

New Addiction

Correlati neurobiologici delle nuove dipendenze: Le New addiction (dipendenze da internet, gioco d'azzardo, sesso, sport, shopping compulsivo) costituiscono un insieme eterogeneo di disturbi che condividono caratteristiche psicopatologiche comuni, quali la progressiva perdita di controllo sul comportamento di dipendenza e la compromissione della vita a vari livelli (socio-relazionale, familiare, lavorativo). Negli ultimi anni 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 da sostanze che condividono le stesse alterazioni funzionali,

Il cibo, il sesso ed il gioco d'azzardo sono in grado di attivare i circuiti responsabili della gratificazione in modo simile a quanto accade nel reward (gratificazione) prodotto dall'assunzione di sostanze psicoattive. L'assunzione di sostanze di abuso (alcol, eroina, marijuana, benzodiazepine, cocaina, anfetamine) così come stimoli di varia natura come il cibo, il gioco ed il sesso, è in grado di stimolare il rilascio di dopamina e questo è ritenuto alla base della gratificazione e degli effetti di rinforzo delle sostanze di abuso.

Oggi si è concordi pertanto nel definire dipendenza patologica una forma morbosa caratterizzata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento. Essa implica 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 craving¹, nell'ambito di un'abitudine incontrollabile ed irrefrenabile che causa un disagio significativo:

“Cancrini² (1982) ha elaborato una tipologia delle situazioni in cui si determina la tossicomania utilizzando come riferimento la teoria della nevrosi di Freud integrata da un approccio sistemico relazionale.

La tossicomania viene considerata da questo Autore come un disturbo non specifico che si mette a disposizione dei conflitti interpersonali e intrapsichici più diversi; sul piano motivazionale l'abuso di sostanze viene considerato come un tentativo di autoterapia (Cancrini, Mazzoni, 1991) concetto questo formulato anche da altri Autori in ambito psicoanalitico.

Cancrini individua quattro tipi di tossicomania considerando il ruolo in famiglia del soggetto prima della tossicodipendenza, il quadro psicopatologico individuale prima della tossicodipendenza, l'atteggiamento verso le

¹ Rispetto al costrutto di dipendenza patologica assume un ruolo fondamentale il concetto di craving, ovvero desiderio incoercibile ed incontrollabile verso uno stimolo rinforzo, inteso come elemento dell'ambiente in grado di attivare un comportamento di approccio verso l'elemento stesso. Assume in ogni addiction le caratteristiche dell'impellenza e compulsività.

² <http://www.psicoclinica.it>

droghe, le sostanze d'abuso preferite e le principali risorse terapeutiche; il modello elaborato prevede che i diversi casi di tossicomania possano essere situati lungo una serie continua: ad un polo possiamo collocare i casi chiaramente legati ad un trauma, all'altro polo quelli in cui il trauma è minimo o difficilmente identificabile.

Nel primo tipo rientrano tutte quelle situazioni in cui è evidente un rapporto tra un trauma psichico ben definito (lutti, separazioni, delusioni o altri gravi eventi esterni) e l'entrata nella tossicomania, che può avvenire a breve distanza dal trauma; l'atteggiamento verso le sostanze (essenzialmente eroina e/o alcool) o particolari oggetti – azioni (gioco, sesso, shopping, sport) è caratterizzato dalla ricerca compulsiva e autodistruttiva di una anestesia; si può trattare in generale di giovani che venivano percepiti, prima della tossicomania, come figli 'esemplari'; in altri casi, di adolescenti che si confrontano con il trauma proprio nel momento dell'individuazione e dello svincolo oppure appartengono ad una famiglia in cui si apprende a confrontarsi con i lutti e le separazioni utilizzando un pattern di evitamento del processo di elaborazione del lutto (Bowlby, 1973).

Nel secondo tipo rientrano tutte quelle tossicomanie che coprono un disturbo che rientra nell'area della nevrosi; il ruolo in famiglia di questi giovani prima della tossicomania è generalmente quello del "capro espiatorio" e nei loro racconti si può cogliere il "dramma familiare" vissuto: liti, conflitti tra i genitori, separazioni; la struttura e l'organizzazione familiare è quella descritta da terapeuti familiari come Stanton e Todd.

Al terzo tipo appartengono le tossicomanie di transizione che sono caratterizzate da disturbi gravi della personalità e del carattere che corrispondono alle situazioni limite, intermedie tra nevrosi e psicosi; in alcuni di questi casi la tossicomania compensa gravi disturbi fasici del tono dell'umore; in altri casi l'incontro con la droga consente una ricomposizione dell'immagine del Sé e della frattura originaria descritta da Olivenstein; in altri casi, caratterizzati da atteggiamento compulsivo ed autodistruttivo, l'uso di sostanze copre una grave situazione depressiva.

L'organizzazione familiare della famiglia di questi soggetti tossicomani presenta notevoli somiglianze con la famiglia di pazienti anoressiche.

