sottomesso) e la correlazione negativa con almeno una sottodimensione dell'Attaccamento.

L'aggressività è correlata positivamente con l'utilizzo problematico di Internet, con la dipendenza da Alcol, Tabacco, Droghe Ricreative, Gioco d'Azzardo Patologico, Shopping Compulsivo, Relazioni sia Dominanti sia Sottomesse, da

Abbuffate e Caffaina, l'alessitimia correla positivamente con l'Internet Addiction e il Gioco d'Azzardo Patologico, come già è stato sottolineato in precedenza, ma anche con la dipendenza da Alcol e la Dipendenza da Abbuffate.

Altri aspetti, indagati attraverso il QMA, sono emersi nelle correlazioni. Per quel che riguarda la dimensione *Introversione* è stata rilevata una correlazione positiva non solo con i punteggi nella dipendenza da sostanze (Alcol, Droghe ricreative e tabacco), ma anche con i punteggi allo IAT. Questo dato risulta interessante perché potrebbe far ipotizzare che, in un eccessivo utilizzo di internet, l'adolescente cerchi uno strumento che funga da facilitatore delle relazioni, proprio come in quei giovani che ricorrono all'alcol o ad altre droghe come sostegno e mezzo per diminuire le inibizioni e superare la timidezza, per apparire più piacevoli o per rendere più agevole una conversazione.

Tuttavia mentre la dimensione del *Gregarismo* correlando positivamente con l'Utilizzo Problematico di Internet, conferma l'ipotesi sopraesposta, nelle Dipendenza da Alcol, da Droghe Ricreative, da Tabacco l'analisi correlazionale è negativa. Questi risultati potrebbero far pensare che i soggetti che utilizzano più intensamente la rete ricercano in essa delle potenzialità relazionali per stringere, ad esempio, una nuova amicizia o per contribuire ad una maggiore coesione di un'amicizia preesistente. L'uso di internet potrebbe allora assumere un valore positivo, in quanto permetterebbe a soggetti con difficoltà relazionali di sperimentare, in un contesto "protetto", le proprie abilità sociali. A questo riguardo un precedente studio ha rilevato come un uso frequente di internet, condiviso all'interno del gruppo dei pari, non abbia implicato un impoverimento nelle relazioni o un isolamento sociale. (Prezza et al., 2004). Tuttavia in questo caso la spiegazione risiederebbe nel significato dell'amicizia offline basata su interessi comuni, in questo caso anche l'utilizzo di internet, che quindi rappresenterebbe un'attività condivisa che rinsalda le amicizie del mondo reale. Relativamente alle funzioni comunicative di internet, comunque, gli studi di letteratura mostrano opinioni discordanti, in quanto il rischio di chi fa un uso smodato di internet è invece la costruzione di relazioni virtuali che divengono più

importanti di quelle reali, conducendo ad un ritiro dell'adolescente in un mondo parallelo, popolato da persone idealizzate (Guerreschi, 2005).

Infine la dimensione gregarismo correla positivamente con la dipendenza da abbuffate e negativamente con la dipendenza da Relazioni Dominanti e da Sport. Nel primo caso ciò indicherebbe la tendenza alla convivialità che si riscontra nei soggetti con condotte alimentari impulsive, mentre negli altri due casi l'analisi correlazionale potrebbe descrivere una modalità dominante di impostazione delle relazioni e nella pratica sportiva non finalizzata all'ottenimento di un consenso da parte del gruppo dei pari, ma piuttosto orientata all'imposizione sugli altri, alla competitività o al desiderio di visibilità e superiorità.

Lavorando sui soggetti che si situano nelle "code" dei punteggi nelle diverse dipendenze (alti: adolescenti a rischio; bassi: adolescenti non a rischio) si è cercato, attraverso i risultati emersi all'MMPI- A, di delineare i profili di personalità degli addicted, in base alle differenze significative emerse.

Dal confronto tra i soggetti non addicted e quelli a rischio di dipendenze, nelle diverse aree indagate dall'SPQ, relativamente ai punteggi medi ottenuti nell'MMPI-A, in tutte si è potuto constatare differenze significative nelle variabili **Pd** (Deviazione Psicopatica), **Pa** (Paranoia), **Pt** (Psicastenia) e **Sc** (Schizofrenia), oltre che nelle scale di contenuto **A-anx** (Ansia), **A-dep** (Depressione), **A-ang** (Rabbia) e **A-cyn** (Cinismo) le quali presentano elevazioni di grado moderato. Tali risultati indicherebbero adolescenti in cui manca la capacità di interrogarsi sulle conseguenze delle proprie azioni e che mostrano una tendenza all'impulsività, alla ribellione e allo scarso controllo della rabbia, ansiosi, impazienti, insicuri, sospettosi, da un lato cauti nelle relazioni o poco interessati alle persone e, allo stesso tempo, ipersensibili ai torti subiti. Queste caratteristiche permetterebbero di delineare un profilo di personalità comune in tutti i soggetti a rischio di sviluppare dipendenze sia da sostanza che comportamentali così come ipotizzato in alcuni studi che sostengono l'esistenza di una personalità definita "dipendente" (Carcione e Conti, 2003; Maffei et al., 2005). Dal nostro studio emergerebbero ulteriori caratteristiche comuni, confermate da punteggi medi

maggiori, in chi è a rischio di comportamenti di dipendenza, nella scala di contenuto **A-trt** (Indicatori di difficoltà di Trattamento) e nelle scale supplementari **MAC-R** (Scala MacAndrew di Alcolismo), **ACK** (Ammissione di Problemi con Alcol o Droga) e **PRO** (Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga). Risulterebbe un profilo di personalità di soggetti che con maggiore certezza presentano problematiche con alcol e droghe, che hanno un discreto grado di riconoscimento di avere tali problematiche, ma che amano correre rischi e che subiscono influenze negative del gruppo di coetanei e che hanno atteggiamenti negativi nei confronti delle figure sanitarie. Quest'ultima considerazione è indicativa della difficoltà di approccio e trattamento degli adolescenti con questo tipo di dipendenze, i quali appaiono restii nei confronti dei medici o professionisti nel campo della salute mentale, mostrando difficoltà a chiedere aiuto e parlare dei propri problemi nella convinzione di non essere compresi dal mondo degli adulti percepito così distante da sé.

È interessante inoltre sottolineare come un altro elemento sia condiviso nella maggioranza delle dipendenze (ad eccezione della dipendenza da abbuffate e da caffeina): il riscontro di elevazioni moderate (55-65) dei punteggi medi nella scala **Ma** (Ipomania), che indicherebbe una personalità caratterizzata da iperattività cognitiva e comportamentale, irrequietezza, scarsa tolleranza alla noia e ricerca dell'eccitazione. Il riscontro di questo dato assume maggiore rilevanza se inserito nel contesto di un recente filone di ricerca che ha osservato il possibile ruolo di una bipolarità nella patogenesi delle dipendenze da sostanze. In particolare è emerso come le dipendenze da sostanze, insieme a disturbi d'ansia, dell'umore, alimentari e del controllo degli impulsi, pur differendo clinicamente l'uno dall'altro, potrebbero avere in comune un sottostante tratto temperamentale ciclotimico. La nostra ricerca confermerebbe quindi come, non solo nelle dipendenze da sostanze, ma anche in quelle comportamentali siano sottesi elementi che apparterrebbero allo spettro bipolare (Rovai et al., 2011).

Per quanto riguarda il Gioco d'Azzardo Patologico gli adolescenti del nostro campione presentano caratteristiche di personalità sovrapponibili a quelle

riscontrate nella dipendenza da droghe ricreative e da tabacco e cioè mostrano punteggi medi maggiori nelle variabili **Hs** (Ipocondria) e nelle scale di contenuto **A-dep** (Depressione), **A-biz** (Ideazione Bizzarra) e nella supplementare **IMM** (Immaturità). Emergono inoltre elevazioni moderate a livello di **A-Aln** (Alienazione), **A-ise** (Bassa Autostima), **A-las** (Basse Aspirazioni) e punteggi più bassi in **R** (Repressione). Questi risultati confermano la presenza, anche negli adolescenti, di caratteristiche peculiari, quali egocentrismo ed egoismo, debolezza e immaturità dell'Io, insicurezza e mancanza di fiducia generalizzata, inadeguata o illusoria progettualità, disinibizione ed eccitabilità con scarsi tentativi di evitare situazioni spiacevoli e vissuti di rabbia ed aggressività, aspetti già evidenziati, in precedenti studi, in campioni di giocatori d'azzardo patologici adulti (Croce e Zerbetto, 2001). Il gioco sembra quindi essere una modalità di reazione a questi sentimenti, divenendo un mezzo per accrescere la propria autostima, per migliorare l'immagine di sé e per rafforzare la propria sicurezza in termini relazionali.

Considerazioni inerenti l'alta percentuale di comorbidità con la dipendenza da sostanze vengono confermate da elevazioni in **MAC-R** (Scala MacAndrew di Alcolismo), **ACK** (Ammissione di Problemi con Alcol o Droga) e **PRO** (Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga) e che sostengono a loro volta i dati di letteratura di un'aumentata prevalenza di GAP in tossicodipendenti o alcolisti (Spunt et al., 1995; Pasternak e Fleming, 1999).

L'elevazione in **A-obs** (Ossessività) identifica soggetti molto ansiosi quando devono fare cambiamenti della loro vita o che hanno rimpianti su ciò che hanno detto o fatto; esprime inoltre la presenza di tratti ossessivo-compulsivi e ciò è in accordo con alcuni autori che inseriscono il GAP nello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivo, proprio per la caratteristica di incapacità del giocatore di resistere all'impulso ricorrente e persistente, che si sente "costretto" a seguire mettendo in pratica il comportamento anche se dannoso. Questa stessa caratteristica si ritrova anche nell'area indagata dello Shopping (risultato confermato dagli studi che la assimilano ad una variante del Disturbo Ossessivo-

Compulsivo), nella quale però emergono elevazioni oltre che in **D** (Depressione), **Hs** (Ipocondria) e nelle scale di contenuto **A-dep** (Depressione), **A-anx** (Ansia), **A-biz** (Ideazione Bizzarra), **A-Aln** (Alienazione) e nelle supplementari **A** (ansietà) e **IMM** (Immaturità), come già visto nel gioco d'azzardo, anche in **Si** (Introversione Sociale) e in **A-hea** (Preoccupazione per la Salute).

Le elevazioni in **A-biz** (Ideazione Bizzarra) potrebbero indicare l'importanza, in questo tipo di dipendenza, della fantasia e dell'immaginazione nel rinforzare i comportamenti compulsivi, poiché permettono all'individuo che li mette in atto, di evadere durante il comportamento e di dissociare più facilmente l'attività dalle conseguenze negative, dato confermato da punteggi medi maggiori in Pd, indicativo di mancanza di capacità di dare un giudizio valoriale, interrogandosi sulle conseguenze delle proprie azioni. Non sono invece emerse differenze significative, come ci saremmo attesi, in **A-ise** (Bassa Autostima), questo in disaccordo con precedenti indagini che in pazienti affetti da shopping compulsivo mostravano evidenze di livelli più bassi di stima di sé (O'Guinn e Faber, 1989; Scherhorn et al., 1990). Queste differenze potrebbero ricondursi alla diversa età del campione e al periodo di conduzione dello studio, ma va anche sottolineato che elevazioni in D, Pt, Hs, Si, e in A-dep e A-hea descrivono soggetti inibiti, malinconici, timidi, con scarsa fiducia in sé e assorbiti da molti pensieri svalutativi e questo è invece in linea con la letteratura dove si contempla che i compulsive shoppers soffrono anche di disturbi dell'umore, più spesso depressione (Lejoyeux et al., 1997). Tali soggetti, infatti, non resistono all'impulso di comprare soprattutto quando si sentono arrabbiate, depresse, annoiate e sfiduciate. L'atto del comprare comporta alti livelli di eccitazione e allo stesso tempo diventa un modo per fuggire da una realtà problematica e complicata, come può essere quella degli adolescenti in fase di crescita.

