

Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici

Behavioral addiction: clinical and therapeutic aspects

D. Marazziti, S. Presta, M. Picchetti, L. Dell'Osso

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

Summary

Objective

Although traditional addictive syndromes are those related to substance use disorders, during the last decades a novel addictive group, including the so-called 'behavioral addictions', has been detected and become one of the main modern and post-modern psychopathological expressions. Both substance and behavioral addictions show similar phenomena, such as craving, dependence, tolerance and abstinence, but the former are poorly understood in terms of both clinical features and management.

Materials and methods

A literature review was carried out in Pubmed and Medline over

the last two decades on 'behavioral addictions'; some commercial books, albeit popular, were also cited.

Results and conclusions

The main 'no-drug' addictions include pathological gambling, compulsive shopping, TV-internet-social networks-videogames addictions, workaholism, sex and relationship addictions, orthorexia and overtraining syndrome. Improving knowledge about their psychopathological, clinical, and neurobiological features has relevant implications for more focused prevention and treatment strategies.

Key words

Behavioral addictions • Clinical features • Neurobiology • Treatment

Introduzione

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il concetto di dipendenza patologica come *quella condizione psichica, e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione.*

Per quanto le ultime versioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali¹ e del Manuale di Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali² continuano a proporre una nozione di 'dipendenza' riferita in modo esclusivo all'assunzione di sostanze ad attività psicotropa, questa viene sempre più frequentemente utilizzata anche nell'inquadramento di particolari entità sindromiche derivanti dallo sviluppo di comportamenti assuefativi che si sviluppano in assenza dell'assunzione di qualsiasi sostanza.

Il DSM ha evitato a lungo il termine 'addiction', utilizzando piuttosto di 'substance use' e 'dependence'. Se-

condo la quarta edizione del manuale, l'abuso di sostanze si riferisce a un consumo di droga ripetuto che crea problemi sul lavoro, a scuola e nella vita sociale. Per contro, la definizione di dipendenza da sostanze corrisponde a ciò che molti intendono per 'tossicodipendenza': una quantità eccessiva di tempo trascorso per entrare in possesso della sostanza, una maggiore tolleranza a essa, danni fisici o psicologici dovuti al suo consumo, tentativi falliti di interromperne l'assunzione e sintomi di astinenza. Il DSM-5 elimina la confusione fra i due termini: tutte le dipendenze e i relativi problemi rientrano nella categoria 'disturbi da uso di sostanze' in un capitolo intitolato 'disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze'. Il DSM-5 rafforza inoltre i criteri per la diagnosi di questi disturbi, graduandoli in lievi, moderati o gravi. Mentre nel DSM-IV per una diagnosi di abuso di sostanze era richiesto un solo sintomo, nella nuova edizione un disturbo da uso di sostanze lieve richiede almeno due sintomi.

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, la cosiddetta 'new

Correspondence

Donatella Marazziti, Dipartimento di Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, via Roma 67, 56100 Pisa, Italy • Tel. +39 050 2219768 • Fax +39 050 2219787 • E-mail: dmarazzi@psico.med.unipi.it

technologies addiction' (dipendenza da TV, internet, social network, videogiochi), le dipendenze dal lavoro (*workaholism*), le dipendenze dal sesso (*sex-addiction*) e dalle relazioni affettive, e alcune devianze del comportamento alimentare come l'ortoressia o dell'allenamento sportivo come la sindrome da *overtraining*.

Francisco Alonso-Fernandez³ ha proposto una classificazione allargata del concetto di 'tossicomania' basata su regolatori sociali, distinguendo così:

- le *dipendenze 'sociali' o legali*: comprendono droghe legali, ossia quelle per le quali è permessa la libera vendita (come tabacco, alcolici, farmaci), attività socialmente accettate (come mangiare, lavorare, fare acquisti, giocare, navigare in internet);
- le *dipendenze 'antisociali' o illegali*: comprendono la dipendenza da droghe e attività illegali (come derivati della cannabis, eroina, cocaina, attività sessuali illecite).

Sia le classiche dipendenze da sostanza che queste nuove dipendenze presentano numerosi elementi in comune:

- il *piacere* e il *sollievo*: sensazioni gradevoli ma limitate ai periodi iniziali dell'uso della sostanza (o della messa in atto del comportamento): è la fase della '*luna di miele*', durante la quale è anche quasi sempre presente la negazione del problema;
- la *dominanza*: la sostanza (o il comportamento) domina costantemente il pensiero (idea prevalente); vi è l'impossibilità di resistere all'impulso di assumerla (o di eseguire il comportamento), vissuta con modalità compulsiva;
- il *craving*: l'appetizione e la sensazione crescente di tensione che precede l'inizio dell'assunzione della sostanza (o del comportamento);
- l'*instabilità dell'umore*: inizialmente limitata all'inizio dell'assunzione della sostanza (o del comportamento), successivamente sempre più generalizzata e estesa a tutti gli aspetti dell'esistenza;
- la *tolleranza*: la progressiva necessità di incrementare la quantità di sostanza (o il tempo dedicato al comportamento) per ottenere l'effetto piacevole, il quale tende altrimenti a esaurirsi;
- il *discontrollo*: la progressiva sensazione di perdita del controllo sull'assunzione della sostanza (o sull'esecuzione del comportamento);
- l'*astinenza*: un profondo disagio psichico e fisico quando s'interrompe o si riduce l'assunzione della sostanza (o il periodo dedicato al comportamento);
- il *conflitto*: è la conseguenza dell'uso cronico della sostanza (o del comportamento), che determina evidenti ricadute sull'adattamento familiare, sociale, scolastico o lavorativo;
- la *persistenza*: l'uso della sostanza (o l'esecuzione del comportamento) continuano nonostante la progressi-

va ed evidente associazione con conseguenze negative sempre più gravi;

- le *ricadute*: vi è la frequente tendenza a riavvicinarsi alla sostanza (o al comportamento) dopo un periodo di interruzione;
- *poliabuso* e *cross-dipendenza*: elevata frequenza dell'assunzione di più sostanze (o dell'esecuzione di più comportamenti), nonché di passaggio nel tempo da una dipendenza a un'altra; non va poi dimenticata l'esistenza di un importante fenomeno di cross-dipendenza anche tra uso di sostanze e questi altri comportamenti additivi;
- la somiglianza dei principali *fattori di rischio*: impulsività, *sensation-seeking*, capacità metacognitive disarmoniche, inadeguato ambiente genitoriale.

La visione socio-culturale dei disturbi da dipendenza, che individua nelle caratteristiche intrinseche degli oggetti di dipendenza la principale differenza tra dipendenza da sostanze e dipendenza da comportamenti, andrà comunque approfondita e sintonizzata con le attuali conoscenze neurobiologiche. Attualmente le ipotesi più accreditate suggeriscono l'esistenza di un disequilibrio tra il sistema della serotonina, della dopamina e degli oppioidi endogeni, mediatori fondamentali per il corretto funzionamento dei processi di gratificazione, una cui primaria vulnerabilità potrebbe determinare un alterato funzionamento dei 'centri del piacere'. Con il passare del tempo, queste alterazioni tenderebbero a cronicizzarsi, costruendo una nuova, anomala, stabile e resistente condizione di 'non-equilibrio'.

Nella stesura del DSM-5¹ l'APA aveva originariamente proposto l'inserimento di un nuovo capitolo intitolato "Dipendenze comportamentali", ma tale capitolo non è stato incluso 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, che precedentemente era classificato tra i disturbi del controllo degli impulsi.

Un'altra dipendenza comportamentale, la 'Internet Addiction', viene inclusa nella sezione 3, riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche prima di essere formalmente considerate 'disturbi'.

L'ipotizzata "ipersessualità", che molti hanno considerato come un altro nome per la dipendenza dal sesso, è stata invece respinta dai curatori del nuovo manuale.

Il trattamento delle nuove dipendenze è attualmente stabilito su valutazioni empiriche e sulla base di caratteristiche clinico-psicopatologiche simili a quelli di disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo e impulsivo, di disturbi da uso di sostanze e umore, soprattutto di quelli appartenenti allo spettro bipolare. Sono state impiegate diverse classi di farmaci (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antagonisti degli oppioidi, modulatori glutamatergici e antipsicotici atipici) che, in combinazioni personaliz-

zate, hanno mostrato una buona efficacia nella riduzione della sintomatologia e nel controllo del *craving*. Nella maggior parte dei casi è utile associare al trattamento psicofarmacologico specifici interventi psicoterapeutici e psicosociali.