Nel quarto tipo rientrano le tossicomanie sociopatiche caratterizzate da una tendenza del soggetto al passaggio all'azione con un'evidenza di comportamenti antisociali che in genere precedono l'inizio della tossicodipendenza; questi giovani appartengono in genere a famiglie svantaggiate socialmente corrispondenti, riguardo all'organizzazione e al modello comunicativo, alle famiglie disimpegnate; si ritrova spesso nell'infanzia di questi giovani tossicomani una carenza di cure materne (nel senso definito da Bowlby); i tossicomani che rientrano in quest'area tendono spesso alla politossicomania."

Psicodinamica delle dipendenze patologiche: 1) Aspetti evolutivi – relazionali: Nonostante le evidenti differenze in merito all'oggetto della dipendenza, i comportamenti additivi sembrano tutti rappresentare un tentativo disfunzionale di contrastare l'emergere incontrollato dei traumi infantili. Si tratta per lo più di esperienze di trascuratezza emotiva, abusi fisici, sessuali e/o psicologici le cui componenti emotive risultano escluse dal normale flusso di coscienza e depositate in un sistema di memoria traumatica implicita. Se le emozioni traumatiche tendono a riemergere il più delle volte sotto forma di sintomi post-traumatici (iperattività, rabbia, confusione, disturbi somatici ecc.), che il soggetto può cercare di contrastare ritirandosi in stati mentali dissociati dal resto della coscienza, 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 di attenzione percezione e memoria. Bowlby evidenziò proprio come le

rappresentazioni mentali relative a se stessi e agli altri si costituiscano in relazione al rapporto del neonato con i suoi caregivers, e si organizzino in schemi cognitivi – affettivi definiti MOI (modelli operativi interni). Nello sviluppo sano, la particolare attenzione che la figura di accudimento mostra verso le emozioni del bambino si esprime attraverso in processo di sintonizzazione affettiva (Stern, 1987) che rende possibile la condivisione di stati emotivi positivi, manifestati dal bambino attraverso il gioco e altre attività, e che costituirà un perno delle modalità di compartecipazione intersoggettiva degli stati affettivi.

Cenni sulle principali forme di dipendenza:

Dipendenza da internet: Tra le principali forme di dipendenza quella relativa all'uso distorto da internet. Il questionario più diffuso a livello internazionale è lo IAT (Internet Addiction Test), composto da 20 items che indagano i rischi di sviluppare un comportamento patologico relativamente all'uso di Internet valutando le conseguenze nei vari contesti di vita: lavorativo, sociale e familiare.

In Italia si utilizza il questionario UADI (Uso, Abuso, Dipendenza da internet) che valuta attraverso 75 items che indagano 5 fattori:

Evasione compensatoria: *Tendenza ad utilizzare internet per evadere dalle difficoltà quotidiane;*

Dissociazione: *comparsa di esperienze sensoriali bizzarre associate alla tendenza ad alienarsi ed a fuggire dalla realtà;*

Impatto sulla vita reale: *conseguenze sull'umore, sulle relazioni interpersonali e sulle abitudini correlate all'uso di internet;*

Sperimentazione: *tendenza ad usare internet per sperimentare nuove emozioni;*

Dipendenza: *tolleranza, astinenza, coinvolgimento eccessivo;*

Dipendenza Sessuale: La dipendenza sessuale comprende una condizione nella quale una certa forma di comportamento sessuale, che può funzionare sia per produrre piacere sia per alleviare affetti dolorosi, viene attuata secondo uno schema caratterizzato da due elementi chiave:

1. La ricorrente incapacità di controllare il comportamento sessuale;
2. La persistenza del comportamento sessuale nonostante significative conseguenze dannose;

Shopping compulsivo: La dipendenza da shopping compulsivo descrive un quadro psicopatologico caratterizzato da preoccupazioni e impulsi intrusivi e ricorrenti rivolti a ricercare ed acquistare beni spesso superflui o di valore superiore alle proprie disponibilità economiche. Lo shopping impegna la persona per un tempo superiore a quello preventivato comportando una grave compromissione del funzionamento sociale e lavorativo ma viene perseguita nonostante le conseguenze negative, compresi i sentimenti di colpa e vergogna.

Gioco d'azzardo patologico: Il gioco d'azzardo patologico è una dipendenza patologica e, in quanto malattia, ³presenta tutti e quattro i criteri generali sopra riportati e deriva da un comportamento reiterato di gioco d'azzardo in una persona vulnerabile che presenta sistemi neuropsichici alterati, fino a comportare lo sviluppo della patologia. Nel prosieguo della pubblicazione, si approfondiranno tutti i vari aspetti del GAP, focalizzando soprattutto su quelli neuropsicobiologici al fine di comprendere nel dettaglio le cause e i processi di questo fenomeno. Utile risulta anche chiarire che cosa si intende con le parole “gioco d'azzardo”. Giocare d'azzardo significa “puntare o scommettere una data somma di denaro, o oggetto di valore, sull'esito di un gioco che può implicare la dimostrazione di determinate abilità o basarsi sul caso”. Il giocare d'azzardo può anche essere definito come “qualsiasi puntata o scommessa fatta, per sé o per altri, con denaro o senza, a prescindere dall'entità della somma, il cui risultato sia imprevedibile ovvero dipenda dal caso o dall'abilità” (Gamblers Anonymous, 2000). Avvicinandoci per gradi ad una definizione più estensiva e dettagliata di GAP, possiamo preliminarmente definire il gioco d'azzardo “patologico” come una malattia neuropsicobiologica del cervello, spesso cronica e recidivante, che si esplicita con comportamenti patologici compulsivi e specifica sintomatologia neurovegetativa, associata a gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali per l'individuo. Il GAP è da intendersi come la conseguenza secondaria di un comportamento volontario di gioco d'azzardo persistente in un individuo vulnerabile alla dipendenza, che presenta cioè alterazioni preesistenti di tipo neurofunzionale dei normali sistemi neurobiologici della gratificazione (sistema di reward dopaminergico con iper-risposta anomala al gioco d'azzardo), del controllo degli impulsi (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) e delle funzioni cognitive correlate (credenze e distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita). Il gioco d'azzardo patologico è quindi una dipendenza patologica, da stimoli esogeni, in grado di produrre in questi individui, non solo ripetute e anomale risposte comportamentali compulsive, ma anche effetti neuroplastici, tolleranza e craving (Castellani 1995). Il GAP è comunque una patologia prevenibile, curabile e guaribile, che necessita di diagnosi precoce, cure specialistiche e supporti psicologici e sociali.⁴

³ www.giovaniserpelloni.it/pdf/pdf756.pdf

Relapse prevention model

La RPT è un intervento psicoeducativo finalizzato al mantenimento dello stato di astinenza attraverso l'evitamento delle situazioni a rischio, la comprensione della natura del craving, le strategie di resistenza al craving e la messa in discussione dei pensieri maladattivi.

La RPT si articola in una fase di valutazione (assessment) nella quale il terapeuta raccoglie informazioni dettagliate in merito a quando e come il paziente ha iniziato a fare uso dell'oggetto droga, come si sentiva in seguito all'uso, quando tempo impiegava nella sua ricerca. E' necessario raccogliere informazioni sui problemi significativi che l'uso compulsivo della droga ha causato nelle diverse aree della vita del soggetto (legale, economica, lavorativa e familiare).

All'assessment segue il trattamento vero e proprio che si articola in tre fasi: early phase, middle phase e advanced phase. Le prime due fasi sono centrate più su vissuti emotivi e relazionali legati al qui ed ora della relazione terapeuta – paziente e sulle condotte di abuso. Nello specifico viene previsto un lavoro centrato:

- 1) **Sul craving:** aiutare a sviluppare strategie utili a limitare le esposizioni a quelle condizioni che possono alimentare il desiderio di fare uso dell'oggetto droga;
- 2) **Sull'esplorazione delle cognizioni maladattive:** la convinzione del paziente di avere pieno possesso dell'oggetto droga;
- 3) **Sugli stati affettivi negativi:** lavora sulla capacità di lavorare sulle emozioni negative;
- 4) **Sull'uso dell'empatia e dell'interpretazione dei conflitti:** riguarda la necessità di comprendere emotivamente il paziente al fine di aiutarlo ad esplorare i conflitti inconsci;
- 5) **Sulla resistenza:** si tratta di attivare tutti quei processi mentali che ostacolano ogni comprensione dei meccanismi che sottostanno all'uso compulsivo delle sostanze.

Nell'advanced phase il terapeuta mostrerà un atteggiamento più neutrale e cercherà di far emergere i contenuti transferali, l'analisi dei quali può aiutare il paziente a risolvere i conflitti inconsci intrecciati con l'uso compulsivo delle droghe.

Bisogna ricordare che prima dell'elaborazione delle memorie traumatiche il terapeuta che lavora con il paziente deve costituire una base sicura (Bowlby) che consenta al paziente di sperimentare un senso di fiducia.

La cura delle dipendenze patologiche richiede, inoltre, grande tolleranza alla frustrazione e un certo grado di speranza rispetto al successo terapeutico: l'identificazione con questi aspetti del setting terapeutico può aiutare l'individuo dipendente a riconoscere e costituire lentamente dentro di sé quel senso di sicurezza che permette di rinunciare al bisogno coercitivo delle dipendenze e di attraversare con fiducia il mondo esperienziale

Bibliografia

Caretti V, La Barbera D., Le nuove dipendenze: Diagnosi e clinica, Carocci Editore, 2009

Sitografia

<http://www.psicoclinica.it> (Il giornale della psicologia medica)