Nel nostro campione gli adolescenti che riportano problematiche nell'area delle relazioni, sia di tipo dominante che sottomesso, presentano profili di personalità simili sia tra di loro, che rispetto a quanto emerso nello shopping compulsivo. Tuttavia i punteggi medi negli adolescenti con problematicità relazionali, in

confronto a quelli ottenuti dai ragazzi a rischio di comportamenti di abuso nello shopping, risultano mediamente maggiori in **D** (Depressione), in **Pd** (Deviazione Psicopatica), **Pa** (Paranoia) e **Pt** (Psicastenia) e nelle scale di contenuto **A-dep** (Depressione), **A-anx** (Ansia), **A-hea** (Preoccupazione per la Salute), **A-biz** (Ideazione Bizzarra), **A-aln** (Alienazione) e, infine, nella supplementare **A** (Ansietà); nel confronto tra le due tipologie di addiction più bassi risultano invece i punteggi medi in **Si** (Introversione Sociale), e nelle supplementari **ACK** (Ammissione di Problemi con Alcol o Droga) e **PRO** (Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga).

Questi risultati rifletterebero le caratteristiche dei soggetti a rischio di dipendenze affettive, dominati da sentimenti pessimistici, di insicurezza e apprensivi, ipersensibili riguardo alle osservazioni e gli atteggiamenti attribuiti agli altri e che sostituiscono il contenuto delle emozioni nei comportamenti fisici. Essi manifestano elevati livelli di ansia generati dall'oscillazione tra desiderio/paura della vicinanza e desiderio/paura del distacco, ma, rispetto agli shopper compulsivi, pur presentando problematiche per quel che riguarda l'abuso di alcol o droghe, ciò si verifica in misura minore.

Inoltre sono emerse differenze significative tra coloro che presentano difficoltà in ambito relazionale rispetto a chi non ha problematiche di questo tipo, in **A-ise** (Bassa Autostima), indicando che i primi sarebbero più sfiduciati, con maggiori sentimenti di inutilità e di incapacità a compiere qualcosa di buono o di pianificare da soli il proprio futuro.

Infine, negli adolescenti con difficoltà relazionali, emergono punteggi medi più bassi in **R** (Repressione) e più alti in **Hy** (Isteria), la cui linea interpretativa conduce a verificare, in questi soggetti, l'ipo-reattività al mondo interno e l'iper-reattività al mondo esterno, alle cui richieste ci si adegua ansiosamente, trascurando e negando i propri bisogni per un'estrema ricerca di essere amati, situazione questa che è stata anche denominata "malattia del Sé Perduto" (Whitfield, 1997).

Differenze interessanti rispetto ai profili di personalità delineati per le precedenti

aree di dipendenza, si sono invece riscontrate nella dipendenza da sesso. Non emergono differenze significative in nessuna delle scale di base, se non in *Ma* (*Ipomania*), mentre elevazioni dei punteggi medi si riscontrano in **A-dep**, **A-ang**, **A-cyn**, **A-con** e **A-trt** e nelle supplementari **ACK**, **PRO**, **IMM**, e **R**. Questi adolescenti sembrerebbero discostarsi dagli altri apparendo grandiosi, disinibiti, scaltri, con minori problematiche inerenti l'autostima, più socievoli e apparentemente meno pessimisti e malinconici, ma i risultati alle scale di contenuto potrebbero far ipotizzare l'esistenza di una depressione latente, associata ad aggressività e sentimenti di rimorso e vergogna, di sfiducia e sospettosità nei confronti degli altri che determinerebbe una pressione emotiva tale su se stessi da condurli a comportamenti di autocura attraverso l'abuso di sostanze.

Per quel che riguarda invece l'area di dipendenza dello sport i risultati emersi evidenziano, oltre alle elevazioni nelle scale esposte in precedenza, comuni a tutte le dipendenze, punteggi medi maggiori in **Hs** (*Ipocondria*), **Hy** (*Isteria*), in quelle di contenuto **A-obs**, **A-hea**, **A-aln**, **A-ise** e nelle scale supplementari **A** (*Ansietà*), **IMM** (*Immaturità*) e quelle indaganti le problematiche nel campo dell'Abuso di alcol o droghe, **MAC-R**, **ACK** e **PRO**, e più bassi in **R** (*Repressione*). I ragazzi che mostrano rischio di sviluppare comportamenti additivi nel campo del fitness sarebbero quindi persone con tendenze egocentriche e narcisistiche, insoddisfatte della propria immagine ed emotivamente insicure e fragili, dove l'esasperata attività fisica diviene un meccanismo disadattivo per riprendere un controllo della propria vita o per accantonare problemi familiari o scolastici, ma che alla fine innesca un circolo vizioso ulteriormente peggiorativo proprio nei medesimi contesti.

Considerazioni a parte vanno esposte per quel che riguarda l'utilizzo di Internet. Come suggerito dalla letteratura precedente (Goldberg, 1995; Young, 1996; Cantelmi et al., 2000), gli adolescenti sono stati suddivisi in tre gruppi, a seconda del punteggio ottenuto allo IAT. Il primo gruppo è rappresentato da adolescenti con un uso adeguato di internet, il secondo con un Utilizzo Problematico di

Internet, mentre al terzo gruppo appartengono gli Internet Addicted.

Dal confronto di questi tre gruppi in base ai punteggi nelle variabili dell'MMPI-A emergono differenze statisticamente significative a livello di diverse scale sia di base che di contenuto che supplementari. Il dato che però ci è parso più importante estrapolare sono le elevazioni emerse nei soggetti risultati affetti da IAD. Infatti punteggi medi maggiori si riscontrano anche nei soggetti con utilizzo problematico della rete, ma nel gruppo patologico questi raggiungono un grado di elevazione considerato alto (66-70) nelle scale di contenuto **A-cyn** (Cinismo), nelle supplementari **IMM** (Immaturità) e **A** (Ansietà), e molto alto (> 71) nelle scale **Hs** (Ipocondria), **D** (Depressione), **Pt** (Psicastenia), **Sc** (Schizofrenia), **Si** (Introversione Sociale) e in quelle di contenuto **A-anx** (Ansia), **A-obs** (Ossessività), **A-hea** (Preoccupazione per la Salute), **A-ise** (Bassa Autostima), **A-sod** (Disagio Sociale) e **A-trt** (Indicatori di Difficoltà di Trattamento).

Questi risultati permetterebbero quindi di evidenziare negli internet-addicted un profilo di personalità caratterizzato da importanti problematiche a diversi livelli.

Si potrebbero descrivere come adolescenti che dal punto di vista relazionale presentano coartazione ed immaturità emotivo-affettiva, scarse relazioni con coetanei, tendenza al ritiro sociale e all'isolamento per timidezza o per eccentricità. Essi parrebbero preferire il restare da soli, non amerebbero i ritrovi sociali o le feste e mostrerebbero, anche a causa della scarsa fiducia in se stessi, imbarazzo, disagio o sintomi ansiosi in situazioni sociali, con una conseguente messa in atto di condotte di evitamento. Il loro pensiero è pervaso da rimuginazioni, sensi di colpa e sentimenti svalutativi e le loro modalità comportamentali assumono aspetti di tipo fobico-ossessivo o manifestazioni insolite e bizzarre.

Le elevazioni in **Sc** e in **Hs** possono inoltre indicare la tendenza in questi adolescenti alla sospettosità nei confronti degli altri e a sostituire la realtà oggettiva con la realtà soggettiva, fino alla comparsa di fenomeni allucinatori, di deliri schizoidi, persecutori, bizzari o ipocondriaci, questi ultimi confermati anche in A-hea. Questi ultimi risultati potrebbero confermare la presenza del fenomeno

di trance dissociativa da videoterminale descritta in chi abusa di internet e che si manifesta con alterazioni dello stato di coscienza, depersonalizzazione e perdita del senso della propria identità personale, che viene sostituita da un'altra virtuale e parallela (Caretto, 2000).

Essi sarebbero ragazzi dominati dall'ansia, spesso molto meticolosi, razionalizzanti con rigide ritualità.

Tutte queste caratteristiche sovraespresse sembrano descrivere soggetti a cui viene posta la diagnosi di Disturbo di personalità Schizotipico secondo i criteri del DSM-IV-TR. È noto come prima del compimento dei 18 anni non sia possibile effettuare diagnosi di disturbo di personalità, ma la nostra ricerca permette di delineare, attraverso queste caratteristiche, tratti di personalità che potrebbero essere prodromici ad un successivo sviluppo, nell'età adulta, di un disturbo di personalità schizotipico.

Ciò che emerge tuttavia è che coloro che hanno un utilizzo patologico di internet, rispetto a chi ne fa uso soltanto problematico, non mostrano, nelle scale che indagano problematicità nel campo delle droghe o dell'alcol, differenze rispetto ai soggetti "sani". L'ipotesi è che chi presenta una dipendenza da internet di maggiore gravità trovi in questo tipo di dipendenza il totale appagamento ai propri bisogni narcisistici e non necessiti di ulteriori oggetti gratificanti. Questa considerazione può essere confermata dalla nostra esperienza clinica che ha permesso di evidenziare nei soggetti in cura per IAD presso il Nostro Ambulatorio una pressoché totale assenza di abusi di sostanze psicoattive o di alcol nella maggior parte dei casi.

Le elevazioni nella scala Sc, unitamente a quelle nella **A-trt**, potrebbero essere indicative di una scarsa prognosi per il trattamento a causa della diffidenza che questi adolescenti manifestano nei confronti del terapeuta e della scarsa motivazione alla terapia e a manifestare e parlare dei propri sentimenti.

Nel complesso ciò che emerge sono le ripercussioni sul funzionamento socio-scolastico nei soggetti a rischio di comportamenti additivi, come evidenziato dagli innalzamenti nei punteggi di **A-fam**, **A-sch** e **A-con** e che descrive come si

sviluppi progressivamente un impoverimento delle attività quotidiane, risentimenti nella vita di relazione, oltre a difficoltà sociali, psicologiche e scolastiche, conseguenze constatate anche in precedenti lavori (Shapira et al., 2000).

6.5 Considerazioni finali

Com'è stato illustrato il tema della dipendenza, durante l'adolescenza, acquista una risonanza molto forte, poiché si innesta sul percorso di individuazione-separazione che l'adolescente porta avanti.

Di fatto, però, alcune forme di dipendenza non vengono individuate, se non quando i comportamenti disfunzionali additivi si sono già instaurati e spesso hanno già determinato una marcata compromissione del funzionamento socio-scolastico; questo accade in quanto gli adulti di riferimento spesso non sono in grado di individuare tempestivamente, in alcuni modi di agire degli adolescenti, un possibile rischio per lo sviluppo di una dipendenza.

Questa consapevolezza ha comportato la necessità di approfondire questi disturbi per poter individuare le tendenze e i flussi di fenomeni che sono in continua evoluzione.

