

## LE DIPENDENZE DA SOSTANZE E LE NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Cinzia Bressi

Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Fisiologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti,  
Università degli Studi di Milano e Dipartimento di Neuroscienze e Psichiatria,  
Fondazione IRCCS CA' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.

*La droga prende tutto e non dà nulla. W. Burroughs*

*Il gioco d'azzardo è il miglior modo per ottenere nulla da qualcosa. Wilson Mizner*

*Eppure per essere felici basterebbe sostituire le dipendenze con le passioni. (Tra cenere e terra-  
L'ora della poesia)*

La dipendenza può assumere diversi significati. Le parole inglesi per trattare questa condizione sono due: *dependence* e *addiction*, le quali esprimono, in realtà, due accezioni diverse: con la prima si vuole indicare la condizione fisico-chimica in cui l'organismo necessita della sostanza per funzionare, mentre con la seconda si fa riferimento alla dipendenza psicologica che spinge alla ricerca della sostanza, senza la quale per l'individuo l'esistenza appare priva di significato.

Oggi ci confrontiamo anche con le condizioni di dipendenze patologiche (*addiction*) comportamentali aggiunte nel 2013 nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – (V ed, DSM-5). Vengono così considerate globalmente le *addiction* comportamentali e da sostanze. Ed è anche incluso il “Disturbo da gioco d'azzardo” o *gambling patologico* e sempre di più sono state prese in considerazione anche le dipendenze patologiche comportamentali correlate a Internet.

L'attuale concezione paradigmatica, infatti, contempla quelle che erano le tossicodipendenze classiche come droghe, alcool e le varie forme di farmacodipendenza, per includervi le *addiction* comportamentali, gli acquisti compulsivi, la cleptomania, i disturbi alimentari, la coazione ai comportamenti a rischio, la sessualità compulsiva, il gioco. Negli ultimi dieci anni viene suggerito di inserire, in questo paradigma, tutte quelle modalità particolari di legame con il lavoro, con gli sport e con tutte quelle forme di ricerca e di eccitamento coatte come i videogiochi, l'eccesso di utilizzo di internet e del cellulare.

Si tratta di forme di eccitamento coatte, che vengono ripetute dal soggetto dipendente focalizzandosi sul desiderio intenso e sul comportamento incontrollato, sulla mancanza di contenimento e che appaiono in continua espansione.

Queste condizioni condividono caratteristiche fondamentali con l'abuso di sostanze, come la messa in atto di comportamenti da dipendenza patologica al fine di ottenere modifiche del tono dell'umore, lo sviluppo di tolleranza, il fenomeno dell'astinenza, una situazione comportamentale conflittuale.

Quali sono le caratteristiche comuni a questi individui che il medico riconosce nella specifica fenomenologia clinica?

-*Intossicazione*: sindrome reversibile causata da una specifica sostanza che compromette una o più delle seguenti funzioni mentali: memoria, orientamento, umore, giudizio, nonché il comportamento e il funzionamento sociale o lavorativo.

- *Astinenza*: sindrome sostanza-specifica che si verifica in seguito alla sospensione o riduzione della dose della sostanza che è stata assunta regolarmente per un lungo periodo di tempo. La sindrome è caratterizzata da segni e sintomi fisiologici e da sintomi psicologici che riguardano la compromissione del pensiero, dei sentimenti e del comportamento.

- *Tolleranza*: fenomeno nel quale, a seguito di ripetute somministrazioni, l'assunzione di una certa dose di una sostanza produce un effetto ridotto e si assiste alla necessità della somministrazione di una maggiore dose della sostanza per ottenere gli stessi effetti ottenuti con la dose iniziale. Per tolleranza comportamentale si intende la capacità del soggetto di svolgere attività consuete nonostante l'effetto della droga.

- *Cross-tolleranza* (o *Cross-dipendenza*): fenomeno nel quale una sostanza che viene sostituita ad un'altra è in grado di produrre nel soggetto gli stessi effetti fisiologici e psicologici della sostanza iniziale (per es., benzodiazepine e barbiturici).

- *Neuroadattamento*: l'insieme delle modifiche neurochimiche o neurofisiologiche conseguenti a ripetute somministrazioni della sostanza.

Il neuroadattamento è ciò che spiega il fenomeno della tolleranza.

Infine l'individuo non prova più alcun interesse per altro: per la persona esiste solo la sostanza e il forte piacere che ne deriva.

### **L'adolescente tra nuove e vecchie dipendenze: cause e sviluppi**

I disturbi correlati all'uso di sostanze sono caratterizzati da un'eziologia multifattoriale: a generare (e a mantenere) l'assunzione reiterata di sostanze, infatti, concorrono fattori genetici, ambientali, neurobiochimici e psicologici fortemente interdipendenti tra loro. Di fatto, le caratteristiche che il consumo di una sostanza può assumere dipendono dall'interazione tra le proprietà della sostanza psicoattiva, le caratteristiche fisiche e psicologiche del consumatore e il contesto culturale e sociale in cui egli è inserito.

