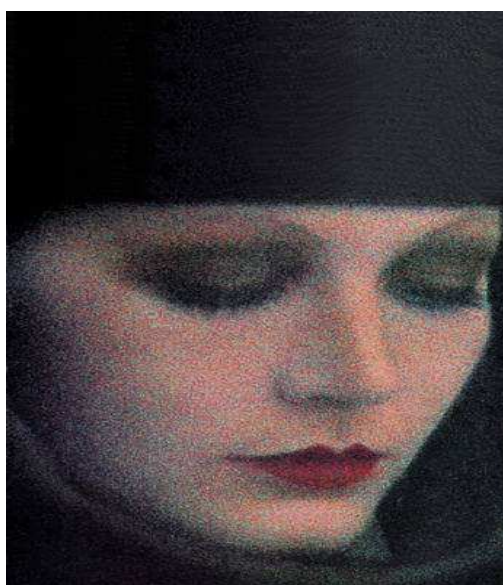


FORMAZIONE CONTINUA SULLA PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE



**Dipendenza dalla rete, un problema emergente.
Come il computer può complicare la vita**

*A cura di
Viviana Olivieri*

FORMAZIONE CONTINUA SULLA PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE



Dipendenza dalla rete, un problema emergente.

Come il computer può complicare la vita

A cura di Viviana Olivieri

Il volume raccoglie le relazioni dell'evento formativo **“Dipendenza dalla rete, un problema emergente. Come il computer può complicare la vita”**

Responsabili Scientifici del percorso formativo:

Chiara Bovo, Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;

Viviana Olivieri, Formatore e laureata in giornalismo, Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;

Fabio Lugoboni, Responsabile Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;

Verona, aprile 2015

Editor: Gabriele Romano, Viviana Olivieri, Servizio Sviluppo Professionalità Innovazione

© Copyright Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Autori/Relatori

Chiara Bovo, Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Gianni Carrabetta, Segretario Club Giulietta

Francesco Cobello, Direttore Generale, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Giuseppe Cuoghi, Psicologo

Ernesto Guerriero, assistente sociale, socio fondatore dell'Associazione self help di Verona

Giuseppe Imperadore, Direttore Psichiatria, ULSS20, Verona

Anna Leso, Assessore ai Servizi Sociali e Famiglia, Comune di Verona

Fabio Lugoboni, Direttore Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona

Viviana Olivieri, Formatore, Servizio Sviluppo Professionalità Innovazione, Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata Verona

Annalisa Rizzetto, Dipartimento di Salute Mentale ULSS 22

Giulio Tamassia, Presidente Club Giulietta

Annalisa Tiberio, Referente Ufficio Scolastico Regionale Veneto per la legalità, politiche giovanili
e sicurezza

Serena Vanini, Psicologa Psicoterapeuta Comunità Villa Soranzo, Venezia

Michele Zagni, Psicologo, Comunità Pluto per giocatori d'azzardo – Reggio Emilia

INDICE

Premessa (<i>F. Cobello</i>)	pag.	7
Introduzione (<i>A. Leso</i>)	pag.	9
Dipendenza dalla rete, un problema emergente (<i>C. Bovo</i>)	pag.	11
Presentazione della giornata (<i>A.L. Tiberio</i>)	pag.	13
Dipendenza dalle rete, un problema emergente. Come può il computer creare problemi (<i>V. Olivieri</i>)	pag.	17
Le dimensioni del problema (<i>G. Cuoghi</i>)	pag.	19
I meccanismi delle dipendenze (<i>F. Lugoboni</i>)	pag.	35
Le terapie possibili: il ruolo del self help (<i>E. Guerriero</i>)	pag.	45
Le terapie possibili: la comunità terapeutica (<i>M.Zagni</i>)	pag.	55
Le terapie possibili: il ruolo dello psichiatra (<i>G.Imperadore, A. Rizzetto</i>)	pag.	61
Consigli per genitori e conviventi (<i>S. Vanini</i>)	pag.	71
Lettere a Giulietta sul tema della dipendenza da rete (<i>G. Tamassia, G.Carrabetta</i>)	pag.	81
Conclusioni (<i>V. Olivieri</i>)	pag.	85

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Premessa

Francesco Cobello, Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Il mondo della Medicina è soggetto da sempre a veder nascere patologie nuove ed a vederne altre sparire dalla scena. Vale per alcune malattie infettive ma anche per particolari patologie psichiche. Fino a 30 anni fa la bulimia era una patologia sconosciuta ed oggi vede diagnosticati migliaia di nuovi casi ogni anno.

La videodipendenza segue questo filone ed, ancora una volta, mette a dura prova il mondo sanitario (nel senso più ampio del termine), creando una discrepanza tra una domanda che cresce rapidamente ed una risposta che tarda a darsi una fisionomia.

Eppure una risposta va data.

La videodipendenza si accompagna, quasi sempre, a profonda alterazione percettiva del tempo e dello spazio, perdita di sonno o inversione del ritmo sonno-veglia (con serie conseguenze psichiche nei più giovani), trascuratezza dei propri doveri occupazionali, con conseguenti gravi ripercussioni in termini economici, di isolamento sociale e conflitti familiari. La **dipendenza da Internet**, come ogni altra forma di dipendenza, è la “punta d’iceberg” di un disagio più profondo, che nei più giovani può essere identificato spesso nelle difficoltà relazionali, nella bassa autostima, nei conflitti tra pari (bullismo, discriminazione) o famigliari. Non è pensabile quindi lasciare senza risposta una patologia che mina ogni possibilità di dialogo, ben più delle comuni droghe, tra questi giovanissimi soggetti e le loro famiglie, insegnanti, amici.

La dipendenza da internet ipoteca seriamente il loro futuro, *nel mondo reale*.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Presentazione

Anna Leso

Assessore ai Servizi Sociali e Famiglia del Comune di Verona

Ringrazio innanzitutto i Promotori di quest'importante occasione di riflessione su un tema di forte attualità: in primis l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, nelle persone dei Responsabili scientifici del Convegno Chiara Bovo, Viviana Olivieri e Fabio Lugoboni.

Porto dunque con molto piacere il saluto dell'Amministrazione Comunale e in particolare del nostro Sindaco Flavio Tosi, che vi ringrazia per il vostro impegno nel proporre importanti occasioni di approfondimento su tematiche che interessano la cittadinanza tutta.

Con il sempre maggior radicamento dell'utilizzo delle nuove tecnologie nella vita quotidiana, è fondamentale diffondere una conoscenza approfondita sui rischi da dipendenza che esse possono indurre soprattutto tra le categorie di persone più facilmente influenzabili. Dietro la dimestichezza dell'uso dei mezzi informativi e dei dispositivi della comunicazione che i nostri giovani dimostrano può nascondersi il rischio di incorrere facilmente in forme di dipendenza che celano difficoltà relazionali e fragilità psicologiche. Il problema, purtroppo, non riguarda solo i giovani: sono moltissime le persone adulte, apparentemente strutturate, che incorrono in tali forme di dipendenza, compromettendo spesso le relazioni in ambito familiare, amicale e lavorativo.

Conoscere è anche prevenire. Ecco dunque l'importanza di una proposta di approfondimento multidisciplinare, quale quella da voi proposta oggi, che analizza il problema da molteplici punti di osservazione, offrendo al contempo diverse linee di intervento terapeutico e un orientamento per saper leggere i campanelli d'allarme ed affrontare correttamente la dipendenza da Rete nell'ambito familiare.

L'asse tra servizi di prevenzione socio-sanitaria, mondo della scuola e associazionismo, che è così ben rappresentato dagli esperti presenti a questo tavolo dei relatori, è fondamentale per un'azione coordinata ed efficace.

Ma credo si debba anche continuare ad insistere nel coinvolgimento delle famiglie e della comunità civile su questo fronte: la battaglia contro ogni forma di dipendenza deve essere una battaglia comune, da vincere assieme, in nome del rispetto di sé e della vita e del senso di responsabilità di ognuno.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Grazie ancora per l'invito, grazie ai relatori che approfondiranno i diversi aspetti e buon lavoro.

Dipendenza dalla rete: un problema emergente

Chiara Bovo, Direttore Sanitario

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Quando si affronta il tema delle dipendenze patologiche, sia da sostanze illecite che lecite (alcol, nicotina ecc.) è importante differenziare il semplice uso, dall'abuso (uso smodato ma saltuario) e dalla dipendenza vera e propria ("non ne posso più fare a meno").

Tablet e smartphone, ancor più dei personal computer, sono entrati nella quotidianità di molti adulti e di quasi tutti i ragazzi, consentendo di stare in rete in ogni momento e ovunque.

Come fare quindi a tracciare una differenza tra uso, abuso ed una vera e propria dipendenza? Il termine **Internet Addiction Disorder (IAD)**, introdotto nel 1995, identifica col termine "*addiction*" la perdita del significato primario dell'uso di Internet, passando da un "mi piace", "mi è utile" ad un "non penso che a quello".

In Italia si è iniziato a parlare di dipendenza da Internet nel 1997 ed è stata definita come una patologia che rientra nello spettro delle nuove dipendenze (come lo shopping compulsivo, dipendenza dall'attività fisica, gioco d'azzardo, sesso, ecc.), ovvero dipendenze senza l'uso di sostanze.

La IAD si sviluppa principalmente secondo queste caratteristiche che tendono a colpire soggetti diversi per età e cultura:

la **dipendenza relazionale on-line**, in cui il soggetto si costruisce una rete di relazioni virtuali che vanno a sostituire completamente i rapporti della vita reale, causando problemi nell'ambito familiare e relazionale. Le chat, le community ed i social network (Facebook) prendono il posto della vita reale. Tale filone è tipico delle età più giovani.

la **dipendenza da giochi on-line**, siano essi d'azzardo (con conseguente perdita di denaro, più tipica dell'età media) o giochi di ruolo, crea spesso perdita del senso del tempo, in quanto i giochi sono condivisi con giocatori che vivono in paesi lontani con fusi orari molto diversi. La dipendenza si manifesta per lo più nei soggetti più giovani.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

la **dipendenza da news** che implica l'utilizzo smodato di siti informativi dove, partendo dalla richiesta di un'informazione, ci si perde nel mondo infinito delle notizie a "piramide". Questa influisce negativamente sul sonno, sulle relazioni interpersonali, sul rendimento scolastico o lavorativo.

La **dipendenza sessuale dalla rete**, in cui i soggetti si dedicano continuamente alla visione o allo scambio di materiale pornografico.

E' evidente che fenomeni di questo tipo che, tra l'altro, colpiscono spesso una fascia di giovanissimi, impongono modelli organizzativi di prevenzione e terapeutici del tutto nuovi. E' necessario creare sinergia tra mondo della scuola, famiglie e servizi.

Anche i saperi richiesti sono quanto mai eterogenei perché coinvolgono sia le capacità pedagogiche del mondo educativo e terapeutiche dei professionisti delle dipendenze patologiche sia la necessaria diagnostica della sfera psichica.

Questo convegno cerca di dare una voce a tutto questo perché, ancora una volta,

Il vero è l'intero.

Presentazione della giornata

Anna Lisa Tiberio

*Referente Ufficio Scolastico Regionale Veneto
per la legalità, politiche giovanili e sicurezza*

L'ufficio Scolastico Regionale del Veneto sostiene attraverso i suoi referenti questo Convegno che si inserisce nei percorsi di cittadinanza responsabile e di legalità. L'argomento trattato risponde a una grande emergenza educativa che quotidianamente la famiglia, la scuola e tutti gli Enti preposti alla formazione delle nuove generazioni si trovano ad affrontare per dare risposte sempre più adeguate. Infatti come si evince dalle "Linee di indirizzo del Comitato Nazionale Scuola e Legalità" emanate il 23 maggio 2007 l'impegno a favore della legalità risponde al diffuso malessere dei giovani che si esprime in molteplici forme e dimensioni: le difficoltà di apprendimento, lo scarso rendimento scolastico, l'abbandono precoce degli studi, l'inosservanza delle regole che spesso diventa micro delinquenza e bullismo, e la manifestazione di varie forme di dipendenza. La scuola, luogo di tutela dei diritti e di esercizio di cittadinanza attiva, offre agli studenti le basi per diventare cittadini consapevoli, nella propria città, nella propria nazione, nel mondo, responsabili del proprio e dell'altrui futuro. La cultura della legalità può diventare il nesso di congiunzione tra l'istruzione e l'esperienza attraverso il coinvolgimento attivo degli studenti nella vita della scuola, con l'obiettivo di sviluppare la loro capacità di assumere impegni, di autoregolarsi e di amministrarsi per spronarli ad un costante impegno sociale. Le giovani generazioni devono essere guidate a prendere coscienza delle regole della convivenza civile attraverso percorsi motivanti e progettati in sinergia con gli Enti preposti e inseriti in tutti gli ambiti curriculari evidenziandone le dimensioni trasversali. L'educazione alla legalità, infatti, non va aggiunta alle discipline, ma sono queste ultime a dover cedere spazi ed agganci formativi. Dovranno essere ampliate ed integrate le occasioni di conoscenza e di comprensione dei fenomeni sociali, nel rispetto delle esigenze formative degli studenti, che saranno in grado di contestualizzare problemi e soluzioni attraverso solide competenze cognitive, civiche e relazionali. Vanno potenziate forme di comunicazione più diretta, anche con il ricorso alla modalità dell'educazione tra pari: gli studenti potranno essere coinvolti nella predisposizione di percorsi formativi attraverso i quali trasmettere messaggi di legalità in modo moderno ed efficace, per prevenire e contrastare varie forme di

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

violenza giovanile. È, pertanto, prioritario potenziare la conoscenza dei valori costituzionali attraverso interventi educativi centrati sui temi della cittadinanza democratica ed attiva.

Il rispetto della legalità, la conoscenza dei principi costituzionali, l'osservanza dei diritti e dei doveri sono i mezzi più adeguati per far divenire i giovani protagonisti in un progetto comune e solidale volto allo sviluppo della società.

È importante valorizzare, documentare, recuperare le buone prassi e organizzare la diffusione in seminari, convegni, incontri e sui siti istituzionali. Le buone pratiche diventano oggetto di scambio all'interno di iniziative di informazione e formazione. Attraverso i rappresentanti della Consulta provinciale degli studenti e i docenti referenti alla partecipazione studentesca delle scuole secondarie di II grado si attivano percorsi di comunicazione inter istituzionale per sensibilizzare tutte le persone coinvolte nel "Sistema Scuola" a favorire il passaggio dall'educazione alla legalità alla cultura della legalità.

In particolare i progetti realizzati nelle scuole mirano a conseguire i seguenti obiettivi e rispettive finalità educative.

- Favorire negli studenti una presa di coscienza dei valori costituzionali che sono alla base della convivenza civile.
- Promuovere attività di consulenza alle scuole per la progettazione di percorsi informativi e formativi.
- Diffondere documenti legislativi e filmati messi a disposizione dal Ministero della Pubblica Istruzione Università e Ricerca, dalla Prefettura di Verona, dalla Procura militare della Repubblica di VERONA dalle Forze dell'Ordine.
- Coordinare incontri, dibattiti e seminari con esperti e rappresentanti delle Istituzioni rivolti a Dirigenti Scolastici, docenti, personale ausiliario, studenti e genitori.
- Valorizzare le attività prodotte sulla tematica della legalità attraverso incontri di informazione-formazione, coordinamento, convegni, workshop e assemblee studentesche con la partecipazione attiva degli studenti rappresentanti e del tutor della consulta, dei docenti referenti alla partecipazione studentesca di ogni istituzione scolastica, con testimoni d'eccezione della procura del Tribunale militare di Verona, rappresentanti della Prefettura, i rappresentanti delle Forze dell'Ordine (Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Polizia Municipale e Provinciale), delle Forze Armate , in particolare Esercito Aeronautica militare Dipartimento delle Dipendenze ULSS e degli Enti Locali.
- Favorire la cooperazione, il dialogo e lo scambio di buone pratiche tra i docenti attraverso gruppi di lavoro e sui siti ministeriali.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

- Mettere a disposizione delle singole Istituzioni Scolastiche le competenze di esperti delle varie istituzioni per consulenza e progettazione di azioni educative.
- Avvicinare i giovani alle Istituzioni.
- Promuovere la partecipazione al concorso denominato “Segni, parole e immagini per la legalità” rivolto alle scuole secondarie di II grado di Verona e provincia con elaborati grafici, pittorici, letterali, multimediali e fotografici che saranno valorizzati in una pubblicazione.
- Produrre un archivio di progettualità significative per favorire la trasferibilità delle buone pratiche e la variazione di nuovi modelli di iniziative di qualità.
- Attivare e consolidare percorsi di comunicazione inter istituzionale al fine di creare reti progettuali di promozione, sviluppo, monitoraggio e valutazione.

Gli obiettivi sono stati fino ad oggi raggiunti grazie ai docenti referenti alla partecipazione studentesca e agli studenti rappresentanti della Consulta Provinciale. Essi hanno divulgato iniziative e attivato percorsi significativi, in sinergia con gli Uffici regionali preposti, con i referenti del Ministero della Pubblica Istruzione Università e Ricerca e testimoni ed esperti della Procura della Repubblica, della procura del tribunale militare della Prefettura, delle Forze dell’Ordine (Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Polizia Municipale e Provinciale). Il contributo delle Forze Armate e delle Forze dell’Ordine con la programmazione di interventi concordati con i responsabili delle singole o reti di scuole prevedeva l’attuazione di incontri e di conferenze su tematiche relative a:

- Norme sociali e giuridiche
- Regole per una civile convivenza
- Rispetto alla persona
- Rispetto dell’ambiente
- Rispetto delle leggi come principio di libertà e uguaglianza
- Devianze giovanili
- Sostanze stupefacenti
- Le nuove forme di dipendenza

Ed è proprio su quest’ ultima tematica che tutte le scuole hanno prestato la massima attenzione. Spesso i ragazzi nella loro solitudine hanno assunto atteggiamenti con percezioni distorte della

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

realtà, hanno creato nel loro bagaglio esperienziale relazioni ed amicizie non intrise di valori. A volte pensano che la realtà sia quella vissuta attraverso i mass media e i vari social network...

Dirigenti scolastici, docenti, famiglie e studenti stanno camminando insieme perché i giovani sappiano utilizzare positivamente le potenzialità di un computer, perché si avvicinino al mondo dei social in modo critico ma costruttivo... Perché il computer possa diventare aiuto allo sviluppo dell'intelligenza umana e della sua creatività. E perché sia un mezzo per potenziare l'innovazione e la ricerca. Stanno lavorando insieme perché capiscano che la relazione vera e autentica è quella che ha bisogno di uno sguardo reale, di una stretta di mano, di un abbraccio e che nelle situazioni di conflittualità è sempre il dialogo a trovare soluzioni ricche di valori.

L'attenzione alla persona, all'essere umano deve essere sempre, in ogni luogo e in ogni tempo, culla di opportunità di crescita umana collettiva.

**Dipendenza dalla rete. Un problema emergente.
Come può il computer crearci problemi**

Viviana Olivieri

*Formatore, Laureata in Giornalismo
Servizio Sviluppo Professionalità Innovazione,
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona*

Tra le varie dipendenze patologiche, quella dalla rete è cresciuta in modo esponenziale, seguendo lo stesso *trend* di diffusione di *smartphone*, *tablet* e *personal computer*. Tale diffusione, spesso favorita (almeno nei più giovani) dagli stessi genitori, ha portato fasce sempre crescenti di giovanissimi a forme di dipendenza semplicemente poco immaginabili solamente qualche anno fa. La dipendenza da *Internet* non riguarda naturalmente solo gli adolescenti; ne risultano affetti molti adulti, anche se con modalità nettamente differenti rispetto ai più giovani. La dipendenza dalla rete tende a svilupparsi secondo alcune tipologie piuttosto delineate: dipendenza da giochi on-line (d'azzardo e non), dipendenza da *social network*, dipendenza dalle *chat*, dai siti pornografici, dalle notizie/video e similari. Tale fenomeno ha colto impreparati i tradizionali sistemi di cura delle dipendenze patologiche che non stanno offrendo, se non in pochi e sperimentali modelli, proposte terapeutiche valide ed accettabili. Ma Soprattutto disponibili in larga scala. Questo convegno nasce da persone attente alle problematiche educative ed ai fenomeni di dipendenza e vuole proporre alcuni possibili modelli di intervento su questo preoccupante fenomeno, ponendo un primo punto fermo: impariamo a riconoscere il fenomeno quando insorge.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

La dipendenza dalla rete: Le dimensioni del problema

Giuseppe Cuoghi, Psicologo

Le dipendenze senza sostanza: classificazione

Per quanto le ultime versioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR, APA, 2000) e del Manuale di Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali (ICD-X, OMS, 1994) abbiano a lungo proposto un concetto di “dipendenza” riferito all’**assunzione di sostanze ad attività psicotropa**, esso viene sempre più frequentemente utilizzato anche nell’inquadramento di particolari entità sindromiche derivanti dallo sviluppo di comportamenti assuefattivi che si sviluppano in assenza dell’assunzione di qualsiasi sostanza.

Le “**nuove dipendenze**”, o “**dipendenze senza sostanza**”, si riferiscono a una vasta gamma di comportamenti anomali: tra esse possiamo annoverare il *gioco d'azzardo patologico*, lo *shopping compulsivo*, le “*new technologies & Internet addiction*” (dipendenza da TV, Internet, social networks, videogiochi), la *dipendenza dal lavoro* (workaholism), la *dipendenza dal sesso* ('sex-addiction'), dalle *relazioni affettive*, e *alcune devianze del comportamento alimentare* come l’ortoressia o *dell’allenamento sportivo* come la sindrome da overtraining.

Nella stesura del **DSM-V**, l’American Psychological Association (APA) aveva originariamente proposto l’inserimento di un nuovo capitolo intitolato "Dipendenze comportamentali", ma questo capitolo non è stato poi inserito nella nuova edizione. Per la prima volta, tuttavia, il manuale comprende, insieme ai disturbi da uso di sostanze, anche il disturbo da gioco d'azzardo (e il gioco d’azzardo online).

