

# Dipendenze comportamentali ed emozioni

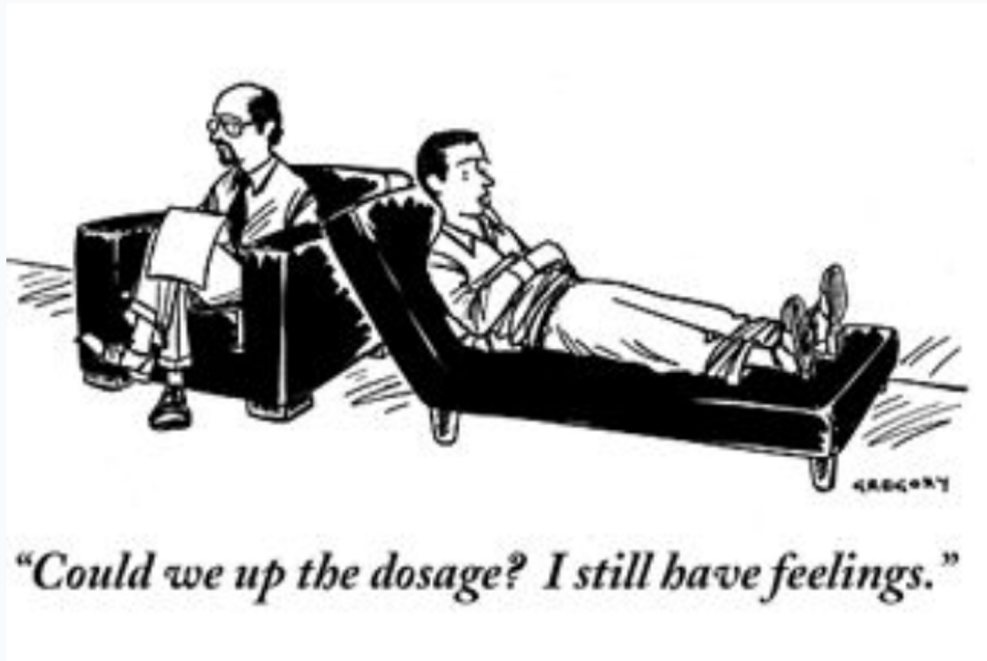
*Prospettiva clinico-psichiatrica*

**Dr. med. Vittorio Lutri**

Medico psichiatra, Ingrado

# La dipendenza come patologia dell'affettività

---



## Funzione del sintomo

**Mood Modification:** Il comportamento additivo funge da automedicazione (mood modification).

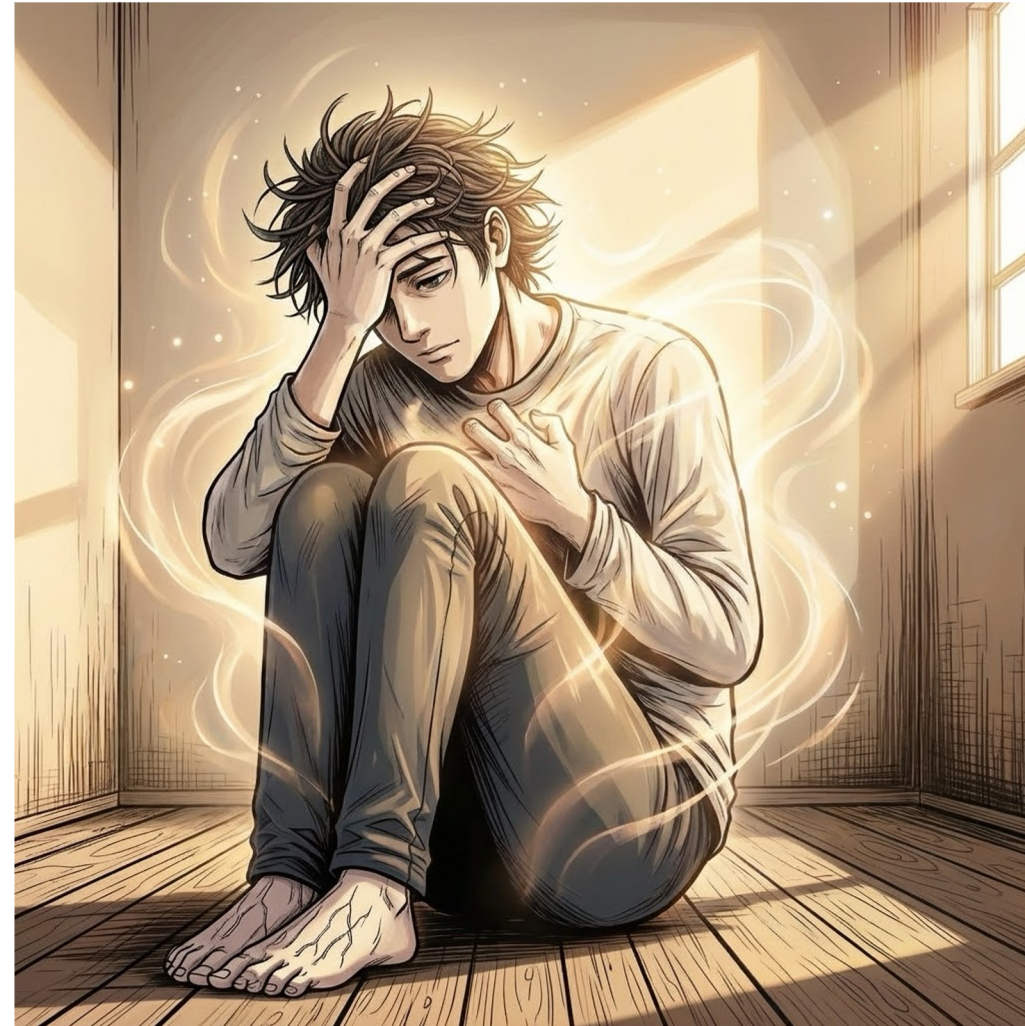
"Components Model" di Mark Griffiths (2005):

- (1) salience
- (2) mood modification
- (3) tolerance
- (4) withdrawal
- (5) conflict
- (6) relapse

Spostare il focus clinico dal Comportamento (l'atto del giocare) alla Funzione (regolazione emotiva).

# Gambling Disorder

- Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Gambling Disorder, GD) è il prototipo clinico per la dipendenza comportamentale.
- La dipendenza si associa ad una profonda Disregolazione affettiva.
- È essenziale spostare il focus dal comportamento alla sua funzione sottostante.
- Il comportamento additivo funge da automedicazione emotiva (Mood Modification; Griffiths, 2005).
- Chiedersi "quale dolore sta curando" il paziente, non "quanto perde".



# Il "Motore" Neurobiologico

Modello Koob & Volkow

## 1. Le emozioni sono circuiti:

Bilanciamento tra Dopamina (Piacere) e Stress System.

