

## **SALUTE MENTALE**

Il concetto di salute mentale ha subito nel tempo una profonda evoluzione epistemologica. Oggi non è più considerata in un'ottica negativa come semplice "assenza di malattia", bensì come una condizione positiva di equilibrio dinamico. Questo equilibrio non è statico, ma rappresenta la capacità dell'individuo di integrare le proprie risorse interne per far fronte alle sfide ambientali, mantenendo un senso di coerenza e benessere.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute mentale è definita come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Questa definizione sancisce il superamento del modello puramente biomedico a favore del modello biopsicosociale, dove il funzionamento dell'individuo è il risultato di un'interazione costante tra diverse dimensioni. Per l'educatore professionale, questa visione è cruciale: l'obiettivo dell'intervento non è solo la remissione dei sintomi, ma il recupero della globalità della persona nel suo contesto di vita.

La salute mentale si manifesta concretamente attraverso una serie di indicatori funzionali che permettono di valutare la capacità di adattamento del soggetto:

- **Capacità Relazionale:** L'abilità di instaurare e mantenere relazioni mature, caratterizzate da reciprocità e capacità di investimento affettivo.
- **Gestione Costruttiva dei Conflitti:** La facoltà di affrontare le divergenze e le frustrazioni senza frammentarsi, utilizzando meccanismi di difesa evoluti anziché agiti impulsivi.
- **Identità e Immagine di Sé:** La percezione di un Sé coerente, stabile nel tempo e nello spazio, che funge da base sicura per l'esplorazione del mondo.
- **Contributo Sociale:** La capacità di partecipare attivamente alla vita della comunità, percependo la propria utilità sociale (empowerment).

Il mantenimento di questo equilibrio è influenzato da una complessa rete di variabili che possono fungere da fattori di rischio o di protezione:

- **Fattori Biologici:** Comprendono la vulnerabilità genetica, la neurochimica cerebrale e l'integrità del sistema nervoso centrale. Rappresentano la predisposizione organica individuale.
- **Fattori Psicologici:** Includono la qualità delle esperienze infantili, la solidità dell'attaccamento e lo sviluppo di adeguati stili di coping (strategie di fronteggiamento dello stress). Qui si inserisce il concetto di resilienza, ovvero la capacità di resistere e riorganizzarsi positivamente dopo un evento traumatico.
- **Fattori Sociali:** Riguardano il contesto macro-economico, la qualità dell'istruzione, il supporto della rete amicale e familiare e l'accesso ai servizi di cura.

## **IL PROCESSO DEL CAMBIAMENTO**

Il cambiamento è un percorso circolare (non lineare) che attraversa stadi specifici secondo il modello transtetico:

1. Precontemplazione: Il paziente non vede il problema (difesa della negazione).
  2. Contemplazione: Presenza di ambivalenza. Si soppesano pro e contro del comportamento problematico.
  3. Determinazione: Preparazione attiva. È una fase di alta motivazione ma di breve durata.
  4. Azione: Modifica del comportamento esterno.
  5. Mantenimento: Consolidamento (oltre i 6 mesi) per evitare che il cambiamento sia transitorio.
  6. Ricaduta: Considerata una tappa possibile. Il clinico deve gestirla per evitare il senso di fallimento totale.
- Meccanismo chiave: Il cambiamento scatta con la Frattura Interiore, ovvero quando il soggetto percepisce la distanza tra chi è (es. dipendente da sostanze) e chi vorrebbe essere (es. un professionista stimato).

## IL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG) si distingue dalle altre forme ansiose per la presenza di un'ansia cosiddetta "libera" e pervasiva. A differenza delle fobie (legate a un oggetto specifico) o dell'attacco di panico (acuto e limitato nel tempo), nel DAG l'ansia è una costante che accompagna l'individuo in quasi ogni ambito della vita quotidiana.

Per formulare una diagnosi di DAG secondo i principali manuali diagnostici (come il DSM-5), l'ansia e la preoccupazione eccessiva devono manifestarsi per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi. Questo criterio temporale serve a distinguere il disturbo da reazioni ansiose transitorie legate a periodi di stress acuto.

Il quadro sintomatologico del DAG investe sia la sfera somatica che quella cognitiva:

- Sintomi Cognitivi: Il paziente sperimenta una preoccupazione eccessiva e difficilmente controllabile per eventi quotidiani minimi (salute, finanze, piccoli imprevisti).
- Tensione Muscolare: È uno dei segni distintivi; il corpo è in uno stato di costante allerta che può sfociare in dolori cronici o rigidità.
- Irritabilità e Affaticabilità: Lo sforzo mentale costante per gestire l'ansia porta a un esaurimento precoce delle energie e a una bassa soglia di tolleranza verso gli stimoli esterni.