Un'altra dipendenza comportamentale, la dipendenza da Internet è presente con il nome di “Internet Gaming Disorder” nella sezione 3, riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche prima di essere formalmente considerate “disturbi”.

Si ritiene di essere di fronte a una nuova emergenza che, nonostante siano passati quasi 20 anni dal suo esordio, manca tuttora di strumenti adeguati di rilevazione, di diagnosi e cura. Infatti, il trattamento della dipendenza da rete è attualmente stabilito su valutazioni empiriche e sulla base di caratteristiche clinico-psicopatologiche di similitudine con i disturbi da uso di sostanze (Goldberg,

1995), con i disturbi del controllo degli impulsi, come il gioco d'azzardo patologico (Young, 1996; 1998), con i disturbi di tipo ossessivo-compulsivo e con i disturbi dell'umore, soprattutto quelli appartenenti allo spettro bipolare.

Internet Addiction Disorder (IAD)

Internet fa ormai parte della vita quotidiana di milioni di persone. Nel nostro paese il traffico Internet è aumentato di 20 volte rispetto al 2005 e, nel 2012, il traffico dati su reti mobili (smartphone e tablet) in Italia è cresciuto del **46%** rispetto all'anno precedente.

La possibilità di connettersi e navigare 24h/24, attraverso diversi dispositivi elettronici, ha modificato profondamente le relazioni umane, da un lato migliorando incredibilmente le opportunità di comunicazione ed informazione. D'altro canto la vita trascorsa in Internet può arrivare ad assorbire una quantità di tempo tale da condizionare la vita reale e la sua complessità relazionale: si possono così innescare meccanismi patologici che condizionano pesantemente le relazioni sociali, la situazione finanziaria e la salute mentale delle persone coinvolte.

Accendere in piena notte il cellulare per controllare la mail, sentirsi perduti quando il tablet si rompe, rinunciare a tutti gli impegni fuori casa per rimanere davanti al computer. Questi sono solo alcuni dei **segnali che fanno presagire un Disturbo da Internet-Dipendenza**.

Nel 1995 lo psichiatra Ivan Goldberg propose l'introduzione nel DSM di una nuova sindrome da dipendenza, denominata **Internet Addiction Disorder (IAD)**, che si manifesta con una sintomatologia simile a quella osservabile in soggetti dipendenti da sostanze psicoattive. Egli, già allora, riteneva che **l'esagerato uso di Internet potesse causare danni clinicamente significativi**.

La diagnosi veniva posta utilizzando un test specifico, che venne pubblicato direttamente in rete, nel quale il cut-off si raggiungeva quando l'intervistato rispondeva affermativamente ad almeno 5 su 7 domande:

- 1. Ti senti eccessivamente assorbito da Internet (pensi all'ultima connessione o pianifichi già la prossima sessione on-line)?*
- 2. Senti il bisogno di passare sempre più tempo collegato alla rete per ottenere la stessa soddisfazione?*
- 3. Hai ripetutamente tentato di controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet, ma senza successo?*

4. Ti senti irrequieto, nervoso, depresso o irritabile quando tenti di ridurre o interrompere l'uso di Internet?

5. Rimani on-line più a lungo di quanto originariamente intendessi?

6. Hai mentito ai familiari, al terapeuta o ad altri per nascondere l'entità del tuo coinvolgimento nella rete?

7. Usi Internet come mezzo per scappare dai problemi o per alleviare l'umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)?

Nel 1996, Kimberly Young e colleghi hanno condotto una estesa ricerca empirica allo scopo di indagare la natura dell'Internet Addiction Disorder e proporre criteri diagnostici condivisi: utilizzando come modello la diagnosi del gioco d'azzardo patologico già presente nel DSM-IV hanno definito la dipendenza da Internet come un "disturbo nel controllo degli impulsi che non implica l'assunzione di una sostanza", dove le emozioni negative come l'ansia o stati crescenti di tensione vengono temporaneamente sostituiti da un senso di piacere o rilassamento attraverso l'uso compulsivo **di Internet**.

L'Internet Addiction Disorder si definisce infatti come una condizione caratterizzata da un forte ed insistente desiderio di connettersi al Web. Il soggetto aumenta progressivamente il tempo in rete tanto da compromettere la propria vita reale; perde le amicizie reali, la cura del proprio corpo, le attività sportive e sociali, viene bocciato a scuola o viene licenziato. Se non può connettersi soffre, diventa irritabile fino a stati di agitazione o depressione. Nei casi più gravi l'assiduo utilizzo per molte ore, senza pause, può indurre scompensi psicotici o portare alla morte (per complicanze cardiache).

Sintomi e segni

Sono state distinte due fasi nel percorso che conduce alla rete-dipendenza:

- **fase di tossicofilia:** caratterizzata dall'aumento delle ore di collegamento ad Internet, con conseguente perdita di ore di sonno, controlli ripetuti di e-mail e siti preferiti, elevata frequenza di chat e gruppi di discussione, idee e fantasie ricorrenti su Internet quando si è off-line;
- **fase di tossicomania:** ad essa sono riconducibili collegamenti ad Internet estremamente prolungati, al punto da mettere a rischio la propria vita sociale, affettiva, relazionale, lavorativa o di studio

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Soprattutto in quest'ultimo stadio si manifestano sintomi specifici, simili a quelli collegati alla dipendenza da sostanze:

1. **tolleranza**: attenzione continua e ossessiva verso gli strumenti tecnologici e la navigazione, controllo continuo della posta elettronica, permanenza prolungata nei social network o nelle chat.
2. **astinenza**: nascono sensazioni di malessere, disagio, agitazione quando si è scollegati. Si rinuncia al sonno e si utilizza la rete per scopi personali anche durante l'attività lavorativa. Perdita del senso di confine tra il Sé reale e il Sé virtuale, sintomo che si accentua nei bambini e negli adolescenti.
3. "**craving**": bisogno compulsivo e irrefrenabile di connettersi. Quando non viene soddisfatto causa intensa sofferenza psichica e fisica, con fissazione del pensiero, malessere, rabbia, tensione, irritabilità, insonnia, ansia e nei casi più gravi sensazioni di derealizzazione. Si arriva a percepire il mondo reale come un ostacolo all'esercizio della propria illusoria *onnipotenza* virtuale.

Gli altri criteri per la dipendenza da Internet, in modo conforme con quelli proposti per il "Disturbo da gioco su Internet" (DSM-V), sarebbero:

- Preoccupazione riguardo a Internet (l'individuo pensa alle precedenti sessioni su Internet o anticipa le successive connessioni; Internet diventa l'attività principale della vita quotidiana)
- Ripetuti sforzi infruttuosi di limitare l'uso di Internet
- Perdita di interesse verso i precedenti hobby e divertimenti come risultato, e con l'eccezione, della navigazione su Internet
- Uso continuativo ed eccessivo di Internet nonostante la consapevolezza di problemi psicosociali
- Aver ingannato i membri della famiglia, i terapeuti o altri riguardo la quantità di tempo passata su Internet
- Utilizzare Internet come strumento di regolazione delle emozioni negative quali il senso di solitudine e tristezza, senso di colpa e ansia
- Aver messo a repentaglio o perso una relazione, un lavoro o un'opportunità formativa o di carriera significativi a causa dell'eccessivo uso di Internet

La dipendenza da Internet o le dipendenze da Internet?

Goldberg stesso aveva descritto *5 sottotipi di dipendenza da Internet*: La “*Cybersexual Addiction*”, che individua un uso compulsivo di siti dedicati al sesso virtuale e alla pornografia; la “*Cyber-Relational Addiction*”, caratterizzato da un eccessivo coinvolgimento nelle relazioni nate in rete; la “*Net-Compulsion*”, nella quale si evidenziano i comportamenti compulsivi collegati a diverse attività online quali gioco d’azzardo, shopping e e-trade; la “*Information Overload*”, caratterizzata da una ricerca ossessiva di informazioni sul web; infine, la “*Computer Addiction*”, che è caratterizzata dalla tendenza al coinvolgimento eccessivo in giochi virtuali, come per esempio i MUD’s (Multi User Dimensions – giochi di ruolo).

I tipi di comportamenti problematici legati alla rete crescono e variano comunque di pari passo con l’aumentare delle possibilità offerte dalla rete stessa.

Dipendenza Cibersessuale

Con la diffusione di Internet, sono divenuti facilmente accessibili a chiunque **contenuti sessualmente espliciti** di varia natura e formato (testi, immagini, filmati), grazie all’**anonimato** garantito dal Web. Gli individui con questo tipo di dipendenza sono di solito dediti allo scaricamento, all’utilizzo e al commercio di materiale pornografico online, o sono coinvolti in chat-room per soli adulti. La masturbazione compulsiva può essere un tratto comunemente associato. L’**interattività** permessa dalle apparecchiature audio e video, che in misura variabile caratterizza molte delle esperienze sessuali on-line, contribuisce a creare un’apparente relazione.

Le principali **caratteristiche di vulnerabilità** per questa forma di dipendenza sono:

- una bassa autostima
- un’immagine corporea distorta
- una disfunzione sessuale non diagnosticata o non trattata
- una precedente forma di assuefazione al sesso

Nonostante la maggior parte dei dipendenti cybersessuali dichiarati di non avere gravi danni nella propria vita, le conseguenze negative dei comportamenti sessuali online vissuti in maniera dipendente si ritrovano, solitamente, all’interno della relazione di coppia e/o con i figli: il tempo reale speso in attività sessuali con il partner è, infatti, normalmente diminuito; il desiderio sessuale verso il partner talvolta esaurito; e, in generale, un’enorme quantità di tempo viene sottratta ad ambiti precedentemente considerati importanti quali lavoro, partner e famiglia.

Gaming

Oggi il gioco è, sempre più spesso, costituito dal “**videogioco**” che rappresenta un’irresistibile possibilità in grado di rispondere al “bisogno ludico” sia negli adulti sia nei bambini e nei ragazzi. In tal modo, rispondendo alle richieste di una sana e naturale passione, la tecnologia moderna è entrata ormai da tempo nel mondo del gioco, non sempre però nel rispetto delle esigenze educative, divenendo talvolta uno strumento di abuso o una fonte di modelli sociali negativi e perfino patologici. In particolare alcune caratteristiche dei moderni giochi (videogiochi) sembrano favorire, se utilizzati in eccesso, lo sviluppo di forme di disagio che, soprattutto in personalità predisposte, possono evolvere in vere e proprie problematiche psicopatologiche. La dipendenza da videogiochi come ogni altra dipendenza, vincola il soggetto a dedicare **ingenti quantità di tempo ed energie** ai videogames compromettendo l’ambito scolastico/lavorativo, relazionale e fisico.

Gambling

Con il termine “**giochi d’azzardo**” si intendono tutti quei giochi il cui risultato finale è determinato dal caso. Il giocatore dipendente sente **l’impulso per il gioco** come un **bisogno irrefrenabile e incontrollabile** al quale si accompagna una forte tensione emotiva ed una incapacità, parziale o totale, di ricorrere ad un pensiero riflessivo e logico. Il giocatore sano si contraddistingue per il fatto di cercare l’aspetto ludico del **gambling** mentre nel giocatore d’azzardo prevale la prevalenza della compulsione caratterizzata da tensione crescente.

L’assenza di leggi sufficientemente restrittive, accompagnata dall’incitazione proveniente dalla pubblicità e dall’alta disponibilità degli strumenti di gioco d’azzardo, sono tutti fattori causali ambientali importanti.

Il **gambling online**, rispetto al gioco d’azzardo offline presenta infatti:

- **Maggiore accessibilità:** la persona può giocare in qualsiasi posto si trovi e a qualsiasi ora;
- **Anonimato:** la persona non viene esposta alla possibilità di provare vergogna in presenza di altre persone nel momento in cui dovesse perdere; in assenza di altre persone si riduce inoltre il senso di colpa e la possibilità di affrontare il giudizio altrui.

Questi fattori, insieme all’immediatezza di accesso al gioco d’azzardo online, peggiorano drasticamente la probabilità che i soggetti, presi dall’impulso di giocare, riescano ad attivare le funzioni cognitive tese alla razionale valutazione del rischio e delle conseguenze del gioco.

Relazioni Virtuali e Social Network

Hello Denise! è un film di 18 anni fa. Nella pellicola di Hal Salwen un gruppo di giovani vive tutto (corteggiamenti, rapporti sessuali, funerali e perfino un parto) via telefono. Un giorno finalmente due di loro decidono di incontrarsi ma, incrociandosi per strada, non si riconoscono. Questa storia, un tempo grottesca caricatura del futuro, oggi non è più così surreale.

La **dipendenza da relazioni virtuali** si caratterizza per la tendenza ad instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone "conosciute" on-line, principalmente via chat, forum o social networks. Si tratta di una forma di relazione nella quale gioca un ruolo fondamentale l'anonimato, il quale permette di autoattribuirsi specifiche fisiche e caratteriali spesso distanti da quelle reali. I soggetti permangono in relazioni idealizzate, "fantastiche", fino ad innamoramenti con un grande coinvolgimento, senza tuttavia essersi mai realmente incontrati e confrontati con i limiti della realtà. Le relazioni virtuali possono divenire progressivamente più importanti di quelle reali ed il soggetto va incontro ad un progressivo isolamento, vivendo in un mondo parallelo, popolato da persone idealizzate e nel quale la comunicazione è spesso simbolizzata e avviene attraverso quella forma linguistica, grammaticale e visiva del tutto peculiare.

Information Overload (Sovraccarico cognitivo da informazioni)

L'**Information Overload**, è caratterizzato dalla continua ed insaziabile ricerca di informazioni e notizie su Internet. Il soggetto si sposta rapidamente da un sito all'altro perdendo il senso del tempo e non riuscendo a staccarsi dallo schermo. Il soggetto "perde" molto tempo a discapito di altre attività con danno personale, lavorativo o di salute fisica.

Shopping Online

Lo shopping compulsivo viene descritto come un **impulso** irrefrenabile, una **tensione** costante che può essere alleviata solo comprando. Secondo uno studio effettuato da Christenson (1994) i "**compulsive buyer**" descrivono lo shopping, almeno all'inizio, come divertente, eccitante; solo con il passare del tempo iniziano a provare vergogna e sensi di colpa. Se questo è vero nello shopping compulsivo, lo è ancor di più nello shopping compulsivo online, dove può bastare solo una carta di credito per acquistare qualsiasi cosa senza mostrarsi agli occhi di altri acquirenti e venditori, quindi trovandosi distante da possibili giudizi negativi e, di conseguenza, con minor presenza del potere limitativo della vergogna.

Inoltre, spesso chi soffre di questo problema **non è consapevole** dell'enorme quantità di tempo spesa in rete. Il non riuscire più a sostenere economicamente il proprio comportamento, spinge il

soggetto a ricorrere a prestiti e a fidi bancari, con la conseguente **compromissione della gestione economica** della propria vita e di quella dei famigliari.

Trading Online

Il desiderio di fare denaro giocando in borsa viene amplificato da Internet: la rete offre la sensazione di poter **tenere sotto controllo i mercati** a qualunque ora del giorno e della notte, in qualunque posto la persona si trovi.

La particolarità del trading on-line è la **velocità delle transazioni** e la **solitudine dell'operatore** di fronte al computer. Entrambi questi aspetti possono creare un contesto in cui le componenti emotive hanno il sopravvento su quelle cognitive che guidano un investimento finanziario (fare analisi tecniche, osservare regole, calcolare i rischi, decidere). Il dipendente non sa mai quando fermarsi e, non riconoscendo i propri limiti, finisce per perdere grosse cifre.

Aste Online

Per il dipendente dalle aste online l'unico obiettivo è quello di **aggiudicarsi con abilità l'oggetto a cui anche altre persone ambiscono**, non tanto acquistare il bene materiale in sé. Per chi soffre di questa patologia "vincere" un qualunque oggetto, grazie a una puntata inserita al momento giusto rappresenta una vera e propria escalation di tensione che culmina con il piacere e lo "sballo" del "successo" finale. Queste persone, nell'intento di seguire le fasi dell'asta online, **tendono a collegarsi a Internet a tutte le ore** del giorno e della notte: l'impossibilità di connettersi può risultare in vere e proprie crisi. Il senso di controllo e di soddisfazione personale che la vincita dell'oggetto all'asta procura nel soggetto dipendente, lo spinge un po' alla volta a cercare di aggiudicarsi anche oggetti dei quali non ha alcun bisogno o interesse, semplicemente per vivere lo "sballo" della vincita. Questo può portare a **difficoltà finanziarie**, contrazioni di **debiti**, oltre a tutte le **conseguenze familiari e sociali** che ne derivano.

Nomo-fobia e dipendenza da cellulare

Con nomofobia si indica la paura incontrollata di rimanere disconnessi dalla rete di telefonia mobile (cellulari, smartphone, palmari), al punto da sperimentare effetti fisici collaterali simili all'attacco di panico: mancanza di respiro, vertigini, tremori, sudorazione, battito cardiaco accelerato, dolore toracico e nausea. Il termine nasce infatti dall'unione dell'abbreviazione di "*no-mobile phone*" e "*phobia*".

L'ansia arriva quando si rimane a corto di batteria o di credito, senza copertura di rete oppure senza cellulare.

Si può parlare di dipendenza quando la maggior parte del tempo e delle energie vengono spesi nell'utilizzo dello strumento, creando in tal modo forti e disfunzionali menomazioni nelle principali e fondamentali aree esistenziali, come quella personale, relazionale, scolastica, familiare, affettiva. Il traffico telefonico quotidiano diventa così esorbitante e prevalente su tutto e su tutti e la persona impiega la maggior parte della propria vita, o comunque spazi e tempi eccessivi, in attività connesse all'utilizzo del cellulare.

Come altre dipendenze, anche quella da cellulare sembra manifestarsi più facilmente in individui con bassa autostima, difficoltà sociali, ansia diffusa, marcata sensibilità interpersonale, modalità di pensiero ossessiva e comportamenti compulsivi.

Fattori di rischio

Le ricerche più recenti indicano che i soggetti più a rischio hanno un'età compresa tra i 15 e i 40 anni, hanno una buona conoscenza dell'informatica, spesso sono isolati per ragioni lavorative (es. turni notturni di lavoro) o geografiche. Spesso si tratta di giovani uomini single, donne di mezza età, e persone con un più basso livello di istruzione.

Le dipendenze da Internet sono più frequenti in persone che presentano una fragilità emotiva di base. In più dei 50% dei casi si attivano in soggetti che vivono preesistenti difficoltà psicologiche, psichiatriche o familiari o eventi di vita sfavorevoli (depressione, disturbi ossessivi-compulsivi, disturbi d'ansia, disturbo bipolare, solitudine, insoddisfazione e contrasto coniugale, abuso infantile, stress collegato al lavoro, problemi finanziari, insicurezza dovuta all'aspetto fisico, lotta per uscire da altre dipendenze, vita sociale limitata ecc.). Spesso, in queste persone, l'uso di Internet viene vissuto come "valvola di sfogo", un tentativo di compensare le problematiche relazionali reali, o di evadere dalle difficoltà e dalla sofferenza emotiva.

In una recente ricerca italiana è stata osservata la prevalenza della dipendenza da Internet tra studenti universitari italiani e sono stati indagati i tratti personologici che rappresentano un rischio di sviluppare tale dipendenza, attraverso la somministrazione del "Big Five personality traits". È emerso che i maschi sono più inclini, rispetto alle femmine, ad usare Internet. Tratti di personalità quali "Accordo-Piacevolezza" ed "Estroversione" erano negativamente correlati alla dipendenza da Internet mentre il tratto "Apertura" ne è associato positivamente.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Altri studi sottolineano come il disturbo da Internet sia fortemente sollecitato da un assetto interiore carente, da un senso di vuoto, da sentimenti di solitudine, da difficoltà ad investire libidicamente la realtà. Personalità, quindi, caratterizzate da tratti ossessivo-compulsivi, tendenza al ritiro sociale, inibizione relazionale, disturbi inerenti l'area affettiva, instabilità emotiva e scarso controllo delle emozioni. Secondo Wallace (1999), a rischio anche persone che possiedono un forte *locus of control* interno, queste possono essere facilmente catturati dalla Rete per l'illusione di poter esercitare un pieno controllo su essa.

Comorbidità

Per valutare la comorbidità tra IAD e altre patologie psichiatriche è stata recentemente condotta una meta-analisi su 8 studi di corte e caso-controllo, con un totale di 1.641 pazienti affetti da IAD e 11.210 controlli. Dai risultati si è potuto evincere che la dipendenza da Internet presenta una associazione significativa con **l'abuso di alcool** (prevalenza del 13.3% vs 4.3% nei controlli), **il deficit di attenzione e l'iperattività (ADHD)** (21.7% vs 8.9% nei controlli), **la depressione** (26.3% vs 11.7%) e **l'ansia** (23.3% vs 10.3%).

Da altro recente studio su un campione di 287 adolescenti con ADHD di età compresa tra gli 11 e i 18 anni è emerso che 15,7% era affetto da dipendenza da Internet.

Frequentemente i soggetti dipendenti sono caratterizzati dalla presenza delle dimensioni temperamentali novelty seeking e sensation seeking (Cloninger, 1987), 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 noia (Zuckerman, 1979).