Il presente lavoro ci ha consentito di evidenziare aspetti della personalità degli adolescenti a rischio di dipendenza che potrebbero risultare utili per la costruzione di percorsi psicoterapeutici in grado di favorire un'adeguata maturità emotiva.

Le caratteristiche emerse permetterebbero, infatti, di identificare alcuni possibili obiettivi di un trattamento psicoterapico e cioè la necessità di aiutare l'adolescente nello sviluppo di diverse abilità quali il raggiungimento di un'autonomia equilibrata, il saper attendere e affrontare le frustrazioni, la tolleranza della solitudine, la capacità di gestire vuoto e silenzio e di gioire del quotidiano senza cercare l'extra-ordinario.

Allo stesso tempo, poiché si ritiene che la prevenzione sia una soluzione

altrettanto efficace per affrontare il problema della dipendenza, i risultati ottenuti vogliono essere un contributo alla migliore comprensione di questi fenomeni, affinché possano essere strutturati programmi di prevenzione ed interventi educativi più efficaci attraverso cui promuovere stili di vita che favoriscano la capacità dei singoli nell'affrontare situazioni di disagio e che contribuiscano a ridurre l'incidenza di queste problematiche, nonché le conseguenze negative che esse procurano, in termini medici, psicologici, economici e sociali.

BIBLIOGRAFIA

Aboujaoude E. Problematic Internet Use: an overview. *World Psychiatry*, 2010; 9: 85-90.

Adams J. Understanding exercise addiction. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2009; 231-240.

Aghajanian GK. Tolerance of locus coeruleus neurons to morphine and suppression of withdrawal response by clonidine. *Nature* 1978; 276: 186–188.

AIDAP Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso, 2009.

Ainsworth MDS. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 1968; 40:969-1025.

Albano T, Gulimanoska L. In-dipendenza: un percorso verso l'autonomia. Volume I- Manuale sugli aspetti eziopatogenetici, clinici e psicologici delle dipendenze. Milano: FrancoAngeli; 2006.

Alger A et al. Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge eating behavior in normoweight bulimic and obese, binge eating subjects. *Am J Clin Nutr* 1991; 53:865.

Alonso-Fernandez F. Le altre droghe: cibo, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro. Roma, Edizioni Universitarie Romane, 1999.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. DSM-I 1952; DSM-II 1968; DSM-III 1980; DSM-III TR 1987; DSM-IV 1994; DSM-IV-TR 2000.

American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul; 163 (7 Suppl): 4-54.

Anderson G, Brown RIF. Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 1984; 75: 401–410.

Apfeldorfer G. Anoressia, Bulimia, Obesita. Milano: Il Saggiatore; 1996.

Asberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*, 1976;33(10):1193-7.

Ashton H. Brain function and psychotropic drugs. Oxford University Press, 1992.

Avena MN, Bocarsly ME. Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 2011.

- Avenia F e Pistuddi A. Manuale sulla sexual addiction. Franco Angeli, Milano, 2007.
- Avenia F, Pistuddi A, Titta M, Catucci M. Sex Addiction inventory: un questionario per la rilevazione della dipendenza da sesso. *Mission*, 2003;8.
- Avenia F, Pistuddi A. Manuale sulla Sexual Addiction. Milano: Franco Angeli; 2007.
- Badaracco JEG. L'interdipendenza reciproca. Identificazioni sane o con oggetti che fanno impazzire, in "Psiche – Rivista di cultura psicoanalitica", vol 1: "Nuove identità", 2002.
- Baekeland F. Exercise deprivation: sleep and psychological reactions, *Archives of General Psychiatry*, 1970; 22:365-369.
- Baiocco R. Fattori di rischio nelle dipendenze in adolescenza: costruzione e validazione di uno strumento di misura, Tesi di dottorato (XVII ciclo). Firenze-Roma, 2005.
- Baiocco R, Couyoumdjian A. Il questionario multidimensionale per adolescenti. Report del gruppo di ricerca sulle dipendenze in adolescenza. Dipartimento di Psicologia, Università di Roma "la Sapienza", 2003.
- Baiocco R, Couyoumdjian A, Del Miglio C. Le dipendenze comportamentali degli adolescenti: uno studio sulla rappresentazione degli operatori sanitari e sociali, *Ricerche in Psicologia*, 2004; 27: 35-80.
- Baiocco R, Couyoumdjian A, Langellotti M, Del Miglio C. Gioco d'azzardo problematico, tratti di personalità e attaccamento in adolescenza, *Età Evolutiva*, 2005b; 81: 56-67.
- Baldassari D, Campostrini S, Mirandola M, santinello M, (a cura di). *I giovani in Veneto*, 2008.
- Bamber D., Cockerill I.M., Carroll D., Rodgers S. Diagnostic criteria for exercise dependence in women, *British Journal of Sports Medicine*, 2003; 37: 393-400.
- Barratt ES & Stanford MS. Impulsiveness. In C.G. Costello (Ed.). *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client*. New York: Wiley, 1995.
- Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills* 1959; 9; 191-198.
- Barratt ES. Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In JT Spence and CE Izard (Eds.), *Motivation, Emotion and Personality*. 1985; Elsevier Science, North Holland: 137-146.
- Bassareo V, De Luca MA Di Chiara G. Differential Expression of Motivational Stimulus Properties by Dopamine in Nucleus Accumbens Shell versus Core and Prefrontal Cortex. *J Neurosci* 2002; 22(11):4709-19.

Bassareo V, Di Chiara G. Differential influence of associative and nonassociative learning mechanisms on the responsiveness of prefrontal and accumbal dopamine transmission to food stimuli in rats fed ad libitum. *J Neurosci*. 1997; 17(2):851-61.

Beah I. The Making, and Unmaking, of a Child Soldier. *International Herald Tribune*, 19 February 2007.

Bellantuono C, Tansella M. *Gli psicofarmaci nella pratica terapeutica* (III ed). Roma: Il Pensiero Scientifico; 1993.

Bellino S, Bozzatello P, Rinaldi C et al. Impulsività e Aggressività reattiva: un'analisi fattoriale in pazienti con disturbo borderline di personalità. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2011; 17: 389-395.

Bennet A et al. *Caffeina. Storia, cultura e scienza della sostanza più famosa del mondo*. Donzelli Editore; 2002.

Benson A, Gengler M. Treating compulsive buying. In: Coombs R, editor. *Addictive disorders: a practical handbook*. New York: Wiley; 2004.

Bergler E. *The Psychology of Gambling*. New York: International University Press, 1957 (trad. it. *Psicologia del giocatore*. Newton Compton, 1974).

Bertinato L., Mirandola M., Ramazzo L., Santinello M. *Secondo Rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*, Regione Veneto, 2003.

Bifulco A, Moran P. *Il bambino maltrattato*. Astrolabio, 2007.

Bird MH. Sexual addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Fam Marital Ther* 2006; 32: 297-311.

Black DW, Shaw M, Forbush KT, Allen J. An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. *Clin Neuropharmacol* 2007; 30: 206-12.

Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 2007; 6(1): 14-18.

Black DW. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 108-10.

Black DW. Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*. 2001; 15: 17-27.

Blaine DA.. Sexual Addictions. *Holistic Nurs Pract* 1990; 15 (6): 36-41

Blake MI, Stein E, Vomachka AJ. Effects of exercise training on brain opioid peptides and serum LH in female rats. *Peptides* 1984; 5: 953-958

- Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Saiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2002; 63: 448.
- Blaszczynski A, McConaghy N. Antisocial Personality Disorder and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 1994; 10(2): 129-145.
- Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 2002; 97: 487-500.
- Blaszczynski A. Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling. *The Electronic Journal of Gambling Issues* 2000.
- Bleuler E. *Text Book of Psychiatry* New York: The Macmillan Co.; 1924
- Blomstrand E. Branched-Chain Amino Acids and Central Fatigue. *AminoAcids*, 2001; 20: 25-34.
- Bocchi G, Ceruti M. *La sfida della complessità*. Feltrinelli, 1985.
- Bogetto F, Maina G. *Elementi di Psichiatria*. Torino, Ed. Minerva Medica, 2005.
- Bogetto F, Munno D. “Nuove droghe” e nuovi tossicomani. Aspetti farmacologici, psicologici e socio-culturali. Torino, Ed. Minerva Medica, 2002.
- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur. Psychiatry*, 1999; 14(8):434-41.
- Bolen DW, Boyd WH. Gambling and the gambler. A review and preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*, 1968;18(5):617-30.
- Bolter JD, Grusin R, *Remediation. Competizione e integrazione tra media vecchi e nuovi*, Guerini e Associati, Milano, 2002.
- Bomber D, Cockerill I, Rodgers S, Carroll D. Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *British Journal of Sports Medicine*, 2003; 37: 393-400.
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze, Giunti, 2003.
- Bornstein RF. *The dependent personality*. New York, Guilford, 1993.
- Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 1997; 7 (Suppl 1), S57-S70.
- Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin. Proc.*, 2008; 83(2): 226-30

Bowlby J. Attaccamento e perdita (vol. 2). La separazione dalla madre. Torino, Bollati Boringhieri, 1978.

Bowlby J. Attaccamento e perdita (vol. 3). La perdita della madre. Torino, Bollati Boringhieri, 1983.

Bowlby J. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina; 1989.

Brenner V. An Initial Report on the Online Assessment of Internet Addiction: the first 30 days of the Internet Usage. Marquette University Counseling Center and SUNY-Buffalo 1996.

Bridge N. Coffee-drinking as a Frequent Cause of Disease - Trans Assoc Am Physicians 1893; 8: 281-88.

Brister D, Brister P. The vicious circle phenomenon, Birmingham (AL): Diadem; 1987.

Brundusino AO. Farmaco-tossicologia dell'ecstasy . S&P Salute E Prevenzione 2000; 27.

Bruni A. Farmacognosia generale e applicata: i farmaci naturali. PICCIN; 1999

Cacace S, Valsavoia R La valutazione Diagnostica. Noos Aggiornamenti in psichiatria 2008; 2: 117-127.

Caillon J, Grall-Bronnec M. Pathological Gambling in adolescence. Archives de Pédiatrie, 2012.

Callois R. I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine. 1958. trad. it., Milano: Bompiani; 1981.

Cannizzaro G. Variabilità di risposta ai farmaci, Farmacologia Generale. Napoli, Idelson Gnocchi, 2002.

Cantelmi T, D'Andrea A. Fenomeni psicopatologici Internet-correlati: osservazioni cliniche. In Cantelmi T, Talli M, Del Miglio C, D'Andrea A. La mente in Internet. Padova: Piccin; 2000.

Cantelmi T, Talli M. Internet Addiction Disorder. Psicologia Contemporanea 1998; 150: 4-11.

Cantelmi T. La mente in Internet: psicopatologia delle condotte on-line. Piccin; 1999.

Capelli M, Capitanucci D, Prestipino A, Mangili R, Cheli F, La comorbidità con il gambling in soggetti eroinomani. Risultati di una ricerca multicentrica, 2001.

Carboni E, Imperato A, Perezzi L, Di Chiara G. Amphetamine, cocaine, phencyclidine and nomifensine increase extracellular dopamine concentrations

preferentially in the nucleus accumbens of freely moving rats. *Neuroscience*, 1988; 28: 653-661.

Caretti V, Craparo G, Schimmenti A. Fattori di rischio della dipendenza patologica in adolescenza. *Infanzia e adolescenza*, 2006; 3: 160-169.

Caretti V, Craparo G, Schimmenti A. Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *Noos Aggiornamenti In Psichiatria* 2008; 14, n.2.