L'utilizzo di sostanze spesso comincia negli anni dell'adolescenza e gli individui di età compresa tra i 15 e i 24 anni rappresentano la fascia di popolazione con i tassi di prevalenza più alti per l'uso di quasi ogni tipologia di sostanza. Fattori come la disponibilità della sostanza, l'accettabilità sociale, l'influenza dei pari possono contribuire all'avvicinamento e al primo contatto con una certa sostanza, ma altri fattori, come l'assetto psicologico (personalità, storia, stato emotivo, motivazione...) e gli aspetti biologici individuali, sono probabilmente più decisivi nel determinare la modalità soggettiva di sperimentare gli effetti di una specifica droga, nonché i cambiamenti che si produrranno nel SNC a seguito di un uso ripetuto. Altri fattori, tra cui i diversi meccanismi d'azione delle sostanze, possono favorire la transizione da uno stile di consumo non dipendente a uno dipendente, incidere sul rischio che una certa sostanza generi effetti avversi (per es., intossicazione) o predisporre ad un recupero più rapido dalla dipendenza.

Un preoccupante, ulteriore fenomeno in incremento, interessa la tendenza all'abbassamento di età del soggetto *dipendente*, che coinvolge sempre più giovani in età adolescenziale. L'incremento di questo fenomeno è preoccupante, soprattutto in ragione del fatto che gli studi epidemiologici sull'adolescente che manifesti dipendenza da sostanze o da comportamenti patologici, hanno rilevato che oltre il 15 per cento tra loro ne viene coinvolto. Questa percentuale si riferisce a ricerche internazionali ed è quindi intuibile quali proporzioni stia assumendo il fenomeno. Tanto più l'età del soggetto è precoce tanto maggiore è il rischio che il giovane giocatore diventi un *gambler* patologico. Una caratteristica fondamentale dei disturbi da uso di sostanze è il cambiamento, sottostante agli effetti comportamentali, che tali sostanze provocano all'interno dei circuiti cerebrali. Numerose prove sperimentali hanno mostrato che tutte le tipologie di sostanze, quando assunte in eccesso, inducono l'attivazione diretta del sistema cerebrale detto "della ricompensa" (*brain reward system*), coinvolto nel rinforzo dei comportamenti in seguito ai quali il soggetto sperimenta una sensazione di piacere. Tale sistema fisiologico, normalmente attivato da comportamenti adattivi (per es., nutrirsi quando si ha fame, dormire quando si è stanchi), è alla base dell'insorgenza e del mantenimento dei comportamenti di dipendenza da sostanze. Con l'utilizzo della sostanza ha inizio una sequenza di conseguenze più o meno gratificanti che, attraverso un processo neurobiologico di apprendimento, può risultare in una maggiore o minore probabilità che il comportamento di assunzione venga ripetuto. In molti casi, la somministrazione ripetuta di una sostanza dà avvio altresì ai processi biologici associati alla tolleranza, alla dipendenza fisica e all'astinenza da tale sostanza; i sintomi negativi sperimentati dall'individuo nel corso di tali fenomeni forniscono, a loro volta, la motivazione per un utilizzo ulteriore della droga, innescando un circolo patologico.

### **Fenomenologia e cause: dall'adolescenza all'età adulta**

Cosa il MMG può osservare in questo adolescente in difficoltà? Gli adolescenti manifestano un vissuto ambivalente frustrante, rifiutano di farsi coinvolgere in situazione con forti responsabilità, si distraggono facilmente, sono emotivamente vulnerabili e si «perdonano» nella relazione con gli altri connotandosi con un'identità instabile e ancora 'cangiante' (Billi et al,2015)

Il senso di intimità profonda, che è alla base dell'esperienza della reciprocità, è una condizione senza la quale nessun essere umano può essere legittimato come soggetto da un altro essere umano. Ed è sempre grazie a questo processo di riconoscimento reciproco che nasce la spinta necessaria all'auto-affermazione, alla concezione umana del nostro bisogno di dipendenza sana. Nella dipendenza patologica, viceversa, ha preso spazio un'idea dell'altro come oggetto inaffidabile e imm modificabile, le cui capacità nutritive e affettive sono malsane e molto poco generative del valore intrinseco allo scambio.