Adolescenti e Internet

I nativi digitali

“Studiano mentre ascoltano musica, e nello stesso tempo si mantengono in contatto con il gruppo di pari attraverso Msm Messenger, mentre il televisore è acceso con il suo sottofondo di immagini e parole”

Oggi, un nuovo tipo di gap generazionale si sta sempre più affermando nel quotidiano, in maniera non-violenta e senza suscitare clamore: quello tra “nativi” e “immigrati digitali”. Il termine “nativi digitali” fu coniato da Mark Prensky nel 2001, per identificare i giovani nati tra la fine degli anni '90 e l'inizio del 2000. Sono loro a costituire la prima generazione nata e cresciuta con le nuove tecnologie. In 5 anni i nativi digitali trascorrono 10.000 ore con i videogames, si scambiano

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

200.000 e-mail, parlano al cellulare per 10.000 ore, guardano 20.000 ore di TV e vedono 500.000 spot. Solo 5.000 ore vengono dedicate alla lettura. I nativi digitali pensano, apprendono e comunicano in maniera diversa dai loro fratelli maggiori. Una ricerca condotta da Telefono Azzurro e dall'Eurispes, (IV Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza), mette in evidenza che all'età di 12/13 anni 8 ragazzi su 10 navigano abitualmente su Internet. Nel 57% di questi casi i genitori non hanno alcun controllo su di loro e spesso si imbattono in siti proibiti e pericolosi, non adeguati all'età. È proprio a casa che si formano i nativi digitali, che fanno i compiti scambiandosi messaggi con i compagni, parlando su Skype, seguendo gli "amici" su Facebook. È il cosiddetto multitasking: anziché eseguire un compito cognitivo alla volta, fanno più cose contemporaneamente. L'uso dell'attenzione è cambiato, sono abituati ad informarsi molto più spesso sulla rete che sui libri, e ad affidarsi molto meno alla propria memoria. Imparano a fare le cose per tentativi piuttosto che seguendo delle istruzioni, quindi in modo meno lineare o sistematico. Anziché limitarsi ad assorbire informazioni dai libri o dalla televisione, scelgono contenuti digitali che trovano in rete, li mescolano e reinterpretano, producendo contenuti originali e personalizzati. Spesso tutto questo si fa in gruppo, a distanza, condividendo i contenuti e aiutandosi in una collaborazione tra pari. La conoscenza è quindi distribuita e anche l'intelligenza tende ad essere collettiva, oltre che individuale. In altre parole sono ragazzi abituati ad imparare facendo e dall'esperienza, a usare le tecnologie con cui sono cresciuti. Secondo Prensky, una dieta mediale simile non può che generare un nuovo linguaggio, un nuovo modo di organizzare il pensiero, che modificherà la struttura cerebrale dei nativi digitali. Multitasking, ipertestualità, interattività, sono solo alcune delle caratteristiche di un nuovo stadio nell'evoluzione umana.

Gli studi e le ricerche internazionali sull'argomento, hanno messo in luce che l'utilizzo ripetuto della rete può favorire dipendenza psicologica e creare gravi danni psichici al ragazzo. La tecnologia permette di modellare e modificare la propria immagine sociale, dietro il bisogno di stare continuamente collegati si può nascondere la paura di vivere la vita vera, e di cancellarne le insoddisfazioni. Il web rappresenta un mondo parallelo in cui rifugiarsi ed essere qualcun altro senza dovervi investire emotivamente, un'opportunità di comunicare con l'altro (coetaneo o non) senza limiti di tempo e spesso saltando i passi, di progressivo avvicinamento, delle relazioni vis a vis. Oggi si può scrivere a qualcuno che si trova dall'altra parte del mondo rimanendo sdraiati sul proprio letto, dimenticandosi del corpo, del tempo che passa, come se si stesse dirigendo un sogno.

La dipendenza da qualunque cosa, è sempre il sintomo di problemi più profondi, un vuoto che si cerca di colmare con la quantità, con un consumo compulsivo che diventa una medicina, seppure temporanea. Una peculiarità della Rete è quella di possedere caratteristiche allettanti in particolare

per quei soggetti con bassa autostima o con difficoltà relazionali: la dimensione dell'anonimato, che favorisce la disinibizione, la possibilità di trovare supporto sociale on-line e di creare identità parallele a quella reale, possono facilmente rappresentare fattori di rischio per lo sviluppo di una vera e propria dipendenza dalla rete.

Quali conseguenze?

La Dipendenza da Internet causa importanti problemi che hanno ripercussioni nelle diverse aree di vita personale:

- ***ambito relazionale e familiare.***
 - Aumentando in maniera repentina il tempo di connessione alla rete, diminuisce proporzionalmente il tempo disponibile da dedicare alle persone significative. Con questo comportamento il ragazzo tende ad isolarsi sempre più dalla propria vita e dalle relazioni amicali;
 - Le relazioni web-mediate, come dimostrano numerosi studi, aumentano aggressività e disinibizione sessuale. Il web è come una grande platea, un continuo ritrovo sociale dove si ha l'occasione di re-inventarsi e dove si ha illusione di poter gestire le emozioni a proprio piacimento.
 - Anche l'uso del cellulare ha in parte annullato l'impatto emotivo e relazionale, interferendo così nella sperimentazione e nella gestione di molte emozioni e relazioni di base. Il rischio, soprattutto rilevante nei giovani, che rappresentano i maggiori utilizzatori dello strumento, è di affrontare tutte le relazioni in modo "surreale".
 - Altro rischio possibile e conseguente all'uso eccessivo del cellulare è la crescita esponenziale dei livelli di stress e di ansia libera, dovuti in particolare al fatto di poter essere raggiunti e controllati sempre e comunque, e di poter altrettanto raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento.
- ***ambito scolastico.*** L'eccessivo coinvolgimento nella rete distoglie l'attenzione dalla scuola. I ragazzi spesso si collegano ad Internet nelle ore notturne, creando sconvolgimenti al normale ciclo sonno-veglia. La stanchezza fisica e mentale conseguente, invalida il rendimento scolastico;
- ***ambito della salute.*** Numerosi problemi fisici possono insorgere stando a lungo seduti davanti al computer (dolori alla schiena, cefalea, alterazioni della vista, sindrome del tunnel carpale dovuta all'uso continuativo del mouse). Alcuni soggetti predisposti possono

presentare l'insorgenza di fenomeni di epilessia fotosensibile che si verificano per l'incessante stimolazione visiva dovuta alla lunga permanenza di fronte allo schermo del computer. Altre manifestazioni non specifiche, e perciò più subdole, possono essere rappresentate da alterazioni del ritmo sonno-veglia, stanchezza cronica (per la frequente preferenza per i collegamenti notturni), ridotta efficienza del sistema immunitario, irregolarità dei pasti e alterazioni dell'appetito, scarsa cura di sé.

La distorsione del tempo e dello spazio

Il tempo digitale è più denso, "è come un letto a castello anziché a due piazze". Basti pensare al modo frenetico in cui si leggono le pagine sul web, al multitasking che ci viene imposto dai tempi della rete. Veniamo continuamente *iperstimolati*: passiamo dai siti, all'email, alle notizie, ai video, ai social. Poiché le attese si sono azzerate anche la "capacità di attendere" è diminuita. E l'incapacità di attendere è alla base della compulsione.

La chat è più lenta di una comunicazione verbale, per cui alla fine di una conversazione via chat il tempo trascorso sarà molto maggiore di quanto sarebbe stato se la comunicazione fosse avvenuta a voce. Questo però viene percepito solo successivamente quando controllando l'orologio si vede che, come spesso succede, si è rimasti online molto più tempo di quanto ci si era prefissati.

Poi, c'è lo spazio. Allo stesso modo in cui Internet ci rende incapaci di attendere, cancella anche la tolleranza per la solitudine. Le relazioni web mediate possono accadere ovunque, da qualunque stanza della casa, città o nazione ridefinendo la concezione di "vicino" e "lontano".

Problematica psicopatologica che ne consegue, è l'alterazione spazio-temporale prodotta nel soggetto che rimane collegato per molte ore, talvolta per giorni, in Internet. Alcuni pazienti vanno incontro a veri e propri stati deliranti in rapporto al costante utilizzo della rete.

Cyberbullismo

Il termine "Cyberbullismo" fu coniato dall'educatore canadese Bill Belsey nel 2002 e venne definito come quella forma di prevaricazione volontaria e ripetuta nel tempo, attuata mediante uno strumento elettronico, perpetuata contro un singolo o un gruppo con l'obiettivo di ferire e mettere a disagio la vittima di tale comportamento, che non riesce a difendersi.

Spesso i genitori e gli insegnanti ne rimangono a lungo all'oscuro, perché non hanno accesso alla comunicazione in rete degli adolescenti. Pertanto può essere necessario molto tempo prima che un caso venga alla luce.

Il progetto ECIP-DAPHNE II, mette in risalto un decisivo aumento del fenomeno in Italia. Il 25% dei 1960 ragazzi intervistati ha dichiarato di aver subito episodi di cyberbullismo da due a più volte al mese.

Ricerche più recenti, confermano che l'età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella adolescenziale, con un picco notevole intorno ai 13-15 anni. Uno dei ragazzi intervistati dagli autori (M, 13 anni) commenta così la sua risposta: "Sì, penso che ci siano meno bulli tra i ragazzi più piccoli, principalmente perché i più piccoli non possiedono ancora un cellulare o non lo sanno usare ancora bene".

Un altro problema rilevato nell'analisi della letteratura scientifica sul bullismo elettronico riguarda il silenzio delle vittime. Nello studio di Slonje e Smith (2008) la metà delle vittime dichiara di non aver confidato a nessuno di aver subito atti di cyberbullismo. Per quanto riguarda la restante parte, il 35,7 % lo ha confidato ad un amico, l'8,9% ne ha parlato con i genitori e il 5,4% ha scelto un altro adulto di riferimento con cui confidarsi. Tra le risposte ottenute nessuno ha segnalato di averne parlato con un insegnante. Uno dei ragazzi intervistato commenta così la sua risposta "essere vittima di cyberbullismo non deve essere facile. Anche perché nessuno oltre alla vittima lo verrà a sapere, quindi è più difficile chiedere aiuto!".

Anche per quanto riguarda il bullismo online, la letteratura scientifica mette in evidenza come, essere coinvolti in un episodio di cyberbullismo, possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di problemi psicologici piuttosto gravi, un'eccessiva passività nelle relazioni interpersonali e un progressivo isolamento sociale.

L'essere bersaglio delle prepotenze del bullo, ripetutamente nel tempo, denota una forma di vittimizzazione che può aggravarsi fino alla messa in atto di condotte auto-aggressive, come attacchi rivolti al proprio corpo, e nei casi più estremi comportamenti autodistruttivi, come il suicidio.

Negli Stati Uniti sono stati studiati diversi casi di aggressioni elettroniche, in cui le pressioni psicologiche che le vittime subiscono diventano così estreme da condurle al suicidio, episodi definiti da alcuni autori come Cyberbullicide.

Gesti suicidari

Vi sono diverse discussioni scientifiche in corso, relativamente ai comportamenti dello spettro suicidario ed Internet. L'aspetto che preoccupa maggiormente è il cosiddetto: "**net suicidio**" o "**Internet suicidio**" caratterizzato da un patto suicidario stretto tra sconosciuti che si accordano per

realizzare il loro suicidio attraverso Internet. Un altro termine che riguarda il suicidio ed Internet è "**Cybersuicide**" che definisce un suicidio progettato in Internet e che riguarda la possibilità di ottenere informazioni su come suicidarsi attraverso siti web dedicati.

Molti autori sostengono che il suicidio è incoraggiato dal facile reperimento di informazioni su come esso si può realizzare; inoltre, vi sono siti in Internet che scoraggiano l'uso di risorse sanitarie per chi soffre di disturbi psichiatrici giustificano il suicidio e proibiscono l'ingresso nei forum di discussione a chi propone aiuti contro il suicidio.

In Germania la discussione pubblica relativa ai cosiddetti **forum suicidari** in Internet ebbe inizio col suicidio di una 17 enne austriaca ed un 20 enne norvegese: si incontrarono sulla torre Cliff "Prekestolen", alta 600 metri ed attrazione turistica nel Fjord-Distrikt norvegese e saltarono insieme nella morte. Si erano conosciuti virtualmente in un forum Internet che conteneva contributi relativi al suicidio. Il giovane aveva cercato una partner con cui suicidarsi. Tra tutte le donne che risposero scelse la giovane austriaca.

Sindrome di Hikikomori

Hikikomori letteralmente "stare in disparte, isolarsi" è un termine giapponese che si riferisce a coloro che hanno scelto di **ritirarsi dalla vita sociale**, spesso cercando livelli estremi di isolamento. Il fenomeno, già presente in Giappone dalla seconda metà degli anni ottanta, ha incominciato a diffondersi nell'ultimo decennio anche negli Stati Uniti e in Europa. Solo una parte delle persone affette dal disturbo passa il proprio tempo connesso ad Internet ma, quando succede, **il tempo di permanenza davanti al computer arriva fino a 10-12 ore giornaliere**. L'Hikikomori non esce dalla sua stanza né per lavarsi, né per alimentarsi chiedendo che il cibo gli sia lasciato dinanzi alla porta di accesso alla stanza. Chi soffre della sindrome di hikikomori ha un'età **compresa tra i 19 e i 27 anni**, per oltre il 90% dei casi è di **sexso maschile** e di **estrazione sociale solitamente medio-alta**.

Nonostante il soggetto non parta da una condizione di svantaggio delle capacità cognitive e l'auto-reclusione non sia considerata di per sé una malattia, l'isolamento autoindotto prolungato provoca diverse sequele psichiche quali **antropofobia** (cioè la paura degli altri studenti, delle persone anziane o di non poter prendere l'autobus o il treno etc.), **paranoia**, **disturbi ossessivo-compulsivi**, **depressione**, **agorafobia** (la paura degli spazi aperti), **apatia** e **comportamento regressivo**.

Se non curato il disturbo comporta la perdita di anni scolastici, del lavoro o della possibilità di costruire una vita autonoma dalla famiglia.

I numeri del problema - Epidemiologia

Probabilmente la ricerca epidemiologica più comprensiva sul IAD risale al 2014 ed è una revisione sistematica di tutti i 68 studi epidemiologici effettuati negli ultimi 10 anni, rispondenti a precisi criteri di inclusione. Secondo gli autori, non esiste attualmente alcuno standard di riferimento (gold standard) per la classificazione dell'Internet addiction, dal momento che sono stati identificati 21 diversi strumenti di assessment che utilizzano criteri ufficiali per il SUD o per il gioco patologico e pochi, o nessun, criteri rilevanti per una diagnosi di dipendenza da Internet (tempo speso online, uso compulsivo, esiti negativi ecc.). Ne deriva che i tassi di prevalenza di internauti problematici differiscono significativamente in seguito ai diversi strumenti di valutazione utilizzati ed ai differenti cut-off, variando dallo 0,8% in Italia al 26,7% a Hong Kong.

Un altro interessante studio multicentrico, promosso nel 2012 dall'Unione Europea all'interno del progetto SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), ha indagato la prevalenza dell'uso di Internet patologico tra gli adolescenti di 11 nazioni.

L'indagine ha rilevato un tasso di prevalenza di uso patologico più alto fra i maschi che fra le femmine (5.2% contro 3.8%) e con alcune significative differenze fra nazioni.

Dai risultati ottenuti su 11956 partecipanti (età media 14.9 ± 0.89) utilizzando lo Young Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction (YDQ), è emerso che la prevalenza totale di IAD era del 4,4% (1,2% in Italia su 1188 adolescenti). Le attività online più rappresentative e diffuse, riportate dal campione, sono guardare video, frequentare chat e social network. I principali fattori di rischio, collegati tanto ad un uso improprio che patologico, sono risultati: il non vivere con genitori biologici; un basso tasso di coinvolgimento familiare; la disoccupazione dei genitori. Un fattore trasversale di rischio, inoltre, è risultato essere la mancanza di supporto emotivo e psicologico.

Meccanismi generali delle dipendenze patologiche: dall' abuso alla dipendenza

*Fabio Lugoboni, Responsabile Medicina delle Dipendenze
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona*

Il fenomeno delle dipendenze è di per sé un fenomeno complesso, che, per quanto riguarda il suo sviluppo e il mantenimento, è in stretta relazione – oltre alle scelte individuali – con tutta una serie di fattori di ordine genetico, sanitario, culturale, sociale, educativo e legale.

La tipologia dei consumatori è sempre più diversificata perché coinvolge sia i giovanissimi che le persone adulte. Sempre più diversificati anche i comportamenti e le nuove modalità di consumo sia delle sostanze “storiche” che di nuove sostanze e, sempre più, anche da comportamenti addittivi, quali il gioco d’azzardo patologico, la dipendenza dalla rete, dipendenza sessuale e da pratiche sportive.

La neurobiologia dell’addiction.

La base neurobiologica dell’addiction (con questo termine inglese, ormai di uso comune, si vuole indicare la perdita completa del controllo su una sostanza o comportamento) è costituita dalla sregolazione del sistema della gratificazione. Questo sistema (che usa la dopamina come neurotrasmettitore) rappresenta la via comune sia per la gratificazione fisiologica (mangiare, bere, dormire, attività sessuale e accudimento della prole) che per quella indotta dall’alcol e dalle sostanze, come dai comportamenti patologici ad alta carica emotiva (gioco d’azzardo patologico, condotte on-line e bulimia nervosa).

La gratificazione è modulata da diversi sistemi neurotrasmettitoriali (serotoninergico, oppioide, GABA-ergico, adrenergico e dopaminergico), che interagendo a cascata determinano la sensazione di benessere psicofisico. Il risultato finale di questa interazione è l’aumento della dopamina nel nucleus accumbens, identificato come centro principale della gratificazione. La sensazione di benessere psicofisico effetto della stimolazione dei centri della gratificazione, col tempo tende a diventare prepotentemente primaria, oscurando altre sensazioni piacevoli e se un deficit o uno squilibrio interrompe o distorce tale sistema, il risultato finale è rappresentato dalla trasformazione di tale sensazione di benessere psicofisico in una percezione di ansia o di angoscia e in un desiderio compulsivo intenso (il *craving*) di riassumere la sostanza, o riprendere il comportamento d’abuso,

in grado di alleviare tali sensazioni spiacevoli. In alcuni soggetti a rischio di sviluppare dipendenza, il sistema a ricompensa potrebbe non essere completamente attivo o per anomalie genetiche o a seguito di condizioni patologiche, come stress emotivi e disturbi psichiatrici. In tali soggetti il *craving* deriverebbe da una sregolazione di tale sistema neurotrasmettitoriale e, fattori diversi potrebbero contribuire allo sviluppo di quadri di automantenimento del desiderio compulsivo. Se la sostanza è in grado di lenire il disagio psichico, il soggetto tenderà a ripetere l'assunzione e, dopo un tempo variabile, si instaurerà un circuito di automantenimento in cui l'assunzione non è più una scelta o un piacere, ma una necessità psicofisica. La ripetizione del comportamento addittivo (nel nostro caso la ripetizione ossessiva dell'uso di internet) determina un'ipersensibilizzazione delle strutture cerebrali della gratificazione con aumento dell'intensità nella percezione degli stimoli incentivi/motivazionali connessi al comportamento d'abuso, provenienti sia dall'ambiente esterno (luoghi, situazioni, oggetti, spot pubblicitari ecc.) che da quello interno al soggetto (condizione metabolica, umorale e viscerale) e con lo sviluppo del craving, che si manifesta come desiderio intenso dell'effetto ripetitivo conosciuto che mitiga il malessere psicofisico.

Il *craving* è definito come il desiderio intenso e irrefrenabile di ripetere un comportamento addittivo (o assumere una sostanza, nel caso più classico delle droghe) i cui effetti psicoattivi sono già stati sperimentati in precedenza. Tale desiderio può assumere le caratteristiche cliniche dell'impellenza e della compulsività, soprattutto in presenza di particolari stimoli e rinforzi interni al soggetto ed esterni (ambientali). Anche gli eventi stressanti o particolari situazioni emotive negative come collera, ansia, depressione, possono indurre il desiderio acuto di ricollegarsi alla rete e di continuare così per ore. A differenza delle droghe, in cui l'assunzione porta ad un "high" (euforia), seguito da una fase di stabilizzazione, a cui segue un "down" (disforia/astinenza) dovuto alla discesa dei livelli ematici della sostanza, la videodipendenza tende a stabilizzarsi in una fase intermedia atemporale, dove l'astinenza corrisponde all'interruzione (nutrirsi, dormire) del collegamento. Un'altra caratteristica del *craving* (particolarmente evidente nelle condotte-online) è l'impossibilità a interrompere l'attivazione comportamentale di ricerca, anche in presenza di forti ostacoli sociali (la progressiva ostilità dei congiunti per la condotta assunta, il biasimo degli amici, dei colleghi), di pericoli per la propria salute (ad esempio i disturbi visivi). Lo stato astinenziale tende a generare un comportamento di evitamento fobico, che nel caso delle condotte on-line sfocia in una fobia per i normali contatti sociali.

Due sono i tipi di *craving*: uno "positivo", associato al meccanismo di rinforzo, di aspettativa di gratificazione (è considerato fondamentale nell'inizio dei comportamenti d'abuso e spiega il comportamento recidivante, che può verificarsi anche dopo molto tempo dall'abbandono del comportamento addittivo), ed un secondo tipo di craving "negativo", associato al meccanismo di

rinforzo negativo (avversione) rivolto all'evitamento, al terrore della sindrome di astinenza. Il craving "negativo" è rappresentato da sentimenti di ansia e disforia, che agiscono come potenti stimoli per la ricaduta, e si manifesta a seguito dell'interruzione della condotta on-line che può persistere per settimane o mesi.

Fattori di rischio e di protezione

I fattori di rischio, come per tutte le dipendenze, sono riassumibili nei seguenti: bassa autostima, introversione, timidezza, aggressività, irritabilità, tendenza alla ribellione, difficoltà a controllare gli impulsi, scarse capacità sociali, uso di sostanze nel gruppo dei pari e/o da parte dei genitori, precocità nell'età di iniziazione, credenze e aspettative positive sull'uso di sostanze.

Di particolare rilevanza, per il sesso femminile è lo stato di salute psicologica, gli abusi sessuali subiti in giovane età e le relazioni intra-familiari disfunzionali, mentre per il sesso maschile tende a prendere sempre più piede la videodipendenza come risposta ad episodi di bullismo e di emarginazione subiti dai pari.

Per contro, i fattori protettivi sono stati indicati essere i seguenti: solidi legami familiari e affettivi, avere dei buoni risultati scolastici, essere impegnati in attività extra scolastiche, buona autostima. Ed il ruolo genitoriale?