Caretti V, Craparo G. La correlazione tra alessitimia e dissociazione in un gruppo di tossicodipendenti e di ex tossicodipendenti. In: Caretti V, La Barbera D. *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio, 2005.

Caretti V, Di Cesare G. Dalla colpa alla vergogna, la dipendenza patologica da Internet. In *Psicotech* 1, 2003; 65-72.

Caretti V, Franzoni E, Craparo G, Pellegrini G, Schimmenti A. I disturbi del comportamento alimentare come disturbi della regolazione affettiva. *Infanzia e Adolescenza*, 2007; 1: 1-13.

Caretti V, La Barbera D. *Addiction*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2010.

Caretti V, La Barbera D. *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio, 2005.

Caretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia* Torino: Ed. Cortina Raffaello; 2005..

Caretti V. Realtà virtuali e psicopatologia del sé nell'adolescenza. In Caretti V, La Barbera D. *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Masson, 2001.

Caretti V., Craparo G. Lo spettro impulsivo-compulsivo nell'addiction: una prospettiva integrata sullo sviluppo delle dipendenze in adolescenza. *Dipendenze Patologiche*, 2008; 1: 9-16.

Caretti V. Psicodinamica della trance dissociativa da videoterminale, in Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A. *La mente in internet: Psicopatologia delle condotte on line*. Padova, Piccin, 2000.

Carnes P, Delmonico D, Griffin E. *In the Shadows of the Net*. Hazelden; 2007.

Carnes P, Kenneth M Adams. *Clinical Management of Sex Addiction*. Psychology Press. 2002: 345–346

Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 1989; 56, 267-83.

Casacchia M, Mela C, Chiaravalle E. Disordini dell'alimentazione. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2000; 6 (1): 87-108.

- Cascua S. Lo sport fa davvero bene alla salute? Quali sport scegliere: benefici e rischi. Milano: Edizioni Red; 2004.
- Cassin S, von Ranson K. Is binge eating experienced as an addiction?. *Appetite* 49, 2007.
- Chaouloff F, Laude D, Serrurier et al. Brain serotonin response to exercise in the rat: the influence of training duration. *Biogenic Amines* 1987; 4: 99-
- Chasseguet S. L'ideal du moi. Tchou, Paris, 1975.
- Chavis DM, De Piero G, Martini ER. Partecipazione sociale. Un percorso oltre il disagio, in *Animazione Sociale*, 1994.
- Chiou W-B, Induced Attitude Change on Online Gaming among Adolescents: An Application of the Less-Leads-to-More Effect, *CyberPsychology & Behavior*, 2008, Vol. 11 (2): 212-216.
- Christenson GA, Faber RJ. et al. Compulsive Buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55(1): 5-10.
- Christie MJ et al. Where is the locus in opioid withdrawal? *Trends Pharmacol. Sci.* 1997; 18:134-140.
- Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RMH, Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire - Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addictive Behaviors* 03-2003: 28(2): 225-248.
- Ciarrocchi JW, Kirschner NM, Fallik F. Personality Dimensions of Male Pathological Gamblers, Alcoholics, and Dually Addicted Gamblers. *Journal of Gambling Studies* 1991; 7(2): 133-141.
- Cleere M. Sports psychology and exercise addiction. From www.runnersweb.com (news); 2005.
- Clementi F, Fumagalli G. *Farmacologia generale e molecolare*. UTET SpA Divisione Scienze Mediche, 2004.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. In *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44: 573-588.
- Coan JA. Toward a neuroscience of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford, 2008; 241-268.
- Cocci V, Benci S, Bonicolini C, Dimauro PE. Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali. Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo attraverso l'utilizzo del test MMPI-2. *Personalità/Dipendenze* 2006; 11 (I).

Coleman E Sexual compulsion vs. Sexual addiction: the debate continues. Siecus report, 1986

Coleman E. Compulsive sexual behavior: What to call it, how to treat it? SIECUS Report 2003; 31(5): 12.

Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? Psychiatric Ann, 1992; 22: 320-5.

Coombs RH. Handbook of addictive disorders: a practical guide to diagnosis and treatment. John Wiley and Sons; 2004.

Cooper A. Sexually compulsive behaviour. Contemporary Sexuality 1998; 32: 1-3.

Corbelli S. "Le nuove forme di dipendenza" Una rassegna critica. Università degli studi di Roma "La Sapienza": Facoltà di Psicologia; 2002.

Costa E. The allosteric modulation of GABA-A receptors. Seventeen years of research. Neuropsychopharmacology 1991; 4: 225-235.

Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione. Editori Laterza, 2006.

Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. The QMA: evaluation of personality, cognitive and motivational factors associated to risk behaviours. Bollettino di Psicologia Applicata, 2005; 246: 43-54

Crivellari L. Il gioco d'azzardo patologico. Tra cura medica e cura educativa. Università degli studi di Siena .Facolta di Lettere e Filosofia di Arezzo; 2006.

Croce M, Zerbetto R. (a cura di). Il gioco & l'azzardo. Milano: Franco Angeli; 2001.

Croissant B, Klein O, Lober S, Mann K. A Case of Compulsive Buying - Impulse Control Disorder or Dependence Disorder? Psychiatr Prax. 2009 May;36(4):189-192.

Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL, Ben-Abdallah A. Problem Gambling and Comorbid Psychiatric and Substance Use Disorders Among Drug Users Recruited. Drug Treatment and Community Settings. Journal of Gambling Studies 2000; 16(4): 347-376.

Cushman P. Why the self is empty, American Psychologist 1990; 45: 599-611.

Custer RL. Pathological gambling. In Whitfield A. (A cura di). Patients with Alcoholism and other Drug Problems. New York: Year Book Publ; 1982.

Dagher A, Robbins TW. Personality, addiction, dopamine: insights from Parkinson's disease. Neuron. 02-2009; 61(4): 502-10.

Dalle Grave R. Perdere peso senza perdere la testa. Il peso ragionevole in 7 passi. Positive Press; 1999.

Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, et al. Dopamine transporter gene (DAT1) associated with appetite suppression to methylphenidate in a case-control study of binge eating disorder. *Neuropsychopharmacology*, 2007; 32: 2199-206.

Davis C, Strachan S. Sensivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*, 2004; 42.

Davis JM, Bailey SP et al. Effects of carbohydrate feedings on plasma free tryptophan and branched-chain amino acids during prolonged cycling. *Aeur J Applied Physiology*, 1992; 65: 513-519

De Berardis D, D'Albenzio A, Gambi F, et al. Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and internet addiction in a nonclinical sample. *Cyberpsychol Behav*, 2009; 12: 67-9.

De Kerckhove D. The skin of culture. Investigating the new electronic reality. Toronto: Somerville Press; 1995.

De La Torre J. Mens sana in corpore sano or exercise abuse? Clinical considerations. *Bullettin of the Menninger Clinic*, 1995; 59: 15-31.

De Leew JR, De Bruijn M, De Weert-van Oene GH et al. Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: a prospective study. *BMC Public Health*, 2010.

De Sanctis Ricciardone P. Antropologia e gioco. Napoli: Liguori; 1994.

Decreto Ministeriale 31 Gennaio 2000 n. 29 - Regolamento recante norme per l'istituzione del gioco Bingo, ai sensi dell'articolo 16 della legge 13 maggio 1999, n. 133.

Del Miglio C, Gamba A, Cantelmi T. Costruzione e validazione preliminare di uno strumento (U.A.D.I.) per la rilevazione delle variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di Internet. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2001; 7: 293-306.

Del Miglio C, Couyoumdjian A, Patrizi M. Dipendenze comportamentali negli adolescenti: videogiochi e gioco d'azzardo, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2005d; 9: 229-246.

Del Miglio C, Gamba A, Cantelmi T. Contributo allo studio di variabili psicopatologiche correlate all'uso-abuso di Internet. *Giornale italiano di Psicopatologia*, 2002; 8: 154-160.

Dell'Osso B, Hadley S, Allen A, Baker B, Chaplin WF, Hollander E. Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *J Clin Psychiatry*. 2008 Mar; 69(3): 452-6.

Di Chiara G, Acquas E, Carboni E. Role of mesolimbic dopamine in the motivational effects of drug: brain dialysis and place preference studies. In: Willner P. & Sheel-Kruger J., Eds. The mesolimbic dopamine system: from motivation to action. UK: John Wiley and Sons Publ. Chichester; 1991.

Di Chiara G, Imperato. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *A Proc Natl Acad Sci USA* 1988; 85: 5274-5278

Di Chiara G. Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behaviour and addiction. *Behav Brain Res*, 2002; 137: 75-114.

Di Maria D et al. Ortorexia nervosa. L'ossessione del mangiar sano. *Psicologia contemporanea* 2006; 194.

Di Maria F, Falgares G. Il sesso compulsivo. *Psicologia Contemporanea*, sett-ott 2004; 185: 22-28.

Dickerson MG. La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere, 1984 (trad. it. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1993).

Dietrich A, Mc Danier WF. Endocannabinoids and exercise. *British Journal of Sports Medicine*, 2004; 38: 536-541

Dittmar H, Impulse buying in ordinary and 'compulsive' consumers, in Weber E, Baron J, Loomes G, (Eds) *Conflicts and Tradeoffs in Decision Making*, Cambridge University Press, New York, NY, 2001; 110-35.

Dodd ML, Klos K, et al. Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease. *Arch Neurol* 2005; 62: 1377-81

Dong G, Lu Q, Zhou H, Zhao X. Precursor or sequela: pathological disorders in people with Internet Addiction Disorder. USA, Jeremy Miles, RAND Corporation, 2011.

Dostoevskij F. *Igrok-Il giocatore*. (1866) Torino: Einaudi; 1982. Milano: Mondadori; 1993.

DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision. Milano, Masson Elsevier, 2000.

DuPont RL. *The Selfish Brain: Learning From Addiction*. Hazelden; 2000.

Earle R, Crow G. *Lonely all the time: Understanding and overcoming sexual addiction*. New York: Pocket Books; 1989.

Egger O, Rauterberg M. *Internet Behavior and Addiction*. Work & Organisational Psychology Unit (IfAP), Swiss Federal Institute of Technology (ETH) Zurich, 1996.

- Ehrenberg A. *La fatica di essere se stessi*. Milano, Einaudi, 1999.
- Eisler I, La Grange D. Excessive exercise and anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 1990; 9: 377-386.
- El-Guebaly N, Mudry T, Zohar J et al. Compulsive features in behavioural addictions: the case of pathological gambling. *Addiction*, 2011.
- El-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JV, Beck CA, Maxwell CJ, Wang JL. Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud* 2006; 22: 275-87.
- Elliott R. Addictive Consumption: function and fragmentation in postmodernity. *Journal of Consumer Policy* 1994; 17: 159-179.
- Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann. NY Acad. Sci*, 1978; 310:169-87.
- Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 1977; 196: 129-136.
- Erikson E. *Infanzia e società*, Roma, Armando, 1982.
- Ethridge M. For compulsive shoppers, holiday season full of peril Knight Ridder Tribune 29-10-2002.
- Ewen S, Ewen E. *Channels of desire: mass images and the shaping of American consciousness*, New York: McGraw-Hill; 1992.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1977; 16: 57-68.
- Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Res.* 1992;19:459-69.
- Faber RJ, O'Guinn TC, Krych R. Compulsive Consumption, in Wallendorf W., Anderson P. (Eds.), *Advances in Consumer Research* 1987; 14: 132-135; Provo, UT, Association for Consumer Research.
- Faber RJ, O'Guinn TC. Dysfunctional consumer socialization: a search for the roots of compulsive buying. In Vanden Abeele P(a cura di). *Psychology in Micro and Macro Economics. Proceedings of the 13th Annual Colloquium of the International Association for Research in Economic Psychology*, Leuven (Belgium), 1988b.
- Faber RJ, O'Guinn TC. Compulsive consumption and credit abuse, *Journal of Consumer Policy* 1988; 11: 97-109.

