

Utilizzo patologico di Internet: definizione, diagnosi e terapia

Daniela M. Zardini¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, libero professionista, Verona

Riassunto

Questo articolo fornisce una breve panoramica delle principali tematiche che riguardano l'utilizzo di Internet in modo problematico. Le molteplici definizioni impiegate in letteratura, quali *Internet Addiction*, *Internet Addiction Disorder*, *Internet Dependency*, *Pathological Internet Use*, *Compulsive Internet Use*, *Problematic Internet Use*, *Compulsive Computer Use*, *Internet Related Psychopathology* sono tutte utilizzate per descrivere uno stesso problema, quello di una persona così concentrata nell'utilizzo di Internet da trascurare molti, se non addirittura tutti gli altri aspetti della propria vita, con conseguenti problemi di tipo relazionale, professionale e sociale. Molteplici sono le questioni aperte in quest'area, prima fra tutte la validità degli strumenti utilizzati per la diagnosi. Inoltre, mentre molte ricerche si sono concentrate sugli aspetti psicologici e sociali che possono favorire l'utilizzo disfunzionale di Internet, pochi studi hanno tentato di valutare l'efficacia delle terapie nel trattamento dell'utilizzo problematico della tecnologia digitale. L'approccio cognitivo comportamentale si è rivelato di grande utilità ed efficacia nel trattamento delle dipendenze da sostanze ed è pertanto stato proposto come adeguato trattamento anche nell'utilizzo disfunzionale di Internet. Il modello cognitivo comportamentale di Davis (2001) costituisce il punto di riferimento per la terapia cognitivo comportamentale dell'utilizzo problematico della tecnologia digitale. Tuttavia, gli studi di valutazione dell'efficacia della terapia cognitivo comportamentale sono ad oggi limitati e preliminari.

Summary

This essay provides an overview of the main issues surrounding a dysfunctional use of Internet. The definitions of *Internet Addiction*, *Internet Addiction Disorder*, *Internet Dependency*, *Pathological Internet Use*, *Compulsive Internet Use*, *Problematic Internet Use*, *Compulsive Computer Use*, *Internet Related Psychopathology*, are all employed to describe a clinical disorder that impact a user's ability to control online habit to the extent that all other aspects of his life can be neglected, thus resulting in relational, occupational, and social problems. Many are the issues that need to be addressed in this field, first of all the validity of the instrument utilized to assess users' level of Internet involvement. Additionally, whereas much of the literature investigates the psychological and social factors underlying the problematic use of Internet, very few studies have evaluated specific treatment outcomes. Cognitive behavioral therapy (CBT) has been proposed as the treatment of choice for this problem since CBT has been successfully used for substance abuse treatment. The cognitive behavioral model of Davis (2001) is the point of reference for CBT. However, evaluation studies of the effectiveness of CBT in the treatment of problematic use of Internet are still limited and preliminary.

Daniela M. Zardini, *Utilizzo patologico di internet*, N. 11, 2013, pp. 112-143

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiininformazione.it

Introduzione

Internet è diventato un elemento centrale della comunicazione all'inizio degli anni 90. Nelle più recenti elaborazioni statistiche dell'*International Telecommunications Union*, l'agenzia Onu che opera nell'ambito dei sistemi di comunicazione, il numero degli utenti della Rete stimato a fine del 2010 è di oltre due miliardi, perciò un terzo dell'intera popolazione del pianeta. Un numero doppio rispetto a cinque anni prima.

In Italia, le indagini dell'Istituto Nazionale di Statistica del 2011 che rilevano la disponibilità presso le famiglie delle nuove tecnologie, evidenziano che il 57.6% delle famiglie italiane possiede un personal computer (PC) ed il 52.4% ha l'accesso ad Internet.

Il picco di utilizzo del PC si ha tra i 15 e i 19 anni (oltre l'80%) e per Internet tra i 15 ed i 24 anni (oltre il 71%), per poi decrescere rapidamente con l'aumentare dell'età. Il luogo privilegiato di utilizzo del PC è la propria casa.

Come per ogni innovazione tecnologica, accanto agli iniziali entusiasmi motivati dalle enormi potenzialità della Rete, sempre più specialisti si sono interrogati e si interrogano sui rischi psicopatologici connessi all'uso e soprattutto all'abuso di Internet.

Poiché l'uso di Internet è diffuso soprattutto fra i giovani, ed in particolare gli adolescenti, essi rappresentano la popolazione più a rischio per uno sviluppo di un utilizzo disfunzionale della Rete.

In particolare, si è ipotizzata l'esistenza di una forma di utilizzo problematico della Rete, definita IAD, *Internet Addiction Disorder*, un disturbo proposto per la prima volta nel 1995 dallo psichiatra americano Goldberg per descrivere un uso problematico, eccessivo o disfunzionale della Rete, spesso legato a particolari disagi psicologici quali solitudine, depressione e isolamento sociale, che porta a menomazione o disagio clinicamente significativi.

Nel 1996 Young pubblicò non solo un case report, che rappresenta la prima descrizione di comportamenti di dipendenza nei riguardi della tecnologia digitale, ma anche i risultati di una ricerca relativa allo studio di un campione di soggetti dipendenti dalla Rete.

Da allora molto si è scritto di questa "nuova malattia" dovuta all'uso, o meglio all'abuso, di Internet sia sulla stampa divulgativa, dove vengono continuamente riportate le traversie dei soggetti affetti da questa nuova patologia, sia sulle riviste scientifiche, dove i caratteri aneddotici della nuova patologia dovrebbero acquisire dignità scientifica.

Chi soffre di IAD non frequenterebbe la Rete per necessità o per svago, ma risponderebbe ad un impulso incontrollabile e incontinibile di usare Internet per il maggior tempo possibile, con l'inevitabile compromissione della propria sfera socio-lavorativa. La durata interminabile dei collegamenti è infatti una caratteristica sempre presente in questa patologia, mentre le altre attività e

gli altri rapporti passano in secondo piano. L'impossibilità di collegarsi provocherebbe un grande disagio, un senso di privazione e di angoscia che può culminare in vere e proprie crisi d'astinenza.

Anche se non è stata ancora concordata una definizione condivisa del problema, se ne parla da più di vent'anni ed è ormai accertato che l'uso eccessivo di Internet può portare progressivamente a delle situazioni di difficoltà e disagio psicologico, soprattutto nell'area relazionale del soggetto che, assorbito dalla sua esperienza virtuale, rimane intrappolato nella Rete che pertanto da risorsa diventa fonte di danno.

In questa tesina mi propongo di esaminare l'utilizzo patologico di Internet dal punto di vista clinico. Verranno presentate le varie definizioni della patologia e il concetto di nuove dipendenze, i criteri diagnostici proposti dalla letteratura, l'incidenza del disturbo, i diversi modelli proposti per spiegare il suo funzionamento. L'approccio cognitivo sarà trattato con particolare interesse anche in relazione alle possibilità di intervento terapeutico.

Definizioni

Già negli anni 70 ed 80 alcuni articoli di carattere aneddótico si riferivano ad una patologia denominata "Dipendenza da Computer" (Shotton, 1990). Da allora nel panorama scientifico, si sono affacciate una moltitudine di definizioni per descrivere la "nuova" patologia, come *Internet Addiction* (IA) (Young, 1996), *Internet Addiction Disorder* (IAD) (Young, 1998), *Internet Dependency* (ID) (Scherer, 1997), *Pathological Internet Use* (PIU) (Morahan-Martin e Schumacher (2000), *Compulsive Internet Use* (CIU) (Greenfield, 1999), *Problematic Internet Use* (PIU) (Davis, 2001), *Compulsive Computer Use* (CCU) (Potenza e Hollander, 2002), *Internet Related Psychopathology* (IRP) (Cantelmi e Talli, 2007).

Davis (2001) con il suo modello cognitivo-comportamentale, propone di utilizzare il termine *Specific Pathological Internet Use* (SPIU) per indicare una qualsiasi forma di dipendenza on-line specifica, contrapposto a *Generalized Pathological Internet Use* (GPIU) per indicare una forma non specifica di dipendenza da Internet.

Indipendentemente dal termine utilizzato questi comportamenti sono stati definiti come dipendenze non correlate all'abuso di sostanze, o dipendenze comportamentali che comportano un'iterazione uomo-macchina.

Data la molteplicità e l'ambiguità delle definizioni presenti in letteratura, in questo lavoro verrà utilizzata la posizione di Beard e Wolf (2001) che propongono "eccessivo, problematico o maladattivo utilizzo di Internet sono preferibili per descrivere questo comportamento perché essi implicano minori forzature teoretiche di altre definizioni quali per esempio dipendenza da Internet"

(p.378). Pertanto in questa esposizione verrà utilizzato il termine “utilizzo problematico di Internet (PIU)” per descrivere i comportamenti e le cognizioni associate all’utilizzo di Internet che comportino conseguenze negative per il soggetto utilizzatore (individuali, familiari, sociali o professionali).

Criteri diagnostici proposti

Ad oggi il PIU non fa parte di alcun sistema diagnostico, non esistono criteri ufficiali né nel DSM-IV, né nell’ICD-10, non esiste una definizione condivisa del disturbo. I soggetti affetti da questo problema possono essere inseriti all’interno della categoria del disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. La mancanza di criteri diagnostici definitivi e condivisi dalla comunità scientifica rende pertanto difficile la valutazione clinica del PIU.

Negli anni, molteplici criteri diagnostici sono stati proposti per definire il PIU.

Nei paesi più sviluppati il grado di diffusione di Internet è stato talmente rapido e pervasivo che già nel 1995 Goldberg, propose di introdurre nel DSM una nuova sindrome: l’Internet Addiction Disorder (IAD), indicando i criteri diagnostici utili al riconoscimento di tale disturbo sulla base di quelli riportati dal DSM per la dipendenza da sostanze.

Criteri diagnostici per l’Internet Addiction Disorder (Goldberg, 1995).

Errato uso di Internet che provoca danno o sofferenza clinicamente significativi, manifestati da tre o più dei seguenti sintomi comparsi in uno stesso periodo nell’arco di dodici mesi.

TOLLERANZA, come definita dai seguenti sintomi:

1. Aumento significativo del tempo trascorso in Internet per ottenere soddisfazione.
2. Riduzione significativa degli effetti derivanti dall’uso continuo delle medesime quantità di tempo trascorso in Internet.

