



Maria Elena Ruggiano

(cultore di Diritto ecclesiastico e canonico nell'Università degli Studi di Perugia,
Dipartimento di Giurisprudenza)

**Le nuove dipendenze in relazione alla incapacità
a emettere un consenso matrimoniale valido ***

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. L'incapacità consensuale nel matrimonio - 3. Evoluzione della Giurisprudenza ecclesiastica - 4. Le nuove dipendenze - 5. Le radici della dipendenza patologica - 6. Sex addiction - 6a - Dipendenza da pornografia - 6b. Dipendenza da cyber pornografia - 7. Dipendenza dal lavoro (Work addiction) - 8. Il collezionismo patogeno - 9. Dipendenza dalla chirurgia estetica - 10. Dipendenza dallo shopping - 11. Dipendenza da selfie - 12. Dipendenza dal gioco d'azzardo - 12a. Dipendenza da Trading on line - 12b. Dipendenza dai videogiochi - 13. Dipendenza dallo sport o exercise addiction - 14. Internet addiction e psicotecnologie - 14a. Dipendenza da email - 15. Dipendenza dalla televisione - 16. L'incidenza delle nuove dipendenze sulla capacità di intendere e di volere - 16a. Gli effetti delle nuove dipendenze sulla capacità consensuale matrimoniale - 17. Considerazioni conclusive.

1 - Premessa

Negli ultimi anni assistiamo a una veloce proliferazione di nuove psicopatologie legate al profondo mutamento culturale in atto; la loro comparsa è ancora in sordina ma meriterebbe di essere approfondita e studiata. Tale cambiamento ha, come conseguenza, lo svilupparsi di nuove dipendenze che sembrano essere l'espressione tipica e conseguente del tempo postmoderno che stiamo vivendo; per nuove dipendenze si intendono quelle senza sostanze che interessano un numero sempre maggiore di individui così detti normali.

Nel 1999 Alonso - Fernandez¹ denunciava per primo il fatto che la cultura post-moderna, caratterizzata da una forte innovazione tecnologica, produceva frammentazione e incertezze tali da fare sorgere nuove forme di dipendenza non legate a sostanze specifiche così come si era ritenuto fino ad allora.

* Contributo sottoposto a valutazione

¹ **D. CAPITANUCCI**, *Post-modernità e nuove dipendenze*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 6/2006, p. 1.



I disturbi rientranti in questa nuova categoria, analoghi a quelli delle dipendenze da sostanze, vedono la presenza di comportamenti ripetitivi che il soggetto che ne è affetto crede erroneamente di potere controllare. Il "dipendente" potrà quindi essere qualunque individuo, la cui esistenza è finalizzata alla ricerca degli effetti benefici che un determinato comportamento produce, pena un intenso disagio fisico e/o psicologico. L'individuo dipendente vive per l'oggetto della sua dipendenza e attraverso di esso in quanto, per lui, non esiste nulla che conti davvero: ciò si concretizza in un disinvestimento affettivo e sociale talmente profondo che il soggetto dipendente finisce per essere privato della sua libertà. Gli elementi fondamentali che caratterizzano una dipendenza saranno il non potere fare a meno di qualcosa (un prodotto) o non potere rinunciare a fare qualcosa (a un comportamento) senza provare disagio; il prodotto o il comportamento diventano così il centro della esistenza al punto che per il dipendente niente ha valore al di fuori di essi. Quanto all'iter evolutivo della dipendenza si avrà sempre una fase iniziale in cui l'individuo è fortemente convinto di potersi fermare da solo quando lo desidera salvo poi percepire, in un secondo momento, la propria impotenza di fronte all'oggetto della sua dipendenza. Il passaggio dalla prima fase alla seconda non è di facile identificazione poiché è strettamente legato alle singole personalità ed è una diretta conseguenza della capacità di tolleranza psicologica e della sopportazione di ognuno.

Oggi le patologie con tali caratteristiche hanno raggiunto una capacità di svilupparsi impensabile nel secolo scorso e questo perché

"il piacere che si ricava da una qualsiasi forma di dipendenza patologica deve intendersi come la ricerca di uno stato di trance auto indotto, un rifugio mentale il cui scopo è di costruirsi una realtà parallela psicosensoriale differente da quella sperimentata nella realtà ordinaria, di ritirarsi da ogni contatto e di dissociare le sensazioni, le emozioni, le immagini conflittuali non rappresentabili sul piano cosciente"².

Tale situazione era stata già delineata e profetizzata nei primi anni del secolo scorso quando si coniò il concetto di "anomia" (a=senza; nomos=regola) per intendere il fallimento delle agenzie regolative della Società. Si disse infatti che la caratteristica della Società industriale era quella di iperstimolare le aspirazioni dei cittadini con la conseguenza di fare sorgere in essi una crescente e grave irrequietezza, frustrazione e

² V. CARETTI, D. LA BARBERA, *Le dipendenze patologiche*, in *Clinica e psicologia*, 2005, p. 16.



malcontento e ciò aveva maggiori probabilità di avvenire nelle classi sociali meno abbienti dove il benessere economico e il successo, malgrado le promesse, avevano minori possibilità di realizzarsi. L'Anomia quindi si concretizzava come una contraddizione e incoerenza fra gli obiettivi proposti dalla Società e la reale possibilità di conseguirli da parte degli individui. La Società dei consumi per la sua capacità di proporre le stesse mete materiali per tutti è destinata a generare anomia proprio per la disuguaglianza nelle opportunità di successo sociale.

Nei nostri giorni la parabola di tale sistema pare proprio giunta al culmine e assistiamo a una incapacità di sopravvivere, da parte di molti, con la cultura dell'eccesso in cui siamo tutti immersi e che, a causa delle pressioni, non siamo più capaci di sostenere con equilibrio e dignità. L'uomo postmoderno è decadente malgrado l'ampio sviluppo delle conoscenze che non sono state in grado di eliminare la tristezza e il pessimismo poiché, da un lato prendiamo coscienza del progresso delle scienze ma, dall'altro, perdiamo fiducia in esse proprio perché queste non sono in grado di portare la felicità tanto desiderata e attesa. Viviamo in una epoca in cui la tecnica è ormai acquisita e irreversibile ma questa, non potendo essere Dio, non potrà mai riempire il nostro Io come desidereremmo, con l'aggravante che, contemporaneamente alle nuove scoperte, nascono nuovi dubbi, dilemmi e problemi che contribuiscono anch'essi ad aumentare le frustrazioni e le infelicità.

La nostra epoca è definita di "*onnipotenza virtuale*"³ poiché la società post-moderna sembra essere passata dalla apologia del desiderio al quella delle voglie che risultano essere una specie impoverita del desiderio stesso. "L'uomo contemporaneo si sente spesso insoddisfatto poiché ritiene quel che ha raggiunto troppo poco rispetto a quello che desidererebbe ottenere e ciò lo mette a disagio"⁴.

In una Società dove il pensabile non si distingue più dal possibile l'individuo è portato a ritenere che tutte le cose pensabili si possano ottenere senza difficoltà e il disagio odierno nasce proprio dalla frustrazione di non riuscire a raggiungere ciò che si ritiene alla propria portata; ciò porta a una volontà di superare ogni limite al fine di superare le frustrazioni senza avere la consapevolezza che

"una società che rende pensabili tutti i possibili è condannata a scomparire. È una società che estende costantemente il campo del

³ M BENASAYAG, G. SCHMIT, *L'epoca delle passioni tristi*, in *Tre dimensioni*, n. 2/2005, pp. 323-331.

⁴ D. CAPITANUCCI, *Post-modernità*, cit., p. 3.



possibile affondando inevitabilmente in un mondo in cui niente è più reale, un mondo virtuale assoluto ovvero della impotenza totale. Ricordiamo che a livello dell'individuo il posso tutto è uno dei nomi della psicosi. L'uomo della età postmoderna, individuo consumatore, è spronato da un sogno di onnipotenza ed è convinto che quando vuole qualcosa non occorra far altro che procurarsi i mezzi per ottenerla. Numerosi sono i messaggi ideologici che parlano ai giovani della abolizione di tutti i limiti e di tutti i divieti. Sebbene il mito del progresso sia crollato ed il futuro sia diventato imprevedibile, l'ideologia scienziata è sempre attiva e presente nella nostra società proclamando che tutto è possibile. Ogni tentativo di limitazione e orientamento è tacciato come puro oscurantismo, perché non si capisce in nome di quale principio si dovrebbe vietare una tecnica capace di ampliare l'ambito del possibile"⁵.

Oggi molti vivono in una realtà virtuale che affiancandosi a quella reale permette di vivere in un mondo che porta con sé frustrazioni e conflitti e nella impossibilità di modificare il reale si cerca di modificare il proprio mondo interno;

“l'internet addiction, le droghe, il cibo, il sesso, il gioco d'azzardo o altre dipendenze hanno come scopo principale il cambiamento della percezione di sé e dell'ambiente circostante, devono servire a modificare lo stato di coscienza ordinario il cui disagio e la cui sofferenza sono causa di un alternarsi di condizioni di profonda preoccupazione e di tendenze e comportamenti regressivi”.

A ciò consegue che, quando un individuo

“non riesce a elaborare, simbolizzare e integrare nel Sé le dolorose esperienze psicosensoriali di questo stato, tende a dissociarsi, cioè a uscire dalla realtà ordinaria per mezzo di sensazioni piacevoli e alternative. Questa difesa può essere adattiva se l'allontanamento dalla realtà che ne deriva risulta parziale e temporaneo, ma sorgono dei problemi quando l'allontanamento diventa modalità ricorsiva con cui gestire i fatti della vita e le tensioni nelle relazioni”⁶;

ci si rifugia sempre più nella finzione dimenticando la distinzione dicotomica reale/finzione e ponendo al primo posto delle priorità la propria immagine che, venendo imposta dalla società consumistica, pretende di vederci come persone di successo, dal look moderno e spigliato,

⁵ M. BENASAYAG, G. SCHMIT, *L'epoca delle passioni tristi*, in *Tre dimensioni*, n. 2/2005, p. 94.

⁶ D. CAPITANUCCI, *Post-modernità*, cit., p. 4.



disponibili a comperare e consumare ciò che la moda detta nel tempo, nella speranza, più o meno consapevole, di superare i limiti fino all'abuso e quest'ultimo è direttamente collegato alle dipendenze perché queste originano proprio dagli abusi. Ogni dipendenza è stata dapprima consumo per poi tramutarsi in abuso ed

“è curioso che proprio l'arma dell'eccesso, la rassicurazione che deriva dall'abbondanza, sia l'attuale strategia utilizzata per la lotta ai rischi, dal momento che una cultura del consumo spinto, dello spronare oltre il limite, in ultima analisi è una costante, quotidiana, sottile promozione dell'abuso, che rende più plausibile lo sviluppo naturale di dipendenze magari nuove e diverse”⁷.

Il momento storico in cui siamo immersi venne definito come “l'epoca delle passioni tristi”⁸, e con tale fortunata definizione si volle indicare che si tende a stimolare sentimenti mediocri e bassi, una gratificazione personale fatua e labile e una inversione tra i bisogni relativi con quelli fondamentali dove le relazioni umane sono viste in una ottica consumistica e i consumi in quella relazionale. Stanno venendo meno i punti di riferimento quali il lavoro o il matrimonio che garantivano una certa sicurezza personale e psicologica e intorno ai quali progettare la propria vita, le proprie aspirazioni e gli interessi.

Le dipendenze quindi diventano un surrogato dei punti di riferimento svaniti e il loro aumento certifica e testimonia la necessità atavica e ancestrale dell'individuo di avere basi sicure alle quali aggrapparsi e senza le quali non potere vivere.

La Società italiana di intervento sulle patologie⁹ compulsive ha

⁷ D. CAPITANUCCI, *Post-modernità*, cit., p. 5, e anche Z. BAUMAN, *Vite di scarto*, Laterza, Bari, 2005.

⁸ M. BENASAYAG, G. SCHMIT, *L'epoca delle passioni tristi*, in *Tre dimensioni*, n. 2/2005, p. 96

⁹ La Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive (S.i.i.pa.c.) è un centro specializzato nella cura e riabilitazione di persone con problemi di dipendenza psicologica. Fu la prima struttura in Italia a porsi l'obiettivo di studiare e approfondire il fenomeno del gioco d'azzardo patologico per offrire un efficace programma d'intervento, non solo a chi ne era affetto ma anche alle famiglie che subivano questo grave problema. In seguito fu realizzato un centro riabilitativo per giocatori d'azzardo patologici, unico nel suo genere, innovativo sia per le terapie proposte che per la varietà dei professionisti coinvolti; psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, avvocati, commercialisti e tutor. Oltre al gioco d'azzardo patologico la Siipac ha individuato tutte le nuove dipendenze o new addiction ossia dove non è previsto l'uso delle sostanze chimiche; l'oggetto della dipendenza è, infatti, un comportamento o una attività lecita socialmente accettata. Per la maggioranza delle persone queste attività sono parte integrante della vita quotidiana ma per molti



prodotto l'elenco delle nuove dipendenze che risultano essere le seguenti: Dipendenza dal sesso, dallo shopping, dallo sport, dal telefono cellulare, dalla televisione, dal trading on line, dai videogames, dalla chirurgia plastica, l'ortoressia, la selfie addiction, dalla cyber pornografia, dal cyber sex, dalle e-mail, dal gioco d'azzardo, da internet, dal lavoro, dalla pornografia, dall'affetto, dall'accumulo, dal collezionismo. Ciò che le accomuna sarà una mancanza di libertà nel gestire la propria esistenza e una incapacità a relazionarsi con gli altri essendo la propria volontà sottomessa alla dipendenza stessa. Gli individui dipendenti pur apparendo normali agli occhi della intera Società non saranno in grado di assumere le obbligazioni derivanti dal matrimonio né in possibilità di adempierle.

Appare quindi urgente e adeguata una riflessione seria sul panorama di queste nuove dipendenze, atta a mettere gli operatori del diritto canonico nella condizione di non trovarsi impreparati innanzi alle ipotesi di nullità matrimoniali che sussistono in tutti i casi in cui uno dei due coniugi sia affetto da una dipendenza e quindi incapace di esprimere un consenso pienamente valido e di adempiere alle obbligazioni matrimoniali. La Persona è "immagine e somiglianza di Dio" e mai come oggi ha bisogno di sostegno e protezione: la Chiesa dovrà essere in grado di riconoscere la giusta tutela giuridica nelle varie circostanze a tutti al fine di restituirle la dignità che le è propria e che merita.

2 - L'incapacità consensuale

Un matrimonio non è valido se non è contratto da soggetti *iure habilis*: di conseguenza il requisito fondamentale e indispensabile per la capacità individuale è quel *foedus* irrevocabile per il quale l'uomo e la donna *sese mutuo tradunt et accipiunt ad constituendum matrimonium*.

Contrariamente al Codice pio-benedettino, che non regolava il complesso e delicato campo delle incapacità, il Codice del 1983¹⁰ *ex can.*

tuttavia, possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze (www.siipac.it).

¹⁰ "Il Codice del 1917 in realtà non conteneva una norma espressa sulla capacità matrimoniale ma la presupponeva nel can. 1081 e ne trattava incidentalmente nel can. 1089 §3 relativo al matrimonio per procura e nel can. 1982 per esigere l'intervento peritale nelle cause matrimoniali per difetto di consenso derivante da infermità mentale. La Dottrina e la giurisprudenza successive, tuttavia, interpretando estensivamente tali norme e soprattutto applicando i principi del diritto naturale, hanno delineato la categoria dell'incapacità matrimoniale. L'attuale can. 1095 ha in sostanza recepito tali indicazioni, perciò, pur apparendo come una innovazione legislativa di grande momento rispetto al



1095 prevede, ai numeri 1, 2 e 3, le ipotesi precise di incapacità a emettere un consenso matrimoniale pienamente valido. Leggendo il canone possiamo osservare che l'oggetto generale della previsione normativa non è, propriamente parlando, il consenso bensì la capacità a contrarre un valido matrimonio.

Il n. 2 del can. 1095 indica in sostanza un livello psichico insufficiente alla valutazione realistica del proprio matrimonio¹¹, e il n. 3 indica l'incapacità psicologica, per cause obiettivamente diverse da quelle degli altri due numeri, di essere parte in coniugio. Lo stesso requisito della *discretio iudicis* era stato riconosciuto autorevolmente dalla giurisprudenza rotale¹².

In modo positivo la *discretio iudicii* può essere descritta come una facoltà estimativa o deliberativa che viene espressa mediante un atto della ragione, atto che consiste in uno *iudicium practicum de rebus agendis*, le cui funzioni principali sono la *inquisitio o investigatio* e, soprattutto, la *aestimatio*, che consiste nel giudicare i pro e i contro delle diverse possibilità che, nel caso del consenso matrimoniale, riguardano un determinato matrimonio, con una determinata persona, con la quale condividere la totalità della vita coniugale per sempre. È chiaro che tale valutazione critica dipenderà innanzi tutto dalla maturità della persona che dovrà essere capace di considerare ciò che il matrimonio comporta nella sua concreta situazione e verrà anche chiamata in causa tutta la realtà psicologica ed esistenziale dell'individuo, con il bagaglio di esperienze acquisite nel corso della sua vita; presupporrà, inoltre, una totale libertà da qualunque condizionamento interno ed esterno.

Applicando al matrimonio quanto suddetto, il giudizio pratico si potrà realizzare su due piani diversi tra loro: al primo piano, detto *pratico speculativo*, l'intelletto offre alla volontà un imperativo generale al quale la volontà consente, come per esempio “è bene sposarsi”; da ciò però non seguirà un'azione immediata che sarà invece prodotta, e ci troveremo al secondo piano, nel momento in cui l'intelletto offrirà un imperativo più

Codice precedente, in realtà non ha fatto altro che operare una ricognizione del diritto già vigente e operante in Chiesa e formulare una inderogabile applicazione del Diritto naturale”. Sul punto si veda **M. CANONICO**, *L'incapacità naturale al matrimonio nel diritto civile e nel diritto canonico*, Ed. Scientifiche Italiane, Napoli, 1994, p. 84; **M.F. POMPEDDA**, *Il canone 1095 nel nuovo codice di diritto canonico*, in *Iustitia*, n. 1/87, p. 7.

¹¹ Sul punto si veda **M. CANONICO**, *L'incapacità naturale*, cit., p. 88.

¹² Cfr. coram **STANKIEWICZ**, decisio diei 17 decembris 1987, *RRDec.*, vol. LXXIX, p. 742, n. 4; e ancora coram **STANKIEWICZ**, decisio diei 23 februarii 1990, *RRDec.*, vol. LXXXII, p. 154, n. 6.



specifico alla volontà, per esempio “io ti sposo”, in modo che ne segua un’azione.

Il consenso matrimoniale è proprio un giudizio pratico al secondo livello che si denomina *giudizio pratico pratico* (*iudicium practicum practicum*).

La giurisprudenza rotale descrivendo la *discretio iudicii* come la capacità umana proveniente da una armonica unione delle facoltà spirituali dell’intelletto e della volontà, per mezzo della quale il contraente può apprezzare prudentemente e assumere con ragionevole deliberazione i gravi doveri inerenti il coniugio, sottolinea che essa non è una mera conoscenza teorica dell’essenza, dei fini e delle proprietà del matrimonio, ma si riferisce alla decisione deliberata della volontà che presuppone necessariamente l’estimazione dei motivi e il giudizio pratico dell’intelletto riguardo al matrimonio che si contrae *hic et nunc*¹³.

La discrezione di giudizio comprende quindi, non solo la conoscenza intellettuale astratta dell’oggetto del matrimonio, che consta di diritti e doveri, ma soprattutto la capacità di valutare quei diritti e doveri praticamente ed esistenzialmente in riferimento a sé in quanto toccano la persona del contraente, in modo che egli possa emettere un giudizio di valore su ciò che la sua volontà desidera¹⁴.

La Dottrina e la Giurisprudenza evidenziano dunque tre elementi che appartengono alla *discretio iudicii*:

1. una retta capacità conoscitiva (speculativa o astratta);
2. un’adeguata capacità critica (giudizio pratico-pratico, cioè comprendere in concreto qui e ora);
3. la libera decisione della volontà come elemento necessario, giacché si può giungere a un giudizio pratico su qualcosa come buono e appetibile ed essere incapaci di decidersi per esso.

Pertanto la discrezione di giudizio è qualcosa di più della semplice capacità conoscitiva; essa non può essere ridotta alla sola conoscenza teorica di ciò che è il matrimonio, con le sue proprietà e i suoi diritti e doveri ma include la capacità critica o estimativa come suo elemento necessario e peculiare; per mezzo di essa la persona valuta ciò che è il matrimonio in generale, lo compara con altre realtà e possibilità, ne considera i vantaggi e gli inconvenienti, riflette prudentemente sui pro e i contro e quindi propone

¹³ Si veda coram **DE LANVERSIN** decisio diei 8 februarii 1984, in *SRRDec.*, vol. LXXVI, 1989, p. 90.

¹⁴ Cfr. coram **STANKIEWICZ** decisio diei 22 martii 1984, in *SRRDec.*, vol. LXXVI, 1989, p. 173.



alla volontà l'accettazione o il rifiuto dello stesso, sempre in generale e in astratto.

Tuttavia perché si abbia decisione e quindi responsabilità è necessario che tale facoltà si applichi anche nella valutazione del matrimonio concreto qui e ora, dei pro e dei contro nel contrarlo con una determinata persona; deve valutare gli oneri e le difficoltà, i diritti e doveri del matrimonio concreto non solo nel momento presente ma dovrà ponderarli e valutarli nel lungo periodo in quanto il loro compimento si proietta nel futuro di tutta la vita. È quindi tale facoltà critica o estimativa che rende il consenso a un matrimonio concreto, un atto responsabile e personale¹⁵.

Ciò di cui tratta il canone 1095, n. 2, non è un impedimento istituito dalla legge per il quale il soggetto è giuridicamente incapace di contrarre matrimonio ma si riferisce a una carenza o difetto che altera la stessa capacità naturale del soggetto, il quale non è più in grado di consentire in ordine alla costituzione dello stato di vita coniugale.

Un difetto o una carenza che viene a interessare proprio la facoltà critica impedendo così nel soggetto l'esercizio di quella maturità specifica, ordinata non già a un qualsiasi atto giuridico bensì a un atto di così grande responsabilità e gravità che impegnerà totalmente due persone nel dono reciproco di sé per tutta la vita.

Quanto al numero 3 del can. 1095 si tratta di un requisito che indica come il matrimonio esiga, a monte, una valutazione sulla proporzionalità tra doveri matrimoniali e attitudine dei nubenti ad assolverli.

Da ciò consegue che tutte le volte che, per un motivo esterno o interno, un soggetto avrà compiuto la sua scelta matrimoniale in modo inconsapevole o non libero¹⁶ o senza la giusta ponderazione di ciò che significhi il matrimonio e non sia stato in grado di stimare in maniera obiettiva la propria capacità ad assumere le obbligazioni che ne

¹⁵ Si veda sul punto anche **A. MOLINARO**, voce *Responsabilità*, in L. ROSSI, A. VALSECCHI (a cura di), *Dizionario enciclopedico di teologia morale*, Ed. Paoline, Roma, 1976, 4^a ed., p. 895.

¹⁶ Sull'importanza della libertà nel momento in cui si prendono decisioni gravi come quella matrimoniale si sono espressi autorevoli testi della Dottrina e del Magistero tra i quali alcuni chiarissimi testi contenuti nel Catechismo della Chiesa cattolica: "la libertà è il potere, radicato nella ragione e nella volontà, di agire o non agire, di fare questo o quello, di porre così da se stessi azione deliberate. Grazie al libero arbitrio ciascuno dispone di sé" (n. 1731); ancora "la libertà rende l'uomo responsabile dei suoi atti nella misura in cui sono volontari" (n. 1734).



scaturiranno, dimostrerà una incapacità a emettere un consenso matrimoniale valido.

Sul piano medico-canonistico è ormai pacifico che le conseguenze delle dipendenze incidono sulla validità del matrimonio, ed esse possono manifestarsi sia nell'atto dell'*intelligere*, sia su quello del *velle*. Il soggetto dipendente non conosce mai l'altro per ciò che effettivamente è ma lo deforma avendo sempre bisogno di essere sostenuto. Una persona dipendente non prende mai la decisione matrimoniale in modo veramente libero; potrà vivere con l'altro ma anche senza poiché le sue scelte saranno dettate unicamente dal bisogno di evitare l'abbandono o di trovare sostegno alla propria carenza di autostima o autonomia;

“l'atto di decidere del soggetto dipendente non potrà mai considerarsi come conseguenza di una auto-determinazione ma semmai di una etero-determinazione, nel senso che l'individuo non riesce a volere né la libertà sua dall'altro (cioè non è in grado di stare senza un altro che lo guidi e lo supporti costantemente), né la libertà dall'altro da se medesimo (cioè l'altro, al quale l'individuo si appoggia in modo ipocritico, perché fonte indispensabile di rinforzo, spesso non è lasciato libero, a sua volta, di scegliere se esercitare o meno tale funzione)”¹⁷.

La persona dipendente poi non riuscirà mai ad articolare una relazione affettiva sufficientemente equilibrata e paritaria perché nel mutuo aiuto reciproco non sarà mai in grado di trarne quel *quid* che gli permetterà di raggiungere e mantenere un certo equilibrio.

3 - L'evoluzione della giurisprudenza ecclesiastica

Intorno al 1970 la giurisprudenza ecclesiastica iniziò, contrariamente a ciò che era avvenuto fino ad allora, una lenta ma inesorabile e inarrestabile apertura alle scienze psichiatriche e psicologiche ammettendo e accettando gli studi e le conclusioni di queste; precedentemente la stessa giurisprudenza in tema di nullità matrimoniale aveva preso in considerazione solamente le psicopatologie di carattere sessuale¹⁸ ma, si dovette rendere conto, che la realtà superava, in molte occasioni, tali casi, presentando una molteplicità di dipendenze, fobie e disturbi che di fatto

¹⁷ C. BARBIERI, *Il cd disturbo dipendente della personalità*, in AA. VV., *Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale*, LEV, Città del Vaticano, 2009, p. 35.

¹⁸ Questa impostazione era un retaggio della dottrina classica. Si veda sul punto F.X. WERNZ, *De impedimento impotentiae*, cap. VII, in *Ius decretalium*, V, Roma, p. 237 ss.



impedivano ai coniugi di mantenere una capacità consensuale intatta¹⁹. Tale nuova impostazione, in tempi recenti,

“ha portato alla comprensione che le dipendenze in genere si accompagnano, nella maggior parte dei casi, a psicopatologie. In altre parole una dipendenza si innesta quasi sempre su personalità disturbate, imperfette e mai giunte, per i più svariati motivi, a raggiungere lo stadio della maturità, se non in grado pieno, almeno in un grado minimo sufficiente ad assumere e dedurre in pratica impegni gravosi quali quelli legati al consenso nuziale”²⁰.

La giurisprudenza e la psichiatria una volta iniziata la collaborazione e la comprensione reciproca giunsero alla conclusione che, a causa di anomalie o disturbi comportamentali, molti soggetti possono arrivare ad avere una cognizione teorica e generale degli impegni matrimoniali ma, al contempo, non essere in grado di assumerli come impegno personale e quindi di adempiere alle obbligazioni fondamentali del matrimonio. Questo nuovo sviluppo giurisprudenziale portò, in sede di revisione del CIC 1917²¹, alla adozione, nel CIC 1983, del can. 1095 dove al n. 3 si legge che non possono esprimere un valido consenso “*qui ob causas naturae psychicae obligationes matrimonii essentialis assumere non valent*”; ciò allargò la possibilità di inserire nella previsione del codice tante fattispecie di incapacità psichica o morale.

“Alle tre ipotesi di incapacità prevista dal can. 1095, poi, la giurisprudenza rotale ha fatto corrispondere una triplice incapacità propria del soggetto agente: al n. 1 corrisponde una incapacità perceptiva, al n. 2 una capacità discretiva e infine al n. 3 una capacità assumptiva”²².

¹⁹ L'evoluzione della giurisprudenza canonica in tema di incapacità fu non solamente in senso normativo ma anche quantitativo. Fino agli anni sessanta infatti nei Tribunali ecclesiastici e innanzi alla Rota Romana le nullità che si basavano sulla incapacità di uno o entrambi i coniugi erano di poche unità mentre successivamente iniziarono ad aumentare fino a essere nella misura di alcune decine.

²⁰ **P. AMENTA**, *Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale*, LEV, Città del Vaticano, 2009, p. 190.

²¹ Dopo la promulgazione nel 1917 del primo codice di diritto canonico il testo normativo da cui trarre la disciplina in merito divenne il can. 1081 che affermava il principio ritenuto di diritto naturale della essenzialità del consenso quale causa efficiente del patto e quindi del vincolo coniugale. Con le codificazioni oggi vigenti per la Chiesa cattolica latina (can. 1095) e orientale (can. 818) l'interprete trova una presentazione più articolata di detta materia. Cfr. **P. BIANCHI**, *Evoluzione della giurisprudenza rotale*, in *Quaderni dello studio rotale*, n. 19 (2009), LEV, Roma, 2010, p. 83.

²² **P. BIANCHI**, *Evoluzione della giurisprudenza rotale*, in *Quaderni dello studio rotale*, n. 19



Oltre ad avere allargato progressivamente il concetto della incapacità psichica iniziando a

“prendere in considerazione disturbi che si ritiene possono intaccare autonomamente o comunque direttamente la volontà si prese in considerazione quali possibili basi di fatto cliniche della incapacità, di un numero sempre maggiore di realtà nosografiche: un esempio piuttosto consistente è quello dell'amplissimo campo dei disturbi o disordini della personalità estremamente plastici nella loro descrizione e individuazione clinica nonché passati progressivamente dall'essere considerati semplici varianti caratteriologiche non riconducibili a vere e proprie diagnosi a entità nosografiche contenute nei più accreditati manuali diagnostici e trattati di psicopatologia”²³.

Gli elementi costanti della giurisprudenza ecclesiastica sono essenzialmente due. Il primo pone come base il principio che sia il consenso a formare il matrimonio (can. 1057 CIC) e che “il consenso è un atto umano e come tale procedente dalla intelligenza e dalla volontà, ma non un atto umano indeterminato, una volizione indistinta, bensì determinata dall'oggetto sul quale la volontà si dirige”²⁴. Si ebbe quindi un cambio di mentalità per il quale il matrimonio è visto come una integrazione profonda di tutte le dimensioni della esistenza umana: affettiva, psicologica, sessuale, materiale, sociale e in questa nuova visione anche la giurisprudenza ha visto includere come elementi perturbatori del consenso coniugale anche elementi che prima non erano ritenuti tali per il fatto che non presentavano nessi di casualità con l'oggetto proprio del consenso.

Il secondo elemento consiste nell'aver acquisito il concetto che le emozioni, gli affetti o i sentimenti possono modificare, fino ad annullarla, la libertà della volontà arrivando anche a minare pesantemente l'esercizio della facoltà intellettuale²⁵.

Nella sua fase evolutiva la giurisprudenza ha registrato anche, negli ultimi decenni, lo sforzo operato di precisare il criterio giuridico di identificazione della incapacità autentica assicurando sempre uno stretto legame con il ministero petrino e facendo proprie le sue indicazioni. Una

(2009), LEV, Roma, 2010, p. 93.

²³ P. BIANCHI, *Evoluzione*, cit., p. 94.

²⁴ Si veda Coram M.F. POMPEDDA del 27 ottobre 1992, in *RRDec*, vol. LXII, p. 385, n. 2.

²⁵ Tale concetto era stato espresso in una coram CANESTRI del 16 luglio del 1943, in *SRRD*, vol. XXXV, specialmente p. 597-598 ma sotto il CIC 1917 non aveva riscosso il consenso che avrebbe meritato.



volta che furono acquisite le distinzioni tra semplice difficoltà e incapacità nel matrimonio, la giurisprudenza ha infatti affermato che il

“criterio distintivo della incapacità è la presenza di una seria forma di anomalia che intacchi in maniera sostanziale le sue capacità di intendere e di volere sia nel formulare il consenso matrimoniale, sia nella capacità radicale di viverne gli obblighi”²⁶.

Analizzando la giurisprudenza recente²⁷, che si è occupata, nella maggior parte dei casi, della correlazione tra le nuove tecnologie e la nullità matrimoniale si rileva che oltre a tenere in considerazione gli elementi psicologici della incapacità derivante dalle dipendenze i principi giurisprudenziali applicati ruotano intorno alle note categorie del *mutuum adiutorum* e del *remedium concupiscentiae*²⁸.

Per la categoria del *mutuum adiutorium* emerge che: nella relazione tra gli sposi ci si deve saper e voler donare “integralmente”²⁹ nel rispetto della maturità minima e sufficientemente raggiunta in ragione dei fattori biologici, culturali e sociali; si deve essere in grado di prestare l'aiuto minimale nella educazione della prole; si deve essere in grado di volersi aiutare reciprocamente nel mantenere la fedeltà coniugale poiché se

²⁶ P. BIANCHI, *Evoluzione della giurisprudenza rotale*, in *Quaderni dello studio rotale*, n. 19 (2009), LEV, Roma, 2010, p. 93.

²⁷ Si vedano: coram **SABLE**, Sentenza del 20 novembre 2003, in *RRDec.*, vol. XCV, pp. 670-678; Decreto coram Monier, 13 maggio 2005, **IOLLIETTEN** in *Illinois*, B. 39/05; coram **ERLEBACH**, Sentenza del 1 dicembre 2005, **MORONEN.**, A. 117/2005; coram **ERLEBACH**, Sentenza del 15 dicembre 2005, **PEORIEN.**, A. 126/05; coram **AROKIARAJ**, Sentenza del 25 gennaio 2012, **IOLLIETTEN** in *Illinois*, A. 12/2012; coram **JAEGER**, Sentenza del 29 gennaio 2013, **PONCEN.**, A. 25/2013; coram **SABLE**, Sentenza del 21 marzo 2013, in *Coloratensium Fontium*, A. 106/2013; coram **CABERLETTI**, Sentenza del 9 luglio 2013, **ARLINGTONEN.**, A. 226/2013; coram **ERLEBACH**, Sentenza del 9 luglio 2010, Bratislavian-Tyrnavien., A. 119/2010; coram **FERREIRA PENA**, Sentenza del 5 marzo 2013, Civitatis Castelli, A. 69/2013; coram **MONIER**, Sentenza del 27 novembre 2009, **HAGULSTADEN** et **A. NOVOCASTREN** 156/2009; coram Exc.mo **PINTO**, Sentenza del 16 novembre 2012, **VIRONAEN**, A. 164/2012; coram **JAEGER**, Sentenza del 10 ottobre 2013, Sancti Didaci, A. 276/2013.

²⁸ Sul punto si veda **D. SALVATORI**, *Le dipendenze nell'età della tecnica*, LEV, Roma, 2016, pp. 237-263.

²⁹ L'avverbio integralmente è utilizzato al posto di totalmente da **D. SALVATORI**, *Le dipendenze*, cit., il quale spiega che “è ontologicamente impossibile il donarsi totalmente, come talvolta si legge in alcune sentenze. Pare più preciso utilizzare l'espressione donazione integrale perché permette di leggersi sia la complementarità con l'altro coniuge e sia anche il grado di maturità minimale canonica che si deve possedere al momento del consenso, da commisurarsi attorno alle categorie fisiche, psichiche, sociali e culturali”.



l'infedeltà virtuale non potrà dare la nullità del matrimonio per esclusione del *bonum fidei* o per incapacità ad assumere il *bonum fidei* potrà costituire l'incapacità ad assumere il *bonum coniugum* strettamente collegato al *bonum fidei*; infine il *mutuum adiutorium* potrà riguardare anche il *bonum sacramenti* dal momento che il reciproco aiuto rende quest'ultimo possibile: qualora infatti non sussistesse il reciproco aiuto anche il sacramento è in pericolo poiché entrambi i coniugi o uno solo di essi proporranno la separazione o spingeranno l'altro a farla.

La categoria della sessualità agita *humano modo*, rinvenuta particolarmente nelle sentenze che trattano della dipendenza da cyber sesso. Per individuare il grave difetto di discrezione di giudizio e della incapacità ad assumere si utilizzerà il criterio, non di facile individuazione, di quanto la sessualità coniugale non sia stata vissuta *humano modo*.

Una ultima evoluzione fu quella relativa agli strumenti di indagine da ritenere più idonei alla verifica di una supposta incapacità psichica: i criteri posti furono quello *soggettivo o clinico*³⁰ atto a analizzare se possa essere provata una seria forma di anomalia sia attraverso la storia clinica del presunto incapace e sia attraverso le perizie effettuate, prima e durante l'istruttoria processuale, e quello *oggettivo o normativo* che mira a valutare e studiare se e in quale modo l'anomalia accertata abbia "intaccato la comprensione critica, la libertà di accettazione, la capacità di adempimento - assunzione di qualcuno dei diritti e doveri essenziali dello stato coniugale"³¹.

4 - Le nuove dipendenze

Nei decenni scorsi il termine "dipendenza" è stato sempre associato al concetto di "sostanze" e si poneva alla attenzione di tutti il fatto che il loro uso poteva influenzare la fisiologia del cervello producendo al contempo, in colui che le assumeva, effetti come lo stato d'animo di tensione in caso di astinenza, difficoltà di autocontrollo, il pensiero continuo rivolto alla sostanza assunta, il senso di colpa in seguito alla assunzione.

Poi la ricerca medica ha evidenziato come alcuni comportamenti patologici sul piano clinico presentavano caratteristiche incredibilmente

³⁰ Cfr. C. STANKIEWICZ, 28 maggio 1991, *RRDEc*, vol. LXXXIII, p. 345, n. 6; C. STANKIEWICZ, 21 luglio 1994, in *Monitor Ecclesiasticus*, n. 121 (1996), p. 19, n. 6.

³¹ P. BIANCHI, *Evoluzione della giurisprudenza rotale*, in *Quaderni dello studio rotale*, n. 19 (2009), LEV, Roma, 2010, p. 96.



simili alle tossicodipendenze, basti pensare al gioco d'azzardo (in cui la persona non riesce a sottrarsi all'effetto eccitatorio della giocata e malgrado le successive conseguenze negative e i sensi di colpa non riuscirà a rinunciare a giocare nuovamente, innescando un circolo vizioso simile all'uso di droghe); oppure alla dipendenza da relazioni virtuali (in cui il personaggio costruito prende il posto della realtà assorbendo gli interessi della persona che subisce che si aliena dalla quotidianità) o ancora la dipendenza affettiva (in cui la relazione diventa un compensativo di antichi conflitti e vissuti) e non ultimo la *exercise addiction* ovvero la dipendenza dall'esercizio fisico (in cui l'ossessione per l'allenamento supera e travolge ogni altro interesse e interferisce con gli altri aspetti della vita)³².

La ricerca clinica ha anche confermato le similitudini delle nuove dipendenze³³ in cui al posto di una sostanza troviamo una attività o un comportamento e il contributo delle neuroscienze si è rivelato molto prezioso nell'evidenziare come queste Dipendenze comportamentali coinvolgono gli stessi circuiti neurali del piacere e del rinforzo evidenziati nelle tossicodipendenze.

L'American Psychiatric Association nel 2013³⁴, l'Organizzazione Mondiale della sanità nel 2008³⁵ e l'American Society for addiction medicine

³² Le nuove dipendenze chiamate nella letteratura medica *new addictions* si concretizzano nella esasperazione di attività e comportamenti che per la maggior parte delle persone risultano essere parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana ma per alcune possono assumere caratteristiche patologiche. Le conseguenze che derivano da questa situazione si ripercuotono sull'intero funzionamento della vita della persona, provocando una condizione di sofferenza generale, estesa anche al suo contesto di appartenenza, talvolta segnato, a causa di quel comportamento, da una irrimediabile perdita di significato della propria vita sociale e affettiva, professionale e familiare. P. PIETRACATELLA, *Internet addiction disorder e capacità al consenso coniugale*, LEV, Roma, 2014, p. 60; T. CANTELMINI, *Le dipendenze comportamentali*, in AA. VV., *Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale*, LEV, Città del Vaticano, 2009, p. 201; C. GUERRESCHI, *New addictions*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 2005, p. 13.

³³ Rigliano definisce le dipendenze come "la convinzione individuale, in seguito ad una esperienza soggettivamente interpretata, di avere trovato in un posto e solo in quel posto la risposta fondamentale ai propri bisogni e desideri essenziali che non è possibile soddisfare altrimenti": cfr. P. RIGLIANO (a cura di), *Indipendenze. Alcool e cibo, farmaci e droghe, comportamenti di rischio e azzardo: le relazioni di dipendenza*, EGA-Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1998, p. 54.

³⁴ **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2103, p. 481.

³⁵ Cfr. D. MARAZZITI, S. PRESTA, M. PICCHETTI, L. DELL'OSSO, *Dipendenze senza sostanze: aspetti clinici e terapeutici*, Dipartimento di Medicina UNIPI (consultabile online su



nel 2010 hanno riconosciuto l'esistenza di dipendenze patologiche comportamentali di varia entità e con diversi, sebbene analoghi, caratteri clinici.

Avere preso coscienza della esistenza di nuove dipendenze ha prodotto, non sempre una aggiunta nel DSM -5 di fianco a quelle già conosciute, ma una rivoluzione nel concetto stesso di dipendenza. Il punto fondamentale è stato il cambiamento della definizione della patologia stessa, non essendo questa più imputabile alla azione di una sostanza stupefacente, bensì al rapporto che si instaura tra il soggetto e l'oggetto della sua dipendenza. Si è prodotto il passaggio dal concetto di dipendenza come patologia al concetto di dipendenza patologica ponendo maggiormente enfasi al legame patologico che si instaura inevitabilmente tra l'individuo e l'oggetto della sua dipendenza, dove l'oggetto potrà essere sia una sostanza (eroina, cibo, fumo), un comportamento (sport, acquisto di beni, lavoro) o una relazione (amicizia, coppia, famiglia).

È stato altresì dimostrato che tali dipendenze creano personalità non socialmente pericolose ma capaci di creare danni irreversibili sul piano degli affetti, familiare e lavorativo.

In Italia la comunità scientifica si è dimostrata favorevole, a fasi alterne per la verità, all'utilizzo del termine addiction³⁶ piuttosto che quello di dipendenza e ciò perché il primo designa un bisogno psicologico di attuare determinati comportamenti o attività significative risultando più preciso nei casi in questione.

5 - Le radici della dipendenza patologica

I comportamenti additivi sembrano rappresentare un tentativo, spesso vano, di contrastare l'emergere di vissuti traumatici della infanzia; è stato infatti appurato che coloro che soffrono di dipendenze patologiche abbiano un vissuto di sofferenza che può consistere in una trascuratezza emotiva, abusi fisici, sessuali o/e psicologici le cui emozioni "risultano escluse dal normale flusso di coscienza e depositate in un sistema di memoria

www.psycopathol.it).

³⁶ Il termine inglese "addiction" è di origine latina: il termine "addictus" nell'Antica Roma veniva utilizzato per indicare lo schiavo o il servitore che diveniva tale per non potere pagare i debiti e la cui condizione durava fino all'estinzione del debito; oggi indica una persona che diventa schiavo di una sola e unica soluzione o attività nel suo sforzo di affrontare la sofferenza psichica.



traumatica implicita”³⁷. Nel momento in cui queste emozioni nascoste tendessero a emergere si presenteranno sotto forma di sintomi post-traumatici (iperattività, rabbia, confusione del pensiero, amnesie dissociative, disturbi somatici) che i soggetti tenderanno a contrastare cercando rifugio in stati mentali dissociati dal resto della coscienza ordinaria tramite oggetti o sostanze chimiche.

Nello sviluppo sano dei bambini la figura accudente produrrà una “sintonizzazione affettiva”³⁸ che sarà il perno e il fondamento degli stati affettivi in età adulta. In condizioni di normalità dunque lo sviluppo dell’infante progredisce da una visione della realtà positiva che lo circonda a una percezione del mondo esterno e ciò sarà possibile grazie alla consapevolezza acquisita e la capacità di mentalizzare ovvero di gestire il mondo esterno e coordinarlo alle proprie emozioni. Contrariamente i bambini emotivamente trascurati svilupperanno ridotte capacità di rappresentare i propri e gli altrui stati mentali e, divenuti adulti, subiranno l’insorgenza di dolorose condizioni psicopatologiche “caratterizzate da una predominante dimensione interiore di vuoto affettivo e cognitivo”³⁹.

L’essere trascurati emotivamente nella prima infanzia rende molto probabile il ricorso a forme di dipendenza patologiche all’interno delle quali l’oggetto - droga funge da regolatore degli stati affettivi e le esperienze traumatiche sono in grado di fare cadere le difese dissociative cioè le naturali tendenze del soggetto a ritirarsi transitoriamente, in condizioni di stress, in rifugi della mente alternativi alla coscienza ordinaria. La dissociazione è una funzione normale della mente che funge da barriera protettiva creando un meccanismo di difesa da tutto ciò che provoca dolore e ha lo scopo di proteggere l’Io per mezzo della costruzione di una realtà parallela in cui trovare rifugio; il sollievo che si ricava da questo rifugio temporaneo e protettivo non ha nulla di patologico e può sempre essere messo al servizio dell’Io ma diventerà pericoloso nel momento in cui comporterà il rischio dell’isolamento e la distorsione del Sé e dei rapporti con gli altri.

In questa dimensione assume un ruolo fondamentale il *craving* ovvero il desiderio incoercibile o un bisogno imperioso che rende comprensibile tutte le addictions poiché rappresenta il comune denominatore di tutte le dipendenze patologiche. In dottrina medica alcuni

³⁷ V. CARETTI, G. CRAPARO, A. SCHIMMENTI, *Psicodinamica delle dipendenze patologiche*, in *NÓOS, Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 14, n. 2, maggio-agosto 2008, p. 109.

³⁸ D.N. STERN, *Il mondo impersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987, p. 147.

³⁹ V. CARETTI, G. CRAPARO, A. SCHIMMENTI, *Psicodinamica*, cit., p. 110.



autori definiscono il craving come “un desiderio incontrollabile verso uno stimolo di rinforzo, inteso come elemento dell'ambiente in grado di attivare un comportamento di approccio verso l'elemento stesso”⁴⁰.

“Se consideriamo la dipendenza patologica come un disturbo che si basa su meccanismi di difesa di natura dissociativa che esitano da esperienze infantili traumatiche è allora facile comprendere come non siano esclusivamente gli effetti fisiologici generati da una sostanza o da un comportamento ad indurre la dipendenza patologica ma esiste già una condizione psicopatologica a monte di cui il craving è il naturale epifenomeno. Il craving è dunque pre - esistente all'incontro con l'oggetto della dipendenza, appartiene più alla sfera delle motivazioni cosce ed inconscie che hanno spinto il soggetto a ricercare un comportamento che isoli le memorie traumatiche e allontani le angosce di frammentazione”⁴¹.

Sebbene quindi un soggetto possa sentire di essere schiavo di una sostanza o di un oggetto o comportamento in realtà percepisce questa schiavitù come buona o come l'unica capace di dare un significato alla vita dell'individuo. Si può ipotizzare che la dipendenza sia un tentativo di autoterapia e tutto ciò aiuta anche a comprendere come, il più delle volte, i soggetti dipendenti siano affetti da altre patologie poiché la dipendenza è la punta dell'iceberg dei loro problemi psicologici.

6 - La Sex addiction

La dipendenza sessuale comprende un insieme di condizioni psicopatologiche caratterizzate da pensieri e fantasie intrusive associate alla perdita di controllo sul comportamento sessuale dell'individuo.

Interessa una percentuale di popolazione compresa tra il 3% e il 6% e comporta gravi conseguenze di natura relazionale, lavorativa, economica e legale con diversi gradi di variabilità.

Storicamente i primi studi su questo tipo di dipendenza sono dovuti allo psichiatra austriaco Von Krafft - Ebing che, nella seconda metà del 1800, studiò prima e sottolineò poi, nei suoi scritti, la centralità del desiderio sessuale nella vita sociale, emotiva e cognitiva del soggetto dipendente.

Negli anni novanta del secolo scorso fu invece lo psichiatra

⁴⁰ Sul punto si veda L. JANIRI, E. CAROPPO, M. PINTO, G. POZZI, *Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

⁴¹ V. CARETTI, G. CRAPARO, A SCHIMMENTI, *Psicodinamica*, cit., p. 112.



americano Carnes⁴² che, nel suo testo dal titolo *Out of the shadows: understanding sexual addiction*, rese una definizione e descrizione completa della patologia definendo il dipendente come colui

“che sostituisce una sana relazione con gli altri con una relazione malata con un oggetto o un comportamento. La relazione con una esperienza in grado di modificargli l'umore diventa centrale nella sua vita; i dipendenti si tirano progressivamente indietro dalla realtà dei loro amici, dalla famiglia e dal lavoro. Nella misura in cui i dipendenti sessuali distorcono la realtà, la dipendenza sessuale diventa una forma di malattia”⁴³.

Successivamente il Dott. Goodman definirà la dipendenza da sesso:

“Oggi i clinici ancora faticano a trovare una definizione di qualsiasi forma di comportamento sessuale finalizzata sia a produrre piacere sia a diminuire situazioni di disagio che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi”⁴⁴

che possa essere condivisa e accettata da tutti: alcuni la definiscono come una condizione ossessivo-compulsiva, mentre altri preferiscono qualificarla come un mancato controllo degli impulsi; altri ancora come una vera e propria dipendenza. Il DSM IV dal canto suo inseriva tale patologia all'interno del “Disturbo sessuale” non altrimenti specificato dove viene descritta come “disagio connesso a un quadro di ripetute relazioni sessuali con una successione di partner vissuti dal soggetto come cosa da usare”⁴⁵. I clinici americani propongono il concetto di “Sexual compulsivity” o “compulsive sexual behavior”⁴⁶ centrando l'origine del comportamento compulsivo non nel piacere conseguente all'azione ma nella riduzione dell'ansia come conseguenza di esso; essi, infatti, affermano che “i pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi riducono l'ansia e le preoccupazioni

⁴² P. CAMES, *Out of the shadows: understanding sexual addiction*, Hazelden, New York, 1992, pp. 4-5.

⁴³ P. CAMES, *Out of the shadows*, cit., p. 5.

⁴⁴ A. GOODMAN, *La dipendenza dal sesso*, in *Medicina delle tossicodipendenze*, 2001, pp. 26-30.

⁴⁵ V. ANDREOLI, G.B. CASSANO, R. ROSSI (a cura di), *DSM- IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996, p. 588.

⁴⁶ Cfr. E. COLEMAN, *Is your patient suffering from compulsive sexual behavior?*, in *Psychiatric Ann*, 1992, pp. 320-325; A. COOPER, *Sexually compulsive behaviour*, in *Contemporary Sexuality*, 1998, pp. 1-3; M.C. QUADLAND, *Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment*, in *J Sex Marital Ther.*, 1985, pp. 121-132; J.H. WEISSEBERG, e A.N. LEVAY, *Compulsive sexual behavior*, in *Med Asp Hum Sex*, 1986, pp. 127-128.



ma creano un circolo vizioso, interferendo con le normali abitudini, le relazioni familiari e sociali, l'attività scolastica e lavorativa"⁴⁷.

Ciò che è ormai pacifico nell'esperienza clinica che la dipendenza in questione si concretizza in una

"incapacità a resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere una azione pericolosa per sé o altri, in cui l'azione stessa è preceduta da una sensazione crescente di tensione o di eccitazione ed è accompagnata da piacere, gratificazione o sollievo, a cui possono seguire o meno rimorso, senso di colpa o autoriprovazione"⁴⁸.

Caratteristiche del comportamento dipendente saranno una promiscuità protratta (nei sottotipi eterosessuale, omosessuale e bisessuale), la dipendenza da materiale visivo pornografico, dalle telefonate erotiche, il cyber-sesso, l'uso di sostanze eccitanti o allucinogene o di oggetti atti all'incremento del piacere e per l'espletamento della attività stessa e, non ultimo, l'incompatibilità grave del desiderio sessuale con eccessive richieste sessuali al partner che porteranno gravi squilibri all'interno della coppia. Gli studi hanno documentato come questa dipendenza abbia origine nell'adolescenza del soggetto o nella prima età adulta, la presenza di un decorso cronico con remissioni ed esacerbazioni e le caratteristiche comportamentali comuni all'abuso e alla dipendenza da sostanze quali la tolleranza, l'astinenza e la compulsività.

I criteri diagnostici per quanto difficili da definire sono stati individuati da Kafka⁴⁹ in alcuni elementi che sembrano essere i migliori per la certificazione della dipendenza: la condotta sessuale dovrà avere un TSO>7⁵⁰ per un periodo di almeno sei mesi continuativi dopo i quindici anni di età, nonché un pattern di comportamenti fuori dal controllo; incapacità di smettere nonostante le gravi conseguenze; persistente perseguimento di comportamenti autodistruttivi e rischiosi, crescente desiderio o sforzo di controllare i comportamenti sessuali; ossessioni sessuali e fantasie come strategie primarie di coping; incremento della

⁴⁷ L. SIDELI, L. BARRALE, *La sex addiction*, in ΝÓΟς, *Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 14, 2008, p. 148 (<https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10447/206498/356645/La%20sex%20addiction.pdf>).

⁴⁸ L. SIDELI, L. BARRALE, *La sex addiction*, cit., p. 149.

⁴⁹ M.P. KAFKA, J. HENNEN, *The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males*, in *J sex Marital Ther.*, 1999, Oct-Dec 25 (4), pp. 305-319.

⁵⁰ TSO, ovvero Total Sexual Outlet. Strumento diagnostico per misurare in una unità di tempo la frequenza di orgasmi.



attività sessuale quando l'attuale livello non è più soddisfacente; gravi cambiamenti dell'umore dovuti all'attività sessuale; smodato aumento del tempo speso nella ricerca di esperienze sessuali, nel consumarle o nel riprendersi da esse; trascuratezza di importanti attività sociali, lavorative e ricreative.

Il clinico stabilisce che questi comportamenti operano a tre livelli: il primo comprende comportamenti socialmente accettabili o tollerabili; il secondo racchiude comportamenti abbastanza pericolosi e vittimizzanti che potrebbero meritare sanzioni legali (esibizionismo, voyeurismo, telefonate e comportamenti indecenti); infine, il terzo include comportamenti che violano i confini sociali e hanno gravi conseguenze per le vittime e conseguenze legali per il dipendente (abuso sessuale e pedofilia).

La dipendenza sessuale va distinta dalla così detta *Love addiction* o dipendenza relazionale, caratterizzata dal marcato coinvolgimento dell'individuo in relazioni sentimentali nelle quali individua l'unica fonte di conforto, gratificazione e sostegno; tali quadri psicopatologici condividono la paura del rifiuto del partner e la difficoltà a gestire l'aggressività. La differenza sarà che, mentre nella dipendenza relazionale i sintomi si manifestano con comportamenti sottomessi e adesivi, nella dipendenza sessuale si realizzano mediante il controllo e il disinvestimento affettivo⁵¹.

I dati statistici di coloro che soffrono di questa dipendenza sono difficili da rilevare per la vergogna, la segretezza e la disperazione che impediscono una mappatura reale e precisa del fenomeno. Ciò detto nel 1989 Varnes riuscì a stimare che ne soffriva tra il 3 e il 6 per cento della popolazione americana; successivamente venne stimato che il dipendente sessuale più frequente è un maschio di razza bianca ed età media di 34 anni, sposato, diplomato e appartenente al ceto medio borghese. In Italia l'indagine del CeDis⁵² segnala che la patologia colpisce il 3% delle donne e il 6% degli uomini di età media compresa tra i 35 e 40 anni⁵³.

⁵¹ D. LA BARBERA, V. CARETTI, E. LAMBIASE, M. LA BUA, *Postfazione. Compulsività sessuale: un inquadramento diagnostico, clinico e psicodinamico delle dipendenze sessuali*, in A. GOODMAN (ed.), *La dipendenza sessuale. Un approccio integrato*, Astrolabio, Roma, 2005, pp. 399-422.

⁵² E. LAMBIASE, *Quando il sesso diventa patologico. Definizione e classificazione diagnostica della dipendenza sessuale*, in Atti dell'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia (Roma, 2 marzo 2003), p. 122.

⁵³ Nel 40% dei casi si tratta di persone sposate, nel 33% di persone single, nel 22% di divorziati e nel 5% di separati; il 54% di dipendenti sessuali è eterosessuale, il 18% omosessuale, l'11% bisessuale e il 18% si dichiara insicuro della propria preferenza



L'origine della dipendenza sarà da ricercare nelle dinamiche familiari patologiche (disconoscimento dei bisogni del bambino, mancanza di vicinanza emotiva, aspettative eccessive e inadeguate) a partire dalle quali il soggetto elabora un sistema di credenze disfunzionali quali l'impossibilità di essere amati realmente per ciò che si è, e il convincimento che il sesso sia il bisogno più importante e l'unico che potrà soddisfare le proprie esigenze. Alcuni studiosi⁵⁴ attribuiscono ai comportamenti sessuali ritualizzati il ruolo di antidoto ai vissuti di umiliazione e di auto svalutazione sviluppatasi in seguito alla mancata sintonizzazione affettiva del caregiver durante l'età infantile che ha reso impossibile lo sviluppo di una "teoria della mente" con la quale regolare i propri comportamenti e le proprie emozioni, sviluppare un senso di competenza e orientarsi nella realizzazione di una vita significativa.

Nell'ambito dei contributi psicoanalitici il clinico Fenichel⁵⁵ individua nel "bisogno patologico e ossessivo di amore" l'espressione più significativa delle "bramosie patologiche senza droghe" assimilando questa condizione a quelle dei cleptomani, dei tossicomani, degli alcolisti, dei piromani, dei giocatori d'azzardo patologici. McDugall introdusse il termine "sessualità tossicodipendente"⁵⁶ per descrivere quelle forme di relazione sessuale non perversa in cui è l'atto sessuale stesso (e non la relazione interpersonale) a essere investito e ricercato al fine di alleviare e di ridurre gli stati mentali intensi e dolorosi, di fronteggiare angosce identitarie e di ridurre l'aggressività diretta verso se stessi o verso le rappresentazioni interiorizzate dei genitori dai quali non di rado i dipendenti sessuali erano concepiti nell'infanzia come un'estensione narcisistica di loro stessi o come un complemento sessuale.

Nell'ambito della dipendenza sessuale la dottrina medica ha individuato e specificato altri tipi di dipendenza a essa collegati, che sono la dipendenza da pornografia, la dipendenza da cyber pornografia e la dipendenza da cyber sex.

6 - La dipendenza da pornografia

sessuale.

⁵⁴ T. CANTELMÌ, E. LAMBIASE, A. SESSA, *Le dipendenze comportamentali*, in *Psicobiettivo*, 2004, n. 2, p. 27.

⁵⁵ O. FENICHEL, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Norton & Company, New York, 1945.

⁵⁶ J. Mc DOUGALL, *Teatri dell'Io*, Raffaello Cortina, Milano, 1998, p. 55.



La dipendenza da pornografia si concreta nella ricerca compulsiva del piacere sessuale che verrà raggiunto attraverso l'autoerotismo e/o tramite la visione di materiale pornografico. Le persone che ne sono affette iniziano dapprima a consultare immagini porno in maniera saltuaria ma poi nel breve periodo la visione assume caratteristiche compulsive e i dipendenti non riuscendo più a controllarsi trascorrono un tempo sempre crescente nella visione, isolandosi dalla realtà, dalle loro esigenze e da quelle degli stretti congiunti e dagli impegni quotidiani.

La porno dipendenza produce conseguenze gravi sia a livello psichico che fisiologico: nel primo caso si assisterà al progressivo calo dell'autostima e della fiducia in se stessi, la modifica dei ritmi sonno/veglia, l'insorgere dell'ansia, il calo dell'umore, aumento del senso di colpa e della vergogna, presenza di tensione, rabbia e stress. Nel secondo si avrà un calo del desiderio del partner reale e impotenza.

Nello sviluppo di questa dipendenza saranno determinanti alcuni fattori quali: blocchi e tensioni a livello familiare; la bassa autostima e intensa insoddisfazione generale; la scarsa affettività ricevuta in età infantile e/o abusi psico-fisici subiti e l'ansia e lo stress personali, lavorativi e familiari. Pur non essendo possibile avere un paradigma perfetto del dipendente da pornografia, la dottrina medica ha stabilito che questo sarà una persona mite, di media intelligenza e sensibile la quale si troverà anche nell'incapacità di confessare e uscire da questa dipendenza per la vergogna che soggiace a essa.

La porn addiction modifica negativamente tutti gli aspetti della vita dell'individuo e le conseguenze che si verificano, analoghe a quelle prodotte dalle dipendenze derivanti da sostanze, saranno le seguenti: stress fisico, deterioramento considerevole delle relazioni sociali, separazione dai parenti, isolamento, diminuzione della memoria a breve termine e di sintesi, diminuzione delle abilità intellettive quali intuito, astrazione, sintesi, creatività, concentrazione, diminuzione del rendimento lavorativo con calo delle prestazioni fisiche e sportive, diminuzione e alta irregolarità del sonno, aumento dell'ansia, senso di frustrazione, nervosismo e pessimismo, intrattabilità e noia, disorientamento progettuale ovvero l'incapacità di fare scelte importanti e/o cambiamenti, disgregazione dell'immagine di sé attraverso l'interiorizzazione del giudizio negativo di sé, carenza di autostima, tristezza, malinconia, depressione, irrequietezza e isolamento sociale, pericolosa tendenza verso altri comportamenti di fuga. Tra le conseguenze specifiche della dipendenza da pornografia possiamo citare inoltre: incapacità d'innamoramento profondo con grave ripercussione sulla relazione di coppia e snaturamento di relazioni sessuali



dove la persona cerca di ricreare con il suo partner uno schema pornografico. La pornodipendenza intaccherà la famiglia che si ritrova distrutta dal comportamento del dipendente il quale, completamente avvolto dalla visione continua e incessante del materiale pornografico, non si rende conto del suo aumento progressivo, dimenticando tutti i suoi impegni in qualità di coniuge, compagno o genitore. Ha un atteggiamento aggressivo, se disturbato o colto sul fatto, e al contempo distaccato e freddo e poco interessato alle vicende familiari generando stress al partner e ai figli.

6b - Dipendenza da cyber pornografia

La dipendenza da cyber pornografia, ovvero la dipendenza da pornografia online, consiste in un appagamento sessuale tramite la fruizione di materiale pornografico on line e la comunicazione attraverso chat erotiche. Questa dipendenza negli ultimi anni, con l'avvento della rete internet, ha avuto una crescita veloce e capillare. Non è di difficile comprensione che la rete internet, di facile consultazione e particolarmente economica, abbia aiutato molto la diffusione di questa dipendenza. Il dipendente in questo caso tenderà a restare per molte ore nelle chat e nei siti specifici dove l'interattività sarà completamente assente, la sua mente passiva e non libera di immaginare poiché i video sono molto più eloquenti del cartaceo. Il mondo virtuale permette poi con estrema facilità di scegliere identità diverse dal reale favorendo processi di dissociazione. È una emergenza poco appariscente perché consumata in silenzio e in solitudine ma capace di intaccare i rapporti di coppia, la capacità di un individuo di avere relazioni sane e, in casi gravi, di affrontare e vivere la realtà in ragione del fatto che tale dipendenza risulta in grado di regalare una onnipotenza che una persona in carne e ossa non potrà mai concedere.

Gli elementi che favoriscono lo sviluppo della cyber-porn addiction potranno essere patologie preesistenti quali depressione o disturbi - ossessivi-compulsivi, condotte così dette rischiose come una riduzione significativa delle esperienze di vita e di relazioni reali oppure eventi di vita sfavorevoli quali lutti e traumi e tutti questi saranno accentuati dall'anonimato e dall'estrema facilità di accedere ai servizi della rete internet. Il soggetto dipendente trovando appagamento nel mondo virtuale subirà una forte diminuzione del desiderio verso il proprio partner con la conseguente incapacità di portare a termine incontri intimi; avrà la tendenza a considerare il corpo dell'altro come oggetto pornografico e non più come qualcosa da amare e rispettare per cui non avrà la capacità di donarsi e accettare in una vera comunione matrimoniale.

Il passaggio dalla pornografia cartacea a quella virtuale ha



aumentato notevolmente la possibilità di appagare desideri compulsivi fino a formare nuove patologie e i segni clinici che caratterizzano la dipendenza dalla pornografia on line saranno il tempo trascorso in internet alla ricerca attiva di materiale pornografico e aspettative di gratificazione legate alle connessioni. La ricerca dovrà essere ossessiva e durare molte ore al giorno con conseguenze di estraniamento e isolamento dalla realtà; dovrà seguire a questa ricerca ossessiva un profondo senso di colpa e di vergogna per la propria condotta con la volontà di nascondere agli altri il proprio operato; tale sentimenti negativi però non saranno in grado di spegnere e di contenere le emozioni e le gratificazioni che il dipendente riceve dalla consultazione del materiale pornografico.

La cyber-porn addiction esplica le sue conseguenze più negative proprio all'interno della coppia poiché il dipendente non avrà più interesse agli incontri intimi con il coniuge o il fidanzato diventando isolato e distaccato. Utilizzerà tutti i propri momenti liberi per rifugiarsi nel mondo virtuale e il suo comportamento si ripercuoterà inevitabilmente sugli stretti congiunti impedendo l'instaurarsi di relazioni profonde, sincere e libere.

7 - Dipendenza da lavoro (work addiction o workaholic)

La sindrome da dipendenza dal lavoro o Sindrome da workaholism consiste in un comportamento patologico caratterizzato da una dedizione al lavoro di tipo ossessivo - compulsivo. Chiaramente non sarà affetto da questa dipendenza un qualsiasi stacanovista ma colui che sarà portato, come conseguenza di ciò, a intaccare la sfera dei rapporti sociali, familiari e professionali a causa della sua incapacità a rinunciare ad alcune ore lavorative giornaliere.

Rappresenta una forma di dipendenza tra le più sotto diagnosticate, mentre è un disturbo in rapida diffusione e molto difficile da riconoscere per la sua aderenza ai valori e alla cultura propri del nostro tempo. Il soggetto dipendente s'immerge completamente nel lavoro per colmare il grave senso di incompletezza che lo affligge e per migliorare l'immagine di se stesso.

In questa patologia è presente una componente di bassa autostima nonché difficoltà relazionali e nella gestione delle emozioni con tratti ossessivi compulsivi. Le caratteristiche sono identiche all'alcolismo con fasi ed esiti simili come la chiusura relazionale, l'assenza di interessi e conseguenze fisiche e organiche quali le ischemie o l'infarto o ulcere; a ciò si unisce una spiccata sofferenza familiare.

Nella pratica clinica ancora risulta difficile la possibilità di



individuare un profilo comune a tutte le declinazioni di work addiction; una parte della dottrina scientifica, infatti, associa tale dipendenza al Disturbo ossessivo - compulsivo di personalità responsabile della sequela di pensieri e comportamenti che è possibile riscontrare nella vita come nel lavoro, accanto a cattive relazioni con i colleghi e a un basso rendimento lavorativo nonostante il tempo e le energie a esso dedicate; altri indicano tra le persone a rischio dipendenza dal lavoro quelle che presentano una personalità particolarmente ansiosa caratterizzata da competitività spinta e diffusa a tutti gli aspetti della vita, aggressività spesso repressa, impazienza e insofferenza per i ritmi altrui e per l'insufficienza degli altri, ipervigilanza, difficoltà al rilassamento, necessità di mantenere un controllo costante sulle diverse situazioni di vita, mancanza di interessi al di fuori dell'ambito lavorativo. Altri tratti distintivi dell'individuo dipendente saranno la tendenza a negare i propri limiti, la completa centratura su di sé a discapito delle relazioni interpersonali, lo scarso controllo degli impulsi, la difficoltà ad affrontare critiche e fallimenti e il bisogno di successo: tutte queste caratteristiche accomunano la work addiction al disturbo narcisistico di personalità. Da aggiungere anche che l'iperinvestimento sul lavoro svolge la funzione di colmare il vuoto depressivo causato proprio dalle aspettative enormi su di sé, costantemente disilluse, perché irrealisticamente grandiose.

Il workaholic può presentare anche tratti in comune con lo shopping compulsivo, con i disturbi alimentari o con il disturbo dipendente di personalità nella quale l'addiction risulterebbe come esito del costante bisogno di approvazione da parte degli altri e quindi della tendenza a lasciarsi prevaricare da colleghi o superiori. Il clinico Robinson⁵⁷ ha classificato questa dipendenza come un deficit d'attenzione nel momento in cui il lavoro si configurerebbe come luogo di contenimento della distraibilità, della tendenza alla continua ricerca di stimoli, del sovraccarico di energia caratteristici della sindrome da ADHD⁵⁸.

8 - Il collezionismo patogeno

⁵⁷ B.E. ROBINSON, *Risk of addiction to work and family functioning*, in *Psychol Rep.*, n. 81, 1997, pp. 91-95.

⁵⁸ C. LA CASCIA, L. FERRERO, A. MULÈ, *Nuove dipendenze. Etiologia, clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga"*, volume monografico della Rivista ΝÓΟς, *Aggiornamenti in psichiatria*, p. 162.



Un comportamento ritenuto del tutto rientrante nella normalità è quello della tendenza a collezionare oggetti, ma andrà seriamente preso in considerazione qualora la cura e l'attenzione all'oggetto sfociano nell'accaparramento, nell'impiego d'ingenti risorse economiche o nell'eccessivo tempo impiegato a reperirlo e a custodirlo nella propria collezione. In tali casi non saremo più nell'ipotesi di una normale volontà collezionista ma sconfineremo in un ambito patologico che risulterà particolarmente grave qualora interesserà e intaccherà anche gli ambiti lavorativi, familiari e sociali andando così a concretizzare una vera e propria sofferenza.

Da sempre l'individuo instaura rapporti e legami con gli oggetti che lo accompagnano durante la sua vita dando loro dei significati che possono mutare nel tempo e che rientrano nella sfera personalissima di ognuno; basti pensare agli oggetti appartenuti ai parenti o amici defunti o quelli con cui si è condiviso l'infanzia o una parte di vita o ancora altri che rappresentano le proprie radici o le proprie appartenenze. Tali legami sono spesso talmente forti e profondi che la perdita dell'oggetto amato rappresenta un evento doloroso e luttuoso. In una dimensione psicoanalitica gli oggetti posseduti rappresentano il soddisfacimento di pulsioni e il rapporto con essi è

“condizionato dalle modalità con cui il bambino ha vissuto e si è relazionato con i suoi oggetti e con le sue rappresentazioni interiori. In questa cornice si pone attenzione al collezionismo come relazione complessa con l'oggetto, indipendentemente dal suo valore e si vuole pertanto percorrere l'ipotesi che nell'ambito del collezionismo si possano sviluppare elementi di patogenicità, dalla ricerca dell'oggetto all'acquisizione e al suo possesso, legata alla riduzione della tensione come rinforzo per il ripetersi del comportamento, come nel glomming, dove il meccanismo della ricompensa può innescare una compulsione a ripetere”⁵⁹.

Verso la fine del secolo scorso il mondo del collezionismo e la passione conseguente sono molto sviluppati anche grazie al benessere diffuso e alla facilità degli scambi e dei rapporti nel mondo. Dietro l'atto del collezionare emergono e sussistono significati diversi quali: 1. l'evasione, che vede il collezionista ritirarsi in un mondo - il suo - dove si sente appagato, al riparo dalle delusioni della realtà e dalle responsabilità; 2. il possesso, dove il collezionista prova piacere nel possedere oggetti per

⁵⁹ G. MANGIARANCINA, F. BARILI, M. NUTI, A. CORACI, L. ABAZI, L. MANGIARANCINA, *Nuove dipendenze: dalla relazione oggettiva al collezionismo patologico*, in *Tabaccologia*, n. 3, 2011, pp 30-35.



lui autentici e attraenti in modo egoistico poiché il piacere è dato dal sapere che sono solo suoi; 3. l'espressione, che vede la personalità del collezionista celarsi dietro gli oggetti "per essere se stesso in modo personale e segreto"; 4. la compensazione, dove il collezionista si sente sicuro nel suo mondo privato riuscendo a compensare la mancanza di soddisfazione derivante da una realtà difficile da gestire; 5. la comunicazione e condivisione, perché il collezionista s'immerge in un mondo popolato da persone con cui condividere la sua passione, dove lo scambio dei pensieri è facilitato dalla comunanza d'idee e dove lo sfoggio della propria collezione compensa le carenze affettive; 6. la distrazione, perché il collezionista s'immerge nel suo mondo astraendosi da quello reale e dalle sue preoccupazioni; 7. la cultura, perché collezionare oggetti stimola la conoscenza del mondo a questi collegato che appaga il proprio ego.

Il rapporto con l'oggetto si concretizza nel vedere, nel toccare e nel desiderare e lo sguardo di chi colleziona è uno sguardo voyerista e feticista dove gli oggetti appagano i sensi. Le motivazioni che spingono gli individui a raccogliere e collezionare possono essere le più disparate quali ad esempio il divertimento, la cultura o gli investimenti ma in questi rientra senza dubbio anche la ricerca di sicurezza e di controllo sul mondo esterno e un conforto nella vita per colmare paure e insicurezze.

La passione per il collezionismo sfocia nella patologia nel momento in cui emergeranno gradi di sofferenza e disagio personali e la sottomissione alla ripetizione di determinati comportamenti che aiutano a ritrovare il benessere. La dimensione patologica emerge quindi nel momento in cui c'è una perdita del controllo ovvero una incapacità decisionale che soggiace alla ripetizione coattiva del comportamento; quando interferisce con il proprio quotidiano ovvero la ricerca dell'oggetto da collezionare si pone al centro dei propri pensieri e interessi sacrificando tutto il resto. È noto che gli individui dipendenti hanno maggiori difficoltà a risolvere i conflitti, le crisi e a riuscire ad avere relazioni equilibrate quindi l'oggetto collezionato può facilmente divenire un supporto per superare e sopportare l'angoscia dei momenti compulsivi.

Una specificità del collezionismo patogeno si concreta anche nell'atto dell'ammassare ovvero entrare in possesso di un numero di oggetti che poi non verranno sistemati e ordinati; un aspetto del disturbo ossessivo - compulsivo è proprio l'accumulo di oggetti anche inutili.

Il termine scientifico esatto per indicare tale dipendenza è quello di Disposofobia e negli ultimi dieci anni la ricerca ha compiuto enormi passi in avanti nello studio di questa patologia considerata erroneamente una manifestazione secondaria ad altri disturbi come il Disturbo ossessivo compulsivo o il Disturbo di personalità ossessivo compulsivo. Gli esiti degli



studi hanno portato alla creazione nel nuovo DSM-V di una specifica categoria denominata Hoarding Disorder (Disturbi da accumulo). In Italia la disofobia come manifestazione clinica ancora viene spesso ignorata o sottovalutata considerandola o come un aspetto caratterizzante un altro disturbo oppure un aspetto secondario ad altri disturbi (depressione, ansia, demenza) o anche una espressione di pigrizia, avarizia, disordine o infine un tratto caratteriale eccentrico ma innocuo⁶⁰.

Appare ovvio che si potrà parlare di dipendenza nel momento in cui emergeranno aspetti compulsivi, ossessivi e impulsivi del comportamento tali da portare alla perdita del controllo, dove pensieri e comportamenti saranno concentrati sugli oggetti, la cui ricerca catalizzerà l'attenzione e i desideri per gran parte del tempo interferendo con le normali abitudini, con le relazioni sociali e affettive.

9 - Dipendenza dalla chirurgia estetica

È innegabile che la prima impressione che abbiamo di una persona sarà quella legata al suo aspetto fisico, quindi alla sua immagine esteriore, come è generalmente accettato il fatto che quest'ultima rappresenti un valore aggiunto di un individuo che influisce sul suo giudizio complessivo e incida sui rapporti relazionali fino a condizionare gravemente l'esistenza di coloro che, ritenendo di non rientrare, a torto o ragione, in un determinato schema estetico, cadono in situazioni di disagio esistenziale e psichico.

Sempre l'uomo ha cercato di migliorare la propria immagine con artifici e cure che, nel corso dei secoli, sono divenute sempre più raffinate e ricercate; in questa nostra epoca post moderna i media e la società hanno contribuito a formare il binomio tra "bellezza e gioventù"⁶¹ considerandolo

⁶⁰ L'esempio più famoso di collezionismo patogeno è rappresentato dalla vicenda umana di Mario Praz il quale rappresenta per la comunità scientifica il paradigma di quando il collezionismo può sconfinare nella patologia e nella dipendenza caratterizzata da compulsività e ossessività. Nel momento in cui, quindi, la ricerca degli oggetti diventò centrale nella sua vita egli si sentì protetto dagli stessi perché considerati fedeli e non deludenti, compensativi di una realtà relazionale e affettiva difficile e complicata. Critico e saggista italiano (Roma, 1896-1982). Praz è stato considerato uno dei maggiori collezionisti del nostro Paese tanto che della sua casa, lasciata in eredità allo Stato italiano, oggi rimane uno splendido museo. Si veda la voce *M. Praz*, in *Enciclopedia Treccani*, versione online. Sul punto si veda anche **G. MANGIARACINA** et al., *Nuove dipendenze: dalla relazione oggettiva al collezionismo patogeno*, in *Tabaccologia*, 2001, n. 3, p. 34.

⁶¹ **G. RICCI, P. FEDELI**, *La chirurgia estetica tra percezione sociale e modello etico-deontologico*, in *Difesa sociale*, vol. LXXXIII, n. 2, 2004, pp. 115-132.



un obiettivo primario da raggiungere per avere una vita relazionale ottima e soddisfacente. Conseguenza di ciò è il ricorso sempre più frequente a trattamenti di chirurgia estetica non giustificati da patologie ma determinati dalla volontà di aderire a stereotipi dettati dalla moda del momento o dalle proprie personali convinzioni.

Proprio perché le richieste spesso non sono motivate da necessità mediche reali la prudenza in questo campo deve sempre essere massima perché i soggetti più deboli e vulnerabili possono facilmente ricondurre i motivi dei propri disagi psichici alla mancanza di un aspetto fisico determinato e volerlo raggiungere senza la consapevolezza necessaria di quello che ciò comporti. Nella deontologia medica si legge infatti che

“lo studio del profilo personologico del richiedente non può mai essere trascurato nella complessiva valutazione della fattibilità dell'intervento, dovendo a nostro avviso riscuotere una attenzione non inferiore a quella dedicata alle condizioni fisiche del paziente”⁶².

Sia in Italia che nel resto del mondo occidentale il numero degli interventi di chirurgia estetica sta vivendo un periodo di grande espansione che non sembra potrà avere, almeno nel breve periodo, flessioni o diminuzioni. Si rivolgono al chirurgo persone giovani e meno giovani, uomini e donne, e i motivi che li portano a inseguire un miraggio di bellezza e gioventù sono molti, tra i quali, comprendiamo la maggiore longevità ovvero il notevole allungamento della vita media delle persone che ha influito sulle abitudini e sugli stili di vita di questi (fino ad alcuni anni indietro era infatti impensabile che in fase adulta si frequentassero palestre o discoteche o si avessero molteplici relazioni sentimentali o anche che fosse possibile sposarsi).

Ancora l'abbassamento dell'indice di natalità e la crisi della famiglia che hanno portato a una mutazione profonda nei rapporti interpersonali con il bisogno di stringere nuove conoscenze e l'esigenza di rimanere giovani e belli e non ultimo il desiderio di conservare una prestanta fisica ottima abbandonando l'idea della morte: il corpo è diventato un elemento da difendere, tutelare e conservare perché

“la dimensione estetica diventa un valore anche perché, sollecitati dalla crescente paura di perderlo, ci viviamo più che mai in simbiosi con il nostro corpo e quindi deve essere bello, sano, perfetto e possibilmente eterno. Come dicevano gli americani qualche anno fa

⁶² F. BUZZI, *La responsabilità in chirurgia estetica alla luce di alcuni indizi giurisprudenziali della Corte di Cassazione*, in *Rivista italiana di medicina*, XIII, 2, 1991, p. 381.



tutti dobbiamo essere eterni ed eternamente giovani”⁶³.

Da non sottovalutare la crisi di valori che sembravano immutabili quali la religione, la fede e la famiglia che hanno lasciato il posto ai nuovi idoli quali l'apparire e l'acquistare notorietà e fama.

Viviamo in tempi in cui la fede e la sua pratica si sono molto indebolite e per questo ha preso vigore la paura della morte, della sofferenza e dell'invecchiamento⁶⁴. La crisi dei valori tradizionali ha certamente agevolato la diffusione di valori edonistici ed egoistici a cui aggrapparsi poiché l'uomo non riesce a vivere senza punti di riferimento e sarà sempre portato a sostituire con dei nuovi quelli che vengono a decadere. Appare ovvio quindi che tutti coloro che non possiedono un equilibrio interiore stabile cerchino di emulare modelli proposti dai media poiché “il culto della bellezza in una società di consumi costringe a passi obbligati. Su questa premessa si gioca il valore della libertà personale e l'uomo è solo libero di scegliere quello che gli altri hanno già scelto per il suo destino”⁶⁵.

Senza la pretesa di essere esaustivi gli interventi chirurgici atti a modificare l'aspetto esteriore di una persona possono essere suddivisi in tre gruppi fondamentali ovvero quelli

“finalizzati al ripristino di realtà anatomiche gravemente lesionate; quelli atti alla correzione di gravi imperfezioni costituzionali e gli interventi di chirurgia estetica in senso stretto, finalizzati alla correzione di realtà anatomiche vissute dai diretti interessati come imperfezioni e che riducono la fiducia in sé nell'ambito della vita di relazione, ovvero vengono ritenute pregiudizievoli per la propria attività lavorativa”⁶⁶.

Saranno gli ultimi che sollevano le maggiori questioni etiche e che portano gli individui a sviluppare una vera e propria dipendenza.

Il concetto di salute non è più collegato al fenomeno morboso e l'OMS lo definisce come “uno stato di completo benessere, fisico, mentale e sociale

⁶³ **S. ACQUAVIVA**, *Intervento alla Tavola rotonda su “Il valore dell'aspetto nella società, nella selezione, nell'inserimento, nella carriera”*, Atti del convegno su *L'aspetto della persona nella società d'oggi e nel mondo del lavoro* (Padova, 7 novembre 1992), *Difesa sociale*, vol. LXXII, 1993, pp. 5-19.

⁶⁴ La religione cristiana promette la resurrezione dei corpi mentre le tecniche della chirurgia estetica promettono la conservazione del corpo: cosa oggi molto più desiderata e voluta.

⁶⁵ **R. MALTA**, *Etica e chirurgia estetica*, in *Bioetica e cultura*, vol. VIII, 1999, p. 89.

⁶⁶ **G. RICCI, P. FEDELI**, *La chirurgia estetica*, cit., p. 123.



e non consiste soltanto nell'assenza di malattie e infermità⁶⁷ preferendo quindi il benessere psico - fisico e sociale rispetto all'assenza dello stato di malattia; ugualmente il vigente CDM, art. 3, recita che "la salute è intesa nell'accezione biologica più ampia del termine come condizione, cioè di benessere fisico e psichico della persona"⁶⁸. Realizzata questa equiparazione tra benessere fisico e psichico si ritiene che l'intervento chirurgico non debba essere circoscritto alla sola patologia fisica ma

"in questa più ampia e più moderna prospettazione della salute sono consentiti quegli interventi sul proprio organismo rivolti ad acquistare maggiore fiducia in sé e nei rapporti con gli altri anche se non trovano una specifica eziologia di natura patologica"⁶⁹.

Alla luce di ciò risulta assolutamente lecito intervenire in tutti i casi in cui gli inestetismi, veri o presunti, sono tali da condizionare la vita sociale, affettiva e lavorativa di un individuo. Accade però, più frequentemente di quanto si creda, che il disagio psicologico avvertito prima dell'intervento non subisca modifiche positive ma anzi persista anche dopo la correzione e non sono rari i casi in cui quindi vengano richiesti nuovi interventi del tutto inutili⁷⁰. Per tutti questi soggetti il disagio psichico giustificherebbe un nuovo intervento nel contesto di una ridotta capacità critica che non consente di discernere razionalmente la causa reale del disagio non dovuto al quadro morfologico bensì a una patologia di interesse psichiatrico e in questo stadio si collocano i così detti Dipendenti dalla chirurgia estetica.

I dipendenti sono coloro che, ossessionati dal proprio aspetto fisico, vivono il quotidiano costantemente preoccupati fino a fare divenire l'idea del cambiamento una costante. Si sottopongono spesso a interventi chirurgici per ritoccare qualche parte del loro corpo anche già ritoccata.

⁶⁷ L'Italia ha aderito ufficialmente all'OMS in data 11 aprile 1947; l'obiettivo dell'Organizzazione è "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità". Questa nuova definizione è stata effettuata nell'ottobre 2017 e ha sostituito la precedente che non prendeva in considerazione il benessere psichico in assenza di malattie o infermità (si veda il sito dell'OMS, ovvero www.salute.gov.it).

⁶⁸ Si veda il *Codice di deontologia medica* della Federazione Nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, approvato il 3 ottobre 1998.

⁶⁹ **I. GUIDANTONI**, *Chirurgia estetica e culto della bellezza nella società contemporanea*, in *Medicina Mor.*, vol. 1, 1995, p. 59.

⁷⁰ **F. BUZZI**, *La responsabilità in chirurgia estetica alla luce di alcuni indizi giurisprudenziali della Corte di Cassazione*, in *Rivista italiana di medicina*, XIII, 2, 1991, p. 14.



Coloro che chiedono interventi di chirurgia estetica saranno le persone sane fisicamente ma a cui non piacciono alcune parti del corpo; tra questi si pongono gli impulsivi ovvero quelli che in momenti difficili della vita pensano che potranno superare i loro problemi effettuando cambiamenti fisici e i dipendenti veri e propri cioè quelle persone che desiderano sempre di più e hanno poca tolleranza ai cambi del proprio corpo, specialmente quelli relativi al processo naturale dell'invecchiamento. Si potrà parlare di dipendenza non quando un individuo si sarà sottoposto a diverse operazioni ma quando avrà poca tolleranza di fronte ai cambiamenti del corpo.

Una fase di gravità maggiore della dipendenza dalla chirurgia estetica si avrà nella ipotesi del così detto Dismorfismo corporeo dove le preoccupazioni legate alla percezione di uno o più difetti fisici inesistenti o lievi determina un grave disagio o una compromissione delle attività quotidiane. Siamo di fronte a individui che passano ore a preoccuparsi dei presunti difetti che possono interessare una qualunque parte del loro corpo e queste preoccupazioni li portano a soffrire di stati ansiosi importanti che interferiscono con le attività quotidiane. Tale disturbo si manifesta generalmente nella prima adolescenza, è comune soprattutto nel genere femminile e colpisce il 2% degli individui⁷¹. I sintomi possono svilupparsi gradualmente o improvvisamente, con intensità variabile e se non trattati farmacologicamente tenderanno a persistere; le preoccupazioni interessano prevalentemente il volto o il capo (capelli, naso, rughe, cicatrici, colore della pelle, peluria). Tutti i soggetti dismorfobici tendono a dipingere le parti oggetto delle loro preoccupazioni come brutte o deformi o poco attraenti senza essere consapevoli di avere un aspetto essenzialmente normale. Addirittura possono arrivare a evitare gli specchi e sviluppare forme di complessi di inferiorità perché convinti che tutti li guardano e li giudicano negativamente. Poiché il soggetto dismorfobico è convinto di avere un problema estetico può, nei casi più gravi, evitare di mostrarsi in pubblico, di recarsi al lavoro, a scuola o di partecipare alle attività sociali.

Certamente la capacità di sentirsi bene nel proprio corpo è il risultato di un processo di maturazione e del raggiungimento di un equilibrio interiore caratterizzato dalla capacità di sapersi apprezzare con i propri difetti; quando però non si riesce a raggiungere questa armonia a causa di una insicurezza psicologica nessun chirurgo neanche il più bravo potrà mai correggere le problematiche del soggetto dipendente.

⁷¹ K.A. PHILLIPS, J.D. STEIN, *Disturbo da dismorfismo corporeo*, giugno 2014 (consultabile online, www.msmanuals.com).



10 - Dipendenza da shopping

Lo shopping compulsivo è caratterizzato dalla irresistibile e incontrollabile necessità di fare acquisti, con gravi conseguenze finanziarie, familiari e relazionali. Parte della dottrina medica⁷² ritiene che abbia basi biologiche anche se non rientra nel DSM V perché sintomo di disturbi più gravi e quindi non costituisce categoria nosografica a se stante.

Nonostante le difficoltà di inquadramento diagnostico, sono stati messi a punto diversi strumenti per lo screening dei soggetti dipendenti. Tra questi la *Compulsive Buying Measurement Scale* (NOTA) creata nel 1988 dai canadesi Valence, D'Astous e Fortier che consiste in una scala likert composta da 16 item. Essa indaga quattro aree: la tendenza a spendere, la presenza di aspetti reattivi, il senso di colpa, l'ambiente familiare dello shopper. O ancora la *Compulsive Buying Scale*, ideata da Faber e O' Guinn nel 1992, che indaga i sentimenti relativi al bisogno urgente di agire, il fallimento nel controllare questi stati d'animo e il livello di eccitazione che precede l'acquisto.

Sebbene gli studi su questa dipendenza si siano intensificati negli ultimi anni, la prima definizione risale al 1915 a opera di Emil Kraepelin⁷³ che introdusse il concetto di oniomania (dal greco *ὀνέομαι*, che vuol dire comprare). Successivamente, nel 1924 Eugen Bleuler⁷⁴ collocò la mania per l'acquisto tra gli impulsi reattivi sottolineandone l'elemento della compulsività.

Caratteristica principale di questa dipendenza è la presenza di una tensione crescente che viene alleviata solo comprando oggetti nonostante le difficoltà finanziarie. Tra le motivazioni che portano a sviluppare questa dipendenza sembra esserci il timore di non apparire attraenti agli occhi degli altri e secondo gli studiosi tale disturbo presenta caratteristiche di tipo egosintonico (l'acquisto genera piacere e sollievo) ed egodistonico (l'acquisto crea stress, conseguenze negative e sensi di colpa). Certamente

⁷² **D.W. BLACK**, *Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying*, in *J. Clinic Psychiatry*, n. 58, 1997, pp. 159-163.

⁷³ Lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin lo aveva descritto già un secolo fa con il termine "oniomania". Si veda **P. PELOSO**, *Shopping compulsivo: malati di comprare nella società dei consumi* (in *www.psychiatryitalia*).

⁷⁴ Emil Kraepelin, definendo lo Shopping compulsivo oniomania, descrive la dipendenza dagli acquisti come un impulso patologico a comprare. Egli ne identificò per la prima volta i sintomi insieme a Eugen Bleuler, che nel 1924 lo incluse tra gli impulsi reattivi



lo shopping compulsivo rappresenta una strategia per alleviare uno stato depressivo sottostante. Esistono sentimenti negativi come la solitudine, la frustrazione o la rabbia che aumentano la tendenza a compiere acquisti poiché lo shopping è associato a emozioni piacevoli quali felicità, senso di potere e competenza.

Le caratteristiche di questo tipo di dipendenza saranno il denaro investito eccessivo rispetto alle proprie possibilità economiche e gli acquisti ripetuti più volte in una settimana che perdono la loro ragione d'essere: non importa cosa si compera ma ciò che conta è acquistare per soddisfare un bisogno inderogabile e imprescindibile.

11 - Dipendenza da selfie

L'Oxford Dictionary definisce il selfie una "fotografia fatta a se stessi, solitamente scattata con uno smartphone o una webcam e poi condivisa sui social network"⁷⁵. Non conosciamo una data precisa a cui ricollegare la nascita della moda dei selfie anche se alcuni la riconducono al giorno in cui la granduchessa russa Anastasia Nikolaevna⁷⁶, inaugurando la sua nuova Kodak Brownie, girò la macchina verso se stessa e immortalò una sua immagine riflessa.

Il fenomeno dei selfie, al pari di tanti altri, è di per sé innocuo ma potrà divenire un problema quando scattare autoritratti diventa una routine quotidiana irrinunciabile o quando un individuo è nella impossibilità di postare foto manifestando altrimenti sintomi di astinenza come avverrebbe con le sostanze chimiche.

L'associazione psichiatrica americana APA⁷⁷ nel 2017 ha ufficialmente riconosciuto la dipendenza da selfie come una vera e propria mania e disturbo mentale, affermando che il bisogno costante di scattare selfie e dividerli nei social viene definito dai clinici come una forma di "narcisismo digitale"⁷⁸ con cui si spiegano le pratiche comunicative dell'epoca

⁷⁵ Rivista telematica (www.oxforddictionary.co), 2013.

⁷⁶ Nel 1913 la granduchessa Anastasia Romanov, figlia minore dell'ultimo zar di Russia Nicola II, scattò una foto a se stessa al fine di farne un dono per un'amica. Lo scatto è ormai famoso come primo selfie della storia.

⁷⁷ L'associazione psichiatrica americana, l'A.P.A., ha ufficialmente riconosciuto nel 2017 la dipendenza da selfie, ovvero gli autoritratti eseguiti con il telefonino, come una vera e propria mania e disturbo mentale. Gli psichiatri americani l'hanno chiamata "selfies" (si veda la rivista telematica all'url www.apa.org).

⁷⁸ Il web è uno specchio formidabile in cui riversare la propria immagine e terreno fertile



2.0 fondate su di un livello di egocentrismo molto accentuato, al punto da cadere nella patologia; secondo la teoria “degli usi e delle gratificazioni”⁷⁹

per il narcisismo digitale. La forma più ovvia di questo disagio consiste per l'appunto nel riempire il web di contenuti le cui caratteristiche siano in linea con quelli del narcisismo: grandiosa immagine di Sé, scarsa empatia nei confronti dei messaggi altrui, arroganza e senso di superiorità e richiesta di ammirazione da parte di chi osserva. Il narcisismo digitale può richiedere anche un altro tipo di pubblico che caratterizza un altro fenomeno: l'Ego-surfing. In questo caso il narcisista è alla costante e pressante ricerca sul web di contenuti e informazioni che lo riguardano. Il fenomeno è tanto diffuso (in modi più o meno sani) che sono stati messi a punto motori di ricerca specializzati. È il caso di *Egosurf* che permette di ottenere un punteggio basato sul nome e sui propri profili nei social network, o *BlogsBabel* che classifica i blog italiani, essendo i blogger i più colpiti dal narcisismo digitale.

⁷⁹ *Teoria degli usi e delle gratificazioni*. Gli studiosi hanno a lungo considerato gli individui come consumatori passivi dei media. Fino agli anni Cinquanta la posizione più diffusa era quella del ‘modello dell’ago ipodermico’, secondo cui i media hanno il potere di condizionare fortemente un pubblico totalmente indifeso (Effetti dei media). Questa posizione è stata messa in dubbio tra l’altro, negli anni Sessanta, dall’approccio degli ‘usi e gratificazioni’ con cui è teorizzato un pubblico molto più attivo. Gli individui - sostiene questo approccio - fanno uso dei media per soddisfare certi bisogni personali e pertanto manipolano attivamente i programmi televisivi, gli articoli dei giornali, i film e le canzoni. Sono state condotte numerose ricerche che, per quanto facciano ricorso a diverse tipologie di classificazione degli usi e delle gratificazioni, condividono tutte una serie di *presupposti di base*. Ne ricordiamo soprattutto quattro.

1) Gli individui consumano i media per soddisfare dei bisogni specifici che emergono nel contesto sociale in cui vivono. 2) I ricettori scelgono i media che meglio soddisfano questi bisogni. Piuttosto che essere sopraffatti dai media, essi piegano i media ai loro scopi. 3) Esistono anche altre fonti non medialità di soddisfazione dei bisogni personali, come la famiglia, gli amici, la comunicazione interpersonale, gli hobby, ecc., con cui i media devono costantemente competere per attirare l’attenzione dei ricettori. 4) Il pubblico è consapevole dei propri bisogni e delle ragioni che portano al consumo dei media.

Elihu Katz, insieme ad altri studiosi, ha descritto i modi in cui alcuni *fattori sociali* possono contribuire a generare certi bisogni legati ai media. Tra questi ricordiamo: a) la società produce conflitti e tensioni che portano gli individui a cercare dei momenti di relax nei media; b) la società crea una certa consapevolezza dei problemi più urgenti su cui è importante essere informati; i media forniscono l’informazione necessaria a risolvere questi problemi; c) la società permette poche opportunità di soddisfazione personale; i media si offrono come fonte di soddisfazione complementare o sostitutiva; d) la società sostiene certi valori che i media rafforzano ulteriormente attraverso l’offerta di materiali congruenti.

Gli studiosi non sono concordi sul numero e sulla natura dei diversi bisogni che vengono soddisfatti dai media. Alcuni ne indicano due, altri cinque. La tipologia di bisogni più diffusa è stata elaborata da McQuail, Blumler e Brown, i quali elencano quattro funzioni fondamentali: 1) diversione ed evasione emotiva dagli obblighi delle *routine* quotidiane; 2) relazioni personali (inclusa una funzione di compagnia e di utilità sociale); 3) identità personale (inclusa una funzione di riferimento personale, di esplorazione della



più un individuo percepisce che, attraverso i media, può soddisfare i propri bisogni più tenderà a usarli; l'abuso sarà proporzionale alla sua incapacità e impossibilità di ottenere gli stessi risultati gratificanti nel mondo reale.

Nell'analizzare questo nuovo bisogno alcuni hanno parlato di "Cultura del narcisismo" o anche di una "Epidemia del narcisismo". In Italia la studiosa Erica Benedetto, in un lavoro pubblicato su *State of mind* nel 2018⁸⁰, dimostra che farsi selfie rinforza i tratti narcisistici di personalità e giunge alla conclusione che vi è una correlazione tra la frequenza di utilizzo dei social e il disturbo narcisistico in relazione alla pubblicazione dei selfie.

È stata anche operata una distinzione tra narcisisti vulnerabili ovvero coloro che tendono a essere insicuri e hanno una minore autostima; sono quindi più propensi a sentirsi sicuri in un ambiente online rispetto a una interazione reale tanto che sono indotti a preferire i social come mezzo per ottenere approvazione e ammirazione. Di contro avremo i narcisisti grandiosi che tendono verso l'arroganza e l'esibizionismo ovvero coloro che avranno meno bisogno dei social per sentirsi gratificati.

L'attrazione da parte dei narcisisti digitali verso i social non si spiega solamente con la loro capacità di fungere da cassa di risonanza per il loro

realtà e di rafforzamento valoriale); 4) sorveglianza.

Katz, Gurevitch e Haas, che hanno condotto una vasta ricerca sull'esposizione ai media, seguendo il consumo di 1.500 israeliani adulti, hanno invece individuato cinque categorie di bisogni legati ai media: 1) bisogni cognitivi, legati alla raccolta di informazioni e conoscenze; 2) bisogni affettivi, legati al rafforzamento delle esperienze estetiche ed emotive; 3) bisogni di integrazione personale, legati al rafforzamento della propria credibilità, autostima, stabilità e *status* individuale; 4) bisogni di integrazione sociale, legati al rafforzamento dei contatti con la famiglia, gli amici, la società; 5) bisogni di evasione, legati al desiderio di evadere, di sfuggire alle tensioni della vita quotidiana.

Alcuni ricercatori sostengono che la tipologia dei bisogni va modificata se la teoria è applicata ai giovani. Egli infatti ritiene che, studiando gli adolescenti, emergono cinque bisogni diversi: l'esplorazione e la formazione della propria identità, l'identificazione con la cultura giovanile, l'evasione, la ricerca di forti emozioni, il tentativo di affrontare le esperienze negative. Questi bisogni sono intimamente legati alle fasi di sviluppo tipiche dell'età adolescenziale.

Molti studiosi, tra cui James Carey, hanno criticato il modello dell'*uses and gratifications* per il modo eccessivamente funzionalista di analizzare i comportamenti legati ai media, per non avere approfondito l'importanza della cultura e per avere sopravvalutato l'attività dell'audience. Dopo la metà degli anni Ottanta, questa teoria è passata in secondo piano. Si veda **M. BERCHMANS, M. BRITTO**, *Uses and gratifications theory*, in F. LEVER, P.C. RIVOLTELLA, A. ZANACCHI (edd.), *La comunicazione. Il dizionario di scienze e tecniche*, Elledici, 2003 (versione on line, www.lacomunicazione.it, 31 luglio 2019).

⁸⁰ **E. BENEDETTO**, *Facebook delle mie brame: la relazione tra utilizzo di social network, selfie e narcisismo*, in rivista telematica www.stateofmind.it/2018/12.



Sé ma per la forza di questi ultimi di produrre delle “esperienze ottimali” definite di flusso (flow) in grado di fornire una ricompensa intrinseca ai propri utenti. Lo stato di flow

“è uno stato emotivo positivo sviluppato da Mihaly Csikszentmihalyi, uno degli psicologi più famosi nell'indagine della psicologia positiva. Quando si è in questo stato, la persona si trova totalmente assorta in una attività di suo gradimento in cui il tempo vola e azioni, pensieri e movimenti si succedono l'un l'altro senza fermarsi. Questo stato emotivo positivo è caratterizzato dal coinvolgimento totale nella attività che si sta realizzando mantenendo un livello di concentrazione assoluto. Tuttavia, tale livello di assorbimento nella attività che stiamo svolgendo porta ad uno stato di mancanza di autocoscienza in cui viene a mancare la concezione egocentrica di sé come attore tanto è vero che la soddisfazione di alcuni bisogni, anche quelli fisiologici, potrebbero passare in secondo piano. Come effetto collaterale dell'intensa presenza, lo stato di flow porta ad una alterazione del tempo: si perde la cognizione del tempo che passa senza che ce ne rendiamo conto”⁸¹.

Il narcisismo digitale è caratterizzato da una serie di azioni estremizzate che oscilla tra lo scattare i selfie e la condivisione di momenti privati e intimi della propria vita quotidiana. L'eccesso di condivisione di informazioni, quando diventa un'abitudine quotidiana, concretizza una estensione del Sé, quindi il mettersi in mostra anche in maniera spettacolare diventa un modo per affermare di esistere: “esistiamo solo se possiamo essere visti e riconosciuti”⁸². Naturalmente tutto ciò che viene immesso nella rete, dopo avere passato il vaglio dei like favorevoli può essere anche annullato dalla pubblicazione successiva e così negare la propria storia personale e la possibilità di scegliere di volta in volta chi si vuole essere in maniera fluida e arbitraria.

Il piacere che se si trae da questa attività porta gli utenti a cercare sempre l'immagine migliore anche se finta e fotografare non solo il proprio viso ma anche altre parti del corpo o momenti del proprio quotidiano intimi. Al concetto di intimità gli studiosi hanno legato il concetto di “estimità” che possiede uno scopo specifico: ricavare autostima verificando il consenso dei destinatari poiché “i contenuti personali sono l'asso nella manica di chi cerca attenzione e nei social chi pratica la strada della estimità tende a reiterarla, specialmente in tutti i casi in cui abbia un riscontro

⁸¹ M. LAZZERI, *Narcisismo digitale e altre patologie da iperconnessione*, marzo 2019, in rivista telematica www.stateofmind.it, p. 4.

⁸² M. LAZZERI, *Narcisismo digitale*, cit., p. 4.



positivo”⁸³.

Il web incoraggia quindi lo sviluppo e il progresso della cultura narcisistica attraverso “l'esibizione di identità seducenti e molto spesso fittizie. L'individuo non è più concentrato sul costruirsi per come è davvero ma per convincere gli altri a credere chi finge di essere”⁸⁴; l'iperconnessione caratterizzante il narcisismo digitale ha portato quindi la nascita di nuovi disturbi in qualche maniera legati a esso ma non ancora ufficialmente riconosciuti nei Manuali diagnostici.

Queste neonate patologie note come **F.O.M.O.** (Fear of missing out) sono denominate: Nomofobia, Phubbing e Vamping.

La F.O.M.O., ovvero la paura di essere tagliati fuori, indica una forma di ansia sociale caratterizzata dal

“desiderio di rimanere continuamente in contatto con gli eventi nel cyber mondo o con le attività che interessano i nostri parenti o amici per la paura di rimanere esclusi da qualunque avvenimento o situazione che ci offra una opportunità di integrazione sociale”⁸⁵.

Come prima detto non è una patologia riconosciuta a livello clinico ma la sua presenza può peggiorare una condizione preesistente di ansia e depressione. La paura di perdersi qualcosa di interessante costringe, chi soffre di questo disturbo, a essere costantemente collegato allo smartphone, controllando i propri account sui social e cadendo, in breve, in un circolo vizioso senza rendersene conto nel tentativo di cercare di riempire la solitudine che prova attraverso la Rete che, apparentemente, gli fa compagnia ma in realtà lo precipita in una solitudine maggiore e ben più grave.

La F.O.M.O. in Italia risulta essere un fenomeno ancora inesplorato e non esistono studi in merito mentre già nel 2013 il ricercatore californiano

⁸³ **S. TISSERON**, *Intimità sovraesposta*, Ramasay, Parigi, 2001, p. 123. Nel 2017 l'Osservatorio nazionale sulla adolescenza italiano ha stimato che i ragazzi della fascia 14-19 anni mediamente fanno 5 selfie al giorno, con punte massime di cento, contro i 2 selfie al giorno dei più piccoli. Pur di ottenere like ovvero commenti positivi il 13% ha seguito delle diete poiché più questi si ottengono e più cresce l'autostima, la popolarità e la sicurezza personale. Circa 2 adolescenti su 10 condividono tutti i loro selfie sui social sotterrando completamente il concetto di privacy e di intimità che ormai è condivisa tra tutti. In questo quadro l'Altro ovvero chi guarda esiste solo come proiezione di tutto ciò che può rispondere a un ritorno di ammirazione oppure come parti del Sé negative e frustranti e in quel caso viene eliminato senza esitazioni: in questa epoca post-moderna siamo sempre più connessi, più informati, più stimolati ma altrettanto sempre più soli.

⁸⁴ **M. LAZZERI**, *Narcisismo digitale*, cit., p. 8.

⁸⁵ **M. LAZZERI**, *Narcisismo digitale*, cit., p. 8.



Andrew Przybylski nel 2013 ha condotto un'importante ricerca arrivando alla conclusione che

“la F.O.M.O. è legata ad un rapporto ambiguo con i social dove ogni giorno veniamo bombardati da tormentoni, meme, video strani e semplicemente dagli eventi che accadono nel mondo o a cui partecipano i nostri amici e parenti. La F.O.M.O. risulta essere una forza stimolante in grado di influenzare il modo di utilizzare i social”⁸⁶.

Sempre sull'argomento un importante studio nel 2016 ha analizzato 400 adolescenti concludendo che

“più si è connessi e sintonizzati con gli altri più si percepisce lo stress e la paura di essere esclusi e respinti dalla propria rete sociale. I soggetti più a rischio e che sono colpiti da stati di ansia e abbandono sono coloro con bassa autostima e maggiore insicurezza che spesso rischiano di confondere la vita reale con quelle create virtualmente nei social. Ne consegue che per rimanere sempre a passo con gli altri si esibisce una vita costruita e quindi fittizia”⁸⁷.

La **Nomofobia** si riferisce alla paura o terrore di rimanere senza telefono cellulare o senza connessione a internet o al 4G. Essa è considerata come una dipendenza comportamentale e diventa dipendenza quando il soggetto utilizza lo strumento digitale per la maggior parte del suo tempo quotidiano al punto da fare insorgere disfunzioni significative nelle principali aree esistenziali come quella personale, relazionale, scolastica, familiare o affettiva.

Greenfield precisa sul punto che

“l'attaccamento allo smartphone causa delle interferenze nella produzione della dopamina, il neurotrasmettitore che regola il circuito cerebrale della ricompensa. Ogni volta che vediamo una notifica sul proprio cellulare il livello di dopamina sale poiché pensiamo che sia in serbo per noi il livello di qualcosa di nuovo e interessante. Il problema sorge perché non potendo sapere in anticipo se veramente accadrà qualche cosa di interessante si avrà l'impulso di controllare in continuazione innescando lo stesso meccanismo che sia attiva in un giocatore d'azzardo”⁸⁸.

⁸⁶ Lo scienziato sociale Andrew Przybylski dell'università di Oxford è stato il primo, insieme a ricercatori dell'Università della California, di Rochester e di Essex a dare una definizione completa della FOMO (in rivista telematica www.przybylski.com).

⁸⁷ I. BEYENS, E. FRISON, S. EGGERMONT, M. SAFRAN, *I don't want to miss a thing: adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs facebook use, and facebook related stress*, in *Computer in human behaviour*, 2016.

⁸⁸ M. LAZZERI, *Narcisismo digitale*, cit., p. 10.



La sintomatologia evidenziata in questa dipendenza riguarderà la salienza (cognitiva e comportamentale), conflitto, euforia e conforto, tolleranza, ritiro sociale, ricaduta e ripristino della dipendenza. La salienza cognitiva si presenta quando il pensiero del cellulare esclude o, per meglio dire, distrae da altri processi di pensiero così da non potersi focalizzare su altre attività. L'euforia associata all'uso del cellulare si riferisce alle sensazioni in cui ci sentiamo amati e ben considerati quando riceviamo telefonate o messaggi. Infine il ritiro sociale o impotenza riguarda la spiacevole sensazione di sentirsi incapace di fare determinate cose senza l'ausilio del proprio smartphone.

Phubbing è un termine nato dalla fusione delle parole phone e snubbing (snobbare) e descrive l'atteggiamento di chi, in compagnia di altri, li snobba a favore del proprio cellulare. Nel 2016 il termine fu accettato nell'Oxford English Dictionary. L'uso eccessivo e in alcuni casi ossessivo dello smartphone, oltre a creare dipendenza, può condurre a conflitti interpersonali, minando il benessere personale e relazionale e i soggetti che ne soffrono sono quelli che presentano ansia e insicurezza nelle relazioni.

Vamping, ovvero la tendenza a restare connessi sui social per l'intera notte; è un fenomeno nato negli Stati Uniti ma che si sta rapidamente diffondendo anche in Italia. Ne sono colpiti per lo più i giovani ma anche molti adulti possono essere facili prede. I segni che distinguono tale fenomeno saranno il frequentare e navigare sui social e sui messenger tutta la notte; il dormire poco conseguente, l'irritabilità e il nervosismo, la scarsa attenzione dovuta alla stanchezza e lo scarso rendimento a scuola per i più giovani e sul lavoro per gli adulti. Le conseguenze dannose saranno disturbi dell'umore, stanchezza, debolezza, episodi di cybersickness ovvero nausea, vertigine, mal di testa, senso di confusione. Il clinico Lino Nobili⁸⁹, afferma che "il vamping è un disturbo sociale da non sottovalutare poiché può creare alterazioni dell'umore ma può anche essere un disturbo dell'umore già presente a creare la necessità di un rifugio notturno nel web".

12 - Dipendenza dal gioco d'azzardo

Il gioco rappresenta, fin dalla più tenera età, un fondamentale della esistenza umana. In particolare il gioco d'azzardo rappresenta una forma di

⁸⁹ Neurofisiopatologo e neuropsichiatra, responsabile del centro di medicina del sonno presso l'ospedale Niguarda di Milano in un'intervista rilasciata sul portale Sanità Informazione del 27 marzo 2018, consultabile online sul sito omonimo.



socializzazione e le prime pratiche risalgono al 3600 a. c. nelle popolazioni degli Assiri e dei Sumeri ma ne troviamo traccia anche nei testi del Vecchio e Nuovo testamento⁹⁰.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è un fenomeno in rapida diffusione in tutto il mondo e in Italia, dove si stima che il 3% della popolazione è affetta da GAP⁹¹. Il GAP è determinato dalla "condotta reiterata e continuativa di alcuni giochi" che possono essere suddivisi in: 1. giochi dalla vincita immediata (gratta e vinci, slot machine, videopoker, bingo); 2. giochi che prevedono un più prolungato tempo di attesa (lotterie, poker, scacchi, totocalcio). Saranno altresì suddivisibili in base al ruolo del giocatore, ovvero quando questo avrà un ruolo attivo (poker o scacchi) oppure se la sua sorte dipenderà dalla fortuna (gratta e vinci, bingo, lotteria), e in ultimo si possono differenziare i così detti Giochi hard e soft in base alla quantità di tempo che intercorre tra la giocata e l'esito; alla facilità di accesso al gioco; alla possibilità di ripetere la giocata (la possibilità di inseguire la vittoria e di "rifarsi") o alla possibilità di giocare senza discontinuità.

I giochi a riscossione immediata sono senza dubbio quelli che più permetteranno la nascita delle dipendenze perché producono una sensazione di eccitazione immediata, intensa e brevissima determinata dall'attesa del risultato che spinge il giocatore a volerla sperimentare subito dopo. In secondo luogo sono maggiormente pericolosi i giochi in cui prevale il fattore fortuna nei quali i giocatori inseguono la vincita nella convinzione che prima o poi saranno loro i fortunati.

L'insorgenza del disturbo è riferibile a tutte le fasce d'età dall'adolescenza in poi e ad ambedue i sessi, con la differenza che le donne si rifugiano nel gioco in seguito a eventi dolorosi della propria vita mentre gli uomini giocano per "sentirsi vivi, in azione, alla ricerca dell'eccitazione e del piacere o per guadagni facili e veloci".

Le edizioni prima e seconda del DSM ignoravano totalmente il GAP e bisognò attendere l'edizione del 1980 per fargli ricevere un inquadramento diagnostico insieme agli altri disturbi psichiatrici. Nella quarta edizione il DSM il GAP venne inserito nella categoria "disturbi del

⁹⁰ E. PACKEL, *Matematica dei giochi e dell'azzardo*, Zanichelli, Bologna, 1988, p. 1.

⁹¹ Secondo i dati Eurispes gli scommettitori nel mondo superano i 50 milioni di persone. Uno studio condotto sul fenomeno dalla AII.Pa.C. (Società italiana di intervento per le patologie compulsive) conferma che in Italia l'85% dei giocatori è costituito da uomini e tra questi il 51% ha una età compresa tra i 40 e 50 anni; il 22% tra i 50 e 60 anni e il 65% ha più di 60 anni. La diffusione del fenomeno sembra crescere in modo esponenziale negli adolescenti, più precocemente tra i maschi.



controllo degli impulsi non altrove classificati” insieme alla piromania, alla cleptomania, al disturbo esplosivo intermittente e alla tricotillomania. Nella quinta e ultima edizione la denominazione viene modificata da Gioco d'Azzardo Patologico a Disturbo da Gioco d'Azzardo; il cambiamento non appare meramente linguistico e va nella stessa direzione dell'evoluzione dei disturbi da uso di sostanze. Il Manuale infatti elimina qualsiasi distinzione tra diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze per unificarla in una sindrome alla quale viene assegnato un gradiente di gravità sulla base del numero di criteri che sono soddisfatti nello specifico quadro clinico.

L'American Psychiatric Association inserisce il GAP nella categoria “disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove”.

Le tipologie di giocatori individuate sono le seguenti: il giocatore professionista che fa del gioco una professione preferendo i giochi ad alta competizione riuscendo però a mantenere il controllo sulla sua condotta; il giocatore antisociale che usa barare, predilige i giochi illegali e non rispetta le regole; il giocatore sociale casuale che non si lascia assorbire dal gioco ma lo usa come strumento di socializzazione e di svago momentaneo; il giocatore sociale severo colui il quale considera il gioco il proprio passatempo preferito ma non permette a quest'ultimo di interferire con la sua attività lavorativa né con i suoi rapporti familiari; il giocatore nevrotico per il quale il gioco rappresenta un antidoto alla noia, all'ansia, alla depressione e alla bassa autostima che comunque riuscirà ad avere un certo controllo e infine il giocatore nevrotico per il quale il gioco rappresenta il focus centrale della propria vita non riuscendo ad avere più il controllo su di sé; dimenticherà o metterà in secondo piano il lavoro, la famiglia e gli altri impegni convogliando tutte le proprie energie e risorse per il gioco: viene definito anche patologico.

Quando siamo nella patologia la prima fase che coinciderà a una vincita sarà in grado di determinare forti emozioni di piacere, la sensazione di onnipotenza e grandezza, l'innalzamento dell'autostima e il sentimento della invincibilità. Ricavando una grande soddisfazione il giocatore è portato a intensificare le giocate, riducendo sempre più i tempi tra una e l'altra e investendo denaro in quantità sempre maggiori; in tal modo ben presto perderà il controllo sul gioco del quale diventerà schiavo e succube. Quando il gioco avrà preso il sopravvento sul giocatore diventando come una droga quest'ultimo passerà tutto il suo tempo giocando avendo come pensiero fisso la necessità di recuperare il denaro necessario, di conseguenza comincerà a contrarre debiti, chiedere prestiti e assentarsi dal lavoro. A ciò si assoceranno disturbi psicofisici come la depressione, l'ansia, l'insonnia, la disforia e l'irritabilità. L'unico modo per risollevare il proprio umore sarà quello di giocare nella illusione che, nel breve periodo, la dea



bendata sarà benevola verso di loro (circuiti dell'inseguimento della vincita). La terza e ultima fase sarà quella denominata della disperazione poiché il giocatore acquisisce consapevolezza di avere un serio problema e per cercare di risolvere può ricorrere a psicofarmaci o droghe trovandosi in una condizione di isolamento e solitudine in cui anche il rischio suicida è elevatissimo.

Una dipendenza più sottile che ritroviamo nel gioco d'azzardo sarà quella del gioco d'azzardo online che conosce una espansione rapida e altrettanto pericolosa. Le ragioni del successo di tale fenomeno sono tante tra le quali saranno l'anonimato, il suo essere sottratto ai limiti temporali e spaziali e l'utilizzo delle carte di credito che consentono di giocare senza avere la sensazione fisica di ciò che si perde e la consapevolezza del denaro impiegato; inoltre la rapidità del gioco "determina un circuito di reward che si estingue velocemente spingendo, quindi il giocatore a reiterare la condotta"⁹². I dati mostrano che il gioco online è il preferito dagli uomini soprattutto adolescenti; tali giochi hanno un ulteriore elemento di pericolosità determinato dal passaggio di attività ludiche condivise a quelle condotte in solitudine e quindi prive di qualsiasi elemento di socialità e condivisione. In particolare negli adolescenti il gioco sarà destinato a radicarsi nella personalità degli stessi e ciò avrà come conseguenza che

"la personalità adulta di questi giocatori patologici sarà fondata sul gioco e gli eventuali tentativi di estinguere la condotta comporteranno il dover rivedere tutta la struttura di personalità del giocatore; con il rischio di andare incontro all'ulteriore insorgenza di disturbi psichici, soprattutto dello spettro del tono dell'umore (depressione maggiore) e a importante rischio suicidario"⁹³.

In conclusione non è azzardato affermare che, sebbene il gioco d'azzardo sia una pratica molto antica, è, nell'epoca attuale, arrivato a rappresentare un disturbo psichiatrico importante. La cultura del gioco e la sottostima del problema produce un aggravamento del problema che invece andrebbe affrontato con maggiore serietà e consapevolezza.

12a - La dipendenza da Trading online

Trading on line è una espressione anglosassone (gli inglesi in verità preferiscono parlare di online trading) che significa "negoziazione digitalizzata

⁹² D. LA BARBERA, C. LA CASCIA, *Il gioco d'azzardo patologico*, in *NÓOC*, *Aggiornamenti in psichiatria*, 2008, p. 136.

⁹³ D. LA BARBERA, C. LA CASCIA, *Il gioco d'azzardo*, cit., p. 137.



*ovvero negoziazione telematica di titoli finanziari*⁹⁴. È un servizio fornito da società finanziarie autorizzate dalla Consob, che consiste nel mettere a disposizione dei clienti privati un programma per computer (o meglio una piattaforma) che attraverso la connessione alla rete internet permette di visualizzare i titoli presenti su numerosi mercati borsistici italiani ed esteri, di acquistarli o venderli nel giro di pochi centesimi di secondo.

Queste società sono dette “broker online” e chiedono una commissione su ogni ordine di acquisto o vendita inviato in Borsa. I broker possono essere banche oppure Sim o società specializzate solamente nel Trading on line.

Negli ultimi anni la crisi finanziaria che attanaglia i Paesi occidentali e la necessità o il desiderio di aumentare i propri guadagni hanno spinto molti soggetti ad accostarsi a questa forma di investimento che ha come caratteristiche principali la semplicità dell'approccio e l'illusione di potere avere ampi guadagni dai propri investimenti. È un fenomeno in costante crescita particolarmente insidioso perché oltre le truffe, aumentate sensibilmente, può fare scaturire una vera e propria dipendenza identica a quella da gioco o da sostanze stupefacenti. Nel Trading ciò che crea la dipendenza è l'idea errata di potere guadagnare un'elevata somma di denaro tale da potere permettere un cambio radicale della propria vita o comunque da potere risolvere il maggior numero dei propri problemi⁹⁵. La realtà purtroppo è molto diversa poiché non tutte le operazioni si concludono con un guadagno, ma solamente un numero esiguo di trader sono capaci di ottenere guadagni elevati⁹⁶. La patologia si verificherà quando il soggetto perderà il controllo, ovvero nel caso in cui non sarà più in grado di dominare l'impulso e la volontà di operare sul web e contemporaneamente la sua condotta è molto prolungata nel tempo.

I sintomi di questa patologia saranno i seguenti: il dipendente non sarà in grado di essere sincero sulle somme di denaro investite e perse; il

⁹⁴ Rivista telematica *www. Il sole24ore.com* del 14 giugno 2019.

⁹⁵ Cfr. rivista telematica *www.tradingonline.me* (o anche *www.stateofmind/2019/03/narcisismo-patologie-iperconnessione*).

⁹⁶ Un aspetto da non sottovalutare sarà la così detta “Fortuna del principiante” ovvero il fatto che quando si inizia potrebbe capitare di effettuare operazioni fortunate che portano a guadagnare delle somme ma se in questa fase non si è dotati di un equilibrio in grado di fare gestire con prudenza le emozioni il rischio conseguente sarà di entrare in una spirale viziosa in cui il pensiero costante sarà solo quello di guadagnare ancora e di più. Nel momento in cui il trader si troverà di fronte ai risultati negativi la situazione diventerà molto pericolosa poiché nella illusione di recuperare le somme perse si entrerà in un atteggiamento compulsivo e uno scollamento dal piano del reale.



trading viene fatto per gioco in maniera poco prudente e superficiale; compare una vera sofferenza emotiva quando ci si allontana dal monitor; gli investimenti saranno sempre più elevati al punto da arrivare a sofferenze economiche o veri e propri dissesti; il trading diventa una priorità di vita. L'elemento della perdita del denaro non deve indurre in errore dal momento che anche nel caso di guadagni ripetuti, che raramente avvengono, si potrà instaurare una vera e propria dipendenza. Le conseguenze sono facilmente intuibili perché chi non riesce a comprendere precocemente di essere malato andrà incontro non solamente a perdite finanziarie anche importanti ma pure a un totale isolamento e una incapacità nei rapporti interpersonali che non lo metteranno in grado di avere uno scambio maturo e responsabile.

12b - Dipendenza dai videogiochi

Nel 2018 la decisione della Organizzazione mondiale della Sanità di includere il gaming disorder tra le nuove forme di dipendenza sollevò vivaci discussioni nel mondo accademico e scientifico che a più riprese si opponeva a tale orientamento. Nonostante le opposizioni in occasione della 72^a edizione del World Health Assembly tenutasi a Ginevra i 194 membri dell'OMS hanno formalmente inserito il Gaming disorder nell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems riconoscendolo come malattia⁹⁷. Per Gaming disorder si intende

“una serie di comportamenti persistenti o ricorrenti legati al gioco sia online che offline manifestati da: un mancato controllo sul gioco; una sempre priorità data al gioco, al punto che questo diventa più importante delle attività quotidiane e sugli interessi della vita; una continua escalation del gaming nonostante conseguenze negative personali, familiari, sociali, educazionali, occupazionali o in altre aree importanti”⁹⁸.

⁹⁷ La classificazione diventerà effettiva dal 1 gennaio 2022, ma la scelta dell'OMS ha già suscitato polemiche e prese di posizione da parte della industria video-ludica. Il Presidente della Sony, Kenichiro Yoshida, ha espresso nei media le sue opinioni sostenendo che sarà necessario adottare delle contromisure poiché la questione è molto seria. Ha ribadito l'impegno della Sony a rendere le piattaforme di gioco virtuali più sicure implementando un sistema di classificazione per limitare i giocatori in base all'età a adottato misure sulla base dei loro standard. Resta tuttavia poco chiaro cosa vorrà fare la Sony concretamente per contrastare la dipendenza dai videogiochi.

⁹⁸ F. MALGIERI, *Gaming disorder, l'OMS: la dipendenza dai videogiochi è ufficialmente una malattia*, 28 maggio 2019 (consultabile sulla rivista telematica www.corriere.it).



Al fine di potere considerare patologico questo comportamento sarà necessaria, da parte del soggetto, una reiterazione della condotta per almeno dodici mesi.

Malgrado i videogiochi siano spesso oggetto di controversie le ragioni dell'inclusione dal Gaming disorder nell'elenco delle malattie da parte dell'OMS sono chiare e precise, ed ebbe modo di spiegarle un membro della stessa OMS, il Dott. V. Poznyak, quando disse che

"l'inclusione del Gaming disorder nella classificazione è data dal fatto che fornisce agli operatori sanitari la possibilità di identificare questo disturbo, di diagnosticarlo se è presente e di collegare al paziente tutte le conoscenze disponibili sulla patologia. Ci consente di prevedere la sua causa e di identificare gli interventi di prevenzione e trattamento più appropriati"⁹⁹.

Attraverso studi recenti si è potuto stabilire che la dipendenza da videogames è causata dallo stesso meccanismo cerebrale di quello da alcool o da cannabis. Il divertimento diventerà dipendenza se il cervello sarà continuamente sottoposto agli stimoli positivi che ne derivano (gli stimoli positivi ripetuti provocheranno un rilascio maggiore di dopamina nella parte anteriore del cervello legato alla sensazione del piacere; nelle ipotesi in cui questo processo verrà ripetuto si creerà una memoria cerebrale legata a quello stato di piacere e la persona sarà indotta a ricercare quella sensazione sempre più spesso).

Una delle prime conseguenze negative dei video giochi è quella del video-abuso ovvero un comportamento incontrollato dell'uso; seguirà la video-fissazione ovvero la prolungata esposizione a un videogame senza pause e completamente assorbiti dal gioco in silenzio e spesso in una stanza poco illuminata. Si avrà una diagnosi di dipendenza da videogiochi quando un soggetto soddisferà almeno quattro dei seguenti criteri: con l'aumentare delle giocate ai videogiochi il soggetto rivive sempre esperienze trascorse di gioco a valutare e pianificare le prossime giocate ai videogiochi o a escogitare modi per procurarsi il denaro con cui giocare; bisogno di spendere somme sempre maggiori di denaro per ottenere l'eccitamento desiderato; irrequietezza e irritabilità quando si tenta di giocare meno ai videogiochi o di smettere; il soggetto ricorre ai videogiochi come fuga da problemi o conforto all'umore disforico; dopo avere speso soldi giocando ai videogiochi il soggetto ritorna spesso a giocare per ottenere un punteggio maggiore; il soggetto mente e litiga in famiglia e altri per nascondere il

⁹⁹ S. SCUTTI, *WHO classifies 'gaming disorder' as mental health condition* (consultabile online all'url www.cnn.org), aggiornato 1319 GMT (2119 HKT) il 18 giugno 2018.



grado di coinvolgimento nei videogiochi mettendo a rischio la propria attività; il soggetto compie azioni illegali o asociali per finanziare i videogiochi; confida negli altri perché gli forniscano il denaro necessario a fare fronte a una situazione economica disperata causata dai videogiochi. I sintomi della dipendenza possono verificarsi attraverso stati di ansia, attacchi di panico, problemi del sonno, sogni riguardanti i videogiochi, incubi e tremori.

Assistiamo a un numero sempre maggiore di adulti videodipendenti che utilizzano il loro tempo nel gioco virtuale con pesanti e gravi ripercussioni sul rapporto di coppia e sulla famiglia; il videodipendente tenderà a trascurare fino a tralasciare del tutto i propri doveri e le proprie responsabilità rendendolo incapace di concepire un rapporto di coppia dalle dinamiche familiari equilibrate e mature.

13 - Dipendenza da sport

La pratica sportiva, contrariamente al passato, oggi è sempre più considerata importante e consigliata dai medici, al pari dei farmaci tradizionali, al fine di garantire in gioventù un benessere psico-fisico ormai irrinunciabile e in tarda età a prevenire e tenere sotto controllo tante delle patologie tipiche. Il numero dei praticanti amatoriali assidui aumenta costantemente come ormai è penetrata nella mentalità comune una cultura della attività fisica; a ciò si aggiunge l'aumento costante delle strutture sportive e l'offerta variegatissima delle discipline più diverse.

Lo sport ormai è considerato dai più sinonimo di benessere, salute e successo e la cura di noi stessi non più rinunciabile; tuttavia può accadere che tra i molti che praticano attività fisica con costanza ce ne siano alcuni che, non avendo un proprio equilibrio, eccedano negli allenamenti arrivando a un surplus di esercizio che di fatto è paragonabile alla assunzione di sostanze stupefacenti poiché il piacere che si può raggiungere, dopo avere svolto una pratica fisica intensa, può generare assuefazione e dipendenza.

La dipendenza da sport rappresenta nella dimensione individuale la proliferazione, l'esagerazione e la distorsione patologica di un fenomeno che contraddistingue la società post-moderna: la necessità di apparire per esistere¹⁰⁰. Il desiderio di piacere a se stessi ma maggiormente agli altri può

¹⁰⁰ D. LA BARBERA, G. CANNIZZARO, M. MONACO, *L'exercice addiction*, in *NÓOS*, *Aggiornamenti in psichiatria*, 2008, p. 178.



andare a formare il così detto paradosso dello sport ovvero la trasformazione di un'attività di svago, di sviluppo e creatività in una schiavitù.

La dipendenza dall'esercizio fisico è stata individuata come “un insieme di abitudini maladattive”¹⁰¹ che possono comprendere tre o più condizioni tra le seguenti sette: la tolleranza ovvero il bisogno di aumentare progressivamente per raggiungere le stesse sensazioni di beneficio psicofisico o per evitare effetti sgradevoli legati alla mancanza del movimento abituale; astinenza ovvero sintomi fisici o psicofisici caratteristici rappresentati soprattutto da irritabilità, disturbi dell'umore e tensioni fisiche; il prolungamento degli allenamenti rispetto alle previsioni iniziali; la perdita di controllo manifestata generalmente con tentativi infruttuosi di ridurre l'attività fisica; presenza di una grande quantità di tempo speso in attività connesse allo sport; riduzione di altre attività importanti quali quelle sociali, lavorative o ricreative con frequente compromissione di tali aree di vita; allenamento continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico esacerbato dall'eccesso fisico.

Quando si parla di dipendenza da sport si usano le locuzioni *exercise dependence* ed *exercise addiction* ma, malgrado i due termini siano tradotti in italiano nella stessa identica maniera, possiedono sfumature diverse che dipingono la stessa patologia.

Sarà corretto parlare di *exercise dependence* nelle ipotesi in cui la dipendenza dall'esercizio fisico è strettamente connessa alle modificazioni fisiche e chimiche positive che lo sport è in grado di generare; in questi casi quando l'individuo sarà costretto a interrompere i propri allenamenti mostrerà sintomi di astinenza.

L'*addiction* si riferisce a una condizione più generale in cui è presente una dipendenza psicologica in ragione della quale viene ricercata una attività che risulti centrale per la vita del dipendente e per conferire a questa un significato.

Nel 1995 De La Torre¹⁰², compiendo un grande passo in avanti, sottolineò che la frequenza degli allenamenti non poteva essere considerata un criterio diagnostico scientificamente rilevante, ai fini della determinazione di una dipendenza, poiché non fornisce nessuna

¹⁰¹ D. LA BARBERA, G. CANNIZZARO, M. MONACO, *L'exercise addiction*, cit., p. 179.

¹⁰² J. DE LA TORRE, *Mens sana in corpore sano, or exercise abuse? Clinical consideration*, in *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59, 1995, pp. 15-31.



spiegazione e nessun dato utile sulle caratteristiche motivazionali, attitudinali ed emozionali del soggetto. In seguito a questo ragionamento individuò tre tipologie di persone che si rapportano in maniera non equilibrata ma, al contrario, maniacale e intensa all'attività sportiva. Esse sono:

- i *Sani nevrotici*, ovvero coloro che traggono dalla pratica sportiva un positivo miglioramento, un senso di benessere, di realizzazione e di successo. Coloro che rientrano in tale categoria sono individui soggetti ad attacchi di ansia e sindromi bipolari e utilizzano lo sport al pari di uno psicofarmaco;

- gli *Sportivi compulsivi*, per i quali l'attività fisica è un modo per sostenere una precisa routine che conferisce un senso di controllo e di superiorità morale; questi sono in grado di sacrificare la propria socialità e il proprio contesto vitale pur di non rinunciare ai propri allenamenti. Il senso di controllo che ottengono da questo tipo di atteggiamento compensa una autostima molto scarsa;

- i *Dipendenti sportivi*, per i quali l'attività fisica svolge una funzione regolatrice dell'umore e di uno squilibrio interno, rappresentando l'unico momento della giornata in cui ci si sente vivi e attivi, fino a condizionarne i ritmi di vita e influenzarne le relazioni¹⁰³. In tale condizione si potrà parlare di dipendenza sportiva primaria se risulterà indipendente da altre patologie oppure secondaria se sarà associata a sintomi riguardanti disturbi alimentari per i quali l'esercizio è propedeutico al controllo del peso e alla immagine corporea desiderata.

Per dipendenza da sport oggi intendiamo una condizione in cui siano presenti una sintomatologia simile a quella di molte altre dipendenze, e nello specifico si parla di dipendenza sportiva primaria se è indipendente da altre patologie e dipendenza sportiva secondaria quando è associata a disturbi alimentari o fenomeni di doping in cui accanto alla prima dipendenza si instaura una seconda derivante da sostanze.

I clinici hanno individuato quattro dimensioni la cui presenza di tutte o almeno una di esse sarà necessaria per diagnosticare una dipendenza che concernano: l'area psicologica, con incapacità a concentrarsi su una attività a causa del pensiero ricorrente all'esercizio fisico; l'area sociale o lavorativa collegata a problemi sociali, familiari o lavorativi connessi alla pratica sportiva; l'area fisica ovvero sovrallenamento o allenamento nonostante infortuni o parere medico contrario; l'area comportamentale, caratterizzata dalla presenza di comportamenti sportivi inflessibili,

¹⁰³ G. FERRARI, *Sport compulsivo*, Ferrari Sinibaldi ed., Milano, 2011, p. 20.



stereotipati o mirati all'auto-punizione.

Sarà necessaria la presenza di sintomi di astinenza con il conseguente desiderio persistente e tentativo infruttuoso di controllare o ridurre l'attività fisica praticata correlato a un disagio fisico o psicologico in relazione alla riduzione o cessazione delle abitudini di allenamento. Caratteristiche comportamentali tipiche dei soggetti dipendenti sono aumento del grado di tolleranza al numero degli esercizi fisici, eccesso di attività fisica, allenamento solitario poiché la presenza dei compagni potrebbe compromettere la qualità dell'allenamento, inganno circa i risultati ottenuti durante l'attività fisica, motivazioni ossessive che guidano l'attività sportiva come il controllo dell'umore, del sonno e del peso, presenza di disturbi alimentari quali anoressia o bulimia o di comportamenti di controllo alimentare con la assunzione di integratori o diete.

In particolare oggi è stata individuata e descritta dai clinici una nuova forma patologica detta "Bigoressia" o "Anoressia inversa"¹⁰⁴ o complesso di Adone¹⁰⁵ che colpisce circa il 10% dei body builder e dei

¹⁰⁴ Tale malattia, detta anche bigoressia, consiste in una "mente muscolare e ciò che in lui è un grave difetto è proprio la mentalizzazione, quella funzione estesa a coinvolgere e integrare aspetti emotivi, affettivi, cognitivi e relazionali. Per questo una diagnosi di bigoressia che interessa giovani uomini in età di matrimonio, ricade nello spazio disciplinato dal can. 1095, nn.2 e 3 del CIC. Nonostante il bigoressico conservi una sufficiente conoscenza intellettuale circa l'oggetto del consenso, non è in grado di sviluppare una comprensione affettiva del matrimonio, nonché dei suoi obblighi essenziali e non è in grado di operare con autonomia volitiva, prigioniero come è di condizionamenti, comportamenti di addiction e compulsivi" Sul punto si veda **M. FERRANTE, S. LA GRUTTA, R. LO BALDO**, *Disturbi correlati al comportamento agito: la bigoressia ovvero la reverse anorexia ed i suoi effetti sulla capacità matrimoniale*, in **AA. VV.**, *Dipendenze psicologiche e consenso matrimoniale*, LEV, Città del Vaticano, 2009, p. 172. Sempre sul punto, Harrison Pope, professore dell'Università di Harvard, in uno studio condotto nel 1983 descrisse per la prima volta una sindrome denominata "Anoressia inversa" dichiarando che: "la sindrome dell' anoressia inversa l'abbiamo qualora i body builders credevano di apparire piccoli e deboli nonostante fossero grandi e muscolosi [...] questi declinavano gli inviti sociali, si rifiutavano di essere visti in spiaggia o indossavano abiti pesanti anche nel caldo dell'estate perché temevano di essere troppo piccoli. I soggetti affetti da questa sindrome dichiarano di non essere abbastanza grossi, muscolosi e definiti nonostante la loro fisicità dica altro. Questo fenomeno avviene a causa di una dispercezione dell'immagine corporea di cui soffrono ovvero un disturbo che non consente loro di vedere nello specchio la loro immagine per quella che è realmente". Si veda sul punto **H.G. POPE Jr, K. PHILIPS, D.L. KATZ, J.I. HUDSON**, *Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders*, in *Compr. Psychiatry*, n. 34, 1993, pp. 406-409; **V. CARRETTA**, *Anoressia inversa o vigoressia: disturbi alimentari al maschile*, consultabile online sul sito della stessa, 8 agosto 2017; **V. CARRETTA**, *Anoressia inversa*, 2019 (consultabile online su www.Anoressiainversa.com).

¹⁰⁵ La Bigoressia o complesso di Adone è una ossessiva attenzione per la propria forma fisica e lo sviluppo muscolare che colpisce soprattutto i maschi tra i 25 e i 35 anni, seguiti



sollevarono di pesi¹⁰⁶; con tale espressione ci si riferisce a soggetti che, intimoriti dalla possibilità di diventare troppo magri e sottosviluppati dal punto di vista muscolare, cercano di mantenere il massimo controllo del loro corpo spesso attraverso il sovra-esercizio, l'iperattività, uso di diete sbilanciate e mediante l'uso di droghe e sostanze chimicamente prodotte¹⁰⁷.

I clinici Epling, Pierce e Stefan¹⁰⁸ nel 1983 capirono e dimostrarono attraverso i test da loro effettuati che la partecipazione a uno sport o a una intensa attività fisica è destinata a modificare i normali meccanismi energetici andando a giocare un ruolo fondamentale nei disturbi alimentari

da quelli tra i 18 e i 24 anni., dediti a una intensa attività fisica. La mitologia racconta che Adone nacque dalla relazione di sua madre Mirra con il nonno Cinira. Mirra era una fanciulla che si innamorò di suo padre Cinira. Mirra era disperata, e un giorno pensò persino di suicidarsi, ma la vecchia nutrice la fermò e dopo averla a lungo interrogata la vecchia riuscì a capire il dramma di Mirra e le promise un incontro d'amore con il padre. Durante i festeggiamenti in onore di Cerere, la madre della ragazza aveva fatto un voto di castità che le impediva di andare a letto con il marito. La nutrice allora propose a Cinira di accoppiarsi con una giovane vergine. C'era però una condizione posta dalla ragazza, quella di non farsi mai vedere. Tutto andò bene e padre e figlia si accoppiarono per nove notti di seguito, Mirra ne uscì d'altronde incinta. Una notte Cinira spinto dalla curiosità guardò la sua giovane amante e si accorse che era sua figlia. Spinto ora dalla rabbia, prese una spada e la inseguì per tutta la casa e i boschi vicini. Mirra chiese aiuto agli Dei, che la trasformarono in un albero. Dopo nove mesi si aprì la corteccia dell'albero e ne uscì un bambino: Adone. Adone fu raccolto da Afrodite che lo consegnò a Persefone, il quale se lo tenne. Con gli anni Adone divenne uno splendido ragazzo, di cui si innamorarono tutte le donne. Di lui si innamorarono persino Afrodite e Persefone che diedero vita a una disputa che giunse all'orecchio di Zeus. Zeus decise che la disputa la chiarissero le muse che decisero: Adone resterà 4 mesi con Afrodite, quattro mesi con Persefone, e quattro mesi con chi vorrà lui. Afrodite indossò la cintura della seduzione che faceva innamorare chiunque, e convinse Adone a passare con lei i quattro mesi di sua pertinenza. Persefone si recò da Ares che fuori dalla rabbia si mutò in un cinghiale e durante una partita di caccia uccise Adone. Si dice che Afrodite versò tante lacrime quante erano le gocce di sangue che uscivano dal corpo del suo amato, e da ogni lacrima nasceva poi un fiore. In quei giorni furono visti lunghissimi cortei di donne vagare per i boschi, perché erano molte le donne che si erano innamorate vedendo Adone.

¹⁰⁶ R.E. ANDERSEN, S.J. BARLETT, G.D. MORGAN, K.D. BROWNELL, *Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male body builder*, in *International Journal of Eating Disorders*, 1995, n. 18, pp. 49-57.

¹⁰⁷ Cfr. J.E. LEONE, E. SEDORY, K.A. GRAY, *Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders*, in *Journal of Athletic training*, n. 40, 2005, pp. 352-359. C. CATALINA ZAMORA, B. BOTE BONAECHEA, F. GARCIA SANCHEZ, B. RIOS RIAL, *Othorexia nervosa*, in *Acta espaniola de psiquiatria*, n. 33-1, 2005, p. 66-68.

¹⁰⁸ W.F. EPLING, W.D. PIERCE, L. STEFAN, *A theory of activity-based anorexia*, in *International Journal of Eating Disorders*, 1983, n. 3, pp. 27-43.



conseguenti¹⁰⁹.

Una delle ipotesi più accreditate è quella secondo la quale

“lo sport, soprattutto quello aerobico, sia in grado di attivare dipendenza in virtù della sua capacità di sostenere l'alta disponibilità di dopamina, implicata nella sensazione di appagamento e soddisfazione e betaendorfine dall'effetto simile agli oppioidi esogeni. Pertanto in seguito alla interruzione della attività sportiva, il cervello della persona dipendente, percepisce l'abbassamento e/o la mancanza di queste sostanze chimiche al suo interno e scatena sintomi di astinenza del tutto simili a quelli provati dalle persone dipendenti da sostanze”¹¹⁰.

Ovviamente sarà necessaria una valutazione seria e approfondita per riuscire a capire quando saremo in presenza di un soggetto dipendente: sarà necessario indagare preliminarmente quale sia il significato che lo sport riveste per il soggetto per poi procedere a una valutazione comportamentale ponendo l'attenzione agli atteggiamenti indici di un comportamento inadeguato come: l'impossibilità a resistere all'impulso di mettere in atto un certo comportamento; la sensazione crescente di tensione prima dell'inizio dell'atto e di perdita del controllo durante i ripetuti e fallimentari tentativi di ridurre o abbandonare il comportamento e, quindi,

¹⁰⁹ I clinici fecero una ricerca su dei topolini da laboratorio che intendeva mostrare come l'assunzione di cibo fosse ridotta in seguito all'esercizio e che tale restrizione alimentare aumentava con l'incremento della attività fisica. I topolini dello studio avevano la possibilità di accedere al cibo per un tempo limitato di 60-90 minuti al giorno e un libero accesso a una ruota per correre; si osservò che circa il 90% dei topolini giovani e il 70 % di quelli più anziani, progressivamente, incrementò il tempo passato sulla ruota, diminuendo quello passato a mangiare, talvolta, addirittura, correvano fino alla morte. Epling e i suoi collaboratori affermarono quindi che una sotto alimentazione e un sovra esercizio si rinforzano reciprocamente contribuendo a offrire importanti spunti di riflessione circa la possibilità per cui i meccanismi biologici che sottostanno al collasso dei normali meccanismi energetici, quando vi è una forte restrizione di cibo, sono associati a un esercizio molto intenso.

¹¹⁰ “Il bigorettico di oggi, ieri è stato un bambino esile e fragile, che ha subito umiliazioni, vergogna, isolamento a causa del proprio corpo spesso malato (bambini isolati per gravi malattie poi risoltesi oppure malattie che hanno comportato isolamento per via dell'atteggiamento ultra protettivo o malinformato dei genitori per esempio tonsilliti, asma ecc.). Questi bambini gracili, malati, solitari hanno poi trovato nella attività sportiva un modo per difendersi e per proteggersi. Ma l'ipertrofia muscolare, la corazza muscolare, sempre più spessa, da strategia di sopravvivenza diventa prigioniera asfittica per il sé che si sfinisce esausto in una attività muscolare solipsistica e senza senso, proiettato verso ideali irraggiungibili”: **M. FERRANTE, S. LA GRUTTA, R. LO BALDO**, *Disturbi correlati*, cit., 2009, p. 170.



la sua reiterazione nonostante la consapevolezza che lo stesso possa causare o aggravare problemi di ordine sociale, finanziario, psicologico o psichico; infine l'agitazione o l'irritabilità in caso di impossibilità a dedicarsi al comportamento.

Risulta chiaro però che

“il bigorettico è una mente muscolare e ciò che in lui è un grave difetto è proprio la mentalizzazione, quella funzione estesa a coinvolgere e integrare aspetti emotivi, affettivi e cognitivi e relazionali. Per questo una diagnosi di bigoressia che interessa giovani uomini in età da matrimonio, ricade nello spazio disciplinato dal canone 1095, n. 2 e 3 del CIC. Infatti nonostante il bigorettico conservi una sufficiente conoscenza intellettuale circa l'oggetto del consenso non è in grado di sviluppare una comprensione affettiva del matrimonio nonché dei suoi obblighi essenziali e non è in grado di operare con autonomia volitiva, prigioniero come è di condizionamenti, comportamenti di addiction e compulsivi”¹¹¹.

Nella giurisprudenza canonica ancora non si è potuto formare un orientamento specifico su questo tipo di disturbo, però la dottrina ha individuato la possibilità di accostarlo e trattarlo al pari della anoressia che invece ha interessato moltissime pronunce del Tribunale della Rota e dei Tribunali inferiori. I quali hanno sempre concluso in maniera affermativa ovvero di dichiarare la nullità del vincolo che a loro era sottoposto considerandola una patologia capace di inficiare gravemente la capacità di adempiere agli obblighi matrimoniali rendendo inefficace l'atto psicologico del consenso.

La giurisprudenza ha anche operato una distinzione tra il sintomo anoressia e l'anoressia vera e propria affermando che la nullità potremo averla nella ipotesi di anoressia vera e propria. Ragionando in siffatta maniera si è distinto tra sintomo bigorettico e bigoressia, riconoscendo colui che ne soffre come

“un forzato della palestra, succube del suo stesso progetto di plasmare il corpo, che passa il suo tempo in palestra a curare forma e muscoli, controlla ossessivamente la qualità della sua alimentazione e usa steroidi anabolizzanti per modellare il corpo. Il corpo non è generativo, sessuale, relazionale ma sterile, narcisistico, autoreferenziale. Sia il bigorettico che l'anoressica trascorrono da una grave dispercezione corporea i cui esiti sono opposti: rapiti in uno stato microderilante e allucinatorio testimoniano una drammatica scissione dell'unità mente

¹¹¹ M. FERRANTE, S. LA GRUTTA, R. LO BALDO, *Disturbi correlati*, cit., 2009, p. 171-172.



- corpo dove l'anoressica è tutta mentale mentre il bigoressico è tutto corporeo. Entrambi sono costantemente insoddisfatti dei risultati ottenuti poiché il corpo plasmato è lontano dal corpo desiderato e in entrambi tutta la vita - cognitiva, emotiva, affettiva, di relazione sociale- viene votata al progetto superiore: ipermentalizzare eliminando il corpo o ipercorporeizzare espellendo la mente¹¹².

Appare chiaro che tale patologia possa ricadere nella ipotesi del can. 1095, 2 -3 CIC rendendo così il vincolo coniugale nullo anche se è opportuno ricordare sul punto l'ammonimento di Papa Giovanni Paolo II per cui

“una vera incapacità è ipotizzabile solo in presenza di una seria forma di autonomia che, comunque si voglia definire, deve intaccare sostanzialmente la capacità di intendere e di volere del contraente e che solo le forme più gravi di psicopatologia arrivano ad intaccare la libertà sostanziale della persona¹¹³.

14 - Internet addiction e psicotecnologie

La rete internet è ormai parte integrante del quotidiano della maggior parte degli individui, e il suo uso ha modificato e influenzato il modo di comunicare e di concepire i rapporti inter relazionali.

Derrick de Kerckhove, esperto mondiale di tecnologie digitali, sostiene che

“televisione, computer, internet e le realtà virtuali sono psicotecnologie, vere e proprie tecnologie della psiche, capaci di influenzare la mente umana in modo molto sottile. I media elettronici, infatti, proprio per le loro qualità psicologiche entrano in forte affinità con la realtà mentale e i processi psichici e svolgono una straordinaria funzione di estensione del pensiero e di altre importanti facoltà umane come il linguaggio, la comunicazione, l'intelligenza¹¹⁴.

Oggi sappiamo operare la differenza tra le tecnologie tradizionali che erano prevalentemente fisiche ovvero volte a supportare il fisico e gli aspetti più concreti della quotidianità e le psicotecnologie capaci di modificare le coscienze, ampliare le percezioni sensoriali, amplificare i vissuti emotivi e

¹¹² M. FERRANTE, S. LA GRUTTA, R. LO BALDO, *Disturbi correlati*, cit., 2009, p. 176.

¹¹³ Cfr. Allocutio ad Romanae Rotae auditores (*Allocutio ad Romanae Rotae auditores*) del 25 gennaio 1988, in (AAS), 1988, p. 1183.

¹¹⁴ S. CANNIZZARO, D. LA BARBERA, *L'exercise addiction*, in ΝÓΟς, *Aggiornamenti in psichiatria*, 2008, p. 178.



affettivi arrivando a essere vere estensioni del Sé.

La denominazione Internet addiction disorder (IAD) fu introdotta, per la prima volta nel 1995, dallo psichiatra americano Ivan Golberg¹¹⁵ il quale pubblicò, in modo ironico per la verità, i criteri diagnostici di quella che identificò come dipendenza da internet descrivendo un quadro clinico molto simile a quello rintracciabile nella dipendenza da sostanza ovvero caratterizzato da comparsa di fenomeni di craving, tolleranza, astinenza, difficoltà a interrompere o ridurre l'uso nonostante le conseguenze negative nell'ambito familiare, sociale e lavorativo.

L'abuso di internet è determinato da una personalità fragile, da una esistenza vuota di valori, difficoltà a investire libidicamente la realtà e tutti i suoi aspetti. Il tipo di personalità predisposto per sviluppare una siffatta dipendenza è caratterizzata da tratti ossessivo - compulsivi, tendenza al ritiro sociale, inibizione relazionale, disturbi inerenti l'area affettiva, instabilità emotiva e scarso controllo delle emozioni. Sembrano più esposti al rischio soggetti con un elevato grado di informatizzazione, che svolgono lavori notturni o isolati geograficamente, disoccupati, con problemi coniugali o relazionali.

La dottrina medica ha elaborato un vero "*percorso virtuale*"¹¹⁶ caratterizzato dallo sviluppo sempre maggiore di dipendenza che conduce l'utente a divenire progressivamente un vero rete-dipendente; nella fase iniziale dove l'utente utilizzerà prevalentemente la posta elettronica e poco altro; seguirà lo "*stadio larvale della vita di un internet - dipendente*" caratterizzato da una navigazione sui siti web estemporanea e una focalizzazione ideo-

¹¹⁵ S. CANNIZZARO, D. LA BARBERA, *L'exercice addiction*, cit. p. 140. Nello stesso anno Griffiths definì le technological addictions come "*dipendenze comportamentali caratterizzate dagli stessi aspetti nucleari che ricorrono nella dipendenza da sostanza e che implicano una interazione tra uomo e macchina di tipo tendenzialmente passivo (televisione) o di tipo prevalentemente attivo (videogames)*"; Cfr M.D. GRIFFITHS, *Technological addictions*, in *Clinical psychology forum*, 1995, n. 76, p. 14. L'anno seguente Kimberly Young condusse una ricerca empirica, presso l'Università di Pittsburgh, per studiare questa neonata dipendenza e utilizzando come modello la dipendenza dal gioco d'azzardo la definì "*come un disturbo nel controllo degli impulsi che non implica assunzioni di sostanze*"; Cfr K.S. YOUNG, *Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder*, in *Cyberpsychology & behavior*, 1998, [104th Annual meeting of the American Psychological Association, Toronto-Canada, agosto 1996]. Malgrado che le ricerche furono frutto di un lavoro non molto scientifico, perché basato su campioni reperiti tramite internet, le conclusioni a cui i due clinici arrivarono sono oggi di grande interesse. Si veda anche P. PIETRACATELLA, *Internet addiction*, cit., p. 71.

¹¹⁶ T. CANTELMÌ, A. L. D'ANDREA, *L'internet dipendenza*, in J. JACOBELLI. (a cura di), *La realtà del virtuale*, Laterza, Bari, 1998, pp. 28-39.



affettiva su temi inerenti la rete. La fase successiva sarà quella *tossicofilica* ovvero sarà presente un forte incremento del tempo di permanenza in rete, sensazioni sgradevoli e idee ricorrenti sulla rete quando si è off line, partecipazione assidua alle chat e ai newsgroup, sessioni online notturne prolungate con deprivazione del sonno. Il percorso virtuale culmina nella fase *tossicomaniaca* in cui l'uso di internet sarà tale da compromettere, con gravità variabile, l'ambito sociale, relazionale e professionale dell'utente.

L'inquadramento diagnostico della dipendenza da internet, nel DSM IV, fu posto alla voce Disturbi da dipendenza della gratificazione mentre nella edizione DSM V è stato riconosciuto come una vera dipendenza al pari di quelle da sostanze; sono comunque tutti concordi nel ritenere il tempo passato in rete un elemento importante ai fini della diagnosi di dipendenza ma non determinante perché sarà necessario valutare i danni e le conseguenze negative che questo tempo produce sulla vita dell'utente. È stato elaborato il concetto di Pathological internet use (PIU) per individuare¹¹⁷.

Altri autori hanno proposto una caratteristica diagnostica denominata internet related psychopathology (IRP) per indicare “una costellazione di comportamenti di abuso o dipendenza da internet che comprende una serie di differenti cyber addictions connesse alle specifiche funzionalità e applicazioni interattive della rete telematica”. L'ampio ventaglio dei fenomeni di dipendenza e abuso è stato poi raccolto sotto la denominazione *Tech abuse*¹¹⁸.

Appare chiaro quindi quanto lo sviluppo di una patologia siffatta sia contraria al *bonum coniugum* e quanto colui che la svilupperà sarà affetto da disturbi comportamentali preesistenti che renderanno impossibile rendere un consenso matrimoniale libero e consapevole in grado di capire cosa sia il vincolo matrimoniale e di assumersi le obbligazioni che ne discendono.

14a - Dipendenza da email (email addiction)

¹¹⁷ S. CANNIZZARO, D. LA BARBERA, *Le psicotecnologie e l'internet addiction disorder*, in ΝΟΟς, *Aggiornamenti in psichiatria*, vol. 14, n. 2, maggio-agosto, 2008, p. 144. È stato elaborato il concetto di Pathological internet use (PIU) per individuare due forme cliniche: il PIU generalizzato e il PIU specifico (caratterizzato dalla preferenza per precise funzioni di internet: materiale erotico, gioco d'azzardo, asta online) ed è stato appurato che in entrambi i casi si evidenzia la presenza di una patologia preesistente all'abuso di internet. Si veda sul punto anche T. CANTELMÌ, *Tecnoliquidità, la psicologia ai tempi di internet*, San Paolo ed., Milano, 2013, p. 120.

¹¹⁸ F. DI MARIA, S. CANNIZZARO, *Reti telematiche e trame psicologiche*, FrancoAngeli, Milano, 2001, p. 53.



La posta elettronica o *e-mail* (dall'inglese *electronic mail*), come è noto a tutti, è un servizio Internet grazie al quale ogni utente abilitato può inviare e ricevere dei messaggi utilizzando un computer o altro dispositivo elettronico (es. palmare, smartphone, tablet, ecc.) connesso in rete attraverso un proprio account di posta registrato presso un provider del servizio. È uno dei servizi Internet più conosciuti e utilizzati assieme alla navigazione web. La sua nascita risale al 1971, quando Ray Tomlinso installò su ARPANET un sistema in grado di scambiare messaggi fra le varie università, ma chi ne ha realmente definito il funzionamento fu Jon Postel. Rappresenta la controparte digitale ed elettronica della posta ordinaria e cartacea. A differenza di quest'ultima, il ritardo con cui arriva dal mittente al destinatario è normalmente di pochi secondi/minuti.

Naturalmente l'uso di tale mezzo di trasmissione non solamente è innocuo ma presenta dei vantaggi in termini di spesa e velocità di trasmissione delle informazioni al punto che non può essere più abbandonato; il problema sorgerà quando questo utilizzo diventerà una ossessione e in questa ipotesi parleremo di email addiction.

Nell'email addiction tramite un invio si possono annullare le distanze geografiche e culturali facendo sorgere in capo a un individuo una sorta di onnipotenza virtuale nella convinzione di potere sviluppare aspetti del Sé non altrimenti valorizzabili. Ovviamente, parlando in termini oggettivi, la posta elettronica non indurrà mai cambiamenti biochimici quindi non si potrà parlare di dipendenza in senso stretto ma può produrre una dipendenza psicologica in coloro che, vivendo difficoltà psicologiche diverse, abuseranno di tale mezzo riducendo drasticamente o addirittura azzerando i contatti reali con gli altri.

Nella comunicazione mediata da un mezzo tecnologico molti segnali non verbali sono destinati ad andare perduti, e per quanto ricco sia il testo digitale spesso non può risultare sufficiente a farci comprendere il nostro interlocutore. L'email solamente in apparenza è in grado di facilitare il contatto con gli altri, ma in realtà garantisce protezione emotiva, e la distanza fisica consente un notevole risparmio di sentimenti ed evita di metterli in gioco direttamente. Nell'illusione di connettersi a un mondo intero l'individuo dipendente si isola da tutti, facendosi proteggere dalla interfaccia digitale. Il virtuale diventa così un'alternativa al dolore e alla solitudine.

La consapevolezza della dipendenza si avrà quando l'utente passerà ore consecutive davanti al monitor o allo smartphone con la speranza di veder apparire sullo schermo l'indicazione new mail. La patologia si concretizzerà nel bisogno insopprimibile di controllare in continuazione la posta anche se si è consapevoli di non aspettare nulla in particolare.



Sintomo della patologia in atto sarà la moltiplicazione degli account ovvero dei propri indirizzi email: gli email dipendenti ne avranno infatti decine differenziati per usi diversi: amici, lavoro, persone conosciute occasionalmente in rete, comunicazioni formali, newsletter e tramite questo sistema il soggetto dipendente potrà decidere quali aspetti della propria personalità mostrare agli altri. Altro sintomo della dipendenza sarà la così detta “*email rage*”¹¹⁹ ovvero le manifestazioni di rabbia violente e aggressive ogniqualvolta un messaggio non giunga a destinatario o giunga in maniera errata.

Tale dipendenza potrà avere delle conseguenze disastrose sugli affetti e sulla capacità di relazione del soggetto dipendente. L'utilizzo ossessivo-compulsivo di internet e della posta elettronica porta la persona ad alienarsi dal resto del mondo e dalla realtà. Il dipendente creandosi un mondo proprio e irrealistico si allontanerà progressivamente dalle sue responsabilità di genitore, coniuge o amico. L'oggetto della dipendenza sarà talmente invasivo nella sua vita da divenire tutto ciò che gli occorre per vivere e nel caso del coniugio il partner sarà visto come un proprio peso perché rappresenta un ostacolo alla libera navigazione in rete.

15 - Dipendenza dalla televisione

La televisione viene sempre più spesso additata come la responsabile di numerose conseguenze negative sul pubblico e sulla origine di molti dei mali che affliggono la nostra “società dello spettacolo” e, pur non volendo disconoscere gli indubbi meriti che ha avuto e continua ad avere, non si può negare che un uso distorto del mezzo televisivo può dare luogo a dipendenze dalle quali si riesce difficilmente a uscire.

La teledipendenza rappresenta il punto di incontro tra fattori psicologici e comportamentali dove i primi predispongono un terreno fertile sul quale si possono sviluppare comportamenti errati che daranno la dipendenza. La presenza in video di persone che si possono vedere e ascoltare e delle quali si può conoscere la storia personale (non importa se vera o meno) ha prodotto la così detta “*umanizzazione della televisione*”¹²⁰ assegnandole un ruolo importante nel quotidiano di molti che in lei si

¹¹⁹ R. ANGELETTI, *Dipendenza da email*, consultabile online su www.riccardoangeletti.it, 23 maggio 2019.

¹²⁰ D. LA BARBERA, *Dipendenze tecnologiche e abusi mediatici: Psicopatologia e psicodinamica*, in *Psichiatria e Mass Media*, CIC, Roma, 2002, p. 78.



rifugiano per incapacità a relazionarsi con il mondo esterno.

Grande importanza nello sviluppo di questa dipendenza assumono due atteggiamenti denominati tele-abuso e tele-fissazione con i quali si vuole fare riferimento a una contemplazione eccessiva della televisione che, venendo esercitata in modo regolare e sistematico, non rappresenta più una abitudine innocua ma una dipendenza vera e propria; con il primo si provoca una specie di intossicazione cronica che trasforma gradualmente la mentalità del telespettatore che diventa passivo (con perdita di iniziativa, impulso e senso critico) e apatico (con indifferenza e mancanza di motivazione), come se si trovasse in uno stato di inerzia dal quale esce ogni tanto con un'ondata di impulsività spesso interpretata come comportamento violento improvviso. Il secondo atteggiamento comporta l'assoluta immersione della mente del telespettatore nello schermo, in modo ripetuto o prolungato. Il suo effetto è un'intossicazione televisiva acuta che si riflette in uno stato mentale che oscilla tra l'ebbrezza, o la trance estatica, e il vuoto tipico di una semi-paralisi mentale.

I sintomi specifici della dipendenza si avranno quando le ore televisive superano quotidianamente le 2-3 ore giornaliere e sostituiscono tutti gli altri interessi e relazioni sociali; quando l'individuo non tollera alcuna forma di intervento o interruzione durante la visione di un programma; desiderio compulsivo di comprare prodotti pubblicizzati in televisione; confusione tra realtà e televisione, dando per vera qualsiasi notizia venga trasmessa in video; sintomi di nervosismo se impossibilitati a sintonizzarsi sui canali preferiti.

I rischi più grossi sono la diminuzione della capacità di percepire correttamente la realtà, perdere il controllo della propria vita, e una riduzione generale del movimento che, oltre che all'obesità, può alterare la vitalità dell'individuo.

16 - L'incidenza delle nuove dipendenze sul consenso matrimoniale

Le nuove dipendenze, è bene ribadire, implicano alcune attività normali e quotidiane per la maggior parte delle persone comuni ma, a determinate condizioni, possono dare luogo a forme di disagio clinicamente significative. Certamente la linea di demarcazione tra condotta normale e una patologica risulterà facile da individuare nelle dipendenze da sostanze ma non lo sarà altrettanto in quelle senza e l'assenza, in alcuni casi, nel DSM V, di criteri diagnostici ufficiali renderà il compito ancora più arduo. Malgrado le difficoltà operative la possibilità di verificare, nel caso concreto, in quale misura una dipendenza possa viziare il consenso matrimoniale



sarà comunque sempre possibile. Sappiamo che dal punto di vista del matrimonio canonico tutti i disturbi psichici sono idonei a viziare il consenso, ma anche che la giustizia canonica avrà il compito di valutare la capacità critica della persona, la libertà goduta nell'atto della scelta matrimoniale e la sua attitudine a realizzare un'autentica convivenza coniugale.

Una tale valutazione non potrà essere fatta solamente sulla base della diagnosi nosologica, che rimane uno strumento importante, ma si tratterà di stabilire quali processi patologici sono intervenuti nel determinare il comportamento della persona dipendente. Si tratterà di stabilire se le nuove dipendenze possano integrare i requisiti di una grave forma di anomalia in grado di incidere sulla intelligenza e sulla volontà di un soggetto e quindi concretizzare una delle ipotesi previste dal can. 1095, nn. 2 e 3. La dipendenza dovrà avere una gravità clinica sufficientemente atta a integrare quella che viene definita "causa formale della incapacità"¹²¹: ciò significa che dovrà incidere sulle facoltà naturali della persona.

Il canonista dovrà tenere conto delle risultanze diagnostiche andando a valutare quanto queste possano avere inciso sulla formazione della volontà matrimoniale e sulla capacità di adempiere alle obbligazioni conseguenti al coniugio, stando attento a operare la distinzione tra disturbo di personalità e semplici tratti della personalità ossia quelle caratteristiche negative molto diffuse tra le persone che non sempre sfociano nella patologia. Lo stesso DSM V ribadisce l'irrelevanza dei tratti di personalità affermando che questi potranno acquisire un significato reale nella ipotesi in cui saranno "inflexibili, non adattivi, persistenti e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva ossia quando divengono disturbi di personalità"¹²².

Sarà ancora necessario distinguere tra la difficoltà e l'autentica incapacità dal momento che solo l'incapacità, e non già la difficoltà, a prestare il consenso o a realizzare una vera comunità di vita e di amore coniugale rende nullo il matrimonio; solamente infatti un serio disquilibrio delle proprie capacità potrà avere come conseguenza un indebolimento della volontà che porti alla nullità matrimoniale.

La presunta anomalia dovrà concretarsi in una condizione patologica

¹²¹ P. PIETRACATELLA, *Internet addiction*, cit., p. 143.

¹²² P. BIANCHI, *Le cause naturae psychicae dell'incapacità*, in *L'incapacità di assumere gli oneri essenziali del matrimonio*, II, LEV, Città del Vaticano, 1998, p. 148; G. ZUANAZZI, A. STANKIEWICZ, *Psicologia e psichiatria nelle cause matrimoniali canoniche*, LEV, Città del Vaticano, 2012, p. 115. La causa di nullità non è data dal disturbo psichico in se stesso, ma dall'incapacità del soggetto di porre in essere il vincolo matrimoniale.



che renda il soggetto incapace di decidere o di agire diversamente non essendo sufficiente

“la semplice minore preparazione, l'abitudine sbagliata, il dato caratteriale, la poca prudenza e diligenza nel prendere decisioni, una educazione o formazione umana carenti ovvero l'altrui cattivo esempio. Ricondurre la causa psichica della incapacità all'interno della normalità è contrario sia alla logica sia alla visione antropologica cattolica matrimoniale che nel concetto di normalità contempla anche deficienze di ordine morale e moderate forme di psicopatologia”¹²³.

Le dipendenze, come già detto, potranno assumere un significato psicopatologico quando la loro intensità sarà tale da impedire al soggetto dipendente di potere resistere agli impulsi generando una incapacità ad autodeterminarsi liberamente. Ciò detto la natura delle nuove dipendenze e la loro sintomatologia chiariscono ottimamente la condizione di schiavitù che vive chi ne soffre nel momento in cui non riesce più a imporre la propria volontà. Certamente accertare la mancanza di libertà a questo livello non potrà ancora fare concludere per un giudizio di incapacità consensuale nel caso di specie poiché il difetto di critica e la mancanza di libertà conseguenti alla dipendenza dovranno ancora essere confrontati con la realtà matrimoniale: se la dipendenza ha reso incompatibile il soggetto con la sua qualità di coniuge e se era presente al momento del consenso.

Vero è che le caratteristiche delle dipendenze certamente contrastano con la concezione del matrimonio poiché prima di influire sulla fase coniugale impediscono la piena “valorizzazione delle caratteristiche essenziali della persona umana come tale, a partire dalla naturale capacità di trascendere se stessa in vista di un dialogo possibile e sincero con l'altro sé”¹²⁴. La persona dipendente, proiettata dunque verso l'oggetto della propria dipendenza esclude l'alterità sia amicale che matrimoniale a prescindere dal fatto che il comportamento disadattivo sia diretta conseguenza della vita reale oppure sia frutto di una personalità narcisistica. Il dipendente è incapace di provare empatia e di instaurare relazioni equilibrate e il prerequisito per l'instaurarsi di una adeguata relazione matrimoniale sarà quello della costruzione previa di una identità

¹²³ **M.J. ARROBA CONDE**, *Risultato della prova e tecnica motivazionale nelle cause matrimoniali, Casi pratici di prima istanza*, Lateran UP, Città del Vaticano, 2013, p. 180. Sul punto interessante sarà la coram **COLAGIOVANNI**, 30 iunii 1992, in *ARRT*, LXII, 385, 10.

¹²⁴ **P. PIETRACATELLA**, *Internet addiction*, cit., p.157; Serrano Ruiz si esprime dicendo che “Non si è persona senza questa tensione essenziale verso l'altro”: cfr. **J. M. SERRANO RUIZ**, *Il carattere personale del matrimonio. Verso una più precisa identificazione del patto coniugale*, in *Angelicum*, vol. 88, n. 1 (2011), pp. 301-310.



personale certa, matura e risolta; è noto che una eccessiva concentrazione su se stessi, sulla propria persona o fisicità renderanno impossibile questa costruzione.

All'interno di un rapporto matrimoniale il passaggio cruciale che deve essere compiuto sarà quello dall'io al noi, dal possesso al dono, al fine di formare una sola identità: ciò significa che dovrà essere presente una capacità di rispettare l'altro, di non considerarlo un oggetto ma un soggetto atto a vivere e a realizzarsi. "La capacità di relazionarsi implica il coraggio di consegnarsi all'altro nella consapevolezza che egli è un tu personale"¹²⁵.

Nel matrimonio gli sposi devono costantemente impegnarsi per giungere alla vera comunione tra loro e per fare ciò dovranno continuamente conoscersi e sostenersi. Il dialogo tra loro, che non dovrà mai venir meno, porterà a riconoscere i bisogni dell'altro e a realizzare il "noi".

La persona dipendente riuscirà a comprendere, almeno astrattamente, le esigenze della relazione matrimoniale ma, chiuso in se stesso e sull'appagamento delle proprie esigenze, non sarà in grado di donarsi e accogliere il partner; questa ha una incapacità di fondo di mettere in comune la sua esistenza con gli altri e reclamerà sempre un proprio spazio autonomo che le occorre per la propria sussistenza.

16a - Effetti delle dipendenze sulla capacità consensuale matrimoniale

Il consenso sarà coniugale quando le persone saranno capaci di esprimerlo validamente e si impegneranno al *consortium* di tutta la vita.

Secondo il principio del *nemo dat quod non habet* sarà necessaria, per la costituzione del matrimonio, una dose minima di dominio e possesso di sé antecedente alla manifestazione del consenso; il consenso dovrà essere inteso come una vera volontà di amare, di donarsi e di realizzare il bene dell'altro; per raggiungere ciò ciascuno dei coniugi dovrà possedere le risorse psichiche minime per attuare i fini che sono proprio del coniugio.

Le dipendenze sono in grado di provocare un insufficiente dominio e possesso di sé e dei propri comportamenti in maniera tale da impedire la reciproca donazione e accettazione di sé all'altro.

L'incapacità di resistere, infatti, tipica della dipendenza, compromette, in maniera grave, la volontà del soggetto che ne soffre togliendogli la necessaria libertà interiore nella scelta coniugale e sappiamo che la persona è libera nella misura in cui può compiere delle scelte

¹²⁵ P. PIETRACATELLA, *Internet addiction*, cit., p. 158.



passando dalla fase della indecisione e indeterminazione a quella della decisione e determinazione e tale passaggio può essere impedito non solo per fattori esterni al soggetto ma anche per condizionamenti psicologici interni e patologici come accade nelle idee deliranti o ossessive.

Il dipendente potrebbe risultare incapace ai sensi del canone 1095, n. 2, CIC a prestare un consenso valido e anche se, astrattamente, conoscesse i diritti e doveri del matrimonio, presenterebbe una particolare insufficienza in ordine ai due momenti di formazione del consenso: intellettuale perché non è in grado di valutare concretamente i diritti e doveri e volitivo perché a causa del discontrollo degli impulsi sarà nella impossibilità di autodeterminarsi in maniera libera.

In alcune dipendenze (internet, pornografia per citarne alcune) sarà importante la presenza della immaturità affettiva. A causa infatti del mancato controllo sui propri sentimenti, sulle proprie passioni ed emozioni la persona immatura non sarà in grado di assumere libere decisioni basate su motivazioni razionali¹²⁶. Ella trascorrerà la sua esistenza ripiegata su se stessa e sulle proprie necessità e la realtà non si allontanerà mai dal proprio io; le sue relazioni interpersonali saranno influenzate dal suo egoismo e mancanza di empatia, dalla necessità di essere apprezzata e stimata, dalla necessità di ricevere senza dare nulla in cambio e dalla tendenza a usare l'altro come oggetto al servizio dei propri interessi.

“La persona immatura effettivamente è altresì insicura, incapace di prendere decisioni e utilizzerà, parallelamente, per questo motivo, frequenti meccanismi psicologici di difesa come l'inibizione, la repressione e la compensazione, contribuendo grandemente a rendere difficile l'instaurazione di relazioni impersonali serene. Già di per sé portato a rifugiarsi in mondi immaginari, difficilmente sarà in grado di mantenere una relazione affettiva stabile, poiché il suo impegno sentimentale è impulsivo e passeggero. Conseguentemente egli è incapace di assumere con responsabilità i compiti propri della vita adulta e ancor più le esigenze della vita matrimoniale”¹²⁷.

17 - Considerazioni conclusive

Dalla trattazione sin qui compiuta emerge, in maniera evidente, che le nuove dipendenze impediscono al soggetto che ne soffre di avere una piena

¹²⁶ Cfr. **M.J. ARROBA CONDE**, *Risultato della prova e tecnica motivazionale nelle cause matrimoniali*, Coll. *Quaderni di Apollinaris*, n. 19, Città del Vaticano, 2013, p. 190.

¹²⁷ **P. PIETRACATELLA**, *Internet addiction*, cit., p. 166.



capacità matrimoniale atta a realizzare l'*una caro* biblica e fondare, nel corso della convivenza tra i coniugi, una Chiesa domestica.

Ciò che le dipendenze compromettono è la possibilità di una relazione umana con l'altro coniuge fondata sulla libertà personale di donarsi completamente e di corrispondere all'amore di Dio attraverso una relazione libera, consapevole e feconda e sarà necessario anche ricordare che coloro che sono vittime delle dipendenze hanno in comune un vissuto di sofferenza e di anaffettività familiare che impedisce loro di raggiungere una adeguata maturazione e una capacità di difendersi dal mondo equilibrata e consapevole; essi rifugiandosi in mondi irreali trovano la possibilità di controllare l'enorme dolore che giace nel proprio subconscio riuscendo a non confrontarsi con ferite sempre aperte e ricordi dolorosi.

Aa aggravare il quadro sia aggiunge la cultura dominante della nostra epoca in cui avviene una distorsione del significato di libertà che, invece di portare le persone a donarsi e amarsi reciprocamente, le porta a isolarsi mettendo sempre al primo posto se stessi e il soddisfacimento dei propri interessi e bisogni; oggi i sistemi valoriali quando esistono sono confusi, contraddittori e soggetti a modifiche frequenti per cui la Persona è portata a mutare continuamente il proprio pensiero e le proprie azioni diventando di fatto come un "liquido disponibile a cambiare forma a seconda del contenitore in cui si trova"¹²⁸.

I valori e gli ideali di riferimento saranno quindi talmente poco solidi da non essere in grado di sostenere un progetto serio esistenziale come quello matrimoniale e di fare compiere alla persona una maturazione compiuta che porterà a una personalità sufficientemente sviluppata. L'esigenza di fuggire la realtà, considerata evidentemente non soddisfacente, impedisce al soggetto dipendente di riconoscere il proprio io attraverso la relazione con l'altro; ciò si riflette nella relazione interpersonale coniugale, dove il fine ultimo di stabilire una comunione totale di vita, impone una previa capacità intatta di consegnarsi all'altro passando dalla logica dell'io a quella del noi, vivendo al contempo come provvidenza per il coniuge e facendosi dono per lui. Se ciò non esisterà non esisterà neppure la possibilità di consentire efficacemente al matrimonio.

Il soggetto dipendente non riesce a mettere in comune la sua intera esistenza dovendo riservarsi per sé degli spazi ai quali non riesce a rinunciare e ai quali il coniuge rimane totalmente estraneo; in questa modalità il soggetto dipendente non riuscendo a volere il bene dell'altro in funzione di un progressivo perfezionamento e non potendo amare secondo

¹²⁸ T. CANTELMÌ, *Tecnoliquidità*, cit., p. 192.



il significato più propriamente coniugale non potrà neanche garantire l'esercizio della sessualità come espressione dell'amore sponsale che conduce un uomo e una donna a donarsi e accogliersi reciprocamente per tutta la vita. Non sarà neanche in grado di porre in essere un impegno serio nella cura educativa dei figli e nella fedeltà.