Questo vale come terreno costitutivo preliminare a tutte le dipendenze patologiche. Sono giovani cui difetta la capacità di immaginare che cosa può comportare la trasformazione di stati d'animo positivi o negativi, e ogni forma immaginativa è vissuta come fonte di ansia. L'incapacità elaborativa comporta quindi il bisogno di saturare ogni stato emotivo: ricorrere alla "compulsione all'agire" ha una funzione narcotizzante dei vissuti conflittuali, sospingendo il soggetto verso una dimensione di illusorio e onnipotente controllo della realtà. Come per tutti gli *addicts*, il bisogno assoluto è quello di controllare e dominare la propria realtà interna ed esterna poiché gli oggetti affettivi e relazionali interiorizzati (soprattutto i genitori) sono stati esperiti prevalentemente come incontrollabili e danneggianti. Sviluppano dipendenza per lo scarso controllo degli impulsi. Il tratto ossessivo-compulsivo garantisce un rifugio sicuro per fronteggiare la realtà complessa e multiforme dove c'è un nemico invisibile da contrastare. Sul piano delle relazioni interpersonali, l'adolescente è apatico, insicuro e particolarmente aggressivo. I suoi atti si ripetono all'infinito, così come la compulsione di sostanze e comportamenti patologici senza mai arrivare a una soddisfazione completa. Gli adolescenti non riescono a inibire le loro coazioni e avvertono maggiormente la frustrazione. I nuovi sintomi, tuttavia, sono un appello del soggetto che esprime i suoi conflitti sulla scena sociale, nel tentativo di riaprire il discorso familiare e cercare una separazione dalle figure genitoriali e costruirsi un'identità (principale compito evolutivo dell'adolescente).

### **Le dipendenze e i disturbi mentali**

Una crescente mole di evidenze scientifiche documenta come, nelle diverse storie cliniche, un disturbo di tipo psichiatrico (anche non conclamato) possa precedere, associarsi o conseguire all'uso di sostanze. Dal momento che tutte le sostanze di abuso sono in grado di causare effetti simili ai sintomi di alcuni disturbi psichiatrici, grande attenzione deve essere posta dal punto di vista clinico nella diagnosi differenziale e nel considerare la sequenza cronologica con cui si presentano i disturbi. La comorbilità psichiatrica indica la coesistenza di due o più disturbi psichiatrici in uno stesso individuo. Alcuni studi hanno dimostrato che fino al 50% di coloro che fanno un uso problematico di sostanze ha un disturbo psichiatrico in comorbilità.

In diversi studi si è evidenziato che il 35 - 60% dei pazienti che abusano di sostanze, soddisfa anche i criteri diagnostici per il disturbo di personalità antisociale. Tali soggetti, rispetto ai pazienti con la sola diagnosi di disturbo di personalità antisociale sono propensi ad utilizzare un maggior numero di sostanze illegali e ne vengono più facilmente in possesso, si mostrano tendenzialmente meno soddisfatti della loro vita e perpetuano i comportamenti antisociali di spaccio e abuso, sviluppando, nella maggior parte dei casi, un comportamento più impulsivo, isolato, e depresso. Un altro rilevante argomento di ricerche è stato il collegamento tra depressione, suicidio e abuso di sostanze. Gli studi evidenziano la forte presenza di sintomi depressivi correlati all'abuso e mostrano l'elevata l'incidenza della diagnosi di disturbo depressivo maggiore in soggetti che abusano di oppiacei e alcol (da un terzo alla metà del campione considerato). L'abuso e la dipendenza da sostanze risultano aumentare statisticamente di venti volte la probabilità di morte per suicidio rispetto alla popolazione generale.

Negli individui con una diagnosi di disturbo da uso di sostanze, si è riscontrata la compresenza frequente di disturbi mentali concomitanti. Per quanto riguarda il disturbo da uso di cannabis, si sono riscontrate correlazioni con una scarsa soddisfazione della qualità della vita, disturbi d'ansia di umore e di condotta, in particolare nei soggetti sotto i 18 anni si riscontrano diagnosi di disturbo depressivo maggiore (11% dei casi) disturbi d'ansia (24%) disturbo bipolare (13%) disturbo antisociale di personalità (30%) disturbo ossessivo compulsivo (19%) disturbo paranoide di personalità (18%).

Anche per quanto riguarda il disturbo da uso di allucinogeni si sono evidenziate diagnosi concomitanti di disturbi d'ansia, dell'umore, disturbo bipolare e antisociale di personalità.

Il disturbo da uso di oppiacei si manifesta spesso insieme a disturbi depressivi, disturbi del sonno, disturbo antisociale di personalità; infine, in coloro a cui è stato diagnosticato un disturbo da uso di stimolanti, sono spesso

presenti, oltre al disturbo antisociale o bipolare, anche problematiche relative al disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbo da gioco d'azzardo.

Oltre che con le patologie sopra descritte, un disturbo da uso di sostanze si presenta spesso in comorbilità con un altro disturbo da uso di sostanze.

L'utilizzo simultaneo di diverse sostanze è certamente un fenomeno che si sta sviluppando tra i giovani: ad oggi, la maggior parte dei consumatori, infatti, utilizza spesso almeno due o tre sostanze stupefacenti diverse. L'utilizzo associato e sequenziale di droghe "up" con droghe "down" è riscontrabile in molti consumatori, ad esempio coloro che assumono cocaina come sostanza primaria usano nell'86,7% dei casi anche cannabis come sostanza secondaria e nel 12,4% eroina. La cannabis, in particolare, sembra frequentemente passare da "droga di iniziazione" ("gateway") a droga secondaria di accompagnamento.

