

INTERVISTA DOTT. CESARE GUERRESCHI

DOMANDA: Nuove dipendenze, cosa significa?

RISPOSTA: I tempi cambiano e con essi anche le nostre abitudini. Nella società del XXI secolo, accanto alle forme già studiate di dipendenza da droghe, compaiono le cosiddette "new addiction".

Le Nuove Dipendenze o New Addictions comprendono tutte quelle forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica.

L'oggetto della dipendenza è in questo caso un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata. Tra le New Addictions possiamo annoverare la dipendenza dal Gioco d'Azzardo, da Internet, dallo Shopping, dal Lavoro, dal Sesso, dal Cibo, dalle Relazioni Affettive, da Sport.

Per la maggior parte delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze.

DOMANDA: Parliamo di addiction. C'è una differenza semantica tra questo termine e il termine di dipendenza?

RISPOSTA: Non solo c'è una differenza semantica, ma anche di contenuto, molto importante. La lingua inglese opera un'importante distinzione tra due termini, Addiction e Dependence, che in italiano vengono tradotti con la stessa parola, dipendenza, pur avendo significati molto diversi.

Con Dependence si vuole indicare la dipendenza fisica e chimica, la condizione in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare, perciò la richiede. Con Addiction si intende definire una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto, senza il quale l'esistenza diventa priva di significato.

Addiction e Dependence non compaiono necessariamente insieme. Il riconoscimento di nuove forme di dipendenza nei confronti di attività e non più solamente di sostanze chimiche, conferma l'ipotesi che si possa sviluppare un'addiction senza dependence, un bisogno imprescindibile di mettere in atto dei comportamenti significativi, in assenza di una dipendenza fisica vera e propria. D'altra parte si può anche avere dipendenza fisica senza addiction, vale a dire senza sviluppare una fenomenologia patologica che conduce mano a mano alla completa autodistruzione e all'isolamento del soggetto. Si pensi alla dipendenza dalla nicotina: sicuramente l'organismo richiede la sostanza e si sviluppa anche una dipendenza psicologica, ma difficilmente si arriva ad azioni illegali o comportamenti antisociali a causa del fumo.

DOMANDA: Quali sono le caratteristiche di un addicted?

RISPOSTA: In questi anni di studio ho potuto riscontrare 4 caratteristiche che accomunano gli addice: craving, lack of control, withdrawal e tolerance.

Craving indica la brama irrefrenabile verso un oggetto o l'impulso di svolgere un comportamento. Esso viene inizialmente vissuto come un impulso che fornisce effetti altamente benefici al soggetto. In una fase successiva il soggetto è assorto sempre più ripetutamente dall'azione compulsiva: il craving è sempre più intenso sia per la mera ricerca di piacere sia per allontanare stati disforici (noia, ansia, depressione, ecc.). I ritmi di abuso si fanno poi serrati e compaiono i primi sintomi da sindrome da astinenza dovuti ai tentativi di esercitare l'autocontrollo.

Nel tentativo di resistere al craving si nota l'incapacità dell'individuo di controllare l'impulso (lack of control letteralmente perdita di controllo). Il dipendente riuscirà a frenarsi solo per breve tempo e tornerà repentinamente ad indulgere nel comportamento distruttivo. L'illusione di potere, l'esaltazione iniziale cede il passo alla constatazione dell'incapacità di controllarsi. Nell'animo di coloro che sono addicted si scatenano violente battaglie sino ad arrivare alla soglia della dissociazione.

In questi momenti sono presenti tutti i sintomi tipici della crisi d'astinenza (withdrawal) quali irritabilità, ansietà, insonnia, sudorazione, tremori ecc.

Il concetto di tolerance (tolleranza) descrive la reazione psico-fisica che impone l'aumento delle dosi dell'oggetto della dipendenza o del comportamento. Essa non è sempre presente con continuità ma può andare a sbalzi alternando momenti di maggior controllo e aumentando improvvisamente.

DOMANDA: Un esempio di new addiction: la dipendenza da gioco d'azzardo patologico.

RISPOSTA: La problematicità del gioco d'azzardo patologico è poco conosciuta sicuramente per il fatto di avere un'apparenza innocua, socialmente ben accettata e con profonde tradizioni popolari. In realtà, finché la sua pratica si mantiene nei termini di una tranquilla frequentazione, esso può svolgere un ruolo ricreativo e ludico assolutamente positivo. Pressanti problemi nascono quando, per una serie complessa e profonda di cause, il piacere del gioco diventa un impulso incontrollabile, patologico, che arriva a stravolgere i rapporti familiari, sociali, finanziari in una maniera forse ancora troppo poco conosciuta nel nostro Paese.

DOMANDA: Che differenza c'è tra gioco sano e gioco patologico?

RISPOSTA: Il gioco rappresenta un aspetto fondamentale nel processo formativo dello sviluppo della mente e della personalità svolgendo una funzione sociale assolutamente positiva.

Attraverso il gioco l'individuo esprime la sua fantasia e creatività, e scarica la sua instintualità ed emotività.

Quando però l'attività ludica varca le soglie del "gioco d'azzardo", il confine tra normalità e patologia si fa improvvisamente labile.

Vi sono persone che sviluppano un atteggiamento morboso riguardo al gioco d'azzardo, arrivando a instaurare con esso una vera e propria dipendenza. Infatti i problemi nascono quando, per una serie complessa e profonda di cause, il piacere del gioco si trasforma in un impulso difficilmente controllabile che arriva a compromettere la vita del giocatore.

DOMANDA: Quali sono le caratteristiche del Gap?

RISPOSTA: Il gioco d'azzardo, presente da sempre nella società umana, a volte represso, a volte tollerato, ha occupato un posto importante in tutte le culture, società e classi sociali delle diverse epoche.

La dipendenza da gioco d'azzardo si manifesta in forma compulsiva, cronica e progressiva. I danni psicologici, morali, economici che essa provoca sono per coloro che ne soffrono e per le loro famiglie, in alcuni casi, peggiori di quelli causati dalle dipendenze da sostanze.

Con il termine "compulsività" si è soliti intendere l'impossibilità per un soggetto di resistere all'impulso a fare una determinata cosa. Il gioco d'azzardo patologico è infatti considerato un disturbo del controllo degli impulsi.

La cronicità determina l'impossibilità, per il soggetto affetto, di guarire dalla malattia, quanto meno in termini medici. L'obiettivo che ci si prefigge con la terapia riabilitativa è quello della sospensione della patologia.

DOMANDA: Ci sono delle fasi che caratterizzano il passaggio da un gioco sano ad uno patologico? Quali sono?

RISPOSTA: Le fasi sono:

- A. Fase Vincente : gioco occasionale, vincite frequenti, eccitazione legata al gioco, gioco più frequente, aumento dell'ammontare della scommessa, grossa vincita.
- B. Fase perdente: gioco solitario, episodi di perdita prolungata, pensare solo al gioco, menzogne, non si riesce a smettere di giocare, irritabilità, agitazione e ritiro, vita familiare infelice, forti prestiti, incapacità di risarcire i debiti.
- C. Fase di Disperazione: marcato aumento del tempo e del denaro dedicati al gioco, alienazione dalla famiglia e dagli amici, panico, azioni illegali.
- D. Fase della Perdita della Speranza: pensieri e tentativi di suicidio, arresti, divorzio, alcool, crollo emotivo, sintomi di ritiro.
- E. Fase critica: sincero desiderio di aiuto, speranza, si smette di giocare, si prendono decisioni, si schiariscono le idee, si torna a lavorare, soluzione dei problemi, programmi di risarcimento.

F. Fase di Ricostruzione: migliorano i rapporti familiari, si torna a rispettare se stessi, si sviluppano delle mete, più tempo con la famiglia.

G. Fase di Crescita: diminuisce la preoccupazione legata al gioco, introspezione, comprensione per gli altri, dare affetto agli altri.

DOMANDA: E' possibile individuare un preciso profilo psicologico del giocatore d'azzardo Patologico?

RISPOSTA: Volendo tentare un identikit del giocatore affetto dal disturbo di gioco d'azzardo patologico va detto innanzitutto che il "giocatore patologico" possiede una vita di relazione insoddisfacente; sperimenta durante la giornata più emozioni spiacevoli che piacevoli e si accosta al gioco, almeno in un primo periodo, non tanto per vincere, quanto per ottenere quell'eccitazione emotiva che gli manca, tanto più elevata quanto più alto è il valore attribuito al gioco. Ama e ricerca nella sua vita, in misura maggiore della media, sensazioni forti (sensation seeking) e per lo più rischiose (risk taking behavior) rischiando di vanificare le piccole e genuine emozioni della routine quotidiana. Coltiva l'illusione di poter "controllare" il gioco, o per sua volontà o per abilità personale, nonostante le ripetute perdite e l'oggettiva perdita di controllo ("illusione del controllo"). Infine mente, ha una condotta mendace pervasiva che investe non solo le spese di gioco o le perdite, ma prevalentemente anche le più svariate e comuni situazioni della vita. Mente per mentire, quasi su tutto.

In questi anni ho potuto classificare i giocatori in 6 categorie:

- Giocatori patologici per azione: sono persone che hanno perso il loro controllo sull'attività di gioco, per loro la cosa più importante nella vita, quella cosa che li mantiene in azione e quindi "vivi" è il gioco d'azzardo. Le relazioni familiari, sociali e lavorative vengono influenzate negativamente dall'attività di gioco.
- Giocatori patologici per fuga: sono giocatori che trovano nell'attività di gioco sollievo da sensazioni di ansia, solitudine, rabbia o depressione. Usano il gioco d'azzardo per sfuggire da crisi o da difficoltà; il gioco ha qui un effetto analgesico e non una risposta euforica.
- Giocatori sociali costanti: per queste persone il gioco d'azzardo è la forma principale di relax e di divertimento, sebbene sia in secondo piano rispetto alla famiglia e al lavoro.
- Giocatori sociali adeguati: giocano per passatempo, per socializzare e per divertimento. A questa categoria appartiene la maggioranza della popolazione adulta
- Giocatori antisociali: coloro che si servono del gioco al fine di ottenere guadagni illegali.
- Giocatori professionisti: sono giocatori che giocano d'azzardo per professione e, considerandolo una professione si mantengono attraverso di esso.

Alle prime due categorie appartengono le persone bisognose di aiuto psicologico e psichiatrico: le vittime del gioco. Il loro è un mondo colmo di sofferenza, di menzogne, debiti e disperazione.

La scienza ufficiale ha riconosciuto il gioco d'azzardo patologico come disturbo mentale nel 1980. il Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali edito dall'American Psychiatric Association lo ha incluso nella terza edizione dello stesso, considerandolo un impulso irresistibile e incontrollabile, che poteva progredire in intensità ed urgenza, consumando sempre più risorse di tempo, di energia di pensiero e di emozioni.

I criteri diagnostici furono modellati su quelli delle tossicodipendenze ed includevano i concetti di tolleranza e astinenza.

DOMANDA: Esiste una terapia efficace per il gioco d'azzardo?

RISPOSTA: Il giocatore d'azzardo patologico solitamente non riesce a separarsi dal gioco se non per brevi periodi di tempo; conseguentemente, la frequenza di gioco è elevata anche per l'illusione di questo di rifarsi delle precedenti perdite (fenomeno della rincorsa alla perdita).

L'elevato livello di eccitazione raggiunto lo spinge infatti a trascorrere sempre più tempo a giocare, trascurando ciò che lo riguarda e lo circonda.

Inoltre, il giocatore problematico avverte il bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato, perdendo in tal maniera la reale percezione del valore del denaro.

Durante il gioco, egli appare completamente assorbito dal gioco, estraniandosi da tutto ciò che lo circonda. Quando tenta di ridurre o interrompere il gioco invece, manifesta uno stato di irrequietezza e irritabilità (fenomeno dell'astinenza).

Nel percorso di riabilitazione del disturbo, la motivazione deve essere considerata come un tassello indispensabile per accedere a una via nuova.

Solitamente è il coniuge o un altro membro familiare che prende il primo contatto per il trattamento. La maggior parte dei giocatori accetta di intraprendere una terapia solo dopo aver ottenuto un ultimatum dal coniuge e dopo aver esaurito tutte le possibili fonti di denaro per giocare.

DOMANDA: Anche per gli adolescenti si può parlare di GAP?

RISPOSTA: Il gioco d'azzardo è molto diffuso tra gli adolescenti, in misura maggiore nei maschi rispetto alle femmine

Tra gli adolescenti è molto facile e rapido il passaggio da un gioco sociale ad un gioco problematico. Gli adolescenti giocatori problematici si avvicinano al gioco d'azzardo molto prima (intorno ai 10-12 anni) rispetto ai loro coetanei che presentano solo qualche problematica legata a questo tipo di attività.

Gli adolescenti giocatori patologici sono persone che amano particolarmente le condotte rischiose, presentano livelli più bassi di autostima rispetto ai loro coetanei non giocatori, e livelli più alti relativamente ad una sintomatologia depressiva.

Gli adolescenti tra i 14 e i 17 anni con seri problemi di gioco d'azzardo si caratterizzano per un maggior numero di pensieri e tentativi di suicidio, per una bassa percezione di supporto sociale ed una personalità formata da tratti quali l'eccitabilità, l'estroversione, l'ansia, l'impulsività, la scarsa conformità alle regole e difficoltà nell'autodisciplina.

Questi adolescenti, così come gli adulti, non comprendono appieno i rischi e le conseguenze negative associate al gioco d'azzardo.

Solo una piccola percentuale di adolescenti classificati come giocatori d'azzardo patologici si percepisce come tale. Questa è sicuramente una delle ragioni per cui sono ancora oggi molto scarse le richieste d'aiuto spontanee.

La S.I.I.Pa.C. (Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive) da me fondata, in questi ultimi anni, ha avviato varie ricerche (tuttora in corso) nelle scuole del territorio italiano sul fenomeno del gioco patologico tra gli adolescenti.

Una ricerca su 2798 studenti (1496 maschi e 1287 femmine) di età compresa tra i 13 anni e i 21 anni ha evidenziato elevati livelli di ludopatia nei giovani.

Queste sono le percentuali rilevate nel nostro campione:

- Giocatori sociali: 84,9 %
- Giocatori problematico: 9,7 %
- Giocatori patologici: 5,1 %

Indubbiamente l'azzardo attrae maggiormente l'universo maschile: su 10 studenti patologici ben 7 risultano essere di sesso maschile.

Tra i giochi d'azzardo che presentano maggiore frequenza di gioco compagno nella graduatoria la SNAI, le carte e il totocalcio.

Il denaro speso dai soggetti patologici risulta davvero ragguardevole, considerata la bassa fascia di età del campione esaminato. Circa il 60 % di loro spende giornalmente almeno 15 euro per finanziare la propria attività ludica.

Per quanto concerne il fenomeno della rincorsa alla perdita, su 100 soggetti che tornano a giocare per rifarsi dei soldi persi, circa il 51 % di loro manifesta una palese ludopatia (giocatori patologici).

Gli studenti con difficoltà di gioco dichiarano più frequentemente degli altri di aver un cattivo rapporto con i propri genitori o di avere trascorso un'infanzia infelice. Il gioco d'azzardo diviene per questi adolescenti un modo per evadere da pesanti problemi familiari. Su 31 adolescenti che dichiarano di aver avuto un'infanzia infelice ben 11 rientrano nella categoria "giocatore patologico".

Dalle analisi condotte abbiamo anche constatato uno sconcertante aumento della percentuale di ludopatia al progredire degli anni scolastici (2002, 2003, 2004, 2005, 2006).

DOMANDA: Ha parlato della S.I.I.Pa.C., cos'è?

RISPOSTA: La Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive (S.I.I.Pa.C.) nasce ufficialmente nel gennaio del 1999, rilevando nel campo del Gioco d'Azzardo Patologico quanto, già da alcuni anni, stava svolgendo la sezione bolzanina della Società Italiana di Alcologia (S.I.A.), sempre da me diretta da oltre 30 anni.

Il fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico si era infatti già presentato in pazienti alcolisti rivoltisi alla S.I.A., tanto che si era definita la necessità di approfondimento delle conoscenze relative a questa patologia e dello sviluppo di un programma di intervento che tenesse conto delle peculiarità di pazienti e familiari.

L'assenza di bibliografia italiana e, più in generale, lo stato di completa ignoranza nel quale versava il nostro Paese relativamente al GAP, ci indusse a pensare che fosse nostro dovere dare alle persone che soffrivano di questa patologia un punto di riferimento, un luogo, un'istituzione che potesse rispondere specificamente alle loro esigenze: così nacque la S.I.I.Pa.C..

In attesa che i tempi fossero maturi, nei primi anni di attività la S.I.I.Pa.C. ha investito la quasi totalità delle sue energie e del suo entusiasmo nell'intervento sul GAP.

Sin dal 1998, il futuro gruppo fondatore della S.I.I.Pa.C. aveva preso contatti con i **Gamblers Anonymous (GA)**, l'associazione di auto mutuo aiuto di Giocatori d'Azzardo Patologici nata nel 1957 a Los Angeles e strutturata su modello degli Alcolisti Anonimi (AA). La collaborazione con l'International Service Office dei G.A. aveva dato vita, alla fine dello stesso anno, al primo gruppo in Italia di G.A.: il "Parsifal" di Bolzano.

Oggi, sempre in collaborazione con Enti Pubblici, la S.I.I.Pa.C. continua a mantenere il suo **impegno nella ricerca scientifica**, nella sperimentazione di nuovi farmaci anticompulsivi da associarsi alla psicoterapia, nel **monitoraggio dei comportamenti a rischio e potenzialmente patologici nella popolazione** ad opera dell'osservatorio permanente sul Gioco e sul Gioco d'Azzardo Patologico e negli **interventi di sensibilizzazione e prevenzione**.

Nonostante l'introduzione di tecniche psicoterapeutiche specialistiche il volontariato è e rimane alla base della S.I.I.Pa.C.. Volontari, professionisti e personale dipendente devono poter contribuire allo sviluppo civile della società in base alle loro specifiche esperienze, posizioni e possibilità; questo implica il rispetto dei valori del lavoro di ognuno nell'interesse dei fini dell'associazione, degli utenti e della società in generale.

DOMANDA: Oggi, tra le New addiction, viene annoverata anche la mobile phone dependence syndrom o dipendenza da cellulare. In che cosa consiste?

RISPOSTA: La nascita e lo sviluppo del mercato della telefonia mobile ha avviato profonde trasformazioni sociali, attribuendo nuove funzioni psicologiche al telefonino rispetto a quelle

assolte dal telefono tradizionale. Inizialmente, il cellulare era uno strumento essenziale, alla portata di pochi, il cui possesso assolveva alla funzione di rendere rintracciabili in tempo reale un numero privilegiato di utenti “socialmente impegnati ed importanti”. Ben presto il cellulare comincia a rispondere e ad alimentare il bisogno comune di essere vicini, superando i confini dello spazio e del tempo e trasformando profondamente le possibilità delle relazioni quotidiane. Così, di pari passo alla moltiplicazione delle funzioni tecniche del telefonino, si trasformano anche le sue funzioni sociali e psicologiche: il cellulare diventa uno strumento che accompagna ogni momento della giornata e che aiuta ad organizzare ed a gestire ogni momento della vita, dal lavoro ai momenti di svago.

DOMANDA: Come si insinua questa dipendenza?

RISPOSTA: Il rapporto con il cellulare è potenzialmente rischioso per tutti, perché spesso solo parzialmente controllabile, dal momento che si possono gestire soprattutto le chiamate effettuate e meno quelle ricevute. L'uso sistematico del telefonino produce una dipendenza che si alimenta da sola, che si autoproduce ogni qual volta si prende in mano questo strumento ausiliario per soddisfare un bisogno o placare un'ansia.

DOMANDA: Come si può riconoscere un dipendente da cellulare?

RISPOSTA: L'uso quotidiano e comune del telefonino rende spesso difficile tracciare un confine diagnostico tra “comportamento normale” e “comportamento aberrante”. Per questa ragione, per l'individuazione di tale problematica è importante osservare tanto gli aspetti quantitativi quanto quelli qualitativi del rapporto con il cellulare.

Dal punto di vista quantitativo, generalmente si parla di “cellularomania” quando il traffico telefonico quotidiano, costituito da chiamate e sms sia in entrata che in uscita, ammonta all'incirca a 300 contatti. Tuttavia, il problema quantitativo potrebbe anche essere manifestato in termini di lunghe conversazioni con poche persone o ancora l'utilizzo eccessivo potrebbe essere legato all'abuso di altre funzioni presenti nel cellulare.

DOMANDA: Quali sono le caratteristiche di questo dipendente?

RISPOSTA: Il dipendente da cellulare attribuisce grande importanza al telefonino; non lo abbandona mai neanche per un istante; lo usa ogni giorno come strumento prioritario nella comunicazione con gli altri; prova un estremo malessere se si scarica la batteria o se resta senza credito; deve disporre del cellulare per tenere sotto controllo la relazione sentimentale e verificare gli eventuali spostamenti; necessita di essere in contatto continuo con qualcuno; cerca degli alibi per giustificare il suo comportamento come la comodità dello strumento o i motivi di sicurezza;

spesso soffre di una fobia sociale o di paura della propria solitudine e, di solito, queste paure sono negate e mascherate.

DOMANDA: E' possibile individuare alcune categorie di dipendenti da telefonino?

RISPOSTA: In questi anni mi è stato possibile classificarli in 5 categorie:

1. I dipendenti dell' SMS: hanno il continuo bisogno di inviare e ricevere messaggi di testo. Può essere che si inviano i messaggi anche da soli o li inviano a persone nella loro immediata vicinanza.
2. I dipendenti del nuovo modello: sono disposti a spendere grandi somme per avere un modello nuovo con tante funzioni particolari.
3. Gli esibizionisti del cellulare: queste persone prestano molta attenzione al colore e al design del telefonino. Stanno sempre con il cellulare in mano, mostrando agli altri le funzioni del loro apparecchio. Quando telefonano, lo fanno a voce molto alta e prima di rispondere fanno squillare il cellulare a lungo, in modo da farlo sentire a tutti i presenti.
4. I Game Players: questa tipologia di fanatismo è caratterizzata dall'eccessivo interesse verso i giochi sul cellulare. Trasformano il proprio telefonino in una console. Giocano molto spesso e hanno difficoltà a smettere prima di aver registrato un nuovo record.
5. Gli affetti da Sindrome da Cellulare Acceso: questi soggetti hanno il terrore di avere il telefonino spento. Portano con sé sempre una batteria carica per evitare di restare senza telefonino. Spesso tengono acceso il cellulare anche di notte.

DOMANDA: E' possibile prevenire e curare tale patologia?

RISPOSTA: Il lavoro di prevenzione dovrebbe essere rivolto principalmente agli adolescenti, per educarli ad un uso sano e responsabile dello strumento. Per quanto riguarda la cura, è essenziale che il dipendente diminuisca gradualmente l'uso di questo strumento: all'inizio lo terrà spento solo per poche ore al giorno, poi prosegue piano piano ad aumentare le ore, finché non raggiunge una certa tolleranza all'ansia dell'attesa. Potrebbe evitare di chiamare qualcuno, se non fosse proprio necessario e farlo con consapevolezza per disabituare la mente al contatto continuo con le altre persone. Poi inizierà a separarsi dall'oggetto, lasciandolo a casa intenzionalmente e imparerà a gestire l'ansia che prova già un secondo dopo che ha chiuso la porta di casa. Accanto a ciò è indispensabile, come per tutte le dipendenze, avviare un programma terapeutico per individuare i problemi sottostanti che causano e che favoriscono l'instaurarsi di tale dipendenza.

DOMANDA: Mi ha detto che è un problema che riguarda principalmente gli adolescenti. Cosa fate voi a livello di prevenzione e di ricerca? Ci sono dei dati a riguardo?

RISPOSTA: Da anni la S.I.I.Pa.C. è impegnato nella prevenzione delle new addiction. Dalla S.I.I.Pa.C. di Roma è stata condotta una ricerca sulla popolazione adolescenziale del territorio romano su tutte le New addiction.

Il campione è composto da 424 studenti di cui 162 maschi e 262 femmine. L'età degli studenti varia da un minimo di 14 anni ad un massimo di 21 anni.

Il dato più interessante e al tempo stesso più allarmante riguarda l'elevata incidenza di dipendenza da cellulare nel campione adolescenziale: ben il 34,6% degli studenti esaminati non ne può più fare a meno, adottando degli atteggiamenti e dei comportamenti palesemente abnormi. Solo il 5,8% degli studenti esaminati usa il telefonino in modo corretto e ben il 59,1% invece ne abusa.

	Normale		Problema		Dipendenza		N	%
	N	%	N	%	N	%		
maschi	17	68,0	105	42,0	38	26,02	160	38,01
femmine	8	32,0	145	58,0	108	73,97	261	61,99
	25	5,93	250	59,38	146	34,67	421	100

L'analisi della varianza (ANOVA) evidenzia una differenza significativa tra il campione dei maschi e quello delle femmine: quest'ultime riportano un punteggio medio al test superiore.

	Media	Dev. St.	F	Sign.
Maschi	20,92	3,60		
Femmine	22,57	3,16	24,22	0,00

DOMANDA: Sembra che oggi i giovani passino molto tempo al computer, soprattutto su messenger o a scambiarsi email. È una dipendenza anche quella?

RISPOSTA: E' bene precisare che la dipendenza da e-mail, parimenti a quella da sostanze, implica 3 fenomeni particolari:

- Craving: si avverte tipicamente un impulso irrefrenabile a controllare la mail box e ad inviare nuove e-mail.
- Tolleranza: con il trascorrere del tempo si tende ad aumentare la permanenza on-line per inviare e ricevere sempre più e-mail
- Astinenza: lontani dall'amata mail box, si sviluppano, come accade per le dipendenze indotte da sostanze, intensi sintomi psicofisici che spingono l'individuo a collegarsi ancora.