Nel caso delle condotte on-line c'è una complicazione, rispetto alle droghe: questa è l'unica dipendenza iniziata con il placet dei genitori (l'uso del PC e della rete). E non è facile interromperla.

Il ruolo normativo è sintetizzabile nella figura paterna; è un ruolo direttivo, che chiede piena fiducia per condurre verso la meta, in modo fermo detta le regole del gioco, in modo chiaro le spiega ma le esige; il messaggio che vuole trasmettere è "sarò giusto ma intransigente, ti darò un'altra possibilità ma non tollererò altri errori".

Il ruolo affettivo è sintetizzabile nella figura materna; lo stile è quello affettivo, comprensivo, volto al perdono, di ascolto partecipe, fiducioso; il messaggio che vuole dare è "sarò il tuo sostegno". Naturalmente i ruoli non sono legati al sesso del genitore ma, anzi, sono sempre più indipendenti dal sesso. Il dialogo tra i due ruoli deve essere calcolato, pronto, attento; se l'adolescente presenta un atteggiamento minimizzante si deve aprire la frattura interiore puntando sul ruolo normativo, dimostrando grave preoccupazione per l'infrazione commessa ("Hai fatto una grave leggerezza"), senza mai eccedere nella colpevolizzazione e senza esprimere giudizi sul soggetto ("Stai facendo una cosa sbagliata", piuttosto che "Sei un fallimento") o cedere ad inutili generalizzazioni ("Come hai potuto fare ciò dopo tutto quello che abbiamo fatto fino ad ora?").

Il processo di ricaduta.

Il concetto di ricaduta si applica molto bene alla dipendenza da sostanze come da comportamenti addittivi. In un'accezione ampia e condivisa la ricaduta è una qualsiasi distinta violazione di una o di una serie di regole autoimposte che determinano un dato comportamento.

L'astinenza totale è quindi violata da un singolo "evento" negativo; per molte correnti di pensiero lo schema è binario: o bianco o nero secondo uno schema ASTINENZA → RICADUTA COMPLETA.

Per tali sistemi educativi rigidi (è il caso di alcune comunità terapeutiche) il paziente viene "caricato" al massimo livello a negare la possibilità di un uso sporadico della sostanza da cui dipendeva. L'impianto normativo prevede l'allontanamento immediato e senza condizioni alla prima infrazione; in tali schemi non vi è spazio per la prevenzione della ricaduta o, meglio, non viene analizzato il complesso processo della ricaduta nel suo esplicarsi.

Ma sebbene la violazione della regola rappresenti la forma principale di ricaduta, anche altre forme di ricaduta andrebbero comprese nella definizione.

Distinguiamo quindi tra la prima violazione della regola, che definiremo "errore", dai successivi effetti secondari in cui il comportamento può avvicinarsi al livello di base precedente al trattamento, ossia della ricaduta completa con il crollo motivazionale che abbiamo visto; lo schema sarà quindi ASTINENZA → ERRORE → RICADUTA COMPLETA.

La ricaduta è quindi un processo di transizione piuttosto che il fallimento di un risultato; la ricaduta consiste in una serie di eventi che possono, o meno, essere seguiti da un ritorno ai livelli di base del comportamento "negativo" precedente al trattamento: riprendere ad usare il computer in modo compulsivo, fumare, bere ecc.

L'obiettivo è che, qualora avvenga, l'errore si trasformi in ricaduta completa.

In questa ottica bisogna evitare di considerare il singolo errore come ricaduta, vedendolo piuttosto come un bivio pericoloso tra la giusta direzione e quella sbagliata.

Quando il soggetto mantiene l'astinenza completa sperimenta una sensazione di controllo. Più lungo è il periodo di astinenza più è forte la sensazione di autocontrollo attraverso l'annullamento della frattura interiore ed l'aumento di autostima ed autoefficacia. Questo è naturalmente un fatto positivo: il paziente trova normale vedere gli amici, piuttosto che accendere il computer. Vi è però anche un'accezione negativa in tutto ciò: il paziente dà un valore relativo al suo

essere astinente, *normale*, non più speciale come nei primi tempi di astinenza quando sentiva la soddisfazione della vittoria conquistata, di una ritrovata e riconosciuta funzionalità sociale. E' in questa normalizzazione dell'astinenza che si possono creare le situazioni ad alto rischio pericolose.

Una situazione ad alto rischio è un momento capace di minacciare il senso di autocontrollo del soggetto e di aumentare il rischio di un potenziale errore.

Alan G. Marlatt viene considerato il massimo studioso dei processi di ricaduta ²⁰.

Secondo questo studioso sono **sette le situazioni ad alto rischio** di ricaduta.

La più frequente (è stata valutata rappresentare circa il 25% di un ampio campione che comprendeva fumatori, bevitori e giocatori d'azzardo) è l'**alterazione dello stato emotivo**, sia in senso negativo, più frequente, che positivo; il soggetto sperimenta un vissuto emotivo, uno stato d'animo o un sentimento spiacevole come frustrazione, rabbia, ansia, depressione, noia che spinge verso l'errore; lo stato d'animo può essere, specularmente, fortemente positivo, caratterizzato da euforia intensa e da senso di onnipotenza. Il risultato può essere parimenti pericoloso; il soggetto vive il momento come una situazione eccezionale (sia nella forma negativa che in quella positiva), fuori dal normale contesto quotidiano e quindi vissuto come privo di conseguenze future.

Marlatt riporta nei suoi scritti il seguente esempio: *“Pioveva da una settimana, mi sentivo triste ed annoiato; scendendo nella rimessa la trovai interamente allagata e nell'accendere la luce presi la scossa; quando, dopo poco, il mio amico impresario fece un preventivo di 3000 dollari per le riparazioni sentii che avevo assolutamente bisogno di una sigaretta e me la feci offrire con un tono che non ammetteva repliche”*.

La seconda situazione ad alto rischio, come frequenza di causa di ricaduta, è il **conflitto interpersonale**, in ambito familiare, amicale o lavorativo; si tratta, in questi casi, di situazioni ad alto coinvolgimento emotivo; l'aggressività viene vissuta dal soggetto come pericolosa per la relazione e il desiderio di bere o fumare può farsi imperioso; il pensare che, in realtà, se si infrange lo stato astinenziale è per colpa degli altri. Marlatt cita in questo esempio il caso di un genitore che veglia per buona parte della notte attendendo il figlio, fuori con la macchina del padre; quando torna il figlio lui lo apostrofa duramente ma questi, come tutta risposta, lo taccia di incoerenza e rinfaccia al padre il fatto che lui si fa sempre i fatti suoi e se va sbattendo la porta; a questo punto il padre sente l'irrinunciabile desiderio di fumare, dopo mesi di completa astinenza.

Non meno importante come causa di ricaduta è la situazione definita come **pressione sociale**; si tratta di un contesto caratterizzato da un alto grado di complicità, di indifferenza o di esplicito invito a violare l'astinenza. L'invito ad associarsi nel comportamento proibito può essere diretto o indiretto; ciò che il soggetto percepisce è un bassissimo valore, in quel contesto, attribuito al suo essere astinente. L'esempio, particolarmente significativo, che porta Marlatt è il processo di ricaduta nel bere di un etilista astinente da tempo.

“Ero stato coinvolto in una festa a sorpresa a casa del mio capoufficio; arrivai piuttosto in ritardo, sentendomi a disagio per questo; i miei colleghi c'erano già tutti e stavano bevendo, perfettamente a loro agio; mi venne incontro la moglie del capoufficio, che non conoscevo, chiedendomi cosa bevevo; mi sentii agghiacciare mentre le dicevo: J & B on the rocks”.

Quelli descritti sono le più frequenti situazioni ad alto rischio, causa di ricaduta nel 75% dei casi di un ampio campione di soggetti. Vanno descritte comunque anche le altre situazioni ad alto rischio.

La **verifica dell'autocontrollo** è una singolare e subdola situazione ad alto rischio in cui il soggetto, ormai abituato al nuovo comportamento, assume di nuovo la sostanza da cui dipendeva a scopo sperimentale, per curiosità più che per franco desiderio. *“Era un anno esatto che avevo smesso il gioco di ruolo on-line e non ne sentivo assolutamente la mancanza. Ero veramente incredulo del fatto, sentito tante volte dal mio terapeuta, che un nuovo accesso in rete potesse portare a riprendere. Decisi così di fare un esperimento per vedere se era proprio vero”.* L'esito, purtroppo, è spesso una ripetizione del comportamento fino alla ricaduta completa.

Le **occasioni** sono situazioni in cui il soggetto si imbatte casualmente nella sostanza, in modo del tutto inaspettato; l'effetto può essere quello, calcisticamente parlando, del “gol in contropiede”. *“Dopo 6 mesi di astinenza completa dal fumo ho ritrovato in una giacca che non metto da tempo un pacchetto con 7 sigarette; istintivamente ho pensato di gettarle via ma poi ho pensato che mi andava di annusarle e subito dopo mi sono detto che potevano essere una specie di trofeo. La sera dopo, portando a spasso il cane ne ho acceso una per curiosità...”.*

La **malattia** è un'altra situazione che predispone alla ricaduta. La sensazione che vive il soggetto è quella dell'inutilità degli sforzi fatti per cambiare: *“Ho smesso di giocare on-line e mi trovo in ospedale con una gamba rotta. Giorni di dolore e noia. Per fortuna avevo il mio PC portatile a farmi compagnia”.* Il pensiero subdolo che tutto sia stato inutile, oppure che giocare un pò non sia così sbagliato, tende ad instillarsi nel soggetto.

L'**alterazione dello stato di sobrietà**, quindi della capacità di controllo è un punto importante soprattutto nella ricaduta nell'uso di sostanze. Il mezzo che più frequentemente ne è la causa è la bevanda alcolica; il soggetto, anche se non francamente alterato, tende a minimizzare il rischio che comporta riaccendere il tablet per collegarsi ai siti porno che aveva deciso di non visitare più. Anche in questa situazione il ripetersi dell'errore porta, quasi invariabilmente, alla ricomparsa del *craving* ed alla ricaduta completa.

L'AVE (abstinence violation effect). Il meccanismo subdolo ed implacabile della ricaduta non può essere compreso a fondo se non valutiamo il ruolo giocato dall' AVE, acronimo inglese dell'effetto da violazione dell'astinenza.

Quando, complice una delle sette situazioni ad alto rischio descritte, il soggetto torna ad assumere la sostanza dopo un periodo astinenziale più o meno lungo, si verifica in lui l'immediata sensazione di avere compiuto una grave mancanza, di aver violato un precetto, una specie di voto fatto dentro di sé. Tale acuto senso di trasgressione provoca una potente e dolorosa riapertura della frattura interiore; il dolore è vivo, intimo, inconfessabile. Se non è forte il soggetto lo mette a tacere minimizzando l'accaduto (*"In fondo non ho fatto niente di male; con tutte le sigarette che fumavo una volta!"*), mentre se la frattura è veramente troppo aperta il bisogno di ricorrere alla sostanza rappresenta il paradossale conforto al dolore interiore; bene descrive questo stato Antoine de Saint-Exupery nel "Piccolo principe"; di fronte all'ubriaccone il Piccolo Principe chiede: *"Perché bevi?"* *"Per dimenticare di bere!"* risponde quello.

L'effetto da violazione da astinenza è reso ancor più micidiale dal fatto che alla repentina riapertura della frattura interiore si accompagna una caduta dell'autoefficacia, la spiacevole sensazione che tutto sia inutile e che si sia inesorabilmente condannati a ricadere.

Lo schema della ricaduta, secondo Marlatt, è quindi il seguente:

esposizione ad una situazione ad alto rischio → incapacità a fronteggiare lo stimolo → errore → effetto da violazione d'astinenza → nuovo errore → ricomparsa degli effetti gratificanti della sostanza → ricaduta completa.

Se l'individuo ha una risposta di fronteggiamento efficace in situazioni ad alto rischio, la probabilità di ricaduta diminuisce perché aumenta la sensazione di autocontrollo (*"Posso controllare anche le situazioni problematiche!"*) ed aumenta la sensazione di auto efficacia (*"Penso di riuscire a controllare questa situazione anche in futuro"*).

Perché il fronteggiamento a volte non funziona? Le cause sono molteplici:

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

- il soggetto non riconosce più un adeguato valore all'essere astinente;
- l'individuo non riesce a riconoscere la situazione ad alto rischio prima che sia troppo tardi;
- la ricompensa derivante dalla nuova assunzione mina la motivazione a resistere alla tentazione;
- AVE (effetto da violazione d'astinanza).

Confrontarsi e spiegare razionalmente al paziente l'accaduto può essere molto difficile per la forte resistenza; riconoscere e saper aggirare le resistenze con le tecniche del colloquio motivazionale può essere determinante in questi casi.

Il ruolo dell'operatore/educatore nel processo di ricaduta

Il ruolo importantissimo, potenzialmente decisivo, dell'operatore/educatore nella ripresa dopo una ricaduta richiede una approfondita analisi.

Il contesto a cui ci troviamo di fronte è, per sommi capi, il seguente:

- il nostro paziente è ricaduto perché non ha fatto tesoro dei consigli salutari e dei suggerimenti che gli abbiamo generosamente fornito e questo ce lo rende meno attraente;
- il paziente tende ad essere minimizzante (“*Suvvia dottore, non esageri!*”) o drammatizzante (“*Sono un cattivo paziente, mi lasci perdere!*”) e questo rende la ripresa in carico più difficoltosa;
- la motivazione ne risente fortemente, oscillando spesso tra la *early contemplation* e la contemplazione; ovviamente il paziente ricaduto in precontemplazione non lo rivedremo con facilità e, di solito, ha poca voglia di affrontare l'argomento;
- le motivazioni esterne, più fragili e fugaci, tendono a prevalere su quelle interne, più consistenti e durature: “*Sono sincero, dottore, sono tornato da lei solo perché mia moglie è riuscita a farmelo promettere*”;
- in altre parole abbiamo un paziente più resistente, più demotivato e difficile...e noi siamo più scettici e meno disponibili.

Un bel quadro, non c'è che dire!

L'operatore, aldilà delle tecniche e strategie sopra elencate e descritte, deve sintetizzare in sé due ruoli: un ruolo normativo ed uno affettivo. Si potrebbe dire, in altre parole, che deve saper usare sapientemente il bastone e la carota.

Abbiamo più volte sottolineato la fragilità, l'ambivalenza, l'irrazionalità che mette in campo il nostro paziente ricaduto di recente: tutti espedienti inconsci o poco consapevoli per non affermare semplicemente ed esplicitamente: *“Mi rendo conto di aver fatto una serie di errori e mi riprometto di non sbagliare più, costi quel che costi!”*. E' chiaro che se il nostro paziente dirà così significherà che è ricaduto in determinazione e tutto si chiuderà probabilmente nel migliore dei modi; anzi, l'esperienza degli errori fatti gli servirà di lezione per il futuro; quindi tutto bene ma...poco probabile.

Nella maggior parte dei casi, purtroppo, dovremo confrontarci con un paziente che oscillerà da un eccesso di colpevolizzazione di se stesso (*“Sono un buono a nulla, ho rovinato tutto, sono senza speranza!”*) ad una irritante minimizzazione del problema (*“In fondo sono stato al PC solo 3 orette scarse in una settimana, giusto per svagarmi un po'! Lei non sa l'inferno che sto vivendo a casa!”*), con la singolare e paradossale tendenza a rassicurare il terapeuta (*“Non si preoccupi, ho solo avuto una settimana pesante; vedrà che tra 4-5 giorni mi rimetto a posto; quando starò meglio la richiamerò”*). In questa difficile situazione il ruolo dell'operatore, pur improntato alla massima empatia, non deve essere quello di un *tutor*, di un badante volto ad accudire in modo totale il paziente (*“Mi chiami sul cellulare quando vuole, sono disponibile a riceverla sempre, se vuole ci vediamo a casa sua, oppure passo a prenderla io...”*) ma nemmeno tenere l'atteggiamento inquisitorio e colpevolizzante di un giudice (*“Lei ha fatto uno dei più gravi errori della sua vita e se non cambierà immediatamente il suo comportamento le conseguenze, in termini di salute, saranno pesantissime!”*). Questo atteggiamento, spesso viene più efficacemente espresso con il linguaggio paraverbale delle occhiate, dello scuotimento costernato del capo e serve a smuovere il paziente dalle sue difese consolatorie, esile crosta sotto la quale egli ben sa di aver commesso un grave errore.

Ma come il medico attento tasta la parte dolente cercando di capire dove e quanto sia il dolore, pronto a ritrarsi una volta individuata la sede, così il ruolo normativo deve lasciare il posto al sostegno affettivo non appena la frattura interiore si apre troppo: il dolore acuto può causare resistenza e la resistenza deve essere neutralizzata nel processo di ricaduta.

www.medicinadipendenze.it

Si ringraziano *E. Manzato, F. Nava, A. Lucchini e M. Cibir* per il loro contributo.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Le terapie possibili: il ruolo del self help

*Ernesto Guerriero, Assistente Sociale,
Socio fondatore dell'Associazione selfhelp di Verona*

Premessa

Per capire come il Self Help interviene nell'area delle dipendenze è necessario capire quali sono le caratteristiche del Self Help e quale è il paradigma con il quale si approccia a queste problematiche. Il Self Help è presente nella realtà veronese da oltre 20 anni e si caratterizza come una rete alla quale afferiscono persone con problematiche psico-sociali anche gravi e complesse. I principi ispiratori e metodologici si rifanno all'auto aiuto, all'approccio relazionale e alla sussidiarietà. I suoi punti di forza sono il protagonismo delle stesse persone portatrici del problema, la reciprocità con l'Altro, la circolazione di risorse relazionali e materiali.

Il Self Help può essere vista anche come una comunità allargata alla quale fanno riferimento oltre 1000 persone che, assumendo l'auto aiuto come stile di vita, generano autodeterminazione, cittadinanza e migliore qualità della vita.

Questa rete:

- ha una visibilità sociale nella Associazione Self Help San Giacomo che riconnota socialmente come volontari le persone che vi accedono eliminando lo stigma legato a determinate patologie e/o condizioni sociali;
- è sostenuta sussidiariamente da un nucleo di operatori professionali associati nella Cooperativa Sociale Self help, culturalmente e metodologicamente preparati;
- interagisce permanentemente con il contesto istituzionale, economico, sociale nel quale è inserita;
- genera a 360 gradi opportunità di realizzazione dei vari progetti di vita attraverso percorsi ed attività che affrontano bisogni sia di tipo psico-relazionale che di tipo sociale, in un quadro di forte connessione fra queste due dimensioni: gruppi di auto aiuto per problematiche specifiche quali ansia, depressione, disturbi alimentari, dipendenze; sostegno e affiancamento nella gestione delle risorse economiche; gruppi che favoriscono l'espressività (teatro, pittura, scrittura); percorsi occupazionali e lavorativi che impegnano mediamente 200 persone l'anno; soluzione dei problemi abitativi con una rete di 30 appartamenti di convivenza solidale; gruppi di convivialità e di tempo libero; gruppi di guida relazionale; possibilità di esprimere sentimenti di

amicalità ed affettività attraverso la rete di relazioni che si genera fra le persone afferenti alla rete stessa.

L'ottica con la quale il Self help guarda alle situazioni di sofferenza psichica e sociale è un'ottica relazionale. La sintomatologia viene vista come manifestazione, a volte estrema, di condizioni cognitive, affettive e comportamentali che sono andate via via caratterizzando determinati stili di vita attraverso i quali la sofferenza personale esprime il suo rapporto con il contesto sociale e agisce i suoi possibili percorsi di vita. Ridefinire positivamente questi stili di vita è possibile, come sostiene Folgheraiter, solo attraverso se stessi in stretta relazione con gli altri. Non è possibile, cioè, modificarli affidandosi esclusivamente al sistema dei Servizi formali, pubblici o privati che siano, e senza ridefinire il rapporto di potere fra quelli che per definizione sono utenti/pazienti e quelli che per definizione sono operatori/erogatori di salute.

In questa ottica, i problemi non sono solo personali o al massimo familiari, ma ci riguardano tutti perché tutti, a vari livelli di responsabilità, compresi i servizi deputati a "curare" le varie forme patologiche, concorriamo a determinare la qualità dei contesti sociali e quindi la qualità delle relazioni che in quei contesti avvengono.

La dipendenza da rete

Il Self Help ha incontrato la dipendenza da rete nel più vasto quadro delle problematiche relative alla dipendenza da azzardo patologico del quale il Self help si occupa a partire dagli anni 90 quando attivava il primo specifico gruppo di auto aiuto. In questo ultimo periodo la dipendenza da rete ha iniziato a porsi con sempre maggiore insistenza alla nostra attenzione attraverso due fenomeni:

1. un numero significativo di persone che frequentano i nostri gruppi segnala una accentuata tendenza a trasferire la propria dipendenza dall'azzardo allo schermo, tendenza che li porta a trascorrere fino a 6-7 ore giornaliere davanti al personal computer;
 2. nell'area della dipendenza da azzardo, il peso specifico del gioco on line è andato aumentando vertiginosamente e sempre più ci giungono richieste da genitori e insegnanti per l'attivazione di gruppi di auto aiuto sulla dipendenza da rete. E' un campanello d'allarme che è fortemente confermato da alcuni dati che emergono da varie indagini e ricerche tanto che si può pensare al gioco on line come la frontiera critica nell'area del gioco d'azzardo, in particolare per gli adolescenti.
- Lo studio ESPAD Italia 2014 dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Ifc-Cnr), che ha coinvolto oltre 30mila studenti di 405 istituti scolastici

superiori del nostro Paese, rileva che in un anno la percentuale di studenti-giocatori che privilegiano il gioco on line è praticamente raddoppiata passando dal 9% del 2013 al 17% del 2014. Ma ben il 53% degli studenti-giocatori patologici gioca on line, fortemente attratti dai giochi a vincita immediata.