## 2. Il Ciclo della Dipendenza ("The Dark Side"):

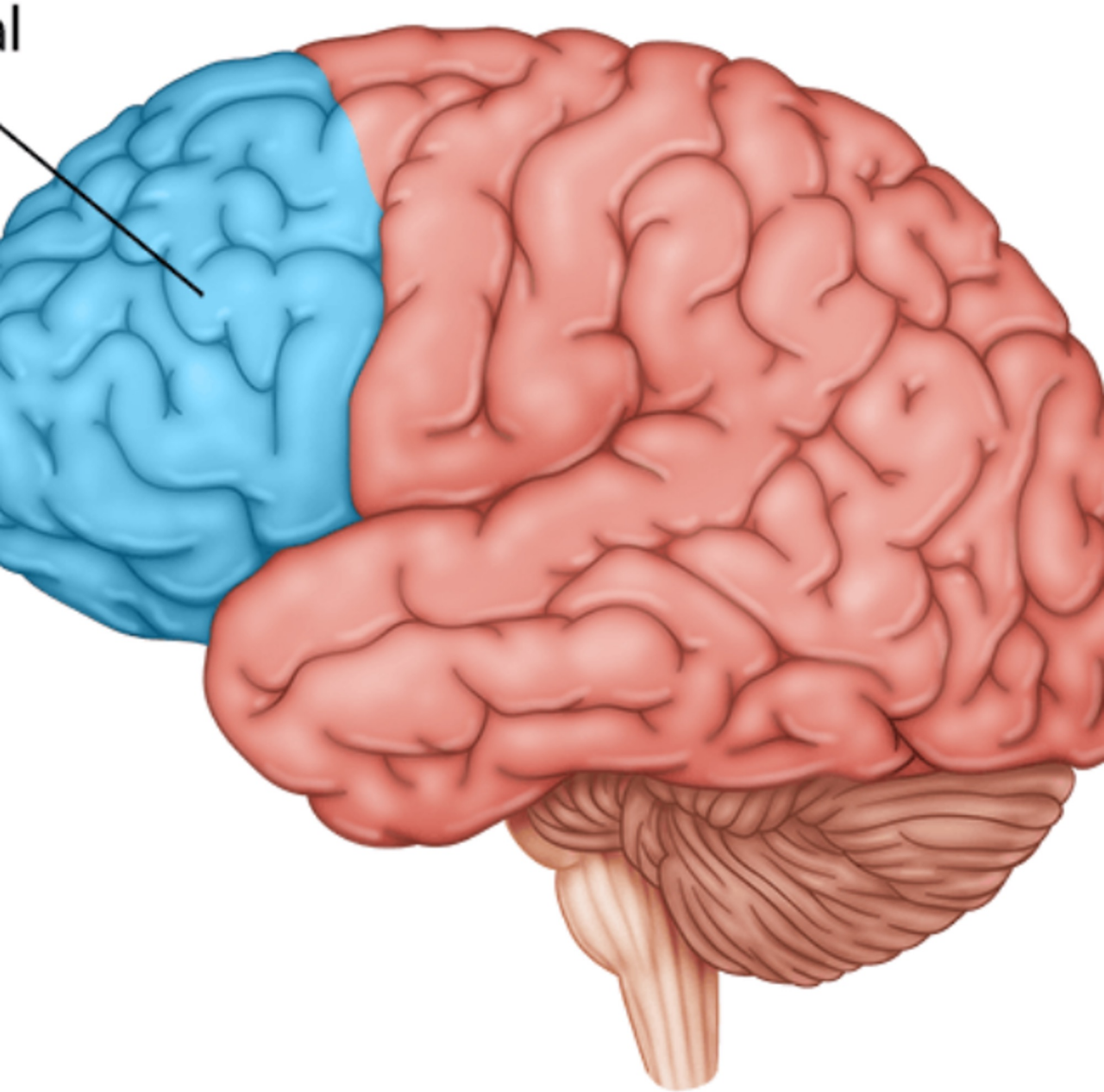
- **Fase Honeymoon:** Rinforzo Positivo (gioco per piacere).
- **Fase Cronica (Compulsiva):** Rinforzo Negativo (gioco per *non soffrire*).

*Il paziente cronico gioca per spegnere l'astinenza, non per vincere.*





# Anatomia del (dis)controllo



- **Il Ruolo della dopamina (DA): VTA -> VS -> PFC**
  - Regola il "reward wanting" e l'anticipazione della ricompensa, specialmente quando la ricompensa è ignota (anche di fronte alle perdite).
  - Una maggiore sintesi di DA nello striato ventrale può indicare una predisposizione biologica.
- **Disfunzioni cognitive e stimoli ambientali**
  - Incapacità di controllare l'impulso e ridotta inibizione.
  - Forte modulazione da parte di stimoli condizionati (luci, suoni).
  - Le perdite sorprendenti possono paradossalmente aumentare la salienza dell'incentivo.
- **Il fattore stress (cortisolo)**
  - I livelli di cortisolo correlano con la risposta neurale agli incentivi monetari.
  - **Differenze di genere:** negli uomini, alti livelli di cortisolo aumentano significativamente il *risk-taking*.