Allo stesso modo i consumatori di eroina come sostanza primaria dichiarano nel 78,0% dei casi anche uso abituale di cannabis e nel 68,3% l'uso abituale di cocaina come sostanza secondaria.

È importante aggiungere che anche gli psicofarmaci possono essere utilizzati, per i loro effetti, come vere e proprie droghe e sostanze di abuso. Soprattutto i giovani utilizzano farmaci per fronteggiare problemi relativi al sonno, all'alimentazione e all'umore, andando incontro a rischi di interazione e sottovalutando gli effetti sul funzionamento generale dell'organismo e sullo stato mentale, senza considerare il rischio di assuefazione e dipendenza, che possono derivare dall'uso indiscriminato e continuativo di questi principi attivi senza il controllo dello specialista.

Un altro fenomeno preoccupante, che riguarda soprattutto la popolazione giovanile, è la diffusione dell'utilizzo di sostanze delle quali non si conoscono caratteristiche ed effetti, costituite da droghe sintetiche di recente produzione. Tali soggetti non conoscono provenienza, principio attivo e conseguenze a livello di intossicazione e a livello di impatto sulla salute generale della persona di ciò che assumono. In Italia, nel 2014, sono almeno 54mila gli studenti 15-19enni, che hanno assunto sostanze psicotrope senza sapere "cosa fossero" e quali effetti procurassero (Busnelli et al, 2016).

### **Le sostanze**

Tra le più usate possiamo distinguere: 1) Oppiacei come oppio, morfina, eroina; 2) Stimolanti come cocaina e crack; 3) Allucinogeni come LSD e mescalina ; 4) ..e altre come ecstasy, fenciclidina e numerose altre. Accenneremo solo a quelle di uso più frequente (Castraberti,2015).

**Eroina** Con il termine oppiacei si fa riferimento agli alcaloidi contenuti nel lattice del papavero da oppio, principalmente la morfina, la codeina e la tebaina, e nei loro derivati semisintetici, tra cui l'eroina. Tali sostanze hanno proprietà analgesiche, sedative ed euforizzanti e vengono utilizzate anche nella pratica clinica. Gli effetti analgesici degli oppiacei sono dovuti alla loro azione diretta su specifici recettori cerebrali, che sono risultati essere gli stessi su cui agiscono gli oppioidi endogeni (endorfine), prodotti naturalmente dall'organismo.

L'utilizzo di questi principi attivi come droghe influenza direttamente e intensamente la vita del soggetto, sia perché i sintomi manifestati nell'intossicazione possono essere molto gravi, sia perché spesso il *craving* (desiderio intenso e insopprimibile) per la sostanza è talmente intenso da condizionare molte scelte della propria quotidianità. L'utilizzo di eroina crea una elevata dipendenza: è possibile assumerla per via endovenosa o aerea, sniffandola o inalandola (queste ultime vie di assunzione hanno aumentato la loro frequenza). L'effetto di una dose dura circa cinque ore. Questa droga costituisce un grave pericolo per la salute anche per via degli additivi con cui viene tagliata. La condivisione poi della stessa siringa crea ulteriori rischi. Attraverso queste modalità si incrementa il rischio di infettarsi di epatite B, C o HIV. I danni a livello dell'organismo fisico e della psiche sono notevoli, così come la dipendenza è particolarmente severa. L'eroinomane vive all'interno del mondo della droga e tutta la sua vita si trasforma in una costante ricerca della sostanza trasformando interamente la sua dimensione esistenziale. Talvolta, il disturbo da uso di oppiacei può portare alla morte, per ragioni diverse: overdose, ferite e incidenti legati anche al contesto di vita e alle condizioni sociali che caratterizzano la vita di molti consumatori per gesti autolesivi, AIDS o complicazioni mediche.

**Cocaina** Il disturbo da uso di stimolanti interessa sia gli adolescenti che gli adulti, ma è più frequente fra gli individui di 12-25 anni. La motivazione iniziale all'uso di queste sostanze è quella di percepirsi

più forti e in grado di svolgere le proprie attività con grande slancio ed entusiasmo. Tuttavia, questa sensazione è provvisoria; con l'uso continuato, infatti, essa lascerà il posto ad una percezione di sé svilita e negativa. Per questa ragione, e a causa del rapido sviluppo di assuefazione e tolleranza, l'uso degli stimolanti può facilmente diventare cronico e caratterizzato da un'assunzione di dosi progressivamente maggiori.

La personalità e il comportamento del soggetto vengono fortemente influenzati dall'effetto del principio attivo sullo stato mentale, risultando spesso in atteggiamenti aggressivi o violenti, nell'isolamento sociale o in serie difficoltà sul lavoro. Oltre agli effetti sullo stato mentale sono evidenti anche le conseguenze sul corpo: sinusiti ricorrenti, irritazione cronica della mucosa nasale e, in alcuni casi, perforazione del setto; nel caso della somministrazione di amfetamine per via intravenosa vi è il rischio di trasmissione di HIV e epatiti. Inoltre, nei soggetti che abusano di stimolanti, si riscontrano sovente perdita di peso e dell'appetito (i quali sono spesso effetti desiderati da chi assume queste sostanze), patologie dentali, in alcuni casi convulsioni, ictus, compromissioni cardiache ed è possibile la morte improvvisa per infarto o arresto respiratorio.

La **cannabis**, assieme all'alcol e al tabacco, è in molti casi la prima sostanza di accesso alle sostanze psicoattive in età adolescenziale. Attualmente, il passaggio da uso saltuario a un consumo abituale e infine al disturbo da uso di cannabis sembra essere piuttosto rapido e comune in soggetti sempre più giovani (per es., preadolescenti). L'accesso precoce alla sostanza è un forte fattore predittivo circa la probabilità che la persona sviluppi un disturbo da uso di sostanze e altri disturbi mentali nel corso della prima età adulta. Il MMG dovrebbe quindi cercare di accompagnare il giovane nel suo percorso medico e psicologico per allertare la persona quando dall'uso si rischia di giungere all'abuso.

L'utilizzo abituale di cannabis e il graduale aumento della stessa, finalizzato a superare la tolleranza e a percepire gli effetti graditi al consumatore, comportano conseguenze negative sempre maggiori (deficit dose-dipendenti), in particolare nelle funzioni esecutive, mnestiche e attentive, incidendo sul funzionamento della persona in varie aree della vita, ad esempio in quella lavorativa e in quella sociale. In presenza di disturbi mentali precedenti al consumo di cannabis, il suo utilizzo può comportare l'esacerbazione di alcuni sintomi o la comparsa di episodi psicotici acuti (Busnelli et al, 2016).

## **LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI**

### ***IL disturbo da gioco di azzardo ( Gambling Disorder)***

Il gioco d'azzardo patologico altrimenti definito *gambling disorder* (GAP), rientra a pieno titolo nell'area dei disturbi della dipendenza.

E' negli ultimi quindici anni che questa patologia, in progressivo aumento in Italia, viene considerata a tutti gli effetti un disturbo correlato all'*addiction* in senso più ampio. Il GAP produce infatti nel soggetto dipendente molte manifestazioni che identificano l'area stessa della dipendenza patologica: il *gambler* subisce assuefazione al gioco e soffre di crisi di astinenza; organizza la sua vita nel totale assorbimento della compulsione al gioco che diviene una continua sfida onnipotente tra vincita, perdita e rivincita; tende ad un isolamento dal contesto sociale di riferimento mettendo in atto strategie di occultamento della problematica di gioco attraverso la menzogna più o meno conclamata.

Da un punto di vista psicodinamico, il giocatore d'azzardo presenta sovente un quadro anamnesticamente le cui caratteristiche sono intimamente connesse a quelle relative alle sindromi depressive e alle strategie di evitamento degli stati emotivi negativi. Non è infrequente incontrare soggetti in cui entrambi i quadri patologici sono attivi, poiché il rinforzo maniacale che il *gambler* riceve dall'azzardo, ha la funzione di compensare le percezioni di vuoto emotivo ed emozionale, fungendo da de-potenziatore dell'angoscia che tali sentimenti negativi contribuiscono a stabilire.

L'anamnesi di queste situazioni riconduce alla comorbilità di disturbi di personalità derivati da tratti impulsivi pervasivi, spesso con una storia di abusi conclamati o psicologici in età infantile, scarso adattamento sociale, disturbi di ADHD infantile che persistono in età adulta (Bellio e Croce, 2014).

Nell'anamnesi di questi pazienti compare spesso, infatti, una storia familiare costellata da microtraumi cumulativi e pervasivi. La fuga nel gioco avrebbe la funzione di non fare implodere il soggetto in una forma depressiva grave, grazie all'illusione di cui il paziente cade vittima: quella di

poter ottenere, nella fase di eccitazione maniacale e attraverso l'agognata vincita, il risarcimento emotivo e concreto di uno stato di benessere.

La polarizzazione che assoggetta il *gambler*, trasportandolo dall'estasi per l'agognata vincita all'annientamento umiliante e vergognoso della perdita, è la tragica e infinita ripetizione della privazione dell'oggetto primario materno e delle sue funzioni affettive.

L'illusione che ingabbia il *gambler*, condannandolo ad una insensata e dannosa ripetizione, è invece quella di attribuire alla vincita la funzione di risarcimento di uno scambio emotivo ed affettivo mai trovato in modo soddisfacente. Il giocatore perde di vista il fatto che nel gioco d'azzardo non c'è, ne è previsto nessuno scambio, ma piuttosto una reiterazione della perdita. Nell'essere vincolati all'addiction, il giocatore duplica la perdita affettiva e rimane dannatamente legato a figure genitoriali onnipotenti e maligne.

### **LE DIFFERENTI MANIFESTAZIONI DEL FENOMENO**

Per quanto riguarda la specificità che differenzia la popolazione *gambler* maschile da quella femminile, possiamo accennare che nelle donne i quadri depressivi vengono associati a quelli relativi alla tendenza all'isolamento sociale. Sono persone che hanno bisogno di colmare un vuoto e di trovare forme di risarcimento per una perdita affettiva. La vulnerabilità soggettiva ha una comorbilità con forme ansiose e sentimenti di profonda inadeguatezza.

Un'altra differenza sostanziale è la predilezione, per le donne, di forme di gioco d'azzardo definite non strategiche come sono il gioco del lotto, il gratta e vinci, le *slot machines*, il bingo.

La popolazione maschile al contrario, privilegia forme di gioco orientate all'azione e alla ricerca di sensazioni forti, come le scommesse sportive, il poker e l'internet *gambling*. I fattori di rischio presenti nella popolazione maschile sono connessi a stati depressivi acuti, a forme di controllo eccessivo e stati d'ansia. La comorbilità è, inoltre, con i disturbi di ansia sociale, gli atteggiamenti antisociali e i disturbi di comportamento dirompente.

Nella popolazione adolescenziale il gioco d'azzardo patologico rientra appieno nel quadro di assunzione dei comportamenti a rischio.

Le aree di prevalente comorbilità con disturbi mentali sono quelle connesse al disturbo depressivo acuto - sempre più comune in età adolescenziale- a cui va associato l'uso di sostanza e di alcool. La precocità di esordio del disturbo GAP è strettamente connessa, inoltre, alla severità del disturbo tossicomane che a sua volta è frequentemente associato al disturbo di ansia e di deficit di attenzione. Può sussistere in questi quadri una ideazione suicidaria di una certa rilevanza, associata a forme di condotta antisociale e impulsiva.

E' soprattutto nella ricostruzione anamnestica della popolazione adulta GAP che veniamo a conoscenza dei pre-esistenti quadri patologici adolescenziali.

Numerosi studi internazionali confermano che il gioco d'azzardo coinvolge la popolazione adolescente - ragazzi e ragazze tra i sedici e i diciannove anni di età - in misura doppia rispetto a quella degli adulti. Viene rilevata una stima, in termini di percentuale, tale per cui già l'8% degli studenti sono giocatori d'azzardo problematici intorno al sedicesimo anno d'età. Così come accade per la popolazione adulta di giocatori, anche in queste situazioni il gioco d'azzardo patologico è più frequente nel sesso maschile rispetto a quello femminile. E' altresì evidente che l'età in cui il soggetto inizia a giocare d'azzardo, rappresenta un importante fattore predittivo per il successivo sviluppo di un disturbo conclamato.

Le forme di gioco d'azzardo adolescenziale si concentrano prevalentemente sulle *slot machines*, le lotterie nazionali, i gratta e vinci, l'internet *gambling*, le scommesse sportive, il casinò.

Questo nonostante sussistano, per legge, obblighi di osservanza dei limiti di età.

La trasversalità presente nella scelta della tipologia di gioco da parte dell'adolescente è probabilmente dovuta al fatto che il gioco d'azzardo è sempre più percepito come una attività "normale" e socialmente accettata (Fina 2016).

### **La dipendenza da Internet**

Con la «dipendenza da internet» (*internet addiction disorder*) osserviamo il tratto ossessivo-compulsivo che incrementa la sensazione del controllo sulla realtà. La compulsione da internet si basa

sul piacere: la riduzione o eliminazione del sintomo è particolarmente difficile. Il soggetto vive una condizione di onnipotenza che si esercita in modo controllante e illusorio sulla realtà. Così facendo l'ansia dell'individuo si riduce.

La principale psicopatologia si ritrova nei nuovi media: accattivanti rifugi mentali (Bille et al, 2015) Il massiccio sviluppo dei nuovi media sta profondamente sovvertendo il mondo in cui gli adolescenti entrano in comunicazione e si scambiano informazioni. E' come se la realtà virtuale potesse rappresentare una via di fuga virtuale dalla complessità della realtà e contemporaneamente esercitare un controllo onnipotente sugli eventi fisici, naturali e relazionali, senza limiti spazio-temporali dettati dal reale. Inoltre, rimanendo nelle solitudini del virtuale è il loro "vicinato digitale" che viene in soccorso socializzando senza che accada l'incontro e in cui lo spazio fisico è irrilevante e il tempo mai discontinuo. Il consumo in comune di un «mezzo» quale esso sia (internet, video-giochi, chat, blog, telefoni cellulari, moltiplicazione dei canali tv, ecc.), li rende solo spettatori e non partecipi di un'esperienza profondamente e ampiamente condivisa (Bille et al,2015).

La parola *esperienza* viene quindi sostituita da *rappresentazione*. I media penetrano violentemente nell'intimità di ciascuno. A un mondo ricco di informazioni e di immagini, senza la percezione di riferimenti spazio-temporali concreti, ognuno ascrive ai contenuti un significato costruito solo nella fantasia, che è propriamente soggettivo. Il virtuale non permette di elaborare e tradurre in vissuto esperienziale le informazioni e immagini che invadono la mente della persona.

E' proprio nell'adolescenza che è necessario acquisire la differenza tra ciò che è reale e ciò che è bisogno, desiderio, aspirazione e di certo il virtuale non facilita questo passaggio; ciò vuole dire ritardare questa fase evolutiva fino all'età della maturità e non essere "pronti" quando questa si avvicinerà. I sentimenti sembrano estraniarsi in questi mondi virtuali dove la vita rimane "fuori". Così Bille parla, della società degli «sfiorati», coloro che, nel profondo, non vengono toccati da nessuno e da nulla (2015). Ma nonostante tutto ciò emerge il disagio spesso sotto forma di depressione, ritiro sociale e scarsa o precaria progettualità.

Il forte disagio è sicuramente causato da questa dimensione che si snoda in relazioni impalpabili dove l'Altro è una presenza solo virtuale. Una presenza fittizia che riesce a trasformare la rappresentazione cognitiva e affettiva dello spazio relazionale. Quando la comunicazione avviene con un Altro virtuale, l'altro si riduce a una sorta di «protesi», che comunque non colma la solitudine emotiva di colui che manifesta, quale dipendenza patologica, quelli che oggi possiamo chiamare "sintomi digitali".

I sintomi digitali riguardano le dipendenze da internet, da cellulare, gli insulti via web, il cyberbullismo, il sexting, o le autocelebrazioni per atti violenti agiti su altri. Comunque si tratta sempre di sintomi associati a "un fuga nel virtuale": isolamento fino a un grave ritiro dalle relazioni con la realtà esterna, depressione, illusorio onnipotente controllo sulla realtà, negazione e quindi non riconoscimento del proprio mondo emozionale (alessitimia). Ovviamente la solitudine emotiva diventa cronica fino all'esplosione "della solitudine parlante di fronte a uno screen" (Bille et al. 2015)

Bauman parla di «adolescenza liquida». Ma la liquidità non ha forma se non è contenuta e la sua forma è data dal contenitore. Così l'adolescente contemporaneo che non ha forti ma plastici contenitori, *in primis* genitoriali preferisce vivere nel mondo del virtuale, dove ogni libertà è possibile e ognuno può trovare virtualmente una sua forma illusoria.

### **Cosa può fare il MMG?**

Per quanto riguarda la dipendenza da Internet, così come per tutte le nuove dipendenze già citate, è fondamentale che il Medico possa interpretare i nuovi sintomi come le manifestazioni di una difficoltà relazionale, tra l'adolescente e la sua famiglia, che nasce nella realtà del loro rapporto e poi si trasferisce nel mondo digitale. Ne deriva che il MMG potrà sollecitare i genitori a osservare e gestire i comportamenti 'difficili' del figlio interpretandoli non in una dimensione di devianza, ma in una visione positiva di crescita e evoluzione personale verso l'età adulta; potrà offrire informazioni sulle relazioni con la rete, potenziando un dialogo e una comunicazione efficace attraverso la discussione e lo scambio ponendosi con atteggiamento di mediazione e comprensione insieme, pur ben definendo i limiti per l'uso del mezzo stesso. E' giusto fornire una visione propositiva e arricchente della rete, sottolineando le potenzialità positive per la crescita del ragazzo centrandolo anche su un utilizzo 'etico' (Bille et al,

2015) focalizzato sulla responsabilità e sul rispetto dell'Altro. Non deve essere tutto lecito, come il cyberbullismo con diffamazione e distruzione degli Altri. Anche questo può essere un momento affettivo tra figli e genitori: occuparsi della vita virtuale dei propri ragazzi significa occuparsi del riconoscimento e trasparenza dei loro sentimenti etici e della loro crescita formativa.

Essere violenti nella realtà virtuale produce effetti concreti nella vita reale delle persone (pensiamo ai suicidi delle ragazze per la trasmissione collettiva di immagini intime).

Parlando della dipendenza da sostanze occorre introdurre un discorso che dovrebbe essere più ampio ma che siamo costretti a sintetizzare. E' importante che il MMG possa affrontare il tema delle tossicodipendenze senza giudicare, poiché i giovani hanno la sensazione di 'poter smettere quando vogliono', dove a prevalere è la razionalità e non è solo la curiosità della prima volta a mantenere la tossicodipendenza, quanto il voler proseguire, che cela motivazioni più intime. Ogni dipendenza patologica nasce per nascondere una sofferenza più profonda e la droga sembra un tentativo di soluzione seppur destinato a fallire. Il Medico deve essere consapevole che in realtà i ragazzi non assumono droghe per perdere l'equilibrio ma proprio per cercare di mantenere una propria stabilità emotiva e congelare affetti penosi. 'Non è una rinuncia alla vita quanto piuttosto l'unica vita che ritengono possibile'(Tonioni, 2015). Un atteggiamento giudicante è quindi da escludere, sostituito da un approccio sensibile ed empatico verso le emozioni 'congelate' del ragazzo. Parlare insieme di sentimenti di depressione, ansia, isolamento, del fatto di non piacersi, di avere difficoltà a relazionarsi con altri, della paura di perdere il controllo, delle modifiche impreviste e variabili dell'umore è utilissimo a non fare avvertire tutte queste dimensioni emozionali come pericolose ma avvicinabili sia dal medico che, soprattutto dal giovane stesso.

Gli adolescenti creano con la sostanza "un legame quasi affettivo e imparano attraverso i suoi effetti a sopportare i dispiaceri e i disagi della vita, semplicemente evitando di pensarci" (Tonioni, 2015). Il Medico deve essere consapevole che spesso gli adolescenti iniziano a usare la droga per le difficoltà che hanno a gestire i legami con i pari e pensano così di poterli sostituire con sensazioni già provate che non fanno emergere angosce più profonde. E' un modo per automedicarsi pur trattandosi di una pericolosa illusione.

Le droghe oggi sono tante e vengono usate con scopi diversi o in poliabuso. Il medico che condivide le informazioni sui vari effetti di droghe diverse e sul rischio delle vere e proprie abbuffate che a volte i giovani fanno, usando anche alcool e droghe sintetiche, può informarli in modo sensibile e vicino dei rischi che corrono con questi comportamenti. Seppur gli adolescenti non cercano la dipendenza dalle sostanze, ma ritengono di poter crescere e diventare autonomi, il medico può con tatto farli riflettere sui loro comportamenti che alla fine sono alla fine fortemente distruttivi. Nel poliabuso qualsiasi droga è sostituibile con un'altra, la cosa più importante in questo caso è solo perdere il controllo, "prima possibile e a qualsiasi costo".

Cosa può fare il MMG per i genitori? E' opportuno che indichi che l'ipercontrollare sempre e comunque, è deleterio poiché i ragazzi lo vivono come un controllo ipercontrollante e quindi assolutamente negativo. E' importante intervenire quando i genitori capiscono che "la droga non è uno strumento per fare esperienze diverse, ma diventa un modo permanente di vivere" (Tonioni,2015).

A quel punto l'informazione sui rischi deve essere puntuale così come con l'aiuto del Medico nel trovare le giuste motivazioni per specifici presidi terapeutici o l'organizzazione dell'invio in una comunità.

### **CONCLUSIONI**

Concludiamo la breve disanima sottolineando la necessità di prevedere progetti preventivi che devono prendere avvio già nei contesti scolastici, in considerazione soprattutto del fatto che alle vecchie e nuove dipendenze si avvicinano sia gli adolescenti che i preadolescenti. Tali interventi dovrebbero prevedere informazioni ai giovani sui rischi delle differenti tipologie di *addiction* e prevedere, al contempo, colloqui di sensibilizzazione al problema degli insegnanti. È molto importante, infine, avviare iniziative su possibili programmi di formazione e di informazione per gli operatori che, a vario titolo, sono attivi nelle strutture sanitarie e negli studi del MMG. Ci sembrano, queste, iniziative necessarie affinché

possano essere precocemente identificati quei segnali comportamentali che possono rientrare nei fattori di rischio.

### **Bibliografia essenziale**

- American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Bellio G., Croce M. (a cura di) Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti Graziano Bellio, Mauro Croce (a cura di) Milano, FrancoAngeli 2014
- Bille C., Tagliaferro G., Volante M. I nuovi adolescenti e la fuga nel virtuale. Genitori, educatori e insegnanti di fronte alle nuove tecnologie - Edizioni Dehoniane Bologna 2015
- Busnelli E., Manzella A., Bressi C. Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction. Psichiatria e Psicologia clinica 5e. Bressi C, Invernizzi G. McGraw Hill, Milano 2017
- Castraberti F. Liberarsi dalle dipendenze: Capire e superare le dipendenze: scopri cosa le provoca e come guarirne (Italian Edition) . Edizione del Kindle. 2017
- Fina N, Comunicazione personale, 2016.
- Tonioni F. Gli adolescenti, l'alcol, le droghe Come evitare ai nostri figli di cadere nella dipendenza. Mondadori 2015