- L'ultima indagine nazionale della Società Italiana di Pediatria (SIP) sulle Abitudini e gli Stili di vita degli Adolescenti italiani denuncia il pericoloso fenomeno dell'azzardo on-line: "la sempre maggior offerta di siti - ormai legali - in cui si gioca utilizzando soldi "veri" è una tentazione molto forte che inizia a sedurre anche i giovanissimi che, a rigor di logica (o quanto meno di legge), non potrebbero accedervi fino al compimento della maggiore età. Circa il 13% degli adolescenti intervistati (percentuale che sfiora il 17% se si considerano solo i maschi) dichiara di aver frequentato questi siti e di aver giocato "a soldi" (una o più volte), da solo o insieme ad amici e il 32% è orientato a ripetere l'esperienza". Più in generale, l'Indagine registra un incremento esponenziale dell'uso di internet tra gli adolescenti. Nel 2008 solo il 42% del campione utilizzava internet tutti i giorni contro l'attuale 81% e che il 92,6% dei giovanissimi ha oggi la possibilità di collegarsi a internet attraverso lo smartphon, sancendo così la definitiva "migrazione" dal computer allo smartphon (nel 2012 era il 65%). Il Dott. Maurizio Tucci, curatore dell'indagine, parla di internet come una tecnologia "sui generis" perché è molto più di uno strumento tecnologico ma è una sorta di passe-partout verso una "second-life" che più passa il tempo e più sembra competere vittoriosamente con la "life" tradizionale.
- Giuseppe De Rita, presidente del Censis (Centro Studi Investimenti Sociali), a commento della indagine Censis-Agcom su media e minori, afferma che *"i contenuti che viaggiano tra frequenze, parabole e byte sono ormai il principale immenso giacimento antropologico, in cui gerarchie di valore, modelli di relazione umana, stili di vita si affastellano, si consolidano, qualche volta deperiscono fino a scomparire. Un oceano di contenuti, che negli ultimissimi anni ha conosciuto una vera esplosione anche in Italia, uno tsunami multimediale che al CENSIS ci ha fatto parlare di "inizio dell'era biomediativa"; è anche, se non soprattutto, attraverso di esso che i nostri figli apprendono modelli di comportamento, strategie di vita, schemi di pensiero"*.

Nel gioco d'azzardo on-line l'Italia detiene la ragguardevole quota del 23 per cento su scala mondiale. Chiunque sia in possesso di un computer, di un collegamento a internet, di uno smartphon e di una carta di credito può essere un giocatore compulsivo in un casinò. Nella solitudine della propria casa, il giocatore non ha freni né inibitori né di tipo pratico. Il "gioco"

diviene un rituale solitario, e, facilmente, diventa una compulsione. Il rischio della dipendenza aumenta quando la tendenza a “giocare on line” si colloca in un contesto di assenza/carenza di relazioni umane, di spazialità diffusa, temporalità diffusa, forti stimolazioni sonore/visive. Una ricerca pubblicata nel gennaio 2012 sulla rivista *Addiction* segnala come le persone con dipendenza da videogiochi on line siano maggiormente affetti da problematiche quali stati depressivi con tendenze suicidarie, ansia, disturbi bipolari, distrazione nell'apprendimento, tendenza alla impulsività, scarsa autostima, isolamento, associazione con disturbi fisici da stress cronico e abuso di alcool (gastrite cronica, ulcera gastroduodenale, ipertensione arteriosa, cardiopatia, disturbi epatici), copresenza di abuso di alcool e/o di sostanze. La già citata ricerca della SIP evidenzia lo stretto rapporto tra la frequentazione della rete attraverso il gioco d'azzardo (gambling) e forme di dipendenza (addiction). Confrontando le risposte degli adolescenti che hanno dichiarato di non aver mai giocato on-line (ovviamente riferito a giochi a soldi) con quelle dei "giocatori", questi ultimi fumano in percentuale quasi doppia rispetto ai primi, dichiarano di aver consumato cannabis in percentuale più che tripla e consumano sostanze alcoliche in percentuali maggiore del 20-25%.

I fattori di vulnerabilità possono essere individuali, ambientali, dipendenti dalle caratteristiche dei giochi, legati a carenza di fattori protettivi. In particolare nella popolazione giovanile si sono dimostrati particolarmente a rischio i soggetti con temperamento *novelty seeking* (in continua ricerca di novità eccitanti), con un'evoluzione del gioco d'azzardo che da iniziale “gioco sociale e socializzante”, diventa “gioco individuale” e quindi “gioco isolato” nel momento in cui si sviluppa una dipendenza patologica.

Tali problematiche sono difficilmente contrastabili attraverso la sola azione di controllo da parte degli adulti. Giulio Votano, coordinatore del «Libro bianco su media e minori» realizzato dal Censis per l'Agcom (Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni) segnala una forte «discrasia tra gli strumenti che ha in mano l'autorità e la realtà effettiva», soprattutto per la labilità dei contenuti che caratterizza il web 2.0. Ed è proprio il senso d'impotenza una delle caratteristiche che contraddistingue pure i genitori quando giudicano i messaggi dei media contraddittori rispetto ai propri sforzi educativi. Elisa Manna, curatrice dello stesso Libro Bianco, afferma che i genitori hanno interiorizzato l'idea che debbano controllare quello che i ragazzi fanno, e dicono di farlo, ma in realtà emerge che i figli hanno libero accesso ai diversi media, che il *parental control* viene usato da una percentuale che oscilla dal 9 al 20, con i maschi che vengono lasciati liberi di vedere qualunque cosa. Prendiamo il gioco d'azzardo on line. Da un lato dobbiamo constatare la pressoché nulla deterrenza rappresentata dai "divieti ai minori" di cui il web è pieno, da quelli sui siti pornografici "classici" (tra i più frequentati sia dai maschi che dalle femmine), alle hot-chat dove è possibile chattare e vedere in cam ragazze (essenzialmente) che propongono spettacoli hard a

pochi euro, fino ai più diffusi Social Network, che richiedono comunque una età minima per consentire l'accesso. Il "divieto" passa dall'essere totalmente ignorato ad essere (come proprio un tredicenne ha detto in uno dei focus group che realizziamo a corollario dell'indagine quantitativa) "una traccia da seguire". Dall'altro dobbiamo considerare che al di là della violazione del divieto, questi giocatori in erba hanno anche modo di gestire somme di denaro (ma questo è il meno) ma, soprattutto, di utilizzarle in ambiti in cui deve (o dovrebbe?) comunque avvenire un controllo sull'identità. I meccanismi di accesso al gioco on-line, la consuetudine di molti di questi siti ad offrire gratuitamente fiches di "benvenuto", ed i sistemi di pagamento ammessi, sono però tali per cui non è difficile, anche per un minorenne, magari grazie ad un maggiorenne compiacente, avere esperienze di gioco. Il passaggio, per l'utilizzo di Internet, dal computer allo smartphone ha reso molto più complicato, se non del tutto impossibile, un controllo qualitativo e quantitativo da parte dei genitori, rendendo poco più che carta straccia anche decaloghi, suggerimenti e ammonimenti sui quali spesso amiamo sbizzarrirci. Il solo aspetto sanzionatorio, quindi, non serve ma, afferma l'Agcom, occorre collaborazione tra scuola e famiglia e soprattutto occorre un mutamento culturale che miri alla prevenzione. Secondo la SIP, l'unica forma di "prevenzione", per un uso corretto e prudente di Internet, appare sempre più una difficilissima *"moral suasion"* da parte dei genitori o degli adulti di riferimento. Difficilissima perché dovremmo (noi adulti) essere in grado di dar loro degli strumenti di interpretazione e lettura di ciò che li circonda nel web, trasferire qualche residuo di "valori" che ci è rimasto, indicare un'etica comportamentale, spiegare loro – per entrare nello specifico - quali sono i rischi a cui la nuova socialità del web espone; quali sono i comportamenti prudenti da adottare e quelli imprudenti da evitare. Ma la maggior parte dei genitori, degli insegnanti, di chi a vario titolo si occupa di adolescenza, quasi sempre non ha la minima idea di come si sviluppi la "socialità" nel web, di come si strutturino le relazioni, di quale sia il "linguaggio". In questo scenario gli adolescenti stanno creando la loro socialità virtuale - che per molti aspetti ha una potenza d'urto molto superiore alla socialità reale - in modo brado e istintivo, con la maturità e le consapevolezze che si possono avere a 13 anni, mutuando ed adattando gli stralci di reale che hanno a disposizione dal contesto in cui vivono. Ed è molto alto il rischio che siano le regole *self-made* di questa socialità *"second -life"* a plasmare i comportamenti di quelle della vita reale e non viceversa.

Approccio, contrasto, prevenzione: come si muove il Self Help

Come già detto, l'approccio del Self Help mette al centro lo stile di vita complessivo della persona e la sofferenza legata alla rottura che la dipendenza produce lungo una molteplicità di

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

dimensioni, che non riguardano solo la “personalità” del soggetto ma che coinvolgono l’intreccio dei rapporti fra il soggetto e la rete familiare e sociale (lavorativa, finanziaria, affettiva).

L’obiettivo “terapeutico” punta a produrre cambiamenti nello stile di vita prendendo le mosse non da considerazioni sugli elementi di patologia relativi alla struttura della persona ma dalla sua dimensione “socio-relazionale”, dalle difficoltà, cioè, che riguardano l’agire delle persone stesse nella loro vita quotidiana. Tale approccio mette al centro dei processi di recupero, come Soggetto Agente, la stessa persona portatrice del problema nella consapevolezza che la persona, anche quando si avventura in percorsi dannosi, come nel caso delle dipendenze, continua a mantenere una sua capacità riflessiva ed è questa la principale forza su cui fare leva per affrancarsi dallo stato di dipendenza. La persona, anche in condizioni di grave depauperamento delle proprie competenze sociali, va comunque considerata agente attivo del proprio destino, capace, cioè, di essere protagonista degli eventi della sua vita, perché continua a mantenere, in coabitazione con la “cultura della dipendenza” idee, motivazioni, strategie, a volte inconsapevoli, che se percepite e valorizzate, rappresentano la vera forza del cambiamento.

Culturalmente questo significa passare da un approccio centrato sul modello clinico ad un approccio centrato sull’*empowerment* e di conseguenza:

- da una visione *personale* ad una visione *relazionale* del problema
- dalla “gravità” come stato strutturale, prodotto dalla malattia, alla “gravità” come condizione relativa, prodotta da una molteplicità di relazioni fra una molteplicità di fattori;
- dalla “guarigione” intesa come risultato della trasmissione di un lavoro terapeutico sulla persona, alla “guarigione” come prodotto ottenuto attraverso la crescita di “capacitazione” alimentata dall’esperienza condivisa.

Questo approccio, di cui l’auto aiuto è elemento fondante, apre prospettive interessanti non solo sul versante del recupero ma anche su quello della prevenzione soprattutto quando l’auto aiuto si dimostra capace, superando la sua più diffusa accezione legata ai gruppi, di coniugarsi all’approccio di rete e di aprirsi alla rivitalizzazione del contesto comunitario chiamando tutti gli attori sociali ad assumersi le proprie responsabilità di fronte al benessere collettivo e ad operare per la implementazione di processi di “capacitazione” a sostegno di chi, per vari motivi, si trova in condizioni di minore capacità ad affrontare i propri bisogni e/o di maggiore vulnerabilità rispetto agli *input* del contesto sociale.

Gli strumenti che il Self Help utilizza sono i Gruppi di Auto Aiuto, i Gruppi di Guida Relazionale e la Rete socio-relazionale.

I gruppi di auto aiuto sono oggi 5, composti da 10-12 persone e/o familiari, si svolgono con cadenza settimanale e coinvolgono mediamente 80-90 persone l'anno. In questi anni, circa 600 persone hanno frequentato i nostri gruppi. Vi accedono, previo colloquio di conoscenza e di informazione, persone della provincia di Verona, ma anche delle province limitrofe. La gran parte arriva su invio dei servizi specialistici delle ULSS (Servizi per le Dipendenze, Servizi psichiatrici) o dei Servizi sociali dei Comuni. Tante altre arrivano per conoscenza diretta, per passaparola o per conoscenza attraverso internet. I gruppi sono aperti ai familiari che hanno anche la possibilità di accedere ai gruppi di Guida Relazionale. Di solito, anzi, è proprio la famiglia che ci contatta dopo aver tentato invano di risolvere da sola il problema e, magari, di essere arrivata a condizioni di estrema problematicità. La persona con dipendenza, infatti, è l'ultima a realizzare di avere un problema sia perché non ritiene tale la sua condizione sia perché è comunque convinto fino alla fine di poter controllare il proprio stile di vita e di poter risolvere i problemi connessi.

Nel gruppo la persona intraprende il percorso di ridefinizione positiva del proprio stile di vita consolidando gradualmente la consapevolezza dei propri limiti e delle proprie risorse; il miglior uso delle risorse personali; la capacità di autodeterminazione; la ricostruzione della contrattualità sociale nel tempo; la riattribuzione di senso sociale e personale alla vita; la riappropriazione dei diritti di cittadinanza; la consapevolezza e la fiducia nel nuovo stile di vita.

Questo percorso viene rafforzato con azioni che vanno a incidere su due aspetti importanti del processo di cambiamento:

- la gestione e pianificazione dell'aspetto economico (tramite la mediazione e la negoziazione del facilitatore con la famiglia);
- l'organizzazione di attività extra lavorative per una migliore occupazione del tempo libero.

Il gruppo di auto aiuto fonda la sua forza trasformatrice su alcuni valori forti e su alcuni principi. I valori sono: autodeterminazione *contro* determinazione estranea; speranza *contro* paura; solidarietà *contro* rapporti difettosi.¹

I principi si possono ricondurre ai seguenti: *principio di gruppo* come luogo fisico e relazionale di accoglienza, di crescita e di trasformazione; *principio di auto aiuto* come protagonismo della persona nel processo di trasformazione; *principio di continuità* che garantisce il sostegno nel tempo alla tenuta del nuovo stile di vita.

¹ Guerrini A. (1991). Per un approccio all'Auto-aiuto nell'esperienza tedesca, ed. ARCI Reg. Toscana, 1991.

I gruppi di Guida Relazionale sono rivolti a familiari e a persone non familiari ma che si sentono vicini a quanti si trovano in condizioni di sofferenza. Sono gruppi di auto aiuto nei quali il facilitatore funge anche da Guida relazionale. Si fondano su una duplice convinzione, validata dalle stesse persone che vi partecipano. La prima riguarda il contesto relazionale ritenuto di fondamentale importanza nella ridefinizione degli stili di vita e nella costruzioni di reti positive. La seconda riguarda l'idea che ai familiari non basta dare solo consigli, informazioni, prontuari, vademecum o altri strumenti che poi li lasciano comunque soli di fronte ai problemi giornalieri, ma serve un luogo di accoglienza e supporto dove apprendere anche un sempre migliore utilizzo dello strumento "relazione".

La Rete socio-relazionale è altrettanto importante quanto i gruppi. Infatti, le conseguenze negative della dipendenza, nel nostro caso da azzardo, coinvolgono non solo l'aspetto psico-relazionale della persona direttamente implicata ma anche quello sanitario, familiare, relazionale, lavorativo, finanziario e legale. La persona necessita, pertanto, di una molteplicità di supporti che gli permettano di affrontare i problemi a 360 gradi. Nella rete Self Help, che comunque è in permanente rapporto con i Servizi di ULSS e Comuni, è possibile trovare una pluralità di opportunità e di percorsi che vanno dall'ampliamento delle possibilità relazionali, alla consulenza legale a quella psicologica e psichiatrica, alla individuazione di amministratori di sostegno, alla possibilità di partecipare ad altri gruppi che trattano eventuali problematiche patologiche correlate (dipendenza da sostanze e/o da alcool, ansia, depressione) o a gruppi che permettono un impiego creativo del tempo libero (arte, teatro, sport), al supporto in ambito lavorativo fino alla possibilità di periodi di accoglienza abitativa per permettere alla persona un distacco anche fisico da un contesto sociale negativo.

I nostri dati ci dicono che l'80% delle persone che usufruiscono con continuità dei gruppi e della rete riesce nell'arco di un anno a mantenersi astinente con sufficiente continuità. Sono comunque immediate le ricadute benefiche sul contesto familiare, in termini di sollievo, uscita dalla solitudine, recupero della speranza, agibilità dei rapporti, qualità complessiva della vita.

Una comunità che sappia prendersi cura di se stessa

Il Self Help è oggi impegnato in una nuova sfida che ritiene fondamentale per la prevenzione e decisiva per il futuro, non solo per i disturbi legati alle dipendenze ma per tutta un'altra serie di disturbi che con le dipendenze hanno radici comuni (disturbi alimentari, iperattività, depressione,

gli attacchi di panico, bullismo). Massimo Recalcati definisce questi disturbi come le nuove versioni del disagio della Civiltà, disagio che nasce da un progressivo disfarsi dei nostri legami sociali e dalla conseguente perdita di senso della comunità umana. Il Self Help ritiene, pertanto, che la ricostruzione di relazioni interpersonali primarie deve allargarsi dal gruppo e da una rete dedicata alla più ampia rete sociale comunitaria per facilitare la costruzione di una comunità che sappia prendersi cura di se stessa. Nella società del rischio e dell'incertezza diventano strategici i legami deboli, le reti ampie, l'appartenenza ad una molteplicità di cerchie relazionali, al cui interno circolano e si scambiano beni e servizi al di fuori della logica del mercato e della razionalità strumentale. Riumanizzare la vita sociale significa ricostruire rapporti reali, diretti, interpersonali; ricostruire la fiducia reciproca uscendo dall'isolamento e dalla solitudine. E' necessario essere convinti che le relazioni sono l'alimento del cuore e della mente; che è attraverso le relazioni che costruiamo la nostra identità e il nostro stile di vita; che laddove manca una relazione di conoscenza diretta, interpersonale, tra le persone, ossia laddove le relazioni sono solo virtuali, e non anche reali, gli individui, per quanto siano connessi, sono indotti a isolarsi e alla fine si sentono più soli.

Facilitare la ricostruzione di un tessuto di relazioni primarie fra persone appare ancora più indispensabile se pensiamo alle giovani generazioni di oggi. Mentre le generazioni di adulti hanno l'esperienza del mondo reale e delle relazioni primarie, le giovanissime generazioni non hanno questo *imprinting* relazionale, perché hanno soprattutto esperienza delle relazioni virtuali. Giovanissimi e adolescenti sono attratti da dinamiche di comunicazione molto volatili, che non hanno fisicità. Il rischio è allora quello sempre più frequente dell'insorgenza di disturbi connessi alla difficoltà di formarsi un'identità dotata di capacità riflessiva, dal momento che sappiamo che l'identità si forma attraverso relazioni vissute in modo significativo e vitale per la persona umana. Non si vuole demonizzare il mondo virtuale ma esiste una differenza significativa fra chi usa il virtuale come strumento per confermare relazioni reali e chi sostituisce il virtuale al reale. I primi creano reti relazionali significative, i secondo rischiano di perdersi in un mondo evanescente, come capita quando la connessione al web diventa più importante dei contenuti delle relazioni e addirittura li sostituisce. Agire su questo terreno non è facile perché si richiedono cambiamenti valoriali, culturali, professionali, linguistici, comportamentali, ma se abbiamo a cuore la nostra qualità della vita, la nostra felicità e quella dei futuri cittadini delle nostre comunità, non abbiamo altra scelta. Per questo il Self Help è oggi impegnato in percorsi di promozione culturale, di formazione, di sensibilizzazione dei soggetti istituzionali affinché si investano meno risorse in grandi avvenimenti di sensibilizzazione e di comunicazione e più risorse in micro azioni diffuse e continuative che riescano a coinvolgere ed impegnare i vari ambiti comunitari: le singole persone, a

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

partire da quelle che maggiormente vivono i problemi, i nuclei di convivenza, la scuola, le parrocchie, l'associazionismo, i servizi, il privato sociale.

Chiunque di voi condivida il fascino di questa sfida ci dia una mano ad affrontarla con più forza e passione.

*Ernesto Guerriero
Assistente Sociale
Socio fondatore dell'Associazione Self Help
ernestoguerriero@alice.it*

Le possibili terapie: la comunità terapeutica

Michele Zagni, Psicologo

Comunità Pluto per giocatori d'azzardo

Le “Nuove Dipendenze” o “Dipendenze Senza Sostanza”

Una semplice definizione di cosa si intenda per “dipendenza patologica” è quella di Goodman, che nel 1990 la definisce come un comportamento che procura normalmente piacere e sollievo ma che viene utilizzato in modo particolare. Esso è infatti caratterizzato dall’incapacità del soggetto di controllare questo comportamento e dal perpetuarlo a dispetto delle sue conseguenze negative.

Partendo da questa definizione si può facilmente comprendere come quelli che una volta erano considerati comportamenti devianti, “vizi”, ora siano patologie entrate nel sistema dei Servizi di cura delle dipendenze, e gradualmente anche i sistemi di classificazione delle patologie li stanno includendo al proprio interno, basti pensare al Gioco d’Azzardo Patologico, nel DSM IV-TR (APA, 1994) inserito all’interno della categoria dei “Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Altrimenti Specificati” e che nella successiva edizione recentemente uscita, il DSM V, è stato invece classificato come “Disturbo non correlato a sostanze”, all’interno della categoria dei “Disturbi da Addiction”.

Altre tipologie di dipendenza, come quella da internet o da acquisti compulsivi, pur essendo già state riscontrate da chi si occupa di dipendenze in Italia e all’estero, non sono ancora state inserite in quanto mancanti di una letteratura ed una casistica sufficiente per garantirne la “scientificità”, ma non è così assurdo ipotizzare che sarà possibile trovarle nella prossima edizione del DSM.