- Disturbi del Sonno: Tipicamente si osserva la difficoltà nell'addormentamento (insonnia iniziale), causata dal "rimuginio" o da pensieri intrusivi che si affollano nel momento in cui calano gli stimoli esterni.

Un aspetto centrale del DAG è il meccanismo del rimuginio. Il paziente utilizza la preoccupazione come un tentativo, seppur fallimentare, di controllo sulla realtà: l'idea sottostante è che "preoccuparsi" serva a prevenire eventi catastrofici o a farsi trovare preparati. In realtà, questo processo genera un circolo vizioso che autoalimenta l'ansia anziché risolverla.

## **IL DISTURBO DI PANICO**

Il Disturbo di Panico si manifesta attraverso la comparsa di attacchi di panico inaspettati e ricorrenti, che non sono legati a una situazione specifica (come avviene nelle fobie), ma insorgono in modo apparentemente ingiustificato, provocando una profonda frattura nel senso di sicurezza del soggetto.

L'attacco di panico è descritto come un'ondata improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco massimo in pochi minuti. Durante questo breve lasso di tempo, si verifica una tempesta neurovegetativa che include:

- Sintomi Fisici: Tachicardia, palpitazioni, dispnea (sensazione di "fame d'aria"), tremori, sudorazione e vertigini.
- Sintomi Cognitivi: Il soggetto prova un senso di catastrofe imminente, manifestando tipicamente la paura di morire (spesso scambiando l'attacco per un infarto) o la paura di impazzire e perdere il controllo di sé.

Uno degli aspetti più invalidanti del disturbo non è solo l'attacco in sé, ma ciò che accade dopo. Il soggetto sviluppa una persistente preoccupazione per l'insorgenza di nuovi attacchi, definita ansia anticipatoria. Questa condizione di allerta costante porta l'individuo a monitorare ossessivamente ogni segnale del proprio corpo, interpretando erroneamente normali variazioni fisiologiche come segnali di un nuovo attacco imminente.

Per difendersi dall'ansia, il soggetto mette in atto delle condotte di evitamento. Spesso questo evolve in Agorafobia: l'individuo evita luoghi o situazioni (spazi aperti, luoghi affollati, mezzi pubblici) dai quali potrebbe essere difficile fuggire o nei quali potrebbe non essere disponibile soccorso in caso di attacco. Questo restringe drasticamente l'autonomia e la vita sociale della persona.

## **IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO**

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è una patologia caratterizzata dalla presenza di ossessioni e compulsioni che occupano una parte significativa del tempo della persona, interferendo pesantemente con le sue attività quotidiane, lavorative e relazionali. Il cuore del

disturbo è il rituale, una sequenza di azioni finalizzata alla riduzione temporanea di un'ansia intollerabile.

Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini mentali ricorrenti e persistenti, percepiti come intrusivi e inappropriati (egodistonici). Il soggetto tenta spesso di ignorare o sopprimere tali pensieri, che solitamente vertono su temi specifici:

- Contaminazione: Timore di sporco, germi o sostanze tossiche.
- Dubbio patologico: L'incertezza costante su azioni compiute (es. "Ho chiuso la porta?").
- Ordine e Simmetria: Bisogno che ogni oggetto sia disposto secondo criteri rigidi.
- Responsabilità: Timore eccessivo di poter causare danni a sé o agli altri per negligenza.

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (contare, ripetere formule) che il soggetto si sente obbligato a compiere in risposta a un'ossessione.

- Obiettivo: La compulsione non è finalizzata al piacere, ma a neutralizzare l'ansia o a prevenire un evento catastrofico temuto.
- Il Circolo Vizioso: Sebbene la compulsione riduca l'ansia nell'immediato, essa rinforza il legame tra ossessione e rituale, rendendo il disturbo cronico.

È fondamentale distinguere il DOC da altre condizioni cliniche:

- Rispetto all'Ipocondria: Mentre nell'ipocondria la preoccupazione è centrata sulla malattia fisica in sé, nel DOC prevale il carattere ritualistico e spesso il tema della responsabilità morale o della colpa (es. "Se non mi lavo, potrei infettare gli altri e sarebbe colpa mia").
- Rispetto al Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo (DOCP): Il paziente DOC riconosce i propri pensieri come assurdi e disturbanti (egodistonia), mentre nel disturbo di personalità i tratti (perfezionismo, rigidità) sono percepiti come parte integrante e corretta del proprio carattere (egosintonia).

## **IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS**

Il PTSD non è una semplice reazione emotiva, ma una complessa alterazione psicobiologica che insorge a seguito di un trauma estremo (disastri naturali, combattimenti, abusi, incidenti). Il soggetto non riesce a elaborare l'accaduto, che rimane "incistato" nella memoria in modo disfunzionale.