ASTINENZA, manifestata dall’insieme dei seguenti sintomi:

1. Sindrome di astinenza caratteristica:
 - a. Cessazione o pesante diminuzione dell’uso di Internet.
 - b. Dopo il criterio a) si sono sviluppati, in un arco di tempo da diversi giorni a un mese, due o più dei seguenti sintomi:
 - b1. Agitazione psicomotoria
 - b2. Ansia
 - b3. Pensieri ossessivi focalizzati su cosa sta succedendo in Internet
 - b4. Fantasie e sogni su Internet
 - b5. Movimenti volontari e involontari di typing con le dita
 - b6. Uso di Internet o di servizi on-line intrapresi per alleviare l’astinenza

I sintomi del criterio b causano danno o dolore in aree del funzionamento sociale, occupazionale o in altri ambiti significativi.

2. Accesso a Internet sempre più frequente o per periodi di tempo più prolungati rispetto all’intenzione iniziale.
3. Desiderio persistente o sforzo infruttuoso di interrompere o tenere sotto controllo l’uso di Internet.
4. Disingorgo della maggior parte del tempo in attività correlate all’uso di Internet (acquisto di libri, ricerca di nuovi siti, organizzazione di file, ecc.).

5. Perdurare dell'uso di Internet nonostante la consapevolezza dei problemi fisici, sociali, lavorativi o psicologici persistenti o ricorrenti verosimilmente causati o esacerbati dall'uso di Internet (deprivazione di sonno, difficoltà coniugali, ritardo agli appuntamenti, trascuratezza nei confronti dei propri doveri occupazionali, sensazione di abbandono dei propri cari).

Nel 1996 Young pubblicò un case report che rappresenta una delle prime descrizioni di comportamenti di dipendenza della tecnologia digitale. Quello stesso anno, Young (1996b) sottopose agli utenti di alcuni siti internet un questionario di otto domande, il Diagnostic Questionnaire for Problematic Internet Use. Dei quasi 500 soggetti che aderirono spontaneamente alla ricerca, l'80% venne riconosciuto Internet Addicted. Dai risultati di questa prima ricerca Young propose i criteri diagnostici per l'Internet Addiction Disorder. Secondo Young nei soggetti colpiti si potevano individuare i caratteri formali della dipendenza, ovvero tolleranza, astinenza e craving. I soggetti più a rischio erano quelli tra i 15-40 anni, con carenze comunicative, emarginazione, problemi psicologici e/o psichiatrici, difficoltà familiari e sociali, che lavoravano in luoghi altamente informatizzati, facevano turni notturni o si trovavano isolati geograficamente.

Successivamente la stessa autrice pensò di adottare i criteri per il gioco d'azzardo patologico, un disturbo considerato più vicino al PIU per il fatto di non implicare l'assunzione di sostanze chimiche (Young, 1998). Alcuni criteri per il gioco d'azzardo patologico (rincorsa alle perdite, commettere atti illegali per finanziare il gioco, e reperire denaro per alleviare una situazione finanziaria causata dal gioco) non vennero ritenuti applicabili al PIU mentre uno venne creato ex-novo (trascorrere in Rete più tempo di quanto preventivato).

Diagnostic Questionnaire for Problematic Internet Use (Young, 1996)

E' necessario che si presentino 5 o più dei seguenti sintomi:

1. Ti senti eccessivamente assorbito da Internet (pensi al collegamento precedente o pianifichi la prossima sessione on-line)?
2. Senti il bisogno di passare più tempo collegato alla Rete per ottenere la stessa soddisfazione?
3. Hai ripetutamente tentato di controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet, ma senza successo?
4. Ti senti irrequieto, nervoso, depresso o irritabile quando tenti di ridurre o interrompere l'uso di Internet?
5. Rimani on-line più a lungo di quanto originariamente intendessi?
6. Hai rischiato di perdere relazioni importanti, il lavoro, la scuola o la carriera a causa di Internet?
7. Hai mentito ai familiari, al terapeuta o ad altri per nascondere l'entità del tuo coinvolgimento in Rete?
8. Usi Internet come mezzo per scappare dai problemi o per alleviare l'umore disforico (sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)?

Quello che emerge dalla ricerca di Young (1998) è che nei soggetti che soffrono di questo problema

1. Internet diviene un mezzo per gestire i propri stati emotivi negativi ed i propri pensieri spiacevoli
2. Il pensiero è spesso rivolto alla prossima possibilità di connessione ad Internet
3. Svalutazione della propria vita reale rispetto a quella virtuale
4. Inadeguata percezione del tempo quando si è connessi a Internet
5. Tentativo di nascondere agli altri la quantità di tempo trascorsa in Rete
6. L'uso di Internet interferisce negativamente con il lavoro, lo studio o i rapporti sociali
7. Sensazione che le relazioni "on-line siano più soddisfacenti di quelle reali
8. Tendenza ad alterare la propria identità in Internet e a comportarsi in modo diverso dal solito
9. Tendenza a connettersi un numero di volte maggiore o per un tempo più lungo rispetto a quello che si desidera realmente fare
10. Tendenza a controllare la posta elettronica ad intervalli regolari, con sperimentazione di sentimenti negativi quando non si ricevono messaggi
11. Sintomi di astinenza quando non è possibile connettersi ad Internet
12. Incapacità a scollegarsi anche quando si vorrebbe

Analizzando i criteri diagnostici indicati dalla Young, è evidente come questa patologia possa coinvolgere l'individuo in tutta la sua complessità, in particolare negli ambiti di natura fisica, relazionale, professionale, economica.

I criteri proposti da Shapira e colleghi (2000), evidenziano invece soprattutto gli aspetti emotivi connessi con l'esperienza di perdita del controllo. Secondo questi autori l'uso smodato di Internet si accompagna inevitabilmente ad ingenti angosce e preoccupazioni.

Criteri diagnostici per il Problematic Internet Use (Shapira, 2000)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">A. Preoccupazione maladattiva connessa ad Internet, come indicato dalle seguenti:<ol style="list-style-type: none">1. Preoccupazione relativa ad Internet esperita come irresistibile2. Eccessivo uso di Internet per periodi di tempo più lunghi di quelli pianificatiB. L'uso di Internet e le preoccupazioni ad esso connesse causano angoscia clinicamente significativa o indebolimento delle aree sociali, professionali, ecc.C. L'uso eccessivo di Internet non avviene esclusivamente per periodi di ipomania o mania e non è meglio spiegato da altri disturbi |
|--|

Cantelmi e Talli (2007) hanno proposto dei criteri articolati in sintomi overt (manifesti) e covert (occulti). Per diagnosticare il disturbo è necessaria la presenza di almeno due sintomi overt e almeno due sintomi covert, per un periodo di tempo non inferiore ai 6 mesi.

Criteri diagnostici per l'Internet Related Psychopathology (Cantelmi e Talli, 2007)

- | |
|--|
| <p>OVERT</p> <ol style="list-style-type: none">1. Elevato tempo di permanenza online, non giustificato da motivi di lavoro o di studio2. Manifestazioni sintomatiche offline (nervosismo, irritabilità, depressione, ecc.)3. Conseguenze negative dovute all'uso eccessivo di Internet (isolamento sociale, scarso |
|--|

- rendimento lavorativo, ecc.)
- COVERT
1. Irrefrenabile impulso a collegarsi ad Internet
 2. Ripetuti tentativi di controllare, ridurre o interrompere l'usodi Internet
 3. Frequenti menzogne relative all'uso eccessivo di Internet
 4. Ricorrenti pensieri e/o fantasie relativi ad Internet

Incidenza del disturbo

Le stime sull'incidenza del PIU nella popolazione variano a seconda della metodologia adottata (rilevazioni effettuate online o rilevazioni effettuate offline) e degli strumenti impiegati, che sono rappresentati da molteplici questionari che si ispirano a differenti criteri diagnostici. In genere le rilevazioni online indicano un tasso di prevalenza compreso tra il 3% e il 20% (Greenfield et al., 1999; Whang et al., 2003; Niemz et al., 2005) mentre gli studi effettuati offline indicano un tasso di prevalenza compreso tra 0,3% a 38% (Morahan e Schumacher, 2000; Leung, 2004; Aboujaoude et al., 2006; Kim et al., 2006).

Gli studi effettuati online hanno il vantaggio di riuscire a raccogliere una grande quantità di dati in un periodo di tempo relativamente breve. Tuttavia la somministrazione online può selezionare soprattutto i soggetti che usano frequentemente Internet o che ritengono di avere un problema nella modalità di utilizzo di Internet. Gli studi realizzati offline sono stati effettuati su studenti universitari. L'unico studio pubblicato che ha usato una strategia di campionamento random offline per analizzare la diffusione di questo fenomeno nella popolazione generale, ha riportato un tasso di prevalenza variabile dallo 0.3% allo 0.7% (Aboujaoude et al., 2006).

Elementi che possono favorire l'insorgere di psicopatologie legate all'uso di Internet

I soggetti a rischio avrebbero un'età compresa tra i 15 e i 40 anni, una buona conoscenza dell'informatica, spesso sarebbero isolati per ragioni lavorative (es. turni notturni di lavoro) o geografiche e solitamente presenterebbero problemi psicologici, psichiatrici o familiari preesistenti all'insorgenza del PIU.

Negli adulti tra questi problemi spiccano solitudine, insoddisfazione nel matrimonio, stress collegato al lavoro, depressione, problemi finanziari, insicurezza dovuta all'aspetto fisico, ansia, lotta per uscire da altre dipendenze, vita sociale limitata.

Per gli adolescenti elementi di particolare vulnerabilità sono bassa autostima, identità insicura, competenze sociali deboli, relazioni immature, affiliazione deviante e rifiuto dei pari, mancanza di interessi, mancanza di ideologie e valori, legami familiari poveri, mancanza di monitoraggio familiare, scarso impegno scolastico.

In generale è possibile individuare 4 categorie di situazioni a rischio:

1. le psicopatologie preesistenti: in più del 50% dei casi il PIU può essere favorito da alcuni tipi di disturbi psichici preesistenti. I fattori di rischio includono una storia di dipendenza multipla, condizioni psicopatologiche come depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo bipolare, compulsione sessuale, gioco d'azzardo patologico, o fattori situazionali, come sindrome da burnout, contrasto coniugale o abuso infantile.
2. le condotte a rischio: eccessivo utilizzo, riduzione delle esperienze di vita e di relazione reali
3. eventi di vita sfavorevoli: problemi lavorativi, familiari, ecc: per i quali internet rappresenta una valvola di sfogo
4. le potenzialità psicopatologiche proprie della Rete: anonimato e sentimenti di onnipotenza che possono degenerare in creazione di false identità, gioco d'azzardo, sesso virtuale, pedofilia.

Le condotte di dipendenza

Un tempo il termine condotte di dipendenza stava ad indicare i comportamenti di consumo di una sostanza esogena e poteva essere considerato sinonimo di tossicodipendenza. L' Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1965, indicava la dipendenza 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".