Questi tipi di dipendenza, dal gioco d’azzardo a internet, passando per sesso, shopping, lavoro e potenzialmente altri ancora, si distinguono dalle “vecchie” dipendenze per due ragioni principali: la prima è quella di riguardare comportamenti leciti, usuali, in alcuni casi addirittura auspicabili come il lavoro (tuttavia in questa definizione potrebbe ricadere anche l’alcol), la seconda è quella di non prevedere l’assunzione di una sostanza esogena, bensì è proprio il comportamento stesso che diventa oggetto di dipendenza, non a caso per indicarle si usa anche il termine di “dipendenze comportamentali”.

Per iniziare a comprendere questo fenomeno recente, può essere utile iniziare ad analizzare la dipendenza da gioco d’azzardo, unica tipologia di dipendenza comportamentale attualmente

inserita all'interno del DSM V, definita come Disturbo da Gioco d'Azzardo (per comodità verrà utilizzata d'ora in poi la vecchia sigla GAP), per poter provare a comprendere meglio una dipendenza, quella da internet, che con il GAP ha diversi aspetti in comune, senza contare l'inevitabile interconnessione tra le due nelle forme di dipendenza da giochi d'azzardo online, in cui l'ascrivere tale forma di dipendenza all'una o all'altra categoria non è sempre scontato come potrebbe sembrare.

Internet Addiction Disorder

Sotto l'etichetta di Internet Addiction Disorder (IAD), ancora non riconosciuta dagli attuali manuali diagnostici, si trovano molteplici forme di dipendenza, che in comune hanno l'utilizzo della connessione a internet mediante svariati dispositivi, siano essi computer, tablet o smartphone: questo universo in costante evoluzione, che segue i continui e rapidi sviluppi nel campo della tecnologia, è diventato talmente variegato da rendere riduttivo il termine originale "Internet Addiction Disorder" coniato dalla dott.ssa **Kimberly Young** nel 1999, tanto da indurre la stessa Young durante il suo intervento al "First ESC International Congress on Internet Addiction" tenutosi a Milano ad aprile 2014, a modificare la denominazione di IAD, introducendo la più generica definizione di "**screen addiction**"; pur ritenendo tale nuova definizione più esaustiva, per comodità verrà qui tuttavia utilizzata ancora la sigla IAD.

All'interno dello IAD è possibile distinguere diverse sottocategorie, in base all'utilizzo che viene fatto dello "schermo", come la pornografia online, il cybersex, chat e siti d'incontri, i videogiochi, i social network, la ricerca continua di informazioni anche se inutili, il gioco d'azzardo online, l'acquisto compulsivo e potenzialmente altre ancora.

Comprendere le suddette tipologie entro l'unica definizione di "dipendenze da schermo" non deve però far passare in secondo piano le rilevanti differenze esistenti tra di esse, in quanto non è così assurdo ipotizzare che anche la tipologia di utenza possa di conseguenza presentare differenze significative: considerare un ragazzo adolescente che passa le giornate davanti a WoW (World of Warcraft, uno dei giochi più a rischio di creare dipendenza) alla stregua di un adulto sposato con figli che trascorre ore alla ricerca di cybersex, può infatti risultare fuorviante in termini sia diagnostici che di intervento.

L' intervento in Italia e nel mondo

All'estero in alcuni paesi, come Stati Uniti e Cina, stanno nascendo centri specializzati per il recupero delle persone con IAD: in Cina sono ormai alcune centinaia quelli aperti a partire dal 2004, improntati ad un modello di tipo militare con addestramento fisico quotidiano (anche la divisa

che devono indossare gli utenti è di tipo mimetico), pochi contatti con l'esterno, terapie farmacologiche prescritte dagli psichiatri interni ed alimentazione rigidamente controllata; gli utenti, quasi tutti ragazzi maschi, vi vengono molto spesso portati con la forza e l'inganno.

Negli USA il primo centro è stato aperto in Pennsylvania nel 2013, prevede una terapia intensiva di 10 giorni per un massimo di quattro persone per volta, dal costo di 14 mila dollari non rimborsabili da alcuna assicurazione, in quanto non ancora riconosciuta ufficialmente come patologia.

In Italia non esistono comunità specifiche per questa patologia, da circa quattro anni però a Roma, all'interno del reparto di Psichiatria del Policlinico Gemelli, il dott. Tonioni con la sua equipe gestisce un ambulatorio aperto tutto il giorno per accogliere e aiutare chi soffre di questo problema e/o i familiari.

Questo porta ad interrogarsi se il modello della comunità possa offrire un tentativo di risposta a questa problematica, così come già avviene da anni nel campo delle tossicodipendenze: per tentare di rispondere può essere utile prendere in esame un esempio di comunità dedicata unicamente a una tipologia di dipendenza senza sostanza, il gioco d'azzardo patologico.

Il Progetto PLUTO

Nel novembre 2011 l'associazione Papa Giovanni XXIII di Reggio Emilia, in collaborazione con la Regione Emilia Romagna, ha fatto partire un progetto sperimentale della durata complessiva di tre settimane, riservato a persone con problemi di GAP, chiamato "**Pluto**", dal nome del mitologico dio del denaro, che ha previsto un percorso di accoglienza intensivo per 15 persone, conclusosi con dei buoni risultati, sia rispetto alla compliance degli utenti, sia rispetto all'astinenza dalle pratiche di gioco nei mesi successivi.

Questo ha permesso di ipotizzare un intervento più strutturato, ovvero l'apertura di una comunità, sul modello di quelle già esistenti per il recupero dei tossicodipendenti, che potesse accogliere solamente persone con diagnosi di GAP, senza altre dipendenze in atto: è nata così nell'estate 2013, riprendendo il nome del progetto sperimentale, la struttura "Pluto".

Tale decisione è nata anche in seguito alle esperienze con giocatori patologici inseriti all'interno delle comunità per tossicodipendenti, e in particolare in relazione alla difficoltà per i giocatori a trovare motivazioni per restare all'interno della comunità, che hanno spesso espresso una grande distanza percepita del problema del gioco d'azzardo rispetto alla tossicodipendenza, con frasi come "io non mi buco" o "cosa c'entro io con questi? Io ho un lavoro, una casa e una famiglia".

L'apertura di una struttura dedicata solamente a chi ha problemi di gioco d'azzardo si è rivelato favorire una maggiore compliance dell'utente, soprattutto se si considerano le condizioni di

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

partenza dello stesso, spesso inviato in comunità da familiari o partner dietro costrizione o minaccia, pertanto poco motivato ad effettuare un percorso di reale messa in discussione delle proprie dinamiche, di gioco e non.

La presenza di una struttura pensata unicamente per questo tipo di dipendenza, con una equipe dedicata di professionisti, permette infatti a chi vi entra di sentirsi maggiormente compreso, contribuendo ad abbattere il pregiudizio del giocatore che nessuno lo possa davvero aiutare.

La presenza di soli giocatori permette inoltre a chi entra di sentirsi accolto, in un ambiente dove il vissuto del giocatore, come gli eventuali debiti, i furti di soldi e/o gioielli di familiari e amici, le continue menzogne e richieste di denaro, non viene più visto come inaccettabile o inconfessabile, ma può anzi venire espresso e condiviso più facilmente, senza il timore del giudizio esterno, in quanto assai simile a quello degli altri utenti della struttura.

Una delle caratteristiche del progetto Pluto è la sua dimensione quasi familiare, il numero massimo è infatti di **sei ospiti** presenti contemporaneamente: questo sia per favorire una quotidianità diversa da quella tipica delle comunità più grandi e dunque il meno distante possibile da quella dell'ambiente d'origine degli utenti, sia per favorire gli scambi relazionali tra di essi anche al di fuori delle attività terapeutiche, superando l'atteggiamento di chiusura, estraniamento e solitudine tipico di chi giunge ad avere seri problemi con il gioco d'azzardo.

Il ridotto numero comporta inoltre un ulteriore vantaggio, ovvero la possibilità per gli utenti di utilizzare al meglio gli spazi e le attività terapeutiche, senza la necessità di effettuare rotazioni o turni, ma permettendo anzi di concedere il necessario spazio a tutti in ogni attività, assai più complesso da realizzare all'interno di un gruppo composto da 15 o 20 persone.

Il periodo di permanenza, variabile da un minimo di due settimane fino ad un massimo di tre mesi eventualmente rinnovabili per massimo altri tre mesi, è stato pensato per andare incontro alle varie esigenze lavorative e/o familiari dell'utenza, nell'ottica quindi di un **percorso breve** ma concentrato, che preveda attività terapeutiche quotidiane svolte durante l'intero arco della giornata.

La comunità per le dipendenze senza sostanza

Quali possono essere in definitiva i vantaggi e le opportunità offerte dalla comunità per chi ha dipendenze non da sostanze?

In primis va considerata ovviamente l'astensione dai comportamenti che generano dipendenza, condizione fondamentale per iniziare un percorso di riflessione e allontanamento da tali condotte.

L'astinenza viene favorita non solamente dalla impossibilità, o estrema difficoltà, a reiterare le condotte patologiche, ma anche dall'allontanamento dall'ambiente d'origine, che spesso risulta

essere favorevole al mantenimento delle stesse, tanto da concorrere ad inficiare i tentativi di allontanarsene.

La comunità può offrire un ambiente protetto, in cui potersi sperimentare in maniera differente, senza le condizioni stressanti della propria quotidianità, garantendo quindi una maggiore “lucidità” per l’analisi e la gestione della propria vita, condizione molto difficile da raggiungere in una situazione di dipendenza patologica in cui la sequenza “assunzione – ricerca – assunzione” rappresenta la chiave cui ruota la giornata e l’attenzione della persona.

Proprio tale lucidità, oltre a permettere l’inizio di un percorso di messa in discussione delle proprie problematiche e fragilità, risulta molto importante nel caso di chi già ha tentato di interrompere le proprie condotte patologiche senza però riuscirci davvero; un percorso comunitario può permettere infatti di utilizzare meglio l’aiuto offerto dai Servizi per le Dipendenze presenti sul territorio: il medesimo tipo di aiuto, si tratti di un colloquio settimanale o una seduta di gruppo, che spesso si rivela inefficace per spezzare la fortissima catena delle condotte di dipendenza, può risultare invece molto utile nel mantenimento dell’astinenza una volta terminato il percorso comunitario.

La comunità terapeutica come possibile terapia per lo IAD

Alla luce di quanto detto finora, la comunità terapeutica potrebbe rivelarsi una strategia davvero efficace per aiutare chi soffre di dipendenza da schermo, ma a condizione che presenti alcune caratteristiche ben definite:

- La **specificità** della struttura, dedicata unicamente a questo tipo di dipendenza, in maniera tale da favorire la motivazione dell’utenza, così come la capacità di instaurare un proficuo rapporto di reciproco scambio tra i suoi membri.
- La creazione di **percorsi personalizzati** per il singolo utente, basati sulla tipologia di disturbo presentato, in una concezione di IAD come disturbo dalle diverse forme, ciascuna con le proprie caratteristiche.
- Il **periodo di permanenza** dovrebbe essere sufficientemente breve da potersi conciliare con le esigenze di una vita familiare e lavorativa, garantendo tuttavia un tempo adeguato ad effettuare un percorso personale: qualche mese potrebbe essere un arco di tempo sufficiente.
- L’ambiente dovrebbe favorire al massimo le possibilità di scambio comunicativo ed emotivo tra gli utenti, in quanto le dipendenze da Internet, proprio per la presenza di un mezzo, tendono a rendere le persone ancora più isolate e meno in grado di instaurare vere relazioni con persone in carne e ossa, senza il paravento dello schermo e l’anonimato garantito da Internet. Una struttura per **pochi utenti**, piccola e confortevole, che possa ricreare per quanto possibile una situazione “familiare” potrebbe rivelarsi una scelta valida in tal senso.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Il fenomeno dello IAD, fino a pochi anni fa pressoché sconosciuto, è in continua e costante evoluzione, la diffusione in tutta Italia della banda larga, così come delle connessioni wi-fi gratuite, fa pensare che il numero di casi segnalati presso i Servizi per le Dipendenze sia destinato ad aumentare, da cui l'urgenza di iniziare a ipotizzare strategie di intervento per una patologia che, seppur ancora non riconosciuta dalle classificazioni diagnostiche internazionali, è già diventata una preoccupante realtà in diversi stati in tutto il mondo.

La comunità terapeutica potrebbe in definitiva offrire diverse soluzioni e risposte a tale problematica, anche se probabilmente sarà necessario che lo IAD entri a pieno titolo nei vari manuali diagnostici DSM e ICD prima che vi vengano aperte strutture unicamente dedicate.

Le terapie possibili: il ruolo dello psichiatra

Giuseppe Imperadore, Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale ULSS 20
Annalisa Rizzetto, Dipartimento di Salute Mentale ULSS 22

Introduzione

Il crescente sviluppo e la sempre maggior diffusione delle reti telematiche ha determinato nel tempo una vera e propria rivoluzione nei nostri comportamenti, stili di vita, modalità di comunicare e di interagire in ambito relazionale e sociale. Inevitabilmente tali cambiamenti hanno finito per interessare la nostra attività mentale, influenzando gli assetti cognitivi, affettivi e relazionali e permettendo esperienze e possibilità sino a non molto tempo fa non ipotizzabili.

Se da un lato tutto questo ha offerto inequivocabili opportunità e straordinarie risorse, dall'altro l'impatto delle nuove tecnologie si accompagna a criticità e rischi per la nostra salute mentale le cui conseguenze in termini di sofferenza psicologica e di disturbi formali di tipo psichiatrico sono oggetto di una crescente mole di studi e ricerche.

Recentemente il problema della dipendenza da rete è stato, infatti, affrontato in termini di definizione, classificazione ed opzioni di trattamento. Altrettante enfasi è stata data, inoltre, alla frequente presenza di comorbilità psichiatrica ed alle modalità con cui questa è in grado di condizionare gli esiti dei trattamenti offerti.

Nei lavori più recenti, infine, si è cercato di definire quali professionalità e competenze debbano essere integrate al fine di garantire protocolli di cura efficaci ed accessibili alla popolazione. In tale contesto il ruolo dello psichiatra e del servizio psichiatrico territoriale potrebbe essere quello di consulente, consultabile in due specifiche fasi del percorso, quella diagnostica in cui si deve evidenziare la presenza o meno di una comorbilità psichiatrica e quella terapeutica in cui si deve poter impostare e gestire una terapia farmacologica nel caso di comorbilità accertata o di parziale risposta ai trattamenti non farmacologici considerati più efficaci, quali gli interventi cognitivo-comportamentali, i gruppi di supporto, i gruppi di auto-aiuto online e/o offline (Cagnoni & Nardone, 2002).

Nonostante l'estrema carenza di evidenze disponibili in letteratura (presenza esclusiva di studi in aperto e/o case-report), alcuni trattamenti farmacologici hanno mostrato una qualche efficacia nel ridurre la sintomatologia dell'IAD e nel controllo del craving; tra questi va ricordato il naltrexone, antagonista degli oppioidi, che può risultare utile nel ridurre l'euforia e l'esperienza di

reward associata alla dipendenza, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, per la loro efficacia sui sintomi da discontrollo degli impulsi e gli anticonvulsivanti impiegati per la loro funzione di stabilizzatori dell'umore (sodio valproato) (Casha et al, 2002).

Dipendenze da rete

Negli ultimi anni i ricercatori hanno cercato di inquadrare dal punto di vista nosografico quello che viene comunemente chiamato “un uso eccessivo della rete”. Un recente lavoro di De Lorenzo e coll. (2013) ha riassunto l'evoluzione di tale percorso partendo dal contributo di Ivan Goldberg, psichiatra americano che nel 1996 ha proposto per primo una nuova categoria diagnostica chiamata Internet Addiction Disorder (IAD) basandosi sui criteri impiegati dal DSM IV per definire la presenza di una dipendenza da sostanze. Successivamente Griffiths, nel 1998, ha elaborato ulteriormente tale definizione arrivando ad individuare i seguenti criteri per poter far diagnosi di IAD: dominanza dell'attività virtuale nella sfera cognitiva, affettiva e comportamentale, alterazioni del tono dell'umore, tolleranza, sintomi di astinenza, conflitti e ricadute rispetto all'utilizzo. Ma l'inquadramento dell'IAD in termini di disturbo conseguente ad un discontrollo degli impulsi e non più assimilabile alla definizione di dipendenza, in questo caso in assenza di sostanza, lo si deve a Kimberly Young, che nello stesso anno partendo dall'analisi del gioco d'azzardo patologico arrivava a definire un nuovo set di criteri diagnostici, rappresentati da: utilizzo eccessivo della rete, bisogno di passare quantità di tempo sempre maggiori in rete, tentativi di controllare, ridurre o interrompere l'uso di internet, reazioni di irritabilità o irrequietezza a seguito dell'interruzione della navigazione online e ricadute negative sul versante personale e relazionale legate ad esso (diminuzione del rendimento lavorativo o scolastico, peggioramento delle relazioni interpersonali in ambito familiare e/o sociale, impiego della rete come strumento per alleviare o superare stati emotivi negativi). Tra i successivi contributi alla definizione di IAD va, infine, ricordato quello fornito da Caretti e La Barbera (2001) che hanno incluso all'interno di questa nuova categoria diagnostica una serie di comportamenti patologici quali, il gioco d'azzardo compulsivo online, la dipendenza da cybersesso, da cyber-relazioni, da giochi di ruolo online, dalla ricerca spasmodica di informazioni (information overload), il trading e lo shopping online compulsivo. Per la prima volta si è parlato di spettro, intendendo una insieme di disturbi caratterizzati da due aspetti peculiari, la sostituzione della realtà con una realtà mediatica e la saturazione dei bisogni emotivi attraverso esperienze virtuali.

recentemente alcuni autori hanno proposto l'inserimento dell'IAD all'interno del nuovo DSM V; tale proposta è stata in realtà solo parzialmente accolta dalla task force e dai gruppi di lavoro dell'ultima versione del sistema di classificazione americano, tanto che nella sezione 3 del

DSM V, riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche prima di essere formalmente considerate disturbi, compare il solo Disturbo da gioco su Internet (Internet Gaming Disorder) ed i relativi criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2014).

Nonostante i progressi compiuti dal punto di vista nosografico, grazie ai diversi contributi sopra riportati, allo stato attuale risulta ancora assente in letteratura una definizione condivisa di tale disturbo. Non a caso alcuni autori fanno notare come la presenza di più di venti proposte ed etichette diagnostiche crei una situazione talmente caotica da poter parlare di una vera e propria “babele diagnostica”. Se a ciò si aggiunge la presenza di circa una ventina di strumenti diagnostici, in genere costituiti da questionari somministrati e compilati online, scarsamente specifici per quella fascia di età maggiormente a rischio per fenomeni di dipendenza quale quella degli adolescenti, si arriva a capire l’ampia disparità dei tassi di prevalenza rilevati dalle diverse ricerche di settore che vanno dall’1 al 5,90% riscontrato nei paesi europei al 10-20% evidenziato nei paesi asiatici (De Lorenzo et al, 2013).

Cionostante, pur in presenza di evidenti limiti metodologici, i dati delle ricerca consentono di definire quali fattori possano essere considerati di rischio e di protezione per lo sviluppo di IAD. Si evidenzia, ad esempio, una maggior prevalenza di tale disturbo nella popolazione maschile (maggior vulnerabilità in accordo con quella rilevata negli studi sull’abuso di sostanze), nelle fasce di età più giovani ed in alcune caratteristiche di personalità quali la presenza di ostilità, di comportamento aggressivo e di alcune sotto-dimensioni del Sensation Seeking come la disinibizione e la suscettibilità alla noia. Tra i fattori di rischio ambientali si evidenzia una importante correlazione tra livelli di stress e sviluppo di dipendenza con una tendenza all’utilizzo di internet per regolare stati emotivi correlati alla difficoltà di gestione dello stress.

Per quanto riguarda i fattori di protezione, un ruolo fondamentale viene assegnato al cosiddetto locus of control interno, inteso come capacità di mantenersi entro un utilizzo sano ed efficace di internet, visto e vissuto come risorsa e non come realtà alternativa. Tale caratteristica andrebbe, in definitiva, a descrivere tutti quegli adolescenti e tutti quegli adulti capaci di cogliere e mantenere un ruolo attivo nel muoversi sia nel mondo reale sia in quello virtuale.

La comorbilità psichiatrica

L’elevata percentuale di soggetti affetti da IAD e da un disturbo formale di tipo psichiatrico (in grado di soddisfare i criteri del DSM-IV-TR) porta inevitabilmente a chiedersi quale sia il reale significato di questa comorbilità; in tale contesto, a seconda del tipo di approccio, la dipendenza da internet può essere realmente considerata una entità autonoma dal punto di vista nosografico a cui

può seguire lo sviluppo di un disagio psicologico più o meno manifesto oppure una possibile espressione di una patologia psichiatrica preesistente.

Per quanto riguarda la tipologia dei disturbi maggiormente coinvolti, una prima revisione sistematica di venti studi (diciannove trasversali e uno prospettico) ha riportato una elevata comorbidità soprattutto con i sintomi di ADHD (100% degli studi) e con la depressione (75% degli studi). Percentuali altrettanto significative, rispettivamente il 60 ed il 66% degli studi, descrivono una comorbidità con i sintomi ossessivo-compulsivi e con le dimensioni ostilità ed aggressione. La correlazione, variabile da un OR di 1,02 ad una OR di 11,66, risulta essere più forte per la depressione e più debole per le dimensioni ostilità ed aggressione, mentre contrariamente a quanto emerso in precedenti lavori, non si dimostra alcuna correlazione significativa con la fobia sociale (Carli et al, 2013).

Una successiva metanalisi di Ho e coll. (2014), basata su criteri di inclusione più rigidi, ha selezionato otto studi comprendenti 1641 pazienti affetti da IAD confrontati con 11210 controlli. Una correlazione statisticamente positiva viene evidenziata nei pazienti affetti da abuso di alcol, da ADHD, da depressione e da sintomi d'ansia. Nello specifico il 26,3% dei pazienti con IAD soffrirebbe di depressione, il 23,3% di ansia e il 21,7% di ADHD, risultati non così diversi da quelli forniti dalla letteratura relativamente alla comorbidità tra disturbi psichiatrici ed abuso e dipendenza da sostanze.