Obiettivo di questa revisione della letteratura è stato quello di sintetizzare le caratteristiche peculiari e i tratti a comune più significativi non solo tra diverse tipologie di dipendenze senza sostanze, ma anche di indagare le somiglianze e interrelazioni tra esse, le classiche dipendenze da sostanze e altri disturbi psichiatrici. L'indagine clinica e la dissezione farmacologica possono difatti fornire utili informazioni per una migliore comprensione dell'etiopatogenesi di questa eterogenea ma consistente categoria di comportamenti, favorendo così la messa a punto di strategie diagnostiche e terapeutiche più selettive.

Gioco d'azzardo patologico

Il gioco d'azzardo patologico (ludopatia, gambling patologico) è caratterizzato dalla persistente incapacità di controllare e di resistere all'impulso di mettere in atto comportamenti finalizzati al gioco d'azzardo.

La persistenza e l'intensificazione di tali comportamenti (scommesse e puntate divengono sempre più alte e rischiose così da far provare livelli di eccitazione progressivamente maggiori) determinano con il passare del tempo rilevanti ripercussioni sull'adattamento familiare, sociale, affettivo, lavorativo, fino a innescare, in alcuni casi a un deterioramento irreversibile degli stessi.

Può inoltre instaurarsi una modalità comportamentale circolare, che induce a continuare a giocare nell'intento di annullare le perdite, innescando un pericoloso circolo vizioso in grado di cronicizzare una situazione già critica. Nei casi più gravi, l'esaurimento del credito disponibile può indurre a ricorrere a prestiti da usurai, frodi o furti al fine di procurarsi il denaro necessario per giocare. Sintomi, decorso e complicanze del disturbo sono pressoché analoghi a quelli dei disturbi da uso di sostanza, compresi fenomeni specifici (*craving*, assuefazione, tolleranza, astinenza) e aspecifici (depressione, irritabilità, astenia, disturbi delle funzioni cognitive, incremento della quota di ansia generalizzata, disturbi somatoformi, disturbi del ritmo sonno-veglia).

Custer⁴, ha identificato sei diverse tipologie di giocatori:

- giocatori *professionisti*: si mantengono con il gioco d'azzardo che rappresenta per loro una vera e propria professione. Non sono dipendenti dal gioco, per questo riescono a controllare l'ammontare di denaro scommesso e il tempo speso a giocare;
- giocatori *antisociali*: attraverso il gioco d'azzardo ottengono denaro in maniera illegale; giocano con carte segnate o sono coinvolti in corse truccate;
- giocatori *sociali occasionali* o *'adeguati'*: giocano per

divertirsi e per socializzare e il gioco non interferisce con la loro vita;

- giocatori *sociali 'seri' costanti*: investono tempo nel gioco, che rappresenta la loro principale forma di relax e di divertimento; sono in grado di mantenere il controllo sulla loro attività di gioco e non trascurano lavoro e/o famiglia;
- giocatori *per 'fuga' e per 'alleviamento' senza sindrome da dipendenza*: riescono tramite il gioco ad alleviare sensazioni di ansia, depressione, solitudine e noia; più che una risposta euforica il gioco è per loro un potente analgesico che aiuta a non pensare alle difficoltà;
- giocatori *compulsivi con sindrome da dipendenza*: non hanno più il controllo del gioco che è diventato per loro la cosa più importante; non riescono più a smettere di giocare, indipendentemente dalla loro volontà e dal loro impegno. Famiglia, amici e lavoro sono negativamente influenzati dall'attività ludopatica.

Che si possa essere dipendenti da un comportamento come il gioco d'azzardo allo stesso modo in cui si può essere dipendenti da una sostanza rimane peraltro questione molto controversa.

Nel DSM-5¹ l'APA ha, almeno in parte, basato la decisione di inserire il gambling patologico tra i disturbi da uso di sostanze facendo riferimento a dati recenti secondo i quali i gambler presentano alcune alterazioni biochimiche simili a quelle dei tossicodipendenti da sostanze, e sia questi sia i giocatori d'azzardo patologici traggono beneficio dalla terapia di gruppo e da una graduale disassuefazione.

Il profilo personologico del giocatore d'azzardo patologico non sembra possedere caratteri particolarmente specifici, mentre sono evidenziabili alcuni tratti a comune con altri tipi di dipendenza, quali elevata impulsività, ridotta resistenza allo stress, facilità al discontrollo, bassa autostima, sentimenti di solitudine, deficit cognitivi con difficoltà di concentrazione, dimensioni presenti nell'area borderline, narcisistica e antisociale.

I giochi che sembrano indurre dipendenza in modo più rapido sono quelli che consentono la maggiore 'prossimità' spazio-temporale tra scommessa e premio, quali ad esempio slot-machine, gratta e vinci, roulette.

Entrambi i sessi possono essere colpiti: nella donna si nota un picco tra i 40 e i 50 anni, mentre nell'uomo si hanno due picchi significativi, il primo in età giovanile (intorno ai 20 anni) il secondo intorno ai 40 anni.

Terapia

Quanto alle terapie biologiche, sebbene la potenziale efficacia di varie classi farmacologiche sia stata indagata in un discreto numero di studi in doppio cieco verso placebo, e nonostante una accurata metanalisi che ha incluso

16 studi randomizzati pubblicati tra 2000 e 2006 abbia confermato una generale efficacia del trattamento farmacologico con timolettici, timoregolatori, antagonisti degli oppioidi e agenti glutamatergici, a oggi nessun farmaco ha ricevuto indicazione specifica nel trattamento del gioco d'azzardo patologico.

Dato il carattere ancora empirico del trattamento del gioco d'azzardo, l'impostazione della terapia può risentire positivamente di una sottotipizzazione del disturbo in: 1) sottotipo *ossessivo-compulsivo*; 2) sottotipo *impulsivo*; 3) sottotipo *additivo*.

Studi specifici volti a indagare l'esito del trattamento farmacologico sono stati condotti per lo più su casistiche numericamente limitate, consistenti in case-report, studi in aperto e studi in singolo e a doppio cieco, spesso poco omogenei quanto a valutazione degli obiettivi (riduzione della sintomatologia vs. cessazione del comportamento ludopatico)⁵.

L'alterazione del controllo serotoninergico rappresenta un elemento importante nella genesi del disturbo⁶. Ciò è avvalorato dall'osservazione di ridotti livelli di acido 5-idrossiindolacetico, il principale metabolita della serotonina a livello cerebrospinale di soggetti di sesso maschile affetti da gioco d'azzardo patologico⁷, o del trasportatore plasmatico della serotonina in gruppo di giocatori di entrambi i sessi⁸, e dall'evidenza clinica di efficacia del trattamento con inibitori non selettivi del reuptake della serotonina come la clomipramina⁹ e con inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) nella riduzione a breve termine dei sintomi e dei comportamenti compulsivi, indipendentemente dalla presenza di sintomi depressivi^{10,11}.

Tre studi condotti (in singolo e in doppio cieco) su campioni di modesta entità costituiti da soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico, senza una rilevante comorbidità per altri disturbi psichiatrici, hanno indagato l'efficacia del trattamento con fluvoxamina (100-250 mg/die)^{12,13}.

L'efficacia del trattamento con paroxetina (10-60 mg/die) è stata valutata in due studi in doppio cieco controllati vs. placebo^{5,11}; nel primo il farmaco si è dimostrato efficace, nel secondo il miglioramento non è stato confermato, per quanto sia stata evidenziata una modificazione positiva dei punteggi alla Clinical Global Impression Scale (CGI). Due studi in aperto hanno valutato l'efficacia di citalopram¹⁴ e di escitalopram¹⁵. Il citalopram è stato utilizzato in un campione costituito da 15 soggetti ed è stato dimostrato che il farmaco determinava un decremento sia delle condotte di gioco (valutate sulla base alla riduzione del numero di giorni dedicati al gioco, della quantità di denaro impiegata, dell'ideazione e del desiderio di giocare) parallelamente a un miglioramento della qualità di vita. Il secondo trial è stato condotto in un campione di 16 soggetti, 14 dei quali hanno mostrato una riduzione significativa dei punteggi sia alla Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale opportunamente modificata (YBOCS-

PG¹⁶), utilizzata come misura di efficacia primaria, che nelle altre scale impiegate per la valutazione degli outcome secondari.

Analogamente a quanto osservato sia in studi controllati che nella pratica clinica nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo, gli SSRI sembrano poter rivestire un ruolo nel trattamento del gioco d'azzardo patologico, ma a dosi maggiori rispetto a quelle impiegate nel trattamento dei disturbi depressivi.

Tra gli altri inibitori del reuptake monoaminergico è interessante l'utilizzo del bupropione, che sembra essere particolarmente utile nel trattamento del gioco d'azzardo in presenza di comorbidità per ADHD¹⁷, e del nefazodone¹⁸. Esistono pochi studi riguardo l'efficacia degli stabilizzatori dell'umore (principalmente sali di litio, carbamazepina, valproato, topiramato, gabapentin). Il rationale d'impiego di questi farmaci può essere individuato nella comunanza di comportamenti poco controllati e impulsivi tra gioco d'azzardo e fasi miste, ipomaniacali o maniacale del disturbo bipolare¹⁹. Uno studio randomizzato in singolo cieco ha dimostrato l'efficacia del trattamento con sali di litio o acido valproico in pazienti ludopatici non bipolari²⁰; anche la monoterapia con topiramato ha mostrato buona efficacia²¹.

Il naltrexone (antagonista dei recettori oppioidi μ , efficaci nel modulare la trasmissione dopaminergica a livello mesolimbico), comunemente utilizzato nel trattamento della dipendenza da alcol e da oppioidi, ha mostrato efficacia (dose media di 188 mg/die) nel trattamento del gioco d'azzardo patologico e l'efficacia risultava maggiore nei soggetti caratterizzati da tratti impulsivi più marcati²². Il suo utilizzo è limitato dal non trascurabile rischio di tossicità epatica. In quest'ottica potrebbe risultare più promettente il ruolo del nuovo antagonista oppioide nalmefene²³.

Dato che il miglioramento del tono glutamatergico a livello dell'accumbens è stato correlato a una riduzione dei comportamenti di reward-seeking nelle tossicodipendenze, l'N-acetilcisteina, un modulatore glutamatergico, è stata testata mostrando una azione sul craving per il gambling²⁴.

Sulla stessa linea sembra promettente l'utilizzo di altri modulatori GABAergici quali acamprosato, d-cicloserina, gabapentin, pregabalin, lamotrigina²⁵.

Pochi sono i dati relativi all'efficacia degli antipsicotici atipici, talora impiegati con successo nel potenziamento del trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo resistente; in particolare è stata valutata l'efficacia di olanzapina verso placebo nel trattamento di soggetti con dipendenza da video-poker²⁶.

In un gruppo di gambler impulsivi è stato anche testato il trattamento con modafinil, uno stimolante atipico²⁷. Mentre nei soggetti con elevati livelli di impulsività è stata osservata una riduzione della ricerca del gioco, soggetti con bassi livelli hanno mostrato il comportamento oppo-

sto. Questo dato indica potenziali future direzioni della ricerca, che dovranno esaminare le possibili modifiche degli effetti di un determinato trattamento in base alle differenti caratteristiche cliniche e di comorbidità del singolo soggetto.

Per quanto riguarda i trattamenti non farmacologici, le strategie terapeutiche più testate comprendono la psicoterapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia intersociale bifocale, le riunioni di gruppo sul modello dei 'Alcolisti Anonimi', la riorganizzazione dello schema esistenziale in unità specifiche relative al tempo dedicato alla famiglia, alle attività sociali, al lavoro, al riposo e svago.

Shopping compulsivo

Il programma mediatico progressivamente sviluppato con l'inizio della rivoluzione industriale, basato sulla promozione all'acquisto tramite il mezzo pubblicitario, ha finito di costruire un modello comportamentale vincente secondo il quale il possesso di un bene e, più recentemente, anche l'accesso a servizi esclusivi, è sinonimo di benessere e dunque di felicità.

Lo shopping compulsivo (o *oniomania*, dal greco *onios*, 'in vendita': termine coniato dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin, il quale, assieme a Eugen Bleuler, ne identificò per la prima volta i sintomi intorno alla fine del XIX secolo) è un disturbo caratterizzato dalla continua polarizzazione ideativa e dalla perdita del controllo verso attività di acquisto compulsivo, generalmente non finalizzato.

Più recentemente, Susan McElroy¹⁹ ha proposto una serie di criteri diagnostici atti a distinguere la normale attività di acquisto rispetto a quella patologica:

1. la preoccupazione, l'impulso o il comportamento di acquisto sono percepiti come irresistibili, intrusivi o insensati;
2. l'acquisto è frequentemente al di sopra delle proprie possibilità e/o riguarda oggetti inutili (o di cui non si ha bisogno);
3. la preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano marcato stress, determinano una significativa perdita di tempo, interferiscono significativamente con il funzionamento sociale e lavorativo o determinano problemi finanziari;
4. l'acquisto eccessivo non si presenta esclusivamente durante i periodi di mania o ipomania.

È possibile distinguere due tipi di acquisto patologico:

- *Consumopatia abusiva*: l'acquisto rappresenta un meccanismo psicopatologico compensatorio di un disturbo psichiatrico primario, come la depressione, il disturbo bipolare, alcuni disturbi d'ansia. L'eccesso negli acquisti segue un decorso sostanzialmente sintonico all'andamento del disturbo primario e si attenua fino a scomparire alla remissione del quadro affettivo e/o psicotico.

- *Consumopatia morbosa*: la compulsività all'acquisto rappresenta il fenomeno primario. Se durante le fasi iniziali del disturbo ogni nuovo oggetto comprato crea una piacevole sensazione, col passare del tempo, questa si riduce parallelamente alla comparsa dell'impossibilità di frenare l'impulso all'acquisto, mentre iniziano a comparire uno stato di tensione crescente e sentimenti di colpa e vergogna. Nel sesso femminile, più frequentemente colpito dal disturbo, l'acquisto si indirizza principalmente verso abbigliamento, indumenti intimi, scarpe, cosmetici e gioielli, mentre nel maschio sembrano essere preferiti oggetti elettronici e accessori per auto. Vi sono dipendenti che diversificano gli acquisti, mentre altri si focalizzano esclusivamente su un determinato oggetto in una sorta di 'hoarding' compulsivo. Gli oggetti acquistati il più delle volte vengono messi da parte, regalati o gettati.

Anche in questo disturbo sono presenti una serie di manifestazioni sintomatologiche e comportamentali affini alla fenomenologia dei dipendenza da sostanze (craving, assuefazione, tolleranza, astinenza).

Terapia

Le tecniche non farmacologiche comprendono la psicoterapia cognitivo-comportamentale con un focus particolare sul rinforzo dell'autostima e compensazione dei sentimenti di insicurezza, tecniche di rilassamento e desensibilizzazione sistemica.

Sebbene non siano al momento disponibili linee-guida specifiche per il trattamento farmacologico dello shopping compulsivo, il primo report di un intervento psicofarmacologico in questo disturbo risale al 1991 quando McElroy et al.²⁸ hanno documentato la risposta al trattamento con antidepressivi (bupropione, nortriptilina e fluoxetina) in tre casi di 'compulsive buying'. Nel 1994 gli stessi autori²⁹ hanno ripetuto lo studio su 20 *compulsive shoppers* che presentavano una comorbidità con disturbi dell'umore (14 con disturbo bipolare e 5 con disturbo depressivo maggiore); dei 13 pazienti trattati farmacologicamente con monoterapia antidepressiva o in associazione con stabilizzatori dell'umore, 10 hanno mostrato una completa o parziale remissione degli stimoli all'acquisto. Va però sottolineato che il trattamento antidepressivo potrebbe agire sia mediante un effetto specifico sullo shopping compulsivo che attraverso il miglioramento del disturbo dell'umore in comorbidità.

Lejoyeux et al.³⁰ hanno riportato due casi di *compulsive buying* in pazienti depressi in cui è stata osservata la completa remissione sintomatologica dopo il trattamento con un antidepressivo triciclico, la clomipramina.

Sono stati indagati su campioni esigui trattamenti con SSRI (fluvoxamina e citalopram), timoregolatori (anche in combinazione; in particolare va poi ricordato un case

report di un soggetto che ha tratto rilevante beneficio dal trattamento in monoterapia con topiramato³¹ e naltrexone, con buoni risultati³².

Più recentemente, la memantina, un antagonista del recettore per l'N-metil-D-aspartato in grado di inibire l'attività eccitatoria glutamatergica, è risultata in grado di favorire la riduzione del comportamento impulsivo in 9 soggetti con shopping patologico³³.

Nuove dipendenze tecnologiche (internet, social network, videogiochi, cellulare, TV)

Nel 1995 Ivan Goldberg propose in modo ironico e provocatorio l'introduzione nel DSM di una nuova sindrome da dipendenza denominata *Internet Addiction Disorder*³⁴. 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 al collegamento precedente o pianifichi già la prossima sessione online)?
2. Senti il bisogno di passare sempre più tempo collegato alla rete per ottenere la stessa soddisfazione?
3. Hai tentato ripetutamente 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 online più a lungo di quanto intendessi originariamente?
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)?

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, alterazioni dell'appetito, scarsa cura di sé, cefalea, alterazioni della vista, comparsa di problemi ortopedici come un frequente mal di schiena e la sindrome del tunnel carpale (per l'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. Goldberg³⁴ ha 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 comportamenti compulsivi collegati a diverse attività online qua-

li 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).

Tra le numerose varianti con le quali l'Internet Addiction può presentarsi, particolare interesse suscita la cosiddetta *Cyber-Relational Addiction*. Questa si caratterizza per la tendenza a instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone 'conosciute' online, principalmente via chat, forum o social network. 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. Le relazioni virtuali possono divenire progressivamente più importanti di quelle reali e il soggetto va incontro a un crescente 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 speciale, chiamata 'irachese' dalla sigla IRC (Internet Relay Chat) e comprendente i ben noti *emoticon* e *smile*.

Nel 1996 Young et al.³⁵ hanno condotto una estesa ricerca empirica allo scopo di indagare la natura della dipendenza da Internet: utilizzando come modello la diagnosi del gioco d'azzardo patologico già presente nel DSM-IV, l'hanno definita come un 'disturbo nel controllo degli impulsi che non implica l'assunzione di una sostanza'.

Tra i dipendenti da Internet si possono evidenziare due tipologie di soggetti: coloro che avevano già manifestato altri disturbi psicologici in precedenza (tra i più frequenti, disturbi dell'umore, d'ansia, della condotta alimentare, del controllo degli impulsi, ma anche disturbi di personalità e quadri psicotici), e coloro che non avevano mai presentato, almeno apparentemente, alcuna psicopatologia. Nel primo caso, aver già sofferto di altri disturbi rappresenta un fattore di facilitazione per l'insorgenza di ogni tipo di assuefazione; nel secondo caso, invece, sono i primi contatti con la 'sostanza' (la rete) ad accendere il bisogno, il quale successivamente si alimenterà, si auto-manterrà e si intensificherà a ogni successiva 'assunzione', cioè a ogni collegamento.

Come il computer, anche il cellulare rappresenta uno strumento tecnologico sempre più diffuso e sofisticato. Parallelamente al notevole e rapidissimo incremento di accessori e servizi comunicativi disponibili e la moltiplicazione delle funzioni tecniche (sms, mms, videochiamata, mail, istant-messaging) si sono trasformate anche le funzioni psico-sociali di questo strumento. Il cellulare ha in parte annullato l'impatto spazio-temporale, emotivo e relazionale, interferendo così nella sperimentazione e nella gestione di molte emozioni e relazioni di base.

Il rischio, rilevante soprattutto nei giovani che rappresentano i maggiori utilizzatori dello strumento, è di affrontare tutte le relazioni interpersonali in modo 'surreale' e di impiegarlo in maniera quasi esclusiva per gestire le proprie emozioni. 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 ugualmente raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento.

Si può parlare di dipendenza quando la maggior parte del tempo e delle energie vengono spesi nell'utilizzo dello strumento, al punto che insorgono disfunzioni significative nelle principali 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 spazi e tempi eccessivi in attività connesse all'utilizzo del cellulare.

Le dinamiche di dipendenza da cellulare si possono sviluppare e radicare tanto da presentare fenomeni analoghi alle dipendenze da sostanze, con comparsa di craving, tolleranza e assuefazione. Altri comportamenti che possono far sospettare una dipendenza da cellulare sono un atteggiamento di intenso attaccamento verso il telefonino, il rifiuto di distaccarsene anche per poco tempo, e il suo utilizzo come unico mezzo di conoscenza e scambio interpersonale.

L'eccessivo utilizzo del cellulare ha condotto allo sviluppo di disturbi specifici, quali la 'sindrome da disconnessione' e la 'sindrome dello squillo o della vibrazione fantasma'.

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.

La 'teledipendenza' configura un utilizzo eccessivo ('te-leabuso': esagerata permanenza di fronte allo schermo) e/o distorto ('telefissazione': abitudine a guardare la TV da solo, immobile, in rigoroso silenzio, evitando il contatto o manifestando accessi di ira se interrotto durante l'osservazione dello strumento televisivo). Anche la teledipendenza, possibile a tutte le età della vita, può determinare un significativo scadimento della capacità prestazionali, cognitive, relazionali, affettive.

Terapia

Sebbene non siano al momento disponibili linee-guida specifiche per il trattamento farmacologico della dipendenza da nuove tecnologie, dati recenti hanno suggerito la potenziale efficacia del bupropione e del metilfenidato nel ridurre il craving per videogiochi^{36 37} e del naltrexone nel ridurre la dipendenza da siti pornografici³⁸.

Un case report ha suggerito la possibile efficacia dell'esitalopram (10 mg/die)³⁹, successivamente confermata in un trial in aperto⁴⁰.

Dipendenza dal lavoro ('workaholism')

Robinson⁴¹ ha definito questo fenomeno come un '*disturbo ossessivo-compulsivo che si manifesta attraverso richieste auto-imposte, un'incapacità di regolare le proprie abitudini di lavoro ed eccessiva indulgenza nel lavoro fino all'esclusione delle altre principali attività della vita*'. Il workaholic sarebbe una '*persona il cui bisogno di lavorare è talmente eccessivo da creare notevoli disagi e interferenze nello stato di salute, nella felicità personale, nelle relazioni personali e familiari e nel suo funzionamento sociale*'.

Il workaholic presenta elevati livelli di aggressività, tensione continua, incapacità a rilassarsi, è sempre sicuro di sé, coltiva sentimenti di invincibilità, non tollerando critiche o ostacoli, è arido, anaffettivo, rigido sul piano cognitivo, concentrato pressoché esclusivamente sul successo professionale, tende a ipercontrollare ogni aspetto della sua esistenza, senza porre confine tra la vita professionale e quella personale. Trascorre il tempo libero e le ferie in attività che possano avere una qualche utilità per il lavoro e per la carriera, e se non gli è possibile avverte insopportabili sentimenti di irrequietezza e noia. Prova un forte disprezzo per attività che considera non costruttive, dunque inutili e futili, quali concerti, teatri, sport; non coltiva alcun hobby se non è in qualche modo connesso con un vantaggio lavorativo quelli connessi al suo lavoro.

Terapia

Sebbene non siano al momento disponibili né linee guida specifiche né studi clinici controllati per il trattamento farmacologico della dipendenza da lavoro, nella pratica sono utilizzati con buoni risultati timoletici (soprattutto SSRI) e timoregolatori (acido valproico).

Dipendenza dal sesso (sex-addiction)

La dipendenza sessuale è una relazione patologica con il sesso che, al pari di altri comportamenti di dipendenza, può essere interpretata come un tentativo di alleviare stress e/o sentimenti negativi o dolorosi che il soggetto non è capace di gestire. In base alle attuali possibilità farmacoterapeutiche, si deve tenere presente la diagnosi differenziale tra la dipendenza da reazione orgasmica (DRO) e il comportamento ipersessuale egosintonico (CISES); quest'ultima rappresenta, infatti, una condizione più arginabile dal punto di vista farmacoterapico rispetto alla DRO⁴².

L'assuefazione con crescente tolleranza alle sostanze endorfiniche, determinata da fattori genetici, è la cau-

sa della DRO, in cui l'incremento endorfinico prodotto dall'orgasmo non è più sufficiente a smorzare il desiderio erotico, per cui i soggetti sono portati a ripetere sempre più ulteriori orgasmi onde evitare l'instaurarsi della sindrome d'astinenza.

Il CISES è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali:

- *centralità*: nella vita del sex-addicted la sessualità ricopre un ruolo preminente; il soggetto indirizza la sua esistenza in relazione alla possibilità di appagare i desideri sessuali che sa di non potere controllare. Vi è una ricerca continua di situazioni a carattere sessuale, in grado di stimolare il desiderio o dare occasioni per comportamenti sessuali. In un primo momento la condotta sessuale attenua il malessere legato agli stati disforici presenti, ma poi subentrano sensi di colpa, depressione, vergogna, che fortificano la condotta sessuale. La vergogna spinge a chiudersi in sé, nascondendo agli altri i suoi impulsi e le sue condotte, isolandosi sempre più e deteriorando la qualità della vita, attivando il circolo della vergogna che rinforza la dipendenza⁴³;
- *pervasività*: le condotte sessuali tendono a estendersi a tutti i piani (mentali e pratici) dell'esistenza;
- *alterato rapporto tra obiettivi e conseguenze*: il soggetto orienta le scelte in base a un'alterata gerarchia di valori e priorità proprio perché pone al centro dell'interesse il soddisfacimento dei suoi appetiti sessuali e sottostima o ignora le conseguenze devastanti per sé e/o per gli altri;
- *incapacità di astenersi malgrado le conseguenze dannose*: in una percezione distorta della realtà, l'individuo può arrivare a negare tali conseguenze rivelando impossibilità di gestire i propri impulsi;
- *compulsività*: i comportamenti sessuali non sono diretti a procurare piacere, ma a ridurre l'ansia e la sofferenza^{44 45};
- *incapacità di controllare l'impulso sessuale*: l'istinto sessuale è presente con elevata frequenza e intensità e la persona è incapace di resistere al suo soddisfacimento;
- *tolleranza* (crescente frequenza delle condotte dipendenti e aumento degli stimoli volti ad attivare il comportamento) e *astinenza* (sintomi astinenziali, quali instabilità e labilità emotiva, irritabilità, reattività, in caso di impossibilità di espletare il comportamento sessuale)⁴⁶.

Terapia

Al momento non sono ancora disponibili studi controllati su questi comportamenti; la letteratura disponibile consiste in una serie di trial in aperto e alcuni case report, orientati principalmente allo studio della terapia di alcune devianze sessuali.

Sono stati osservati buoni risultati con l'utilizzo dei sali

di litio e degli antidepressivi triciclici⁴⁷⁻⁴⁹, degli SSRI⁵⁰⁻⁵³, del buspirone^{54 55}, del nefazodone⁵⁶ e del naltrexone⁵⁷.

La prima segnalazione della possibile efficacia di un trattamento farmacologico dei disturbi caratterizzati da comportamenti sessuali compulsivi è attribuita a Renynghede Voxvrie⁵⁸, il quale sottolineò un buon risultato con la clorimipramina. Tuttavia, Ananth et al.⁵⁹ hanno riferito che nei soggetti con comportamenti compulsivi sottoposti a terapia con clomipramina il miglioramento sintomatologico riguarda principalmente la componente ansiosa piuttosto che le condotte compulsive. Per quanto riguarda questo farmaco, e anche e soprattutto gli SSRI, va ricordato che la riduzione della libido ne rappresenta uno degli effetti collaterali più frequenti e più spiacevoli; l'ideale terapeutico ovviamente consisterebbe invece nell'ottenere una riduzione della compulsività senza una completa soppressione della libido, poiché ciò equivarrebbe a trasformare il comportamento sessuale egodistonico, cioè la DRO, in un comportamento sessuale egosintonico, ossia normalmente gestibile a seconda della necessità fisiologica e dell'opportunità situazionale. Pertanto, la farmacoterapia più mirata dovrebbe sostanzialmente rinforzare l'attività inibitoria esercitata dalle aree soppressorie GABAergiche localizzate nei lobi frontali, verosimilmente inefficiente nei soggetti affetti da DRO. L'utilizzo dunque di timoregolatori (quali valproato di sodio, dipropilacetamide dell'acido valproico, lamotrigina, gabapentin, pregabalin, topiramato, vigabatrin), tra le cui specifiche attività neurochimiche vi è proprio quella di indurre un potenziamento dell'attività GABAergica, sembrerebbe più appropriata^{60 61}.

È infine interessante ricordare il ruolo dei cannabinoidi endogeni nel determinismo della compulsività. È già da tempo nota l'azione disinibente del Δ -9-tetraidrocannabinolo (THC) esogeno, che ha recettori specifici implicati nel sistema di gratificazione cerebrale⁶². È stato osservato che l'endocannabinoide 2-AG ostacola la produzione del neurotrasmettitore inibitorio GABA^{63 64}, riducendone a sua volta l'azione inibitoria. È dunque ipotizzabile che composti efficaci nel bloccare l'eccessivo rilascio di alcuni endocannabinoidi a livello di circuiti cerebrali specifici, possano determinare un incremento del controllo delle condotte sessuali compulsive.

Analogamente, poiché la somministrazione endovenosa di naltrexone, bloccando totalmente il rilascio di ossitocina⁶⁵, riduce notevolmente il piacere orgasmico e quindi la concomitante produzione di β -endorfina, con conseguente mancata sedazione libidica post-orgasmica e mancata realizzazione del periodo refrattario, per cui permane ancora impellente il bisogno di avere un altro orgasmo, suggerisce che composti in grado di modulare positivamente la trasmissione ossitocinergica potrebbero favorire un'armonica riorganizzazione del desiderio sessuale.

L'istinto sessuale anormale caratteristico del CISES sembra risultare efficacemente modulato dalla somministrazione di farmaci antiandrogeni (medrossiprogesterone acetato o ciproterone acetato), tuttavia, la possibile insorgenza di seri effetti collaterali quali tromboflebiti, embolia polmonare, disfunzioni epatiche, oltre a favorire una ridotta compliance⁶⁶, ne rende indicato l'utilizzo solo nei casi di resistenza ad altri tipi di trattamento. Tra questi, appare efficace la somministrazione di neurolettici tradizionali (tioridazina, pimozide, clorpromazina, flufenazina)⁴², tra i quali il più adeguato allo scopo, in virtù della maggiore selettività per i recettori dopaminergici concentrati nei gangli della base e nelle proiezioni limbiche-proencefaliche, sembrerebbe la tioridazina (farmaco ritirato dal commercio in Italia).

Dipendenza dalle relazioni affettive

Il problema della dipendenza affettiva è stata affrontato per la prima volta in ambito psicanalitico: nel 1945 Otto Fenichel⁶⁷ nel *Trattato di Psicanalisi delle Nevrosi e Psicosi*, dove introduce il termine *amore dipendenti* per indicare *persone che necessitano dell'amore come altri necessitano del cibo o della droga*. A livello mediatico il problema esplose negli USA negli anni ottanta, quando la psicologa americana Robin Norwood pubblica il best-seller *Donne che amano troppo*⁶⁸. Malgrado ciò e nonostante la discreta specificità di alcune sue manifestazioni comportamentali, questa condizione non trova ancora dignità nosografica nei vari sistemi diagnostici internazionali, tra cui anche il DSM.

Se è normale che in una relazione, in particolare durante la fase dell'innamoramento, sia presente un certo grado di dipendenza, una sorta di desiderio di fusione con l'altro, questa tende fisiologicamente a scemare con lo stabilizzarsi della relazione affettiva. Nella dipendenza affettiva patologica, invece, la pulsione fusionale perdura inalterata nel tempo, se non addirittura intensificata.

A causa delle ansie abbandoniche, il dipendente si dedica completamente all'altro, al fine di perseguire esclusivamente il suo benessere e non il proprio, come invece dovrebbe essere in una relazione 'sana'. Il partner diviene così lo scopo primario dell'esistenza e la sua assenza, anche temporanea, dà al soggetto la sensazione di non avere significato, di 'non esistere'.

La dimensione di dipendenza conduce spesso alla scelta di partner 'problematici', affetti a loro volta da instabilità dell'umore, dipendenze patologiche e disturbi del controllo degli impulsi: ciò sempre al fine di negare i propri bisogni, perché è l'altro ad aver bisogno di aiuto.

Si tratta, però, di un aiuto 'malato', nel quale non solo si diventa 'codipendenti', ma si rafforza la dipendenza dall'altro, in modo tale che questi possa essere e rimanere per sempre 'nostro': ma quasi sempre sono presenti

mancanza di rispetto, progetti di vita diversi se non opposti, bisogni e desideri non condivisi. Questa è la fase in cui la persona non può più uscire da una relazione che egli stesso ammette essere senza speranza, insoddisfacente, umiliante e spesso autodistruttiva.

Analogamente alle dipendenze da sostanze, anche in questa condizione sono presenti fenomeni di 'ebbrezza' (la relazione sentimentale dona una sensazione di euforia che diviene sempre più indispensabile per mantenere un 'equilibrio' interiore), di tolleranza (il soggetto ricerca dosi affettive sempre più grande, manifestazioni sempre più continue e concrete del suo amore, cerca di trascorrere sempre più tempo in sua compagnia), di astinenza (la sua assenza getta in uno stato di prostrazione). L'aumento della dose di 'sostanza' non di rado esclude la coppia dal resto del mondo, e, se la dipendenza è reciproca, la coppia finisce con l'alimentarsi di se stessa.

La consapevolezza dell'ingresso in un pericoloso circuito psicopatologico non è sempre completamente presente, o non lo è sempre nel tempo: ansia, sentimenti di colpa, elementi distimici cedono talvolta il passo a tensione interna, reattività, irritabilità, gelosia, possessività, spunti paranoidei che, invadendo il campo delle idee, possono innescare uno sconfinamento in un pensiero psicotico con rischio di reazioni aggressive anche di estrema gravità.

Terapia

Non esiste, al momento, una indicazione farmacologica specifica per questo tipo di dipendenza. La pratica clinica suggerisce la possibile utilità di antidepressivi, ansiolitici, timoregolatori e talvolta anche neurolettici nel controllo dei sintomi ansiosi, affettivi e talvolta psicotici correlati.

Ortoressia

L'ortoressia (dal greco *orthos*-corretto e *orexis*-appetito) è stata descritta per la prima volta dal dietologo Steve Bratman nel 1997 e poi sistematizzata nel 2000⁶⁹ sulla base di un Questionario composto da 10 item (*Spendi più di 3 ore al giorno a riflettere sulla tua alimentazione? Pianifichi i tuoi pasti diversi giorni prima? La possibilità che i cibi che assumi ti facciano ingrassare è sempre più importante del piacere di mangiarli? Lo stato di ansia nella tua vita è aumentata da quando hai riflettuto sulla tua alimentazione? Sei diventato più severo con te stesso nei confronti del tuo comportamento quotidiano e alimentare? La tua autostima aumenta quando ti alimenti in modo corretto? Hai eliminato radicalmente diversi cibi che ti piacevano in favore di cibi più salutari? Ti riesce più difficile mangiare fuori casa, in ristoranti diversi? Ti senti in colpa quando non mangi in modo corretto? Ti senti in pace con te stesso e in pieno controllo quando mangi in modo corretto?*)⁶⁹.

Il quadro clinico si caratterizza per la presenza di una ideazione prevalente sul controllo del regime alimentare, sulla scelta del cibo e sulle sue caratteristiche (dando l'assoluta priorità a cibi ritenuti 'sani', quali agricoltura biologica o similari), ricollegabile non solo al timore di andare incontro a un aumento ponderale, ma, e soprattutto, di costruire una condotta nutrizionale che sia in grado di permettergli il raggiungimento di un 'perfetto' stato di salute.

L'ortoressico tende a isolarsi progressivamente in un proprio stile esistenziale standardizzato e dettato esclusivamente da regole precise e imprescindibili collegate al controllo della condotta alimentare, difendendosi e chiudendo la comunicazione con chi non comprende le sue scelte o non condivide in pieno le sue idee. Vive in uno stato di tensione continua, che 'supera' con la convinzione che le sue scelte siano assolutamente le uniche giuste. Anche se il disturbo può presentarsi a vari livelli di intensità, è possibile il verificarsi una progressiva distorsione del contenuto del pensiero tale che il soggetto può divenire progressivamente inaccessibile alla critica, strutturando una modalità di pensiero psicotica.

Terapia

Non sono al momento disponibili dati riguardanti possibili trattamenti farmacologici dell'ortoressia. La presenza di caratteristiche psicopatologiche comuni con l'anorexia nervosa suggeriscono però la possibile utilità di SSRI, TCA e antipsicotici tradizionali e atipici.

Dipendenza da sport ('Sindrome da overtraining')

La 'sindrome da overtraining' definisce un alterato equilibrio tra quantità e qualità di allenamento e tempi di recupero, con decremento delle capacità di performance per saturazione. La ricerca ossessiva del 'dare il massimo' o del 'dimagrire' o 'definire la muscolatura a ogni costo' può infatti minare, in modo anche pericoloso, i sistemi di controllo neuroendocrinologici.

Una volta comparsa, si tratta di una condizione cronica, stabilizzata, che necessita di lunghi periodi di recupero (molti mesi) e in questo si differenzia dal banale 'affaticamento', che perdura per uno-due giorni dopo un sovraccarico di allenamento, o dal cosiddetto 'over-reaching' che è comunque di breve durata (circa due settimane in media). I principali sintomi fisiologici di questa condizione sono rappresentati dalla comparsa di eccessivo affaticamento di fronte a ogni minimo sforzo, bradicardia a riposo, alterazioni dell'omeostasi pressoria, alterazioni del ritmo sonno-veglia, anomale modificazioni del rapporto massa magra-grassa con perdita di peso, dolori muscolari, insorgenza di intolleranze alimentari favorite da alimentazioni stereotipate o forzate, peggioramento tecnico con

ricomparsa di errori già superati, minore tolleranza ai carichi di lavoro. Dal punto di vista psicologico-vegetativo compaiono alterazioni del tono timico con instabilità, labilità e reattività dell'umore, ridotta motivazione verso l'allenamento, ridotta fiducia nei propri mezzi, iporessia, cefalea, disturbi gastrointestinali, maggiore facilità a infezioni. A livello biochimico possono comparire elevazione dei livelli serici di catecolamine, cortisolo e urea, riduzione del testosterone plasmatico e della calcemia, minore sintesi di glicogeno, irregolarità mestruali.

Terapia

Non sono al momento disponibili dati riguardanti possibili trattamenti farmacologici della sindrome da overtraining. La presenza di caratteristiche psicopatologiche comuni con i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, quali la dismorfofobia e l'anorexia nervosa, suggeriscono la possibile utilità di SSRI, ansiolitici e anche antipsicotici tipici e atipici.

Risultati e conclusioni

Alcuni dei disturbi esaminati in questa review, come il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la dipendenza da internet e alcune forme di dipendenza sessuale, sono stati ben descritti e analizzati nella letteratura scientifica che risulta abbastanza consistente. Per altri invece, come la dipendenza da lavoro, la dipendenza da sport e l'ortoressia, le conoscenze disponibili necessitano senza dubbio di un ulteriore approfondimento. Va sottolineato che ciascuna di queste entità offre una modalità di presentazione assolutamente originale, facilmente individuabile sul piano clinico e quindi ampiamente giustificabile come dignità nosografica autonoma. Quanto alla proposta di raggruppare tali entità in una categoria denominata 'dipendenze senza sostanza', queste, pur molto eterogenee sul piano descrittivo, sono anche fortemente accomunate da un elemento centrale caratterizzato dal coinvolgimento in un'abitudine ripetitiva e persistente, progressivamente disfunzionale, in grado di indurre una compromissione rilevante della sfera lavorativa, affettiva, relazionale e sociale. Altri elementi costantemente rilevabili sono la progressiva e ineludibile perdita del controllo sul comportamento nonostante l'evidenza delle conseguenze negative da esso determinate, l'impossibilità di procrastinare il soddisfacimento del bisogno, l'induzione di stato iniziale di euforia conseguente alla messa in atto del comportamento. Infine, analogamente a quanto ben noto per le classiche sindrome assuefative da sostanze psicoattive, sono chiaramente osservabili veri e propri fenomeni di craving, tolleranza e astinenza. Queste osservazioni, se da una parte supportano la possibile individuazione di una categoria nosografica a sé

stante, dall'altra sembrano suggerire la necessità di approfondire la conoscenza delle interrelazioni con l'area delle classiche dipendenze da sostanza. Alcuni dati neurobiologici, quali l'evidenza di alterazioni di funzionamento del circuito dopaminergico mesolimbico, la riduzione dei recettori dopaminergici di tipo D2, la presenza di anomalie corticali orbitofrontali e del cingolo, la presenza di varianti genetiche del recettore per i cannabinoidi CB1, l'up-regulation del gene BDNF, le alterazioni dell'attività della leptina⁷⁰, sembrano indicare infatti l'esistenza di una stretta relazione etiopatogenetica tra i due sottotipi di dipendenza⁷¹. Pulsioni primarie, come cibo e sesso, ma anche gioco d'azzardo, shopping compulsivo, iperlavoro, ecc., rappresentano 'esperienze' capaci di attivare i circuiti responsabili della gratificazione in modo analogo a quanto accade nella gratificazione indotta dal consumo di sostanze psicoattive. Le sindromi da dipendenza, comportamentali e da sostanza, potrebbero dunque essere sottese da un comune processo derivante dall'alterato funzionamento dei tre sistemi neurofunzionali 'motivazione-gratificazione' (con conseguente cristallizzazione di meccanismi di rinforzo negativo), 'regolazione degli affetti' (con comparsa di progressiva incapacità di tollerare emozioni dolorose, che vengono 'curate' tramite il comportamento) e 'inibizione comportamentale' (con incapacità di interrompere l'esecuzione di un comportamento palesemente infruttuoso e autodistruttivo)⁷⁰.

Le osservazioni neuropsicologiche, partite dall'osservazione clinica delle somiglianze tra dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze psicoattive, hanno evidenziato, come già notato in queste ultime, rilevanti carenze delle funzioni esecutive complesse, quali capacità di pianificazione, di modulazione, di attenzione, di inibizione della risposta, di elaborazione di strategie di problem solving, con tendenza alla perseverazione nell'errore, all'exasperata sensibilità alla ricompensa, al mantenimento di livelli anomali e aumentati di sovraeccitazione. È praticamente sempre presente la necessità improrogabile di soddisfare un piacere di tipo consumatorio, mentre in parallelo il progressivo aggravamento del quadro clinico, alterando il corretto funzionamento dei sistemi di reward, rende di fatto impossibile l'attesa di un piacere posticipato⁶.

Il deficit di autocontrollo è stato chiaramente associato alle aree frontali del cervello, in particolare nella corteccia prefrontale, in relazione anche con quanto osservato nella dipendenza da alcol e da oppiacei^{71 72}. Gli studi biochimici e genetici hanno suggerito la presenza di anomalie dei principali sistemi catecolaminergici (dopaminergico, serotoninergico, noradrenergico) e del sistema beta-endorfinergico, evidenziando anche una forte correlazione tra la presenza di queste anomalie 'periferiche' e il malfunzionamento dei geni che presiedono alla regolazione di questi sistemi⁷⁴.

Nonostante queste cospicua mole di dati clinici, neuropsicologici, biochimici e genetici, l'area delle dipendenze comportamentali evidenzia ancora numerose aree di criticità⁷⁵. È infatti ancora comunque insufficiente la determinazione dei rapporti intercorrenti tra meccanismi fisiopatologici ed eziopatogenesi; non sono disponibili dati epidemiologici validi per un corretto dimensionamento di questi fenomeni; vi è una eterogeneità degli strumenti utilizzati per la valutazione diagnostica, dei trattamenti e dell'esito degli interventi, da cui deriva l'indisponibilità di specifici protocolli di prevenzione, né programmi di intercettazione e diagnosi precoce dei soggetti vulnerabili, né interventi standardizzati di cura e riabilitazione; non è ancora possibile definire i livelli essenziali di assistenza (LEA) scientificamente orientati; in alcuni casi (ad esempio nel gioco d'azzardo) è consentita una pubblicità troppo invadente, persuasiva e incentivante, portatrice di messaggi ingannevoli e disvaloriali; quanto all'Italia, non esiste un censimento preciso delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditate dalle Regioni, con un computo del carico assistenziale e dei costi.

Come è dunque facilmente intuibile, le implicazioni derivanti da un più raffinato inquadramento nosografico, da un approfondimento delle conoscenze neurobiologiche e dall'individuazione di prospettive terapeutiche selettive e innovative non si limitano all'incremento della cultura medica in sé, ma sconfinano nella più vasta dimensione del wellness familiare e sociale. È dunque fondamentale studiare in modo analitico le intercorrelazioni di queste sindromi tra loro e con altri modelli da dipendenza, affinare le conoscenze in termini di comorbidità intraepidemiologica e interepidemiologica lifetime, valutare se e come l'esordio di altri disturbi psichiatrici possa favorire la comparsa di questi anomali pattern comportamentali, individuando eventuali modalità sequenziali di esordio di patologie mentali apparentemente non collegate.

Le dipendenze 'senza sostanza', rappresentano dunque una delle più rilevanti sfide della psichiatria contemporanea. L'auspicio per il prossimo futuro è la costruzione di un approccio standardizzato, omnicomprensivo e multidisciplinare, che sia in grado di coordinare la ricerca neurobiochimica e genetica, il riassetto cognitivo-comportamentale, l'analisi dei fattori socio-ambientali condizionanti (di rischio o di resilienza), la programmazione e la organizzazione dei sistemi socio-sanitari, i necessari atti politici e le opportune modifiche legislative.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA 2001.
- 2 *International Classification of Diseases. Tenth Version (ICD-X)*. Geneva: WHO 1994.

- 3 Alonso-Fernandez F. *Le altre droghe*. Roma: Edizioni Universitarie Romane 1999.
- 4 Custer RL. *Profile of the pathological gambler*. J Clin Psychiatry 1984;45:35-8.
- 5 Grant JE, Kim SW, Potenza MN. *Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling*. J Gamb Stud 2003;19:85-109.
- 6 Conversano C, Marazziti D, Carmassi C, et al. *Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings*. Harv Rev Psychiatry 2012;3:130-48.
- 7 Nordin C, Eklundh T. *Altered CSF 5-HIAA disposition in pathologic male gamblers*. CNS Spectrums 1999;4:25-33.
- 8 Marazziti D, Golia F, Picchetti M, et al. *Decreased density of the platelet serotonin transporter in pathological gamblers*. Neuropsychobiology 2008;57:38-43.
- 9 Hollander E, Frenkel M, DeCaria C, et al. *Treatment of pathological gambling with clomipramine*. Am J Psychiatry 1992;149:710-1.
- 10 Hollander E, De Caria CM, Finkell JN, et al. *A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in the pathological gambling*. Bio Psychiatry 2000;47:813-7.
- 11 Kim SW, Grant JE, Adson DE, et al. *A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling*. J Clin Psychiatry 2002;63:501-7.
- 12 Hollander E, De Caria CM, Mari E. *Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling*. Am J Psychiatry 1998;155:1781-3.
- 13 Blanco C, Petkova E, Ibanez A, et al. *A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling*. Ann Clin Psychiatry 2002;14:9-15.
- 14 Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. *An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling*. J Clin Psychiatry 2002;63:44-8.
- 15 Black DW, Shaw M, Forbush KT, et al. *An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling*. Clin Neuropharmacol 2007;30:206-12.
- 16 DeCaria CM, Hollander E, Begas T. *Reliability and validity of a pathological gambling modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: preliminary findings*. III International Conference on OCD. Madeira, Portugal, September 1998.
- 17 Black DW. *An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling*. J Clin Psychopharmacol 2004;24:108-10.
- 18 Pallanti S, Baldini-Rossi N, Sood E. *Nefazodone treatment of pathological gambling: a prospective open-label controlled trial*. J Clin Psychiatry 2002;63:1034-9.
- 19 McElroy SL, Pope HG, Keck PE, et al. *Are impulse control disorders related to bipolar disorder?* Compr Psychiatry 1996;37:229-40.
- 20 Pallanti S, Quercioli L, Sood E, et al. *Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study*. J Clin Psychiatry 2002;63:559-6.
- 21 Dannon P, Lowengrub K, Gonopolsky Y. *Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater, comparison study*. Clin Neuropharmacol 2005;28:6-10.
- 22 Kim SW, Grant JE, Adson DE, et al. *Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling*. Biol Psychiatry 2001;49:914-21.
- 23 Grant JE, Potenza MN, Hollander E. *Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling*. Am J Psychiatry 2006;163:303-12.
- 24 Grant JE, Black DW, Stein DJ, et al. *Clinical case discussion: pathological gambling and nicotine dependence*. J Addict Med 2009;3:120-7.
- 25 Olive MF, Clewa RM, Kalivas PW, et al. *Glutamatergic medications for the treatment of drug and behavioral addictions*. Pharmacol Biochem Behav 2012;100:801-10.
- 26 Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, et al. *A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers*. Pharmacol Biochem Behav 2008;89:298-303.
- 27 Zack M, Poulos CX. *Effects of the atypical stimulant modafinil on a brief gambling episode in pathological gamblers with high vs. low impulsivity*. J Psychopharmacol 2009;23:660-71.
- 28 McElroy SL, Satlin A, Pope HG, et al. *Treatment of compulsive shopping with antidepressant: a report of three cases*. Ann Clin Psychiatry 1991;3:199-204.
- 29 McElroy SL, Keck PE, Pope HG. *Compulsive buying: A report on 20 cases*. J Clin Psychiatry 1994;55:242-8.
- 30 Lejoyeux M, Hourtane M, Ades J. *Compulsive buying and depression*. J Clin Psychiatry 1995;56:38.
- 31 Guzman CS, Filomensky T, Tavares H. *Compulsive buying treatment with topiramate, a case report*. Rev Bras Psiquiatr 2007;29:383-4.
- 32 Bullock K, Koran L. *Psychopharmacology of compulsive buying*. Drugs Today 2003;39:695-700.
- 33 Grant JE, Odlaug BL, Mooney M, et al. *Open-label pilot study of memantine in the treatment of compulsive buying*. Ann Clin Psychiatry 2012;24:119-263.
- 34 Goldberg I. *Internet addictive disorder (IAD) diagnostic criteria*. 1995. Retrieved July 27, 2007, from www.psychom.net/iadcriteria.html
- 35 Young KS. *Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder*. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada, August 15, 1996.
- 36 Han DH, Lee YS, Na C, et al. *The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Compr Psychiatry 2009;50:251-6.
- 37 Han DH, Hwang JW, Renshaw PF. *Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction*. Exp Clin Psychopharmacol 2010;18:297-304.
- 38 Bostwicl JM, Bucci A. *Internet sex addiction treated with naltrexone*. Mayo Clin Proc 2008;83:226-30.

- 39 Sattar P, Ramaswamy S. *Internet gaming addiction*. *Can J Psychiatry* 2004;49:869-70.
- 40 Dell'Osso B, Altamura AC, Hadley SJ, et al. *An open label trial of escitalopram in the treatment of compulsive-impulsive Internet usage disorder*. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16(S1):82-3.
- 41 Robinson BE. *Chained to the desk: a guidebook for workaholics, their partners and children, and the clinicians who treat them*. New York: New York University Press 1998.
- 42 Liggio F. *La terapia farmacologica della dipendenza da reazione orgasmica*. In: Avenia F, Pistuddi A, editors. *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*. Milano: FrancoAngeli 2007.
- 43 Fossum M, Mason M. *Il sentimento della vergogna*. Roma: Astrolabio 1986.
- 44 Coleman E. *The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behaviour*. *Am J Prev Psychiatry Neurol* 1990;2:9-14.
- 45 Goodman A. *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*. Roma: Astrolabio, 1998.
- 46 Griffin Shelley E. *Sex and Love. Addiction, Treatment and Recovery*. London: Praeger 1991.
- 47 Cesnik JA, Coleman E. *Use of lithium carbonate in the treatment of autoerotic asphyxia*. *Am J Psychoter* 1989;43:277-85.
- 48 Coleman E, Cesnik J, Moore A. *An exploratory study of the role of psychotropic medications in treatment of sex offenders*. *J Offend Rehabil* 1992;18:75-88.
- 49 Kruesi MJ, Fine S, Valladres L. *Paraphilias: A double-blind cross-over comparison of clomipramine versus desipramine*. *Arch Sex Behav* 1992;21:587-93.
- 50 Emmanuel NP, Lydiard RB, Ballenger JC. *Fluoxetine treatment of voyeurism*. *Am J Psychiatry* 1991;148:950.
- 51 Stein DJ, Hollander E, Anthony DT. *Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addiction, and paraphilias*. *J Clin Psychiatry* 1992;53:267-71.
- 52 Fedoroff JP. *Serotonergic drugs treatment of deviant sexual interests*. *Annals Sex Res* 1993;6:105-21.
- 53 Kafka MP. *Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: an open trial*. *Ann Clin Psychiatry* 1994;6:189-95.
- 54 Fedoroff JP. *Bupropion hydrochloride in the treatment of transvestic fetishism*. *J Clin Psychiatry* 1988;49:408-9.
- 55 Fedoroff JP. *Bupropion hydrochloride in the treatment of atypical paraphilia*. *Arch Sex Behav* 1992;21:401-6.
- 56 Coleman E, Gratzner T, Nesvacil L. *Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study*. *J Clin Psychiatry* 2000;61:282-4.
- 57 Raymond NC, Grant JE, Kim SM. *Treatment of compulsive sexual behavior with naltrexone and serotonin reuptake inhibitors: two case studies*. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:201-5.
- 58 Renynghe de Voxvrie GV. *Use of anafranil (g34586) in obsessive neuroses*. *Acta Neurol Psychiatr Belg* 1968;68:787-92.
- 59 Ananth J, Solyom L, Bryntwick S, et al. *Clomipramine therapy for obsessive compulsive neurosis*. *Am J Psychiatry* 1979;136:700-1.
- 60 Godin Y, Henier L, Mark J, et al. *Effects of DI-n-propylacetate, and anticonvulsive compound, on GABA metabolism*. *J Neurochem* 1969;16:869-73.
- 61 Marazziti D, Dell'Osso B. *Topiramate plus citalopram in the treatment of compulsive-impulsive sexual behaviors*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:9.
- 62 Herkenham M. *Cannabinoid receptor localization in brain: relationship to motor and reward system*. *Ann Am Acad Sci* 1992;654:19-32.
- 63 Alger B. *Retrograde signaling in the regulation of synaptic transmission: focus on endocannabinoids*. *Prog Neurobiol* 2002;68:247-86.
- 64 Wilson RI, Nicoll RA. *Endocannabinoid signaling in the brain*. *Science* 2002;296:678-82.
- 65 Murphy MR, Checkley SA, Seckl JR, et al. *Naloxone inhibits oxytocin release at orgasm in man*. *J Clin Endocrin Metab* 1990;71:1056-99.
- 66 Bradford JM. *The hormonal treatment of sexual offenders*. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1983;11:159-69.
- 67 Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Norton 1945.
- 68 Norwood R. *Women who love too much*. Penguin Group (USA) 1985.
- 69 Bratman S, Knight D. *Health food junkies*. New York: Broadway Books 2000.
- 70 Goodman A. *Neurobiology of addiction. An integrative review*. *Biochem Pharmacol* 2008;75:266-322.
- 71 Grant JE, Brewer JA, Potenza M. *The neurobiology of substance and behavioral addictions*. *CNS Spectr* 2006;11:924-30.
- 72 Goldstein RZ, Volkow ND. *Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex*. *Am J Psychiatry* 2002;159:1642-52.
- 73 Cavedini P, Riboldi G, Keller R, et al. *Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients*. *Biol Psychiatry* 2002;51:334-41.
- 74 Goudriaan AE, de Ruiter MB, van den Brink W, et al. *Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study*. *Addict Biol* 2010;15:491-503.
- 75 Serpelloni G. *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze. Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri 2013.