Il quadro clinico si articola su tre pilastri principali:

- Sintomi Intrusivi (Re-experiencing): L'evento traumatico non appartiene al passato, ma viene rivissuto nel presente attraverso flashback dissociativi e incubi ricorrenti. Durante

questi episodi, il soggetto perde il contatto con la realtà attuale e agisce o sente come se l'evento si stesse ripetendo.

- **Evitamento e "Numbing":** Per difendersi dal dolore insopportabile, il soggetto attua un distanziamento attivo da persone, luoghi o conversazioni legati al trauma. Questo si accompagna spesso al numbing (ottundimento emotivo): un "congelamento" delle emozioni che porta a un senso di distacco dagli altri e a una riduzione dell'interesse per il mondo esterno.
- **Iperattivazione (Arousal):** Il sistema nervoso rimane in uno stato di allerta permanente. Questo comporta irritabilità, difficoltà di concentrazione, insonnia e risposte di trasalimento esagerate (es. sussultare violentemente per un rumore improvviso).

Spesso il paziente con PTSD utilizza la dissociazione come meccanismo di difesa estremo. Quando lo stimolo traumatico è troppo forte, la mente "si stacca", provocando un senso di irrealtà (derealizzazione) o di estraneità dal proprio corpo (depersonalizzazione).

## **I DISTURBI DI PERSONALITÀ**

Un disturbo di personalità si definisce come un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. La caratteristica cardine è la rigidità: mentre una persona sana adatta il proprio comportamento alle situazioni, il soggetto con disturbo di personalità applica le stesse modalità (disfunzionali) in ogni contesto, causando sofferenza a se stesso e agli altri.

### **1. Il Cluster B: La Dimensione Drammatica e Impulsiva**

Il Cluster B raccoglie i disturbi caratterizzati da emotività intensa, teatralità e scarsa regolazione degli impulsi.

- **Disturbo Borderline:** Caratterizzato da una profonda instabilità nelle relazioni, nell'immagine di sé e nel tono dell'umore, con frequenti agiti impulsivi.
- **Disturbo Istrionico:** Il soggetto ricerca costantemente l'attenzione altrui attraverso una teatralità esasperata e un'espressione emotiva mutevole e superficiale.
- **Disturbo Narcisistico:** Si basa su un senso di grandiosità e sulla necessità patologica di ammirazione. Il tratto distintivo è la mancanza di empatia: l'altro non è riconosciuto nei suoi bisogni, ma usato come "specchio" per confermare il proprio valore. Spesso, questa facciata maschera un'autostima estremamente fragile, che crolla drammaticamente di fronte a critiche o fallimenti.

### **2. Il Disturbo Dipendente (Cluster C)**

Appartenente al gruppo dei disturbi "ansioso-timorosi", il Disturbo Dipendente si manifesta con un bisogno pervasivo ed eccessivo di essere accuditi.

- **Comportamento:** Il soggetto mostra una sottomissione totale, delega le decisioni importanti agli altri e fatica a esprimere dissenso per timore di essere abbandonato.
- **Funzionamento:** La persona si percepisce come incapace di funzionare autonomamente, cercando costantemente rassicurazioni e protezione.

È fondamentale distinguere tra un semplice "tratto" di personalità (una caratteristica che tutti abbiamo) e un "disturbo". Il disturbo viene diagnosticato solo quando questi tratti diventano inflessibili, persistenti e causano una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo.

## **SCID INTERVISTA**

La SCID è lo strumento d'elezione per tradurre i criteri teorici del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) in una valutazione clinica concreta e oggettiva. A differenza di un colloquio libero, la SCID segue un percorso logico prefissato che guida il clinico attraverso i vari moduli diagnostici.

(I tre pilastri)

L'utilizzo della SCID è fondamentale per garantire la validità del processo diagnostico grazie a tre funzioni principali:

- **Riduzione della variabilità diagnostica:** Minimizza il rischio che clinici diversi giungano a conclusioni differenti partendo dallo stesso paziente. Uniformando il metodo di indagine, si ottiene una maggiore attendibilità (affidabilità inter-rater).
- **Esplorazione sistematica dei criteri:** Assicura che nessun criterio previsto dal DSM venga trascurato. L'intervista è strutturata in moduli (es. Disturbi dell'Umore, Disturbi Psicotici, Sostanze) che vengono indagati meticolosamente.
- **Valutazione della gravità e della soglia:** Permette di stabilire con precisione se i sintomi riportati raggiungono la "soglia clinica" necessaria per la diagnosi e di quantificare l'impatto del disturbo sul funzionamento globale della persona.