Tali risultati portano inevitabilmente a dover ricercare la presenza o meno di comorbidità psichiatrica sin dalle prime fasi di osservazione di una specifica situazione clinica. L'evidenza di una patologia psichiatrica concomitante non può infatti non condizionare l'intero progetto terapeutico, sia quando essa sia chiaramente presente nell'anamnesi nel paziente sia quando si esprima per la prima volta in occasione del manifestarsi della dipendenza o paradossalmente in occasione della risoluzione della stessa. Nonostante l'assenza di evidenze specifiche, si può infatti ritenere plausibile l'ipotesi che un disturbo sottostante condizioni la risposta a trattamenti sia di tipo psicoterapico sia di tipo farmacologico, favorendo la cronicizzazione della dipendenza ed aggravando le sue conseguenze in termini di sofferenza soggettiva e di funzionamento sociale (attività scolastica, lavorativa, capacità relazionale etc.). La stessa aderenza ai trattamenti proposti può risultare francamente compromessa dalla presenza di una sintomatologia ansiosa o depressiva, con difficoltà a seguire i percorsi di cura individuati e facilità ad interromperli prima ancora di verificarne l'efficacia.

Nei paragrafi successivi si andranno a definire quali opzioni di trattamento farmacologico possono essere prese in considerazione nel caso delle comorbidità psichiatriche più rilevanti dal punto di vista epidemiologico. In assenza di dati della letteratura che possono supportare il clinico

nelle scelte che deve operare nella pratica quotidiana, verranno riportate alcune strategie di cura mutuata direttamente dalle raccomandazioni e dalle linee guida disponibili per il trattamento degli specifici disturbi psichiatrici concomitanti.

Per quanto riguarda i possibili rischi di interazione tra alcuni trattamenti suggeriti, quale il naltrexone, e le classi di psicofarmaci comunemente usate nelle condizioni di comorbidità non sembrano esserci particolari rischi segnalati dalla letteratura. Pur non essendoci studi di interazione specifici, va ricordato come né il naltrexone né il suo principale metabolita, 6-beta-naltrexolo, sono metabolizzati dagli isoenzimi del citocromo P450, per cui è improbabile che la farmacocinetica del naltrexone sia influenzata da eventuali composti che presentano una attività di inibizione sugli stessi enzimi.

Depressione

La comorbidità con la depressione rimanda inevitabilmente ad evidenze ormai consolidate nella letteratura che supportano l'impiego degli antidepressivi come farmaci di scelta. Le classi di farmaci maggiormente utilizzate sono rappresentate dagli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e dagli inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (SNRI), mentre per motivi più di tollerabilità che di efficacia gli antidepressivi triciclici (TCA) vengono generalmente considerati composti di seconda scelta.

I dati della letteratura indicano che dal 30 al 45% dei pazienti affetti da depressione non risponde o risponde in modo insoddisfacente ad un trattamento con antidepressivi condotto in maniera adeguata per dosaggio e durata. Indipendentemente dalle diverse interpretazioni disponibili in letteratura, la resistenza viene in genere definita sulla base del numero dei fallimenti accertati delle cure precedenti; in tal senso appare più utile dal punto di vista operativo considerare la resistenza stessa non come un fenomeno tutto o nulla ma come un *continuum*. In base a tale modello (definito a stadi) il numero complessivo di tali trattamenti definisce il livello di resistenza ai farmaci senza che venga stabilita perciò una resistenza assoluta.

Dal punto di vista terapeutico le strategie di trattamento proposte per la depressione resistente sono rappresentate da: l'ottimizzazione del trattamento iniziale; la sostituzione (*switching*) del trattamento antidepressivo con un farmaco appartenente ad una classe diversa o con un composto della stessa classe ma con un profilo farmacologico diverso; la combinazione di due antidepressivi (*combination*); l'associazione di un antidepressivo con farmaci non antidepressivi (*augmentation*) quali i sali di litio, l'ormone tiroideo o gli antipsicotici di seconda generazione in particolare quetiapina, olanzapina ed aripiprazolo.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Particolare attenzione va posta al corretto inquadramento dell'episodio depressivo nell'ambito di un disturbo unipolare o bipolare in considerazione dei possibili rischi di destabilizzazione a breve termine (induzione di un viraggio ipomaniacale o maniacale) o a medio e lungo termine (induzione di una rapida ciclicità) conseguente all'impiego di praticamente tutti gli antidepressivi. Nel caso di sospetto o certezza della presenza di una bipolarità, a seconda della specifica situazione clinica, ci si dovrà porre la domanda se utilizzare o meno la terapia antidepressiva ed in caso affermativo si dovranno prendere tutte le precauzioni per evitare il potenziale viraggio (ad es. associando sin dall'inizio un farmaco con funzione di stabilizzatore dell'umore, quali i sali di litio, gli anticonvulsivanti come sodio valproato o carbamazepina o alcuni antipsicotici di seconda generazione quali olanzapina o quetiapina).

Per quanto riguarda le modalità di gestione del trattamento in fase acuta ed in fase di mantenimento e prevenzione delle ricadute, le linee guida raccomandano il mantenimento della stessa dose risultata efficace anche nel corso di trattamenti a lungo termine e la prescrizione o meno di una terapia di mantenimento sulla base del numero di ricadute, dell'intensità clinica del singolo episodio e sulla qualità della risposta (persistenza o meno di sintomi residui).

Sintomi ossessivo-compulsivi

La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi non rimanda direttamente ad una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, potendo questi essere considerati una dimensione presente in vari disturbi psichiatrici quali i disturbi dell'umore, in particolare la depressione, alcune forme di schizofrenia, in particolare quelle a prevalente componente sintomatologia negativa, i disturbi pervasivi dello sviluppo, l'ADHD ed alcune patologie neurologiche quali il Gilles de la Tourette. Non a caso alcuni autori parlano di spettro ossessivo-compulsivo e vedono nell'interessamento principalmente del sistema serotoninergico e di quello dopaminergico le basi neuropatologiche di tali sintomi.

Le evidenze relative al trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo enfatizzano il ruolo e l'efficacia dei farmaci antidepressivi serotoninergici, in primis gli SSRI e come seconda scelta i TCA per i già riportati problemi di tollerabilità. Elementi comuni di tali trattamenti sono rappresentati dalla necessità di impiego di dosi generalmente più elevate di quelle impiegate nel trattamento della depressione maggiore e dalla presenza di tassi di risposta più bassi di quelli sempre evidenziati nel trattamento della depressione maggiore.

Nelle cosiddette forme "resistenti" alla terapia antidepressiva, alla possibile strategia di sostituzione (nell'ambito della stessa classe o tra classi diverse) segue in genere quella di potenziamento del farmaco antidepressivo con gli antipsicotici, con evidenze forti che sostengono l'impiego di

aloperidolo tra gli antipsicotici di prima generazione e di risperidone tra quelli di seconda generazione.

Anche in questo tipo di comorbilità, la modalità di gestione in fase acuta e di mantenimento rimanda a quanto suggerito dalle linee guida relativamente al trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo o di altre categorie diagnostiche laddove i ossessivi-compulsivi rappresentino esclusivamente una dimensione psicopatologica.

Sintomi d'ansia

Anche la presenza di sintomi d'ansia, sia in forma generalizzata sia in forma parossistica, non rimanda in maniera univoca ad una specifica entità diagnostica. La sintomatologia ansiosa attraversa, infatti, l'intera nosografia psichiatrica prevedendo modalità di trattamento farmacologico che non possono fare a meno di una precisa diagnosi della patologia sottostante.

Per i ben noti problemi di abuso e dipendenza, le benzodiazepine sono farmaci sconsigliati per il trattamento a medio e lungo termine della sintomatologia ansiosa, in particolar modo negli individui con predisposizioni tossicofiliche o con situazioni di dipendenza da sostanze anamnestiche o in corso.

Le evidenze disponibili in letteratura supportano da tempo l'impiego degli antidepressivi la cui efficacia è ampiamente dimostrata nelle diverse forme di disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzata, disturbi fobici, disturbo da attacchi di panico, etc). Più recentemente alcuni antipsicotici di seconda generazione quali la quetiapina e l'olanzapina sono stati proposti per il trattamento di forme d'ansia particolarmente intense e durature nel tempo, sia in termini di potenziamento dei composti antidepressivi sia in termini di alternative nel caso di non risposta agli antidepressivi.

ADHD

La persistenza dell'ADHD in età adulta è diventata solo recentemente oggetto di interesse della ricerca. Le differenze tra i tassi di incidenza di tale patologia nel corso dell'infanzia e nelle successive fasi ed alcuni dati della letteratura che considerano il disturbo come predittivo di un successivo sviluppo di un grave disturbo dell'umore, in genere di tipo bipolare, o di personalità, in genere di tipo borderline, hanno per molto tempo favorito l'ipotesi che l'ADHD fosse destinato ad evolversi nel tempo e non avesse caratteristiche di stabilità.

Solo negli ultimi anni le possibilità di trattamento dell'ADHD nell'adolescente e/o nell'adulto, laddove correttamente riconosciuto, sono state implementate dalla presenza di specifici trattamenti farmacologici. Nell'ambito della classe degli stimolanti, il metilfenidato è risultato il

composto di prima scelta mentre tra i farmaci non stimolanti l'atomoxetina risulta essere il farmaco di più provata efficacia. Evidenze meno forti caratterizzerebbero, infine, composti come il bupropione e i TCA.

Conclusioni

La potenziale comorbilità psichiatrica dell'IAD suggerisce un atteggiamento terapeutico particolarmente attento e cauto nelle prima fase di valutazione del paziente, volto ad indagare la presenza o meno di concomitanti disturbi psichiatrici, più o meno manifesti, che potrebbero influire in maniera significativa sull'esito dei trattamenti. In tal senso una dettagliata anamnesi psichiatrica ed un altrettanto scrupoloso esame obiettivo psichiatrico dovrebbero essere condotti al fine di escludere che l'insorgenza di un IAD possa rappresentare una modalità di espressione o una complicazione di una patologia preesistente.

Per quanto riguarda l'impostazione di un trattamento efficace per l'IAD, l'individuazione di una comorbilità psichiatrica può orientare sin da subito verso l'associazione di un intervento di tipo psicoterapico con un intervento di tipo farmacologico. Le evidenze disponibili in letteratura che suggeriscono l'efficacia mirata di una terapia per questa forma di dipendenza sono in realtà assolutamente esigue e provenienti da studi molto deboli dal punto di vista metodologico. Ancor meno studiate risultano inoltre eventuali strategie farmacologiche utili nel caso della presenza di una comorbilità psichiatrica. A tale riguardo la possibilità di selezionare composti e modalità di cura da setting sperimentali e clinici diversi, quali possono essere in particolar modo quelli per il trattamento dei disturbi dell'umore e d'ansia, rappresenta una modalità che, seppur empirica, consente di instaurare una terapia potenzialmente efficace.

La possibilità di poter usufruire di evidenze forti che guidino il clinico nelle impostazioni dei protocolli di intervento farmacologici è strettamente correlata al raggiungimento in ambito scientifico di una maggior condivisione della definizione di dipendenza da internet e di una maggior specificità degli strumenti diagnostici impiegabili. Solo tale chiarezza potrà, infatti, consentire di selezionare popolazioni di pazienti omogenei, valutabili con modalità analoghe al fine di produrre risultati affidabili e replicabili che consentano un adeguato trasferimento di protocolli di cura dal setting sperimentale a quello della pratica clinica quotidiana.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.

Bellantuono C, Rizzetto A & Imperadore G. (2014). Psicofarmacoterapia. In: *Manuale di Psicopatologia* (Siracusano A. ed.). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Brand M, Laier C & Young KS. (2014). Internet addiction: coping styles, expectancies, and treatment implications. *Frontiers in Psychology* 5:1256.

Casha HR, Steela AH & Winklerb A. (2012). Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. Disponibile al sito <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480687>.

Cagnoni, F. & Nardone, G. (2002). Perversioni in rete. Psicopatologie da internet e il loro alle trattamento. Ponte Grazie, Milano.

Carli V, Durkee T, Wasserman D et al. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46 (1), 1-13.

Cash H, Rae CD, Steel Ah & Winkler A. (2012). Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Current Psychiatric Reviews*, 8, 292-298.

Di Lorenzo M, Lancini M, Suttora C & Zanella TE. (2013). La dipendenza da internet in adolescenza tra normalità e psicopatologia: uno studio italiano. *Psichiatria e Psicoterapia* 32, 2, 101-134.

Ho RC, Zhang MWB, Tsang TY et al. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 14:183.

Kooij SJ, Beierot S, Blackwell A, Caci H, et al (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 10:67

Wei HT, Chen MH, Huang PC & Bai YM. (2012). The association between online gaming, social phobia, and depression: an internet survey. *BMC Psychiatry* 12:92.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Consigli per genitori e conviventi

Serena Vanini

Psicologa Psicoterapeuta Comunità Villa Soranzo, Venezia

Premessa

“Addiction” è un termine piuttosto recente e sfaccettato che potrebbe ben essere tradotto come una dipendenza da processo. Una dipendenza da processo è una condizione in cui una persona dipende per qualche forma di comportamento, come l'amore, il sesso, il gioco d'azzardo, lo shopping o altro ancora, ed è un termine generale per qualsiasi dipendenza comportamentale che non coinvolge per forza droghe o alcol. L'attenzione al tema dell'Addiction non indirizza la nostra attenzione solamente alle manifestazioni di disagio strettamente legate al fenomeno di dipendenza ma piuttosto ad un processo di costruzione dell'esperienza dove la persona “addicted”, attraverso la sua manifestazione comportamentale, rimane intrappolata all'interno di un disagio più profondo che spesso precede e condiziona il comportamento addittivo stesso. Il fenomeno di Addiction è in crescente espansione e spesso i primi sintomi della sua comparsa coinvolgono famiglie di adolescenti e/o di persone che accusano maggiormente le ripercussioni di cambiamenti storici e culturali di questo tempo come perdita di lavoro, precarietà dell'occupazione, assenza di certezze rispetto alla progettazione del proprio futuro.

Il tema della videodipendenza evoca riflessioni legate non solo ad una dipendenza dal video in senso stretto ma anche all'utilizzo delle nuove tecnologie, ormai parte integrante delle nostre vite.

E' importante ricordare che di qualsiasi dipendenza si tratti stiamo sempre parlando di sofferenza e di tentativi di superarla, sedarla, negarla.

Qualsiasi forma di dipendenza rappresenta infatti il sintomo di problemi più profondi, un vuoto che si cerca di colmare con la quantità, con una compulsione che spesso viene scambiata per la soluzione.

A partire dai cambiamenti epistemologici che il tema del Gioco d'azzardo Patologico ci ha costretti a intraprendere prima, e con l'avvento delle innumerevoli forme di nuove dipendenze in seguito, ci troviamo di fronte forme di dipendenza agite e sviluppate in aree che nemmeno lontanamente sembrano avere a che fare con la dipendenza per come la si conosceva. Non si tratta di assuntori di sostanze illegali e non, non si tratta di soggetti ben identificabili, riconoscibili. Le

nuove dipendenze coinvolgono persone come noi, come i nostri familiari più stretti, come i nostri figli.

I nuovi dipendenti sostanzialmente siamo noi.

Non solo. Gli oggetti e i comportamenti sui quali si innesta il processo di dipendenza sono assolutamente “buoni”, si tratta di strumenti coi quali ognuno di noi non solo può avere a che fare per scelta, ma, ormai nella stragrande maggioranza dei casi, attraverso i quali lavoriamo e studiamo.

La prossimità alla nostra quotidianità rende molto pericoloso il mondo delle nuove dipendenze in termini di facilità di “fruizione” dell'oggetto di dipendenza, dell'assenza di segnali sociali di disapprovazione in merito alla condotta di abuso inibendo i normai campanelli d'allarme che portano normalmente a modulare i propri comportamenti.

Queste dipendenza hanno molto a che fare con la normalità e con essa si confondono rendendo complessa la definizione dei limiti.

Definizione di Dipendenza da Rete

Nel 1995, grazie allo psichiatra Goldberg, si iniziava a parlare di dipendenza da rete individuandone dei tratti distintivi mutuati dalla definizione della dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico descritta nel DSM-IV TR. In Italia si è iniziato a parlare di dipendenza da Internet nel 1997 ed è stata definita una patologia che rientra nello spettro delle nuove dipendenze (come lo shopping compulsivo, dipendenza da persone, gioco d'azzardo, sesso...).

I principali sintomi che caratterizzano l'Internet Addiction Disorder (I.A.D.) sono:

- bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore in rete per ottenere soddisfazione;
- marcata riduzione di interesse per altre attività che non siano Internet;
- sviluppo, dopo la sospensione o diminuzione dell'uso della rete, di agitazione psicomotoria, ansia, depressione, pensieri ossessivi su cosa vi accada, classici sintomi astinenziali;
- necessità di accedere alla rete sempre più frequentemente o per periodi più prolungati rispetto all'intenzione iniziale;
- impossibilità di interrompere o tenere sotto controllo l'uso di Internet;
- dispendio di grande quantità di tempo in attività correlate alla rete;
- continuare a utilizzare Internet nonostante la consapevolezza di problemi fisici, sociali, lavorativi o psicologici recati da esso.

Più recentemente (AA.VV., 1998), per individuare e distinguere i segni di rete-dipendenza dal consumo non patologico di Internet, si è iniziato a fare riferimento ad alcuni comportamenti, che rappresentano indicatori qualitativi o quantitativi di differenza tra normalità e patologia e che hanno permesso di distinguere un percorso verso la forma più stabile della Dipendenza Patologica dalla Rete che va da una fase iniziale caratterizzata dall'attenzione ossessiva e ideo-affettiva a temi e strumenti inerenti l'uso della rete a una fase intermedia caratterizzata dall'aumento del tempo trascorso on-line, con un crescente senso di malessere, di agitazione, di mancanza di qualcosa o di basso livello di attivazione quando si è scollegati (una condizione paragonabile all'astinenza) per arrivare ad un ultimo stadio in cui la rete-dipendenza agisce ad ampio raggio, danneggiando diverse aree di vita, quali quella lavorativa, delle relazioni reali e quella scolastico-lavorativa e in cui si rilevano problemi di scarso profitto, di assenteismo scolastico-lavorativo e di isolamento sociale anche totale.

Appare evidente quanto sottili e delicati siano i confini tra una fase e la successiva e quanto possa risultare complesso per la persona dipendente raggiungere un livello di consapevolezza relativamente alla propria difficoltà per provare a modificare il proprio comportamento di fruizione.

Origini della Dipendenza da Rete

La dipendenze dalla rete rappresenta spesso un tassello che configura il quadro clinico di persone che presentano una particolare e precaria stabilità emotiva o in cui sono già presenti altri disturbi psicologici quali, ad esempio, depressione, disturbi bipolari o ossessivi-compulsivi.

In questi casi, infatti, il ricorso ad Internet sembra strettamente collegato ad un tentativo di compensare le difficoltà relazionali reali, ricercando nella rete amici o relazioni sentimentali attraverso una via più veloce e che consente di superare delle insicurezze che, invece, sono amplificate dalle quotidiane relazioni faccia a faccia.

Il contatto sociale mediato dalla virtualità si configura come un utile strumento per superare le difficoltà di comunicazione, in quanto consente di mettersi in gioco mediante una graduale conoscenza e garantisce una certa protezione dal rischio di rifiuto e dalla sperimentazione delle proprie difficoltà e incapacità relazionali e comunicative.

Questo aspetto ci porta alla considerazione che persone con certi tipi di disagio psicologico dovrebbero moderare l'utilizzo di Internet e riflettere (o essere guidate a riflettere) sui bisogni che la Rete talvolta crea l'illusione di poter soddisfare e sugli aspetti della propria personalità e sulle proprie insicurezze.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

La Rete, in virtù delle sue enormi risorse, possiede delle cosiddette potenzialità psicopatologiche, quali la capacità di indurre sensazioni di onnipotenza, come vincere le distanze e il tempo, o cambiare perfino identità e personalità, si comprende come sia necessario utilizzare questo potente strumento rimanendo padroni di tutte le proprie capacità razionali di controllo del proprio comportamento.

La caratteristica costante che fa da sfondo ad ogni dipendenza da internet è la capacità della rete di rispondere (o illudere di rispondere) a molti bisogni umani, consentendo di sperimentare dei vissuti importanti per la costruzione del Sé e di vivere delle emozioni sentendosi, al contempo, protetti.

Internet, infatti, annulla lo spazio e consente ciò che nella realtà non si può realizzare o che si può fare in molto tempo, viaggiando per ore ed interagendo più lentamente e spesso in strutture diadiche o in piccoli gruppi. Le chat, invece, abbattano le frontiere e consentono di parlare con gruppi numerosi in stanze che la realtà difficilmente rende disponibili, consentendo spesso discorsi paralleli, solo virtualmente possibili. Inoltre, le community più stabili creano, più o meno vere, sensazioni di appartenenza, rispondendo ad un grande bisogno umano e consentendo di esercitare quella che è stata definita la moratoria psico-sociale, ossia l'allenamento ai ruoli e alle interazioni che sospende le conseguenze e quindi le responsabilità, le scelte e i vincoli definitivi.

Nelle stanze virtuali si può sperimentare la propria identità in tutte le sue sfumature, cambiando età, professione e perfino il sesso di appartenenza, ascoltando le reazioni degli altri e maturando delle convinzioni, attraverso il confronto con altre personalità più o meno reali.

I rischi sono quelli legati ad ogni situazione che consenta di far emergere e di soddisfare i bisogni più profondi e inconsapevoli: si sperimentano parti di sé che potrebbero sfuggire al controllo, soprattutto quando si dispone di uno strumento di comunicazione che consente di rimanere uomini e donne senza volto, una condizione che potenzialmente può favorire la comparsa di comportamenti guidati da una minima morale.