Secondo un recente studio compiuto su un campione di soggetti europei (commissionato dalla Symantec) gli utenti e-mail si possono suddividere in quattro categorie principali distinte in base all'uso che fanno dell'e-mail:

- **i disciplinati:** il 49% degli intervistati sostiene di essere “disciplinato”, ovvero rilassato rispetto all'e-mail ma molto rigido in merito a quando e dove utilizzarla, limitandola all'orario di ufficio e ai luoghi di lavoro;
- **i dipendenti:** il 21% dichiara di controllare l'e-mail in maniera compulsiva, abbandonandosi al panico se non riesce ad accedervi. Questo gruppo trascorre più tempo connesso all'e-mail ogni giorno (2,6 ore in media), effettua il primo controllo della giornata prima delle 9 del mattino e invia e riceve più e-mail rispetto alle altre categorie;
- **i fobici:** il 10% si definisce tecnofobico quando si tratta dell'e-mail, gli utenti di questa categoria utilizza l'e-mail solo per le funzioni di base poiché preferiscono la comunicazione verbale;
- **i sopraffatti:** il 6% viene “bombardato” dalle e-mail e ha difficoltà a farvi fronte. Molti dei messaggi non vengono letti e gli utenti sono terrorizzati all'idea di connettersi.

DOMANDA: Come si manifesta?

RISPOSTA: Uno dei primi campanelli di allarme è l'impiego ossessivo della mail box: si avverte il bisogno di controllarla in continuazione, anche dopo cinque minuti dalla volta precedente, pure se non si sta aspettando niente in particolare. Di solito segue poi la moltiplicazione degli account (ovvero propri indirizzi e-mail): la maggior parte degli e-mail dipendenti hanno a loro disposizione anche decine di account diversi, uno per gli amici, un secondo per il lavoro, un terzo per le persone conosciute occasionalmente in rete, un altro ancora per le comunicazioni formali e le newsletter, ecc.

Un altro campanello d'allarme che sottende l'e-mail addiction è "l'e-mail rage": manifestazioni di rabbia e a volte aggressive (alla cui base c'è una componente di frustrazione) che si presentano quando i messaggi si fermano in rete, si perdono, si aprono solo in parte.

DOMANDA: Quali i sintomi e i disagi?

RISPOSTA: L'individuo dipendente arriva a manifestare, prima o poi, i seguenti sintomi:

- mostra un utilizzo della mail box non giustificato dalla necessità
- dedica la maggior parte del proprio tempo ad attività connesse all'utilizzo della mail box
- tende ad entrare in ansia o perfino in panico se non può collegarsi
- utilizza l'e-mail come mezzo di protezione e di intermediazione per entrare in rapporto con gli altri

- tende a giustificare l'incapacità a staccarsi dal monitor con l'uso di alibi
- manifesta un intenso attaccamento al PC che si evidenzia principalmente con la resistenza ad allontanarsi da esso anche per poco tempo
- manifesta mal di testa, insonnia o altri sintomi connessi all'abuso del PC

DOMANDA: Cosa nasconde il bisogno di controllare continuamente la posta elettronica?

RISPOSTA: Spesso riscontriamo in questi soggetti un forte disagio relazionale, un'incapacità a relazionarsi direttamente con gli altri e di sentirsi pienamente accettati. L'e-mail può rappresentare un nuovo tipo di comportamento di evitamento grazie al quale il soggetto si rifugia in un mondo di rapporti virtuali per non affrontare le proprie problematiche reali.

DOMANDA: Come intervenire?

RISPOSTA: Attualmente, esistono diversi modelli di trattamento di questa forma di dipendenza. Quello proposto da Kimberly Young, una delle pioniere di questa sindrome, si basa sul modello per il trattamento di altre forme di dipendenza. Si tratta di una serie di tecniche di tipo cognitivo-comportamentali, che guidano il soggetto verso una presa di coscienza del funzionamento del proprio problema e dei processi cognitivi che ne stanno alla base. Lo scopo è di favorire un astinenza completa dall'uso di internet e delle e-mail per tentare successivamente una possibile rieducazione.

E' quanto mai importante favorire la comunicazione reale a quella virtuale per spingere l'individuo dipendente ad affrontare i propri problemi esistenziali con strumenti nuovi e non con le abituali modalità di evasione. In seduta quindi cerchiamo di incrementare le risorse comunicative e relazionali del soggetto, facendo emergere anche una maggiore consapevolezza del sé.

DOMANDA: Che differenza c'è tra una persona che spende molto e una persona che spende patologicamente? E Quali sono i segnali?

RISPOSTA: Lo shopping rappresenta per la maggior parte delle persone un modo per coccolarsi, regalarsi un momento di gratificazione, alleviare le tensioni e placare le frustrazioni. Ci sono dei criteri che permettono di distinguere le persone che praticano lo shopping come una normale attività, da quelle per cui esso assume caratteristiche patologiche. Guerreschi ne ha individuate 3:

- la frequente preoccupazione o impulso a comprare, esperiti come irresistibili, intrusivi o insensati;
- comprare frequentemente al di sopra delle proprie possibilità, spesso oggetti inutili (o di cui non se ne ha bisogno), per un periodo di tempo più lungo di quello stabilito;

- la preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano stress marcato, fanno consumare consumare tempo, interferiscono significativamente con il lavoro, determinano problemi finanziari.

DOMANDA: Ci sono più uomini o più donne?

RISPOSTA: Dalla esperienza maturata dal Prof. Guerreschi in questi decenni e dalle ricerche condotte dalla sua struttura, la S.I.I.Pa.C., emerge una netta maggioranza delle donne (80%) rispetto agli uomini affetti da questa patologia, ma la percentuale di shopper di genere maschile è in aumento nonostante la loro maggiore difficoltà ad ammettere questo loro "lato debole".

DOMANDA: Cosa comprano uomini e cosa le donne?

RISPOSTA: Gli uomini prediligono simboli di potere e prestigio come telefonini, computer e attrezzi sportivi, le donne invece sono più spesso attratte da capi d'abbigliamento, profumi, gioielli tutto ciò che possa migliorare l'aspetto fisico e il loro potere seduttivo. La scelta dell'oggetto spesso cela la necessità di creare dall'esterno la propria identità in modo tale che sia il più possibile gradevole agli occhi degli altri

DOMANDA: A che età si sviluppa la patologia?

RISPOSTA: In genere il culmine è tra i 30 e i 40 anni, ma si stima che l'inizio del disordine sia intorno ai 20 anni.

DOMANDA: Quanto tempo ci impiegano in media le persone a rendersi conto di essere "malati"?

RISPOSTA: Il comportamento è, considerato un problema quando provoca conseguenze negative nella vita della persona: gravi problemi finanziari, stress, distruzione familiare e coniugale. Di solito è la famiglia che si rivolge a noi, poi arriva la persona affetta dal problema

DOMANDA: Cosa dicono di solito, la prima volta che si rivolgono alla S.I.I.Pa.C.?

RISPOSTA: Per loro lo shopping è sempre stato un "impulso irresistibile". "..... mi svegliao con l'idea di fare acquisti, e mentre acquistavo sentivo di raggiungere una meta, mi sentivo padrone del mondo.....poi sentivo un forte senso di colpa "

DOMANDA: E' possibile una cura e qual è?

RISPOSTA: Si è possibile una cura. Prima di tutto un trattamento farmacologico, perché in questa sindrome si ha una bassa attività serotoninergica a livello neurofisiologici. Ma accanto al trattamento farmacologico, è importante intervenire dal punto di vista psicoterapico. Inizialmente con un intervento che miri alla riduzione del sintomo. Alcune strategie consigliate da Guerreschi sono:

- lo shopper compulsivo, inizialmente, dovrebbe evitare di andare in giro per negozi da solo ma dovrebbe farsi accompagnare da qualcuno che conosce il suo problema e ponga un freno ai suoi acquisti;
- pagare in contanti piuttosto che con la carta di credito per avere un'idea realistica della gestione del denaro;
- distruggere tutte le carte di credito;
- fare una lista di cose da comprare e comprare solo ciò che è presente in questa lista.

Chiaramente queste strategie sono molto utili inizialmente per eliminare il sintomo, ma è ovvio che bisogna poi fare interventi più profondi che affrontino la causa reale del problema. Dal momento che molti pazienti riferiscono di comprare quando avvertono sentimenti negativi, è utile lavorare su questi vissuti emotivi, sui contesti nei quali essi si verificano e sul significato che questo sintomo ha per il paziente.

DOMANDA: Dopo quanto tempo di solito una persona guarisce?

RISPOSTA: Un anno circa di terapia individuale e di gruppo

DOMANDA: Ci sono ricadute?

RISPOSTA: Si è possibile, ma quando succede all'interno di un percorso terapeutico può svolgere un ruolo importante. La persona che ricade, con l'aiuto del terapeuta riesce ad individuare con più facilità le emozioni e i pensieri disfunzionali che ha provato prima-durante e dopo l'acquisto. Una volta individuate può provare a modificarli.

DOMANDA: Qual è il segnale definitivo della guarigione?

RISPOSTA: Quando lo shopping diventa un piacere, una gratificazione, e si ritorna ad avere un controllo sulla gestione del denaro ma soprattutto a gestire le proprie emozioni, ad avere un adeguata stima di sé.