Fairburn C. Come vincere le abbuffate: un nuovo programma scientifico. Positive Press; 1996.

Fairburn C. Wilson GT, eds. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York / London: Guilford Press; 1993.

Fairburn CG et al. Risk factors for binge eating disorder: A community based, case-control study. Archives of General Psychiatry 1998; 55.

Farges F, Corcos M, Speranza M, et al. Alexithymia, depression and drug addiction. Encephale, 2004; 30: 201-11.

Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni P. Manuale di Psichiatria Biopsicosociale. Centro Scientifico Editore, 2007.

Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. 1945.

Fenichel O. Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi. Roma, Astrolabio, 1951.

Ferraro G, Caci B, D'Amico A, et al. Internet addiction disorder: an Italian study. Cyberpsychology & Behavior 2007; 10:170-5.

Festini W. e coll. La città che non esiste: analisi psicologica di una comunità virtuale. Tratto da: <http://www.psychomedia.it/pm/telecomm/telematic/littleita.htm>; 2001.

Firat AF. Fragmentation in the postmodern, Advances in Consumer Research 1992; 19: pp. 203-205.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. American Psychiatric Pub; 1997

Flaubert G. Madame Bovary. (1856) Mondadori; 2001.

Flugel JC. The psychology of clothes. Hogard Press, London; 1930. tr. It. Milano: Franco Angeli Editore; 1992.

Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.

Frances AJ. The DSM-III personality disorders: a commentary. In American Journal of psychiatry, 1980; 137:1050-1054.

Francescato D, Putton A. Star meglio insieme: oltre l'individualismo imparare a crescere e collaborare con gli altri. Milano: Mondadori; 1995.

Franzen G, Brouwman M, The Mental World of Brands: Mind,

Freimuth M. Addicted? Recognizing destructive behaviour before it's too late. Rowman&Littlefield inc., 2008.

Freimuth M. Clarifying Exercise Addiction: differential diagnosis, co-occurring Disorders, and phases of addiction. International journal of environmental research and public health, 2011; 8: 4069-81.

Freud S. (1927), Dostoevskij e il parricidio. Opere vol. X. Torino: UTET; 1977.

Freud S. Lettere a Wilhem Fliess 1887-1904. Torino: Boringhieri; 1986.

Fromm E. L'arte d'amare. Milano, Mondadori, 1963.

Fuller P. Gambling: a secular 'religion' for the obsessional neurotic. In THE PSYCHOLOGY OF GAMBLING. J. Halliday & P. Fuller (Eds.). New York: Harper & Row, 1974.

Galdston I. The gambler and his love. Am J Psychiatry, 1960; 117:553-5.

Galimberti U. I miti del nostro tempo. Feltrinelli, 2009.

Garau L. Storia, neurofisiologia, diagnosi e trattamento del gambling. Medicina delle Tossicodipendenze 1998; anno VI n. 1 .

Gentile N. Patologie dell'alimentazione: anoressia, bulimia, obesita : guida per il medico pratico. PICCIN; 1998.

Giberti F, Rossi R. Manuale di Psichiatria, Milano, Piccin, 2007.

Giddens A. La trasformazione dell'intimità. Bologna: Il Mulino; 2008.

Giorgetti M, Massaro D. Ricerca e percorsi di analisi dati con SPSS. Pearson Paravia Bruno Mondadori; 2007.

Giorgetti M, Massaro D. Ricerca e percorsi di analisi dati con SPSS. Pearson. Paravia Bruno Mondadori, 2007.

Giori F. (a cura di). Adolescenza e rischio. Educare per prevenire, Cooperativa Il Minotauro e Provincia di Milano, 2007.

Giunti D, Avenia F. Valutazione degli attuali strumenti per la valutazione della dipendenza da sesso. In: Avenia F, Pistuddi A. Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi. Franco Angeli, 2007; 108-18.

Glatt MM, Cook CCH. Pathological spending as a form of psychological dependence, British Journal of Addiction 1987; 82: 1257-1258.

Gold MS et al. Clonidine blocks acute opiate withdrawal symptoms. *Lancet*, 1978; 2: 599–02.

Goldberg I. Internet addiction disorder, Diagnostic criteria. Internet Addiction Support Group, 1995.

Goldberg T. Bidding till you're broke. Posted on ZDNet News: Feb 3, 1999 (http://news.zdnet.com/2100-9595_22-101510.html)

Goldstein MG. Buprion substaained release and smoking cessation. *Journal of Clinic Psychiatry* 1998; 59(4): 66-72.

Goleman D. L'intelligenza emotiva. Milano: Rizzoli; 1999.

Goodman A. La dipendenza sessuale, un approccio integrato. Astrolabio, 2007.

Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol* 2008; 75: 266-322.

Goodman A. Sexual addiction: diagnosis and treatment. *Psychiatric Times*, 1988.

Gori E. Müller E. Basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze. Milano, Pythagora Press, 1992.

Goyer PF, Andreason PJ, Semple WE, et al. PET and personality disorders. *Biol Psychiatry* 1991; 29 (9A): 111 (94A).

Grant JE, Brewer JA, Potenza M. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr*, 2006; 11: 924-30.

Grant JE, Kim SW, Potenza MN. Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud* 2003; 19: 85-109.

Grant JE, Kushner MG, Kim SW. Pathological Gambling and Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research & Health* 2002; 26 (2): 143-150.

Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2184-8.

Green A. Narcisismo di vita, narcisismo di morte. Borla, Roma (ed. or. 1983), 2005.

Greenson RR. On gambling. *Am Imago*, 1947; 4(2):61-77.

Griffiths M. Psychology of computer use: XLII. Some comments on 'Addictive use of the Internet' by Young. *Psychological Reports* 1997; 80, 81-82.

Griffiths MD. Technological addiction. *Clinical Psychology Forum*, 1955; 76: 14-19.

- Griffiths MD. A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *J. subst. use*, 2005; 10: 177-184.
- Griffiths MD. Exercise addiction: a case study. *Addict. Res*, 1997; 5: 161-168.
- Grohol J. What is normal? How much is too much when spending time online? American Online PsychCentral Mental Health, 1998.
- Guerreschi C. *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*. Milano: San Paolo; 2000.
- Guerreschi C. *Il gioco d'azzardo patologico: liberati dal gioco e dalle altre nuove dipendenze*. Roma: Edizioni Kappa; 2003.
- Guerreschi C. *New addictions: le nuove dipendenze*. San Paolo Edizioni, 2005.
- Guitart X. et al. Regulation of cAMP response elementbinding protein phosphorylation by acute and chronic morphine in the rat locus coeruleus. *J. Neurochem*. 1992; 58: 1168–1171.
- Guzman CS, Filomensky T, Tavares H. Compulsive buying treatment with topiramate, a case report *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007; 29 (4).
- Haller R, Hinterhuber H. Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 1994;27(3):129.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23: 56-62
- Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating, *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32:50-55.
- Han DH, Lee YS, Na C et al. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr. Psychiatry*, 2009; 50(3):251-6.
- Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA, Haws CA, Renshaw PF. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*. 2009 May-Jun;50(3):251-6. Epub 2008 Oct 15.
- Han MH et al. Direct evidence for a role of CREB in the locus coeruleus in opiate dependence. *Soc. Neurosci. Abstr*. 2003; 29, 644.6.
- Hanson G. Shopping till they drop. Their self-control, *Insight on the News* 1993; 9 (51):. 12-16.

Hatzitaskos P, Soldatos CR, Kokkevi A, Stefanis CN. Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality. In *Comprehensive Psychiatry*, 1999; 40(4):278-282.

Hausenblas HA et al. Exercise dependence: a systematic review. *Psychol Sport Exercise* 2002; 3.

Hedlund JL, Viewig BW The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry* 1979; 10:149- 165.

Heimer L, de Olmos J, Alheid GF, Záborszky L. "Perestroika" in the basal forebrain: opening the border between neurology and psychiatry. *Prog Brain Res.*,1991;87:109-65.

Henderson GL. Designer Drugs: Past History and Future Prospects. *Journal of Forensic Sciences* 1988; 33(2): 569-575.

Herman JL. Father-daughter incest. Harvard: Cambridge University Press; 1981.

Herman JL. Trauma and Recovery. New York: Basic Books; 1997.

Hirschman EC. The consciousness of addiction: toward a general theory of compulsive consumption, *Journal of Consumer Research* 1992; 19 (9): 155-179.

Hoch SJ, Loewenstein GF. Time-inconsistent preferences and consumer self-control, *Journal of Consumer Research* 1991; 17; 492-507.

Hollander E, De Caria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in the treatment of pathological gambling. *Bio Psychiatry* 2000; 47:813-7.

Hollander E, DeCaria C, Mari E. et al. Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1781-1783.

Hollander E, Frenkel M, De Caria C, Trungold S, Stein DJ. Treatment of pathological gambling with clomipramine. *Am J Psychiatry* 1992; 149:710-1.

Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry.*, 1995; 56:7-12.

Hollander E. Obsessive-Compulsive-Related Disorders. Washington DC American Psychiatric Press 1993-1997

Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, et al. Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population based study. *J Psychosom Res*, 2010; 68: 269-73.

Huang M. P. and Alessi N. E. Drs. Huang and Alessi Reply. *American Journal of Psychiatry* 1997; 153(6). 890.

Hughes JR, Oliveto AH. A systematic survey of caffeine intake in Vermont. *Exp Clin Psychopharmacol.* 1997 Nov;5(4):393-8.

Huizinga J. , *Homo ludens* (1938), Einaudi, Torino 1972.

Hylman SE, Malenka RC. Addiction and brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat. Rev. Neurosci.*, 2003; 2:695-703.

Ikemoto S, Panksepp J. The role of nucleus accumbens dopamine in motivated behaviour: a unifying interpretation with special reference to reward-seeking. *Brain Res Rev*, 1999; 31: 6-41.

Imbucci G. *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali.* Venezia: Marsilio; 1997.

Insel TR, Mueller EA, Alterman I, et al. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biol Psychiatry* 1985; 20: 1174-1188.

Insel TR, Toward neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 738-742.

Irons, R., Schneider, JP. Differential diagnosis of addictive sexual disorders using the DSM-IV. *Sexual Addiction & Compulsivity* 1996.

ISTAT. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Statistiche report*, 2010.

Jacob S, Goldstein A. Prevalence o problem gambling among hospitalized male adult substance abusers presented at the fifth National Conference on Gambling. *Behaviour Dulith Minnesota*, 1991.

Jacobs DF. Juvenile gambling in North America: an Analysis of long term trends and future prospects. *Journal of gambling Studies*, 2000; 16: 119-151.

Jeammet P. *Psicopatologia dell'adolescenza.* Roma, Borla, 1992.

Johnson M. *What is Sexual Addiction?* 2002.

Johnson RJ, McCaul KD et al. Risk Involvement and Risk Perception Among Adolescents and Young Adults. *Journal of Behavioural Medicine*, 2002; 25(1): 67-82.

Johnson VE. *I'll quit tomorrow.* San Francisco; Harper & Row; 1973.

Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*, 2002; 14: 349-66.

Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in 206 outpatient males. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1999; 25.

Kafka MP, Prentky RA. Compulsive sexual behavior characteristics. *Am J Psychiatry*. 1997; 154-163

Kafka MP. The paraphilia-related disorders: a proposal for a unified classification of nonparaphilic hypersexuality disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2001; 8:227-239

Kaltiala-Heino R. et al. Bulimia and impulsive behaviour in middle adolescence. *Psychoter. Psychosom*. 2003; 72 (1): 26-33.

Kandel ER. Biology and the future psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry*, 1999; 156(4): 505-24.

Katz A, Bender E. *The strenght in Use: Self-Help Groups in the Modern World*. New York: Franklin Watts; 1976.

Khantzian EJ. *Human Feelings; Explorations in Affect Development and Meaning*. : Edited by Steven L. Ablon, Daniel Brown, Edward J. Khantzian and John E. Mack. Hillsdale, NJ and London: Analytic Press. 1993; 431.

Kim K, Ryu E, Chon MY, et al. Internet addiction in korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 2007; 44: 157.

Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin JC, Zaninelli R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 501-7.

Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatr* 2001; 49: 914-21.

Ko C-H, Yen J-Y, Yen C-F, et al. The association between internet addiction and belief of frustration intolerance: the gender difference. *CyberPsychology Behavior*, 2008; 11:273–278.

Ko CH, Yen JY, Liu SC, Huang CF, Yen CF. The associations between aggressive behaviors and internet addiction and online activities in adolescents. *J Adolesc Health*. 2009 Jun; 44(6): 598-605.

Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. In *Addictive Behaviours*, 1998; 23(6): 841-853.

Koob GF, Nesler EJ. The neurobiology of drug addiction. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 1997; 9:482-497.

Koob GK, Bloom FE. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science*, 1998; 242: 715-23.

Koran LM, Bullock KD, Hartston HJ, Elliott MA, D'Andrea V, Citalopram treatment of compulsive shopping: an open-label study, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002 Aug; 63(8):704-8.

Koran LM, Faber RJ et al. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1806-1812.

Koran LM. Escitalopram treatment evaluated in patients with compulsive shopping disorder. *Primary Psychiatry*, 2005; 12:13.

Kraepelin E. *Psichiatrie*. 8th ed. Germany: Johann Ambrosius Barth; 1915.

Kraepelin E. *Trattato di psichiatria*. Milano, Vallardi, 1907.

Krafft-Ebing R. Von. *Psychopathia Sexualis*. Milano: Manfredi Editore; 1953

Kris E. Ego development of the comic. *International Journal of Psycho-analysis* 1938;19: 77–90.

Kruegelbach N, McCormick RA, Schulz SC et al. Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1993;7: 214-222.

Kruegelbach N, Walker HI, Chapman HA, Haro G, Mateu C, Leal C. Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Esp Psiquiatr.*, 2006; 34: 76-82.

Krueger DW. On compulsive shopping and spending, A psychodynamic inquiry. *American Journal of Psychotherapy* 1988; 42: 574- 585.

Kuss DJ, Griffiths D. Online Social Networking and Addiction – a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2011.

Kyngdon A, Dickerson M. An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity. *Addiction* 1999; 94(5): 697-707.

La Barbera D, Cannizzaro G, Monaco M. L'exercice addiction. *Noos Aggiornamenti In Psichiatria* 2008;14 (2): 177-185.

La Barbera D, Cannizzaro S. Le psicoteologie e l'Internet Addiction Disorder. *Noos Aggiornamenti in psichiatria* 2008; 2: 139-146.

La Barbera D. Le dipendenze tecnologiche, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze tecnologiche. Clinica e psicopatologia*, Cortina, Milano, 2005; 113-132.

La Barbera D, La Cascia C. Il Gioco d'Azzardo Patologico. *Noós. Aggiornamenti in Psichiatria*, 2008; 14 (2): 129-138.

La Cascia C, Ferraro L, Mulè A. Il problema delle comorbidità. In Nuove Dipendenze: eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze “senza droga”. Noós. Aggiornamenti in Psichiatria, 2008; 159-168.

Lader M. Antiparkinsonian medication and pathological gambling CNS Drugs. 2008; 22(5): 407-16.

Ladouceur R. Lorsque la raison deraille. Psychologie des jeux de hasard et d'argent. Actualites Psychiatriques 1990; 7: 11-17.

Ladurelle N, Keller G, Blommaert A, Roques BP, Dauge V The CCK-B agonist, BC264, increases dopamine in the nucle-us accumbens and facilitates motivation and attention after intraperitoneal injection in rats. Eur J Neurosci 2007; 9: 1804–1814..

Lambiase E. Quando il sesso diventa patologico. Definizione e classificazione diagnostica della dipendenza sessuale, relazione al VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 02-03-2003

Laufer M, Adolescence and Developmental Breakdown. A Psychoanalytic View. New Haven: Yale University Press, 1984, (Trad. it. Adolescenza e breakdown evolutivo. Torino, Boringhieri, 1986).

Laux G, Puryear DA Benzodiazepines-misuse, abuse and dependency, Am. Fam. Physicians 1984; 30: 139-147.

Lavanco G, Varveri L. Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa, Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi. Roma: Carocci; 2006.

Lavanco G. Psicologia del gioco d'azzardo. Milano: McGraw-Hill; 2001.

Laviola G, Macri S. Determinanti psicobiologiche dei comportamenti a rischio in età adolescenziale. Ann Ist Super Sanità, 2002; 38(3):279-287.

Lawrence L. The psychodynamics of the compulsive female shopper, American Journal of Psychoanalysis 1990; 50: 67-70.

Lea M, Rationalist Assumptions in Cross-media Comparison of Computer-mediated-communication, Behavior and Information Technology, 1991, 10(2): 153-162.

Lejoyeux M, Ades J, Tassain V, Solomon J. Phenomenology and Psychopathology of Uncontrolled Buying. American Journal of Psychiatry 1996; 153(12): 1524-1529.

Lejoyeux M, Bailly F, Moula H, Loi S, Adès J. Study of compulsive buying in patients presenting obsessive-compulsive disorder. Compr. Psychiatry, 2005; 46: 105-10.

Lejoyeux M, Cardot H. Alcoholism, anxiety and depression. Sante Ment Que, 2001; 26:47-61.

- Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J. Study of Impulse-Control Disorders Among Alcohol-Dependent Patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60(5): 302-305.
- Lelord F, André C (1996). *Come gestire le personalità difficili*. Roma, Edizioni Borla, 1998.
- Lesieur HR, Blume SB. Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *J Addict Dis*, 1993; 12:89–102.
- Lesieur HR, Heineman M. Pathological gambling among multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 765-771.
- Lesieur HR. The Compulsive Gambler's Spiral of Options and Involvement. *Psychiatry*, 1979; 42: 79-87.
- Levine MP, Troiden RR. The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex Research* 1988; 25: 347-363.
- Lewin L. *Phantastika*. Ed. Vallardi; 1928.
- Liberman JM, Cooper SJ. Eds.: *The neuro-pharmacological basis of reward*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
- Linden RD, Pope HG, Jonas JM. Pathological Gambling and Major Affective Disorder: Preliminary Findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1986; 47(4): 201-203.
- Lindner RM. The psychodynamics of gambling. *Annual of the American Academy of Political Science*, 1950;269: 93–107.
- Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from non-impulsive violent behaviour. *Life Sci*. 1983;33(26):2609-14.
- Liotti G. Disorganized attachment and dissociative psychopathology: The contribution of attachment theory. In J. Solomon, C. George (Eds.) *Attachment Disorganization*. New York: Guilford, 1999.
- Little JC. The athlete's neurosis - A deprivation crisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1969; 45 (2): 187 - 197 1969.
- Liu T et al. Problematic Internet Use: Clinical Implications. *CNS Spectr*. 2007.
- Liua JC, Anan KJS. Protein kinases modulate the cellular adaptation associated with opioid tolerance and dependence. *Brain Res. Reviews*, 2001; 38:1-19.
- Lowinson, JH, Ruiz P, Robert B, Millman RB, Langrod JG. *Substance Abuse*. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

Lubman DI, Yucel M, Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction* 2004; 99: 1491-502.

Lucchini A, Cicerone PE, Oltre l'eccezione. Milano, Franco Angeli, 2011.

Liotard JF. Le condition postmoderna: rapport sur le savoir. Paris: Minuit; 1979. Tr. it. Milano: Feltrinelli; 1981.

Ma H. Internet Addiction and antisocial internet behaviour of adolescents. *Scientific World Journal*, 2011; 11: 2187-96.

Malagoli Togliatti M. Comportamenti a rischio e rapporti familiari. In Nizzoli U, Colli C. *Giovani che rischiano la vita*, McGraw-Hill Editore, 2004.

Manley G, Koehler J. Sexual behavior disorders: Proposed new classification in the DSM-V. *Sexual Addiction and Compulsivity* 2001; 8:3-4, 253-265.

Manna V, Ruggiero S. Dipendenze patologiche da sostanze: comorbidità psichiatrica o continuum psicopatologico? *Rivista di Psichiatria*, 2001.

Marchard R. *Adversiting the American Dream*. Berkeley: University of California press; 1985.

Marcus MD. Binge eating and obesity. In: Brownell RD & Fair CG, eds. *Eating disorders and obesity*. New York / London: Guilford Press 1995.

Marks J. *The benzodiazepines: use, overuse misuse, abuse*. Lancaster,England: St. Leonard's House, MPT Press; 1978.

Marlatt A, Baer J, Donovan D, Kivlahan D. Addictive Behaviors: Etiology and Treatment, *Annal Review of Psychology* 1988; 39: 223-252.

Marshall MP, Molina SG, Pelham WE. Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer group affiliation as a risk factor. *Psychology of addictive behaviours*, 2003; 17: 293-302.

Martens MP, Rocha TL, Cimini MD, Diaz-Myers A, Rivero EM, Wulfert E. The co-occurrence of alcohol use and gambling activities in first-year college students. *J Am Coll Health*. 2009 May-Jun;57(6):597-602.

Martin W, Jasinski D. Physiological parameters of morphine dependence in man-tolerance, early abstinence and protracted abstinence. *Psychiat. Res.* 7, 1969; 9-17.

Martinotti G, Stavros D, Janiri L. Alessitimia e dipendenze patologiche. *Noós, aggiornamenti in Psichiatria*, 2010.

Mayo Clinic staff. Compulsive sexual behavior. Mental Health Center. Mayo Clinic 29-09-2005..

Mazzocchi S. Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere dei giocatori estremi. Milano: Badini Castoldi Dalai Editore; 2005.

McCabe MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 2004; 39: 145-166.

McElroy SL, Keck PE, Phillips KA. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*, 1995; 56: 14-26.

McElroy S, Keck PE Jr, Pope HG Jr et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*, 1994; 55:242-8.

McElroy SL et al. Treatment of compulsive shopping with antidepressants: a report of three cases. *Ann Clin Psychiatry* 1991; 3: 199-204.

Mendenhall W. Co-dependency: definitions and dynamics. *Alcohol Treatment Quarterly*, 1989; 6: 3-17.

Meule A. How prevalent is “food addiction”? *Front Psychiatry*, 2011;2:61.

Meyer A. *Psychobiology: a science of man*. Thomas Springfield, 1958.

Meyer C. Compulsive exercise and eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev*, 2011.

Mick TM, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr.*, 2006; 11: 944-55.

Mikulincer M, Shaver PR. Security-based Self-Representations in Adulthood: contents and processes. In *Adult Attachment. Theory, research and clinical implications*. New York, The Guilford Press, 2004.

Milani L, Osualdella D, Di Blasio P. Quality of Interpersonal Relationships and Problematic Internet Use in Adolescence. *Cyberpsychology & Behavior*, 2009; 12.

Miller BA, Downs WR, Indoli DM, Keil A. The role of childhood sexual abuse in the development of alcoholism in women. *Violence Vict* 1987; 2: 157-72.

Miller D. *Donne che si fanno male* Milano: Feltrinelli: 1997.

Millstein SG, Halpern Flesher BL. Perception of risk and vulnerability. *Journal of Adolescent Health*, 2002; 315: 10-27.

Monaco M. *Ossessionati dallo sport? Attenzione alla bigorexia*. Roma: alter ego, Academy Multimedia & Publishing; 2007.

Moskowitz JA. Lithium and lady luck; use of lithium carbonate in compulsive gambling. N Y State J Med 1980;80(5):785-8.

Movalli MG. L'outcome nei trattamenti dell'alcolismo: la ricerca sui fattori predittivi, in La valutazione nel trattamento delle dipendenze, a cura di: Fiocchi A, Madeddu F, Maffei C, Franco Angeli, 2003; 32-93.

Mucha RF. Is the motivational effect of opiate withdrawal reflect by common somatic indices of precipitated withdrawal? A place conditioning study in the rat. Brain Res. 1987; 418: 21-22.

Mueller A, de Zwaan M. Treatment of compulsive buying. Fortschr Neurol Psychiatr. 2008 Aug;76(8):478-83.

Mule A, D'Alessandro A. Farmacoterapia delle nuove dipendenze. Noos Aggiornamenti in Psichiatria 2008; 2: 169-176.

Mumford DB, Whitehouse AM, Choudry IY. Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. International Journal Of Eating Disorders 1992; 11.

Munno D, Scarso G. L'aggressività nei pazienti borderline: aspetti psicoterapeutici. In Il paziente borderline C.S.E. Torino, 1996.

Munno D. Psicologia clinica per medici. Centro Scientifico Editore, 2008.

Muredda GM. Shopping Compulsivo e Disturbi Alimentari. Una ricerca Esplorativa. 2007 Università degli studi di Roma "La Sapienza" Facoltà di Psicologia.

Nava F. Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze. Franco Angeli, 2004; 75-98.

Nestler EJ, Aghajanian GK. Molecular and cellular basis of addiction. Science 1997; 278(5335):58-63.

Nestler EJ, Greengard P. Protein Phosphorylation in the Nervous System, J.Wiley & Sons; 1984.

Ni X, Yan H, Chen S, Liu Z. Factors Influencing Internet Addiction in a Sample of Freshmen University Students in China. Cyberpsychol Behav. 2009 May 17.

Nizzoli U, Pissacroia M. Trattato completo degli abusi e delle dipendenze. Ed. Piccin 2006.

Norris ML. Heads up: adolescents and the Internet. Paediatr. Child Health, 2007; 12: 211-216.

Norwood R. Donne che amano troppo. Milano: Feltrinelli editore; 1985.

Novelli GP. *Terapia del dolore*. Firenze: SEE Editrice; 1999.

Nower L, Deverersky JL, Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behavior*, 2004; 18: 49-55.

O'Brien CP, Eherman R, Ternes J. Classical conditioning in human opioid dependence. In: Goldberg S. & Stolerman Eds. *Behavioral analysis of drug dependence*. San Diego, California, U.S.A.: Academic Press; 1986.

O'Brien C, Volkow N, Li T: What's in a word? addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 764–765

O'Brien C. Drug addiction and drug abuse. In Hardman JC, Goodman Gilman A. *The pharmacological basis of therapeutics*. New York, McGraw-Hill, 2001.

O'Guinn TC, Faber RJ. Compulsive buying: A phenomenological exploration, *Journal of Consumer Research* 1989; 16: 147-157.

Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. Withdrawn: Interventions for pathological gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18;(1):CD001521.

Ogden TH. *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1994.

Oliverio Ferraris A. Malavasi G. *La Maschera dei Desideri*. *Psicologia Contemporanea* 2001; 166: 30-37.

Organizzazione Mondiale della Sanità. Approfondimento dei risultati dell'indagine Health Behaviour School-aged Children (HBSC) dell' sui giovani di 11, 13 e 15 anni. Cierre Edizioni, 2006.

Orlandini D, Marchiori L, Frascione F. *Meno male che l'adolescenza passa. Genitori, adolescenti e comportamenti a rischio*. Venezia, Editrice Cafoscarina, 2007

Orlandini D, Mazzardis B, Spadari C. *Tra i Banchi di scuola. La scuola come campo di azione della prevenzione delle dipendenze*. Venezia, Libreria Editrice Cafoscarina, 2010.

Ortolani I, Martinotti G, Di Nicola M, Sisto A. Alessitimia, regolazione affettiva e impulsività: valutazione in un campione di soggetti alcolisti e tossicodipendenti. *Dip Patol*, 2007; 2:39-40.

Orzack M.. *Computer Addiction Services*. Tratto dal sito <http://www.computeraddiction.com>; 1996.

Padoa-Schioppa C, Assad JA. Neurons in orbitofrontal cortex encode economic value. *Nature* 2006; 441: 223-226.

Pallanti S et al. Treatment non-response in OCD: metodological issues and operational definitions. *Int J Neuropsychofarmacol* 2002.

Pallanti S., Bernardi S. The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the Assessment of Multiple Addictions in a High-School Population: prevalence and related disability. *CNS Spectr.* 2006; 11 (12): 966-974.

Palmonari A. Gli adolescenti. Bologna, Il mulino, 2004

Pani R, Sagliaschi S. Dinamiche e strategie del Colloquio Clinico. Roma: Carocci; 2006.

Parker JD, Wood LM, Bond BJ, Shaughnessy P. Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychoter Psychosom*, 2005; 74: 51-5.

Peele S, Brodsky A. Love and addiction, New York: Taplinger; 1975.

Peele S. The meaning of addiction. Lexington Books, 1985.

Peloso A, Gemello R, Rigardetto R. Disturbi d'ansia e psicopatologia adolescenziale acuta. *Psych. dell'inf. e dell'adol.*, 2004; 71: 493-504

Pezzullo L, Internet per psicologi, Unipress, Padova.

Phillips AG, Pfaus JG, Blaha CD. Dopamine and motivated behavior: insight provided by in vivo analyses. In: Willner P. & Sheel-Kruger J., Eds.

Pietropolli Charmet G, Marcazzan A. Piercing e tatuaggio. Manipolazione del corpo in adolescenza. Adolescenza, educazione e affetti. Franco Angeli, Milano, 2000.

Pietropolli Charmet G. Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi. Roma-Bari, Laterza, 2008.

Pietrzak RH, Morasco BJ, Blanco C, Grant BF, Petry NM. Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007; 15: 301-13.

Poli R, Agrimi E. Internet Addiction Disorder: prevalence in an italian student population. Informa Healthcare, 2011.

Politzer R, Morrow J & Leavey S. Report on the cost-benefit/effectiveness of treatment at the Johns Hopkins Center for Pathological Gambling. *Journal of Gambling Behaviour*, 1985;1,2: 131-142.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2007.

Racamier J P. Gli schizofrenici. Raffaello Cortina, Milano, 1980.

Ramirez LF, McCormick RA, Russo AM, Taber JI. Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav* 1983; 8: 425-428.

Reid RC, Carpenter BN, Spackman M, Willes DL. Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 133-49.

Ricca V, Mannucci E, Di Berardo M, Cabras PL, Rottella CM, Faravelli C. Disturbo da alimentazione incontrollata. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 1998; 2: 223-239.

Ritchie E. e-Bayla virus? Auction fun can turn to auction fever. Tratto dal sito <http://www.usc.edu>; 1999.

Robinson TE, Berridge KC. Addiction. *Annu. Rev. Psycholo.*, 2003; 54: 25-53.

Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev*, 1993; 18: 247-91.

Ronel N, Libman G. Eating disorders and recovery: lessons from overeaters anonymous. *Clin. Social Work J.*, 2003; 31(2):155-71.

Rook DW, The ritual dimension of consumer behavior, *Journal of Consumer Research*, 1985; 12(3), December: 251-264

Rook DW. The Buying Impulse. *Journal of Consumer Research* 1987; 14: 189-199.

Rosci E. 16 anni più o meno, Adolescenza, educazione e affetti. Collana a cura di Pietropolli Charmet G. Franco Angeli, Milano, 2000.

Rose P. Mediators of the association between narcissism and compulsive buying: the roles of materialism and impulse control. *Psychol Adict Behav* 2007; 21: 576-81.

Rosenthal R. The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. In Galski, Thomas, et al. (Eds.), 1987. *The Handbook of Pathological Gambling*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Rotella M L'obesita. Firenze: SEE Editrice; 1997.

Rovai L, Rugani F, Bacciardi S, Maremmanni AGI. What concept of “spectrum” is useful in addiction medicine? *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 2011; 13 (4): 41-46.

Rovera GG, Fassino S, Gallino G, Munno D. La tossicomania come relazione disturbata sotto il profilo dell'aggressività. *Rassegna di Igiene Mentale*, 1984.

Rovera GG, Munno D. *Catamnesi in eroinomani*. SAIGA editore, 1991.

Rubin RT, Villanueva-Mayer J, Ananth J. et al. Regional xenon-133 cerebral blood flow and cerebral technetium Tc 99m-HMPAO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subject: determination by high-resolution single-photon emission computed tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 695-702.

Rugh JT. Profound toxic effects from the drinking of large amounts of strong coffee. *Medicine and Surgery Reporter* 1896; 75: 549 – 550.

Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, Brzezinski R. High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*, 1988; 21: 133-6.

Sacco P, Cunningham-Williams RM, Ostmann E, Spitznagel EL Jr. The association between gambling pathology and personality disorders. *J Psychiatr Res* 2008.

Safarinejad MR. Treatment of nonparaphilic hypersexuality in men with a long-acting analog of gonadotropin-releasing hormone. *J Sex Med*. 2009; 6(4): 1151-64.

Sanavio E, Vidotto G. The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behav Res Ther*, 1985; 23, 659-662.

Sareri G, Scartabelli S. Risultati della ricerca effettuata sull'area metropolitana di Firenze, Prato e Pistoia. Intervento al convegno Il gioco d'azzardo, entità del fenomeno, caratteristiche e possibili trattamenti, Pistoia 2005: 34-45.

Scherhorn G, Reisch LA., Raab G. Addictive Buying in west Germany: An Empirical Study, *Journal of Consumer Policy* 1990; 13: 355-388.

Schneider JP, Irons RR. Assessment and treatment of addictive sexual disorder. *Substance Use & Misuse* 2001; 36: 1785-820.

Schneider JP, Schneider B. Couple recovery from sexual addiction/coaddiction: Results of a survey of 88 marriages. *Sexual Addiction and Compulsivity*; 1997;3.

Shaham Y, Lu L, Hope BT, Dempsey J, Liu SY, Bossert JM. Central amygdala ERK signaling pathway is critical to incubation of cocaine craving *Nature Neuroscience* 2005; 8: 212 - 219.

Shapiro D. *Autonomy and rigid character*. New York: Basic Books; 1981.

Sharma SK et al. Dual regulation of adenylate cyclase accounts for narcotic dependence and tolerance. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 1975; 72: 3092–3096.

Shaw-Lutchman TZ. et al. Regional and cellular mapping of cAMP response element-mediated transcription during naltrexone-precipitated morphine withdrawal. *J. Neurosci* 2002; 22: 3663–3672.

Shimazu A, Schaufeli WB. Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Ind Health*. 2009; 47(5):495-502.

Shisslak CM, Crago M, Estess LS. The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 3: 209-219.

Short D, Casula C. Speranza e resilienza. Cinque strategie psicoterapeutiche di Milton H. Erickson. FrancoAngeli; 2004.

Shu-Sha AG, Kaveri S. Youth Internet use: risks and opportunities. *Current Opinion in Psychiatry*, 2009; 22:351–356.

Shu-Sha Angie Guan and Kaveri Subrahmanyam. Youth Internet use: risks and opportunities *Current Opinion in Psychiatry* 2009, 22:351–356.

Sideli L, Barrale L. La sex addiction. *NÓOS*, 2008; 2:147-158.

Siever LJ, Bernstein DP, Silverman JM. Schizotypal personality disorder: A review of its current status. *Journal of Personality Disorders*, 1991; 5: 178-193.

Sifneos PE. Affect, deficit and alexithymia. *New Trend. Experimental Clinical Psychiatry*, 1994; 10: 193-195.

Simmel E. Psychoanalysis of the gambler. *Int. J. Psychoan.* 1920;1: 352-353.

Skodol AE, Oldham JM, Gallagher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. In *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156(5):733-738.

Skodol AE, Oldham JM. Phenomenology, differential diagnosis, and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. In: JM Oldham, E Hollander, AE Skodol (eds), *Impulsivity and Compulsivity*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.

Skodol AE. Problems in differential diagnosis: from DSM III to DSM III R in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Press; 1989.

Smart RG, Ferris J. Alcohol, Drug and Gambling in the Ontario Adult Population. *Canadian Journal of Psychiatry* 1996; 41: 36-45.

Sobell MB, Sobell LC. Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking. New York: Plenum; 1978.

Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive. New Addictions-Porno dipendenza <http://www.siipac.it/newaddictions/pornodipendenza.htm>

Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: a new look at the interface between nonwork and work. *J Appl Psychol* 2003; 88, 518–28.

- Sophia EC, Tavares H, Berti MP, Pereira AP, Lorena A, Mello C, Gorenstein C, Zilberman ML. Pathological love: impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectr.* 2009 May;14(5):268-74.
- Spanagel R, Weiss EJ. The dopamine hypothesis of reward; past and current status. *Trends Neurosci.* 1999; 22: 521-527.
- Spann L, Fischer JL. Identifying Codependency, *The Counsellor*, 1990; 8: 27-42.
- Spear HJ, Kulbok P. Autonomy and adolescence: a concept analysis. *Public Health Nursing*, 2004; 21(2): 144-152.
- Spitzer RL et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 1992; 11(3).
- Squicciarino N. Il vestito parla: considerazioni psicosociologiche sull'abbigliamento. Armando Editore; 1996.
- Stahal MS. Psicofarmacologia essenziale, basi neuro-scientifiche e applicazioni pratiche. Torino, Centro Scientifico Editore, 2002.
- Stannard P. Men more dependent on exercise than women. Univ. of Florida: UF News, 2002.
- Stein S. A developmental approach to understanding compulsive gambling behaviour. In H. Shaffer (Ed.), *Compulsive Gambling: Theory, Research, and Practice*. Lexington, MA: Lexington Books/D. C. Heath and Company, 1989.
- Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes and why? *Ann NY Acad Sci*, 2004; 1021:51-8.
- Steiner J. I rifugi della mente. Organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline. Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
- Steiner S. I rifugi della mente. Boringhieri, Torino, 1993.
- Stiregel-Moore RH et al. Abuse, Bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (11): 1902-7.
- Stone MH. The course of borderline personality disorder. In Tasman A, Hales RE, Frances AJ. *American psychiatric press review of psychiatry*, 1989.
- Strain EC, Griffiths RR, Quando la caffeina e troppo elettrizzante. *Medicina delle Tossicodipendenze* 1996; anno IV num. 1: 20-27.
- Straussner SLA. The handbook of addiction treatment for women. John Wiley and Sons; 2002.

- Stunkard AJ. Eating Patterns and Obesity. *Psychiatric Quarterly* 1959; Vol. 33: 284-295.
- Sullivan RJ, Hagen EH, Hammerstein P. Revealing The Paradox Of Drug Reward In Human Evolution, DOI: 10.1098/rspb.2007.1673, *Proceedings B: Biological Sciences*, 19-03-2008-
- Sussman S, Griffiths H. Prevalence of addictions: a problem of the majority or the minority? *Eval. Health Prof.*, 2011.
- Tata P, Fox J, Cooper J. An investigation into the Influence of Gender and Parenting Styles on Excessive Exercise and Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, 2001; 9: 194-206.
- Tavares H, Sabbatini S Lobo D, Fuentes D, Black DW. Compulsive buying disorder: a review and a Case Vignette. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008; 30.
- Taylor JR, Robbins TW. Enhanced behavioral control by conditioned reinforcers following micro-injections of d-amphetamine into the nucleus accumbens. *Psychopharmacology* 1984; 84: 405-412.
- Tempesta E, Janiri L (1986) L'abuso di farmaci psicotropi e la dipendenza da benzodiazepine. In: *Patologia ambientale e sociale*. Roma: ANMIRS; 1986. pp. 189-208.
- Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addict Behav*, 2009; 34: 237-45.
- Thoren P, Asberg M, Bertilsson L. et al. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder, II: biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*, 1980; 37: 1289-94.
- Tonioni F, D'Alessandris L, Lai C, Martinelli D et al. Internet Addiction: hours spent online, behaviours and psychological symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 2011.
- Triebwasser J, Shea MT. Personality change resulting from another mental disorder. In Widiger TA, Frances AJ et al. *DSM-IV sourcebook*. APA, Washington DC, 1996; 861-868.
- Twain, DC. Factor analysis for particular aspects of behavioral control-impulsivity. *Journal of Clinical Psychology* 1957; 13: 133-136.
- Ulman, RB, Harry P. *The Self Psychology of Addiction and Its Treatment*. Psychology Press; 2006.
- Valence G, D'Astous A, Fortier L. (1988), Compulsive Buying: Concept and Measurement, *Journal of Consumer Policy* 1988; 11: 419-433.
- Valente E, Cappelleri A. Internet oggi. In Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. *La mente in Internet*. Padova: Piccin; 2000.

- Veale D. Exercise dependence, *British Journal of Addiction*, 1987; 82: 735-740.
- Veale D. Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder. *Adv Psychiatr Treat* 2001; 7: 125-32.
- Veale D. Does primary exercise dependence really exist? in *Exercise addiction: motivation for participation in sport and exercise*, Leicester: The British Psychological Society.; 1995.
- Vegetti Finzi S, Battistin AM. *L'età incerta. I nuovi adolescenti*. Mondadori 2000.
- Villella C, Martinotti G. Behavioural addictions in adolescents and young adults: results from a prevalence study. *J. Gambl Stud.*, 2011; 203-214.
- Vinai P, Todisco P. Quando le emozioni diventano cibo. *Psicoterapia cognitiva del Binge Eating Disorder*. Milano: Cortina Libreria; 2007.
- Volkow N, Li TK. The neuroscience of addiction. *Nat Neurosci* 2005; 8(11):1429-30.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Swanson JM. Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Mol Psychiatry* 2004; 9: 557-69.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology* 2004; 47: 3-13.
- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Gatley SJ, Hitzemann R, Chen AD, Dewey SL, Pappas N. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature* 1997; 386:830-3.
- Volkow ND. How can drug addiction help us to understand obesity? *Nature Neurosciences*, 2005.
- Volkow ND. The Neural Basis of Addiction: a pathology of motivation and choice. *Am.J.Psychiatry*, 2005; 162:1403-1413.
- Von Hattingberg H. Analerotik, Angstlust und Eigensinn. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1914; 244-258
- Wadden T. *Handbook of obesity treatment*. Guilford Press; 2004.
- Wang GJ, Volkow ND, Logan J et al. Brain dopamine and obesity. *Lancet*, 2001; 357:354-7.
- Waska R. Addictions and the quest to control the object. *Am J Psychoanal*, 2006; 66(1):43-62.

White FG, Wachtel SR, Hohansen PA, Einhorn LC. In Chiodo LA, Freeman AS. Eds. Neurophysiology of dopaminergic systems: current status and clinical perspective. Detroit, USA: Lakeshore Publishing; 1987.

Widiger TA, Trull TS. Borderline and narcissistic personality disorders. In Sutker PB, Adams HE. Comprehensive Psychiatry, 1993; 34(3): 145-149.

Widnell, KL. et al. (1994) Regulation of expression of cAMP response element binding protein in the locus coeruleus in vivo and in a locus coeruleus-like (CATH.a) cell line in vitro. Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A 1994; 91: 10947–10951.

Williams TM. Black Pain: It Just Looks Like We're Not Hurting. Simon & Schuster; 2008a.

Williams WA, Potenza MN The neurobiology of impulse control disorders Rev Bras Psiquiatr. 2008b; 30 (Supl I): S24-30

Winestine M.C. Compulsive Shopping as a derivate of childhood seduction, Psychoanalytic Quarterly 1985; 54: pp. 70-72.

Witkin G. (1988), The shopping fix. Health 1988; 20 (5): 73-78.

Wong PW, Chan WS, Conwell Y, Conner KR, Yip PS. A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. J Affect Disord. 2009 Apr 23.

World Health Organization. ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992.

Wykes A. L'azzardo. Ed. Rizzoli, 1966.

Yanoski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. American Journal of Psychiatry 1993; 150: 1472-1479.

Yates A. Compulsive Exercise and the Eating Disorders. Brunner/Mazel, New York, 1991.

Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between harmful alcohol use and Internet addiction among college students: comparison of personality. Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Apr;63(2):218-24.

Young K. S. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. Psychological Reports 1996; 79:899-902.

Young KS. Caught in the Net. New York: John Wiley & Sons, 1998.

Young KS. Caught in the Net. Presi nella Rete. Bologna: Calderoni; 2000.

Young KS. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. In: VandeCreek L, Jackson TL. Innovations in clinical practice: a source book. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999.

Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav.*, 1998; 11:237-244.

Young KS. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 1996; 79:899-902.

Young KS. What is Cybersexual Addiction? Tratto dal sito <http://netaddiction.com>; 1998.

Yuan K, Qin W, Wang G, Zeng F, Zhao L et al. Microstructure abnormalities in adolescents with Internet Addiction Disorder. University of Illinois at Chicago, 2011.

Zanon I, Bertin I, Fabbri Bombi A, et al. Trance Dissociativa e internet dipendenza: studio su un campione di utenti della rete. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2002; 8: 381-90.

Zimmerman BJ. Self-efficacy and educational development. In Bandura A, Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press, 1995.

Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 44-8.

Zucker RA, Fitzgerald HE, Moses HD. Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: a developmental perspective on aetiologic theory and life course trajectory. In Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology*, 1995; 2: 677-711.

Zuckerman M, Kolin EA, Price L et al. Development of a sensation-seeking scale. *Journal of Consulting Psychology*, 1964; 28: 477-482.

Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J et al. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993; 65(4): 757-768.

Zuckerman M. *Psychobiology of personality*. New York, Cambridge University Press, 1991.

Zuckerman M. *Sensation seeking, risk taking and health*. New York, Springer-Verlag, 1998.