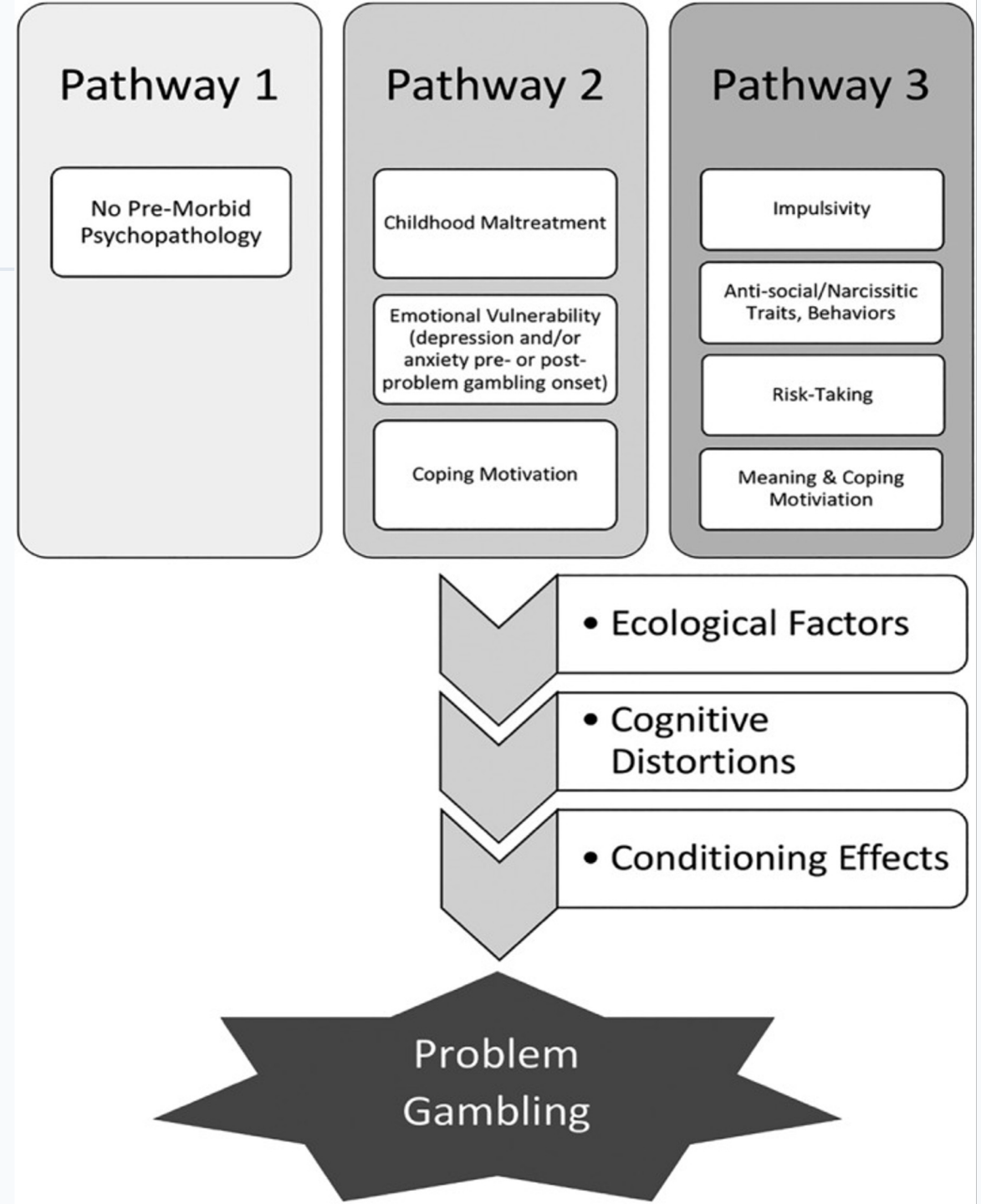
*(Nota: Similitudini nei meccanismi di disinibizione sono osservate anche in patologie neurodegenerative come Parkinson e Huntington).*

*Singer et al., 2014*

# Non tutti i giocatori sono uguali

Il 3 Pathways model (Blaszczynski & Nower, 2002; Nower, 2021)

- **Behaviorally conditioned.** Meccanismo: condizionamento, bias cognitivi. Severità minore. Ripetuto e crescente coinvolgimento nel gambling è il principale fattore di peggioramento
- **Emotionally vulnerable**  
Forte ruolo della disregolazione emotiva, comorbidità psichiatriche e maltrattamenti infantili (abuso, negligenza, traumi) come fattori di rischio
- **Antisocial-Impulsivist**  
Livelli relativamente bassi di ansia/depressione  
Utilizzo del gioco come strategia di coping da stress, ma anche risposta ad una ricerca di significato e scopo  
Elevati livelli impulsività, tratti antisociali e risk-taking behaviors  
Ruolo ADHD/sostanze? Risultati mitigati (Nower, 2021)



# Strategie di intervento

## Behaviorally Conditioned

- Strategie di gioco responsabile e intervento precoce sono cruciali.
- Implementazione di screening brevi in contesti non specialistici (scuole, sanità).
- Utilizzare un approccio sindemico per identificare i casi occulti.

## Emotionally Vulnerable

- Valutazione approfondita dei fattori di rischio (traumi)
- **Diagnosi e trattamento delle comorbidità psichiatriche**
- Interventi mirati sulla disregolazione emotiva e sull'elaborazione di traumi o lutti legati a maltrattamenti infantili pregressi.

## Antisocial-Impulsivist

- Gestione dei tratti antisociali e dell'alta impulsività.
- Focus su interventi basati sul significato e sullo scopo.
- Interventi sociali



# Fenomenologia delle Emozioni

## **L'Arousal (non il piacere)**

La ricerca della scossa nervosa fisica: sudorazione, tremore, tachicardia.

## **Il Pensiero Magico**

Una difesa contro l'impotenza: l'illusione onnipotente di controllare il caos.

## **Il Chasing (Rincorsa)**

Non rigidità cognitiva, ma disperazione emotiva. Rifiuto del lutto della perdita? Difesa maniacale? Autopunizione?





# Impulsività

- L'impulsività è un fenotipo comune a GAP e altre dipendenze.
- Il deficit inibitorio e l'ipoattivazione della vmPFC sono simili.
- Distinzione tra **Sottotipo Impulsivo** (spesso maschi, esordio precoce, alta ricerca di novità, deficit esecutivi) e **sottotipo "Ossessivo-Compulsivo"** (spesso donne, gioco come modulazione dell'ansia/stress, *late-onset*).
- Il decorso della malattia segna uno spostamento neurofunzionale: **dall'impulsività** (piacere/ricompensa dello striato ventrale) alla **compulsività** (abitudine/automatismo dello striato dorsale, rigidità comportamentale).

(Potenza, 2012)



# Altre dipendenze comportamentali

---

## Shopping Compulsivo

### 1. Antecedenti (Il "Vuoto" e la Tensione)

- **Stato affettivo:** Disforia, ansia, noia profonda, bassa autostima.
- **Funzione:** L'acquisto nasce come *coping* urgente per lenire un disagio insopportabile.

### 2. L'Atto (Il "Rush" e la Fuga)

- **Stato affettivo:** Euforia transitoria (picco dopaminergico) e **dissociazione** (trance d'acquisto).
- **Funzione:** Anestesia temporanea delle emozioni negative; gratificazione immediata.

### 3. Il Crollo (Post-Acquisto)

- **Stato affettivo:** Senso di colpa acuto, vergogna, rimorso.
- **Esito sull'oggetto:** Perdita immediata di interesse verso il bene acquistato (spesso nascosto o ignorato).

## Dipendenza Sessuale

L'uso della sessualità per regolare stati di tensione intollerabili.

- Ciclo in 4 fasi (Patrick Carnes, 1987): Stressor o inattività come fattori scatenanti: preoccupazione, ritualizzazione, agito sessuale e disperazione.
- HALT: Hungry, Angry, Lonely, Tired

# Il lavoro psicoterapico

---

## Cognitivo-Comportamentale (CBT)

- **Focus:** Identificare e correggere le *distorsioni cognitive* (es. "illusione di controllo", "fallacia del giocatore").
- **Azione:** Tecniche per la gestione del *craving*, modifica dei condizionamenti e prevenzione delle ricadute.

## Psicodinamica

- **Focus:** Il gioco come *difesa* o automedicazione contro conflitti inconsci, depressione o vuoto affettivo.
- **Azione:** Elaborazione del *significato del sintomo* e dei traumi sottostanti per una risoluzione emotiva profonda.

# Terapie farmacologiche

(Grant, 2013)

## **Naltrexone (e nalmefene?)**

Anti-craving. Agisce rompendo l'associazione neurochimica tra vincita (stimolo) ed euforia (piacere).

## **SSRI**

Regolazione livelli di serotonina e dopamina. Cura di condizioni psicopatologiche di fondo (sintomi ansiosi, depressivi).

## **Stabilizzatori dell'umore**

Litio, Topiramato, Valproato, Carbamazepina.

Prevalentemente studiati in comorbidità con disturbo bipolare.

Potrebbero migliorare sintomatologia comportamentale attraverso effetto antimpulsivo.







# La Relazione Difficile

I vissuti dell'operatore

## Il paziente "difficile"

Spesso mente, recidiva, resiste al cambiamento.

---

Il paziente evacua le sue emozioni intollerabili dentro l'operatore.

*"Il paziente ci fa sentire esattamente come lui si sente: impotenti, frustrati, a volte raggirati."*

# Vissuti dell'operatore

---

**Impotenza e Paralisi:** Reazione alle continue ricadute e menzogne; il terapeuta si sente "svuotato" o inutile (specchio del vuoto del paziente).

**Rabbia e Controllo:** Risposta difensiva all'onnipotenza magica del giocatore. Rischio di assumere un atteggiamento poliziesco o giudicante.

**Fantasie salvifiche (Berman, 1997):** Desiderio di riparare i debiti (reali o emotivi) del paziente, colludendo con la sua aspettativa di una "vincita magica" risolutiva, onnipotenza terapeutica, colpevolizzazione del paziente se non "guarisce".

**Noia e Sonnolenza:** Difesa contro la ripetitività ossessiva e l'assenza di pensiero simbolico (pensiero operatorio).

# Gestire il controtransfert nel team

---

## L'emozione come strumento diagnostico

### Rabbia dell'operatore

Sentimenti intollerabili proiettati dal paziente.

### Noia / Assopimento

Anestetizzare la relazione, incapacità a simbolizzare

## Il Protocollo

Le nostre emozioni non sono "errori professionali", sono **informazioni cliniche preziose**.

Vanno discusse in équipe o supervisione per essere decodificate e restituite al paziente in forma digeribile.

# Importanza della supervisione!

# Take Home Message

---

## **Approccio centrato sul paziente**

Differenze individuali, comorbidità, personalità, contesto familiare...

Non guardare solo gli effetti immediati della dipendenza: quale funzione svolge il sintomo?

## **Osservare le emozioni**

Le emozioni dell'operatore, oltre a quelle del paziente, sono dati diagnostici fondamentali, non ostacoli.

## **Integrazione necessaria**

Approccio psicoterapico, farmacologico, multidisciplinare, familiare, supervisione...



**Grazie per l'attenzione**