Anche nell'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR, APA, 2000) e del Manuale di Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psichici e Comportamentali (ICD-X, OMS, 1994) la nozione di dipendenza presuppone esclusivamente l'uso di sostanze psicoattive.

Tuttavia la nozione di dipendenza viene sempre più frequentemente utilizzata per spiegare anche sintomatologie derivanti dalla ripetizione di altre attività, per lo più socialmente accettate, che non implicano l'assunzione di alcuna sostanza (Del Miglio e Corbelli, 2003; Shaffer e al., 2004).

Queste nuove dipendenze, o dipendenze comportamentali, si riferiscono a una vasta gamma di comportamenti, tra esse le più note e maggiormente indagate sono il Gioco d'Azzardo Patologico, lo Shopping Compulsivo, la Dipendenza da Lavoro e da Studio, le Dipendenze da Tecnologia, le Dipendenze Relazionali.

Diversi studi evidenziano come sia le dipendenze comportamentali sia quelle determinate dall'uso di sostanze presentano delle somiglianze che possono essere così riassunte:

1. sensazione di impossibilità di resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento (compulsività)

2. voglia irrimediabile, una sensazione crescente di tensione che precede immediatamente l'inizio del comportamento (craving)
3. piacere e sollievo durante la messa in atto del comportamento
4. percezione di perdita di controllo
5. abbandono di altre attività
6. persistenza del comportamento nonostante la consapevolezza della sua associazione a conseguenze negative (individuali, familiari, sociali o professionali)
7. aumento progressivo del coinvolgimento e del rischio (tolleranza)
8. sensazione di mancanza, di ansia o di malessere quando il comportamento viene interrotto (astinenza).

Il concetto di dipendenza viene pertanto esteso a comportamenti il cui carattere di dipendenza sembra manifesto nonostante l'assenza di abuso di una sostanza tossica.

Le tossicodipendenze verrebbero ad essere considerate pertanto solo una delle classi dei disturbi di dipendenza. Alonso-Fernandez (1999) propone una suddivisione generale delle dipendenze che si basa su delle regole sociali e li distingue in:

- ✓ dipendenze sociali o legali: costituite da droghe legali (tabacco, alcol, farmaci, ecc.) e da attività socialmente accettate come mangiare, lavorare, fare acquisti, giocare, navigare sull'internet, ecc. In questa categoria sono incluse secondo l'autore, le dipendenze senza droga che risultano agevolate dall'innovazione tecnologica della società moderna che genera stress, noia e senso di vuoto ma stimola un'immediata gratificazione.
- ✓ dipendenze antisociali o illegali: costituite da dipendenze da droghe ed attività illegali, per esempio oppiacei, cocaina, ecc.

Questa suddivisione è utile per mettere in risalto la natura sociale e culturale delle dipendenze e suggerisce che le differenze tra dipendenze da sostanze e da comportamenti esistono non tanto per le sintomatologie ad esse associate, quanto per le caratteristiche intrinseche degli oggetti della dipendenza.

Inoltre, i risultati di numerosi studi riportano un'elevata frequenza di condizioni di

- ✓ poli-dipendenza, ossia la compresenza di una o più dipendenze da sostanze e comportamenti nella stessa persona
- ✓ cross-dipendenza, ossia il passaggio nella storia della vita della persona da una dipendenza ad un'altra

Il punto d'arrivo di questa visione non è tanto il riconoscimento che certe condotte compulsive, come il gioco d'azzardo patologico o il PIU, costituiscono vere e proprie dipendenze alla stregua delle tossicodipendenze e quindi che esistano tante dipendenze, bensì l'idea dell'esistenza di un'unica Sindrome da Dipendenza che può avere espressioni molto diverse. Questa visione ha

importanti implicazioni sia per la ricerca sia per il trattamento (Shaffer et al., 2004). Infatti, l'individuazione di fattori di rischio comuni (impulsività, ricerca di sensazione, esposizione precoce, familiarità) e di fattori di protezione comuni (controllo genitoriale, adeguate capacità meta cognitive) e non specifici per i singoli disturbi, ha riaperto il dibattito sulla dipendenza come una sindrome con espressioni multiple e un'eziologia comune (Shaffer et al., 2004).

Secondo l'*Addiction Syndrome Model* (Shaffer et al., 2004) lo sviluppo dell'addiction dipende dalla combinazione di 3 fattori:

1. le vulnerabilità personali (genetiche, neurobiologiche, psicologiche e sociali),
2. l'esposizione e l'accesso a un oggetto o attività,
3. un'esperienza soggettiva di interazione che comporta un cambiamento soggettivo immediato e desiderabile, una sensazione piacevole che lascia una traccia nella nostra memoria.

Il concetto di nuove dipendenze

Le nuove dipendenze 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 Nuove Dipendenze possiamo includere la dipendenza da

- ✓ internet
- ✓ gioco d'azzardo
- ✓ shopping compulsivo
- ✓ lavoro
- ✓ sesso
- ✓ cibo
- ✓ relazioni affettive

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. Negli ultimi anni si è assistito ad un'enorme diffusione di queste dipendenze comportamentali, tanto che anche la letteratura scientifica non ha potuto ignorare il fenomeno.

Le varie forme di utilizzo patologico di Internet (PIU)

Le numerose attività che si possono svolgere online fanno sì che il PIU non sia un fenomeno omogeneo ma si manifesti sotto varie forme:

1. **Dipendenza cibersessuale** (*Cibersex Addiction*): il sesso virtuale comprende tutte quelle attività che si possono svolgere in Rete e che provocano un'eccitazione sessuale. La dipendenza da

sesso virtuale sembra emergere come uno dei disturbi più diffusi tra coloro che presentano una dipendenza da Internet (circa il 20% secondo Young, 1997). Il rapporto tra uomini e donne sembra essere di 5 a 1, ma il coinvolgimento delle donne è in crescita. Gli uomini si collegherebbero alla Rete soprattutto per guardare foto pornografiche mentre le donne sarebbero più interessate alle chat erotiche. Le caratteristiche di Internet che sembrano favorire il coinvolgimento sessuale sono: Anonimato: protegge l'utente e gli permette di esprimersi liberamente. Convenienza: la Rete è uno strumento molto comodo perché offre la possibilità di collegarsi tranquillamente da casa, mantenendo una certa privacy. Evasione: l'eccitazione che si sperimenta, provoca una sorta di fuga mentale, un'evasione dai problemi quotidiani.

2. **Dipendenza ciber-relazionale** (*Cibersex Relational Addiction*): si caratterizza per la tendenza ad instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone conosciute on-line, principalmente via chat, forum o newsgroups. Si tratta di una forma di relazione nella quale gioca un ruolo fondamentale l'anonimato, il quale permette di attribuirsi specifiche fisiche e caratteriali anche molto lontane da quelle che il soggetto presenta nella vita reale. Gli individui diventano molto coinvolti nelle relazioni online, gli amici online diventano rapidamente più importanti di quelli reali e dei familiari. In molti casi questo conduce all'instabilità coniugale o della famiglia.
3. **Gioco d'azzardo patologico online** (Net Compulsion o Net Gambling): la dipendenza dai giochi in Rete comprende una vasta categoria di comportamenti, quali il gioco d'azzardo patologico, i videogame, lo shopping ed il commercio compulsivo online. In particolare, gli individui utilizzerebbero i casinò virtuali, i giochi interattivi, i siti delle case d'asta o le scommesse su Internet, per perdere elevati importi di denaro, arrivando anche ad interrompere l'attività lavorativa o a compromettere i rapporti significativi. Queste attività hanno diverse caratteristiche in comune: la competizione, il rischio ed il raggiungimento di eccitazione immediata.
4. **Sovraccarico cognitivo o Eccesso di informazioni** (Information Overloaded): è un bisogno incontrollato di passare molto tempo in Rete per trovare notizie, aggiornamenti o qualsiasi altra informazione. Il soggetto che ne soffre non è mai soddisfatto del materiale che ha trovato, e continua la ricerca, fino al punto in cui questa si trasforma in ossessione. L'esito di questa ricerca, di solito si conclude con l'incapacità di riuscire a prendere una decisione o scegliere una specifica informazione sulla quale focalizzare l'attenzione, a causa della confusione tra pareri discordanti e del sovraccarico di informazioni che si viene a creare. Tale ricerca in molti casi tende a divenire invalidante a tal punto che chi ne è coinvolto spesso finisce per esaurire completamente il tempo libero, ed in casi più gravi, anche quello lavorativo.

5. **Gioco al computer** (Computer Game Addiction): negli anni '80, giochi quali il Solitario e il campo minato furono programmati nei calcolatori ed i ricercatori scoprirono che il gioco ossessivo sul computer era diventato un vero problema nelle organizzazioni dove questi calcolatori erano utilizzati, dato che gli impiegati trascorrevano la maggior parte del giorno a giocare piuttosto che a lavorare. Attualmente vi è la tendenza al coinvolgimento in giochi interattivi virtuali, come per esempio i MUD (multi user dungeon), nei quali i partecipanti giocano contemporaneamente ed interagiscono tra di loro. L'anonimato consente di esprimere se stessi liberamente e di inventare dei personaggi che sostituiscono la vera personalità dell'individuo.

Dipendenze e compulsioni

Alcuni autori si oppongono al concetto di dipendenza senza l'intervento di sostanze (Blaszczynski, 1999) e si riferiscono alle dipendenze comportamentali come a disturbi appartenenti allo spettro Ossessivo-Compulsivo.

Pur ritenendo che entrambi i disturbi siano caratterizzati da un comportamento incontrollato essi si distinguono per alcuni aspetti che li caratterizzano che sono riassunti nella seguente tabella 1.

Dipendenza	Compulsione
Prevale il comportamento di ricerca del rischio e di minimizzazione del rischio o ridotta stima del pericolo	Prevale il comportamento di aumento di stima del pericolo, di avversione al rischio e di evitamento dell'ansia
Comportamento ego sintonico, il soggetto desidera metterlo in atto per ottenere immediata gratificazione. Comportamento ego distonico, il soggetto dopo averlo messo in atto si sente in colpa.	Comportamento ego distonico, il soggetto si sente costretto a metterlo in atto. Comportamento ego sintonico, il soggetto si sente sollevato dopo averlo messo in atto.
Scopo: ottenere gratificazione	Scopo: riduzione dell'ansia o del disagio. Proteggersi dalla paura.
Riflessione scarsa o assente	Riflessione eccessiva con rimuginazioni
Perdita di autocontrollo	Capacità decisionale assente fin dall'inizio, il soggetto si sente sottomesso ad un dominio estraneo angosciato da un presentimento di disgrazia che potrebbe succedere se non mettesse in atto il comportamento.

Tabella1: Dipendenza e compulsione: aspetti distintivi

Le fasi di sviluppo del PIU

Secondo Young (1998) le fasi che conducono alla dipendenza sono:

1. **Coinvolgimento**: sin dalle prime esperienze di navigazione on line c'è la curiosità e la voglia di sperimentazione. Si passa poi alla scelta di una particolare applicazione o funzione di Internet (es. chat, MUD, social network) che attira più delle altre e nella quale si desidera perfezionarsi.

2. Sostituzione: nella fase successiva si ha un'immersione profonda nelle esperienze, nelle attività e nelle relazioni offerte dalla Rete. La Rete sostituisce ciò che sembra mancante o inaccessibile nella vita reale. Le attività che precedentemente erano centrali nella propria vita non contano più, in quanto sono state sostituite da quelle trovate in Rete. Ci si sente stimolati, si provano fiducia, interesse e sostegno.
3. Fuga: è solo nella terza fase che s'istaura realmente la dipendenza. Il soggetto si rivolge alla comunità di Internet sempre più spesso e per periodi sempre più lunghi. Fugge dal mondo reale e dalla propria vita, la sofferenza emotiva viene placata dalle sensazioni emotive provate nella comunità di Internet. La Rete diventa un antidoto ad ogni tipo di stress e sofferenza, e la persona sperimenta una profonda angoscia se non può connettersi.

Grohol (1999) ha ipotizzato che lo sviluppo del PIU segua una semplice progressione organizzata in tre livelli.

1. Al primo livello, l'utilizzatore è incantato dalla nuova tecnologia o dalla nuova applicazione e questo incanto o ossessione lo porta ad abusare della tecnologia finché il soggetto non si sposta al livello successivo.
2. Al secondo livello il soggetto è annoiato o comunque disincantato dalla tecnologia ed inizia a detestarla ed evitarla.
3. Al terzo stadio l'utilizzatore trova un equilibrio con un utilizzo normale della tecnologia senza compromissione delle normali attività di vita quotidiana.

Grohol (1999) ipotizza che tutte le attività online siano fasiche e pertanto tutte le persone raggiungeranno per conto proprio lo Stadio III. Tuttavia alcuni soggetti resterebbero intrappolati nella prima fase di ambientazione nella nuova tecnologia, che è potenzialmente molto più vasta di qualsiasi altra sperimentata. Pertanto il passaggio alla fase successiva potrebbe richiedere anche tempi più lunghi.

Questo modello suggerisce che alcune persone possano semplicemente restare intrappolate nel primo livello quando iniziano ad utilizzare una nuova tecnologia. Anche coloro che utilizzano la Rete da tempo potrebbero però diventare dipendenti da essa in seguito alla scoperta di una nuova applicazione di Internet particolarmente attraente che potrebbe farli regredire ad uno stadio precedente a quello raggiunto. Questi soggetti che restano intrappolati potrebbero aver bisogno di un aiuto esterno per progredire al livello successivo.

Il modello suggerisce che il PIU si sviluppi soltanto quando un soggetto sperimenta una nuova attività online, tuttavia non ipotizza che anche un'attività non necessariamente nuova possa essere utilizzata in modo disfunzionale. Si potrebbe per esempio immaginare che un evento stressante,

come la fine di una relazione significativa, possa creare una situazione in cui un'attività online che prima era svolta in maniera normale venga utilizzata in modo disfunzionale, come ipotizzato invece nel modello cognitivo di Davis (2001) che sarà descritto tra poco.

Inoltre Grohol (1999) non affronta alcuni fattori che possono rivelarsi fondamentali nello sviluppo del PIU, quali per esempio psicopatologie preesistenti o in via di sviluppo.

Cantelmi e coll. (2000), delineano invece le seguenti fasi di sviluppo della dipendenza:

1. E-mail: primo approccio alla Rete e uso di e-mail. Riguarda principalmente utenti non dipendenti
2. Fase Lurker (guardoni) area tossicofilica: caratterizzata da passaggi fugaci da un sito all'altro, per acquisire la conoscenza del "gergo" per comunicare successivamente nel PIU. Con l'inizio della partecipazione intensa al PIU, newsgroup, forum, MUD, il soggetto si trova nell'area tossicofilica, contraddistinta da un incremento della durata dei collegamenti, dalla riduzione delle ore di sonno per il prolungarsi dei collegamenti, malessere offline, centralità cognitiva e affettiva di Internet, controllo ossessivo della propria casella postale.
3. Fase Tossicomana: correlata a fenomeni psicopatologici, partecipazione molto intensa ai MUD, collegamenti sempre più prolungati.

Cantelmi e Talli (2007) distinguono inoltre due tipologie di internet dipendenti: retomane per fuga o retomane per azione

Il retomane per fuga è quello che meglio si adatta allo stereotipo dell'Internet dipendente che si rifugia nella Rete per non pensare ai propri problemi. Presenta nella vita reale difficoltà o problematiche oggettive ed un senso d'impotenza e di estraneità sociale. Quando si collega alla Rete lo fa esclusivamente per anestetizzarsi dal dolore reale, senza manifestare aspettative di successo o di cambiamento personale. Non crede di poter cambiare la propria condizione psicologica, ha solo bisogno della Rete per eccitarsi e stordirsi (la Rete come analgesico).

Il retomane per azione, invece, impiega Internet per conseguire uno scopo che va oltre l'eccitazione fine a se stessa. La Rete diventa un enorme serbatoio di stimoli ma soprattutto lo spazio ideale per concretizzare le sue elevate aspettative di riuscita. Gli ambiti di azione possono essere molto diversificati, dalle relazioni sociali online che possono estendersi al di là della dimensione virtuale, al gioco d'azzardo online, percepito come una grande occasione di successo economico.

Modelli teorici

Il modello ACE (Young 1998)

Il modello ACE (Accessibilità, Controllo, Eccitazione) di Young (1998) sintetizza i principali fattori che facilitano e/o predispongono l'insorgere dei disturbi correlati con Internet:

Accessibilità: la facile ed immediata accessibilità ad ogni servizio, con gratificazione immediata di ogni bisogno.

Controllo: l'elevato controllo che si può esercitare sulle proprie attività online, non disgiunto da una irrealistica percezione di onnipotenza.

Eccitazione: la straordinaria quantità di stimoli a cui è possibile sottoporsi e il conseguente stato di eccitazione che può essere facilmente raggiunto.

L'accessibilità quale requisito fondamentale della Rete, permette di esplorare e navigare in siti di non facile portata e con estrema rapidità. Il controllo favorisce la possibilità per l'utente di consultare facilmente attività personali gestite online. L'eccitazione rappresenta l'elemento di attrazione per chi utilizza Internet, percepito quale strumento affascinante e misterioso per le opportunità che favorisce, come quella di assumere identità e ruoli diversi a seconda delle situazioni.

Aspetti positivi: rappresenta un primo tentativo che mette in luce le enormi potenzialità della Rete

Aspetti critici: non è un modello causale, non è chiaro come agiscano i diversi fattori. È un modello statico, che non considera gli aspetti cognitivi e le risposte emozionali.

Il modello speculare (Cantelmi e Talli, 2007)

Il modello speculare di Cantelmi e Talli (2007) prevede un percorso virtuale, caratterizzato dallo sviluppo di quattro fasi evolutive che conducono il soggetto a divenire progressivamente un vero e proprio dipendente dalla Rete:

Fase d'ingresso nella Rete: l'utente entra in contatto con la Rete, mediante il web o la posta elettronica. Appare tanto disorientato quanto curioso di fare nuove esperienze. Sul piano relazionale, stabilisce con Internet un tipo di rapporto "uomo-macchina" (anche se il soggetto comunica con altre persone, queste passano in secondo piano rispetto al fascino che la tecnologia della Rete impone).

Fase di uso della Rete: l'utente è in grado di utilizzare un'ampia varietà di strumenti e servizi e di muoversi in Rete con sufficiente sicurezza. È consapevole dei pericoli insiti in tale tecnologia. Sul piano relazionale, stabilisce con Internet un tipo di rapporto "uomo-macchina-uomo" (la Rete viene percepita come un mezzo di comunicazione).

Fase di abuso della Rete: l'utente comincia a selezionare le applicazioni della Rete che possono maggiormente soddisfarlo. Incrementa il suo tempo di permanenza online. Sul piano relazionale,

stabilisce con Internet un tipo di rapporto “uomo-macchina-uomo” (nonostante il soggetto cominci ad utilizzare la Rete, e quindi anche le persone che incontra on-line, in modo indiscriminato, non ne appare ancora consapevole).

Fase di dipendenza dalla Rete: l'utente restringe ulteriormente l'ambito di utilizzo della Rete, dedicando il suo tempo di permanenza a pochissime applicazioni e servizi (chat e mud in particolare). Sul piano relazionale stabilisce con Internet un tipo di rapporto “uomo-macchina” (anche se il soggetto comunica con altre persone queste vengono percepite come oggetti di piacere).

Aspetti positivi: è un modello descrittivo di facile comprensione

Aspetti critici: non è un modello causale, non è chiaro come agiscano i diversi fattori. Trascura il ruolo delle componenti cognitive ed emozionali

Il modello a 8 fattori (Suler 1999)

Suler (1999) ha ipotizzato la possibilità di differenziare tra uso, abuso e dipendenza attraverso la valutazione di otto fattori.

Il numero ed i tipi di bisogno che l'attività soddisfa. I bisogni possono essere fisiologici, personali, relazionali o spirituali. Quanto più numerosi sono i bisogni che vengono soddisfatti attraverso l'utilizzo di Internet più questo mezzo diventa essenziale per il soggetto.

L'intensità della frustrazione per i bisogni che non vengono soddisfatti. Quanto più i bisogni del soggetto sono disattesi tanto più il soggetto cercherà di trovare altri modi per soddisfarli. Internet diventa spesso, grazie alle sue caratteristiche di facile accessibilità, diversificazione e anonimato, il luogo dove questi bisogni trovano una soddisfazione più immediata che nel mondo reale.

Il tipo di attività su Internet. Internet offre molte attività. Alcune sono attività non sociali (giochi, raccolta di informazioni, letteratura, musica, creazioni di software). Altre sono attività interpersonali (giochi in competizione, chat e email). Diversi tipi di attività svolte in Internet possono rispondere in modo molto diverso alle esigenze del soggetto. Un ambiente con tali potenzialità di soddisfacimento dei bisogni personali può rappresentare un mondo molto accattivante.

L'effetto delle attività svolte in internet sulle capacità di funzionamento dell'individuo nella vita reale. Salute, igiene, successo scolastico e lavorativo, relazioni interpersonali gratificanti con amici e familiari rappresentano importanti indici di un buon funzionamento adattivo. Il numero degli indicatori disfunzionali e la misura della loro compromissione rivelano la gravità della patologia.

La percezione personale del disagio. Depressione, frustrazione, alienazione, senso di colpa, rabbia possono essere i segnali di disagio di un utilizzo patologico di internet che invece di soddisfare i bisogni della persona li aggrava.

La consapevolezza dei propri bisogni. Quanto più una persona è in grado di comprendere bisogni, scopi e motivazioni personali tanto più l'utilizzo compulsivo di internet viene meno.

L'esperienza e la fase di coinvolgimento. I nuovi utenti possono essere affascinati dall'opportunità che la Rete offre. La fase di "addiction" può eventualmente risolversi quando la novità viene meno e i doveri della vita reale prendono il sopravvento.

L'equilibrio e l'integrazione della vita reale con il cyberspazio. In condizioni ideali l'impegno nelle attività online è in equilibrio con l'impegno nella vita reale, con famiglia, amici, scuola e lavoro. L'uso patologico di Internet implica invece isolamento sociale ed il considerare gli altri, amici e famigliari, come degli intrusi.

Aspetti positivi: suggerisce un ordine causale tra le variabili ed il comportamento. Considera il ruolo delle componenti cognitive ed emozionali

Aspetti critici: trascura il ruolo del comportamento passato nell'influenzare il comportamento attuale (es. in caso di fallimento). Manca di dinamicità, infatti le attitudini, i bisogni, possono cambiare nel tempo ed essere contrastanti

Il Modello Cognitivo-Comportamentale di Davis (2001)

Secondo Davis (2001) l'Uso Patologico di Internet (PIU) deriva da cognizioni problematiche unite a dei comportamenti che intensificano o mantengono la risposta disfunzionale. In questo modello le cause del PIU sono distinte lungo la catena causale in distali e prossimali. Le cause distali sono collocate vicine all'inizio della catena, lontano dai sintomi mentre le cause prossimali sono posizionate verso la fine della catena causale vicino ai sintomi.

La teoria cognitiva del PIU ruota intorno al concetto di causa prossimale e sufficiente. Infatti, l'obiettivo di Davis (2001) è quello di presentare le cognizioni disadattive come una causa prossimale sufficiente per i sintomi del PIU.

Abramson e coll. (1989) avevano classificato i diversi tipi di cause:

- ✓ Necessarie: fattori eziologici che devono essere presenti o devono accadere affinché i sintomi si manifestino, ma non è detto che i sintomi si manifestino quando la cause necessarie sono presenti o sono avvenute, cioè necessario non equivale a sufficiente
- ✓ Sufficienti: fattori eziologici la cui presenza o occorrenza garantiscono la manifestazione dei sintomi
- ✓ Facilitanti: fattori eziologici che aumentano la probabilità della manifestazione dei sintomi, ma non sono necessari, né sufficienti per la loro manifestazione.

Inoltre avevano distinto le cause in:

- ✓ Prossimali: cause posizionate verso la fine della catena causale
- ✓ Distali: cause collocate vicine all'inizio della catena, lontano dai sintomi.

Davis ha proposto un modello etiologico multifattoriale, già utilizzato per altri disturbi psichiatrici, che associa fattori biologici, psicologici e ambientali, secondo il paradigma diatesi-stress (Levi, 1974). Punto focale di questo paradigma è l'interazione fra una vulnerabilità allo sviluppo di un certo disturbo (la diatesi) e le condizioni ambientali o esistenziali che turbano la persona (lo stress), in altre parole una vulnerabilità genetica predisporrebbe allo sviluppo del disturbo in presenza di fattori stressanti esogeni specifici ed aspecifici (Figura 1).

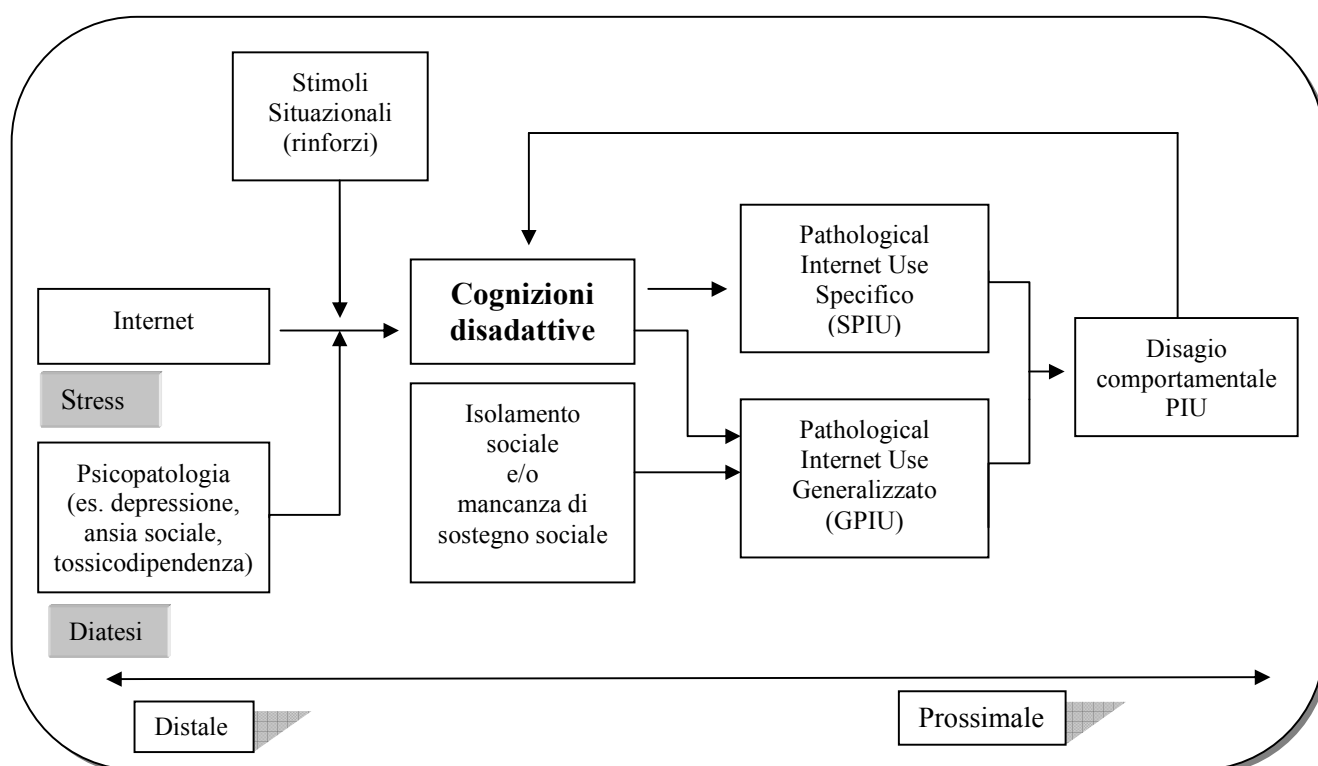


Figura 1. Modello cognitivo-comportamentale del PIU (modificato da Davis, 2001)

Secondo il modello di Davis, psicopatologie come la depressione, l'ansia o l'abuso di sostanze sono delle cause necessarie distali perché il PIU si realizzi. Non è la psicopatologia che causa il PIU ma la psicopatologia rappresenta un elemento essenziale nell'eziologia del PIU perché rende il soggetto più esposto allo sviluppo dei sintomi del PIU. L'esposizione iniziale ad Internet o ad una nuova tecnologia è considerato la condizione che turba (lo stress) ed è considerata come una causa distale per lo sviluppo della patologia. Davis suggerisce che la prima esposizione ad una nuova tecnologia sarebbe un evento empiricamente più valutabile della prima esposizione ad Internet.

Alcuni esempi includerebbero la prima volta che il soggetto ha utilizzato un sito web pornografico, ha partecipato ad un'asta online od è entrato in una chatroom. Nessuno di questi eventi è valutato come causa di un uso patologico, ma ognuno può rappresentare un fattore concorrente. Il rinforzo che deriva dall'esperienza dell'incontro con la nuova tecnologia rappresenta il punto fondamentale che determina se una persona continuerà o meno ad utilizzarla. Non sarebbero dunque soltanto le cause a determinare un certo tipo di comportamento, ma anche l'esito del comportamento stesso, che creando un nuovo significato per l'individuo, facilita o meno la reiterazione dello stesso comportamento.

Infatti, un fattore chiave nell'esperienza di Internet e delle nuove tecnologie ed esso associate, è il rinforzo che un individuo riceve dall'evento. Se il rinforzo derivante dall'utilizzo di Internet è positivo, l'individuo sarà condizionato a compiere più frequentemente le medesime attività per raggiungere una reazione fisiologica simile. Tale condizionamento operante prosegue fino a che l'individuo cerca nuove tecnologie per raggiungere una reazione fisiologica simile. Un cambiamento associativo si verifica nel normale processo di condizionamento: ogni stimolo associato con lo stimolo condizionato primario è suscettibile di un rinforzo secondario. I rinforzi secondari agiscono come indizi situazionali che rinforzano lo sviluppo dei sintomi del PIU e contribuiscono al mantenimento dei sintomi associati.

Il comportamento patologico è il risultato di una vulnerabilità, a cui si è predisposti, e di un evento di vita. La psicopatologia è una causa distale necessaria dei sintomi della PIU, cioè deve essere presente o deve accadere affinché i sintomi si manifestino. La psicopatologia in sé non è un elemento presente tra i sintomi del PIU, ma è necessaria nella sua eziologia.

Lo stressor è l'introduzione di Internet o di alcune nuove tecnologie reperite in Internet. L'esposizione a tali tecnologie è una causa distale necessaria dei sintomi del PIU. L'esperienza di queste tecnologie agisce come un catalizzatore per lo sviluppo del PIU.

La teoria pone l'enfasi sulle cognizioni o i pensieri dell'individuo intesi come la fonte principale del comportamento disfunzionale. Secondo l'autore le cognizioni disadattive sono cause prossimali alla patologia e sono cause sufficienti a causare i sintomi del PIU.

Queste cognizioni, che si innescano automaticamente con Internet, possono riguardare se stessi o il mondo.

Le cognizioni disfunzionali su se stessi sono guidate da uno stile cognitivo di ruminazione. I soggetti che tendono a ruminare sperimentano un PIU più severo e prolungato. La ruminazione verte continuamente su pensieri che riguardano i problemi associati all'uso personale di Internet. La ruminazione è in grado di mantenere o esacerbare la psicopatologia, interferendo in parte con i

comportamenti e con la risoluzione efficace dei problemi interpersonali. Inoltre, la ruminazione centrata su di sé porta il soggetto a ricordare gli episodi più rinforzanti circa Internet, mantenendo così il circolo vizioso del PIU.

Altre distorsioni cognitive su di sé includono la messa in dubbio di sé, un basso livello di autoefficacia e una bassa autostima. L'individuo ha una visione negativa di sé e utilizza Internet per ottenere delle risposte più positive dagli altri in un modo che ritiene meno minaccioso della vita reale.

Le cognizioni disfunzionali sul mondo comprendono generalizzazioni di specifici eventi legati ad Internet o al mondo reale, o pensieri di tipo tutto o nulla che esacerbano la dipendenza del soggetto da Internet (es. pensieri del tipo “nessuno mi ama offline”, o “Internet è l'unico amico che ho” o “il solo luogo dove sono rispettato è internet”).

Sebbene i sintomi più evidenti del PIU siano di tipo affettivo o comportamentale, Davis sostiene che i sintomi cognitivi del PIU possono spesso precedere e causare i sintomi affettivi o comportamentali, non viceversa.

Tali distorsioni del pensiero sono messe in atto automaticamente ogni volta che uno stimolo associato ad Internet è disponibile. Il risultato di tali cognizioni disadattive sono o il PIU specifico o il PIU generalizzato.

Secondo Davis l'utilizzo patologico di Internet (PIU) può essere di due tipi:

Specifico (SPIU): comprende il sovrautilizzo e l'abuso delle funzioni specifiche di Internet (es. materiale erotico, gioco d'azzardo, aste, ecc.). Queste forme di dipendenza sono contenuto-specifiche ed esisterebbero indipendentemente dalla presenza o meno di Internet, sono cioè il risultato di una psicopatologia preesistente che si associa all'attività online.

Generalizzato (GPIU): comprende un sovrautilizzo generalizzato e multidimensionale di Internet. Può includere anche la perdita di tempo online senza un obiettivo preciso. Spesso è associato alle partecipazione in chat e alla dipendenza dalla posta elettronica. Si ritiene che tale elemento sia in relazione con l'aspetto sociale di Internet: il bisogno di un contatto sociale e il rinforzo ottenuto online accrescono il desiderio di rimanere in uno stato di vita sociale virtuale.

Il PIU generalizzato sembra essere socialmente più pericoloso, in quanto Internet agisce come stressor e può esacerbare condizioni psicopatologiche preesistenti. Per alcune persone invece Internet è semplicemente un mezzo per esprimere una dipendenza da diversi stimoli (es. gioco d'azzardo, pornografia, ecc.). Questi individui hanno un PIU specifico.

I sintomi del PIU secondo il modello cognitivo-comportamentale

I sintomi delineati da Davis sono simili a quelli riscontrati da Young (1996). Nel modello cognitivo - comportamentale, tuttavia, viene posta maggiore enfasi sui sintomi cognitivi quali: pensieri ossessivi su Internet, calo del controllo degli impulsi, incapacità di porre fine all'uso di Internet, sentire che Internet rappresenta l'unico amico. Il soggetto è convinto che Internet sia l'unico luogo in cui si sente bene con se stesso e con il mondo. Altri sintomi sono: pensare ad Internet quando si è offline, anticipare il momento in cui si sarà online, spendere una grande quantità di denaro per il collegamento alla Rete. Un soggetto con PIU trascorre meno tempo a fare cose che in passato gli davano piacere, ciò che lo divertiva in passato non lo interessa più. Un'ulteriore complicazione sorge nel momento in cui il soggetto si isola dagli amici "reali" per quelli online. Egli, inoltre, prova un forte senso di colpa per il suo utilizzo della Rete. Spesso mente agli amici o ai familiari circa il tempo che trascorre online e su ciò che fa quando è collegato. Egli sente che ciò che sta facendo non è pienamente accettabile a livello sociale, ma non riesce a smettere. Il risultato è una diminuzione dell'autostima e un aumento dei sintomi del PIU.

Il modello di Davis è stato empiricamente testato. I risultati di questi studi hanno suggerito che un importante sintomo del PIU generalizzato è la preferenza per l'interazione sociale online, un costrutto caratterizzato dalla convinzione che una persona si sente più al sicuro, più sicura di sé e più a suo agio quando intrattiene amicizie e relazioni online piuttosto che nel mondo reale. (Caplan 2003). Le persone che hanno scarse competenze sociali, che sono sole ed isolate possono percepire le relazioni virtuali come meno problematiche e se stesse come più competenti in queste relazioni virtuali. Questa preferenza può contribuire al PIU che finisce col peggiorare il problema di isolamento sociale creando ulteriori problemi relazionali in ambito familiare, scolastico e lavorativo. Caplan (2003) e Kim (2009) hanno dimostrato che l'isolamento sociale è un buon predittore per la preferenza a relazionarsi via Internet.

Un altro sintomo cognitivo del PIU generalizzato è la motivazione all'utilizzo di Internet come regolatore dell'umore. Caplan (2002) ha dimostrato che i soggetti che soffrono di ansia sociale possono preferire interazioni online perché rappresentano un modo per lenire l'ansia da prestazione.

Il modello di Davis (2001) costituisce il punto di riferimento per la terapia cognitivo - comportamentale (TCC) del PIU.

Aspetti positivi: considera gli aspetti personali, sociali e ambientali. Sottolinea il ruolo delle componenti cognitive. E' stato empiricamente testato

Aspetti critici: non è chiaro se si prefigga di essere un modello predittivo o descrittivo. Trascura il ruolo delle componenti emozionali

Il Modello Cognitivo-Comportamentale integrato dai risultati delle ricerche empiriche

Recentemente Caplan (2010) ha proposto un'integrazione del modello cognitivo del PIU generalizzato di Davis (2001) con i risultati delle ricerche empiriche degli ultimi 10 anni.

Il modello di Caplan (Figura 2) parte dall'ipotesi di Davis secondo il quale le cognizioni ed i comportamenti, insieme alle conseguenze da essi determinate, rappresentano l'effetto e non la causa di problemi di tipo psicosociale, come l'isolamento sociale, la depressione o l'ansia. Partendo da questa ipotesi quindi, sono i problemi come la solitudine e la depressione che predispongono l'individuo a sviluppare emozioni e cognizioni maladattive rispetto all'utilizzo di Internet che a loro volta determinano conseguenze disfunzionali.

Questo modello (Caplan, 2010) integra la preferenza per relazioni sociali online e l'utilizzo di internet come regolatore dell'umore insieme al deficit di automonitoraggio.

Il deficit di monitoraggio, consiste nell'incapacità di monitorare l'utilizzo di Internet, di valutare l'adeguatezza dei propri comportamenti di utilizzo di Internet ed eventualmente modificarli in comportamenti più funzionali. Le conseguenze di un deficit di monitoraggio nell'utilizzo di Internet possono avere come risultato problemi di varia natura che si manifestano in diversi ambiti della sfera personale: relazionale e familiare, lavorativo e scolastico, della salute e finanziario.

Il modello di Caplan (2010) propone un'importante distinzione tra gli aspetti cognitivi e comportamentali del deficit di automonitoraggio.

La preoccupazione cognitiva consiste in pensieri ossessivi che riguardano i problemi associati all'uso di Internet (es. "non posso smettere di pensare di andare su Internet" o "non posso fare a meno di pensare a cosa succeda quando io non sono online"). Secondo Caplan (2010) i soggetti che tendono a ruminare sperimentano un PIU più severo e prolungato.

Da un punto di vista comportamentale il deficit di monitoraggio si manifesta come utilizzo compulsivo di Internet.

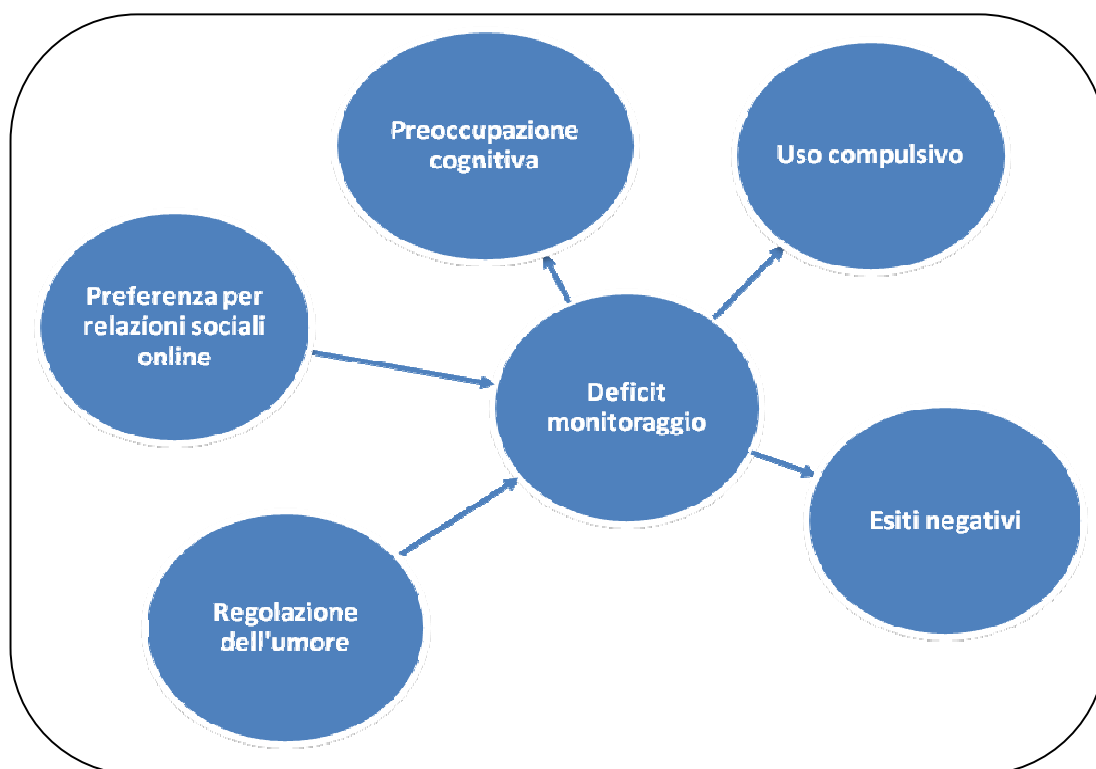


Figura 2: Modello cognitivo (modificato da Caplan, 2010)

Strumenti di valutazione

Svariati sono stati i contributi testologici per la valutazione del PIU, per citarne alcuni:

- ✓ Internet Addiction Test (Young, 1998)
- ✓ Internet Addiction Questionnaire (Suler, 1996)
- ✓ Davis Online Cognition Scale (Davis et al, 2002)
- ✓ Chen Internet Addiction Scale (Chen, 2003)

L'unico strumento italiano ad essere validato è l'UADI (Uso Abuso Dipendenza da Internet) proposto nel 2001 da Del Miglio, Gamba e Cantelmi. Si compone di 75 items a cui è possibile rispondere secondo una scala Likert a cinque livelli (1=assolutamente falso; 2=piuttosto falso; 3=né vero né falso; 4=abbastanza vero; 5=assolutamente vero)

Le dimensioni indagate dal test sono cinque

1. Evasione compensatoria: la tendenza ad evadere dalle difficoltà quotidiane mediante Internet
2. Dissociazione: la comparsa di esperienze sensoriali bizzarre, la tendenza alla alienazione e alla fuga dalla realtà

3. Impatto sulla vita reale: la comparsa di conseguenze sulla vita reale, il cambiamento di abitudini, umori e rapporti sociali
4. Sperimentazione: la propensione ad usare Internet per sperimentare parti del sé o/e per cercare nuove emozioni
5. Dipendenza: la comparsa di sintomi di dipendenza, come il progressivo aumento del tempo di collegamento, la compulsività e l'eccessivo coinvolgimento.

La terapia cognitivo comportamentale

Gli studi di valutazione dell'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento del PIU sono ad oggi scarsi e preliminari.

Alcuni studi hanno analizzato l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento della PIU (Chou et al., 2005; Wieland, 2005; Orzack et al., 2006). Orzack e collaboratori (2006) hanno utilizzato la terapia cognitiva di gruppo per trattare 35 soggetti affetti da PIU e disturbi d'ansia o disturbi depressivi. Il protocollo della terapia di gruppo era organizzato intorno alle 6 fasi del processo motivazionale:

- fase della premeditazione
- fase della meditazione
- fase della determinazione
- fase dell'azione
- fase del mantenimento
- fase della ricaduta (eventuale)

Nel protocollo erano anche incluse delle tecniche per incoraggiare i pazienti a sviluppare delle strategie di problem solving. Dopo 16 incontri i pazienti avevano riportato un miglioramento significativo della qualità di vita ed una diminuzione significativa dei sintomi depressivi (misurati rispettivamente con il Behavioral and Symptom Scale ed il Beck Depression Index) (Orzack et al. 2006). Tuttavia gli autori riportano la mancanza di una riduzione significativa del PIU spiegandola con un'inappropriata valutazione della patologia in fase di assessment.

Young (2007) ha utilizzato la terapia cognitiva per trattare 114 soggetti affetti da PIU in uno studio longitudinale organizzato in 12 sessioni con un follow up dopo 6 mesi. I risultati sembrano suggerire che dopo 8 incontri i soggetti erano in grado di gestire in maniera meno disfunzionale le situazioni a rischio (ansia, solitudine, tristezza) e che queste capacità erano mantenute anche dopo 6 mesi dalla fine del trattamento.

Recentemente King et al. (2012) hanno presentato il caso clinico di un adolescente di 16 anni affetto da GPIU. L'articolo è particolarmente interessante perché espone la concettualizzazione del caso, l'assessment e le tecniche terapeutiche utilizzate che includono: psicoeducazione, riconoscimento delle emozioni e dei pensieri disfunzionali, diario giornaliero delle ore passate in Internet e il training di autocontrollo.

A causa della scarsità delle evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento del PIU è possibile per ora solo ipotizzare che l'approccio cognitivo comportamentale possa essere efficacemente utilizzato nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle nuove dipendenze.

Questo approccio riconosce il comportamento di abuso come un comportamento complesso, appreso e mantenuto tramite i principi dell'apprendimento classico, del condizionamento operante e dell'apprendimento sociale.

Un presupposto fondamentale della terapia cognitivo comportamentale è che i comportamenti disfunzionali siano in buona parte frutto di errati o mancati apprendimenti e quindi possano essere corretti con tecniche specifiche e riacquisiti in modo che essi siano più funzionali per l'individuo.

Tali comportamenti disfunzionali possono quindi essere modificati con procedure sia cognitive che comportamentali.

La terapia cognitivo comportamentale inoltre aiuta il paziente a capire quali sono le variabili che innescano, facilitano e soprattutto mantengono il proprio comportamento da modificare: attraverso la tecnica dell'analisi funzionale il soggetto dipendente impara a riconoscere quali sono i fattori che attivano la messa in atto dei comportamenti disfunzionali, impara a fronteggiarli e lavora sulle conseguenze del suo comportamento che spesso si rivelano rinforzanti e quindi forti fattori di mantenimento e ostacolo al trattamento.

Inoltre, attraverso strategie di fronteggiamento quali problem solving, abilità di coping adattive, rilassamento, il paziente è in grado di aumentare le proprie abilità cognitive e comportamentali aumentando così il proprio livello di autostima e autoefficacia.

Tutto ciò permette al paziente sia di incrementare le proprie motivazioni al cambiamento rispetto ai comportamenti disfunzionali, sia di possedere maggiori strategie efficaci per raggiungere e mantenere l'astinenza.

Le principali tecniche di intervento sono:

- ✓ Psicoeducazione
- ✓ Analisi funzionale

- ✓ ABC
- ✓ Riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni
- ✓ Registrazione dei pensieri
- ✓ Ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali
- ✓ Training di assertività
- ✓ Tecniche per aumentare autostima e autoefficacia
- ✓ Potenziamento delle capacità comunicative
- ✓ Colloquio motivazionale
- ✓ Diario giornaliero delle ore passate in Internet
- ✓ Gestione dello stress
- ✓ Training di rilassamento
- ✓ Identificazione dei triggers
- ✓ Individuazione delle “decisioni irrilevanti”
- ✓ Training di autocontrollo
- ✓ Individuazione delle conseguenze negative e positive
- ✓ Sviluppo di appropriate modalità comportamentali.
- ✓ Aumento delle attività piacevoli
- ✓ Controllo degli stimoli automatici
- ✓ Abilità di dilazione delle risposte
- ✓ Tecniche di esposizione
- ✓ Problem solving

Il relapse prevention inventory

Il relapse prevention inventory (RPT) (Larimer et al., 1999) è un'espressione particolarmente articolata dell'approccio cognitivo comportamentale costituita al suo interno da molte tecniche interdipendenti che hanno lo scopo di sviluppare nel soggetto strategie di autocontrollo.

Nata per gli alcolisti è ora utilizzata per poliassuntori di sostanze e per i dipendenti dal gioco d'azzardo in quanto entrambe le dipendenze sono caratterizzate da pattern comportamentali disfunzionali che mirano ad ottenere una ricompensa immediata.

La RPT è un approccio psicoeducativo di autogestione, che coniuga training di abilità con interventi cognitivi mirati ad insegnare al paziente nuove risposte adattive, a modificare convinzioni e aspettative maladattive e a cambiare abitudini e stili di vita.

Il primo passo è quello di lavorare con il paziente sulla motivazione al cambiamento. Utilizzando la ruota del cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1983), si individua lo stadio in cui si trova il soggetto, si utilizza poi la bilancia decisionale (Janis e Mann, 1977) per valutare i vantaggi e gli svantaggi di tale condizione di dipendenza. Un passaggio importante nel processo di trattamento è la rilettura, insieme al paziente, delle ricadute come “occasione di apprendimento”, una fase di transizione utile al cambiamento.

Questa rilettura positiva della ricaduta consente al paziente di evitare il cosiddetto effetto AVE (Astinance Violation Effect) ovvero le conseguenze cognitivo-affettive derivanti dalla violazione dell'astinenza, come il senso di fallimento, il senso di colpa e la vergogna.

Il senso di fallimento che può derivare dalla ricaduta si può accompagnare a pensieri disfunzionali del tipo “non ce la farò mai”, “ho compromesso tutto”, “sono senza speranza”.

Questo complesso processo di valutazione cognitiva assieme all'effetto rinforzante della sostanza o del comportamento disfunzionale portano facilmente al ritorno ad una condizione di dipendenza.

Inizialmente la persona viene addestrata ad individuare le situazioni ad alto rischio di ricaduta che sono suddivise in tre tipologie:

1. Situazioni stimolo esterne.
2. Stati emotivi interni
3. Entrambe

Per l'individuazione ed il fronteggiamento di queste situazioni vengono utilizzate prima l'analisi funzionale e in seguito strategie adeguate di evitamento, esposizione e abilità di coping.

La RPT si avvale poi del diario dell'utilizzo e del craving come tecnica di automonitoraggio.

La RPT è finalizzata a fornire al paziente le competenze per la gestione attiva del craving attraverso tecniche comportamentali e cognitive che promuovono un cambiamento nello stile di vita attraverso la modificazione di atteggiamenti, convinzioni e comportamenti disfunzionali .

La RPT si avvale quindi di:

Strategie specifiche:

- ✓ Individuare situazioni a rischio
- ✓ Sviluppare modalità di coping

Strategie globali

- ✓ Identificare fattori predisponenti, facilitanti e di mantenimento
- ✓ Modificare stili di vita.

Tali strategie prevedono tre tipi di intervento:

1. Training delle abilità (includono risposte sia cognitive che comportamentali) per gestire le situazioni a rischio.

2. Ristrutturazione cognitiva

3. Intervento sullo stile di vita.

Osservazioni conclusive

- ✓ Le indagini sull'utilizzo problematico di Internet rappresentano un'area di ricerca relativamente recente.
- ✓ Le definizioni *Internet Addiction*, *Internet Addiction Disorder*, *Pathological Internet Use*, *Problematic Internet Use*, *Excessive Internet Use*, *Compulsive Internet Use* sono state utilizzate per descrivere più o meno lo stesso problema, cioè quello di una persona così coinvolta nell'utilizzo di Internet da trascurare tutti gli altri aspetti della sua vita.
- ✓ Sembra prematuro in questa fase voler utilizzare un'unica definizione, come una sorta di "etichetta" che sappia riassumere e descrivere il problema nella sua interezza, poiché le ricerche fatte finora hanno evidenziato un problema complesso, hanno utilizzato strumenti diversi, spesso non validati e non paragonabili tra di loro, ed hanno portato a risultati contrastanti.
- ✓ Sul problema della diagnosi, cioè la possibilità di riconoscere o meno una o più "malattie" o "disturbi" c'è molta confusione. I media parlano spesso di una nuova malattia, in ambito scientifico dovrebbero tuttavia essere considerate solo le proposte fondate su evidenze ottenute con metodologie scientificamente valide.
- ✓ Sebbene non ci siano studi validi e significativi dal punto di vista epidemiologico e sebbene le ricerche effettuate non siano ancora in grado di mettere in relazione di causa ed effetto la comparsa di specifici sintomi con l'uso intensivo di Internet, è evidente come esso possa costituire un catalizzatore di psicopatologie preesistenti, una situazione ideale dove esprimere gli aspetti problematici del soggetto.
- ✓ E' ormai abbastanza chiaro che esiste un nuovo problema e che non si tratta di un problema unico ma di un problema complesso. Il soggetto che usa la tecnologia digitale può essere portatore di disturbi psicopatologici e nello stesso tempo può sviluppare modalità d'uso problematiche.
- ✓ L'elemento fondamentale che emerge dalla ricerca è comunque che, mentre i normali utenti non riportano interferenze nella vita quotidiana e vedono Internet come una risorsa, i soggetti dipendenti riportano da moderati a gravi problemi.. Tali problemi sono di varia natura e si

manifestano in diversi ambiti della sfera personale: relazionale e familiare, lavorativo e scolastico, della salute e finanziario.

- ✓ La maggior parte degli studi sono stati condotti utilizzando dati raccolti online e questo rappresenta un grande limite, poiché non è possibile controllare la veridicità delle informazioni più semplici, quali il sesso dei soggetti, il titolo di studio, il numero di ore che trascorrono in Rete e da quanto tempo.
- ✓ In Italia, oltre alla ricerca sperimentale on-line, tuttora in corso, condotta dal gruppo di Cantelmi utilizzando il questionario UADI (Uso Abuso e Dipendenza da Internet), non esistono dati sperimentali su campioni attendibili per numero e rappresentatività della popolazione di riferimento.
- ✓ Il modello cognitivo comportamentale di Davis (2001) costituisce il punto di riferimento per la terapia cognitivo comportamentale dell'utilizzo problematico della tecnologia digitale.
- ✓ Gli studi di valutazione dell'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento dell'utilizzo problematico della tecnologia digitale sono ad oggi scarsi e preliminari.

Bibliografia

- Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N, Large MD & Serpe RT. (2006). Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *Central Nervous System Spectrums*, 11, 750-755.
- Aboujaoude, E. & Koran, L.M. The authors respond [letter]. (2007). *Central Nervous System Spectrums*, 12, 15.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Alonso-Fernandez, F. (1999). *Le altre droghe*. Roma: E.U.R.
- American Psychiatric Association . (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association (trad. it. 1996). *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Bauman, Z. (1999). *La società delle incertezze*. Bologna: Il Mulino
- Beard, KW. (2005). Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 7-14.
- Beard, K.W., & Wolf, E.M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 377-383.
- Blaszczynski, A. (1999). Pathological gambling and Obsessive-Compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 84, 107-113.
- Block, J.J. 2007. Prevalence underestimated in problematic internet use study [letter]. *CNS Spectr.* 12:14.
- Block, J.J . (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *Am J Psychiatry*, 165:306-307.
- Brenner, V. (1997). Parameters of Internet Use, abuse, and addiction: The first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychological Reports*, 80, 879-882.
- Cantelmi T., Del Miglio C., Talli M., & D'Andrea A. (2000). Internet Related Psychopathology: primi dati sperimentali, aspetti clinici e note critiche. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 6,(1):40-51.
- Cantelmi, T., & Lambiase, E. (2005). La dipendenza da cybersesso. Dall'uso ricreativo a quello patologico delle attività sessuali online. *Psicotech*, 3, 2: 7-28.

- Cantelmi, T., & Talli, M. (2007). Anatomia di un problema. Una review sui fenomeni psicopatologici Internet-correlati. *Psicotech*, 2, 9-10
- Cantelmi, T., & Talli, M. (2009). Trapped in the Web: the psychopathology of cyberspace. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 2, 4, 337-350.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553-575.
- Caplan, S. E. (2003). Preference for online social interaction – A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communication Research*, 30, 625-648.
- Caplan, S. E. (2005). A social skill account of problematic Internet use. *Journal of Communication*, 55, 721-736.
- Caplan, S. E. (2007). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 234-242.
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Cyberpsychology and Behavior*, 26, 1089-1097.
- Chen SH, Weng LC, Su YJ, Wu HM, & Yang PF. (2003). Development of Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study. *Chin. J. Psychol*, 45: 279–29
- Chou C, Condron L, & Belland JC. (2005). A review of the research on internet addiction. *Educational Psychology Review*, 17,363-388.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195.
- Davis RA, Flett GL, & Besser A. (2002). Validation of a new scale for measuring problematic internet use: implications for pre-employment screening. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 331-345.
- Del Miglio C., & Corbelli S. (2003). Le nuove dipendenze. *Attualità in Psicologia*, 18, 9-36.
- Del Miglio, C., Gamba, A., & Cantelmi, T. (2001). Costruzione e validazione preliminare di uno strumento (U.A.D.I.) per la rilevazione delle variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di internet. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 7,293-306.
- Fata, A. (2001). Internet addiction disorder: una review. *The Italian Online Psychiatry magazine*. [Web Page]. World Wide Web. <http://www.psychiatryonline.it/ital/iad10.htm>
- Goldberg, I. (1996), Internet addiction disorder, <http://www.aspen.uml.edu/www/counseling/netdisorder.html>
- Goldberg, I. (1996). Internet addiction: electronic message posted to research discussion list [Web Page]. World Wide Web. www.cmhc.com/mlists/research/
- Goldsmith, T.D., & Shapira NA. (2006). Problematic Internet use. In: Hollander E, Stein DJ, eds. *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 291-308.
- Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive Internet use: a preliminary analysis. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 403-412.
- Griffiths, M. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Grohol, J.M. (1999). Too much time online: Internet addiction or health social interaction. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 395-401.
- Grohol, J. M. (2003). Internet Addiction Guide. [Web Page]. World Wide Web: <http://www.psychcentral.com/netaddiction>.
- Janis, I., & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York: The Free Press.
- Kim, H., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., Seo, J. S., & Nam, B. W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 185-192.
- Kim, H., & Davis, K. E. (2009). Toward a comprehensive theory of problematic Internet use: Evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of Internet activities. *Computers in Human Behavior*, 25, 490–500.

- Kim, J., LaRose, R., & Peng, W. (2009). Loneliness as the cause and effect of problematic Internet use. The relationship between Internet use and psychological well-being. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 451–455.
- King, D.L., Delfabbro, P.H., Griffiths, M.D., & Gradisa, M. (2012). Cognitive-Behavioral Approaches to Outpatient Treatment of Internet Addiction in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1185–1195.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Res Health*, 3(2), 151-60.
- Leung, L. (2004). Net-generation attributes and seductive properties of the Internet as predictors of online activities and Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 333-348.
- Levi L. (1974). Psychosocial stress and disease, a conceptual model, in Gunderson E.K., Rahe R.H. (eds), "Life, stress and illness"; Thomas C. Springfield
- Morahan-Martin J, & Schumacher P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Comp Human Behav*, 16,13-29.
- Niemz K, Griffiths M, & Banyard P. (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 562-570.
- Orzack MH, & Orzack DS. (1999). Treatment of computer addicts with complex co-morbid psychiatric disorders. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 465-473.
- Petry, P. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74,3, 555-567.
- Potenza, M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101,(1),142-151.
- Potenza, M.N, & Hollander E. (2002). Pathologic gambling and impulse control disorders. In: Davis KL, Charney D, Coyle J, Nemeroff C, eds. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. 5th ed. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins: 1736-1737.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Sattar P, & Ramaswamy S. (2004). Internet gaming addiction. *Can J Psychiatry*. 49,871-872.
- Shaffer HJ, Hall MN, & Vander Bilt J. (2000). "Computer addiction": a critical consideration. *Am J Orthopsychiatry*, 70,162-168.
- Shaffer, H.J., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., Kidman, R.C., Donato, A., & Stanton, M.V. 2004. Toward a syndrome model of addiction: Multiple manifestations, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367-374
- Shapira, N. A, Goldsmith, T.D, Keck Jr, P. E, Khosla, U.M, & McElroy, S. L.(2000). Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *J Affect Disord*, 57,267-272.
- Shapira, N. A, Lessig, M. C, & Goldsmith, T. D. (2003). Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depress Anxiety*. 17,207-216.
- Shaw, M., & Black, D. (2008). Internet Addiction: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. *CNS Drugs*, 22, 5, 353-365.
- Scherer, K. (1997). College life on-line: Healthy and unhealthy internet use. *Journal of College Student Development*, 38, 655-665.
- Shotton, M.A. (1991). The costs and benefits of computer addiction. *Behav Inf Technol*, 10:219-230.
- Suler, J.R. (1999). To get what you need: Healthy and pathological internet use. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 385-394.
- Valleur M., & Matysiak J.C. (2003). Sesso, Passione e Videogiochi. Le nuove forme di dipendenza, Bollati Boringhieri, Torino.
- Van Rooij, A. J., Zinn, M.F. , Schoenmakers, T. M., & Van de Mheen, D. (2010). Treating Internet Addiction With Cognitive-Behavioral Therapy: A Thematic Analysis of the Experiences of Therapists. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.

- Wieland, D. M. (2005). Computer addiction: Implications for nursing psychotherapy practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 153-161.
- Whang LS-M, Lee S, & Chang G. (2003). Internet over-users psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 143-150.
- Xingdong Y. (2004). A review of researches on the Internet addiction. *Psychol Sci*, 27, 1446-1448.
- Young KS. (1996). (a) Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychol Rep*, 79, 899-902.
- Young KS. (1996). (b) Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 237-244.
- Young KS. (1997). What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Internet Use. Paper presented at the 105th annual conference of the American Psychological Association, August 15, 1997, Chicago, IL. [On-line]. World Wide Web. <http://collections.lib.uwm.edu/cipr/image/416.pdf>
- Young KS, & Rogers RC. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 25-28.
- Young KS. (2004). Internet Addiction. A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*, 48, 4, 402-415.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 671-67

Siti Internet

<http://www.ajp.psychiatryonline.org>
<http://www.dipartimentodipendenzeverona.it>
<http://www.globaladdiction.org>
<http://www.netaddiction.com/>
<http://www.psychomedia.it>
<http://www.psychcentral.com/>
<http://www.toninocantelmi.it>
<http://www.virtual-addiction.com/>

Daniela M. Zardini

Specializzata a Verona, training Francesca Baggio e Franco Baldini

e-mail: dzardini@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it