Per i più giovani in età di sviluppo e per alcuni soggetti predisposti, il rischio è che l'abuso della rete per comunicare crei confusione nella distinzione tra reale e virtuale (soprattutto nel senso di Sé), che non sia più facile comprendere cosa fa parte di Sé realmente e cosa è possibile sperimentare solo virtualmente, poiché ciò che è concesso in Rete non ha le stesse conseguenze che si produrrebbero nella realtà. (Cantelmi T e al. 2000; Pravettoni G., Beria A., Guberti S. 2004)

Chi è dipendente dalla rete?

Da quanto detto emerge chiaramente come sia potenzialmente a rischio di sviluppare una dipendenza da rete colui che ha difficoltà di comunicazione e di relazione o problemi da cui desidera fuggire.

Una delle caratteristiche peculiari di internet risiede nell'uso infinito e camaleontico che ne può essere fatto ed è proprio questa poliedricità che finisce col rendere molto sottile il confine tra uso e abuso della rete. Per questo motivo non è facile delineare un profilo preciso del soggetto dipendente dalle tecnologie: alcuni possono utilizzare internet in maniera patologica perché ne ricavano piacere alla stessa maniera del tossicodipendente, altri, invece, possono usare internet come una vera e propria via di fuga dalla realtà vissuta, spesso, come dolorosa e insoddisfacente. In entrambi i casi, alla base dell'abuso di internet, è possibile individuare una radice comune, ovvero un'apparente risoluzione per problematiche di vario tipo quali ansia, insicurezza, paure, fobie, difficoltà relazionali, tutti disturbi che il sistema sociale attuale contribuisce ad accentuare. Persone insicure, con una scarsa stima di sé o con difficoltà a relazionarsi, trovano, quindi, un rifugio ideale su internet. Queste, nel mondo virtuale, da un lato, trovano un modo per rinchiudersi in se stesse e dall'altro un modalità che permette loro di creare un realtà alternativa. La rete diventa, pertanto, quella che possiamo definire la tentata soluzione da parte del soggetto di risolvere i suoi problemi, in grado di creare un vero e proprio autoinganno, ovvero, la sensazione quando si è "on-line", di sentirsi non solo protetti ma anche sicuri di sé, stimati, desiderati e di essere, in generale, quello che non si è grado di essere nel mondo reale (posso creare un'identità fittizia, posso essere il supereroe dei videogiochi, avere una lunghissima lista di amici).

Ciò di cui la persona non si rende conto è che, invece, la rete allontana dalla realtà e che lo schermo del pc non fa altro che separarlo sempre di più dal mondo e dagli affetti della vita reale. E' così che la tentata soluzione utilizzata per risolvere il problema, si trasforma nel problema stesso e ciò che prima poteva servire alla soddisfazione di un piacere, utilizzato in maniera ripetuta nel tempo, si trasforma in un qualcosa di cui non se ne può più fare a meno. Così internet, da grande strumento in grado di dare la possibilità di "muoversi liberamente" in un click, paradossalmente finisce col trasformarsi in prigione forzata dove rifugiarsi immediatamente nel momento in cui, nella vita reale, la persona colleziona insuccessi, fallimenti, delusioni, ansie, preoccupazioni.

E' a questo punto che il soddisfacimento di un falso piacere (sto bene quando navigo) può trasformarsi in dipendenza (sto bene solo quando navigo).

I soggetti a rischio di videodipendenza presentano solitamente problemi psicologici preesistenti alla rete-dipendenza, come ad esempio solitudine, insoddisfazione nelle relazioni,

stress, insicurezza, ansia, depressione, isolamento sociale, ecc..

La rete diventa così un mezzo tramite il quale si manifesta un disagio a monte. Come ogni dipendenza, nella videodipendenza si presentano tolleranza (aumento significativo del tempo trascorso in Internet per ottenere gratificazione), astinenza (caratterizzata da agitazione psicomotoria, ansia, pensieri ossessivi su cosa sta succedendo in Internet) e craving o smania (accesso ad Internet sempre più frequente o per periodi di tempo più prolungati rispetto all'intenzione iniziale, desiderio o sforzo infruttuoso di interrompere o tenere sotto controllo l'uso di Internet, dispendio della maggior parte del proprio tempo in attività correlate all'uso di Internet).

E la famiglia?

Le persone con dipendenza presto producono intorno a sé un ambiente conflittuale, come conseguenza della loro malattia. Solitamente il primo ambiente coinvolto è la famiglia, naturale o acquisita.

Le reazioni dei familiari possono essere varie, dettate dal carattere dei singoli individui e nel tempo, la famiglia può organizzarsi con ruoli stabili intorno al problema della persona dipendente, in cui ciascuno riconosce un senso e una funzione, per quanto inutile o addirittura controproducente.

Il vissuto di chi vive accanto ad un familiare che ha sviluppato una dipendenza da rete è molto spesso un vissuto di confusione, rabbia e impotenza. La sensazione di diventare invisibili agli occhi del familiare malato porta a reazioni contrastanti.

Ciò che appare evidente è che, come ogni dipendenza, anche la dipendenza da rete origina da una problematica emotiva precedente. La rete soddisfa facilmente e pienamente dei bisogni profondi del soggetto, bisogni che evidentemente la persona non è riuscita a soddisfare all'interno del proprio contesto emotivo e familiare.

Così il primo scossone prodotto dalla dipendenza, qualunque essa sia, è proprio a livello delle relazioni primarie che si scoprono “fallimentari” e “mancanti”.

La reazione a questa scoperta può oscillare dalla messa in discussione del sistema familiare che diviene allora collaborativo e unito nell'affrontare i passi del percorso di cambiamento alla negazione della propria responsabilità nella malattia del familiare e quindi, indirettamente, diviene ostacolo nel processo di cambiamento.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Che il familiare in questione sia un figlio, un genitore o un compagno la sua malattia toccherà profondamente i costrutti nucleari di quella relazione denunciandone lacune e fragilità e portando alla luce aspetti di personalità insospettabili.

Riconoscere che lo svilupparsi di una dipendenza non rappresenta una colpa né per il soggetto “portatore” né per il suo sistema relazionale è il primo passo per poter affrontare coraggiosamente e con determinazione un ipotetico trattamento di cura.

Nel corso del tempo sono stati ideati alcuni questionari che permettono di individuare velocemente se il proprio rapporto con lo strumento “rete” abbia assunto un carattere di problematicità. A volte è utile anche ai familiari provare a rispondere a queste domande per cercare di comprendere se la persona che hanno accanto stia superando un limite di problematicità ed attivare tempestivamente delle strategie di aiuto. (www.netaddiction.com)

Ti senti preoccupato nell'utilizzo di Internet (pensieri concernenti precedenti attività online o anticipatori di prossime sessioni online)?

Senti la necessità di usare Internet con quantità crescenti di tempo al fine di raggiungere la soddisfazione?

Hai ripetutamente compiuto sforzi infruttuosi di controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet?

Ti senti irrequieto, lunatico, depresso o irritabile quando tenti di ridurre o interrompere l'uso di Internet?

Vuoi rimanere online più di quanto inizialmente previsto?

Hai messo a repentaglio o rischiato la perdita di relazioni significative, lavoro, opportunità scolastiche o di carriera a causa di Internet?

Hai mentito ai familiari, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del coinvolgimento con internet?

Usi Internet come un modo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)?

Consigli pratici

Le azioni che possiamo intraprendere per cercare di aiutare il familiare a riprendere il controllo della situazione includono strategie che normalmente vengono utilizzate nelle strategie

cognitivo comportamentali e che mirano a permettere una ristrutturazione del comportamento additivo a partire dall'alterazione di abitudini dannose consolidate e quindi grazie alla rottura delle routine deviante.

Nel caso la persona in difficoltà sia un minore è necessario stabilire delle regole che possano permettere di garantire dei limiti rassicuranti rispetto all'utilizzo dello strumento "rete" e che costituiscono delle buone pratiche preventive. Esistono delle linee generali da seguire ma l'aspetto che forse deve risultare centrale è il fatto che ciò che serve per aiutare la persona rete dipendente è la costruzione e il rinforzo dei legami affettivi e relazionali, l'ascolto profondo e il favorire l'elicitazione di bisogni e difficoltà in modo da poter strutturare risposte adeguate che vadano nella direzione della condivisione e non dell'isolamento dipendente.

Al fine di controllare i rischi legati all'uso di videogiochi è possibile seguire alcune regole di comportamento che tengono sotto controllo questa tipologia di intrattenimento (Alonso-Fernandez. F., 1999).

La prima norma è quantitativa e riguarda il tempo impiegato nell'uso del videogioco, al quale si consiglia di non rivolgere una pratica quotidiana stabile e comunque mai superiore ad un'ora circa. Nel caso dei bambini le regole sul tempo da dedicare ai giochi devono divenire abitudini supervisionate dagli adulti, con pochissime e brevi eccezioni, soprattutto nei giorni festivi in cui è più facile perdere il controllo del tempo speso a giocare virtualmente.

Una seconda regola riguarda la qualità del consumo, ossia la necessità di effettuare, come buona abitudine, delle brevi e frequenti pause da fare almeno ogni dieci minuti circa. Nel corso di tali pause si consigliano le buone regole delle "sicurezza nell'uso dei videotermini", ossia quelle che propongono di proiettare lo sguardo su oggetti distanti almeno sei metri al fine di riposare i muscoli oculari che sono costantemente contratti nel corso del gioco.

La terza regola concerne la necessità di trascorrere solo una parte del tempo libero giocando ai videogames, lasciando spazio anche ad altre attività "reali" e "sociali", come lo sport e gli incontri con amici. In tal modo, si prevencono sia i problemi legati alla sedentarietà che l'isolamento sociale.

Estremamente importante è la regola che scoraggia sempre la possibilità di rinunciare a svolgere attività fondamentali in una giornata, come dormire, mangiare, lavarsi, studiare o lavorare; al contrario, è meglio subordinare l'uso del videogioco allo svolgimento o al completamento di tali attività.

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Altrettanto utile è favorire l'utilizzo dei videogiochi in sfide con amici o fratelli e sorelle, in modo da rendere il gioco uno strumento di socializzazione, piuttosto che di isolamento.

La regola migliore rimane sempre la prevenzione che si fonda su buone abitudini e su poche deroghe, senza eccessi di controllo né eccessiva fiducia in un'autonomia che, una volta instaurato un comportamento di abuso o dipendenza, diviene difficile rivalutare.

Appare evidente come la regola che sta alla base di ogni pratica preventiva mira alla costruzione di limiti e regole chiari e precisi nonché un'attenzione calda e costante alla costruzione di buone relazioni familiari e forti legami affettivi.

Il miglior aiuto che si può offrire alla persona rete dipendente è la costruzione graduale di una consapevolezza rispetto alla propria difficoltà (che nella maggioranza dei casi si manifesta in più aree contemporaneamente o in diversi momenti).

Il passo successivo dalla consapevolezza può essere un aiuto professionale individuale o una condivisione reale del problema con un gruppo omogeneo, anche attraverso delle riflessioni guidate sulla necessità di superare le eventuali insicurezze che possono essere alla radice del ricorso ad Internet per socializzare.

L'intervento multimodale permette, in linea con le recenti ricerche in letteratura, di garantire una maggior efficacia del trattamento e una minor comparsa di recidive nel corso della propria esistenza favorendo un incremento delle proprie competenze, del proprio senso di "agency", e sollecitando e incrementando le risorse personali utili per affrontare eventuali momenti di difficoltà.

Infine, un altro punto di vista.

Prima di chiudere vorrei invitarvi, ognuno con ciò che crede più "ossessionante", a cambiare i termini nella definizione dei sintomi Disordine da Dipendenza da Internet sostituendo le **XXX** con un comportamento/atto (per esempio *leggere, ridere, dipingere, cucinare*, ecc.):

Bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore a **XXX** per ottenere soddisfazione;

Marcata riduzione di interesse per altre attività che non siano **XXX**;

Sviluppo, dopo la sospensione o diminuzione dell'uso di **XXX**, di agitazione psicomotoria, ansia, depressione, pensieri ossessivi su cosa vi accada, classici sintomi astinenziali;

Necessità di **XXX** sempre più frequente o per periodi più prolungati rispetto all'intenzione iniziale;

Impossibilità di interrompere o tenere sotto controllo **XXX**;

Dispendio di grande quantità di tempo in attività correlate a **XXX**;

Continuare a **XXX** nonostante la consapevolezza di problemi fisici, sociali, lavorativi o psicologici recati da esso.

Il confine tra uso controllato e abuso /dipendenza nel campo delle nuove dipendenze è sottile e difficile da stabilire e soprattutto ciò che può diventare oggetto di un comportamento additivo non è più solamente qualcosa di fortemente connotato in termini negativi a livello emotivo, personale e sociale. Potremmo avvicinarci “troppo” a “tutto”. Senza creare allarmismi il tema di fondo forse rappresenta la maggior fragilità della nostra intimità e la maggior solitudine, condizioni queste che lasciano aperte breccie per l'instaurarsi di vere e proprie forme di disagio.

Bibliografia

AA.VV (1998), La Realtà virtuale, Laterza, Bari

Alonso- Fernandez .F., (1999), Le altre droghe., ed. Univ Romane, Roma

APA (2001), DSM IV TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Ed, Masson, Milano

Cantelmi. T., Tali. M., Del Miglio. C., D'Andrea. A., (2000), La mente in internet. Psicopatologia delle condotte on-line, Piccin, Padova

Http:// www.netaddiction.com

Lettere a Giulietta: lapis, tastiera o touch

Giulio Tamassia, Presidente Club di Giulietta

Gianni Carrabetta, Segretario Club Giulietta



Mi capita di emozionarmi di fronte alle meraviglie della natura e non vedo l'ora di recuperare una matita e della carta per scrivere o disegnare quelle emozioni per fermarle e non perderle. A volte vado nei bar a chiederle.

Qualche volta vado a casa a scriverle al computer, ma non è la stessa cosa, non c'è la magia del momento.

Ho comprato l'IPAD per avere sempre a portata di mano un supporto per scrivere, ma è freddo e distaccato non mi lascia il tempo di pensare e non stringo niente in mano, non mi cattura l'attenzione e non mi stimola la fantasia.

Io scelgo la scrittura a mano perché mi stimola la fantasia e creatività. Inoltre una matita ed un foglio bianco mi provocano, sembra che mi chiedono cosa facciamo? Di cosa sei capace? Un disegno, un pensiero o una lettera?

Accetto sempre la provocazione e scrivo poesie d'amore per la gioia di essere vivo e per la bellezza della vita che in ogni momento crea un mondo meraviglioso.

Io uso anche il Computer, il Web, I social network, strumenti bellissimi e veloci con capacità sconfinite di esplorazione ed elaborazione sia della fantasia che della creatività, ma secondo me non sono adatti per le Emozioni, per L'Amore, sono troppo veloci e non lasciano il tempo di pensare, di sognare, di immaginare come essi richiedono. Loro hanno bisogno di tempo per essere goduti in pieno.

Il bello della scrittura a mano è che mentre cerchi le parole spesso trovi i tuoi pensieri e se ti lasci andare vivi momenti fantastici. Inoltre le lettere sono vive, si toccano, si odorano, si vedono, si

conservano e curano come prove del Tempo o dell'Amore, vivono ed invecchiano con te. Fissano il Tempo come le fotografie.

Lettere d'amore scritte a mano

Le lettere d'amore scritte a mano hanno un valore aggiunto sono una prova d'amore per chi le riceve, (non è un copia/incolla).

Chi le scrive non le dimenticherà mai come pure chi le legge (anche se cestinate).

Chi le scrive sceglie: i materiali, il momento, le parole, l'abbellimento, la busta ed il francobollo, ma soprattutto pensa alla persona amata con tutto il tempo necessario. Queste lettere spesso dimostrano l'essere e l'amore di chi le scrive.

Chi le riceve si accorge di tutto questo e ne rimane felice comunque.

Altro fascino di queste lettere è l'attesa della risposta, una settimana di pensieri, di fantasie e di sogni con immaginazioni fantastiche.

Lettere d'amore digitate

Chi ama le scrive a mano.

Certo sono veloci, immediate, istintive, copiate o pensate (non si può sapere).

Sono spesso simili a tante altre (non dimostrano che sono solo per te)

Non si ricordano e spesso si perdono nella mischia delle Email.

Sono anonime e fredde anche se parlano di te.

Inoltre sembrano un dialogo senza voce e senza tempo.

Non sono vive, non hanno un'anima anche se raggiungono lo scopo. In questi casi a viva voce la prima domanda è: Ma davvero pensavi quello che mi hai scritto?

Io leggo e vedo tante lettere d'amore che arrivano da ogni parte del mondo a Giulietta, tutte diverse, colorate, raffinate, abbellite, addobbate, ed a secondo della cura con cui vengono scritte e confezionate, io capisco la profondità dei pensieri, dell'amore, della gioia e del dolore di chi scrive. Anche quelli che scrivono di aver perso la fiducia nell'Amore e nella Vita, SCRIVONO! Dimostrando la speranza nella vita e nell'Amore.

Concludo dicendo che si nasce e vive per Amore e che tutti gli strumenti sono validi se portano o facilitano questo.

PS: Le Lettere si ARCHIVIANO per i Poster. l'Email ?

Cara Giulietta,

ti scrivo una Mail per chiederti un aiuto, un consiglio per un pasticcio che mi sono creata. Da diverso tempo tramite twitter comunico con un ragazzo e gli ho scritto diverse bugie, ma adesso mi piace ed abbiamo deciso d'incontrarci ed ho tanta paura di guardarlo negli occhi e dirgli la verità. Aiutami. CG

Cara Giulietta,

dopo questa mia Mail sono venuta a Verona e per casualità ho visto il Nascendo Museo dell'Amore dove ci sono tutte le lettere di Giulietta archiviate e catalogate fin dal 1992. In attesa di una tua risposta ho pensato di scriverti una lettera con carta e penna in modo che in caso di inconprensi con il ragazzo che mi piace, possa fargli vedere la copia di questa lettera spedita oportarlo a Verona. Che ti pare?. CG

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Conclusione

Viviana Olivieri

*Formatore, Laureata in Giornalismo, Servizio Sviluppo Professionalità Innovazione,
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona*

Il gioco è tutto lì: acquisire consapevolezza delle proprie emozioni ed agire per una buona qualità di vita. Più facile a dirsi che a farsi...è tutta questione di intelligenza!

Studiata inizialmente da Salovey e Mayer, aggiornato poi il significato, l'intelligenza emotiva è stata definita come segue *“L'intelligenza emotiva coinvolge l'abilità di percepire, valutare ed esprimere un'emozione; l'abilità di accedere ai sentimenti e/o crearli quando facilitano i pensieri; l'abilità di capire l'emozione e la conoscenza emotiva; l'abilità di regolare le emozioni per promuovere la crescita emotiva”*. In Italia il contributo è fornito da Daniel Goleman (1995) tradotto in italiano nel 1997 *“Intelligenza emotiva che cos'è, perché può renderci felici”*

E' un percorso che coinvolge, sia per la crescita del giovane che poi nel concetto di salute dell'adulto tutte le forze sociali, educative e civili: la famiglia, la scuola, il mondo sociale, sanitario e civico.

Sono queste forze che in sinergia permetteranno al giovane/adulto di acquisire una *competenza emotiva* (conoscenza delle proprie e altre emozioni) e *l'abilità di comportamento* intesa come capacità di gestire e regolare le proprie emozioni per affrontare le diverse situazioni di vita e sul tema specifico l'utilizzo del computer. La dipendenza da rete da disagio silente sta assumendo i connotati di un grave disagio sociale. Come afferma Luhann, lo smartphone e il pc in genere, stanno diventando un prolungamento del nostro corpo e non si sostituiscono solo alla capacità di linguaggio e scrittura ma condizionano anche il nostro pensiero!

La competenza emotiva è necessaria non solo al giovane ma anche all'adulto e in qualsiasi ambiente di vita. Infatti l'intelligenza emotiva e i suoi strumenti vengono utilizzati nel mondo lavorativo professionale, scolastico, sanitario, sociale ecc.

Gli adulti devono essere gli attori protagonisti di questo processo educativo, sono i primi che nel loro percorso di crescita devono fare proprie queste competenze cognitive ed emozionali, per aiutare poi i giovani ad acquisire gli strumenti necessari alla propria crescita.

E' tutto questo che porta alla ricerca di un proprio equilibrio che ci permette di vivere in questo complesso mondo!

Formazione continua sulla personalizzazione delle cure al paziente.

Le forze socio sanitarie presenti hanno dimostrato che ci sono già degli strumenti e dei centri che aiutano il giovane e l'adulto nel processo di rieducazione alla vita. Usare il computer si ma... vivere protagonisti della propria vita quotidiana e sociale, creare relazioni vere, reali e positive per un confronto ed uno sviluppo emozionale –cognitivo di persone che vivono la famiglia e il sociale.

Questo corso di studio offre una base da cui ripartire! Tutte le forze socio sanitarie e culturali coinvolte: il Comune, le associazioni coinvolte, l'Ospedale, la Scuola, l'Università e il club di Giulietta (bacino di accoglimento dei bisogni, disagi di una parte dei giovani del mondo) in sinergia offrono il loro contributo e il loro impegno affinché, attraverso la conoscenza, ci siano sempre più strumenti e strategie di aiuto per i giovani al fine di prevenire il sopravvento del mondo della rete...

Bibliografia

1. Bauman Z., *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari, 2002
2. Intelligenza emotiva, http://it.wikipedia.org/wiki/intelligenza_emotiva (ultimo accesso 27 luglio 2014)
3. Competenza sociale, http://it.wikipedia.org/wiki/Competenza_sociale (ultimo accesso 28 luglio 2014)
4. Intelligenza emotiva/UCI – Uniti per crescere insieme – Fondazione ONLUS, <http://www.unitiperscrescereinsieme.it/universit3%AO-del-sociale/formazione-distanza> (ultimo accesso 28 luglio 2014)

Verona, aprile 2015

Editor: Gabriele Romano, Viviana Olivieri, Servizio Sviluppo Professionalità Innovazione

© Copyright Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona