

# NUOVE DIPENDENZE. EZIOLOGIA, CLINICA E TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE "SENZA DROGA"

*A cura di* Daniele La Barbera, Caterina La Cascia

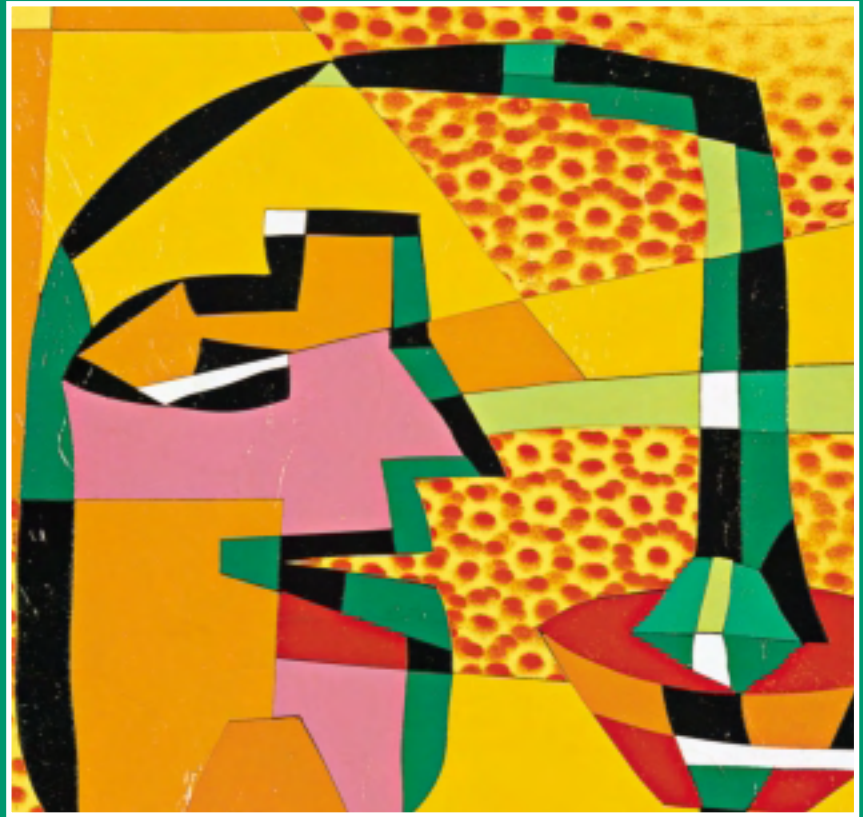
*Scritti di* Barrale, Cacace, Cannizzaro, Cannizzaro, Caretti,  
Craparo, D' Alessandro, Ferraro, La Barbera, La Cascia,  
Monaco, Mulè, Schimmenti, Sideli, Valsavoia.

*Direttore*  
Gaspare Vella  
*Direttore*  
Associato  
Alberto  
Siracusano

# NÓOS<sup>50</sup>

## AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

VOL 14, N 2, MAGGIO-AGOSTO 2008



Il Pensiero Scientifico Editore

# NÓOC

AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

Rivista quadrimestrale

*Direttore:*  
Gaspere Vella

*Direttore Associato:*  
Alberto Siracusano

*Comitato Scientifico:*  
Eugenio Aguglia, Alfredo Carlo Altamura,  
Giovanni Battista Cassano, Giuseppe Ferrari, Pierluigi Giordano,  
Giordano Invernizzi, Gabriel Levi, Carlo Maggini, Mario Maj,  
Giovanni Muscettola, Emilio Sacchetti, Michele Tansella

*Segreteria di Redazione:*  
Cinzia Niolu

*Segreteria Editoriale:*  
Manuela Baroncini

*Direttore Responsabile:*  
Francesco De Fiore

Iscritto al Registro della Stampa  
al n. 270/95 con ordinanza del  
Tribunale di Roma

*Finito di stampare:*  
Luglio 2008

*Direzione, Redazione e  
Amministrazione:*  
Il Pensiero Scientifico Editore srl  
Via Bradano 3/c, 00199 Roma  
Tel. (+39) 06 862821  
Fax (+39) 06 86282250  
Internet: <http://www.pensiero.it>  
E-mail: [pensiero@pensiero.it](mailto:pensiero@pensiero.it)

*Fascicolo singolo:* € 20,00

*Progetto grafico ed  
Impaginazione:*  
Sudler & Hennessey  
Milano

*Stampa:*  
Tipografia Grafica 10  
Via G. Antonucci  
06012 Città di Castello (PG)

*Garanzia di riservatezza per gli abbonati*

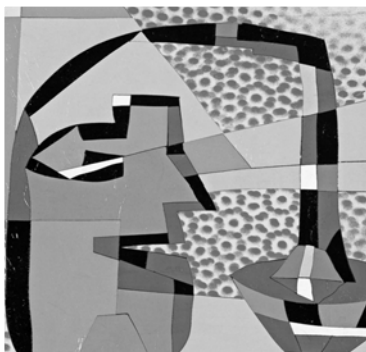
L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a Il Pensiero Scientifico Editore, ufficio Promozione, via Bradano 3/c, 00199 Roma.

Le informazioni custodite nell'archivio verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96 tutela dati personali).



Il Pensiero Scientifico Editore

Con accreditamento  
della Società Italiana di  
Psichiatria



In copertina:  
opera di  
Ugo Nespolo  
Tecnica: Acrilico su legno  
Si ringrazia l'Autore  
per la gentile  
concessione.

*“Tutte le cose erano insieme; poi venne la mente (ὁ νοῦς)  
e le dispose in ordine”*

*(Anassagora, Diog. Laer., Vite dei Filosofi, II, cap. III)*

*I limiti della nostra conoscenza psichiatrica ci fanno descrivere, in molti modi e con metodi diversi, la co-presenza, nel biologico, del somatico e dello psichico.*

*Abbiamo scelto la parola NÓOS, mente, per indicare lo spazio, il tempo e la trama di quel che ci appare un intreccio significativo della natura umana, nel suo benessere o nel suo malessere; e, pertanto, l'analisi delle componenti di questo intreccio, e del loro modo di correlarsi, ci sembra irrinunciabile nella teoria e nella pratica clinica.*

*NÓOS vuole costituire uno strumento ed un'occasione di incontro e di confronto dei diversi stili della ricerca psichiatrica, al fine di “aggiornare”, di trattare, cioè, i temi psichiatrici esponendo i dati recenti e corrispondendo all'esigenza del tempo presente; esigenza che ci sembra essere quella di un orientamento, metodologicamente fondato, che escluda tanto un eclettismo acritico, quanto un cieco riduttivismo, e che si sforzi di correlare i fenomeni somatici con i fenomeni psichici e psicopatologici (e viceversa), nella speranza di una prossima capacità di integrare ogni ordine di fenomeni in una visione, realistica e terapeuticamente efficace, dell'uomo come un tutto unico.*

*In tale ottica, ciascun numero della rivista, che avrà cadenza quadrimestrale, si occuperà di un argomento monotematico, di particolare attualità, e verrà affidato a singoli curatori.*

*Gaspare Vella  
Alberto Siracusano*

La pubblicazione  
di questa rivista  
è resa possibile  
grazie al sostegno  
di Lundbeck Italia S.p.A.

# NÓOS

**AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA**

Volume 14, Numero 2, Maggio-Agosto 2008

## **NUOVE DIPENDENZE. EZIOLOGIA, CLINICA E TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE "SENZA DROGA"**

A cura di

Daniele La Barbera, Caterina La Cascia

### *Sommario*

<b>Prefazione</b>	<b>97</b>
DANIELE LA BARBERA	
<b>Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze</b>	<b>99</b>
ALICE MULÈ	
<b>Psicodinamica delle dipendenze patologiche</b>	<b>107</b>
VINCENZO CARETTI, GIUSEPPE CRAPARO, ADRIANO SCHIMMENTI	
<b>La valutazione diagnostica</b>	<b>117</b>
SILVANA CACACE, ROSARIA VALSAVOIA	
<b>Il gioco d'azzardo patologico</b>	<b>129</b>
DANIELE LA BARBERA, CATERINA LA CASCIA	
<b>Le psicotecnologie e l'internet addiction disorder</b>	<b>139</b>
DANIELE LA BARBERA, STEFANIA CANNIZZARO	
<b>La sex addiction</b>	<b>147</b>
LUCIA SIDELI, LOREDANA BARRALE	

<b>Il problema della comorbidità</b>	<b>159</b>
<hr/>	
CATERINA LA CASCIA, LAURA FERRARO, ALICE MULÈ	
<b>Farmacoterapia delle nuove dipendenze</b>	<b>169</b>
<hr/>	
ALICE MULÈ, ANTONINO D'ALESSANDRO	
<b>L'exercise addiction</b>	<b>177</b>
<hr/>	
DANIELE LA BARBERA, GABRIELLA CANNIZZARO, MONICA MONACO	

# NÓOS

## AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

Sul prossimo quaderno  
Settembre-Dicembre 2008

### **PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA E DELL'ETÀ ADULTA**

A cura di  
Massimo Ammaniti, Gabriel Levi,  
Alberto Siracusano

#### *Sommario*

##### **Prefazione**

MASSIMO AMMANITI, GABRIEL LEVI, ALBERTO SIRACUSANO

##### **Psicopatologia dello sviluppo e anoressia infantile: continuità omotipica ed eterotipica**

MASSIMO AMMANITI, LOREDANA LUCARELLI,  
SILVIA CIMINO, FRANCESCA D'OLIMPIO

##### **Discontinuità e continuità tra Disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività e Disturbo borderline di personalità**

GABRIEL LEVI, MARIA ROMANI

##### **Traumi dell'età dello sviluppo e spettro schizofrenico**

ALEX RUBINO, ROBERTA GROCE NANNI, ALBERTO SIRACUSANO

##### **Condividere e condividere nello stesso modo. Il maltrattamento è un'esperienza condivisa dai fratelli?**

ANTONIA BIFULCO, YAEL ILAN-CLARKE, LEONIE HANNAN

## Prefazione



*Le nuove dipendenze rappresentano per la psichiatria un'area di studio quanto mai attuale che si è venuta ad arricchire, negli anni recenti, sia di un numero crescente di ricerche e osservazioni in ambito clinico, sia di contributi teorici e metodologici di notevole interesse. Considerate da alcuni autori tra i più significativi disturbi psicopatologici emergenti, in effetti le "dipendenze senza droga" si situano all'interno di un crocevia in cui fattori di ordine sociale, culturale ed economico incontrano aspetti di tipo personologico, psicomodinamico, psicobiologico. Esse, quindi, offrono una specifica e importante possibilità di lettura, oggi sempre più indispensabile, del rapporto problematico esistente tra mutamento sociale e disagio psichico, tra il rapido emergere di nuovi modelli culturali, stili di vita e di consumo e neo-bisogni, da una parte, e modificazioni critiche dell'assetto cognitivo e affettivo-emotivo, dall'altra<sup>1-3</sup>.*

*Il forte impatto a livello individuale e collettivo dell'insieme di questi cambiamenti, insieme con la velocità progressivamente crescente con la quale essi si vengono a realizzare, richiede uno sforzo adattativo che deve essere considerato uno dei più importanti fattori interpretativi del diffondersi dei nuovi comportamenti "additivi", ma anche delle nuove e differenti presentazioni di patologie psichiatriche già ampiamente note, come quelle dell'area nevrotica e dei disturbi di personalità. Eherenberg<sup>4</sup> scrive, a questo proposito, che: "Le nuove dipendenze, accanto alla depressione, sono innegabilmente le malattie emblematiche della modernità: da una parte l'agire eccessivo del soggetto dipendente, dall'altra l'impossibilità di agire del depresso" e Gagnepain<sup>5</sup> sottolinea come siamo passati da un'epoca caratterizzata dalle patologie dell'inibizione (l'isteria, con la rimozione e la repressione) ad un'epoca – l'odierna – caratterizzata da patologie dell'eccesso e dell'agire (le dipendenze, i disturbi di personalità).*

*Esiste, quindi, un particolare raccordo interpretativo di tipo psicosociale tra tutte le diverse forme di nuove dipendenze, ma, allo stesso modo, è possibile rilevare, al di là delle differenti caratteristiche di ogni specifica forma di new addiction, una serie di radicali psicopatologici comuni a tutti questi disturbi che ne giustifica una trattazione unitaria. Tali aspetti richiamano la dimensione impulsiva e quella compulsiva, le componenti Alessitimiche e quelle dissociative, gli aspetti anedonici (o disedonici), il ruolo del trauma e degli eventi stressanti, il rapporto con l'ADHD, la comorbilità con i disturbi di personalità e i disturbi depressivi.*

*Ciascuno di questi ambiti è attualmente oggetto di studio e di approfondimento da parte di numerosi gruppi di ricerca italiani e stranieri – e gli articoli che seguono ne offrono una rassegna non esaustiva ma certamente indicativa dell'interesse scientifico che tali disturbi hanno mobilitato negli anni recenti – a dimostrazione della necessità di pervenire ad un grado di comprensione psicopatologica e sistematizzazione diagnostica più precise ed efficaci nel fornirci modelli utili per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento farmacologico e psicoterapeutico.*

*Infine non va trascurato che le dipendenze evidenziano non solo disagi e patologie, ma anche bisogni, speranze, aspettative e a volte anche progetti che non trovano strumenti e modalità adeguati per realizzarsi; ed è necessario quindi sforzarsi di non vedere in tutte queste varie forme di addiction soltanto aspetti unicamente distruttivi, regressivi, disadattativi. Come afferma la McDougall<sup>6</sup>, infatti, “Le vittime della dipendenza sono impegnate in una immensa sfida alle dipendenze umane universali, compresa l’illusione di ritrovare il paradiso perduto dell’infanzia dove si è liberi dalla responsabilità e il tempo non esiste. Ho apprezzato tutti quei pazienti, vittime di fomi e compulsioni di ogni tipo, che ciononostante hanno avuto il coraggio di intraprendere l’avventura psicoterapeutica con i suoi diversi rischi e che hanno scelto di mangiare dall’albero della conoscenza, sapendo che il prezzo da pagare potrebbe essere l’esclusione definitiva dall’illusione del paradiso”.*

*Nella prospettiva della relazione terapeutica, sarebbe, quindi, un’occasione perduta se non riuscissimo a decodificare e a interpretare la domanda nascosta che sta spesso alla base delle dipendenze comportamentali e che è una domanda di vita, di piacere, di relazione e di contatto, domanda che si infrange spesso contro l’impossibilità a vivere rapporti autentici e profondi. Restituire a queste persone la capacità di sperimentare piacere e gratificazione in modo non compulsivo e dalle normali esperienze della vita rappresenta quindi l’obiettivo semplice e ambizioso allo stesso tempo, difficile ma non impossibile, che orienta il percorso terapeutico nelle dipendenze patologiche verso la possibilità di coniugare la responsabilità con la libertà, l’ethos con il pathos, l’eros con il logos<sup>7</sup>.*

*Daniele La Barbera  
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo*

## Bibliografia

1. Valleur M, Matysiak JC. Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza. Torino: Bollati Boringhieri; 2004.
2. Benasayag M, Schmit G. L’epoca delle passioni tristi. Milano: Feltrinelli; 2004.
3. Bauman Z. Modernità liquida. Bari-Roma: Laterza; 2005.
4. Eherenberg A. La fatica di essere se stessi. Milano: Einaudi; 1999: p 34.
5. Gagnepain J. Corps a corps. In: Villerbu L, ed. Violence, delinquance, psychopathie. Rennes: Presses Universiteur de Rennes; 1990.
6. McDougall J. Eros, le deviazioni del desiderio. Milano: Raffaello Cortina; 1997: p 45.
7. Caretti V, La Barbera D. Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina; 2005.



# Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze



ALICE MULÈ

Unità Operativa di Psichiatria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria,  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico A.O.U.P. P. Giaccone

## RIASSUNTO

Le nuove dipendenze (internet addiction, il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da sesso, l'exercise addiction, la dipendenza da lavoro) rappresentano un gruppo di patologie emergenti, con caratteristiche simili alla dipendenza da sostanze e ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo e impulsivo. Negli ultimi anni si assiste ad un crescente interesse per questi disturbi ma le conoscenze ad oggi sono piuttosto limitate in relazione ai correlati neurobiologici che sottendono queste patologie. I dati presenti in letteratura fanno riferimento soprattutto ai modelli biologici della dipendenza da sostanze, che secondo alcuni autori implicano meccanismi biologici che potrebbero essere comuni ad altre forme di dipendenza.

*Parole chiave:* dipendenza, neurobiologia.

## SUMMARY

New addictions (internet addiction, pathological gambling, sex addiction, exercise addiction, work addiction) represent a group of emerging disorders sharing some aspects with drug addiction, obsessive-compulsive spectrum disorders and with impulsive spectrum disorders. Recently there is a growing interest towards these disorders, but the knowledge about their neurobiological correlates is still incomplete. Literature data refer mostly to substance addiction biological models, which may share some biological aspects with new addictions.

*Key words:* addiction, neurobiology.

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 99-106

## INTRODUZIONE

Con il termine “nuove dipendenze” viene definito un gruppo di disturbi eterogenei (come la dipendenza da internet, il gioco d’azzardo patologico, la dipendenza da sesso, l’exercise addiction, la dipendenza da lavoro) che implicano un coinvolgimento in un’abitudine ripetitiva e persistente, tesa a modificare lo stato di coscienza dell’individuo, e che a lungo termine comportano una compromissione significativa della sfera lavorativa, affettivo-relazionale e sociale del soggetto. Si tratta di condotte disfunzionali caratterizzate dalla perdita del controllo sul comportamento nonostante le conseguenze negative che esso determina, dall’impossibilità di procrastinare il soddisfacimento del bisogno, da uno stato di euforia conseguente alla messa in atto del comportamento, in modo analogo a quanto accade nei soggetti affetti da dipendenza da sostanze. La ricerca sulle dipendenze comportamentali è piuttosto florida, tuttavia ad oggi non vi è accordo sull’inquadramento nosografico di questo gruppo di disturbi. L’interpretazione della neurobiologia delle dipendenze poggia su due linee teoriche: la prima postula che la sostanza determini delle modificazioni a livello cerebrale che favoriscano l’instaurarsi della condizione di dipendenza, la seconda ipotizza invece che la dipendenza si sviluppi in soggetti che presentino una condizione preesistente di vulnerabilità.

Diversi autori hanno sottolineato le analogie tra le dipendenze comportamentali e la dipendenza da sostanze, ipotizzando che alla base di tali disturbi vi sia un processo bio-psicologico comune<sup>1</sup>; pertanto secondo alcuni autori si dovrebbe considerare la dipendenza come una sindrome caratterizzata da segni e sintomi caratteristici che si manifestano in soggetti che presentano una particolare vulnerabilità dovuta a fattori biologici e psicosociali comuni e, piuttosto che considerare separatamente i diversi oggetti della dipendenza, gli sforzi in ambito scientifico dovrebbero essere indirizzati a identificare il processo patologico comune alle diverse forme di dipendenza.

## CORRELATI NEUROBIOLOGICI DELLA DIPENDENZA

Numerosi ricercatori hanno tentato di identificare i correlati neurobiologici della vulnerabilità al comportamento dipendente; sono state evidenziate alterazioni del circuito dopaminergico mesolimbico, riduzione di recettori dopaminergici D<sub>2</sub>, anomalie a livello di regioni corticali come la corteccia orbito-frontale e il giro cingolato, la presenza di varianti genetiche del recettore CB1 dei cannabinoidi, l’*up-regulation* del gene BDNF e alterazione dell’attività della leptina<sup>1</sup>.

Sono stati condotti studi di biochimica, di neuroimaging funzionale e di genetica che confermano l’esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze di tipo comportamentale e la dipendenza da sostanze<sup>2</sup>; il gioco d’azzardo, il cibo, il sesso rappresentano, infatti, esperienze capaci di attivare i circuiti responsabili della gratificazione in modo simile a quanto accade nella gratificazione indotta dal consumo di sostanze

psicoattive. Goodman ipotizza che le dipendenze comportamentali siano sottese da un comune “processo additivo” derivante dall’alterazione di tre sistemi funzionali: motivazione-gratificazione, regolazione degli affetti e inibizione comportamentale. L’alterazione del sistema di motivazione-gratificazione causa sensazioni spiacevoli nel soggetto, per cui le condotte in grado di attivare il sistema di gratificazione acquisiranno un marcato rinforzo. L’alterazione della regolazione degli affetti implica l’evitamento di emozioni dolorose intollerabili che l’individuo non riesce a gestire, mentre la disfunzione dei meccanismi di inibizione comportamentale comporta che il soggetto abbia l’urgenza di mettere in atto un comportamento (che attivi il sistema della gratificazione) o di evitare un’emozione dolorosa, senza tenere conto delle conseguenze negative che esso comporta a lungo termine; così un giocatore d’azzardo patologico non può fare a meno di continuare a scommettere nonostante abbia già perso una grossa somma di denaro.

## I MECCANISMI DI GRATIFICAZIONE

Tradizionalmente si ritiene che alla base della dipendenza da sostanze e delle dipendenze comportamentali vi sia un’alterazione dei meccanismi cerebrali implicati nella gratificazione e nella motivazione che coinvolgono circuiti meso-cortico-limbici (neuroni provenienti dall’area tegmentale ventrale mesencefalica che proiettano al nucleo accumbens e alla corteccia prefrontale). Tali meccanismi sono regolati dall’interazione di diversi sistemi neurotrasmettitoriali tra cui quelli principalmente coinvolti sono il sistema dopaminergico, che controlla la spinta motivazionale alla ricerca dello stimolo gratificante e il sistema oppioide, che media i processi di gratificazione derivanti dal consumo della sostanza<sup>3</sup>. La dopamina a livello del nucleo accumbens viene rilasciata in seguito alla presentazione di stimoli appetitivi (che determinano la motivazione) e di stimoli consumatori nuovi, salienti o imprevisi. La maggior parte delle sostanze d’abuso psicotrope (alcol, eroina, marijuana, benzodiazepine, cocaina e amfetamine) e stimoli ambientali di varia natura come il cibo, l’attività sessuale, il gioco, determinano un aumento della trasmissione dopaminergica a livello della regione *shell* del nucleo accumbens; questo viene tradizionalmente considerato il meccanismo alla base della gratificazione e degli effetti rinforzanti delle sostanze d’abuso<sup>4</sup>. Le sostanze d’abuso determinano un rilascio di dopamina maggiore e più prolungato nel tempo rispetto agli stimoli naturali. Ad esempio, la cocaina e le amfetamine agiscono direttamente sui neuroni dopaminergici, bloccando il trasportatore della dopamina (DAT) e producendo un massiccio incremento del neurotrasmettitore a livello sinaptico e questo effetto si verifica anche in seguito a somministrazioni ripetute, al contrario di quanto si verifica invece con la somministrazione di un cibo particolarmente gustoso che, la prima volta, determinerà un incremento di dopamina, ma con somministrazioni ripetute questo processo va incontro ad abitudine e il rilascio di dopamina si ridurrà progressivamente.

Secondo le prospettive più recenti però, l’attivazione dei sistemi di gratifica-



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE “SENZA DROGA”

Nº05  
2:2008; 99-106

zione in seguito al consumo della sostanza non è sufficiente a spiegare l'instaurarsi del fenomeno della dipendenza che si configura come un evento complesso, che coinvolge diversi circuiti e sistemi neurotrasmettitoriali.

È stato osservato, infatti, che stimolando la liberazione di dopamina nel nucleo accumbens in animali da esperimento non si verificavano comportamenti assimilabili alla tossicomania<sup>5</sup>. Inoltre, la liberazione di dopamina in seguito alla somministrazione di droghe avviene sia in soggetti dipendenti sia in soggetti non dipendenti, per cui la perdita del controllo sull'assunzione della sostanza e la ricerca compulsiva della stessa devono essere sottese da meccanismi differenti.

## TEORIA DELLA SENSITIZZAZIONE INCENTIVA

I meccanismi neurobiologici che sottendono la condizione di dipendenza vera e propria sono solo parzialmente conosciuti. Un ruolo importante è svolto anche dalle aree cerebrali implicate nell'apprendimento e nella memoria (ippocampo), nella regolazione delle emozioni (amigdala) e nel controllo degli impulsi (aree cortico-frontali). Tra le teorie esplicative del meccanismo attraverso cui si instaura il processo di dipendenza c'è quella della sensitizzazione incentiva<sup>6</sup>. Secondo questa ipotesi, l'esposizione ripetuta alle sostanze determinerebbe un'ipersensibilità dei circuiti cerebrali che mediano la funzione incentivo-motivazionale. La dopamina ha un ruolo fondamentale nell'attribuzione della "saliienza" ovvero del valore motivazionale a stimoli di varia natura (gratificanti, nuovi, inaspettati e piacevoli), nell'indirizzare i comportamenti motivati, nel predire la gratificazione e nella facilitazione del consolidamento dei ricordi di eventi salienti<sup>7</sup>. Secondo Robinson e Berridge l'esposizione ripetuta alle sostanze determina una serie di modificazioni dei circuiti neuronali (nucleo accumbens e striato ventrale) coinvolti nei meccanismi di motivazione incentiva. La motivazione incentiva è uno stato cognitivo e affettivo attivato da stimoli associati con la percezione di uno stimolo non condizionato<sup>8</sup>.

L'ipersensibilità di tali circuiti agli effetti della sostanza, agli stimoli neutri e alle azioni ad essa associati, fa sì che venga attribuito un valore di saliienza incentiva eccessivo alle rappresentazioni legate alla sostanza e che ciò determini un incremento del desiderio (*wanting*) di assumerla<sup>9</sup>. Il processo di sensitizzazione incentiva sarebbe secondo questi autori alla base dell'instaurarsi del fenomeno del craving e delle ricadute<sup>6</sup>. Esso comporta modificazioni sia a livello di vari sistemi neurotrasmettitoriali come la serotonina, il glutammato, la noradrenalina e il GABA, sia modificazioni della plasticità sinaptica a livello del nucleo accumbens e della corteccia, dove in seguito all'assunzione di sostanze si osservano una modificazione della lunghezza dendritica, della densità e del tipo di spine dendritiche.

Secondo alcuni autori<sup>9,10</sup>, alla base dei comportamenti disfunzionali caratteristici delle nuove dipendenze vi sarebbe un'analogia alterazione dei circuiti coinvolti nella saliienza incentiva, per cui contesti e stimoli associati alle diverse condotte compulsive (come il gioco patologico, la dipendenza da

sesso o l'alimentazione compulsiva) potrebbero acquisire proprietà incentivo-motivazionali abnormi. Tale ipotesi non è però attualmente supportata da sufficienti evidenze sperimentali.



## STUDI DI IMAGING

I progressi nell'ambito delle metodiche di neuroimaging (RM funzionale, PET e SPECT) hanno consentito negli ultimi anni di studiare le modificazioni di specifiche aree cerebrali in relazione al comportamento; la PET è stata utilizzata per valutare gli effetti acuti delle sostanze su neurotrasmettori come la dopamina, il GABA e gli oppioidi; la RM funzionale per valutare il grado di attività di specifiche aree cerebrali nei soggetti affetti da una condizione di dipendenza durante le diverse fasi che caratterizzano la dipendenza (intossicazione, craving e astinenza); la corteccia prefrontale, l'amigdala, l'ippocampo e il nucleo accumbens sono le aree cerebrali che sembrano essere maggiormente implicate nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza<sup>3</sup>.

Studi effettuati con la PET e la SPECT hanno dimostrato che a livello striatale nei soggetti dipendenti da sostanze vi è una ridotta concentrazione dei recettori dopaminergici D<sub>2</sub> e una riduzione del rilascio della dopamina. Ciò ha indotto alcuni ricercatori ad ipotizzare che i soggetti dipendenti presentino, a causa di tale deficit, una minore sensibilità agli stimoli rinforzanti naturali<sup>11</sup>; pertanto i circuiti della gratificazione vengono più facilmente attivati dalle sostanze, la cui assunzione verrà privilegiata rispetto alla ricerca degli stimoli gratificanti naturali. Mentre l'assunzione acuta delle sostanze provoca un incremento della trasmissione dopaminergica, il consumo cronico determinerebbe una ridotta funzionalità dopaminergica che provoca una disfunzione della corteccia orbito-frontale e del giro cingolato<sup>11</sup>. Queste aree cerebrali sono implicate nell'attribuzione della salienza agli stimoli e nel controllo inibitorio sui comportamenti disfunzionali. La ridotta trasmissione dopaminergica, a livello della corteccia orbito-frontale e del giro cingolato, potrebbe spiegare l'alterata funzionalità dei sistemi di controllo e sull'attribuzione della salienza che si traduce nella ricerca compulsiva della sostanza da parte dei soggetti dipendenti<sup>11</sup>. Questi autori hanno evidenziato che tali aree sono ipoattive durante le fasi di astinenza, si attivano quando il soggetto assume la sostanza, quando viene esposto a stimoli correlati alla sostanza e quando sperimenta un forte desiderio della stessa. Quanto maggiore è il desiderio della sostanza tanto più intensa sarà l'attivazione delle aree suddette. Poiché è stato dimostrato che l'aumentata attivazione di queste regioni si verifica in altre condizioni caratterizzate da comportamenti compulsivi come il disturbo ossessivo-compulsivo, essa potrebbe essere alla base dell'incapacità di esercitare un controllo sull'assunzione di sostanze e la messa in atto di condotte compulsive di ricerca della sostanza caratteristiche dei soggetti dipendenti<sup>11,12</sup>; le regioni cortico-frontali, infatti, sono essenziali per le funzioni esecutive che implicano la capacità di prendere decisioni, di giudicare le conseguenze delle proprie azioni e di esercitare un controllo sul comportamento.

NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 99-106

## SISTEMI NEUROSTRASMETTORIALI E RECETTORIALI E VULNERABILITÀ AI COMPORTAMENTI ADDITIVI

Goodman ha effettuato una rassegna degli aspetti neurobiologici delle dipendenze esaminando una grossa mole di studi inerenti il ruolo potenziale di diversi neurotrasmettitori e recettori nel “processo additivo”<sup>1</sup>.

Volkow et al. ipotizzano che la disponibilità di recettori  $D_2$  influenzi il grado di piacere sperimentato da soggetti non dipendenti in seguito alla somministrazione del metilfenidato. Hanno osservato che soggetti con una ridotta disponibilità di recettori  $D_2$  a livello striatale riportavano una sensazione di piacere maggiore rispetto a soggetti con un più elevato numero di recettori  $D_2$ , pertanto hanno ipotizzato che la disponibilità di recettori  $D_2$  fosse un fattore correlabile alla diversa vulnerabilità agli effetti delle sostanze d’abuso<sup>13</sup>. Inoltre i livelli ridotti di recettori  $D_2$  erano simili a quelli osservati in soggetti dipendenti da cocaina, per cui hanno ipotizzato che la carenza recettoriale sia una condizione predisponente e antecedente l’abuso. Secondo questi autori, la presenza di livelli elevati di recettori  $D_2$  eserciterebbe un effetto “protettivo” rispetto all’assunzione di sostanze e ciò viene confermato da studi pre-clinici nei quali l’up-regulation dei recettori  $D_2$  a livello del nucleo accumbens riduceva marcatamente l’assunzione di alcol nei ratti precedentemente addestrati ad assumere la sostanza<sup>14</sup>. Studi condotti con la PET e la SPECT evidenziano una riduzione dei recettori  $D_2$  nello striato ventrale di soggetti affetti da dipendenza da alcol, cocaina, metamfetamina ed eroina, e tale deficit si osserva anche dopo un lungo periodo di disintossicazione<sup>11,15</sup>. La stessa riduzione dei recettori  $D_2$  è stata osservata in un campione di soggetti obesi pertanto Wang et al. hanno ipotizzato che questa condizione possa essere alla base della predisposizione più generica a cercare dei “rinforzi”<sup>16</sup>.

Sembra, inoltre, che ci sia un coinvolgimento di altri recettori per la dopamina: l’ipersensibilità dei recettori dopaminergici  $D_1$  a livello del nucleo accumbens contribuisce all’incremento della dopamina a livello sinaptico con un aumento degli effetti di rinforzo prodotti dall’assunzione di cocaina e dunque un potenziamento del processo additivo; mentre una ridotta sensibilità dei recettori  $D_3$  sembrerebbe facilitare il processo additivo.

Verosimilmente anche la serotonina è implicata nel processo additivo, come dimostrerebbe lo studio condotto da Pallanti et al. che hanno riscontrato un’alterazione della funzionalità serotoninergica<sup>17</sup> in un campione di giocatori d’azzardo patologici.

Peraltro l’impulsività, una delle caratteristiche trasversali alle diverse forme di dipendenza, viene tradizionalmente correlata ad alterazioni del sistema serotoninergico. Ad esempio è stata osservata una riduzione dei livelli di acido 5-idrossindolacetico nel liquor cerebrospinale di soggetti affetti da bulimia che presentavano frequenti episodi di *binging*<sup>18</sup>.

Il sistema noradrenergico potrebbe essere coinvolto nei meccanismi della dipendenza poiché modula il sistema dopaminergico; anche il sistema oppioide ha un ruolo poiché è stato osservato che il gioco d’azzardo, l’attività sessuale o le condotte alimentari compulsive stimolano il rilascio di oppioidi endogeni ed è stata osservata una riduzione dei livelli di  $\beta$ -endorfine



nel liquido cerebrospinale di soggetti affetti da bulimia<sup>19</sup>. Inoltre la dinorfina esercita un effetto modulatore sui neuroni dopaminergici che dall'area tegmentale ventrale proiettano al nucleo accumbens e sembra che la ridotta espressione di dinorfina possa contribuire al processo addittivo.

Varianti del gene del recettore CB1 per gli endocannabinoidi potrebbero influenzare la vulnerabilità alla dipendenza; gli endocannabinoidi infatti modulano il rilascio di GABA da parte dei neuroni GABAergici del VTA che a loro volta influenzano il rilascio della dopamina a questo livello. È stato, inoltre, preso in considerazione il ruolo di ormoni e neuromodulatori implicati nei meccanismi di *reward* come il neuropeptide Y, la galanina, l'orexina, la sostanza P, le melanocortine e la leptina per cui si rimanda alla review di Goodman<sup>1</sup>.

## CONCLUSIONI

Le osservazioni prodotte dallo studio dei modelli neurobiologici relativi alla dipendenza da sostanze dovrebbero essere validate anche rispetto alle nuove forme di *addiction*. Lo studio delle alterazioni su un piano biologico assume, infatti, notevole importanza poiché aprirebbe nuovi scenari nella ricerca di strategie terapeutiche mirate ed efficaci, oltre a fornire degli importanti tasselli per la comprensione di un complesso fenomeno bio-psico-sociale come quello dell'*addiction*.

## Bibliografia

1. Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol* 2008; 75: 266-322.
2. Grant JE, Brewer JA, Potenza M. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr* 2006; 11: 924-30.
3. Nava F. Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze. Milano: FrancoAngeli; 2004. La neurobiologia delle sostanze d'abuso, p 75-98.
4. Koob GK, Bloom FE. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science* 1998; 242: 715-23.
5. Ladurelle N, Keller G, Blommaert A, Roquies BP, Daugè V. The CCK-B agonist BC 264, increases dopamine in the nucleus accumbens and facilitates motivation and attention after intraperitoneal injection in rats. *Eur J Neurosci* 1997; 9: 1804-14.
6. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev* 1993; 18: 247-91.
7. 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.
8. 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.
9. Robinson TE, Berridge KC. *Addiction*. *Annu Rev Psychol* 2003; 54: 25-53.
10. Di Chiara G. Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behaviour and addiction. *Behav Brain Res* 2002; 137: 75-114.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 99-106

11. 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 (1 suppl): 3-13.
12. Lubman DI, Yucel M, Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction* 2004; 99: 1491-502.
13. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, et al. Brain DA D2 receptors predict reinforcing effects of stimulants in humans: replication study. *Synapse* 2002; 46: 79-82.
14. Thanos PK, Volkow ND, Freimuth P et al. Overexpression of dopamine D2 receptors reduces alcohol self-administration. *J Neurochem* 2001; 78: 1094-103.
15. Volkow ND, Chang L, Wang GJ, et al. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2015-21.
16. Wang GJ, Volkow ND, Thanos PK, Fowler JS. Similarity between obesity and drug addiction as assessed by neurofunctional imaging: a concept review. *J Addict Dis* 2004; 23: 39-53.
17. Pallanti S, Bernardi S, Querciolo L, De Caria C, Hollander E. Serotonin dysfunction in pathological gamblers: increased prolactin response to oral m-CPP versus placebo. *CNS Spectr* 2006; 11: 956-64.
18. Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, Brewerton TD. Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 132-8.
19. Brewerton TD, Lydiard RB, Laraia MT, Shook JE, Ballenger JC. CSF beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1086-90.



# Psicodinamica delle dipendenze patologiche

VINCENZO CARETTI<sup>1</sup>, GIUSEPPE CRAPARO<sup>1</sup>,  
ADRIANO SCHIMMENTI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo

<sup>2</sup>Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino

## RIASSUNTO

Le dipendenze patologiche sono caratterizzate dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; secondo una prospettiva psicodinamica è possibile rintracciare aspetti comuni nelle diverse forme di dipendenza. L'articolo illustra un modello teorico esplicativo basato sul ruolo svolto dal trauma e dalla disregolazione degli affetti nell'insorgenza delle condizioni patologiche di dipendenza.

*Parole chiave:* dipendenze patologiche, psicodinamica, Alessitimia, dissociazione.

## SUMMARY

Pathological addictions are characterized by the distorted use of a substance, an object or a behaviour; according to a psychodynamic perspective it is possible to underline common aspects shared by different kinds of addiction. This article discusses a theoretical model based on trauma and affect dysregulation in determining pathological addictions.

*Key words:* pathological addictions, psychodynamics, alexithimia, dissociation.



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 107-116

## INTRODUZIONE

Il recente dibattito sulle dipendenze patologiche, per quanto concerne l'approccio metodologico e di ricerca, è stato attraversato dalla più ampia riflessione epistemologica, che ha messo al confronto i tradizionali principi del riduzionismo, della disgiunzione, della matematizzazione e della ripetibilità degli eventi, con quelli centrati sulla complessità, sull'intersoggettività e sulla relatività delle osservazioni di un fenomeno.

Tale riflessione non ha certo determinato il superamento del classico metodo sperimentale positivistico, peraltro ancora in auge nelle cosiddette "scienze forti", ma ha posto e riproposto (riprendendo alcune questioni sull'impossibilità di poter studiare un fenomeno se non nella sua relazione con altri fenomeni e con l'ambiente in cui lo stesso si manifesta) la necessità di una revisione critica dei riferimenti epistemici a cui si ispira la ricerca scientifica. Tale revisione investe in particolar modo quattro importanti nuclei concettuali del sapere scientifico: 1) l'idea di realtà; 2) il rapporto osservatore-osservato; 3) la verità scientifica; 4) la modalità di osservazione.

Il centro gravitazionale di tale revisione, che va sotto il nome di "Paradigma della Complessità"<sup>1,2</sup>, poggia essenzialmente sull'impossibilità di poter giungere ad un'unica "verità vera", sulla sostituzione della logica "aut/aut" con la logica "et/et" e sulla consapevolezza di poter cogliere le intime caratteristiche di un fenomeno solo nella sua relazione con le altre parti di un insieme e con il sistema a cui esso appartiene.

In quanto oggetto di studio scientifico, lo stesso comportamento umano non può essere più spiegato in maniera solipsistica come espressione di moti pulsionali o meccanismi biochimici o in termini unicamente psicosociali, ma va riconsiderato come un fenomeno complesso che coinvolge fattori biologici e sociali e aspetti superficiali e profondi del Sé, che si pongono in una relazione reciproca in continuo movimento e trasformazione.

Lo stesso studio delle dipendenze patologiche non è rimasto estraneo a questa evoluzione di pensiero. In ambito psicoanalitico, ad esempio, si è partiti dalla teoria pulsionale di Freud, che considerava le tossicomanie come retaggio di una fissazione allo stadio orale, per giungere alle recenti formulazioni teoriche che hanno spostato il baricentro del loro interesse ai "processi psichici" alla base dei comportamenti additivi (dalle sostanze psicotrope, dal sesso, dal cibo, da internet, ecc.). In particolare, diversi studiosi, come Goodman, Khantzian, Dodes, Taylor, hanno rivolto la loro attenzione al deficit della regolazione degli affetti, che considerano come uno dei fattori nucleari che sembra accomunare il disturbo da uso di sostanze agli altri comportamenti compulsivi quali l'alcolismo, il gioco di azzardo, i disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze sessuali e quelle che vengono definite dipendenze affettive o tossicomanie oggettuali (ovvero la ricerca incessante di esperienze sentimentali e di stati di innamoramento).

Tale raggruppamento di condotte additive impone un chiarimento su cosa accomuni manifestazioni psicopatologiche apparentemente così differenti, laddove la ricerca *evidence-based* sulle psicoterapie (che però presenta frequentemente evidenti problemi metodologici) sembra suggerire forme

di trattamento specifiche per le diverse condotte di *addiction*. Occorre, pertanto, chiarire il costrutto di riferimento: definiamo come dipendenza patologica una forma morbosa caratterizzata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; uno stato mentale disfunzionale caratterizzato da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere reiterato con modalità compulsive; ovvero una condizione invasiva in cui è presente il fenomeno del *craving*, nell'ambito di un'abitudine incontrollabile e irrefrenabile che causa un disagio clinicamente significativo. Tale definizione ci consente di muoverci più agevolmente rispetto ad una comprensione dei fenomeni di *addiction*, attraverso una visione multifocale e dimensionale in cui al di là dell'apparente diversità delle manifestazioni cliniche possono essere indagati i processi evolutivo-relazionali e psicodinamici comuni che stanno a fondamento delle differenti espressioni della dipendenza patologica.

## LE RADICI EVOLUTIVO-RELAZIONALI DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA

Nonostante le evidenti differenze in merito all'oggetto della dipendenza, i comportamenti additivi sembrano tutti rappresentare un tentativo disfunzionale di contrastare l'emergere incontrollato di vissuti traumatici infantili. Sono infatti numerose le ricerche che confermano la presenza di traumi relazionali nell'infanzia in chi soffre di una qualche forma di dipendenza patologica<sup>2-5</sup>. Si tratta di esperienze di trascuratezza emotiva, di abuso fisico, sessuale e/o psicologico, le cui componenti emotive risultano escluse dal normale flusso di coscienza e depositate in un sistema di memoria traumatica implicita<sup>6</sup>. Se le emozioni traumatiche tendono a riemergere, esse si presentano il più delle volte sotto forma di sintomi post-traumatici (iperattività, rabbia, confusione del pensiero, amnesie dissociative, disturbi somatici), che il soggetto può cercare di contrastare ritirandosi in stati mentali dissociati dal resto della coscienza ordinaria, per mezzo di un oggetto-droga.

Ciò avviene in quanto lo sviluppo psichico di ciascun individuo si origina all'interno di un sistema intersoggettivo primario, dove si organizzano i processi mentali di attenzione, percezione e memoria, ma anche la selezione degli affetti e delle risposte comportamentali. John Bowlby<sup>7,8</sup> evidenziò proprio che le rappresentazioni mentali relative a sé ed all'altro si costituiscono durante la relazione del neonato con i suoi caregiver e si organizzano in schemi cognitivo-affettivi che egli definì "modelli operativi interni" (MOI). È evidente, dunque, il rapporto tra la qualità delle relazioni primarie e lo sviluppo dei MOI nel bambino: i MOI definiscono la visione del mondo che è propria di un individuo e le modalità attraverso cui questi rappresenta i propri stati affettivi e dirige le proprie azioni. MOI di tipo insicuro (e, ancor di più, quelli caratterizzati da confusione o disorganizzazione) vanno dunque di pari passo con esperienze di accudimento negative o trascuranti, che impediscono lo sviluppo di strategie adeguate per l'autoregolazione degli stati affettivi.

Nello sviluppo sano, la particolare attenzione che la figura di accudimento



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 107-116

dimostra verso le emozioni del proprio bambino si esprime attraverso un processo di “sintonizzazione affettiva”<sup>9</sup>, che rende possibile la condivisione di stati emotivi positivi, manifestati da bambino attraverso il gioco ed altre attività, e che costituirà un perno delle modalità di compartecipazione intersoggettiva degli stati affettivi. I genitori capaci di sintonizzarsi affettivamente con il proprio figlio possiedono un’acuta sensibilità nei confronti delle sue espressioni e delle sue manifestazioni emotive, prestandogli attenzione e modificando naturalmente le loro condotte in conformità a ciò che osservano del suo comportamento. In tal modo favoriscono nel bambino un adeguato sviluppo affettivo e cognitivo, generando un mondo relazionale in cui egli può sperimentare se stesso come un essere che sente, pensa, desidera.

In condizioni normali, lo sviluppo progredisce dunque da un’esperienza sensoriale della realtà ad una visione progressivamente più complessa del mondo interno ed esterno. La caratteristica distintiva di questo processo è l’emergere della consapevolezza e della capacità di mentalizzare: ciò implica la possibilità di concepire l’esistenza di pensieri e sentimenti in se stessi e negli altri e di riconoscere la connessione di questi stati mentali con la realtà esterna. I comportamenti delle figure di accudimento e le loro reazioni alle espressioni emotive del bambino aiutano quest’ultimo a focalizzare l’attenzione sulle proprie esperienze interne, dando loro una forma: in tal modo le emozioni assumono un significato, diventando via via più gestibili<sup>10</sup>.

I bambini emotivamente trascurati, invece, non potendo riscontrare il proprio “essere intenzionale” nella mente del caregiver, svilupperanno ridotte capacità di rappresentare gli stati mentali propri e altrui e ciò si esprime frequentemente attraverso l’insorgenza di disturbi dello sviluppo e, in età adulta, attraverso la comparsa di dolorose condizioni psicopatologiche caratterizzate da una predominante dimensione interiore di vuoto affettivo e cognitivo<sup>11</sup>.

Secondo questo modello teorico, dunque, il soggetto dipendente percepisce dei vissuti emotivi dolorosi, sconvolgenti e sopraffacenti, sia rispetto ai propri stati mentali che alle relazioni oggettuali, ma non è in grado di contrastarli efficacemente, poiché presenta un deficit, di natura evolutiva, rispetto alla capacità di identificare e mentalizzare le emozioni. Tale deficit si instaura a causa di difficili esperienze relazionali nell’infanzia, spesso caratterizzate da fenomeni di abuso, da trascuratezza emotiva o da disinteresse da parte dei genitori, che avvelenano la personalità disconnettendo l’unità psiche-soma, frammentando il Sé e producendo un dolore non-nominabile (poiché impensabile).

Ciò rende più probabile il ricorso a forme di dipendenza patologica, all’interno delle quali l’oggetto-droga funge da regolatore esterno degli stati affettivi. Uno dei principali fattori eziopatologici delle *addiction*, dunque, risiederebbe nelle relazioni traumatiche vissute nella prima infanzia: esse possono determinare un ricorso pervasivo a meccanismi difensivi di tipo dissociativo, i quali hanno proprio lo scopo di escludere dalla coscienza le esperienze intollerabili e gli stati emotivi “non-mentalizzabili” a questi connessi<sup>12</sup>.

## IL RUOLO DELLA DISSOCIAZIONE NELLE *ADDICTION*

Le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia rischiano dunque di "patologizzare" le difese dissociative, cioè le naturali tendenze del soggetto a ritirarsi transitoriamente, in condizioni di stress, in rifugi della mente<sup>13</sup> alternativi alla coscienza ordinaria.

La dissociazione è infatti una funzione normale della mente che esclude dal campo della coscienza emozioni e sensazioni caratterizzate da sofferenza interna ed esterna: si tratta di un meccanismo di sbarramento che mette al riparo la coscienza ordinaria dall'inondazione di un eccesso di stimoli dolorosi. Essa ha dunque lo scopo, in tutte le fasi evolutive, di proteggere l'Io per mezzo dell'alterazione dello stato di coscienza ordinario tramite un processo inibitorio attivo delle informazioni intollerabili e sopraffacenti e la costruzione di una realtà parallela più favorevole nella quale trovare un agevole rifugio. Il sollievo che si ricava con il ritirarsi temporaneamente in questo rifugio non ha alcunché di patologico e può essere messo al servizio dell'Io, dell'energia personale, della creatività e delle relazioni oggettuali. Ma quando il ritiro tende alla reiterazione eccessiva e alla dipendenza morbosa, esso comporta il rischio della coazione all'isolamento e alla distorsione del senso del Sé e delle relazioni con gli altri, fino alla perdita del contatto vitale con la realtà, a favore di attività autoerotiche compulsive, di varie forme di dipendenza patologica, fino ai veri e propri disturbi dissociativi d'interesse psichiatrico.

Ciò che avviene nei bambini maltrattati è proprio una mancata integrazione degli stati del Sé, che rimangono così isolati senza essere sintetizzati all'interno della memoria autobiografica.

Per Liotti<sup>14</sup>, la dissociazione riguarda rappresentazioni del Sé precoci, molteplici ed incoerenti, mediate da relazioni interpersonali con una figura curante spaventata o spaventante. L'autore sostiene che l'attaccamento disorganizzato rappresenta la via prototipica per la costruzione di ricordi collegati all'attaccamento che formano la base dei processi dissociativi. In quest'ottica, il legame fra trauma relazionale e dissociazione non deve essere esclusivamente inteso come una difesa contro emozioni dolorose, ma anche come una riaffermazione di strutture di significato molteplici ed incoerenti che riguardano la rappresentazione delle relazioni oggettuali. Ciò comporta sia una rappresentazione molteplice e dissociata di Sé e della figura di attaccamento che un deficit metacognitivo. La disorganizzazione psichica emergente da attaccamenti traumatici<sup>15</sup> incide sulla capacità di mentalizzazione degli aspetti emotivi dell'esperienza. In questi casi, si assiste ad una disgregazione tra le componenti emotive e cognitive, che può essere considerata come uno dei fattori di vulnerabilità allo stress e che può implicare l'uso maladattivo di una sostanza o di un comportamento per generare stati somato-sensoriali di natura dissociativa, alternativi a quelli della coscienza ordinaria, che antagonizzano il senso di disintegrazione psichica provocata dalle emozioni dolorose.

È interessante, a questo proposito, proporre la digressione etimologica sviluppata da Joyce McDougall<sup>16</sup> rispetto alle differenze tra il termine francese *toxicomanie* e quello inglese *addiction*. McDougall fa notare come il termine *toxicomanie* sia riduttivo, in quanto implica un'economia psichica di tipo esaltati-



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 107-116

vo, basata sul desiderio di nuocere a se stessi attraverso l'uso di sostanze tossiche. Nella prospettiva psicodinamica è allora più appropriato concettualmente parlare di *addiction*, termine che deriva dal latino *addictus* e che fa riferimento a una condotta attraverso cui un individuo viene reso schiavo, in quanto esso sottintende la condizione di assenza di libertà nelle dipendenze patologiche.

## IL CRAVING

Rispetto al costrutto di dipendenza patologica che abbiamo proposto, assume allora un ruolo fondamentale il concetto di *craving*. Il *craving* è stato spesso analizzato nella letteratura scientifica, ed è stato diversamente definito come un “desiderio incoercibile”, una “fame irresistibile”, una “urgenza appetitiva di natura patologica”, un “bisogno imperioso”. La varietà dei modelli teorici sul *craving*, che dimostrano la complessità connessa a questo fenomeno, testimonia l'importanza di questo fattore per la comprensione delle *addiction*: infatti, il *craving* sembra essere il comune denominatore delle diverse espressioni attraverso cui si manifestano le dipendenze patologiche.

Janiri et al.<sup>17</sup> descrivono il *craving* in termini generali come un “desiderio incontrollabile verso uno stimolo di rinforzo, inteso come elemento dell'ambiente in grado di attivare un comportamento di approccio verso l'elemento stesso”. Ciò spiega che il *craving* può manifestarsi in relazione a diversi oggetti e/o condotte, evidenziando processi psicodinamici ed elementi cognitivi comuni alle dipendenze “comportamentali” e quelle “da sostanza”.

Il *craving*, nelle diverse *addiction*, assume le caratteristiche dell'impellenza e della compulsività, soprattutto in presenza di specifici stimoli interni o esterni, e la forte attrazione, impulsiva e compulsiva, verso il comportamento di dipendenza va ben al di là dell'oggetto-droga di per sé. Il *craving* tende, infatti, ad attivarsi in presenza di stimoli ambientali che richiamano l'incontro con l'oggetto-droga, ma anche in risposta ad eventi stressanti o particolari situazioni emotive. Il ritiro negli stati mentali dissociati del comportamento dipendente rinforza così il meccanismo del *craving*.

Se consideriamo la dipendenza patologica come un disturbo che si basa su meccanismi di difesa di natura dissociativa che esitano da esperienze infantili traumatiche, come illustrato in precedenza, è allora facile comprendere come non siano esclusivamente gli effetti fisiologici generati da una sostanza o da un comportamento a indurre la dipendenza patologica, ma esiste già una condizione psicopatologica a monte, di cui il *craving* è il naturale epifenomeno. Il *craving* è dunque pre-esistente all'incontro con l'oggetto della dipendenza, appartiene più alla sfera delle motivazioni cosce ed inconscie che hanno spinto il soggetto a ricercare un comportamento che isoli le memorie traumatiche e allontani le angosce di frammentazione. Ritorna qui, dunque, la *self-medication hypothesis* formulata da Khantzian<sup>18</sup>, secondo cui la dipendenza patologica è un tentativo di autoterapia dell'Io. In linea con queste considerazioni, Joyce McDougall<sup>19</sup> afferma che sebbene l'individuo dipendente possa sentire di essere schiavo del tabacco, dell'alcol, del cibo, dei narcotici, degli psicofarmaci o di un comportamento sessuale compulsivo, i fini fondamentali della ricerca o dell'oggetto di



dipendenza vengono esperiti inconsciamente come “essenzialmente buoni”, perché essi procurano un senso di benessere e in casi estremi possono persino arrivare a essere considerati come la massima aspirazione, a sua volta percepita come l’unica capace di dare significato alla vita dell’individuo.

Dato che lo stato mentale disfunzionale del *craving* viene rinforzato sia dalle rappresentazioni positive associate al piacere della dipendenza, sia dalle rappresentazioni negative e dolorose dell’astinenza, ma anche e soprattutto dalle rappresentazioni positive legate alla possibilità di contrastare l’ansia e l’umore disforico emergenti dalle emozioni traumatiche attraverso la messa in atto del comportamento di dipendenza, è evidente che approcci alla cura delle dipendenze patologiche di tipo esclusivamente rieducativo o farmacologico tendono a risultare inefficaci. Le conseguenze negative delle condotte di dipendenza, infatti, se non elaborate e mentalizzate dall’individuo, non potranno mai risaltare e resteranno sempre in secondo piano rispetto alle funzioni di auto-cura che il comportamento di dipendenza svolge e che il *craving* sostiene. Questo ci aiuta anche a comprendere perché frequentemente i soggetti dipendenti presentano anche altre diagnosi psichiatriche. Non è esclusivamente un problema legato ai limiti degli attuali sistemi diagnostici: in realtà il più delle volte la dipendenza patologica è solo la punta di un iceberg rispetto alla condizione psicologica di un soggetto, la cui parte sommersa diviene tanto più grande quanto più si approfondisce la storia clinica dell’individuo e la sua esperienza di vita.

## DATI DI RICERCA

Le riflessioni teoriche proposte in questa sede emergono, oltre che dalla letteratura, dalle considerazioni cliniche sviluppate rispetto alla diagnosi e al trattamento di soggetti dipendenti e dai dati di ricerca da noi raccolti in questi anni.

Perché un sistema esplicativo abbia caratteristiche di scientificità ed affidabilità e affinché abbia, soprattutto, una efficacia applicativa ed euristica, esso deve essere sottoposto a prova empirica. Il corpus delle evidenze di ricerca provenienti dai nostri studi avvalorano sostanzialmente il modello teorico cui abbiamo fatto riferimento in questo lavoro.

In un lavoro condotto nel 2005<sup>20</sup> si è rilevata un’elevata associazione ( $p < 0,01$ ) tra i costrutti di disregolazione affettiva e di dissociazione in un campione composto da 31 tossicodipendenti e 31 ex tossicodipendenti.

In un ulteriore lavoro condotto con 412 adolescenti della popolazione normale<sup>21</sup>, abbiamo evidenziato che coloro che dichiaravano di consumare sostanze psicotrope presentavano maggiori esperienze dissociative ( $p < 0,01$ ), memorie intrusive e comportamenti di riduzione della tensione ( $p < 0,05$ ). La scala sulla dissociazione (la DES-II) risultava un valido predittore sia dei punteggi relativi ai vissuti traumatici dei soggetti ( $R_{quadro\ corretto} = 0,467$ ,  $p < 0,01$ ), sia rispetto alla casistica dei soggetti in relazione al consumo o meno di sostanze. Nello stesso articolo, analizzavamo inoltre i risultati ottenuti da un campione composto da 50 eroinomani ai test sul trauma, sulla disregolazione affettiva e sulla dissociazione utilizzati nella ricerca, evidenziando anche in questo caso la capacità predittiva della dissociazione ( $R_{quadro\ corretto} = 0,641$ ,  $p < 0,01$ ) e della



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE “SENZA DROGA”

Nº05  
2:2008; 107-116

difficoltà nell'identificare le emozioni, inteso come indicatore della disregolazione affettiva ( $R_{quadro\ corretto}=0,421, p<0,05$ ) rispetto ai vissuti traumatici esperiti dai soggetti. Recentemente abbiamo approfondito i risultati delle due ricerche<sup>22</sup>, e abbiamo mostrato come i punteggi relativi ai vissuti traumatici degli eroinomani risultavano significativamente più elevati di punteggi ottenuti dagli adolescenti della popolazione normale (figura 1), evidenziando anche un effetto di risposta alla dose delle condizioni post-traumatiche in rapporto al livello di gravità della disregolazione affettiva e della dissociazione patologica.

In un'altra ricerca<sup>23</sup> condotta con 73 tardo-adolescenti di sesso femminile con DCA, abbiamo evidenziato nuovamente la correlazione tra i costrutti di disregolazione affettiva, dissociazione e trauma (tutte le  $p<0,001$ ) ed abbiamo verificato attraverso equazioni strutturali il modello esplicativo che vede i vissuti traumatici nelle adolescenti con disturbi del comportamento alimentare (DCA) come il prodotto di un deficit nella capacità di identificare le emozioni, e di meccanismi dissociativi volti a contrastare stati di attivazione fisiologica percepiti come confusivi e intollerabili.

In un ulteriore lavoro<sup>24</sup> abbiamo analizzato il ruolo della dissociazione nell'internet addiction, ed abbiamo verificato che i meccanismi dissociativi patologici sono i migliori stimatori delle condizioni di abuso di internet ( $Beta=0,392$ ;  $R_{quadro\ corretto} = 0,149$ ;  $p<0,01$ ).

Stiamo attualmente realizzando nuove ricerche che coinvolgono campioni di soggetti eroinomani, DCA, gioco d'azzardo patologico e dipendenti sessuali<sup>25</sup>; tutte sembrano supportare la natura traumatica e dissociativa delle dipendenze patologiche. Si rimanda pertanto ai lavori citati per un approfondimento delle procedure metodologiche e testologiche utilizzate; ciò che ci preme evidenziare, piuttosto, è il forte supporto empirico dei dati di ricerca rispetto al modello teorico sulle *addiction* qui proposto.

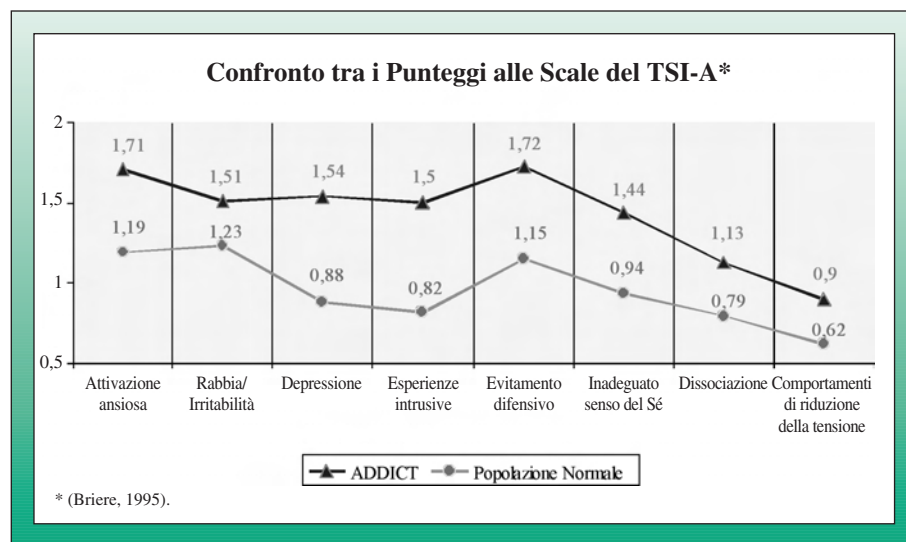


Figura 1. Differenze tra i punteggi medi ottenuti da un gruppo di soggetti tossicodipendenti (N=50) e da un gruppo di tardo-adolescenti (N=412) alle scale cliniche del Trauma Symptom Inventory – Alternate Version.



## LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO PSICODINAMICO DELLE *ADDICTION*



A partire dalle considerazioni teoriche sviluppate nel lavoro, è possibile indicare alcune linee guida ad orientamento psicodinamico per il trattamento clinico delle dipendenze patologiche:

- a) innanzitutto, occorre aiutare il paziente a sviluppare ed incentivare l'intelligenza emotiva<sup>26,27</sup>, cioè la capacità di mentalizzare e regolare gli affetti, nonché di utilizzarli appropriatamente nel contesto delle relazioni personali. Occorre dunque lavorare con il paziente perché diventi maggiormente capace di identificare ed esprimere le emozioni, di correlarle all'esperienza corporea e di utilizzarle come guida per il proprio comportamento<sup>28</sup>;
- b) perché ciò possa avvenire, è necessario rendere coscienti i processi cognitivo-affettivi alla base dei meccanismi dissociativi, ovvero di fuga dallo stato di coscienza ordinario come difesa dalle emozioni sopraffacenti;
- c) tale processo deve essere volto a favorire l'elaborazione e l'integrazione delle memorie traumatiche, in particolare quelle esperienze di trascuratezza psicologica intervenute nella relazione primaria, nell'infanzia e nell'adolescenza che esitano a livello implicito nel comportamento dipendente disfunzionale.

Queste tre operazioni risultano necessarie per il successo del trattamento, ma spesso si realizzano non senza difficoltà. È, infatti, utile ricordare che prima di procedere all'elaborazione delle memorie traumatiche, il terapeuta che lavora con il paziente che ha vissuto un trauma interpersonale precoce deve costituire una base sicura<sup>29</sup> che consenta al paziente stesso di sperimentare un senso di fiducia rispetto all'esperienza di cura, preservando in questo modo il sistema di attaccamento dalla disorganizzazione che può sopravvenire con il riemergere delle emozioni traumatiche<sup>30,31</sup>. La cura delle dipendenze patologiche richiede, inoltre, anche grande tolleranza alla frustrazione ed un certo grado di speranza rispetto al successo terapeutico (sebbene, ovviamente, tale elemento debba sempre restare ancorato alla realtà del quadro clinico): l'identificazione con questi aspetti del setting terapeutico può, infatti, aiutare l'individuo dipendente a riconoscere e costituire lentamente dentro sé quel senso di sicurezza che permette di rinunciare al bisogno coercitivo delle dipendenze e di attraversare con fiducia il mondo esperienziale.

### Bibliografia

1. Bocchi G, Ceruti M. La sfida della complessità. Milano: Feltrinelli; 1985.
2. Bifulco A, Moran P. Il bambino maltrattato. Roma: Astrolabio; 2007.
3. Herman JL. Father-daughter incest. Harvard: Cambridge University Press; 1981.
4. 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.
5. Root MP. Treatment failures: the role of sexual victimization in women's addictive behaviour. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 542-9.
6. Meares R. Intimità e alienazione. Milano: Raffaello Cortina; 2005.

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 107-116

7. Bowlby J. Attaccamento e perdita (vol. 2). La separazione dalla madre. Torino: Bollati Boringhieri; 1978.
8. Bowlby J. Attaccamento e perdita (vol. 3). La perdita della madre. Torino: Bollati Boringhieri; 1983.
9. Stern DN. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri; 1987.
10. Fonagy P, Target M. Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In: Attaccamento e funzione riflessiva. Milano: Raffaello Cortina; 2001.
11. Caretti V, Craparo G, Mangiapane E. La correlazione fra dissociazione e Alessitimia: il ruolo del trauma e il deficit della funzione riflessiva. In: Caretti V, La Barbera D, eds. Alessitimia. Roma: Astrolabio; 2005.
12. Caretti V, Schimmenti A. Prefazione. In: Nijenhuis ERS. La dissociazione somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione. Roma: Astrolabio; 2007.
13. Steiner J. I rifugi della mente. Organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline. Torino: Bollati Boringhieri; 1996.
14. Liotti G. Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative psychopathology. In Solomon J, George C, eds. Attachment disorganization. New York: Guilford Press; 1999.
15. Albasi C. Attaccamenti traumatici. Modelli Operativi Interni Dissociati. Torino: Utet; 2006.
16. McDougall J. I teatri del corpo. Milano: Raffaello Cortina; 1990.
17. Janiri L, Caroppo E, Pinto M, Pozzi G. Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente. Milano: FrancoAngeli; 2006.
18. Khantzian EJ. Affect and addictive suffering: a clinical perspective. In Ablon L, Brown D, Khantzian EJ, Mack JE, eds. Human feeling: exploration in affect development and meaning. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1993.
19. McDougall J. L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico. In: Rinaldi L, ed. Stati caotici della mente. Milano: Raffaello Cortina; 2003.
20. 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, eds. Alessitimia. Valutazione e trattamento. Roma: Astrolabio; 2005.
21. Caretti V, Craparo G, Schimmenti A. Fattori di rischio della dipendenza patologica in adolescenza. *Infanzia e adolescenza* 2006; 3: 160-9.
22. Caretti V, Craparo G, Schimmenti A. Fattori eziopatologici dell'addiction: un inquadramento. In Lavanco G, Croce M, eds. Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità. Milano: McGraw-Hill; 2008.
23. 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.
24. Caretti V, Craparo G, Schimmenti A. Alcune evidenze empiriche sul costrutto di trance dissociativa da videoterminale. In Caretti V, La Barbera D, eds. Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche. Milano: Raffaello Cortina; (in press).
25. Caretti V, La Barbera D, eds. Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche. Milano: Raffaello Cortina; (in press).
26. Goleman D. L'intelligenza emotiva. Milano: Rizzoli; 1996.
27. Greespan SI. L'intelligenza del cuore. Milano: Mondadori; 1997.
28. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. I disturbi della regolazione affettiva. Roma: Giovanni Fioriti; 2000.
29. Bowlby J. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina; 1989.
30. Caretti V, Craparo G, eds. Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Astrolabio; (in press).
31. Schimmenti A, Bifulco A. Quando i genitori maltrattano i figli: le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo. In: Caretti V, Craparo G, eds. Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Astrolabio; (in press).

## La valutazione diagnostica

SILVANA CAGACE, ROSARIA VALSAVOIA

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 117-127

### RIASSUNTO

Le *new addictions* costituiscono patologie emergenti in ambito psichiatrico, di grande rilevanza dal punto di vista clinico. La valutazione diagnostica delle nuove forme di dipendenza comportamentale pone, però, non pochi problemi a causa dell'assenza ad oggi di una categoria ufficiale all'interno dei vigenti sistemi di classificazione nosografica, in cui queste possano trovare collocazione. Il presente articolo, pertanto, esporrà le modalità di *assessment* del soggetto *addicted*, con particolare attenzione agli strumenti di valutazione presenti nella letteratura attuale.

*Parole chiave:* *new addiction*, valutazione diagnostica, test, dipendenze comportamentale.

### SUMMARY

New addictions represent emerging and relevant disorders in Psychiatry. The diagnostic assessment of the new behavioural addiction implies several problems caused by the lack of an official nosographic category within the official classification systems. This article will address the psychodiagnostic modalities for the assessment of the addicted subject, focusing on the instruments currently used for the assessment, according to the literature about this topic.

*Key words:* new addiction, diagnostic assessment, behavioral addiction tests.

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni evidenze empiriche mostrano come la nozione di dipendenza (utilizzata sino ad oggi nel DSM IV-TR per indicare solo la tossicodipendenza<sup>1</sup>) possa riferirsi a tutti quei quadri clinici definiti come nuove dipendenze o *new addictions*, in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza chimica bensì comportamenti o attività accettati o addirittura promossi dalla società moderna (correttamente definita *addictive society* da Peele e Brodsky<sup>2</sup>).

Tra le sindromi da dipendenza “senza droga” troviamo: i disturbi alimentari<sup>3</sup>, il gioco d'azzardo patologico<sup>4</sup>, lo shopping compulsivo<sup>5</sup>, l'uso di internet<sup>6</sup>, il lavoro<sup>7</sup>, l'iperattività sessuale<sup>8</sup>, l'uso problematico di *videogames* e di altre tecnologie<sup>9,10</sup>. La “normalità” di tali situazioni ed il loro potenziale patologico pongono non poche difficoltà sul piano diagnostico. In una prospettiva dimensionale, dove si colloca la linea di demarcazione tra una condotta normale ed una patologica? Come tracciare il confine tra una sana passione e una ossessione morbosa?

## CLASSIFICAZIONE DELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Mentre risulta abbastanza semplice identificare i comportamenti tossicomani compresi nelle dipendenze classiche (alcol, droga), appare più incerta la definizione della dipendenza senza sostanza. Le nuove forme di dipendenza comportamentale infatti, ancora oggi, non trovano collocazione all'interno dei vigenti sistemi di classificazione nosografica, fatta eccezione per il gioco d'azzardo patologico (GAP) che, come è noto, è inserito nella categoria: “disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati”.

Tuttavia, il rilievo clinico di situazioni nelle quali l'adozione di comportamenti finalizzati alla fruizione di esperienze gratificanti dà luogo a condotte disadattative, compulsive ed additive, deve far riflettere sull'importanza di trovare al più presto all'interno della comunità scientifica un accordo sulla classificazione e sulla definizione di quadri talvolta francamente psicopatologici.

In assenza di una classificazione ufficiale nel DSM VI-TR che individui specifici criteri ai fini di una formulazione diagnostica precisa, si osservano pareri discordanti circa la categoria nosografica cui far rientrare le *new addictions*. Alcuni ritengono che esse dovrebbero trovare posto nell'Asse II del DSM, tra i disturbi di personalità; altri le collocherebbero in una specifica sezione, all'interno dei disturbi da uso di sostanze, nell'Asse I; taluni sostengono che le condotte di *addictions* dovrebbero essere inserite nella sezione dedicata ai disturbi del controllo degli impulsi, categoria che comprende già il GAP<sup>11</sup>; infine, c'è chi ritiene possano collocarsi all'interno dei disturbi dell'umore o delle sindromi ossessivo-compulsive<sup>12</sup>.

Goodman<sup>13</sup>, mutuando i criteri diagnostici della dipendenza da sostanze codificati nel DSM IV-TR, propone una nuova categoria diagnostica per le nuove dipendenze: l'*addictive disorders*. La Barbera et al.<sup>14</sup> propongono un modello descrittivo che riconduce tutte le forme di dipendenza (dalla tossi-

codipendenza all'alcolismo, dal GAP allo shopping compulsivo, dall'internet addiction disorder allo sport addiction) a tre fattori: 1) ossessività: pensieri e immagini intrusivi e ricorrenti riguardanti l'esperienza di dipendenza; 2) impulsività: incapacità di resistere al desiderio della messa in atto del comportamento di dipendenza; 3) compulsività: attuazione della condotta nonostante le possibili conseguenze negative.

Gli studi preliminari di revisione del DSM-V (DSM-V *Research Planning Activities*), invece, fanno ravvisare la possibilità che le dipendenze comportamentali trovino collocazione in una nuova categoria nosografica, denominata *reward dependence disorders*, a fianco di quella dei *substance use dependence disorders*. In tal caso si parlerebbe di dipendenze da *reward* (o gratificazione), risolvendo la questione già avanzata dalla Wallace<sup>15</sup> se considerare, ad esempio, le forme di cyberdipendenza delle vere e proprie dipendenze o forme di autogratiificazione.

In linea con quanto detto, la denominazione più adatta sarebbe quella di *uso patologico*, come proposto per la dipendenza da internet, per la quale secondo diversi studiosi sarebbe più appropriato riferirsi con l'espressione *Pathological Internet Use (PIU)*<sup>16</sup> o *Internet Related Psychopathology (IRP)*<sup>17</sup>.

D'altro canto, però, l'esperienza clinica confermerebbe la fondatezza dell'utilizzo del termine "dipendenza" in riferimento all'uso intensivo e ripetitivo, al bisogno coatto di ripetere l'esperienza, ai segni di dipendenza psicologica, alla comparsa dei fenomeni di *craving* e alle ripercussioni in ambito socio-lavorativo, che mettono in evidenza il carattere tossicomano delle diverse forme di dipendenze comportamentali.

## LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

La valutazione psicodiagnostica delle *news addictions* è resa difficile, oltre che dall'assenza nel DSM di criteri diagnostici ufficiali, anche dall'esiguo numero di strumenti psicometrici validati statisticamente e dalla concomitanza di altri disturbi di pertinenza psichiatrica (comorbidità con disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità) e/o la co-presenza di più forme di dipendenza<sup>18</sup>. L'*assessment* prevede, dunque, oltre all'indispensabile colloquio clinico ed ad una esaustiva raccolta anamnestica, l'utilizzo di batterie testologiche che consentano di effettuare una precisa valutazione della personalità del soggetto, all'interno della quale inquadrare la condotta di abuso. Come vedremo, gli strumenti utilizzati comprendono test *aspecifici* per l'analisi delle dimensioni personologiche (MMPI-2, TAS-20, DES, ecc.) e test *specifici* per le differenti forme di *addiction*.

### Strumenti aspecifici

Un recente filone di ricerca suggerisce di considerare le condotte d'abuso e di dipendenza come derivanti dall'impiego rigido e massivo di meccanismi di difesa di tipo dissociativo<sup>19,20</sup>, impiegati per far fronte al deficit di regola-



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 117-127

zione degli affetti (*alessitimia*)<sup>21</sup>. Tra gli strumenti impiegati per valutare la tendenza dell'individuo a sperimentare esperienze di tipo dissociativo vi è la *Dissociative Experience Scale* (DES)<sup>22,23</sup>, mentre tra quelli principalmente utilizzati per la valutazione del grado di alessitimia ritroviamo la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20)<sup>24</sup>. La prima indaga l'utilizzo del meccanismo di difesa della dissociazione, intesa come “mancanza della normale integrazione di pensieri, sentimenti ed esperienze nel flusso di coscienza e memoria”. Si compone di 28 item che descrivono esperienze dissociative (sentimenti di depersonalizzazione e di derealizzazione, *déjà vu*, disturbi cognitivi, di memoria e della coscienza) sulle quali il soggetto deve indicare se e con quale frequenza le ha sperimentate. La TAS-20 è lo strumento attualmente più usato per la misurazione dell'alessitimia; è una scala self-report a 20 item che valuta la disregolazione affettiva attraverso tre dimensioni che ne definiscono il costrutto: 1) difficoltà nell'identificare le emozioni e nel distinguerle dalle sensazioni somatiche; 2) difficoltà nel comunicare emozioni e sentimenti; 3) pensiero orientato all'esterno.

Insieme alla dissociazione e all'alessitimia, numerosi studi suggeriscono l'esistenza di altre dimensioni psicologiche correlate all'insorgenza di comportamenti additivi. Molte ricerche, ad esempio, a partire dall'analisi della relazione tra gioco patologico, ricerca di sensazioni forti<sup>25</sup> e impulsività<sup>26</sup>, confermerebbero l'associazione tra i tratti temperamentali *sensation seeking* e *novelty seeking* e la *addictive personality*. In indagini di epidemiologia genetica, inoltre, è stata rilevata un'associazione tra *sensation-seeking-behaviour* e recettore D4 per la dopamina, il che suggerisce, da una parte, il carattere costituzionale del tratto, dall'altra la correlazione tra *sensation-seeking* e sistema dopaminergico della gratificazione. La dimensione personologica *novelty-seeking* di Cloninger<sup>27</sup>, analoga al *sensation-seeking-behaviour* di Zuckermann<sup>28</sup>, appare correlata con il livello di attività del sistema dopaminergico<sup>29</sup>. Tali studi, sebbene maggiormente condotti su una popolazione di soggetti con disturbo di GAP (anche se non mancano in letteratura ricerche sull'*Internet Addiction* e altre forme di dipendenza comportamentale<sup>30</sup>), confermerebbero che i tratti “ricerca della novità” e “impulsività” rappresentano importanti predittori dello sviluppo di condotte additive.

Alla luce di ciò, trova utilità l'impiego di test quali la *Sensation Seeking Scale* (SSS)<sup>31</sup> e la *Barratt Impulsiveness Rating Scale* (BIS-11)<sup>32</sup>. La SSS è uno strumento standardizzato che valuta il tratto di personalità *sensation seeking* sia di comportamenti messi già in atto dalla persona (esperienze) che di inclinazioni rispetto al futuro (intenzioni). La BIS-11 è, invece, il questionario più usato per la valutazione dell'impulsività e delle sue componenti. Rispondendo al costrutto dell'impulsività come “agire senza pensare” e quindi come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti, valuta l'assenza di pianificazione delle azioni, l'impulsività cognitiva e quella motoria.

Lo *Shortes PROMIS Questionnaire* (SPQ)<sup>33</sup> valuta sia le classiche forme di dipendenza da sostanza (alcol, droga, tabacco, ecc.) sia le nuove dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, shopping, ecc.). La sua versione italiana è composta da 19 scale di 10 item ciascuna, le risposte sono distribuite su scala Likert a 5 punti. Le scale valutano comportamenti e atteggiamenti



riguardanti alcol, nicotina, droghe, gioco d'azzardo, sesso, caffeina, cibo, esercizio fisico, internet, cellulare, videogames, relazioni (ricerca di aiuto sottomesso o dominante).



## Strumenti specifici

### *Internet Addiction*

Lo sviluppo di strumenti di valutazione specifici per i fenomeni di abuso e di dipendenza da internet è ancora in fase di sperimentazione. Attualmente la comunità scientifica dispone per lo più di questionari di autovalutazione, fondati sui criteri diagnostici individuati dalla Young, spesso reperibili online, di semplice compilazione e ancora in attesa di validazioni scientifiche. Nell'ambito delle ricerche internazionali, lo strumento più utilizzato è sicuramente l'*Internet Addiction Test* (IAT)<sup>34</sup>, composto da 20 item atti a misurare il rischio psicopatologico connesso all'utilizzo di internet, attraverso la valutazione delle ripercussioni in ambito lavorativo, sociale e familiare.

Recentemente in Italia è stato validato (su un campione di 244 soggetti di età compresa tra i 13 e i 57 anni, che usano internet da almeno 6 mesi per non meno di 6 ore settimanali) uno strumento capace di rilevare variabili psicologiche e psicopatologiche legate all'uso di internet: il *Questionario per l'Uso, Abuso e Dipendenza da Internet* (UADI)<sup>35</sup>. Si compone di 80 item, con modalità di risposta su una scala Likert a 5 punti (da *assolutamente falso* ad *assolutamente vero*), che si distribuiscono sui 5 fattori che seguono:

- 1) *evasione compensatoria* (EVA) descrive l'utilizzo di internet come modalità compensatoria rispetto ai disagi della vita quotidiana: innalzare il tono dell'umore, migliorare il senso di autoefficacia e facilitare i rapporti interpersonali;
- 2) *dissociazione* (DIS) esplora l'uso difensivo della Rete, rilevando elementi dissociativi (bizzarrie sensoriali, depersonalizzazione, derealizzazione) in associazione alla tendenza a distanziarsi e a fuggire dalla realtà;
- 3) *impatto sulla vita reale* (IMP) indaga le ripercussioni sulla vita reale dell'uso di internet, in termini di cambiamento nelle abitudini, nel tono dell'umore e nelle relazioni interpersonali;
- 4) *sperimentazione* (SPE) rileva l'uso di internet come strumento per soddisfare dei bisogni, per sperimentarsi, per ricercare emozioni alternative a quelle della vita quotidiana;
- 5) *dipendenza* (DIP) valuta la presenza di segni e condotte di dipendenza: la tolleranza, con l'incremento della durata di collegamento, l'astinenza, la compulsività e l'eccessivo coinvolgimento. Appare interessante sottolineare che i risultati rilevati attraverso l'UADI smentiscono l'ipotesi secondo cui il comportamento di abuso sarebbe più frequente in soggetti che usano internet da molto tempo; questi soggetti presentano infatti punteggi più bassi sia nella scala *dissociazione*, che nelle scale *sperimentazione* ed *evasione compensatoria*. Sulla base di tali evidenze, ad esser "presi nella Rete" sarebbero gli utenti che da minor tempo usano internet. In particolare, i più giovani presentano una maggiore tendenza a ricercare emozioni (SPE) ed evadere dalle difficoltà della vita reale (EVA) e a sperimentare fenomeni dissociativi conseguenti ad un uso prolungato di internet (DIS).

NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 117-127

Gli autori, attraverso l'analisi delle correlazioni tra le scale UADI e le scale cliniche del questionario di personalità MMPI-2, hanno rilevato, inoltre, alcuni aspetti psicopatologici e caratteristiche di personalità negli utenti che presentano un uso problematico di internet.

L'analisi delle correlazioni sottolinea la valenza compensatoria dell'uso della rete in soggetti con tendenza ad evadere dalla realtà e carenza di difese adeguate a rispondere alle sollecitazioni dell'ambiente circostante. La fuga nel virtuale sembra essere frequentemente connessa anche a difficoltà nei rapporti interpersonali. È stata, inoltre, confermata la natura ossessivo-compulsiva della condotta di *addiction*. Ancora, la presenza di sensazioni di irrealtà, percezioni insolite e derealizzazione risultano essere indicatori di aspetti patologici nell'uso della Rete. Alcuni individui, infine, presentano una varietà d'interessi o una dispersione degli stessi, modalità sollecitate anche dal grado di complessità degli ambienti virtuali, con i suoi ipertesti e i *link* e una tendenza a ricercare sensazioni che sottende intolleranza alla noia.

Sempre in Italia, un altro strumento di nuova acquisizione, ancora in corso di validazione, è il *Tech Style Behaviour* (TSB)<sup>36</sup>. Si tratta di un questionario composto da 32 item che indaga i correlati psicologici e comportamentali dell'uso delle nuove tecnologie. Si divide in due parti: la prima indaga le tipologie di strumenti adoperati (TV, cellulare, videogiochi, internet) e la frequenza d'uso; la seconda valuta gli aspetti cognitivi, emotivi, comportamentali connessi all'utilizzo delle tecnologie (comportamento in Rete, con la TV, relazionale e di ricerca di emozioni).

In una recentissima review sui fenomeni psicopatologici internet-correlati, Cantelmi e Talli<sup>37</sup> hanno presentato un innovativo strumento, denominato IRP-AS. Si tratta di un software diagnostico mediante PC, capace di compiere inferenze di tipo quantitativo e qualitativo. Lo strumento consente di registrare non solo i tempi di connessione in Rete ma anche di monitorare i contenuti toccati dalla navigazione, permettendo di valutare gli interessi e i bisogni che l'utente soddisfa mediante internet.

### *Gioco d'azzardo patologico*

La valutazione del GAP prevede l'utilizzazione di strumenti diagnostici specifici che possono essere suddivisi in due categorie: quelli fondati sul DSM ed altri strumenti che si fondano su ipotesi diagnostiche diverse. I primi sono certamente tra i più diffusi ed utilizzati.

Il questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-III-R di maggiore impiego è il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS)<sup>38</sup>. Costituito da 20 item, fornisce informazioni relative al gioco preferito, alla frequenza, alle difficoltà di controllo sulla condotta, alle menzogne circa le attività di gioco, all'impegno economico, al tempo dedicato (e sottratto al lavoro o ad altre attività), ecc. Il SOGS fornisce anche indizi preziosi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente familiare e sulle (possibili) conseguenze che il gioco ha su di essa. Il questionario rileva inoltre la presenza di familiarità del comportamento problematico.

Nonostante numerosi studi dimostrino che questo strumento per sua stessa



natura tende a sovrastimare il numero di giocatori patologici e che, basandosi sulla memoria del giocatore, è in grado di fornire soltanto delle stime, il SOGS rimane ad oggi il questionario più in uso sia in ambito clinico che di ricerca.

Un altro strumento fondato sui criteri diagnostici del DSM-IV è l'*intervista diagnostica sul gioco patologico*<sup>39</sup> che consente di approfondire la storia e l'evoluzione del problema del gioco, con particolare attenzione alla valutazione degli aspetti cognitivi, ritenuti importanti per le ricadute sui comportamenti dei giocatori. Diversi studi dimostrano infatti che la presenza di pensieri erronei in relazione al gioco (interdipendenza delle puntate, attesa di guadagno, illusioni di controllo, superstizioni, speranza di rifarsi) sono fattori critici per il fallimento o il successo di una terapia. Altri strumenti basati sul DSM-IV sono il *Fisher DSM-IV Screen*<sup>40</sup> e il *Questionario di Beaudoin e Cox*<sup>41</sup>. Quest'ultimo, in particolare, permette di effettuare una valutazione attraverso un criterio cronologico: gli item, infatti, sono classificati secondo l'ordine di comparsa. Lo strumento indaga inoltre altri aspetti del gioco, tra i quali: la presenza di sensi di colpa, la capacità di gestire il denaro, la competitività, la facilità ad annoiarsi, il bisogno di suscitare approvazione, il grado in cui il soggetto ha modificato la sua vita per poter giocare, la frequenza, la modalità e le motivazioni al gioco, il tono dell'umore, gli eventuali tentativi di suicidio. Gli strumenti non basati sul DSM si rifanno alla classificazione del GAP nelle dipendenze o nei disturbi ossessivo-compulsivi.

Nel primo caso, il questionario più conosciuto è l'*Addiction Severity Index (ASI)*<sup>42</sup> attraverso cui è possibile valutare oltre alla dipendenza comportamentale, la concomitante dipendenza da sostanze psicoattive. Nel secondo caso, invece, ritroviamo il *Pathological Gambling Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*<sup>43</sup>, che fornisce utili elementi relativi all'impulso a giocare, alla sua intensità e al comportamento di gioco vero e proprio, considerando in maniera esaustiva il versante delle azioni.

Un altro strumento molto conosciuto e adoperato è il *Questionario dei Gamblers Anonymous*<sup>44</sup> costituito da 20 item, che esplora il tempo dedicato al gioco, i suoi effetti sulla vita personale, la difficoltà a controllare il comportamento di dipendenza, le condizioni (disagi, frustrazioni, discussioni) che spingono il soggetto al gioco.

Il *Massachusetts Gambling Screen (MAGS)*<sup>45</sup> è lo strumento elettivo nella valutazione del comportamento di gioco d'azzardo patologico negli adolescenti, sebbene usato anche per gli adulti.

Infine, alcuni strumenti misurano atteggiamenti e credenze relative al gioco d'azzardo patologico. Tra questi si ricordano: il *Gambling Attitude & Believe Scale (GABS)*<sup>46</sup>; il *Gambling Passion Scale (GPS)*<sup>47</sup>; la *Gambling Related Cognitions Scale (GRCS)*<sup>48</sup>, il *Gamblers' Beliefs Questionnaire (GBQ)*<sup>49</sup>.

### *Shopping compulsivo*

Lo shopping compulsivo è caratterizzato dalla irresistibile ed incontrollabile necessità di fare acquisti, con gravi conseguenze finanziarie, familiari e relazionali. Black<sup>50</sup> ritiene che lo shopping compulsivo abbia basi biologiche, ipotesi che sembrerebbe sostenuta dall'azione esercitata sui sintomi dai farmaci antide-



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 117-127

pressivi<sup>51</sup>. Per alcuni questa sindrome non rientra nel DSM IV perché sintomo di disturbi più gravi e quindi non costituisce categoria nosografica a sé stante. Nonostante le difficoltà di inquadramento diagnostico, sono stati messi a punto diversi strumenti per lo screening dei soggetti affetti da shopping compulsivo.

La *Compulsive Buying Measurement Scale*<sup>52</sup> creata nel 1988 dai canadesi Valence, D'Astous e Fortier, è una scala likert composta da 16 item. Essa indaga 4 aree: la tendenza a spendere, la presenza di aspetti reattivi, il senso di colpa, l'ambiente familiare dello shopper.

La *Compulsive Buying Scale*<sup>53</sup>, infine, è stata ideata da Faber e O'Guinn nel 1992. La versione originale comprende 29 item, ma di questi solo 7 bastano ai fini di un'indicazione diagnostica. Le dimensioni indagate sono: i sentimenti relativi al bisogno urgente di agire, il fallimento nel controllare questi stati d'animo e il livello di eccitazione che precede l'acquisto.

### *Sex addiction*

Gli strumenti diagnostici più citati dalla letteratura e utilizzati per effettuare uno screening dei soggetti *sex addicted* sono: il *Sexual Addiction Screening Test* (SAST)<sup>54</sup> (elaborato nel 1989 da Carnes, si compone di 25 item che discriminano tra un atteggiamento normale o a rischio, distinguendo il comportamento sessuale intenso dalla vera e propria dipendenza); il *Sexual Addiction Inventory* (SAI/2)<sup>55</sup> (diviso in due sezioni, è finalizzato alla rilevazione della presenza/assenza della dipendenza sessuale o di una situazione border-line e delle principali caratteristiche e della gravità della manifestazione).

### *Dipendenza da lavoro*

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati per la diagnosi di *Workaholism*, il più datato è sicuramente il *Work Addiction Risk Test* (WART)<sup>56</sup>, elaborato da Robinson nel 1992. Si compone di 25 item che riguardano sia comportamenti di "tipo A" (quali mangiare, parlare, muoversi velocemente) messi in atto quotidianamente, sia condotte specifiche del contesto lavorativo.

Lo strumento più utilizzato nelle ricerche è invece il *Workaholism Battery* (WORK-BAT)<sup>57</sup>, costituito da 23 item e comprendente tre scale: spinta a lavorare, piacere nel lavorare e dedizione al lavoro.

Recentemente, inoltre, Mudrack e Naughton<sup>58</sup> hanno messo a punto due nuove scale basate sulla tendenza del lavoratore ad eseguire attività non obbligatorie (*Non-Required Work Scale*) e ad interferire e controllare il lavoro altrui (*Control of Others Scale*).

### *Altre dipendenze*

Per concludere, un cenno ai nuovi strumenti che indagano nuovissime e ancora poco esplorate aree di dipendenza. Uno fra tutti, l'*SMS Problem Use Diagnostic Questionnaire* (SMS-PUDQ)<sup>59</sup>, messo a punto da un gruppo di ricercatori dell'Università di Ruston, in Louisiana, che indaga l'uso compulsivo degli *short message service* (SMS).

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Peele S, Brodsky A. Love and addiction. New York: Taplinger; 1975.
3. Oxford J. Excessive appetites: a psychological view of addiction. Chichester, UK: Wiley; 2001.
4. Raylu N, Oei TPS. Pathological gambling. A comprehensive review. Clin Psychol Rev 2002; 22: 1009-61.
5. Christensen GA, Faber RJ, Dezwaan M. Compulsive buying descriptive characteristics and psychiatric morbidity. J Clin Psychiatry 1994; 55: 5-11.
6. Cantelmi T, Talli M, Del Miglio C, D'Andrea A. La mente in Internet. Padova: Piccin; 2000.
7. Alonso-Fernandez F. Le altre droghe. Roma: Edizioni Universitarie Romane; 1999.
8. Schneider JP. Sexual addiction and compulsivity: twenty years of the field, ten years of the journal. Sexual Addiction & Compulsivity 2004; 11: 3-5.
9. Griffith MD. Gambling and gaming in adolescence. London: Blackwell; 2002.
10. Caretti V, Di Cesare G. Psicodinamica delle dipendenze. In: Caretti V, La Barbera D, eds. Le dipendenze patologiche. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005: p.11-32.
11. Treuer T, Fabian Z, Furedi J. Internet addiction associated with features of impulse control disorder. Is it a real psychiatric disorder? Affec Dis 2001; 66: 283.
12. Baiocco R, Couyoumdjian A, Del Miglio C. Le dipendenze comportamentali degli adolescenti: uno studio sulla rappresentazione degli operatori sanitari e sociali. Ricerche di Psicologia 2004; 27: 35-80.
13. Goodman A. Addictive disorders: an integrated understanding. The Counselor 2000; 18: 30-4.
14. La Barbera D, Caretti V, Craparo G. Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction. Salute e Prevenzione 2006; 43: 13-21.
15. Wallace P. La psicologia di internet. Milano: Raffaello Cortina; 2000.
16. Grohol JM. Internet addiction guide. www.grohol.com/netaddiction; 1999.
17. Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A. Internet Related Psychopathology: primi dati sperimentali, aspetti clinici e note critiche. Giornale Italiano di Psicopatologia 2000; 6: 40-51.
18. Gossop M. A web of dependence. Addiction 2001; 96: 677-8.
19. Putnam FW. Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective. New York: Guilford Press; 2001.
20. Steiner J. Psychic retreats. Pathological organisations. In: Psychotic, neurotic and borderline patients. The New Library of Psychoanalysis. London: Routledge; 1996.
21. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
22. Bernstein E, Putnam F. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Mental Dis, 1986; 174: 727-35.
23. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale – Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res 1994; 38: 23-32.
24. Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, et al. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. Am J Psychiatry 1993; 150: 1030-6.
25. Conventry KR, Constable B. Physiological arousal and sensation seeking in female fruit machine gamblers. Addiction 1999; 94: 425-30.
26. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. Addiction 1997; 92: 75-87.
27. Cloninger R. Asystematic method for clinical description and classification of personality variance. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 579-88.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 117-127

28. Zuckerman M. *Psychobiology of personality*. New York (NY): Cambridge University Press; 1991.
29. Maremmani I, Canoniero S, Pacini M. Psico(pato)logia dell'“addiction”. Un'ipotesi interpretativa. *Ann Ist Super Sanità* 2002; 38: 241-57.
30. Cao F, Su L, Liu T, Gao X. The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 46-71.
31. Zuckerman M, Kolin EA, Price L, Zoob I. Development of a sensation-seeking scale. *J Consult Clin Psychol* 1964; 28: 477-82.
32. Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychopathology efficiency. *Percept Mot Skills* 1959; 9: 191-8.
33. Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RM, Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003; 28: 225-48.
34. Young KS. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. In: VandeCreek L, Jackson TL, eds. *Innovations in clinical practice: a source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press 1999.
35. 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.
36. La Barbera D, Mezzatesta C, Perricone V, La Cascia C. Uno strumento di indagine per valutare i nuovi stili di comportamento adolescenziale: TSB (Tech Style Behavior). *Psicotech* 2006; 2: 57-68.
37. Cantelmi T, Talli M. Anatomia di un problema, una review sui fenomeni psicopatologici Internet-correlati. *Psicotech* 2007; 2: 7-31.
38. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1184-8.
39. Ladoucer R, Sylvain C, Doucet C. Il gioco d'azzardo eccessivo. *Vincere il gambling*. Torino: Centro Scientifico Torinese; 2003.
40. Fisher S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addict Res* 1999; 7: 509-38.
41. Beaudoin CM, Cox BJ. Characteristics of problem gambling in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 483-7.
42. Lesieur HR, Blume SB. Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological gambling. *Am J Addictions* 1992; 1: 240-7.
43. Hollander E, DeCaria CM, Mari E, et al. Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1781-3.
44. Browne BR. The selective adaptation of the alcoholics anonymous program by gamblers anonymous. *J Gambl Stud* 1991; 7: 187-205.
45. Shaffer HJ, LaBrie R, Scanlan KM, Cummings TN. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts gambling screen (MAGS). *J Gambl Stud* 1994; 10: 339-62.
46. Breen RB, Zuckerman M. *Pers Individ Diff*, 1999; 27(6): 1097-111.
47. Rousseau G, et al. Gambling Passion Scale (GPS). *J Gambl Stud* 2002; 18(1): 45-66.
48. Raylu N, Tian P, Oei S. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction* 2004; 99: 757-69.
49. Mackillop J, Anderson EJ, Castelda BA, Mattson RE, Donovan PJ. Convergent validity of measures of cognitive distortions, impulsivity, and time perspective with pathological gambling. *Gamblers' Beliefs Questionnaire (GBQ)*. *Psychol Addict Behav* 2006; 20: 75-9.
50. Black DW. Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 159-63.
51. Ninam PT, McElroy SL. Placebo-controlled study of fluvoxamine in treatment of patient with compulsive buying. *J Clin Psychopharmacology* 1995; 20: 362-6.
52. Valence G, D'Astous A, Fortier L. Compulsive buying: concept and measurement. *J Consum Policy* 1988; 11: 419-33.

53. Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* 1992; 19: 459-69.
54. Carnes PJ. *Contrary to love: helping the sexual addict*. Minneapolis, MN: CompCare Publishing; 1989.
55. 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*. Milano: FrancoAngeli; 2007: 108-18.
56. Robinson BE, Post P, Khakee JF. Test-retest reliability of the Work Addiction Risk Test. *Percept Mot Skills* 1992; 74: 9-26.
57. Spence JT, Robbins AS. Workaholism: definition, measurement and preliminary results. *J Personal Assess* 1992; 58: 160-78.
58. Mudrack PE, Naughton TJ. The assessment of workaholism as behavioural tendencies: scale development and preliminary empirical testing. *Intern J Stress Management* 2001; 8: 93-111.
59. Rutland JB, Sheets T, Young T. Development of a scale to measure problem use of short message service: the SMS Problem Use Diagnostic Questionnaire. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10: 841-3.



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 117-127

## Il gioco d'azzardo patologico

DANIELE LA BARBERA, CATERINA LA CASCIA

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 129-138

### RIASSUNTO

Il gioco d'azzardo rappresenta la più antica e studiata tra le dipendenze senza droga. Presente sin dalle epoche più antiche, negli anni è stato oggetto di numerose ricerche e di svariati modelli interpretativi (di matrice neurobiologica, psicodinamica, ecc.) rivolti alla conoscenza del gioco – anche nella sua variante tecnologica – come dipendenza comportamentale (con le caratteristiche condizioni di *craving*, tolleranza, assuefazione, astinenza), all'eziopatogenesi, alla comprensione della personalità del giocatore, con attenzione al giocatore adolescente. Vengono proposti, in particolare, l'inquadramento diagnostico del DSM IV, alcuni spunti interpretativi di matrice psicodinamica, il modello di Robert Custer, nonché alcuni tra gli studi più importanti condotti sull'argomento quali sono gli studi di Blaszczynski e Nower.

*Parole chiave:* gioco d'azzardo, *gambling*, dipendenza, modelli interpretativi.

### SUMMARY

Gambling is a very common and harmless activity for most people; but it can become a problematic or even a pathological condition. Epidemiological data and pathway models about aetiology and gambler personality are discussed as well as studies about the risk regarding teen-agers gambling and gambling online. Particularly we have focused DSM IV approach, psychodynamic model and the "evergreen" Robert Custer Model.

*Key words:* pathological gambling, addiction, dependence, pathway model.

## CENNI STORICI

Il gioco rappresenta una dimensione fondamentale dell'esistenza umana. Esso, infatti, è presente sin dalle prime fasi di vita e, seguendo l'evoluzione dell'individuo, attraversa diversi passaggi ed assume diversi ruoli e caratteristiche. In ogni caso esso costituisce come scrive Fink una vera "oasi della gioia"<sup>1</sup>, luogo di evasione, di affrancamento dalle tensioni psichiche e di "rifugio della mente"<sup>2</sup>. Il gioco d'azzardo, in particolare, rappresenta sin da tempi remoti una importante forma di intrattenimento e di socializzazione, come anche di strumento profetico, identificato dalle popolazioni primitive come attività divinatoria attuata per presagire il futuro<sup>3,4</sup>. Le prime pratiche risalgono, infatti, al 3600 AC alle popolazioni degli Assiri e dei Sumeri, e se ne trova traccia anche nei testi del Vecchio e del Nuovo Testamento<sup>5</sup>.

## LA DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è un fenomeno in diffusione crescente in tutto il mondo, le cui cause vanno rintracciate in fattori di ordine biologico, psicologico, sociale, ma anche culturale ed economico. Secondo dati dell'Eurispes gli scommettitori nel 1995 erano circa 30 milioni nelle varie categorie di giochi in Italia (ad esclusione delle attività dei casinò e dei circoli privati, nonché del gioco clandestino). A distanza di oltre dieci anni, in Italia il gioco sembra coinvolgere sino al 70-80% della popolazione italiana<sup>6</sup>. Secondo la Mazzocchi il 3% della popolazione italiana sembra essere affetta da GAP, ossia circa 750 mila persone<sup>7</sup>. Uno studio condotto dalla SII.Pa.C. (Società Italiana di Intervento per le Patologie Compulsive) conferma i dati presentati dalla Mazzocchi sulla diffusione del fenomeno in Italia, indicando che l'85% dei giocatori è costituito da uomini e di questi il 51% ha un'età compresa tra i 40 e i 50 anni; il 22% tra i 50 e i 60 anni ed il 65% ha più di 60 anni<sup>7,8</sup>. Infine, la diffusione del fenomeno sembra crescere in modo esponenziale negli adolescenti, più precocemente tra i maschi che tra le femmine<sup>9</sup>.

## TIPOLOGIE DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Non è esagerato sostenere oggi che ogni gioco è potenzialmente d'azzardo. È, infatti, noto che l'uomo può tendere ad instaurare un rapporto additivo con qualsiasi situazione capace di procurargli piacere e gratificazione. Tuttavia, tipicamente, il GAP è determinato dalla condotta reiterata e continuativa di alcuni giochi. Questi possono essere suddivisi in: 1) giochi dalla vincita immediata (per es. gratta e vinci, slot machine, videopoker, bingo); 2) giochi che prevedono un più prolungato tempo di attesa (per es. lotterie, poker, scacchi, totocalcio); oppure, ancora, in base al ruolo svolto dal giocatore, 1) ad un estremo si pongono i giochi nei quali il giocatore ha un ruolo attivo (per es. poker, scacchi), 2) all'altro i giochi nei quali la sorte del giocatore



dipende esclusivamente dall'elemento fortuna (gratta e vinci, bingo, lotterie). Infine possono essere differenziati i giochi *hard* e i giochi *soft*, in base alla quantità di tempo che intercorre tra la giocata e l'esito; alla facilità di accesso di gioco; alla possibilità di ripetere la giocata (e quindi di inseguire la vittoria e la possibilità di "rifarsi"), alla possibilità di giocare senza discontinuità<sup>10</sup>. I giochi a riscossione immediata sembrano essere a maggiore rischio di *addiction* a causa della sensazione di eccitazione immediata, intensa e brevissima, determinata dall'attesa del risultato e che spinge il giocatore a volere sperimentarla nuovamente subito dopo<sup>11</sup>. In modo analogo appaiono fortemente "a rischio" i giochi in cui prevale il fattore fortuna, nei quali i giocatori inseguono la vincita spinti dal convincimento magico che prima o poi "la fortuna girerà"<sup>12</sup>. Secondo la SII.Pa.C., infatti, tra i giochi che provocano dipendenza, il 51% è costituito dai videopoker (ormai fuori-legge dal 2004), seguiti dalle scommesse sui cavalli, dal Lotto, dal SuperEnalotto e dai Casinò<sup>8</sup>. L'insorgenza del disturbo non è riferibile ad una esclusiva fascia d'età né ad un sesso; tuttavia, in linee generali, l'adolescenza è vista come una fase di maggiore "vulnerabilità" e il sesso maschile come quello a maggiore rischio<sup>13,14</sup>.

Tra i due sessi, inoltre, esistono diversità nell'eziologia del disturbo: se, da un lato, il GAP rappresenta per la donna la via di fuga da situazioni dolorose (relazioni conflittuali, delusioni affettive, ecc.), dall'altro, l'uomo, invece, gioca per "sentirsi vivo, in azione", alla ricerca dell'eccitazione, del piacere o di guadagni facili e veloci<sup>15,16</sup>. Infine, il *gambling* patologico si può presentare con maggiore frequenza in soggetti che abusano sia di alcol che di sostanze stupefacenti piuttosto che nella popolazione generale, con una prevalenza nei soggetti di sesso maschile, appartenenti a famiglie in cui un genitore o un fratello era un giocatore patologico<sup>17</sup>.

## DEFINIZIONI DI GIOCO D'AZZARDO

La lunga storia del gioco, la sua eterogeneità, le sue diverse finalità, hanno fatto sì che negli anni esso venisse definito ed etichettato in modi svariati. Attualmente, il gioco d'azzardo è definito, dalla maggior parte degli autori, come GAP<sup>18-21</sup>. Negli anni passati, invece, le definizioni sono state diverse, come numerosi sono stati i ricercatori che hanno studiato e trattato il tema del gioco, utilizzando in modo interscambiabile ora il termine di "giocatore compulsivo" ora di "giocatore patologico". Negli anni '70, Moran sottolineò la necessità di definire il *gambling* patologico, poiché la parola compulsione portava in sé il concetto di egodistonia mentre, secondo l'autore, il gioco ha, per la maggior parte dei giocatori, il carattere dell'egosintonia<sup>22</sup>. Più recentemente, al termine patologico sono stati affiancati termini quali: giocatore "problematico", "a rischio", "eccessivo". Secondo Abbott e Volberg, la valutazione di "eccessivo" o "normale" si basa sul tempo trascorso, sui costi sostenuti e sul numero delle volte in cui il giocatore si reca a giocare<sup>23</sup>. Nel 1994 Shaffer propone la classificazione del giocatore in: non patologico, in transizione, patologico<sup>24</sup>; nel 1998 Gupta e Derevensky distinguono il gioca-



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 129-138



tore in: sociale, problematico, patologico<sup>25</sup>. La Victorian Casino & Gaming Authority parla di *gambling* patologico, e la “patologia” della condotta di gioco risiede sulle conseguenze della stessa sul giocatore, sulla sua famiglia o sulla comunità d’appartenenza<sup>26</sup>. In ogni classificazione è, tuttavia, presente il limite di utilizzare uno solo, o un numero molto limitato, di criteri ed il rischio che si corre è che vengano inclusi sotto la denominazione di giocatori patologici anche soggetti che, tutto al più, possono essere definiti come giocatori problematici o come soggetti con problemi di gioco<sup>27</sup>.

Il tentativo di individuare criteri certi e oggettivi per diagnosticare il disturbo da GAP viene compiuto dall’American Psychiatric Association che nel 1994 propone la classificazione ancora oggi più comunemente utilizzata<sup>28</sup>.

## IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEL DSM

Le edizioni I (1952) e II (1968) del Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali ignoravano totalmente il GAP; è solo nell’edizione del 1980 che il GAP ha ricevuto un inquadramento diagnostico insieme agli altri disturbi psichiatrici<sup>28</sup>.

Nella sua attuale veste, il DSM IV-TR inserisce il gioco d’azzardo nella categoria: “disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati”, insieme alla piromania, alla cleptomania, al disturbo esplosivo intermittente, alla tricotillomania e al disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.

L’American Psychiatric Association sceglie di inserire il GAP nella categoria “disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove”<sup>28</sup>, privilegiandone gli aspetti relativi all’impossibilità di controllare la spinta verso il gioco e l’assenza di considerazione per le conseguenze. Secondo la classificazione del Manuale, perché sia diagnosticato il disturbo, devono verificarsi entrambi i criteri A e B e, all’interno del criterio A, almeno 5 sottocriteri (tabella I).

## IL GIOCO D'AZZARDO: UNA DIPENDENZA SENZA DROGA

A partire dagli anni 90 il *gambling* è stato inserito nel gruppo delle “dipendenze senza droghe”, ossia quel vasto gruppo di condotte additive connesse a situazioni di per se stesse non dannose (per es. lo sport, il sesso, l’uso delle nuove tecnologie) che in alcuni soggetti arrivano ad assumere le caratteristiche della dipendenza. Tale indirizzo è, in qualche modo, rintracciabile anche nei criteri diagnostici per GAP proposti dall’APA, quasi interamente utilizzabili anche per la diagnosi di dipendenza da sostanze, ad eccezione del criterio n. 6 “dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite)”<sup>29</sup>. Da questo punto di vista, il giocatore d’azzardo patologico è un tossicomane, che vive i momenti *high* connessi alla giocata (con sensazione di attivazione ed euforia) come il cocainomane quando assume la sostanza, i momenti *down* tra una giocata e l’altra (con sintomi depressivi e ansiosi, disforia, irritabilità) come il tossicomane tra un’assunzione e l’altra. Si presentano, inoltre, le situazioni tipi-



**Tabella I. Criteri del DSM IV.**

**Criterio A.**

Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti:

1. 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);
2. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
3. ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo;
4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rin-correndo le proprie perdite);
7. mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
10. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

**Criterio B.**

Il comportamento d'azzardo non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale.

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 129-138

che delle condotte tossicomane tradizionali – quali il *craving*, l'assuefazione e l'astinenza –, pensieri intrusivi ed egodistonici, perdita del controllo, incapacità di limitare l'attività, tendenza a protrarre la condotta nonostante le conseguenze.

## MODELLI INTERPRETATIVI

Le prime interpretazioni ad indirizzo psicologico del gioco d'azzardo risalgono agli anni '20 del secolo scorso. Nel 1927 Freud, nel saggio "Dostoevskij e il parricidio", descrive lo scrittore come affetto da "*gambling* compulsivo" insorto, secondo l'interpretazione del padre della Psicoanalisi, a seguito degli eventi traumatici vissuti, ed in particolare della morte del padre, e

vista da Dostoevskij non come mezzo per procurarsi denaro ma come forma di distrazione, che assume la forma di una vera e propria dipendenza<sup>30</sup>.

Un paio di decenni dopo, Otto Fenichel cataloga come secondo tipo di “nevrosi impulsiva” quello delle “tossicomane senza droghe”; tra queste, inserisce la bulimia e il gioco patologico nello scritto “Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi” del 1945<sup>31</sup>.

Negli stessi anni, Huinziga cita Frobenius che, in sintonia con la visione di Freud, ritiene che l’impulso al gioco (*Spieltrieb*) sia governato non da un principio di utilità ma dal “sentimento di essere afferrati (*Ergriffenheit*), da un meccanismo misterioso per il quale le leggi che governano l’universo si rispecchiano, anche ad insaputa del soggetto, nella gestualità ripetitiva, ma ricca di varianti, riproposta dallo schema di gioco”<sup>32</sup>.

Bergler<sup>33</sup>, alcuni anni dopo, rintraccia nel gioco una forma di regressione orale che porta ad una forma di “nevrosi di base”, in cui il soggetto tenta di sostituire lo sconforto legato alla realtà con un impulso verso il piacere. Il giocatore finisce con il non riuscire a controllarsi e con il divenire un oggetto. “È il fatto che il giocatore preferisce essere l’oggetto, e non il soggetto dello schema di gioco, a dimostrare le tendenze passive fortemente radicate”<sup>33</sup>.

Negli anni ’70, Rosenthal, in una prospettiva psicorelazionale, interpreta il *gambling* come una “fuga dall’intimità, una via per negare sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa”<sup>34</sup>.

Gli anni ’80, invece, vedono la nascita dei primi studi scientifici condotti sul GAP. I primi furono condotti da Robert Custer. L’autore giunge a tracciare il profilo di sei tipologie diverse di giocatore e a descrivere l’escalation del giocatore come una “carriera”<sup>35,36</sup> tossicomantica caratterizzata da tre fasi: la fase vincente, la fase perdente e la fase della disperazione.

Il merito dell’autore è quello di avere contestualizzato il gioco d’azzardo, non considerandolo avulso dal resto della vita del giocatore e dalla sua personalità. Secondo Custer, ogni giocatore ha, infatti, una finalità peculiare che lo spinge al gioco, in virtù della quale la forma di *gambling* è differente. Individua le seguenti tipologie di giocatore<sup>35</sup>:

- ◆ il giocatore professionista: fa del gioco una professione; preferisce i giochi ad alta competizione e riesce a mantenere il controllo sulla condotta;
- ◆ il giocatore antisociale: bara al gioco; predilige i giochi illegali e, quando partecipa a giochi leciti, lo fa senza rispettare le regole;
- ◆ il giocatore sociale casuale: definito anche giocatore sociale adeguato, non si lascia assorbire dal gioco; usa il gioco come strumento di socializzazione e di svago momentaneo;
- ◆ il giocatore sociale severo: il gioco è la principale fonte di divertimento e rappresenta l’hobby preferito; esso, tuttavia, non interferisce con l’attività lavorativa del giocatore né con i rapporti familiari;
- ◆ il giocatore nevrotico: il gioco è un antidoto alla noia, all’ansia, alla depressione e alla bassa autostima; il giocatore nevrotico è definito come inadeguato, compulsivo ma non dipendente;

- ◆ il giocatore compulsivo: il gioco è l'elemento centrale della vita; il giocatore non ha più il controllo su di sé; il lavoro, la famiglia e tutti gli altri interessi sembrano svanire dalla mente del giocatore che impiega tutte le proprie energie e risorse per il gioco: è il giocatore d'azzardo patologico. Custer applica a quest'ultima categoria il modello della "carriera" del giocatore<sup>36</sup>.

La prima fase (della vincita) è di idillio; inizia spesso con una grossa vincita e determina forti emozioni di piacere, la sensazione di onnipotenza e grandezza, l'innalzamento dell'autostima ed il sentimento di invincibilità. Il giocatore inizia ad intensificare l'attività, riducendo i tempi tra una giocata e l'altra e investendo sempre più denaro. Inizia a perdere il controllo sul gioco.

Secondo Lesieur è caratteristica di questa condizione la "ricerca di azione", opposta alla "ricerca di fuga" tipica del giocatore nevrotico<sup>35,16</sup>. Nella seconda fase (della perdita) il gioco è diventato droga. Il giocatore trascorre tutto il proprio tempo giocando, i suoi pensieri sono rivolti a cosa giocare e a come reperire il denaro per farlo; contrae debiti, ruba ai familiari, chiede prestiti ad amici e parenti, si assenta dal lavoro. Si presentano i primi sintomi di malessere: depressione, ansia, insonnia, disforia, irritabilità. Con una forma di pensiero magico, il *gambler* continua a giocare convinto che prima o poi potrà rifarsi e investe quote sempre più ingenti di denaro. In tal modo risolve il proprio umore e il livello di autostima. È ormai innescato il circuito dell'inseguimento della vincita; il giocatore continua a perdere nel tentativo di vincere (*chasing*). Terza fase (della disperazione): il giocatore, dopo la fase della negazione, acquisisce la consapevolezza di avere un problema. I sintomi di malessere si acutizzano. Il ricorso all'abuso di alcol e droghe è frequente ed il rischio suicidario elevato. Il soggetto può ritrovarsi in una condizione di totale disperazione e di solitudine; colpevolizzato o abbandonato dai familiari; non raramente con problemi legali, senza lavoro e con debiti che non riesce a saldare. A partire da questo momento, il giocatore può continuare la propria condotta tossicomantica o può iniziare la lenta e difficile fase della risalita.

A partire dalla fine degli anni '90, Blaszczynski e Nower, seguendo una impostazione biopsicosociale, propongono un modello teorico che delinea la presenza di tre distinte *pathways* che conducono allo sviluppo di differenti sottogruppi di *gambling* patologico<sup>27</sup>.

Gli autori ritengono concettualmente sbagliato tentare di applicare lo stesso modello interpretativo a tutti i giocatori poiché, sebbene possano apparire simili, l'eziologia del disturbo risiede su basi differenti: precise configurazioni biologiche<sup>37,38</sup>, diverse caratteristiche di personalità<sup>39,40</sup>, peculiari storie di vita. In ogni sottotipo una componente prevale sulle altre ed è alla base dello sviluppo del disturbo. I soggetti del primo gruppo sviluppano il *gambling* patologico perché suscettibili del "condizionamento dall'esterno"; si tratta di soggetti coinvolti dal gioco, alla ricerca della vincita, che possono sviluppare sintomi ansiosi e/o depressivi. Questi sintomi non sono la causa del disturbo, ma una conseguenza del gioco d'azzardo. Questo tipo di *gambling* può insorgere a qualsiasi età e verificarsi a seguito dell'esposizione al gioco, anche non diretta (vedere giocare un familiare o un amico). Si tratta, comunque, del tipo meno grave di disturbo, che gli autori pongono al livello più basso di un continuum di gravità e che ha la migliore prognosi. Il secondo tipo rappresenta



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 129-138

i giocatori spinti da “bisogni emotivi”; alle caratteristiche dei soggetti del primo gruppo si aggiungono la presenza di una personalità premorbosa caratterizzata da ansia, depressione, scarse capacità di coping e di problem-solving, nonché difficili storie familiari ed eventi di vita problematici. Il gioco rappresenta la via di fuga emotiva dalla condizione di vita. È un tipo di *gambling* più problematico, la cui prognosi è resa più grave dalle caratteristiche di personalità più che dall'entità del gioco d'azzardo. Infine, l'ultima categoria di *gamblers* è quella dei giocatori “impulsivi-antisociali”. Al di là degli elementi presenti nei primi due tipi, tale gruppo è caratterizzato da una base di vulnerabilità biologica, da personalità con tratti antisociali, da disturbi del controllo degli impulsi, da deficit dell'attenzione. Sono soggetti esposti anche al rischio di abuso di sostanze e di attuare comportamenti illegali, con povere relazioni interpersonali e storie di *gambling* in famiglia. L'età di insorgenza del GAP è piuttosto precoce, ha una escalation molto rapida e può facilmente portare il soggetto a comportamenti antisociali (furti, atti di violenza). La possibilità che il disturbo si estingua è molto bassa, sia per le caratteristiche sintomatologiche sia per la scarsa compliance a qualsiasi forma di intervento.

## IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO ONLINE

A partire dagli anni '90 del secolo scorso, la diffusione del gioco d'azzardo online è aumentata all'aumentare della diffusione della Rete. Basti pensare che, secondo alcuni dati della *Committee on Treatment Services for Addicted Patients* dell'APA, nel 1997 circa 6,9 milioni di persone erano potenziali internet *gamblers*, un anno dopo erano 14,5 milioni e i siti dedicati al gioco d'azzardo erano oltre 1300<sup>41</sup>.

Le ragioni del fenomeno sono tante: il *gambling* online consente l'anonimato; può essere nascosto agli occhi dei familiari; è sottratto ai limiti temporali e spaziali. Inoltre l'utilizzo della carta di credito consente di giocare ingenti somme di denaro senza averne piena consapevolezza e la rapidità del gioco determina un circuito di *reward* che si estingue velocemente spingendo, quindi, il giocatore a reiterare la condotta.

Uno studio pubblicato nel 2007 da Griffiths e Barnes<sup>42</sup> ha comparato un gruppo di giovani giocatori d'azzardo con uno di giovani giocatori d'azzardo online. I dati mostrano che anche tra gli adolescenti il gioco condotto online è privilegiato più dagli uomini che dalle donne; esso determina una diminuzione delle attività sociali più del gioco offline; è preferito perché offre più opportunità e maggiore varietà di giochi, perché è economicamente più conveniente, perché sono ridotti i tempi di attesa e sono minori gli intervalli tra le giocate; ed infine perché il risultato è immediato. Come sottolinea Croce<sup>10</sup>, i giochi condotti online dagli adolescenti si rivelano particolarmente pericolosi, poiché determinano il passaggio da attività ludiche condivise e organizzate a giochi condotti in solitudine e privi di qualsiasi elemento di crescita individuale e sociale. L'autore ne evidenzia le numerose conseguenze negative, quali: l'alto dispendio di denaro, le assenze da scuola, l'abbassamento del rendimento scolastico, i furti per procurarsi il denaro, l'utilizzo di sostanze stimolanti, nonché

l'insorgenza di condizioni cliniche quali ansia, depressione e rischio suicidario. Infine, la precocità dell'insorgenza del disturbo fa sì che il gioco si radichi come elemento strutturale della personalità in via di sviluppo; ciò comporta che la personalità adulta di questi giovani giocatori patologici sarà fondata sul gioco e gli eventuali tentativi di estinguere la condotta comporteranno il dover rivedere tutta la struttura di personalità del giocatore; con il rischio di andare incontro all'ulteriore insorgenza di disturbi psichici, soprattutto dello spettro del tono dell'umore (depressione maggiore) e a importante rischio suicidario.

## CONCLUSIONI

Sebbene il gioco d'azzardo sia una pratica antica, mai come nell'epoca attuale è arrivato a rappresentare un disturbo psichiatrico *tout court*. La maggior parte dei giocatori non ha problemi con il gioco, ma un'ampia parte sviluppa, senza averne la minima consapevolezza, un *gambling* problematico e una crescente percentuale tra questi diventa un giocatore d'azzardo patologico. La cultura del gioco e la sottostima del problema fa sì che non tutti abbiano *insight* sul problema sia che esso riguardi l'individuo stesso, un familiare o un amico. Soprattutto gli adolescenti sembrano essere particolarmente a rischio per lo sviluppo del GAP, ed in particolare di quello condotto online; ciò richiederebbe la promozione di programmi di prevenzione educativi sulle insidie del gioco e sui rischi che esso può comportare. Infine oggi non si può trascurare il notevole indotto criminogeno e antisociale che il GAP può determinare, costituendo spesso uno dei problemi più gravi che il giocatore d'azzardo patologico può trovarsi ad affrontare.

## Bibliografia

1. Fink E. Oasi della gioia. Idee per una ontologia del gioco. Salerno: 10/17 Cooperativa Ed.; 1987: p. 27.
2. Steiner J. Psychic retreats. Pathological organisations. In: Psychotic, neurotic and borderline Patients. The New Library of Psychoanalysis. London: Routledge; 1996.
3. Cohen J. Psychological probability or the art of doubt. London: Allen e Unwin; 1972.
4. Luppino OI. Introduzione al fenomeno del gioco d'azzardo. SRM Psicologia Rivista ([www.psyreview.org](http://www.psyreview.org)). Roma; 18 gennaio 2006.
5. Packel E. Matematica dei giochi e dell'azzardo. Bologna: Zanichelli; 1988: p. 1.
6. [www.eurispes.it](http://www.eurispes.it).
7. Mazzocchi S. Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere dei giocatori estremi. Milano: Baldini Castoldi Dalai Editore; 2005.
8. [www.siipac.it](http://www.siipac.it)
9. Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. Adolescenti e nuove dipendenze. Roma-Bari: Laterza; 2006.
10. Croce M. Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono. Personalità/Dipendenze 2001; II: 225-42.
11. Garau L. Storia, neurofisiologia, diagnosi e trattamento del gambling. It J Addiction 1998; 29-39.
12. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 129-138



13. Lesieur HR, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addict* 1988; 3: 765-71.
14. Griffiths M, Wood RTA. Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. *J Gambl Stud* 2000; 16: 199-225.
15. Lesieur HR, Blume SB. *When lady luck loses: women and compulsive gambling*. New York: Springer-Verlag; 1991: p 181-97.
16. Lesieur HR, Rosenthal RJ. Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *J Gambl Stud* 1991; 7: 5-39.
17. Lesieur HR, Blume SB, Zoppa RM. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res* 1986; 10: 33-8.
18. Griffiths MD. Gambling in children and adolescents. *J Gambl Stud* 1989; 5: 66-83.
19. Bergh C, Kuhlhorn E. Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. *J Gambl Stud* 1994; 10: 275-85.
20. Blaszczynski A. Pathways to pathological gambling: identifying typologies. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling* 2000; Issue 1.
21. Guerreschi C. *Il Gioco d'Azzardo Patologico, quando il divertimento diventa una malattia*. Milano: San Paolo Editore; 2000.
22. Moran E. Varieties of pathological gambling. *Br J Psychiatry* 1970; 116: 593-7.
23. Abbott MW, Volberg R. The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *J Gambl Stud* 1996; 12: 43-60.
24. Shaffer HJ, Latrie R, Scanlan KM, Cummings TM. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *J Gambl Stud* 1994; 10: 339-62.
25. Gupta R, Derevensky J. Adolescent gambling behaviour: a prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *J Gambl Stud* 1998; 14: 319-45.
26. Victorian Casino & Gaming Authority (VCGA). *Definition and incidence of pathological gambling including the socioeconomic distribution*. Melbourne: Victorian Casino & Gaming Authority; 1997.
27. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487-99.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
29. Croce M. Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d'azzardo. In: Lavanco G. *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill; 2001.
30. Freud S. Dostoevskij e il parricidio. In: Shakespeare, Ibsen e Dostoevskij. *Opere*, vol. X, Torino: Bollati Boringhieri; 1977.
31. Fenichel O. *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabio; 1951.
32. Huinzig J. *Homo ludens*. Torino: Einaudi; 1973: p 32.
33. Bergler E. *Psicologia del giocatore*. Vicenza: New Compton; 1970.
34. Rosenthal RJ. The Gambler as a case history and literary twin: Dostoevsky's false beauty and the poetics of perversity. *Psychoanal Rev* 1997; 503-616.
35. Custer RJ. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: pp 35-8.
36. Custer RL, Milt H. *When luck runs out*. New York: Facts on File; 1985.
37. Carlton PL, Goldstein L. Physiological determinants of pathological gambling. In: Galski T, ed. *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1987: p. 111-22.
38. Comings DE, Rosenthal RJ, Lesieur HR, Rugle L. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics* 1996; 6: 223-34.
39. McCormick RA, Taber JI. The pathological gambler: salient personality variables. In: Galski T, ed. *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1987: pp. 9-39.
40. Blaszczynski A. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports* 1999; 84: 107-13.
41. National Gambling Impact Study Commission. *National Gambling Impact Study Commission Report*. Washington DC, National Gambling Impact Study Commission, 1999.
42. Griffiths M, Barnes A. Internet gambling: an online empirical study among student gamblers. *Int J Ment Health Addiction* 2007; 5: 179-276.



# Le psicotecnologie e l'internet addiction disorder



DANIELE LA BARBERA, STEFANIA CANNIZZARO

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo

## RIASSUNTO

La diffusione delle nuove tecnologie sta cambiando il modo di conoscere, comunicare e concepire le relazioni interpersonali. Computer e internet sono definibili come tecnologie psicologiche capaci di influenzare la mente umana e i processi psichici. In letteratura vengono riportati casi di condotte disfunzionali, di abuso e di dipendenza da internet con conseguenze significative nella vita quotidiana, sociale e lavorativa. L'articolo affronta il tema delle implicazioni psicologiche e psicopatologiche connesse all'uso di internet. Si tratta di un argomento interessante e complesso che pone rilevanti questioni di ordine teorico e clinico.

*Parole chiave:* internet, dipendenza, uso patologico di internet.

## SUMMARY

The diffusion of the new technologies is changing the way of learning, communicating and conceiving interpersonal relations. Computer and internet can be defined as psychological technologies which are able to influence the human mind and the psychological processes. In literature, several cases of addictive and dysfunctional behavior, and internet abuse and dependence have been reported; these can significantly influence daily-life, social and working dimensions. This article discusses the psychological and psychopathological implications of internet use. This is an interesting and complex topic implying relevant clinical and theoretical issues.

*Key words:* internet addiction disorder, pathological internet use.

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 139-146

## INTRODUZIONE

L'ampio sviluppo e la rapida diffusione delle reti telematiche mostra la portata rivoluzionaria della trasformazione che stiamo vivendo, tale da introdurre imponenti cambiamenti negli stili di vita, nei modi di comunicare, conoscere e concepire le relazioni interpersonali influenzando anche la sfera dei nostri processi mentali.

Oggi computer, internet, tecnologie digitali influenzano in modo peculiare gli assetti cognitivi, affettivi e relazionali della vita psichica offrendo esperienze e possibilità prima impensabili.

Interrogarsi sui risvolti di tali cambiamenti e valutare l'impatto della ICT (*Information & Communication Technology*) sul piano sociale e psicologico richiede di considerare, in modo attento e costruttivo, quali siano gli effetti dell'innovazione tecnologica sia sul versante delle straordinarie risorse e opportunità che offre sia degli eventuali rischi e nodi problematici che può presentare per la nostra vita mentale specialmente nella sua dimensione emotiva, immaginativa e relazionale.

## LE PSICOTECNOLOGIE

Derrick de Kerckhove, erede intellettuale di Marshall McLuhan ed esperto mondiale di tecnologie digitali, sostiene che televisione, computer, internet, realtà virtuale sono *psicotecnologie*<sup>1</sup>, vere e proprie tecnologie della psiche, capaci di influenzare la mente umana in modo molto sottile. I media elettronici, infatti, – proprio per le loro “qualità psicologiche” – entrano in forte affinità con la realtà mentale e i processi psichici e svolgono una straordinaria funzione di estensione del pensiero e di altre importanti facoltà umane come il linguaggio, la comunicazione, l'intelligenza.

Mentre, infatti, le tecnologie tradizionali erano prevalentemente “tecnologie fisiche” volte ad ampliare e supportare il corpo, il movimento e gli aspetti fisici e concreti della realtà quotidiana, le psicotecnologie modificano gli stati di coscienza, ampliano le percezioni sensoriali e le facoltà della mente, amplificano i vissuti emotivi ed affettivi, arrivando a funzionare come estensioni del Sé.

Proprio alla luce della peculiare e affascinante relazione che si instaura tra mente umana e tecnologie interattive, numerosi studiosi in ambito psicologico e psichiatrico avvertono oggi l'importanza di approfondire quali siano i possibili effetti psichici dell'uso di media elettronici e i possibili rischi psicosociali e psicopatologici legati all'uso di internet.

## L'INTERNET ADDICTION DISORDER

La denominazione internet addiction disorder (IAD) ha una origine assai curiosa. È stata introdotta per la prima volta nel 1995 dallo psichiatra ameri-

cano Ivan Golberg il quale, in modo ironico e provocatorio, pubblicò in internet i criteri diagnostici di quella che identificò come la *sindrome da dipendenza da internet*, descrivendo – seppure senza alcun riferimento a dati empirici – un quadro clinico per molti versi simile a quello rintracciabile nella dipendenza da una sostanza (comparsa di fenomeni di *craving*, tolleranza e astinenza, difficoltà ad interromperne o ridurne l’uso nonostante conseguenze negative nell’ambito familiare, sociale e lavorativo).

Nello stesso anno, Griffiths definisce le *technological addictions*<sup>2</sup> come dipendenze comportamentali, caratterizzate dagli stessi aspetti nucleari che ricorrono nella dipendenza da sostanza e che implicano una interazione “tra uomo e macchina” di tipo tendenzialmente passivo (come nel caso della televisione) o di tipo prevalentemente attivo (come nel caso dei videogames).

Young<sup>3</sup> nel 1996 presso l’Università di Pittsburgh ha condotto una estesa ricerca empirica allo scopo di indagare la natura della *internet addiction*. Utilizzando come modello la diagnosi del gioco d’azzardo patologico presente nel DSM IV, ha definito la dipendenza da internet come un disturbo nel controllo degli impulsi che non implica l’assunzione di una sostanza. Tutti i soggetti (volontari reperiti attraverso annunci e metodi di ricerca online) valutati con il *Diagnostic Questionnaire*, strumento di screening dell’uso additivo di internet, sono stati classificati in due gruppi: utenti internet dipendenti e utenti non dipendenti. I soggetti *internet addicted* risultavano in prevalenza donne con un’età media di 43 anni e riportavano conseguenze negative in importanti sfere della loro vita relazionale, familiare, lavorativa ed economica. Inoltre utilizzavano in media internet un numero di ore alla settimana otto volte maggiore (38,5 ore) rispetto a quello speso dai soggetti non dipendenti (4,9 ore). I soggetti dipendenti sembrano maggiormente attratti dai servizi più interattivi e socializzanti di internet, quali le chat e i Mud, mentre i soggetti non dipendenti prediligono l’uso di servizi come il World Wide Web e l’e-mail. Inoltre, gli uomini sono principalmente alla ricerca di potere, dominio ed affermazione sociale e prediligono maggiormente servizi informativi, giochi interattivi di tipo aggressivo, chat erotiche e siti cyberpornografici, mentre le donne preferiscono le chat room come opportunità per stringere amicizie, allacciare avventure romantiche alla ricerca di dialogo, confronto e sostegno<sup>4</sup>.

Nonostante la fragile metodologia *web-mediated*, la scelta di campioni di utenti volontari reclutati solamente attraverso metodi di ricerca online e l’utilizzo di questionari diffusi esclusivamente attraverso la rete stessa, i risultati appaiono tuttora molto interessanti.

## ASPETTI CLINICI

Una questione rilevante nello studio degli aspetti psicologici e psicopatologici dell’uso di internet è rappresentata dalla difficoltà di differenziare – attraverso criteri sufficientemente discriminativi – situazioni di uso normale da condizioni di abuso e dipendenza.

Gli strumenti clinici di valutazione dell’abuso-dipendenza<sup>5</sup> sono soprattutto



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze “senza droga”

Nº05  
2:2008; 139-146

questionari di autovalutazione diffusi via internet che presentano problemi di validità ed attendibilità dal punto di vista psicometrico. Molti degli studi finora condotti presentano limiti da un punto di vista metodologico (esiguità dei campioni, gruppi di soggetti autoreferenziali e preselezionati, ricorso a tecniche online, problemi di generalizzazione dei risultati, scarsa possibilità di comparazione tra studi di differente matrice culturale, ecc.).

È stato suggerito che l'abuso di internet sarebbe fortemente sollecitato da un assetto interiore carente, da un senso di vuoto, da sentimenti di solitudine, da difficoltà ad investire libidicamente la realtà e tutti i suoi aspetti<sup>6</sup>. Il tipo di personalità predisposto a sviluppare una dipendenza da internet è caratterizzato da tratti ossessivo-compulsivi, tendenza al ritiro sociale, inibizione relazionale<sup>7</sup>, disturbi inerenti l'area affettiva<sup>8</sup>, instabilità emotiva e scarso controllo delle emozioni<sup>9</sup>. Inoltre, sembrano più esposti al rischio soggetti con elevato grado di informatizzazione, che svolgono lavori notturni o isolati geograficamente<sup>10</sup> e soggetti che vivono situazioni ambientali sfavorevoli come burn-out, disoccupazione, problemi coniugali e solitudine<sup>11</sup>. Secondo Wallace<sup>12</sup>, le persone che possiedono un forte "locus of control interno" possono essere maggiormente attratti e catturati dalla rete, per il fascino che esercita e per l'illusione di poter esercitare un controllo sulla realtà. Si evidenzia una comorbilità del disturbo con altre patologie psichiatriche in particolare: disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbo da uso di sostanze<sup>6</sup>, disturbi di personalità, quadri misti con intense componenti di ansia relazionale e condotte di evitamento sociale; disturbi del controllo degli impulsi<sup>1,3,7,9,13-16</sup>. Frequentemente i soggetti dipendenti sono caratterizzati dalla presenza delle dimensioni temperamentali *novelty seeking*<sup>17</sup> e *sensation seeking*<sup>18</sup> – contraddistinte dalla continua ricerca di situazioni nuove e di stimoli emotivi e sensoriali forti, con la messa in atto di condotte a rischio al fine di allontanare o mascherare aspetti anedonici di vuoto e di noia.

I tratti di *sensation seeking* e *novelty seeking*, come anche la ricerca di esperienze dissociative, sono emersi in una ricerca condotta<sup>19</sup> a Palermo su un campione di 1288 studenti adolescenti di età compresa tra i 13 e i 19 anni, volta ad indagare le modalità di uso delle nuove tecnologie, dalla quale è emerso che nel 22% dei casi si rileva un uso problematico delle stesse.

## IL FASCINO SEDUTTIVO DI INTERNET

Dalla ricerca di Young emerge che l'83% degli utenti classificati come dipendenti usa internet da meno di un anno<sup>3</sup>. Generalmente i soggetti che usano la rete telematica attraversano tre fasi<sup>20</sup>: 1) fase di "incanto", per la scoperta delle potenzialità e delle risorse della rete; 2) fase di "disillusione e di evitamento"; 3) fase di "equilibrio" normale caratterizzata da un uso normale ed adeguato.

Anche Grohol (secondo cui all'inizio si può rimanere "abbagliati e incantati" dalla rete) e Wallace (che definisce la "malattia dei novellini" la condizione del neofita) individuano un rischio additivo nella prima fase. Tale fenomeno può poi rientrare, oppure sfociare in una più problematica e persistente con-

dizione patologica. Tuttavia, l'inesperienza, la novità e la curiosità del primo accesso renderebbero, comunque, la prima fase di contatto quella a maggior rischio di sviluppo di una condotta addittiva.



## IL PERCORSO VIRTUALE VERSO LA DIPENDENZA

Cantelmi e D'Andrea<sup>8</sup> hanno delineato un vero e proprio "percorso virtuale", caratterizzato dallo sviluppo di livelli sempre maggiori di dipendenza, che conduce l'utente a divenire progressivamente un vero e proprio *rete-dipendente*. In una fase iniziale, l'utente utilizzerà come primo livello l'email. Segue lo "stadio larvale della vita di un internet-dipendente", caratterizzato da una navigazione tra i siti web fugace e distratta (*fase di Lurker*, guardoni), da un'attenzione ossessiva della posta elettronica e dalla focalizzazione ideoaffective su temi inerenti la rete. Nella "fase tossicofilica" si rileva un incremento del tempo di permanenza in rete, sensazioni sgradevoli e idee ricorrenti sulla rete quando si è offline, partecipazione assidua alle chat e ai newsgroup, sessioni online notturne prolungate con deprivazione di sonno. Il percorso virtuale culmina nella "fase tossicomantica", in cui l'uso dei Mud e i collegamenti sempre più assidui e prolungati sono tali da determinare la compromissione dell'ambito sociale, relazionale e professionale di vita del soggetto.

Anche Young<sup>4</sup> individua alcune fasi che scandiscono la strada che conduce alla dipendenza. Nella fase del "coinvolgimento", vi è un accesso alla rete sollecitato dal senso di "curiosità" e di piacere verso una particolare applicazione di internet. Segue la fase della "sostituzione" in cui il soggetto si immerge in modo profondo nella realtà di internet a discapito delle attività della propria vita quotidiana. Il soggetto sembra ricevere dalle attività online una importante gratificazione e la comunità di internet diventa un "sostituto" per bisogni non realizzati nella vita reale e ciò stimola il riutilizzo dello strumento. Nell'ultima fase, si instaura la "dipendenza", contraddistinta da una vera e propria fuga dalla realtà quotidiana e dal proprio disagio emotivo attraverso un uso di internet che diventa sempre più assiduo e prolungato, con sensazioni di benessere quando si è online e sensazioni di angoscia e sofferenza qualora si è impossibilitati a connettersi alla rete. Internet diventa un "antidoto" illusorio per attutire, e nel contempo eludere, la solitudine, il proprio malessere e la sofferenza emotiva.

Va sottolineato che a tutt'oggi i casi più conclamati di dipendenza da internet sono esigui e per lo più circoscritti all'interno di casistiche cliniche limitate o di descrizioni aneddotiche più che a fenomeni clinicamente rilevati<sup>9</sup>. Più frequenti, invece, sono i casi di "abuso tecnologico" dove il comportamento addittivo, maladattivo e compulsivo può essere "passeggero e transitorio" (da uno a cinque-sei mesi) o "concentrato" in determinati periodi o momenti (ad esempio periodi critici del ciclo di vita o della giornata o durante la notte o nei week-end), o ancora può esprimersi come un comportamento disfunzionale di tipo "fasico" che segue un andamento "alternato", oscillante e discontinuo in cui si alternano fasi di assenza o scomparsa della condotta di abuso e

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

N<sup>005</sup>  
2:2008; 139-146

fasi di ricomparsa di uso massiccio e intensivo. L'abuso può comportare conseguenze variabili nella sfera del funzionamento personale ed interpersonale di vita del soggetto (come ad esempio scarse prestazioni lavorative e scolastiche, disturbi del sonno, problemi coniugali e familiari correlati all'uso, ecc.). Inoltre, queste condotte di abuso di internet si realizzerebbero in soggetti predisposti e in associazione a situazioni di stress emotivo, di solitudine e di vulnerabilità psicologica. Si potrebbe in tal senso parlare non tanto di una sindrome di dipendenza patologica vera e propria quanto di condizioni di *short addiction*<sup>10</sup>, che si risolvono spontaneamente e che il soggetto sottopone a critica in cui il comportamento maladattivo, nei termini di una condotta addittiva circoscritta, potrebbe essere paragonato all'abuso di alcool in determinati periodi della vita o in particolari momenti, come ad esempio momenti di stress, solitudine o depressione.

## PROPOSTE DI CLASSIFICAZIONE

La definizione e l'inquadramento diagnostico della dipendenza da internet risultano ancora piuttosto incerti<sup>21</sup>. Gli studi preliminari di revisione del DSM-V (*DSM-V Research Planning Activities*) prospettano la possibilità di inserire tutte le dipendenze comportamentali all'interno della neo-categoria *Reward Dependence Disorder* (Disturbi da Dipendenza dalla Gratificazione). Varie ricerche sull'*internet addiction*<sup>4,11,13,22,23</sup> individuano nell'aspetto quantitativo del "tempo trascorso in rete" un elemento ricorrente della dipendenza da internet, anche se non c'è accordo su quale sia la quantità di tempo di collegamento che può configurare uno stato di abuso e dipendenza. Inoltre, il fattore quantitativo in sé e per sé non può essere considerato un indicatore della dipendenza né del coinvolgimento in un comportamento compulsivo. Tale elemento andrebbe semmai valutato alla luce della relazione che si instaura tra il soggetto e internet, dell'ambiente di vita del soggetto, della condizione occupazionale, del funzionamento relazionale, della modalità di fronteggiare lo stress, della capacità di *coping*, ecc.

Davis ha utilizzato il concetto di pathological internet use (PIU)<sup>24</sup> per riferirsi all'uso patologico di internet distinguendo due forme cliniche: il PIU generalizzato e PIU specifico (caratterizzato dalla preferenza per precise funzioni di internet: materiale erotico, gioco d'azzardo, aste online).

In entrambi i casi, si evidenzerebbe alla base la presenza di una patologia pre-esistente all'abuso di internet.

Alcuni autori, sottolineando la natura complessa e poliforma di internet, hanno proposto una nuova categoria diagnostica denominata internet related psychopathology (IRP)<sup>22</sup> per indicare una costellazione di comportamenti di abuso o dipendenza da internet che comprende una serie di differenti *cyber addictions* connesse alle specifiche funzionalità e applicazioni interattive della rete telematica, quali: gioco d'azzardo compulsivo online; dipendenza da cybersesso; dipendenza da cyber relazioni; dipendenza da giochi di ruolo online; information overload addiction (dipendenza da eccessive informazioni).

L'ampio ventaglio di quadri psicopatologici, condotte addittive e disfunziona-

li e fenomeni di abuso e dipendenza dei nuovi media è stato raccolto sotto il nome di *tech abuse*<sup>6</sup>; si tratta di un'area di disordini che comprende l'IAD, l'autismo tecnologico, ma anche le forme estreme di tecnofeticismo e i deliri tecnomediatati. Questi quadri sono caratterizzati da un sovrainvestimento e/o utilizzazione eccessiva e compulsiva di tecnologie mediatiche avanzate associate a modificazioni significative dello stile di vita, scadimento della performance lavorativa o scolastica, problemi familiari e relazionali fino a situazioni di chiusura e isolamento pressoché totale dai rapporti esterni, alterazioni dell'affettività e del comportamento e, in alcuni casi, della coscienza, della memoria e dell'identità.

## CONCLUSIONI

Oggi la ricerca sugli aspetti psicopatologici dell'uso di internet e delle tecnologie tecnomediate rappresenta un ambito di studio interessante che va sviluppandosi sempre più. Tuttavia i fenomeni di abuso-dipendenza da internet, oggetto di studio e di attenzione clinica da poco più di una decina di anni, sono ancora in fase di discussione da parte della comunità scientifica. Questo significa che bisogna procedere nella consapevolezza che – da un punto di vista conoscitivo – ancora molta strada va percorsa in quanto tanti rimangono gli aspetti da approfondire e i nodi critici da affrontare.

La dipendenza da internet, così come le altre forme di dipendenza comportamentale, non può essere ricondotta né solo alle caratteristiche dell'oggetto della dipendenza né del soggetto che la agisce, bensì va affrontata considerando la complessa dinamica psicologica che caratterizza la relazione tra il soggetto e lo strumento tecnologico all'interno dello specifico contesto in cui si manifesta. Conoscere il potenziale psicopatologico di questa relazione, vuol dire, tra l'altro, poter pensare di impostare adeguati piani di sensibilizzazione, prevenzione e trattamento.

In conclusione, tentare di osservare e comprendere quali siano gli effetti dell'attuale trasformazione tecnologica sulle nostre facoltà mentali e sulla nostra vita psichica, pensiamo che rappresenti non solo un compito necessario e importante al quale non possiamo sottrarci, ma anche la vera sfida, affascinante ed avvincente, nel tentativo di stimolare il cambiamento nella direzione di un'integrazione – il più possibile armoniosa – tra aspetti reali e aspetti virtuali dell'esperienza umana.

## Bibliografia

1. de Kerckhove D. The skin of culture. Investigating the new electronic reality. Toronto: Somerville Press; 1995.
2. Griffiths MD. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum* 1995; 76: 14-9.
3. Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association. Toronto, Canada, August 15, 1996.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 139-146



4. Young KS. Caught in the Net. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1998.
5. Talli M, D'Andrea A, Cantelmi T. Strumenti clinici di valutazione. In: Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A, eds. La mente in Internet: psicopatologia delle condotte online. Padova: Piccin; 2000: p 115-24.
6. La Barbera D. Infonauti alla deriva: il tech abuse di Internet e dei mondi virtuali. In: Cannizzaro S, Di Maria F, eds. Reti telematiche e trame psicologiche. Milano: FrancoAngeli; 2001: p 43-68.
7. Aguglia E, et al. Computer: un'alternativa al dolore ed alla solitudine. *Alghos-Pathos nella filogenesi dell'uomo*. Veroli 1996; 5: 16-9.
8. Cantelmi T, D'Andrea A. L'Internet dipendenza. In: Jacobelli J, ed. La realtà del virtuale. Bari: Laterza; 1998: p 28-39.
9. Del Miglio C, et al. Fenomeni psicopatologici Internet-correlati: ricerca sperimentale italiana. In: Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A, eds. La mente in Internet: psicopatologia delle condotte on-line. Padova: Piccin; 2000: p 75-93.
10. Cantelmi T, Giardina Grifo L. La mente virtuale. L'affascinante ragnatela di Internet, Milano: Edizioni San Paolo; 2002.
11. La Barbera D. Le dipendenze tecnologiche: la mente nei nuovi scenari dell'Addiction Tecnomedata. In: Caretti V, La Barbera D, eds. Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005: p 113-32.
12. Wallace P. The psychology of the Internet. New York: Cambridge University Press; 1999.
13. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being. *Am Psychol* 1998; 53: 1017-31.
14. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE Jr, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic Internet Use. *J Affect Disord* 2000; 17: 207-16.
15. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 839-44.
16. Young KS, Rodgers RC. The relationship between depression and internet addiction. *CyberPsychol Behav* 1998; 1: 25-8.
17. Cloninger R. A systematic method for clinical description and classification of personality variance. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 579-88.
18. Zuckerman M. Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, N.Y.: Erlbaum; 1979.
19. La Barbera D, Cannizzaro S, Sideli L. Teenagers and their use of new technologies. Abstract Book del Congresso della Società Italiana di Neuroscienze. Verona, 27-30 settembre 2007.
20. Grohol J. What is normal? How much is too much when spending time online? American Online-PsychCentral-Mental Health, 1998 <http://psychcentral.com>
21. La Barbera D, Sideli L. La dipendenza da Internet. In: Albano T, Gulimánowska L, eds. *In-Dipendenza: un percorso verso l'autonomia*. Milano: FrancoAngeli; 2006.
22. Cantelmi T, D'Andrea A. Fenomeni psicopatologici Internet-correlati: osservazioni cliniche. In: Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A. La mente in Internet: psicopatologia delle condotte on-line. Padova: Piccin; 2000: p 55-74.
23. La Barbera D, Cannizzaro S. Lineamenti psicologici e psicopatologici dell'uso di Internet. *Psicotech* 2006; 4, 1: 49-68.
24. Davis RA. A Cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior* 1999; 7: 187-95.

## La sex addiction

LUCIA SIDELI, LOREDANA BARRALE

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 147-158

### RIASSUNTO

La dipendenza sessuale comprende un insieme di condizioni psicopatologiche caratterizzate da pensieri e fantasie sessuali intrusive associate a perdita di controllo sui comportamenti sessuali. Un crescente interesse è stato rivolto a questa condizione, ancora non riconosciuta dai sistemi nosografici ufficiali e descritta ora come "compulsività sessuale", ora come "impulsività sessuale", ora come "dipendenza sessuale". Interessando una percentuale compresa tra il 3 ed il 6% della popolazione generale, la dipendenza sessuale comporta spesso gravi conseguenze di natura relazionale, lavorativa, economica e legale con un grado variabile di disabilità. Diversi modelli sono stati proposti per spiegare l'eziopatogenesi dei comportamenti sessuali additivi. È stata dimostrata l'efficacia di programmi di trattamento integrato che includono la terapia farmacologica, la psicoterapia individuale e di gruppo. Ulteriori studi sono necessari per meglio definire i criteri diagnostici, i fattori di rischio e gli strumenti di valutazione della dipendenza sessuale.

*Parole chiave:* dipendenza sessuale, impulsività sessuale, compulsività sessuale, diagnosi, trattamento.

### SUMMARY

Sex addiction includes a group of conditions characterized by intrusive sexual thoughts combined with poorly controlled sexual behaviors. There is an increasing interest to this psychopathological condition, which is not yet recognized by the psychiatric nosology and it is described as "sexual compulsivity" or "sexual impulsivity" or "sexual addiction". Affecting the 3-6% of the general population, sexual addiction often implies adverse consequences such as relational, working, economic and legal problems causing a variable degree of impairment. Several models are proposed in order to explain the aetiology of addictive sexual behaviours. Many researches have shown the efficacy of an integrated treatment which includes psychopharmacological therapy, individual and group psychotherapy. Further studies are needed to better define diagnostic criteria, risk factors and measures to assess sexual addiction disorder.

*Key words:* sexual addiction, sexual impulsivity, sexual compulsivity, diagnosis, treatment.

## INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO E CRITERI DIAGNOSTICI

Storicamente le prime osservazioni scientifiche sulla dipendenza da sesso sono espone dallo psichiatra austriaco Von Krafft-Ebing<sup>1</sup> che sottolinea la centralità del desiderio sessuale nella vita sociale, emotiva e cognitiva del soggetto dipendente. Per una definizione e descrizione completa dobbiamo riferirci allo psichiatra americano Carnes che, nel libro *Out of the shadows: understanding sexual addiction*<sup>2</sup>, parla del dipendente sessuale come di colui “che sostituisce una sana relazione con gli altri con una relazione malata con un oggetto o un comportamento. La relazione con un’esperienza in grado di modificargli l’umore diventa centrale nella sua vita [...] i dipendenti si tirano progressivamente indietro dalla realtà dei loro amici, della famiglia e del lavoro [...] Nella misura in cui i dipendenti sessuali distorcono la realtà, la dipendenza sessuale diventa una forma di malattia”. Alcuni anni dopo Goodman<sup>3</sup> definisce la dipendenza da sesso “qualsiasi forma di comportamento sessuale finalizzata sia a produrre piacere sia a diminuire situazioni di disagio [...] che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi”.

Allo stato attuale, la dipendenza sessuale è una patologia la cui definizione ufficiale risulta essere ancora incerta e controversa, tanto da essere considerata da alcuni una condizione ossessivo-compulsiva, da altri un fenomeno di discontrollo degli impulsi o una vera e propria dipendenza. Il DSM-IV<sup>4</sup> che considera la patologia solo all’interno del disturbo sessuale non altrimenti specificato, dove essa viene esclusivamente descritta come “disagio connesso a un quadro di ripetute relazioni sessuali con una successione di partner vissuti dal soggetto come cose da usare”, ignorandone tutti gli aspetti additivi che la caratterizzano. Coleman<sup>5</sup>, Cooper<sup>6</sup>, Quadland<sup>7</sup>, Weisseberg e Levay<sup>8</sup> propongono il concetto di “sexual compulsivity” o “compulsive sexual behavior” (CSB), individuando l’innesco del comportamento compulsivo non nel piacere seguente all’azione, ma nella riduzione dell’ansia: “I pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi riducono l’ansia e le preoccupazioni ma creano un circolo vizioso”<sup>5</sup>, interferendo con le normali abitudini, le relazioni familiari e sociali, l’attività scolastica e lavorativa. Barth e Kinder<sup>9</sup> propongono di collocare la dipendenza sessuale all’interno dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, definendola “impulsività sessuale”. Anch’essa, è, infatti, caratterizzata dall’“incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un’azione pericolosa per sé o per gli altri”, in cui l’azione stessa è preceduta da una sensazione crescente di tensione o di eccitazione ed è accompagnata da piacere, gratificazione o sollievo, a cui possono seguire o meno rimorso, senso di colpa o autoriprovazione. Hollander<sup>10,11</sup> propone di individuare la dipendenza sessuale all’interno di uno spettro impulsivo-compulsivo: l’agito sessuale impulsivo procura intense esperienze di piacere (polo impulsivo) e al contempo consente di alleviare stati d’animo dolorosi (polo compulsivo). Secondo Kafka<sup>12</sup>, la dipendenza sessuale può essere definita un disturbo correlato alle parafilie, “paraphilia related disorder” (PRD), condividendo con le parafilie alcuni aspetti, quali la prevalenza negli uomini rispetto alle donne, la ripetitività, l’obbligatorietà e la stereotipia dei

comportamenti sessuali che si caratterizzano per la elevata frequenza, la possibilità di intensificarsi durante i periodi di stress, nonché la comorbilità in Asse I. L'assenza di aspetti di devianza sociale ne fa comunque un'entità nosografica autonoma che comprende la masturbazione compulsiva, la promiscuità protratta (nei sottotipi eterosessuale, omosessuale e bisessuale), la dipendenza da materiale visivo pornografico, da telefonate erotiche, il cybersecco, l'uso di sostanze eccitanti o allucinogene o di oggetti accessori per l'incremento del piacere sessuale e per l'espletamento dell'attività stessa e l'incompatibilità grave del desiderio sessuale, ovvero eccessive richieste sessuali al partner, tali da creare un problema all'interno della relazione interpersonale. Manley e Koehler<sup>13</sup>, affiancando la dipendenza sessuale ai disturbi sessuali e dell'identità di genere, propongono l'inserimento di una nuova categoria, disturbi del comportamento sessuale, che possa contenere quei comportamenti sessuali, sia eccessivi che restrittivi, che il soggetto è incapace di modificare, nonostante causino un disagio clinicamente significativo e interferiscano con una o più aree del funzionamento individuale e sociale. Earle e Crow<sup>14</sup>, Griffin-Shelley<sup>15</sup>, Schneider<sup>16</sup>, Goodman<sup>17</sup> hanno suggerito di includere la dipendenza sessuale all'interno delle dipendenze comportamentali alla luce degli studi che documentano l'elevata comorbilità, l'esordio nell'adolescenza o nella prima età adulta, il decorso cronico con remissioni e esacerbazioni e le caratteristiche comportamentali comuni all'abuso e alla dipendenza da sostanze, quali la tolleranza e l'astinenza e la compulsività. Liggio<sup>18</sup>, individuando la dipendenza da sesso come una dipendenza da sostanze stupefacenti endogene, propone il termine "dipendenza da reazione orgasmica" (DRO), condizione psicofisiopatologica a cui si correla un'alterazione del sistema cerebrale della gratificazione implicante una coartazione della modalità con cui l'individuo si procura soddisfazione e piacere. Durante un rapporto sessuale, l'acme orgasmico determina la caratteristica sensazione di benessere e distensione accompagnata da euforia analibidica per la produzione endogena immediata di  $\beta$ -endorfine e a cui segue una momentanea saturazione del desiderio orgasmico. I soggetti affetti da DRO, una volta smaltito l'incremento endorfinico indotto dalla reazione orgasmica (RO), si sentono insoddisfatti, infelici, irrequieti, motivo per cui ricercano sollievo immediato attraverso la ripetizione della stimolazione erotica provocante la RO, instaurando così un ingestibile circolo vizioso: il bisogno di orgasmare diviene fondamentale per ottenere l'effetto placante e rilassante.

In base ai differenti apporti teorici presentati, la dipendenza sessuale sembra essere la categoria più idonea a descrivere e spiegare l'eccesso nei comportamenti sessuali.

Restano, tuttavia, ancora da definire i criteri diagnostici della dipendenza sessuale, in assenza dei quali diversi studiosi hanno proposto alcuni elementi individuativi che possono servire da base per costruire criteri ufficiali.

Dal punto di vista descrittivo è certamente delicato identificare un comportamento sessuale eccessivo in base alla sola frequenza dell'attività sessuale. D'altra parte la frequenza di orgasmi in un'unità di tempo, *Total Sexual Outlet* (TSO), originariamente proposta da Kinsey per definire la frequenza di orgasmi settimanali, viene ritenuta da alcuni autori un indicatore utile del-



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 147-158

l'ipersessualità. In tal senso, Kafka suggerisce che, per essere definita ecces-siva, una condotta sessuale debba essere caratterizzata da un TSO $\geq$ 7, per un periodo di almeno sei mesi continuativi, dopo i quindici anni di età; tale comportamento relativamente infrequente nella popolazione generale, viene riscontrato, infatti, in percentuali comprese tra il 57 ed il 72% di soggetti con parafilia o parafilia related disorder<sup>19,20</sup>.

Carnes<sup>21</sup> propone nove pattern comportamentali per il riconoscimento della dipendenza sessuale: un pattern di comportamenti fuori dal controllo; incapacità di smettere nonostante le gravi conseguenze; persistente perseguimen-to di comportamenti autodistruttivi e rischiosi; crescente desiderio o sforzo di controllare i comportamenti sessuali; ossessioni sessuali e fantasie come strategie primarie di coping; incremento dell'attività sessuale quando l'attua-le livello di attività non è più soddisfacente; gravi cambiamenti dell'umore dovuti all'attività sessuale; smodato aumento del tempo speso nella ricerca di esperienze sessuali, nel consumarle o nel riprendersi da esse; trascuratezza di importanti attività sociali, lavorative e ricreative. Secondo l'autore questi pat-tern comportamentali possono operare a tre livelli: il primo livello compren-de comportamenti socialmente accettabili o tollerabili, il secondo racchiude comportamenti abbastanza pericolosi e vittimizzanti che potrebbero meritare sanzioni legali (esibizionismo, voyeurismo, telefonate e comportamenti inde-centi), infine il terzo include comportamenti che violano i confini sociali e hanno gravi conseguenze per la vittima e conseguenze legali per il dipenden-te (abuso sessuale e pedofilia).

Goodman<sup>3</sup> mutua i propri criteri da quelli proposti dal DSM per la dipenden-za da sostanze, definendo la dipendenza sessuale come "una modalità patolo-gica di comportamento sessuale che conduce a menomazione o disagio clini-camente significativo come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in qualsiasi momento dello stesso periodo di 12 mesi" (tabella I). Recentemente, studiosi italiani hanno individuato alcuni criteri diagnostici<sup>22</sup> (tabella II).

È sempre necessaria un'attenta diagnosi differenziale con patologie come le parafilie, i disturbi bipolari, il disturbo ossessivo-compulsivo e diversi quadri organici, che presentano quadri sintomatologici parzialmente sovrapponibili a quello della dipendenza sessuale e possono essere confusi con esso<sup>17</sup>.

Le parafilie rappresentano uno dei disturbi più frequentemente associati alla dipendenza sessuale, da cui si differenziano per l'assenza di elementi specifi-ci quali la perdita di controllo e l'incapacità di ridurre il comportamento ses-suale. I disturbi bipolari possono essere caratterizzati da eccessi sessuali nel corso della fase maniacale o ipomaniacale, ma poiché la diagnosi di dipen-denza sessuale non può essere posta qualora essa sia secondaria a queste patologie, bisogna accertare che i criteri diagnostici vengano soddisfatti anche in assenza di alterazioni primarie del tono dell'umore e dell'autostima. Ossessioni e compulsioni a sfondo sessuale possono riscontrarsi nel corso di un disturbo ossessivo-compulsivo, tuttavia il loro contenuto non consiste tanto in fantasie sessuali quanto nel timore di cedere agli impulsi sessuali o di essere dei perversi: esse non sono quasi mai accompagnate da eccitazio-ne sessuale e non procurano alcun tipo di piacere.



**Tabella I. Criteri diagnostici della dipendenza sessuale di Goodman<sup>3</sup>.**

- 1) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti sintomi:
  - a) il bisogno di un aumento di quantità ed intensità del comportamento al fine di raggiungere l'effetto desiderato;
  - b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo del comportamento allo stesso livello di intensità.
- 2) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti sintomi:
  - a) la caratteristica sindrome da astinenza di tipo psicofisiologico descritta da cambiamenti psicologici o fisiologici dovuti all'interruzione del comportamento;
  - b) lo stesso (o strettamente correlato) comportamento messo in atto per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.
- 3) Il comportamento viene spesso messo in atto in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.
- 4) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare i comportamenti.
- 5) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a preparare il comportamento, a metterlo in atto, o a riprendersi dai suoi effetti.
- 6) Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dei comportamenti.
- 7) Uso continuativo del comportamento nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente e ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente da esso causato o esacerbato.

NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

NÓO5  
2:2008; 147-158

L'insorgenza oltre la mezza età, la regressione da una forma precedente di sessualità normale, l'eccessiva aggressività o disinibizione, la presenza di sintomi epilettici, la comparsa di alterazioni neurologiche aspecifiche orienterebbero a considerare i comportamenti sessuali eccessivi come secondari a un disturbo organico; la manifestazione o l'intensificazione del problema durante il consumo di droghe, la tendenza a incrementare la frequenza e l'intensità dei comportamenti sessuali durante la sospensione del consumo potrebbero far sospettare la secondarietà ad uso di sostanze, escludendo la diagnosi di dipendenza sessuale.

Infine, è necessario distinguere la dipendenza sessuale dalla *love addiction* o dipendenza relazionale, caratterizzata dal marcato coinvolgimento dell'individuo in relazioni sentimentali, nelle quali individua l'unica fonte di conforto, gratificazione e sostegno; tali quadri psicopatologici condividono la paura del rifiuto del partner e la difficoltà a gestire l'aggressività; tuttavia mentre nella dipendenza relazionale esse si manifestano con comportamenti sottomessi e adesivi, nella dipendenza sessuale si realizzano mediante il controllo e il disinvestimento affettivo<sup>23</sup>.

**Tabella II. Proposta di criteri diagnostici della dipendenza sessuale di La Barbera et al.<sup>22-23</sup>**

- A** Persistente e ricorrente comportamento sessuale maladattivo che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativo, come indicato da un totale di cinque o più dei seguenti criteri [con almeno due da (1) e uno ciascuno da (2) e (3)], per un periodo di tempo non inferiore ai 16 mesi, il soggetto non ha un'età inferiore ai 18 anni.
- 1) Ossessività**
- a) pensieri e immagini intrusive e ricorrenti circa i comportamenti sessuali o le ideazioni sessuali (è eccessivamente assorbito dal rivivere esperienze sessuali passate o dal programmare quelle future)
  - b) i pensieri e le immagini costituiscono tensione ed eccitazione inappropriate, causano ansia e disagio marcati
  - c) in qualche momento del disturbo la persona ha riconosciuto che i pensieri e le immagini sono prodotti della propria mente (e non suscitati dall'esterno).
- 2) Impulsività**
- a) ricorrente fallimento nel resistere agli impulsi sessuali nonostante le loro conseguenze negative
  - b) irrequietezza, ansia, irritabilità o agitazione quando non è possibile mettere in atto il comportamento sessuale.
- 3) Compulsività**
- a) comportamenti sessuali ripetitivi che la persona si sente obbligata a mettere in atto, anche contro la sua volontà, come risposta a fantasie sessuali ricorrenti e al deficit di controllo degli impulsi
  - b) i comportamenti o le azioni sessuali sono volti ad evitare o prevenire stati di disagio o ad alleviare l'umore disforico.
- B** I pensieri e/o i comportamenti sessuali impegnano il soggetto per la maggior parte del tempo, o interferiscono significativamente con le sue abitudini, con il funzionamento scolastico/lavorativo, con le attività o le relazioni sociali usuali.
- C** Presenza di sentimenti di autoriprovazione dopo l'atto sessuale (per es. senso di colpa, rimorso, vergogna).
- D** Incapacità di sperimentare l'intimità affettiva con la conseguente presenza di un quadro di molteplici reazioni instabili e intense.
- E** Spesso mente ai membri della famiglia, al terapeuta e ad altri per occultare l'entità delle proprie attività sessuali e delle loro conseguenze.
- F** Queste fantasie o attività non avvengono esclusivamente nel corso di un episodio maniacale, abuso di sostanze, dipendenza da sostanze (alcol, cocaina, anfetamine) o condizioni mediche generali.

## PREVALENZA E COMORBILITÀ

I dati sulla prevalenza della dipendenza sessuale nella popolazione generale sono scarsi e difficili da rilevare: come segnala Coleman<sup>5</sup>, ciò è dovuto sia al



fatto che molte comunità scientifiche non hanno ancora riconosciuto questa patologia come oggetto di studio sia al fatto che la segretezza, la vergogna, la disperazione tendono a ostacolare il soggetto nella richiesta di aiuto.

Nel 1989 Carnes<sup>24</sup> stima la prevalenza della dipendenza sessuale nella popolazione statunitense tra il 3% ed il 6%; nel 1992 Coleman<sup>5</sup> riporta che il 5% della popolazione americana soddisfa i criteri per le compulsioni sessuali; la maggioranza degli individui che ne sono affetti è di sesso maschile e la prevalenza maschile aumenta nei casi di dipendenza sessuale con parafilie. Nella maggior parte dei casi l'età di insorgenza precede i 18 anni e la frequenza dei comportamenti sessuali ha un picco tra i 20 anni e i 30 anni.

Le ricerche di Kafka et al.<sup>12,25</sup> segnalano che il dipendente sessuale è più frequentemente un uomo maschio di razza bianca ed età media di 34 anni, sposato, diplomato in un college cattolico e appartenente al ceto medio borghese. I comportamenti sessuali additivi più frequenti sono la masturbazione compulsiva (69%), la promiscuità omo ed etero sessuale (51%), la dipendenza da pornografia (50%) e quella da linee erotiche (24%).

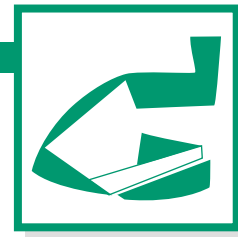
In Italia, l'indagine del CeDiS<sup>26</sup> (n=240) segnala che la patologia colpisce il 3% delle donne e il 6% degli uomini, di età media compresa tra i 35 e i 40 anni; nel 40% dei casi si tratta di persone sposate, nel 33% di single, nel 22% di divorziati e nel 5% di separati; il 64% dei dipendenti sessuali è eterosessuale, il 18% omosessuale, l'11% bisessuale e l'8% si dichiara insicuro della propria preferenza sessuale. Lo studio preliminare dell'AIRS<sup>27</sup> (n=191) stima una prevalenza del 5,75%, il 3,1% delle donne e l'8,5% degli uomini; il successivo ampliamento del campione (n=1054) sul territorio nazionale<sup>28</sup> ha sostanzialmente confermato i risultati precedenti con una prevalenza del 5,8% distribuita tra il 2,0% delle donne e il 10,3% degli uomini.

Diversi studi hanno indagato la comorbilità della dipendenza sessuale con disturbi psichici, in particolare disturbi dell'umore (prevalentemente depressione maggiore)<sup>29</sup>, disturbi d'ansia (GAD e DPTS, fobia sociale)<sup>29</sup>, disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività<sup>30</sup>, disturbi di personalità di Cluster B e C<sup>31,29</sup>, parafilie<sup>12,25</sup>, o altre forme di dipendenza (alcol, droghe, gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo)<sup>21,31</sup>.

Numerosi studi, condotti prevalentemente su popolazioni omosessuali<sup>32</sup>, hanno rilevato una maggiore frequenza di sieropositività e malattie a trasmissione sessuale tra i soggetti che presentano condotte sessuali compulsive<sup>33</sup>. Lo studio dell'AIRS<sup>28</sup> ha evidenziato che nei dipendenti sessuali le disfunzioni sessuali si presentano in percentuali inferiori alla media della popolazione, sebbene nelle donne la difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo appaia lievemente più diffusa della media.

## MODELLI CLINICI DELLA DIPENDENZA SESSUALE

A partire dalla pubblicazione, negli anni Ottanta, dei primi lavori sulla dipendenza sessuale, i contributi sull'argomento sono numerosi e possono essere ricondotti da una parte al cosiddetto "Modello Minnesota dei 12 passi" d'impostazione prevalentemente cognitivo-comportamentale, dall'altra al filone psico-



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 147-158

dinamico nel quale gli studi sulle perversioni s'intrecciano con quelli sulle condotte additive e, più recentemente, sul rapporto tra deficit della regolazione degli affetti, meccanismi dissociativi e dipendenza. Nell'ambito della prospettiva cognitivo-comportamentale, Coleman<sup>34</sup> e Carnes<sup>24</sup> sono i primi ad elaborare un modello completo per la comprensione dei fattori e dei processi sottostanti alla dipendenza sessuale e delle dinamiche attraverso cui evolve, assegnando un ruolo centrale al vissuto della vergogna e dell'autosvalutazione. Pur senza disconoscere il peso di fattori di vulnerabilità neurobiologica e gli effetti di credenze e pregiudizi sociali, Carnes attribuisce un ruolo rilevante alle dinamiche familiari patologiche (disconoscimento dei bisogni del bambino, mancanza di vicinanza emotiva, aspettative eccessive e inadeguate), a partire dalle quali il soggetto elabora un sistema di credenze disfunzionali quali l'impossibilità di poter essere amati realmente per ciò che si è ed il convincimento che il sesso sia il bisogno più importante e l'unico che potrà soddisfare le proprie esigenze.

Cantelmi e Lambiase<sup>22,35</sup> attribuiscono ai comportamenti sessuali ritualizzati il ruolo di antidoto ai vissuti di umiliazione e di autosvalutazione sviluppati a seguito della mancata sintonizzazione affettiva del caregiver durante l'età infantile, che ha reso impossibile lo sviluppo di una "teoria della mente" con la quale regolare i propri comportamenti e le proprie emozioni, sviluppare un senso di competenza e orientarsi nella realizzazione di una vita significativa. Il modello bio-psico-sociale proposto da Goodman<sup>17</sup> ipotizza che tutti i disturbi da dipendenza condividano un processo psicobiologico sottostante, *addictive process*, ossia una tendenza persistente e molto forte ad intraprendere comportamenti che producono piacere, finalizzati a lenire affetti dolorosi o a regolare l'autostima.

A causa di una combinazione di fattori genetici e ambientali, alcuni individui manifestano una compromissione del sistema di regolazione del Sé – il sistema psicobiologico interno che regola gli stati interni soggettivi e gli stati comportamentali dell'individuo – che li rende particolarmente vulnerabili al rischio di essere travolti da affetti sovrachianti o all'angoscia di perdere la coesione del sé e ne promuove la ricerca di sostanze e attività gratificanti, capaci di modificare gli stati mentali e sulle quali sia possibile esercitare pienamente il controllo. In particolare, la dipendenza sessuale si svilupperebbe in individui predisposti che hanno sperimentato forme di seduzione infantile evidenti o celate, o una relazione con le figure di attaccamento che promuove la sessualizzazione come meccanismo difensivo.

Nell'ambito dei contributi psicoanalitici, Fenichel<sup>36</sup> individua nel "bisogno patologico e ossessivo di amore" l'espressione più significativa delle "bromosie patologiche senza droghe", assimilando questa condizione a quelle dei cleptomani, dei tossicomani, degli alcolisti, dei piromani, dei giocatori d'azzardo patologici. McDougall<sup>37,38</sup> introduce il termine "sessualità tossicodipendente" per descrivere quelle forme di relazione sessuale non perversa in cui è l'atto sessuale stesso (e non la relazione interpersonale) ad essere investito e ricercato in maniera additiva al fine di alleviare gli stati mentali intensi e dolorosi, di fronteggiare precoci angosce identitarie e di ridurre l'aggressività diretta verso se stessi o verso le rappresentazioni interiorizzate dei genitori, dai quali (non di rado) i dipendenti sessuali erano concepiti

nell'infanzia come un'estensione narcisistica di loro stessi o come un complemento sessuale.

Infine, Kernberg<sup>39</sup>, nel descrivere il continuum psicopatologico della "capacità d'innamorarsi e restare innamorati", riferisce di alcuni tipi di promiscuità sessuale contrassegnati dal bisogno d'impossessarsi dell'altro e del suo corpo (ridotto ad oggetto di consumo e sostituto delle mancate esperienze gratificanti).

## TRATTAMENTO

Data la particolarità del disturbo, l'articolazione di un progetto terapeutico deve prevedere una fase di "accesso" ad esso. A tal fine può essere utile l'utilizzo di un'intervista sistematica, che può favorire l'apertura del paziente, indagare il disturbo (valutando i comportamenti sessuali parafilici – PA, e non parafilici – PRD, le disfunzioni sessuali e i disturbi psichiatrici) e procedere alla conoscenza della storia del soggetto, con particolare attenzione alla sfera organica (per sondare l'eventuale presenza di malattie a trasmissione sessuale), evolutiva e delle relazioni sentimentali.

Per l'individuazione della dipendenza sessuale sono stati ideati e validati due strumenti, il SAST (Sexual Addiction Screening Test) di Carnes<sup>21</sup> e il SAI/2 (Sexual Addiction Inventory)<sup>40</sup> di Avenia.

Il trattamento della dipendenza sessuale richiede un approccio multimodale, che prevede l'impiego di interventi di stampo psicoeducativo, psicoterapeutico (cognitivo-comportamentale, psicodinamico, di coppia e di gruppo), farmacologico, programmi di gruppi di auto-aiuto, tutti variamente combinati fra loro. Le finalità principali della terapia della dipendenza sessuale sono due: lo sviluppo di una sana capacità di intimità con se stessi e con gli altri e l'acquisizione di adeguate abilità di gestione degli eventi problematici che normalmente si presentano nella vita di una persona<sup>24</sup>. Per il raggiungimento di tali finalità è utile seguire un cammino permeato da obiettivi a breve, medio e lungo termine. Spesso questi soggetti accedono al trattamento per problemi legati ad altre dipendenze, perché spinti da altri o a causa di provvedimenti legali che impongono loro di curarsi per ottenere la libertà condizionata in alternativa al carcere. Il percorso inizia, quindi, con il motivare l'individuo al cambiamento e spezzare l'isolamento in cui si è chiuso: lo strumento fondamentale sono i gruppi di auto aiuto (Sex Addict Anonymus – SAA, Sex and Love Addict Anonymus – SLAA e Sexaholics Anonymus – SA) fondati sul metodo dei "12 passi" mutuato dagli Alcolisti Anonimi. È necessario, poi, instaurare e vivere la sobrietà, imparando a gestire e superare le crisi di astinenza (è importante che nelle prime fasi della terapia il paziente si astenga da qualsiasi attività sessuale per almeno 90 giorni), risolvere le situazioni di crisi (finanziarie, lavorative, di salute e legali), lavorando di pari passo sul senso di colpa e sulla vergogna. Una volta raggiunti gli obiettivi a breve termine, il paziente è pronto per impegnarsi in nuove conquiste che lo coinvolgono maggiormente a livello personale: egli dovrà riconoscere ed educare le emozioni, acquisire competenze comunicative e sociali, costruire relazioni interpersonali, sviluppare l'autoaffermazione, stabilire uno stile di



vita equilibrato e prevenire le ricadute. Il raggiungimento degli obiettivi a breve e medio termine fornisce al paziente gli strumenti necessari per affrontare gli elementi più problematici della propria vita che riguardano la sessualità, la sfera familiare e l'eventuale esperienza di abuso<sup>24</sup>.

Attualmente la terapia di gruppo viene considerata come il trattamento più comunemente utilizzato e più efficace per la dipendenza sessuale in quanto fornisce ai pazienti un ambiente all'interno del quale sperimentarsi nelle abilità in cui sono carenti<sup>41</sup>.

Risultati notevoli si possono ottenere con la terapia comportamentale e cognitivo-comportamentale: la terapia comportamentale si propone di spostare il focus dalla sfera sessuale attraverso tecniche di condizionamento avverso e di desensibilizzazione per immagini<sup>42</sup>, la terapia cognitivo-comportamentale è diretta alla modificazione del comportamento sessuale problematico attraverso il riconoscimento dei fattori che hanno condotto a tale comportamento<sup>7</sup>.

In un momento successivo risulta utile la terapia familiare o di coppia per ripristinare la comunicazione e ristabilire la fiducia tra i soggetti. Alcuni autori suggeriscono che la terapia di coppia potrebbe essere d'aiuto nel trattamento della dipendenza sessuale in quanto permette ad entrambi i partner di prendere parte al processo di guarigione attraverso la condivisione dei sentimenti ed una maggiore apertura, promovendo sia aspetti individuali sia relazionali<sup>43</sup>. A differenza di una dipendenza da droghe, in cui l'obiettivo della cura è l'astinenza definitiva dall'uso della sostanza, nella dipendenza sessuale l'obiettivo è il ritorno ad una sessualità sana, attraverso la presa di consapevolezza delle ragioni che hanno causato la dipendenza: la psicoterapia ad indirizzo psicodinamico viene considerata elettiva proprio perché si rivolge alla scoperta del significato latente del disturbo. Dal momento in cui il comportamento additivo rappresenta il tentativo del paziente di regolare gli stati affettivi che minacciano di sopraffarlo, il focus si sposta dal comportamento all'affetto, attraverso la comprensione, l'integrazione e l'internalizzazione<sup>44</sup>.

La crescente attenzione suscitata dal fenomeno della dipendenza sessuale ha portato in Italia la nascita di alcuni centri a cui è possibile rivolgersi: il Centro di Ricerca e Trattamento per la Dipendenza Sessuale (CeDiS), il cui obiettivo è quello di spezzare l'isolamento del soggetto e aiutarlo a recuperare un controllo di sé, la Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive (SII-PaC), specializzata nel trattamento della dipendenza sessuale, l'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS) e il Centro per le Dipendenze Affettive e Sessuali presso l'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie (ISP) di Roma che si occupa di ricerca e clinica delle dipendenze relazionali.

## Bibliografia

1. Avenia F, Pistuddi A. Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi. Milano: FrancoAngeli; 2007.
2. Carnes P. Out of the shadows. Understanding sexual addiction. New York: Hazelden; 1992: p 4-5.
3. Goodman A. La dipendenza dal sesso. Medicina delle Tossicodipendenze 2001; 30: 26-7.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV. 1994 Tr. it: DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson; 1996: p 588.
5. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Ann* 1992; 22: 320-5.
6. Cooper A. Sexually compulsive behaviour. *Contemporary Sexuality* 1998; 32: 1-3.
7. Quadland MC. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 1985; 11: 121-32.
8. Weisseberg JH, Levay AN. Compulsive sexual behavior. *Med Asp Hum Sex* 1986; 20: 127-8.
9. Barth RJ, Kinder BN. The mislabeling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther* 1987; 13: 15-23.
10. Hollander E, Wong M. Body dismorphic disorder, pathological gambling and sexual addiction. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (Suppl) 4: 7-12.
11. Mick TM, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr* 2006; 11: 944-55.
12. Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of non-paraphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther* 1999; 25: 305-9.
13. Manley G, Koehler J. Sexual behavior disorders: proposed new classification in the DSM-IV. *Sexual Addiction Compulsivity* 2001; 8: 253-65.
14. Earle R, Crow G. *Lonely all time, under standing and overcoming sex addiction, for addicts and co-dependents*. Phoenix: Tristar Visual Communications; 1998.
15. Griffin-Shelley E. *Sex and love: addictions, treatment and recovery*. London: Praeger Publisher; 1991.
16. Schneider JP, Irons RR. Assessment and treatment of addictive sexual disorders. *Substance Use & Misuse* 2001; 36: 1785-820.
17. Goodman A. *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Roma: Astrolabio; 2005.
18. Liggio F. Dipendenza e compulsività e dipendenza da reazione orgasmica. In: Avenia F, Pistuddi A, eds. *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Milano: FrancoAngeli; 2007: 41-55.
19. Kafka MP, Hennen J. Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse* 2003; 15: 307-21.
20. Kafka MP. Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav* 1997; 26: 505-26.
21. Carnes P. *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam; 1991: 41-67.
22. Cantelmi T, Lambiase E, Sessa A. Le dipendenze comportamentali. *Psicobiettivo* 2004; 2: 27.
23. La Barbera D, Caretti V, Lambiase E, La Bua M. Postfazione. Compulsività sessuale: un inquadramento diagnostico, clinico e psicodinamico delle dipendenze sessuali. In: Goodman A, ed. *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Roma: Astrolabio; 2005: 399-422.
24. Carnes P. *Contrary to love. Helping the sexual addict*. Center City: Hazelden; 1989.
25. Kafka MP, Prentsky R. A comparative study of non paraphilic sexual addiction and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 1992; 53, 10: 345-50.
26. Lambiase E. Quando il sesso diventa patologico. Definizione e classificazione diagnostica della dipendenza sessuale, relazione all'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 02.03.2003.
27. Avenia F, Pistuddi A, Titta M, Catucci P. Sex Addiction Inventory: un questionario per la rilevazione della dipendenza dal sesso. *Mission* 2003; 8: 36-7.
28. AIRS Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia, Presentazione dei risultati preliminari di una ricerca sulla Dipendenza Sessuale, 2004 [www.airsonline.org, 2008].
29. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry* 2003; 5: 370-80.
30. 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: 249-66.



NUOVE DIPENDENZE.  
 EZIOLOGIA, CLINICA E  
 TRATTAMENTO DELLE  
 DIPENDENZE "SENZA DROGA"

N°005  
 2:2008; 147-158

31. Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 243-9.
32. Dodge B, Reece M, Herbenick D, Fisher C, Satinsky S, Stupiansky N. Relations between sexually transmitted infection diagnosis and sexual compulsivity in a community-based sample of men who have sex with men (MSM). *Sex Transm Infect* 2007; 20.
33. Dodge B, Reece M, Cole SL, Sandfort TG. Sexual compulsivity among heterosexual college students. *J Sex Res* 2004; 41: 343-50.
34. Coleman E. Sexual compulsion vs sexual addiction: the debate continues. *SIECUS report* 1986: 7-11.
35. Lambiase E. La dipendenza sessuale, modelli clinici e proposte di intervento terapeutico. Roma: LAS; 2001: 15-35.
36. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neuroses. New York: Norton; 1945.
37. McDougall J. Teatri dell'Io. Milano: Raffaello Cortina; 1988.
38. McDougall J. Eros, le deviazioni del desiderio. Milano: Raffaello Cortina; 1997.
39. Kernberg OF. Impedimenti all'innamorarsi e al restare innamorati. In Bergmann MS, Kernberg OF. Capacità di amare. Torino: Bollati Boringhieri; 1996: 52-95.
40. 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. Milano: FrancoAngeli; 2007: 108-18.
41. Nerenberg A. The value of group psychotherapy for sexual addicts in a residential setting. *Sexual Addiction Compulsivity* 2000; 7: 197-209.
42. Mc Conaghy N, Armstrong Ms, Blaszczyński A. Expectancy covert sensitization and imaginal desensitization in compulsive sexuality. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72: 176-87.
43. 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.
44. Goodman A. Sexual addiction: diagnosis and treatment. *Psychiatric Times* 1988; X.

## Il problema della comorbidità

CATERINA LA CASCIA<sup>1</sup>, LAURA FERRARO<sup>1</sup>, ALICE MULÈ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo

<sup>2</sup>Unità Operativa di Psichiatria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria,  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico P. Giaccone



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 159-168

### RIASSUNTO

Il tema della comorbidità nell'ambito della dipendenze comportamentali appare particolarmente complesso ed offre numerosi spunti di riflessione poiché, ad oggi, non esistono categorie nosografiche per la maggior parte di questi disturbi e, pertanto, risulta difficile valutare in modo preciso la copresenza di altri disturbi psichiatrici. Questo lavoro affronta tale problematica attraverso una revisione dei dati in letteratura presenti sull'argomento.

*Parole chiave:* dipendenze comportamentali, comorbidità.

### SUMMARY

Comorbidity within behavioural addiction represents a complex topic because of the lack of specific nosographic categories for most of these disorders, so, the co-occurrence of other psychiatric disorders is often difficult to estimate. This work addresses this topic through a review of literature data about the issue.

*Key words:* behavioral addiction, comorbidity.



## INTRODUZIONE

La mancanza di indicazioni epidemiologiche sulla popolazione generale circa le dipendenze comportamentali rende difficile stimare la prevalenza delle stesse all'interno di specifici gruppi diagnostici. Si può, ad oggi, disporre soltanto di studi di settore che partono dall'indagine di una diagnosi per poi constatare eventuali comorbilità. Come già evidenziato in altri contesti (come quello anglosassone) non tutte le ricerche epidemiologiche includono i disturbi di personalità all'interno delle proprie indagini in tema di comorbilità, escludendo, di conseguenza, una fetta importante del problema.

Molte delle diagnosi di dipendenza comportamentale oscillano tra il gruppo dei disturbi da "deficit del controllo degli impulsi" e il gruppo dei disturbi "compulsivi". Aviel Goodman<sup>1</sup> propone la nuova categoria diagnostica degli *addictive disorders*, ottenuta dalla modificazione dei criteri diagnostici utilizzati nel DSM per descrivere la dipendenza da sostanze (tolleranza, astinenza e *craving*); il modello descrittivo dell'addiction qui assunto è quello proposto da La Barbera e Caretti<sup>2</sup>, ossia come una condizione caratterizzata da ossessività, impulsività e compulsività.

Data la carenza di categorie diagnostiche ben definite, spesso è difficile rilevare una condizione di comorbilità tra una dipendenza comportamentale e un altro disturbo psichiatrico.

## LE DIPENDENZE "SENZA DROGA" E I DISTURBI PSICHIATRICI

### La dipendenza da internet

L'uso patologico di internet non è ancora di chiara classificazione essendo, secondo alcuni autori, annoverabile tra le forme di dipendenza (in cui l'oggetto o il comportamento assolvono una funzione omeostatica, sebbene patologica, per il benessere dell'individuo), secondo altri sotto il profilo dell'addiction (ricerca compulsiva di un oggetto o di un comportamento senza il quale la vita sembra perdere di significato). Il mancato accordo del mondo scientifico circa il suo pieno riconoscimento come entità diagnostica rende ancora più arduo il compito della valutazione delle comorbilità. Ulteriore motivo di complessità è rappresentato dal fatto che la dipendenza da internet comprende al suo interno varie possibili sub-categorie diagnostiche, tra cui la dipendenza da sesso o da relazioni online, da videogiochi online, da giochi di ruolo online (MUD - MMORPG), da acquisti online, da gioco d'azzardo e aste online, il trading online compulsivo, l'addiction da informazioni, con conseguente sovraccarico cognitivo (*information overload*) e, ad ogni modo, la variante tecnologica, cioè online, di molte altre dipendenze comportamentali.

In ambito clinico si evidenzia che l'uso patologico e dipendente di internet appare non di rado associato a disturbi dell'umore e/o d'ansia, disturbi del sonno, disturbi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi e altre forme di dipendenza o disturbi di personalità.

Un disturbo d'ansia (ad esempio un disturbo d'attacchi di panico) o dell'umore (depressione, distimia), con conseguente bassa autostima e chiusura relazionale, potrebbe essere, secondo alcuni autori, causa del rifugio cercato in rete, inizialmente come forma di compagnia o di distrazione o, ancora, come unica finestra sul mondo, come unico palcoscenico della vita da calcare in tutta sicurezza; secondo altri, tali manifestazioni sarebbero effetto del progressivo impoverimento della vita relazionale, affettiva e lavorativa proprio del soggetto dipendente dalla Rete. Quando la dipendenza da internet si associa a condotte antisociali (frode online), a parafilie (pedofilia e pedopornografia online) o ad altre forme di dipendenza (*gambling* compulsivo online), si potrebbe parlare di patologie preesistenti che vanno a cristallizzarsi in un'unica dipendenza (come nel caso del *gambling* compulsivo) o si potrebbe pensare a disturbi di personalità (antisociale, borderline) o psichiatrici (come nel caso delle parafilie) che hanno trovato su internet un modo per esplicitare alcune caratteristiche, divenendone poi dipendenti, anche per il forte potenziale additivo offerto dal mezzo e per le sue specifiche modalità, come l'illusione della garanzia di anonimato o la rapidità ed accessibilità dei suoi contenuti. Queste stesse caratteristiche spiegano perché la *cybersex addiction* sia così diffusa tra i dipendenti da internet. La progressiva virtualizzazione delle esperienze propria di un dipendente da internet può evolvere, inoltre, in franchi quadri dissociativi, soprattutto nel caso della dipendenza da giochi di ruolo online, in cui l'io perde progressivamente i propri confini inglobando parti del sé virtuale. Le alterazioni del tempo e dello spazio conseguenti al ripiegamento regressivo proprio del soggetto dipendente<sup>3</sup> possono precipitare così in forme di depersonalizzazione e derealizzazione definite "trance dissociativa da videoterminale"<sup>2,3</sup>.

La Young<sup>4</sup> è stata tra i primi autori a rilevare, in soggetti con dipendenza da internet, alta comorbidità con disturbi depressivi nella storia psichiatrica progressiva (54%), disturbi d'ansia (34%) o altre dipendenze (alcol o altre sostanze, gioco d'azzardo, bulimia, ecc. nel 52%); anche Shapira et al.<sup>5</sup>, che nel 2000<sup>6</sup> avevano evidenziato su un piccolo gruppo di 20 soggetti una prevalenza del 100% di disturbi psichiatrici in Asse I per tutti gli internet *addicted*, segnalano un'alta incidenza di disturbi dell'umore (70%) e in particolare bipolari (60%), disturbi d'ansia (60%) e in particolare fobia sociale (40%), e disturbi del controllo degli impulsi (35%). Ricerche più recenti osservano una frequente e significativa comorbidità con l'ADHD, in particolare per la presenza di tratti impulsivi (testati in molte ricerche con la Barrat Impulsiveness Scale)<sup>7,8</sup>. Recentemente Ko et al.<sup>9</sup> hanno pubblicato uno studio che valuta la comorbidità dell'internet *addiction* con il disturbo depressivo, la fobia sociale e l'ADHD dell'adulto in un college taiwanese, rilevando (in particolare tra i soggetti di sesso maschile) un'elevata presenza di disturbi depressivi o distimici e di ADHD confermando i dati relativi a studi precedenti<sup>10,11</sup>. Kim et al.<sup>12</sup>, hanno osservato livelli di depressione e di idee suicidarie più elevati in soggetti con dipendenza da internet. Un'altra ricerca<sup>13</sup> ha evidenziato una correlazione significativa tra disturbo narcisistico di personalità e gioco compulsivo online. te Wildt et al.<sup>14</sup> hanno presentato un caso di disturbo dissociativo dell'identità in una donna con tratti di



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº 5  
2:2008; 159-168

personalità narcisistici e istrionici dipendente dalla Rete, grazie alla quale aveva la possibilità di assumere ruoli diversi; anche Zanon et al.<sup>15</sup> avevano dimostrato che i soggetti che trascorrono più di tre ore al giorno su internet (ed in particolare sulle chat line) presentano una frequenza di esperienze dissociative più di due volte superiore a quella del gruppo di controllo.

### Dipendenza da lavoro (*work addiction o workaholic*)

Rappresenta una delle forme di dipendenza più sottodiagnosticate, è un disturbo in rapida diffusione e difficile da riconoscere per la sua aderenza a valori e richieste culturali propri del nostro tempo. Il soggetto affetto da questo disturbo (che può avere varie declinazioni) si immerge nel lavoro per colmare un senso di incompletezza e migliorare l'immagine di sé.

Come in tutti gli *addicted* è, quindi, presente una componente di bassa autostima, oltre che difficoltà relazionali e nella gestione delle emozioni, e tratti ossessivo-compulsivi. Questa forma di *addiction* presenta caratteristiche sovrapponibili all'alcolismo (*workaholism* significa letteralmente "ubriacatura da lavoro"), con fasi ed esiti simili, quali chiusura relazionale, esclusione di altri interessi, problematiche fisiche (ischemie, infarto, ulcere) e spiccata sofferenza familiare.

Sono ancora poche le ricerche sulla comorbilità, essendo ancora in atto il tentativo di individuare un profilo comune a tutte le declinazioni di *work addiction* rilevate nella pratica clinica. Nella tipologia di *workaholic* definita "compulsiva" da Naughton<sup>16</sup>, ad esempio, esisterebbe una più alta comorbilità con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (i cui tratti sono spesso in gran parte dei *workaholics*), responsabile di quel pattern ritualizzato di pensieri e comportamenti che è possibile riscontrare nella vita come nel lavoro, accanto a cattive relazioni con i colleghi e ad un basso rendimento lavorativo (nonostante il tempo e le energie ad esso dedicate). In alcuni casi è possibile una comorbilità con il disturbo ossessivo-compulsivo di Asse I<sup>17</sup>. Robinson et al.<sup>18,19</sup> hanno indicato tra i fattori di rischio un'elevata ansia di tratto e una personalità di tipo A, caratterizzata da competitività spinta e diffusa a tutti gli aspetti della vita, aggressività (spesso repressa), impazienza e insofferenza per i ritmi altrui e per l'insufficienza degli altri, ipervigilanza, difficoltà al rilassamento, necessità di mantenere un controllo costante sulle diverse situazioni di vita, mancanza di interessi al di fuori dell'ambito lavorativo. Comorbilità frequenti sono inoltre riscontrabili con il disturbo depressivo maggiore e con i disturbi d'ansia. La tendenza a negare i propri limiti, la completa centratura su di sé (a discapito delle relazioni interpersonali), lo scarso controllo degli impulsi, la difficoltà ad affrontare critiche e fallimenti e il bisogno di successo sono caratteristiche che accomunano questa *addiction* al disturbo narcisistico di personalità<sup>20</sup>; l'iperinvestimento sul lavoro colma il vuoto depressivo proprio delle aspettative grandiose su di sé costantemente disilluse (perché irrealisticamente grandiose). Il *workaholic* può presentare comorbilità con lo shopping compulsivo, con disturbi alimentari (anoressia, bulimia o obesità)<sup>21</sup>, o con il disturbo dipendente di personalità<sup>22</sup>,

nel quale l'*addiction* risulterebbe come esito del costante bisogno di approvazione da parte degli altri e quindi della tendenza a lasciarsi prevaricare da colleghi o superiori. È stata anche ipotizzata una comorbidità tra *work addiction* e ADHD dell'adulto, classificato da Robinson<sup>23</sup> come “*workaholics* con deficit dell'attenzione”; il lavoro si configurerebbe come luogo di contenimento della distraibilità, della tendenza alla continua ricerca di stimoli, del sovraccarico di energia caratteristici della sindrome da ADHD.

### Shopping compulsivo (*compulsive buying*)

Anche lo shopping compulsivo è una patologia sottodiagnosticata, per la quale non è ancora presente un accordo sull'inquadramento nosografico. Ciò che differenzia lo shopping patologico da quello eccessivo è la modalità compulsiva dell'acquisto e le sue conseguenze invalidanti (sul piano sociale, familiare e finanziario). Si configura come un comportamento volto a ridurre la tensione emotiva che si esplica con una modalità “bulimica” di acquisto (anche di oggetti inutili o di scarso valore), cui segue senso di colpa e nuova tensione; non è rara infatti una comorbidità con la bulimia nervosa, il *binge eating disorder* e altri disturbi alimentari<sup>24</sup>.

Nel 2001, l'APA<sup>17</sup> lo ha incluso all'interno del disturbo ossessivo-compulsivo, con il quale presenta un'elevata comorbidità<sup>25</sup>, situandone le caratteristiche più sul polo della compulsione che dell'ossessione. È possibile riscontrare una comorbidità con il disturbo borderline di personalità, con il disturbo narcisistico<sup>26</sup> e con altri disturbi del controllo degli impulsi, soprattutto con la cleptomania<sup>27</sup>. A questo proposito, McElroy<sup>28</sup> ha verificato l'esistenza, in una popolazione prevalentemente femminile, di una co-occorrenza elevata tra shopping compulsivo e disturbi del controllo degli impulsi, cleptomania, bulimia, disturbi ossessivo-compulsivi e disturbi dell'umore. La depressione è una conseguenza molto comune, che si instaura all'interno della spirale senso di colpa-disperazione-crollo dell'autostima che segue la perdita di controllo, ma può anche rappresentarne una causa, per cui lo shopping assume il ruolo di comportamento compensatorio e consolatorio<sup>29-31</sup>. Una conferma arriva anche dagli studi di psicofarmacologia; l'uso di antidepressivi può infatti ridurre il comportamento compulsivo<sup>27</sup>. Secondo la ricerca condotta da Lejoyeux et al.<sup>27</sup>, confermata anche da una recente revisione della letteratura sull'argomento<sup>32</sup>, gli *shoppers* compulsivi presentano un alto rischio di depressione e un deficit del controllo degli impulsi (cleptomania, bulimia, altre dipendenze e abuso di benzodiazepine). Anche i disturbi d'ansia presentano una elevata comorbidità con lo shopping compulsivo<sup>29</sup>; il comportamento additivo è messo in atto al fine di ridurre le quote ansiose e di confermare il proprio valore. Come sintomo secondario è, inoltre, possibile riscontrare l'acquisto compulsivo nel contesto di un delirio schizofrenico o di una demenza e la sua normalizzazione dipenderà dal quadro clinico primario<sup>33</sup>. Sono spesso presenti altre dipendenze, come gioco d'azzardo patologico<sup>34</sup> o dipendenza da sostanze, soprattutto alcool<sup>35</sup>. È frequente una comorbidità con la dipendenza da internet<sup>36</sup>, attraverso cui il *compulsive buyer* trova la possibilità di



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze “senza droga”

Nº05  
2:2008; 159-168

acquistare con carta di credito (quindi senza avere immediata percezione del danaro speso), in un ambiente in cui le “offerte da prendere al volo” e le immagini degli oggetti hanno un ruolo preponderante nell’annullare le capacità di autosservazione<sup>37</sup> e in cui il piacere dell’acquisto deriva dall’atto stesso della transazione avvenuta, dall’essersi aggiudicati l’oggetto all’asta, dall’averlo pagato istantaneamente e “online”. Questo fenomeno sembra destinato a crescere e, in questo settore, si riduce drasticamente la differenza di genere tra uomini e donne, per le quali di norma si registra una maggiore prevalenza (80%)<sup>32</sup> nella popolazione degli *shoppers* compulsivi classici (da negozio) o da televendite.

### Dipendenza da sesso (*sex addiction*)

La *sex addiction* è caratterizzata da una relazione patologica con il sesso<sup>38,39</sup>. Il disturbo è spesso in comorbilità con forme di depressione latente, bassa autostima e livelli di impulsività, aggressività e ossessività più alti rispetto alla media della popolazione. È presente comorbilità con abuso di droghe (42%), *work addiction* (28%), shopping compulsivo (26%), gioco d’azzardo patologico (5%), disturbi dell’alimentazione (32-38%), *cybersex addiction*, che è la sua variante tecnologica, (6-8%), disturbi d’ansia (5-46%) – soprattutto fobia sociale (47%) –, e disturbi dell’umore (62%), in particolare depressione (15-62%)<sup>40</sup>. Elevata anche la comorbilità con schizofrenia e disturbi di personalità<sup>41</sup>. La diagnosi in comorbilità con il disturbo ossessivo-compulsivo o, al contrario, la diagnosi differenziale con le compulsioni sessuali, deve tenere conto del piacere o dell’egodistonia che accompagnano l’atto sessuale, il primo tipico di una dipendenza, il secondo proprio del disturbo ossessivo-compulsivo; l’impulsività è, infatti, nella dipendenza sessuale, un tratto più rilevante rispetto alla compulsione<sup>42</sup>. Sono frequenti, inoltre, comorbilità con condotte antisociali come le violenze sessuali e con le varie forme di parafilia (voyeurismo, esibizionismo, frotteurismo, sadomasochismo, ecc.); Kafka e Prentky<sup>43</sup> hanno suggerito a questo proposito che la *sexual addiction* possa rappresentare una forma di adattamento culturale di una parafilia.

Black et al.<sup>44</sup> hanno riscontrato su un piccolo campione un 39% di comorbilità con depressione o distimia (42%), fobie (64%), parafilie, utilizzo di sostanze e disturbi di personalità (in particolare paranoide, istrionico, ossessivo-compulsivo e passivo-aggressivo). È riscontrabile, infine, una comorbilità con il disturbo borderline di personalità, il disturbo narcisistico, il disturbo antisociale e l’ADHD, indagato quest’ultimo soprattutto in relazione alle aggressioni sessuali ad opera di soggetti con diagnosi di parafilia<sup>45</sup>.

### Dipendenza affettiva (*love addiction*)

La dipendenza affettiva si esplica come una forma di amore parassitario, ossessivo, inibito e stagnante, vissuto come una droga per la quale sacrificare ogni altra spinta evolutiva e ogni altro desiderio. Il bisogno di certezze, per

L'“intossicato d'amore”, provoca una sorta di “perdita dell'Io”, in cui l'altro costituisce l'unica fonte di gratificazione ed ebbrezza<sup>46</sup>. Si accompagna a bassi livelli di autostima e potrebbe trovarsi in comorbilità con il disturbo post-traumatico da stress<sup>47</sup> conseguente ad abusi sessuali, con sintomi dissociativi, di panico, incubi notturni, perdita di memoria e concentrazione, distimia, sindrome di burn-out. È possibile, inoltre, osservare una sovrapposizione con il disturbo dipendente di personalità, con il disturbo borderline di personalità e il disturbo narcisistico di personalità, con i quali non sempre è possibile effettuare una diagnosi differenziale. Frequenti comorbilità sono riscontrabili con altri tipi di dipendenza (cibo, sesso, gioco d'azzardo, attività fisica, sostanze), con il disturbo ossessivo-compulsivo e con tutti i disturbi del cluster C, con il disturbo distimico e i disturbi d'ansia. Con minore frequenza è possibile riscontrare una comorbilità con i disturbi del cluster B istrionico e borderline, con il disturbo paranoide di personalità, con il disturbo bipolare e la depressione maggiore<sup>48</sup>. Si discute ancora se includere i *love addicted* tra le personalità co-dipendenti o se considerarle, semmai, in comorbilità. La personalità co-dipendente è un costrutto più ampio, indagato in coppie in cui il partner del co-dipendente è affetto, a sua volta, da una qualche forma di dipendenza; è stata osservata per la prima volta presso i gruppi Alcolisti Anonimi all'interno di coppie disfunzionali in cui il partner non alcolista presentava un accentramento completo e globale sul partner dipendente, associato al sacrificio di ogni bisogno personale.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze “senza droga”

Nº05  
2:2008; 159-168

### Gioco d'azzardo patologico (*pathological gambling*)

Il gioco d'azzardo patologico è l'unico disturbo, tra le dipendenze comportamentali, ad aver trovato collocazione ufficiale all'interno del DSM. Rispetto alla comorbilità, si osservano frequenti disturbi dell'umore, con storie di tentato suicidio (sarebbe presente infatti una comune disfunzione serotoninergica); ADHD (per la presenza di irritabilità e di intolleranza alla noia); abuso o dipendenza da altre sostanze (soprattutto alcool); disturbo antisociale di personalità (o condotte antisociali atte a procurarsi il denaro necessario per altre giocate); disturbo narcisistico e borderline di personalità<sup>49,50</sup>. Uno studio del 1998 di Black e Moyer<sup>34</sup> aveva rilevato una correlazione significativa con la *sex addiction* e lo shopping compulsivo. Petry et al.<sup>51</sup> hanno osservato su un ampio campione la comorbilità *lifetime* tra gioco d'azzardo patologico e altri disturbi, trovando nel 73,2% un disturbo da abuso di alcool, nel 38,1% un problema di abuso di altre sostanze, nel 60,4% dipendenza da nicotina, nel 49,6% un disturbo dell'umore, nel 41,3% un disturbo d'ansia e nel 60,8% un disturbo di personalità. Pietrzak et al.<sup>52</sup> hanno confrontato i giocatori d'azzardo patologici con soggetti che non svolgono alcuna attività di gioco, trovando una maggiore ricorrenza di abuso di 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%). Anche Kruegelbach et al.<sup>53</sup> hanno evidenziato che nel 61,1% del loro campione era presente un disturbo di personalità, più fre-



quentemente appartenente al cluster B, seguito dal cluster C e dal cluster A. Uno studio recentemente pubblicato da Sacco et al.<sup>54</sup>, condotto su un campione di 153 soggetti, ha riscontrato una correlazione significativa con il disturbo borderline di personalità che, se corretto statisticamente con i sintomi del disturbo depressivo si riduce d'importanza; suggerendo un rapporto complesso tra disturbo borderline, gioco d'azzardo patologico e sintomi depressivi. Rispetto alla comorbidità con i disturbi di asse I è stata indagata la direzione dei rapporti di correlazione. Il rischio di sviluppare gravi forme di gioco d'azzardo patologico, sarebbe 1,7 volte superiore in persone con disturbi dell'umore o d'ansia<sup>55</sup>; questo rapporto è stato di recente confermato da Kessler et al.<sup>56</sup> che hanno osservato un'influenza causale di disturbi psichiatrici pregressi come ansia, disturbi dell'umore, disturbi del controllo degli impulsi e abuso di sostanze sull'esordio e la durata del gioco d'azzardo patologico; quest'ultimo può, a sua volta, precedere l'insorgenza di un disturbo d'ansia generalizzato, un disturbo post-traumatico da stress o la dipendenza da sostanze. Il gioco d'azzardo patologico è stato osservato, inoltre, in soggetti affetti da morbo di Parkinson in trattamento con levodopa<sup>57,58</sup>, suggerendo così un potenziale coinvolgimento del sistema dopaminergico oltre che del sistema serotoninergico, sul quale sono disponibili maggiori dati in letteratura.

## Bibliografia

1. Goodman A. Addictive disorders: an integrated understanding. *The Counsellor* 2000; 18: 30-4.
2. Caretti V, La Barbera D. Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
3. Caretti V, La Barbera D. Psicopatologia delle realtà virtuali. Milano: Masson; 2000.
4. Young KS. What makes online usage stimulating: potential explanations for pathological internet use. [www.mentalhelp.net/apa/young.htm](http://www.mentalhelp.net/apa/young.htm); 1997.
5. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depress Anxiety* 2003; 17: 207-16.
6. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE Jr, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord* 2000; 57: 267-72.
7. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatr Clin Neurosci* 2004; 58: 487-94.
8. Cao F, Su L, Liu T, Gao X. The relationship between impulsivity and internet addiction in a sample of chinese adolescents. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 466-71.
9. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Chen CC, Yen CF. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectr* 2008; 13: 147-53.
10. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Wu HY, Yang MJ. The comorbid psychiatric symptoms of internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *J Adolesc Health* 2007; 41: 93-8.
11. te Wildt BT, Putzig I, Zedler M, Ohlmeier MD. Internet dependency as a symptom of depressive mood disorders. *Psychiatr Prax* 2007; 34, 3: 318-22.
12. 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.
13. Kim EJ, Namkoong K, Ku T, Kim SJ. The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 212-8.



14. te Wildt BT, Kowalewski E, Meibeyer F, Huber T. Identity and dissociation in cyberspace. A case of dissociative identity disorder associated with internet role playing. *Nervenarzt* 2006; 77: 81-4.
15. 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.
16. Naughton TJ. A conceptual view of workaholism and implications for career counselling and research. *Career Development Quarterly* 1987; 6: 180-87.
17. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson; 1995.
18. Robinson BE, Post P. Risk of addiction to work and family functioning. *Psychol Rep* 1997; 81: 91-5.
19. Robinson BE. The Work Addiction Risk Test: development of a tentative measure of workaholism. *Percept Mot Skills* 1999; 88: 199-210.
20. Axelrod SD. *Work and the evolving self: theoretical and clinical considerations*. Hillsdale, N.J: The Analytic Press; 1999.
21. Killinger B. *Workaholics: the respectable addicts*. New York: Simon & Schuster; 1991.
22. Fassel D. *Working ourselves to death: the high costs of work-aholism, the rewards of recovery*. San Francisco: Harper & Collins; 1990.
23. Robinson BE, Kelley L. Adult children of alcoholics: self-concept, anxiety, depression and locus of control. *Am J Fam Ther* 1998; 26: 223-38.
24. Mitchell JE, Redlin J, Wonderlich S, et al. The relationship between compulsive buying and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 107-11.
25. 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.
26. Rose P. Mediators of the association between narcissism and compulsive buying: the roles of materialism and impulse control. *Psychol Addict Behav* 2007; 21: 576-81.
27. Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Adès J. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 169-73.
28. McElroy SL, Keck PE, Phillips KA. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 14-26.
29. Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M, et al. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5-11.
30. Faber NJ, O'Guinn TC. A clinical screening for compulsive buying. *J Consum Res* 1992; 19: 459-69.
31. Lejoyeux M, Haberman N, Solomon J, Adès J. Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 51-6.
32. Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry* 2007; 6: 14-8.
33. Guerreschi C. *New addictions. Le nuove dipendenze*. Milano: San Paolo; 2005.
34. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1434-9.
35. Lejoyeux M, Cardot H. Alcoholism, anxiety and depression. *Sante Ment Que* 2001; 26: 47-61.
36. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 839-44.
37. La Rose R. On the negative effects of e-commerce: a sociocognitive exploration of unregulated online buying. [www.ascus.org/jcmc/vol6/issue3/larose.html](http://www.ascus.org/jcmc/vol6/issue3/larose.html); 2001.
38. Cantelmi T, Lambiase E, Sessa A. Le dipendenze comportamentali. *Psicobiiettivo* 2004; 2: 13-28.
39. Carnes P. *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam; 1991.
40. Schneider P. How to recognize the sign of sexual addiction. Asking the right questions may uncover serious problems. *Postgraduate Medicine-Sexual Addiction* 1991; 90.
41. Goodman A. La dipendenza da sesso. *Medicina delle tossicodipendenze* 2001; 30: 25-34.

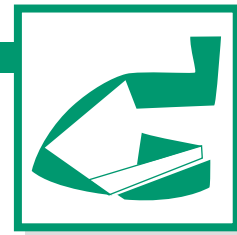


NUOVE DIPENDENZE.  
 EZIOLOGIA, CLINICA E  
 TRATTAMENTO DELLE  
 DIPENDENZE "SENZA DROGA"

N°05  
 2:2008; 159-168

42. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/ impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 370-80.
43. Kafka MP, Prentky R. A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 345-50.
44. Donald W, Black MD, Kehrberg LDL, Flumerfelt DL, Schlosser MAT. Characteristics of 36 Subjects Reporting Compulsive Sexual Behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 243-9.
45. 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.
46. Giddens A. *The Transformation of intimacy: sexuality, love and eroticism*. Cambridge: Polity Press; 1992.
47. Miller D. *Donne che si fanno male*. Milano: Feltrinelli; 1994.
48. 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.
49. Fernández Montalvo J, Echeburúa E. Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *J Personal Disord* 2004; 18: 500-5.
50. Fernández Montalvo J, Echeburúa E. Pathological gambling and personality disorders: a pilot-study with the MCMI-II. *Psicothema* 2006; 18: 453-8.
51. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 564-74.
52. 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.
53. 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.
54. Sacco P, Cunningham-Williams RM, Ostmann E, Spitznagel EL Jr. The association between gambling pathology and personality disorders. *J Psychiatr Res* 2008. [Epub ahead of print].
55. 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.
56. Kessler RC, Hwang I, Labrie R, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 7: 1-10.
57. Avanzi M, Baratti M, Cabrini S, Uber E, Brighetti G, Bonfà F. Prevalence of pathological gambling in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2006; 21: 2068-72.
58. Gallagher DA, O'Sullivan SS, Evans AH, Lees AJ, Schrag A. Pathological gambling in Parkinson's disease: risk factors and differences from dopamine dysregulation. An analysis of published case series. *Mov Disord* 2007; 22: 1757-63.

# Farmacoterapia delle nuove dipendenze



ALICE MULÈ<sup>2</sup>, ANTONINO D'ALESSANDRO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unità Operativa di Psichiatria, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria,  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico – A.O.U.P. P. Giaccone, Palermo

<sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Palermo

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 169-176

## RIASSUNTO

Le nuove dipendenze rappresentano un gruppo di disturbi comportamentali sempre più frequenti che, sebbene differiscano per l'oggetto specifico della dipendenza, mostrano diversi elementi in comune.

Data la diffusione del fenomeno, negli ultimi anni la ricerca scientifica sta operando uno sforzo teso a definire criteri diagnostici specifici e idonee strategie terapeutiche, ma ad oggi gli studi relativi al trattamento farmacologico sono limitati e basati su campioni di modeste dimensioni. Vi sono alcune evidenze circa l'efficacia del trattamento con antidepressivi, stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici che saranno trattate in questo lavoro in relazione alle specifiche forme di dipendenza.

*Parole chiave:* nuove dipendenze, farmacoterapia.

## SUMMARY

New addictions are a group of behavioural disorders which are increasing nowadays; although they differ for the specific object causing the addiction, they share some features in common.

During the last years the research in this field has been trying to define specific diagnostic criteria and therapeutic strategies, although there are only few data on the pharmacological treatment of these pathologies, which are based on studies conducted on small samples. The topic of this article is the evidence of the efficacy of antidepressants, mood stabilizers and atypical antipsychotics.

*Key words:* new addictions, pharmacotherapy.

## INTRODUZIONE

Il trattamento farmacologico delle nuove dipendenze viene stabilito su valutazioni empiriche e sulla constatazione che esse presentano caratteristiche simili ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, a quello impulsivo, alla dipendenza da sostanze e ai disturbi dell'umore. Sono state impiegate diverse classi di farmaci (SSRI, stabilizzatori dell'umore, antagonisti oppioidi e antipsicotici) che hanno mostrato efficacia nella riduzione della sintomatologia. È noto che la terapia con antidepressivi serotoninergici riduce il *craving* negli alcolisti, nella bulimia, nella dipendenza da sostanze, nella dipendenza sessuale e nel gioco d'azzardo patologico. Tali condotte traggono beneficio anche dal trattamento con naltrexone e con gli stabilizzatori dell'umore.

Nella maggior parte dei casi è opportuno che il trattamento farmacologico sia associato ad interventi psicoterapeutici e psicosociali.

## GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

È un disturbo attualmente classificato dal DSM-IV-TR nell'ambito dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove<sup>1</sup>; le sue manifestazioni cliniche presentano elementi simili alla dipendenza da sostanze e ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo.

Nonostante si tratti di un disturbo frequente e che può compromettere in modo significativo la vita di chi ne è affetto, ad oggi non esistono linee guida approvate dal Food and Drug Administration (FDA), pertanto il trattamento farmacologico deve essere indirizzato al trattamento dei sintomi e delle patologie psichiatriche in comorbilità, e individualizzato in relazione alle caratteristiche specifiche del paziente.

Nella pratica clinica sono stati impiegati antidepressivi inibitori del *reuptake* della serotonina, stabilizzatori dell'umore, antagonisti degli oppioidi e antipsicotici atipici.

Studi specifici volti a indagare l'efficacia del trattamento farmacologico sono stati condotti per lo più su un numero limitato di pazienti, consistono in case-report, studi in aperto e studi a singolo e a doppio cieco, ma sono poco omogenei anche rispetto alla valutazione dell'outcome, poiché in alcuni viene presa in considerazione la riduzione della sintomatologia mentre in altri la cessazione del comportamento di gioco d'azzardo<sup>2</sup>.

Una delle caratteristiche trasversali alle diverse declinazioni del comportamento dipendente è rappresentata dalla perdita del controllo degli impulsi che, da un punto di vista neurobiologico, sembra essere sottesa da un'alterazione della trasmissione serotoninergica; ciò è avvalorato dall'osservazione di ridotti livelli di acido 5-idrossiindolacetico a livello cerebrospinale di soggetti di sesso maschile affetti da gioco d'azzardo patologico (GAP)<sup>3</sup> e dall'evidenza clinica di efficacia del trattamento con SSRI nella riduzione a breve termine dei sintomi e dei comportamenti compulsivi, indipendentemente dalla presenza di sintomi depressivi<sup>4,5</sup>.

Tra gli antidepressivi di vecchia generazione è stata valutata in un case report l'efficacia della clomipramina nel GAP<sup>6</sup>.

I dati più numerosi riguardano l'impiego degli SSRI. Tre studi condotti (in singolo e in doppio cieco) su campioni di modesta entità costituiti da soggetti affetti da GAP, senza una rilevante comorbidità per altri disturbi psichiatrici, hanno indagato l'efficacia del trattamento con fluvoxamina (dosaggi compresi tra 100 e 250 mg/die)<sup>4,7,8</sup>. Blanco et al.<sup>8</sup> hanno condotto uno studio in doppio cieco controllato con placebo della durata di 6 mesi su 34 soggetti affetti da GAP, evidenziando che l'efficacia del trattamento con fluvoxamina non risultava statisticamente significativa rispetto al placebo, fatta eccezione per un sottogruppo di giocatori giovani e di sesso maschile. La valutazione dell'outcome era basata sulla riduzione del tempo e del denaro impiegati dai soggetti nell'attività del gioco.

L'efficacia del trattamento con paroxetina (a dosaggi compresi tra 10 e 60 mg/die) è stata valutata attraverso due studi in doppio cieco controllati con placebo<sup>2,5</sup>; nel primo il trattamento con paroxetina è risultato efficace, nel secondo studio, invece, tale dato non è stato confermato, sebbene il trattamento con paroxetina producesse un miglioramento alla Clinical Global Impression Scale (CGIS).

Due studi in aperto hanno valutato l'efficacia di citalopram<sup>9</sup> e di escitalopram<sup>10</sup> sulla riduzione dei sintomi in soggetti affetti da GAP.

Il primo è stato condotto su un campione costituito da 15 soggetti affetti da GAP ed è stato dimostrato che il trattamento con citalopram determinava un miglioramento statisticamente significativo sia delle condotte di gioco (valutate in relazione alla riduzione del numero di giorni dedicati al gioco, della quantità di denaro impiegata, dell'ideazione e del desiderio di giocare) che dei sintomi depressivi e della qualità di vita dei soggetti affetti da GAP<sup>9</sup>.

In uno studio condotto su 16 soggetti riconosciuti affetti da GAP il trattamento con escitalopram si è rivelato efficace e ben tollerato. Quattordici dei soggetti trattati hanno risposto positivamente al trattamento con un miglioramento dei punteggi sia alla Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modificata per il GAP (YBOCS-PG)<sup>11</sup> utilizzata come misura di efficacia primaria, che nelle altre scale impiegate per la valutazione degli outcome secondari. Dati i risultati positivi sarebbe opportuno effettuare uno studio randomizzato controllato con placebo su un campione più ampio<sup>10</sup>.

Gli SSRI nel complesso sembrano avere un'efficacia nel trattamento del GAP a dosi maggiori rispetto a quelle impiegate nel trattamento della depressione.

Esistono pochi studi che valutano l'efficacia degli stabilizzatori dell'umore (litio, carbamazepina e valproato); il rationale d'impiego di questi farmaci è dato dalla presenza di caratteristiche comuni (impulsività, tendenza a spendere grosse somme di denaro) tra il gioco d'azzardo e la fase maniacale del disturbo bipolare<sup>12</sup>. Da uno studio randomizzato in singolo cieco condotto da Pallanti et al.<sup>13</sup> emerge la potenziale efficacia del trattamento con litio o valproato su soggetti affetti da GAP senza comorbidità per disturbo bipolare. Dannon et al.<sup>14</sup> hanno evidenziato l'efficacia del trattamento con topiramato o fluvoxamina in monoterapia in un gruppo di soggetti affetti da GAP. Sebbene questi dati



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 169-176

indichino una possibile efficacia di questa classe farmacologica, sarebbe necessario effettuare ulteriori studi su campioni più ampi ed omogenei.

Il naltrexone (antagonista dei recettori oppioidi  $\mu$ ), di norma utilizzato nel trattamento della dipendenza da alcol e da oppioidi, ha mostrato efficacia ad una dose media di 188 mg/die nel trattamento del *gambling* patologico e l'efficacia risultava maggiore nei soggetti che all'inizio dello studio presentavano un'impulsività più marcata<sup>15</sup>. Il nalmefene è un altro antagonista oppioide con un ruolo potenziale nella riduzione della gravità dei comportamenti disfunzionali caratteristici del GAP<sup>16</sup>.

Tra le molecole potenzialmente efficaci nel trattamento del GAP è stato valutato anche il bupropione che sembra essere utile nel trattamento del GAP soprattutto se in comorbilità con ADHD<sup>17</sup>.

Pochi sono i dati relativi all'efficacia degli antipsicotici atipici talora impiegati con successo nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo; in particolare è stata valutata l'efficacia di olanzapina rispetto a placebo nel trattamento di soggetti che mostravano una dipendenza da video-poker ma non vi sono risultati conclusivi al riguardo<sup>18</sup>.

## LA DIPENDENZA DA INTERNET

La dipendenza da internet è una condizione psicopatologica emergente caratterizzata da un'espressività clinica eterogenea. Presenta caratteristiche cliniche comuni ai disturbi ossessivo-compulsivi, ai disturbi del controllo degli impulsi e alla dipendenza da sostanze, ma non viene definita come entità clinica specifica nell'ambito dei sistemi di classificazione e non esistono attualmente trial relativi al trattamento farmacologico di soggetti che presentano un uso problematico di internet.

Dell'Osso et al.<sup>19</sup> hanno condotto uno studio su 19 soggetti che mostravano un uso compulsivo di internet, trattati con escitalopram. Durante la prima fase dello studio in aperto, della durata di 10 settimane, è stata evidenziata una riduzione della quantità di tempo trascorsa su internet. Un recentissimo case-report di Bostwick et al.<sup>20</sup> ha valutato l'efficacia del naltrexone in un soggetto che presentava una condizione di dipendenza da cybersesso.

## LO SHOPPING COMPULSIVO

Lo shopping compulsivo rappresenta un argomento di crescente interesse sia nell'ambito della letteratura medico-scientifica (e specificamente psichiatrica), che in quello delle ricerche sui comportamenti di abuso. Sebbene gli studi si siano intensificati negli ultimi anni, la prima definizione di questo disturbo risale al 1915, ad opera di Emil Kraepelin<sup>21</sup> che ha introdotto il concetto di "oniomania" (dal greco *ὀνείωματι* che vuol dire comprare) e lo ha descritto come un impulso patologico. Nel 1924 Eugen Bleuler<sup>22</sup>, rifacendosi all'opera di Kraepelin, ha collocato la mania per l'acquisto tra gli impulsi reattivi e ne ha sottolineato l'elemento della compulsività.



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 169-176

Il primo *report* di un intervento psicofarmacologico nel disturbo da shopping compulsivo risale al 1991 quando McElroy et al.<sup>23</sup> hanno documentato la risposta al trattamento con antidepressivi (bupropione, nortriptilina e fluoxetina) in tre casi di *compulsive buying*. Nel 1994 gli stessi autori<sup>24</sup> hanno ripetuto lo studio su 20 *compulsive shoppers* che presentavano una comorbidità con disturbi dell'umore (14 con disturbo bipolare e 5 con disturbo depressivo maggiore); dei 13 pazienti trattati farmacologicamente con monoterapia antidepressiva o in associazione con stabilizzatori dell'umore, 10 hanno mostrato una completa o parziale remissione degli stimoli all'acquisto. Gli antidepressivi potrebbero agire sia mediante un effetto specifico sullo shopping compulsivo che attraverso il miglioramento del disturbo dell'umore in comorbidità.

Lejoyeux et al.<sup>25</sup> hanno riportato due casi di *compulsive buying* in pazienti depressi in cui è stata osservata la completa remissione sintomatologica dopo il trattamento con antidepressivi triciclici (clomipramina).

È nell'ambito di questo filone di ricerca che si colloca lo studio di Black et al.<sup>26</sup>, condotto su un campione di 10 *compulsive shoppers*, che sono stati trattati per nove settimane con dosi flessibili di fluvoxamina che si è rivelata efficace e ben tollerata nel 90% del campione. Tuttavia, successivamente, due studi randomizzati in doppio cieco e controllati con placebo non hanno riscontrato differenze significative nel trattamento a breve termine tra la fluvoxamina ed il placebo<sup>27,28</sup>.

Anche il naltrexone è una molecola potenzialmente efficace nel trattamento dello shopping compulsivo<sup>29</sup>.

Nel 2002, Koran et al.<sup>30</sup>, in uno studio in aperto con citalopram su soggetti affetti da shopping compulsivo, hanno evidenziato un miglioramento significativo o, addirittura, una completa remissione sintomatologica nel 71% dei 24 soggetti trattati per un periodo di 12 settimane. Durante un follow-up di 6 mesi, è stata evidenziata una riduzione delle ricadute nei soggetti che hanno continuato la terapia con citalopram.

Infine, tra i più recenti contributi scientifici, è da ricordare un case report di un paziente affetto da shopping compulsivo che ha tratto beneficio dal trattamento con topiramato<sup>31</sup>. Anche se sarebbero necessari ulteriori studi, *report* precedenti suggeriscono che il topiramato possa essere efficace in un'ampia gamma di disturbi che attengono alla sfera dell'umore, della condotta alimentare e dello spettro ossessivo-compulsivo, nell'ambito del quale potrebbe essere collocato il *compulsive buying*.

## LA DIPENDENZA SESSUALE

La dipendenza sessuale è una relazione patologica con il sesso che, al pari di altri comportamenti di dipendenza, può essere interpretata come un tentativo di alleviare lo stress e i sentimenti negativi o dolorosi che il soggetto non è capace di gestire.

In base alle attuali possibilità farmacoterapeutiche, si deve tenere presente la diagnosi differenziale tra la dipendenza da reazione orgasmica (DRO) ed il comportamento iper-sessuale ego-sintonico (CISES); quest'ultima rappre-



senta, infatti, una condizione arginabile dal punto di vista farmacologico rispetto alla DRO<sup>32</sup>. L'istinto sessuale abnorme caratteristico del CISES, oltre ad essere efficacemente controllato con la somministrazione di farmaci antiandrogeni, è notevolmente attenuato dai neurolettici (tioridazina, pimozi-  
de, clorpromazina, flufenazina)<sup>32</sup>. Alcuni studi dimostrano che gli agenti antiandrogeni (medrossiprogesterone acetato o ciproterone acetato) sono efficaci nel ridurre i comportamenti sessuali e aggressivi<sup>33,34</sup>; tuttavia, comportano seri effetti collaterali quali tromboflebiti, embolia polmonare, disfunzioni epatiche, causando una scarsa compliance<sup>33</sup>, per cui sarebbe opportuno utilizzarli solo nei soggetti resistenti agli altri tipi di trattamento.

Fra i neurolettici, il più adeguato allo scopo sarebbe la tioridazina (farmaco ormai ritirato dal commercio in Italia) poiché la sua azione è maggiormente selettiva verso i recettori dopaminergici concentrati nei gangli della base e nelle proiezioni limbiche-proencefaliche<sup>32</sup>. La prima segnalazione della possibilità farmacoterapeutica dei disturbi caratterizzati da comportamenti sessuali compulsivi è attribuita a Renynghe de Voxvrie<sup>35</sup>, il quale ha evidenziato una significativa efficacia della clorimipramina. Tuttavia, Ananth et al.<sup>36</sup> riferiscono che nei soggetti con comportamenti compulsivi sottoposti a terapia con clomipramina, il miglioramento sintomatologico riguarda principalmente la componente ansiosa piuttosto che le condotte compulsive. Tra i farmaci serotoninergici impiegati nella terapia dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, il primo ad essere stato utilizzato è la fluoxetina, la cui efficacia è stata dimostrata nello studio condotto da Levine et al.<sup>37</sup>. Risultati soddisfacenti sono stati riscontrati con la somministrazione di fluvoxamina alla dose compresa tra 150 e 250 mg/die<sup>38,41</sup>. Volendo considerare l'effetto specifico dei farmaci serotoninergici per il controllo della dipendenza sessuale connesso alla DRO, si deve riconoscere che, nonostante il beneficio prodotto sul tono dell'umore e sulla compulsività, la riduzione della libido determinata dall'attività serotoninergica rappresenta un effetto collaterale estremamente spiacevole. L'ideale terapeutico ovviamente consisterebbe nel ridurre la compulsività senza sopprimere la libido, poiché ciò equivale a trasformare il comportamento sessuale egodistonico, cioè la DRO, in un comportamento sessuale egosintonico, cioè normalmente controllabile dall'individuo a seconda della necessità fisiologica e dell'opportunità situazionale. Pertanto, la farmacoterapia dovrebbe essere sostanzialmente quella idonea a rinforzare la capacità inibitoria esercitata dalle aree soppressorie dei poli frontali, che funzionano tramite la neuromediazione del GABA, inefficiente negli individui affetti da DRO. Infatti, la terapia farmacologica più efficace sembra essere quella coadiuvata da sostanze - come valproato di sodio, valpromide, vigabatrina, gabapentin - la cui specifica attività farmacologica è proprio quella di indurre un aumento del tasso cerebrale di GABA<sup>42</sup>. Si colloca nella prospettiva di un potenziamento dell'attività GABAergica, l'efficacia riscontrata nel trattamento della dipendenza sessuale con topiramato<sup>43</sup> che, sebbene necessiti di ulteriori studi, è supportata dal *case report* pubblicato da Marazziti e Dell'Osso<sup>44</sup>.

Risulta interessante, infine, ricordare il ruolo dei cannabinoidi endogeni nel determinismo della compulsività. È già da tempo nota l'azione disinibente del Δ-9-tetraidrocannabinolo (THC) esogeno, che ha recettori specifici implicati nel sistema di gratificazione cerebrale<sup>45</sup>. È stato più recentemente scoperto che

l'endocannabinoide 2-AG ostacola la produzione del neurotrasmettitore inibitorio GABA<sup>46,47</sup> riducendone, a sua volta, l'azione inibitoria. Si potrebbe prevedere, in un prossimo futuro, la messa a punto di farmaci efficaci nel bloccare il rilascio degli endocannabinoidi in eccesso, a livello dei circuiti cerebrali specifici, con una potenziale efficacia nel controllo delle condotte sessuali compulsive.



## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Grant JE, Kim SW, Potenza MN. Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud* 2003; 19: 85-109.
3. Nordin C, Eklundh T. Altered CSF 5-HIAA disposition in pathologic male gamblers. *CNS Spectrums* 1999; 4: 25-33.
4. Hollander E, De Caria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in the pathological gambling. *Bio Psychiatry* 2000; 47: 813-7.
5. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, 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.
6. Hollander E, Frenkel M, De Caria C, Trugold S, Stein DJ. Treatment of pathological gambling with clomipramine. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 710-1.
7. Hollander E, De Caria CM, Mari E, et al. Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1781-3.
8. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Sáiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2002; 14: 9-15.
9. 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.
10. 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.
11. DeCaria CM, Hollander E, Begas T. Reliability and validity of a pathological gambling Modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Preliminary findings. Third International Conference on OCD; September, 1998; Madeira, Portugal.
12. McElroy SL, Pope HG, Keck PE, Hudson JI, Phillips KA, Strakowski SM. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry* 1996; 37: 229-40.
13. Pallanti S, Quercioli L, Sood E, Hollander E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 559-64.
14. Dannon P, Lowengrub K, Gonopolsky Y, et al. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater, comparison study. *Clin Neuropharmacol* 2005; 28: 6-10.
15. 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.
16. Grant JE, Potenza MN, Hollander E, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 303-12.
17. Black DW. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 108-10.
18. Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacol Biochem Behav* 2008; [My paper] Epub ahead of print.
19. Dell'Osso B, Altamura AC, Hadley SJ, Baker B, Hollander E. An open label trial of escitalopram in the treatment of compulsive-impulsive internet usage disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16: 82-3.

NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 169-176

20. Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc.* 2008; 83: 226-30.
21. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius Barth; 1915; p 408-9.
22. Bleuler E. *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan; 1924; p 538-40.
23. McElroy SL, Satlin A, Pope HGJ, et al. Treatment of compulsive shopping with antidepressants: A report of three cases. *Ann Clin Psychiatry* 1991; 3: 199-204.
24. McElroy SL, Keck PE, Pope HG, et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 242-8.
25. Lejoyeux M, Hourtane M, Ades J. Compulsive buying and depression. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 38.
26. Black DW, Monahan P, Gabel J. Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 159-63.
27. Black DW, Gabel J, Hansen J, Schlosser S. A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12: 205-11.
28. Ninan PT, McElroy SL, Kane CP, et al. Placebo-controlled study of fluvoxamine in the treatment of patients with compulsive buying. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 362-6.
29. Kim SW. Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 159-64.
30. Koran LM, Bullock KD, Hartson HJ, Elliott MA, D'Andrea V. Citalopram treatment of compulsive shopping: an open-label study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 704-8.
31. Guzman CS, Filomensky T, Tavares H. Compulsive buying treatment with topiramate, a case report. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29: 383-4.
32. Liggio F. La terapia farmacologica della dipendenza da reazione orgasmica. In: Avenia F, Pistuddi A, eds. *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Milano: FrancoAngeli; 2007.
33. Bradford JM. The hormonal treatment of sexual offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1983; 11: 159-69.
34. Bradford JMW, Pawlak A. The effect of cyproterone acetate on the sexual arousal patterns of pedophiles. *Arch Sex Behav* 1993; 22: 629-41.
35. Remynghe de Voxvrie GV. Use of anaftranil (g34586) in obsessive neuroses. *Acta Neurol Psychiatr Belg* 1968; 68: 787-92.
36. Ananth J, Solyom L, Bryntwick S, Krishnappa U. Clomipramine therapy for obsessive-compulsive neurosis. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 700-1.
37. Levine R, Hoffman JS, Knepple ED. Long-term fluoxetine treatment of a large number of obsessive-compulsive patients. *J Clin Pharmacol* 1989; 9: 281-3.
38. Perse TL, Greist JH, Jefferson JW, Rosenfeld R, Dar R. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1543-8.
39. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. A double-blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 36-44.
40. Jenike MA, Hyman S, Baer TA. A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: implications for a serotonergic theory. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1209-15.
41. Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, et al. Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002; 5: 181-91.
42. Godin Y, Henier L, Mark J, Mandel P. Effects of DI-n-propylacetate, and anticonvulsive compound, on GABA metabolism. *J Neurochem* 1969; 16: 869-73.
43. Khazaal Y, Zullino DF. Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 22.
44. Marazziti D, Dell'Osso B. Topiramate plus citalopram in the treatment of compulsive-impulsive sexual behaviors. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 2-9.
45. Herkenham M. Cannabinoid receptor localization in brain: relationship to motor and reward system. *Ann Am Acad Sci* 1992; 654: 19-32.
46. Alger B. Retrograde signaling in the regulation of synaptic transmission: focus on endocannabinoids. *Prog Neurobiol* 2002; 68: 247-86.
47. Wilson RI, Nicoll RA. Endocannabinoid signaling in the brain. *Science* 2002; 296: 678-82.

## L'exercise addiction

DANIELE LA BARBERA<sup>1</sup>, GABRIELLA CANNIZZARO<sup>1</sup>,  
MONICA MONACO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Palermo

<sup>2</sup>Centro di Psicologia dello Sport e dello Spettacolo – Sicilia



NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze "senza droga"

Nº05  
2:2008; 177-185

### RIASSUNTO

La dipendenza dallo sport rappresenta la distorsione patologica di un'attività "sociale" che rientra nelle abitudini comportamentali quotidiane di molte persone.

Tale problema non può essere considerato semplicemente un eccesso nella pratica di un'attività fisica e la sua analisi qualitativa ha portato alla distinzione di forme a evoluzione positiva rispetto ad altre disadattive.

È molto difficile disporre di dati statistici completi in grado di rispecchiare davvero il fenomeno dell'*exercise addiction*, in quanto esso si riferisce ad attività consuete, diffuse e legittime.

È utile determinare degli indicatori che permettano di individuare precocemente i "soggetti a rischio", dal momento che le persone coinvolte dal problema tendono a negarlo.

Le forme di dipendenza dallo sport più spesso descritte sono quelle secondarie a disturbi alimentari, come anoressia e ortoressia, o a problemi di distorsione nella percezione del proprio corpo, come la bigoressia.

La riabilitazione dal problema della dipendenza da sport deve perseguire quattro principali obiettivi: il riconoscimento del problema, la consapevolezza, la riduzione del ritmo e il recupero di un vissuto positivo del proprio corpo.

*Parole chiave:* dipendenza dallo sport, disturbi alimentari, ortoressia, bigoressia.

### SUMMARY

The exercise addiction is a pathological distortion of a common "social" activity of many people. It can't be considered just an excess of physical activity and its qualitative analysis led to the distinction between "positive sport addiction" and "negative sport addiction". It's difficult to gain epidemiological data on exercise addiction because it is linked to regular, widespread and routinary activities. It's useful to determine the indicators for the early detection of "at risk subjects", because people affected tend to deny it. Several kinds of sport addiction are secondary to eating disorder, such as anorexia and orthorexia, or to other body-image distortion disorders such as bigorexia. The rehabilitation of sport addiction should have four main goals: the recognition of the problem, the awareness, the reduction of exercising and the recovering of a positive experience of one's own body.

*Key words:* sport addiction, exercise addiction, exercise dependence, eating disorders, orthorexia, bigorexia.

## LA DIPENDENZA DALLO SPORT TRA OSSESSIONE DEL BENESSERE E INSALUBRE SCHIAVITÀ

L'esercizio fisico è un'attività "sociale" che rientra nelle abitudini comportamentali quotidiane di molte persone ed è consigliato per sviluppare e mantenere uno stile di vita sano, in quanto esso tradizionalmente costituisce una risorsa naturale estremamente importante per la salute sia fisica che mentale<sup>1</sup>. Esso, come molte altre attività quali mangiare, fare acquisti, lavorare, fare sesso, rappresenta una di quelle consuetudini legali, approvate e incoraggiate dalla società che, talvolta, proprio per queste caratteristiche di "normalità", possono cessare di assolvere le funzioni positive per cui sono sostenute e trasformarsi in vere e proprie forme di schiavitù<sup>2</sup>.

In modo specifico, la dipendenza dallo sport rappresenta in realtà, nella dimensione individuale, la proliferazione, l'esagerazione e la distorsione patologica di un fenomeno che contraddistingue la società moderna: quello della necessità di "apparire" per esistere<sup>3</sup>.

In tal modo, il desiderio di piacere a se stessi e agli altri può giungere alla creazione di un "paradosso dello sport", la trasformazione di un'attività di svago, di sviluppo e di creatività in una schiavitù, mutando in dipendenze attività che, se praticate secondo programmi adeguati, sono in grado di sostenere lo sviluppo, la riabilitazione e persino la lotta alla "disintossicazione"<sup>4-7</sup>.

## DALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE ALLA DIPENDENZA DA SPORT

Il problema della dipendenza dallo sport non è riducibile semplicemente ad un eccesso nella pratica di un'attività fisica<sup>8</sup>, un aspetto quest'ultimo che spesso è presente e rappresenta una componente quantitativa che può essere integrata, per una lettura completa del problema, all'approccio qualitativo multidimensionale utilizzato per individuare le tradizionali dipendenze da sostanze<sup>9,10</sup>.

In quest'ottica, la dipendenza dall'esercizio fisico è stata individuata come un insieme di abitudini maladattive che possono comprendere, similmente alla diagnosi classica prevista nell'ambito delle tossidipendenze, tre (o più) condizioni tra le seguenti sette<sup>11,12</sup>:

1. tolleranza, bisogno di aumentare i tempi di allenamento progressivamente per raggiungere le stesse sensazioni di beneficio psicofisico o per evitare effetti sgradevoli legati alla mancanza del movimento abituale;
2. astinenza, sintomi fisici e psicologici caratteristici, rappresentati soprattutto da irritabilità, disturbi dell'umore e tensioni fisiche;
3. prolungamento degli allenamenti rispetto alle previsioni iniziali;
4. perdita di controllo, manifestata generalmente con tentativi infruttuosi di ridurre l'attività fisica;
5. presenza di una grande quantità di tempo speso in attività connesse allo sport (sia concrete che cognitive);

6. riduzione di altre attività importanti, quali quelle sociali, lavorative o ricreative, con frequente compromissione di tali aree di vita;
7. allenamento continuativo, nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico esacerbato dall'eccesso fisico (per es. *over-training*, infortuni).



## EXERCISE DEPENDENCE VERSUS EXERCISE ADDICTION

Parlando di dipendenza dallo sport, sono state a lungo utilizzate in modo indistinto le due più comuni terminologie adottate in lingua inglese per designare tale problema, quali *exercise dependence* ed *exercise addiction*. Tuttavia, i due sostantivi *dependence* ed *addiction*, che in italiano sono tradotti con lo stesso significato di “dipendenza” e che in inglese sono spesso ancora adottati indistintamente, possiedono in realtà connotazioni e sfumature diverse<sup>13</sup>.

La precisazione della differenza tra i due termini, che è già stata effettuata per altre dipendenze, risulta particolarmente importante nel contesto di quella da esercizio fisico al fine di comprendere la possibilità di muoversi lungo un continuum che può andare dalla normalità dell'allenamento fino alla patologia della pratica sportiva.

Più in generale, con il termine *dependence* si indica ogni forma di dipendenza fisica e chimica, cioè ogni condizione in cui un organismo ha bisogno di una sostanza o di un'attività per continuare a mantenere il proprio funzionamento e, di conseguenza, la richiede.

Esempi tradizionali di questa condizione non sempre completamente negativa, sono la maggior parte di dipendenze da farmaci per alcune patologie croniche, come quelli assunti dai cardiopatici o anche dagli ipertesi: al giusto dosaggio essi sono utili e al contempo necessari perché il corpo continui a svolgere adeguatamente le proprie funzioni e solo in pochi casi subentra l'*addiction*.

Dal punto di vista dell'attività fisica, pertanto, sarebbe più corretto parlare di una *exercise dependence* nelle condizioni in cui la dipendenza dall'esercizio fisico è strettamente connessa alle modificazioni fisiche e chimiche “positive” (in quanto funzionali per l'organismo) che lo sport è in grado di generare. In questi casi se la persona è costretta, per qualche ragione, ad interrompere bruscamente le proprie abitudini sportive mostrerà sintomi, anche fisici, di astinenza dall'allenamento<sup>14,15</sup>.

L'*addiction*, invece, è una condizione più generale in cui è presente una dipendenza psicologica in ragione della quale viene ricercata un'attività (o un oggetto) che è centrale per conferire all'esistenza stessa dell'*addicted* un significato e rispetto alla quale si presenta spesso “tolleranza”: in questi casi sarebbe più corretto parlare di “desiderio” più che di “bisogno”, termine più appropriato per la *dependence*.

Sarebbe più preciso definire sport *addiction*, pertanto, quelle condizioni patologiche di ossessione dello sport in cui si sviluppano gradualmente tendenze autodistruttive e stili maladattivi di vita, a causa della dipendenza psicologica, per la quale non si attribuisce importanza alle conseguenze dell'at-

NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE “SENZA DROGA”

Nº05  
2:2008; 177-185



tività sportiva eccessiva e si giunge al deterioramento graduale della salute e del funzionamento della vita sociale, affettivo-familiare o lavorativa<sup>16</sup>. In questi casi, ad esempio, l'abuso dell'allenamento fisico è spesso accompagnato da quella che è nota come "sindrome da overtraining", che si caratterizza per un squilibrio fisiologico causato da un'attività fisica intensa e frequente, tale da non consentire all'organismo un recupero energetico e neurobiologico e quindi la possibilità di assorbire la fatica accumulata.

Alla luce delle distinzioni fatte, la differenza tra *addiction* e *dependence* appare legata alla diversità delle situazioni di dipendenza fisica/dipendenza psicologica interconnesse con la valutazione della funzionalità versus disfunzionalità. Naturalmente talvolta le due condizioni sono associate, ma altre volte possono presentarsi situazioni in cui esiste una *addiction* senza *dependence*. Nello sport ciò avviene quando predomina il bisogno di allenarsi legato al soddisfacimento di necessità psicologiche (come accade quando si insegue un modello ideale di corpo) ma in cui non sempre sono presenti eccessi quantitativi tali da far subentrare una dipendenza fisica. Esistono anche *exercise dependence* senza condizioni di *addiction*: in questi casi spesso l'ossessione sportiva è legata ad una sorta di abitudine fisica e/o neurobiologica dovuta all'effetto prodotto dall'allenamento, che può anche configurarsi come un modo per mantenere un buon funzionamento dell'organismo (per es. allenamenti che mantengono bassa la tensione e lo stress).

In quest'ultimo caso, la dipendenza dallo sport sembra assumere delle connotazioni che sono state definite da qualche autore come "positive", al punto da operare una distinzione tra *positive addiction* e *negative addiction*<sup>17</sup>. Nel primo caso il desiderio di allenarsi alimenta abitudini quantitativamente eccessive, ma vengono mantenuti gli equilibri psicologici, comportamentali e sociali. Nel caso della *negative addiction*, al contrario, l'esercizio fisico giunge a controllare gran parte della vita di una persona a causa della sua tendenza a diventare centrale e a ridurre gradualmente gli spazi destinati ad altre attività, diventando, al contempo, una minaccia per la salute psicofisica. Al di là delle precisazioni terminologiche, che vengono spesso premesse con l'importante funzione di aiutare a comprendere le sfumature del fenomeno della dipendenza dallo sport, resta l'abitudine di adottare in modo indifferenziato terminologie anche molto differenti tra loro come "sport addiction", "exercise addiction", "sport dependence", "mania dello sport", "ossessione sportiva" per designare le connotazioni patologiche della dipendenza dallo sport.

## EPIDEMIOLOGIA DELLA DIPENDENZA DA SPORT: SVELARE IL MALESSERE DIETRO UNA "BUONA ABITUDINE"

È molto difficile disporre di dati statistici completi in grado di rispecchiare davvero il fenomeno dell'*exercise addiction*, in quanto essa è una di quelle forme di dipendenza mascherate dalla consuetudine, dalla diffusione, dalla legittimità e dalla promozione per la salute dell'attività fisica<sup>18</sup>.

Uno degli aspetti epidemiologici che ha fatto molto discutere riguarda le dif-



ferenze circa l'incidenza di questo problema tra uomini e donne. A tal riguardo uno studio condotto nel 2002 da Stannard<sup>19</sup> ha rilevato che la predisposizione a questo problema è maggiore negli uomini che nelle donne, individuando anche delle differenze rispetto alle caratteristiche motivazionali. Più precisamente, la ricerca in questione è stata condotta su 408 studenti dell'Università della Florida ed ha rilevato la presenza di soggetti con un rischio elevato di dipendenza dall'esercizio fisico, pari al 3% dell'intero campione in esame, distinguendo tra di essi il 2% di uomini e l'1% di donne.

Vanno riportate anche le differenze qualitative riscontrate tra i due sessi nel contesto di questo studio. Negli uomini la dipendenza dallo sport è stata più spesso riscontrata in rapporto all'impegno nell'attività fisica motivato dalla ricerca di un miglioramento nella sensazione di benessere psicofisico. Le donne a rischio di dipendenza dallo sport, invece, sembrano più spesso motivate da un desiderio di cambiare il proprio peso corporeo e/o la propria immagine.

Le differenze di genere nell'incidenza della "tossicomania da sport" in realtà risultano pressoché impercettibili nel contesto di alcune discipline sportive. A tal proposito, uno degli studi più noti che ha rilevato uguale incidenza del problema in maschi e femmine è stato condotto su 285 *body builders*, distinti in categorie doppiamente incrociate per sesso e per competitività/non competitività<sup>20</sup>. I risultati sembrano collegati soprattutto alla motivazione piuttosto che al sesso di appartenenza. Infatti, non sono state riscontrate delle differenze significative di genere, bensì una maggiore propensione alla dipendenza, presente in quegli atleti e in quelle atlete dediti alla competizione. In tal modo è stata isolata, alla radice di questo problema, un' enfasi sull' "apparire" e sulla "costruzione del corpo" che ha dimostrato di essere un elemento determinante che guida la competizione nel contesto di tale attività fisica, alimentando un'ossessività degli allenamenti.

Così come è stato spesso affermato in questo ambito di studi, il problema della sedentarietà rimane più diffuso rispetto a quello della dipendenza dallo sport. Tuttavia, ciò non lo rende meno rischioso dal punto di vista delle conseguenze fisiche che ne possono derivare, nonché sotto l'aspetto delle ossessioni che vi si possono associare insieme ad altre problematiche frequenti, tra cui le più riscontrate sono la bigorexia e disordini alimentari come anoressia, bulimia e ortorexia.

## OSSERVARE IL PROBLEMA DALL'ESTERNO PER UNA DIAGNOSI PRECOCE

Tra le poche stime sulla diffusione del fenomeno in Italia l'approccio adottato nello studio condotto dal Centro Siciliano Psicologia Applicata e Sportiva<sup>21</sup> è stato quello dell'osservazione indiretta del fenomeno, una scelta che ha cercato di risolvere il problema della sottostima legata alla tendenza a celare il disturbo da parte di chi ne è colpito e non riesce ad osservarlo obiettivamente su se stesso. La metodologia di indagine è stata la rilevazione del problema attraverso una check list fornita a 67 allenatori di diverse discipline che hanno volontariamente collaborato in tutta Italia. Lo strumento di osser-



NUOVE DIPENDENZE.  
EZIOLOGIA, CLINICA E  
TRATTAMENTO DELLE  
DIPENDENZE "SENZA DROGA"

Nº05  
2:2008; 177-185

vazione conteneva indicatori dei sette criteri di diagnosi tradizionale delle forme di dipendenza da esercizio fisico da adottare per osservare le persone allenate nell'ultimo mese. Esso ha portato ad individuare circa il 6% di casi "a rischio" (presenza di almeno due indicatori) osservati più frequentemente attraverso le seguenti spie di disagio:

1. bisogno di aumentare il numero di allenamenti (per es. iscrizioni ad un numero di corsi progressivamente crescente e richieste di allenarsi in orari e giorni non previsti);
2. prolungamento degli allenamenti rispetto alle previsioni (per es. tendenza a sostare in palestra più tempo di quanto dichiarato inizialmente);
3. tendenza a centrare la socializzazione prevalentemente o esclusivamente su argomenti connessi all'allenamento fisico (per es. sviluppo muscolare, allenamenti svolti, integratori proteici, eventi sportivi a cui si è assistito o partecipato, ecc.);
4. penalizzazione di attività lavorative e sociali per dedicare più tempo all'allenamento (es. allenamenti mattutini o serali frequenti, attività fisiche svolte nel fine settimana e nelle vacanze);
5. allenamento in presenza di problemi fisici (soprattutto influenza e febbre, dolori muscolari e infortuni).

Questi risultati mostrano alcuni aspetti fondamentali relativi all'osservazione esterna del fenomeno della dipendenza da esercizio fisico e alla sua prevenzione. Una caratteristica fondamentale evidenziata è la maggiore possibilità di monitorare il rischio di tale problematica attraverso comportamenti visibili, come quelli riportati nella lista precedente. In contrapposizione ad essa, è stata rilevata una difficoltà nell'osservare dall'esterno sfumature più strettamente connesse a stati interiori, come quelli legati a segnali di astinenza (per es. nervosismo, malumore, irritabilità, ecc.) e alla perdita di controllo nel tentativo di ridurre gli allenamenti (per es. difficoltà a gestire l'impulso ad allenarsi), che devono essere necessariamente dedotte da racconti su stati emozionali, su pensieri o su sensazioni fisiche non altrimenti rilevabili.

Tutto ciò sottolinea la difficoltà a individuare precocemente dall'esterno alcuni "segnali di rischio". In questo modo, gli aspetti più specifici che trasformano in elemento patologico l'eccesso sportivo, infatti, rimangono descrivibili solo in prima persona e, come segreti, vengono spesso a lungo custoditi tra i vissuti di persone che attraverso l'esercizio fisico rincorrono un modello di benessere o anche un modo di essere al mondo.

Pertanto, è importante sottolineare la necessità, da un lato di una formazione specifica degli istruttori sportivi per la prevenzione del fenomeno e, dall'altro, l'utilità di conoscere e adottare strumenti per il monitoraggio degli stati interiori associati all'esercizio fisico. Ne è un esempio il *Profile Of Mood States* (POMS) che consente di valutare, attraverso sei scale, alcuni stati di umore positivi e negativi, associati all'esercizio fisico<sup>22</sup>.

L'obiettivo è quello di intervenire sul problema dell'*exercise addiction* senza attendere che chi ne è coinvolto ne abbia consapevolezza e decida autonoma-

mente di chiedere aiuto, richiesta che, come mostra la descrizione di diversi casi, avviene raramente e solo quando il problema è già in uno stato avanzato ed ha già deteriorato diversi aspetti dell'equilibrio interiore ed esteriore.



## CLINICA DELLA “MANIA” DELLO SPORT: FORME PRIMARIE E DISORDINI SECONDARI

Lo studio degli aspetti qualitativi dell'*exercise addiction* ha mostrato una frequente associazione del problema con disordini clinici tra i quali vengono compresi principalmente l'anoressia e la bulimia nervosa<sup>23-25</sup>. Ciò ha portato alcuni autori a distinguere tra “dipendenza primaria dallo sport” e “dipendenza secondaria dallo sport”: la seconda tipologia viene osservata più frequentemente e si associa, diversamente dalla prima, a problemi alimentari<sup>26-28</sup>. Tale distinzione, pertanto, è stata operata anche in rapporto alla motivazione che sembra attivare l'esercizio fisico fino all'eccesso e al malessere: nel primo caso l'attività sportiva è fine a se stessa e la motivazione è prevalentemente intrinseca, diversamente da quanto avviene nel secondo caso, in cui l'esercizio fisico rappresenta uno dei metodi per il controllo del peso e dell'immagine corporea. Due casi riportati dalla letteratura sull'argomento mostrano i dettagli delle differenze tra “dipendenza dallo sport primaria” e “dipendenza dallo sport secondaria”<sup>29</sup>.

Come esempio della prima categoria viene riportato il quadro sintomatologico di un uomo di 45 anni che viene classificato come “dipendenza dallo sport primaria” dal momento che non sono state rilevate evidenze circa il controllo del peso e la propensione a seguire diete. Le sue abitudini quotidiane dal punto di vista dell'esercizio fisico, dettagliatamente annotate in un diario, comprendono la corsa per oltre dieci ore a settimana, insieme alla partecipazione a numerose gare e maratone. Sebbene il lavoro sia mantenuto, il soggetto ritiene che esso non debba mai interferire con il fondamentale bisogno di allenarsi per sentirsi felice perché, come viene riportato nella sua intervista, “niente può rimpiazzare la sensazione data dall'allenamento”.

In rappresentanza delle caratteristiche tipiche della “dipendenza dallo sport secondaria” viene riportato il caso di una donna di 20 anni che è stata accolta inizialmente per un problema alimentare associato ad un esercizio fisico di oltre 20 ore a settimana, in cui è stata rilevata una preoccupazione circa il controllo di peso e dell'immagine corporea, che alimenta entrambi i problemi presenti. In questa giovane l'esercizio fisico assolve alla funzione di ritrovare un senso di controllo sul proprio corpo quando le abitudini alimentari prestabilite vengono violate. Tra i problemi alimentari associati alle situazioni di dipendenza dallo sport è compresa anche la cosiddetta “ortoressia nervosa”, un'abitudine ossessiva a nutrirsi di cibi sani che trasforma delle conoscenze sul benessere in vere e proprie patologie dell'alimentazione<sup>30</sup>. In queste situazioni di associazione tra ortoressia e dipendenza da sport, il disagio relazionale diventa spesso doppiamente grave a causa di una compromissione della vita sociale, derivante dalla tendenza a evitare occasioni in cui ingerire cibi ritenuti “tossici”, ma anche dalla predilezione degli allenamenti rispetto ad altre attività relazionali.

NUOVE DIPENDENZE.  
Eziologia, clinica e  
trattamento delle  
dipendenze “senza droga”

Nº05  
2:2008; 177-185

Inoltre, in alcune discipline sportive come il *body building*, la presenza di dipendenza dallo sport, pur non essendo legata ai tradizionali disturbi alimentari, è sempre connessa alla ricerca di una possibilità di modellare il proprio aspetto fisico, che nasce da un disturbo nella percezione del proprio corpo, noto come bigoressia. Il rapporto che lega la bigoressia alla dipendenza dallo sport, pertanto, è simile a quello che intercorre tra quest'ultimo e i disturbi alimentari, dal momento che si abusa di sport per perseguire un modello ideale di corpo<sup>31</sup>. La bigoressia, definita anche “anoressia inversa”, consiste in una alterazione della percezione del corpo chiamata anche “ossessione di dismorfia muscolare” che comporta la tendenza a percepirsi “non abbastanza grandi” dal punto di vista dello sviluppo muscolare<sup>32</sup>. Tale disagio non rappresenta una problematica strettamente alimentare (sebbene possa associarsi all'abuso proteico o steroideo) e viene considerata come una forma specifica di “dismorfismo corporeo”.

In tali casi, perciò, si diventa dipendenti a partire dall'idea di avere un corpo troppo sottile dal punto di vista muscolare e guidati da un obiettivo costante di potenziamento muscolare.

## LE QUATTRO “R” DELLA RIABILITAZIONE DEGLI SPORT-DIPENDENTI

La finalità della riabilitazione degli sport-dipendenti consiste nella possibilità di riportare a livelli salutari le abitudini di allenamento, ma soprattutto nella trasformazione del rapporto con il proprio corpo e, conseguentemente, con l'allenamento.

Il primo passo da perseguire è quello di *riconoscere* il problema al fine di passare al secondo passo, ossia *rendere* consapevole, chi ne è coinvolto, della propria tendenza a negarlo. In questo caso è utile avvalersi della collaborazione degli istruttori sportivi.

Una volta osservata la presenza di alcuni indicatori-chiave del problema, occorre inviare l'utente ad un'équipe multidisciplinare (istruttore, medico sportivo, psicologo dello sport, nutrizionista se necessario) che intervenga quanto più precocemente possibile.

Tuttavia molto spesso i casi di dipendenza dallo sport vengono alla luce solo quando si rendono evidenti le conseguenze negative, quali i crolli fisici legati all'allenamento eccessivo o a problemi alimentari associati, che possono richiedere anche il ricovero, o quando l'esercizio fisico diventa una vero e proprio impegno di vita che ne deteriora ogni altro aspetto: familiare, sociale, relazionale e scolastico-lavorativo. La terza fase consiste nel modificare/rallentare il ritmo, diminuendo gli eccessi e privilegiando le attività di gruppo che promuovono la condivisione di ritmi e obiettivi al di là delle necessità personali.

Nella quarta fase dell'intervento è molto utile sperimentare gradualmente attività fisiche che permettano di amplificare vissuti del corpo meno connessi all'apparire, in modo da giungere verso la possibilità di *rivivere* il proprio corpo in modo positivo, al di là delle imperfezioni di alcune parti o della discrepanza rispetto a dei modelli ideali<sup>33</sup>.