L'intervista è definita "semistruutturata" perché, pur fornendo domande standardizzate da porre al paziente, consente al clinico di:

1. **Utilizzare il giudizio clinico:** Il clinico può riformulare la domanda o chiedere esempi concreti se la risposta del paziente appare ambigua.
2. **Seguire algoritmi di "salto":** Se il paziente non presenta i sintomi cardine di un disturbo, l'intervista permette di saltare il resto del modulo, rendendo il processo più efficiente.

## **DEPRESSIONE**

La Depressione è un disturbo del tono dell'umore caratterizzato da una flessione persistente della spinta vitale che compromette il funzionamento globale del soggetto (sociale, lavorativo e relazionale). Non si tratta di una reazione transitoria agli eventi, ma di una condizione che altera la percezione di sé, del mondo e del futuro.

### 1. I Sintomi Cardine

Per poter parlare di un episodio depressivo maggiore, devono essere presenti due sintomi chiave:

- **Umore depresso:** Un senso di tristezza profonda, vuoto o disperazione che perdura per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno.
- **Anedonia:** La marcata perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività che prima risultavano gratificanti.

A questi si associano spesso sintomi somatici e cognitivi come alterazioni del sonno e dell'appetito, astenia (mancanza di energie), sentimenti di autosvalutazione o colpa eccessiva e rallentamento psicomotorio.

### 2. Il Meccanismo di Mantenimento: La Ruminazione

Un concetto centrale nell'analisi della depressione è la ruminazione. A differenza del rimuginio (tipico dell'ansia e rivolto al futuro), la ruminazione è un processo di pensiero ripetitivo, passivo e disfunzionale focalizzato sul passato e sui propri sintomi ("Perché mi sento così?", "Perché capita tutto a me?").

Questo meccanismo è il principale fattore di mantenimento del disturbo: la persona si chiude in un loop mentale che impedisce la risoluzione dei problemi e aumenta il senso di impotenza, alimentando la paralisi comportamentale.

### 3. Approccio Terapeutico e Intervento Educativo

Il trattamento d'eccellenza combina spesso la farmacoterapia con la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. L'obiettivo è rompere il circolo vizioso tra:

1. Pensieri negativi (distorsioni cognitive).
2. Emozioni tristi.
3. Inattività (ritiro sociale e comportamentale).

## **ASSERTIVITÀ**

L'assertività è definita come la capacità di esprimere i propri sentimenti, bisogni e opinioni in modo onesto e diretto, senza violare i diritti degli altri. In ambito psichiatrico, l'allenamento all'assertività (Social Skills Training) è fondamentale per prevenire ricadute in disturbi d'ansia o depressivi.

La comunicazione può essere analizzata lungo un asse che vede l'assertività come punto di equilibrio:

- **Stile Passivo:** Il soggetto antepone i bisogni altrui ai propri, evita il conflitto e fatica a dire di no. Questo stile porta a un accumulo di frustrazione che può sfociare in ansia, depressione o scoppi di rabbia improvvisa.
- **Stile Aggressivo:** Il soggetto prevarica l'altro per soddisfare i propri bisogni, ignorando i sentimenti altrui. Sebbene possa ottenere risultati immediati, a lungo termine genera isolamento sociale e conflittualità cronica.
- **Stile Assertivo:** È lo stile dell'ascolto attivo e del rispetto reciproco. Il soggetto comunica con chiarezza, mantiene il contatto visivo e assume la responsabilità delle proprie azioni.

Essere assertivi significa innanzitutto riconoscere a se stessi alcuni diritti fondamentali, spesso negati nei pazienti psichiatrici o con bassa autostima:

- Il diritto di dire di "no" senza dover provare sensi di colpa.
- Il diritto di cambiare idea e di commettere errori (assumendosene la responsabilità).
- Il diritto di non capire e di chiedere chiarimenti.

L'educatore professionale insegna e utilizza tecniche specifiche per gestire situazioni comunicative critiche:

- **Disco Rotto:** Consiste nel ripetere la propria posizione con calma e costanza, ignorando i tentativi di manipolazione o le deviazioni dell'interlocutore. Evita di fornire eccessive giustificazioni, che diventerebbero "punti di attacco" per l'altro.
- **Fogging (Tecnica della Nebbia):** Utile di fronte a critiche aggressive. Si ammette una parte di verità in ciò che dice l'altro ("È vero, sono arrivato in ritardo") senza però accettare il giudizio di valore complessivo, disarmando così l'aggressività altrui.
- **Assertione Negativa:** Consiste nell'accettare apertamente un proprio errore o difetto ("Sì, oggi sono stato poco attento"). Questo approccio riduce il conflitto perché elimina la necessità di difendersi.
- **Tecnica Sandwich:** È il metodo d'elezione per fornire feedback costruttivi. Si struttura in tre fasi: un elogio sincero (per aprire la comunicazione), la critica specifica al comportamento (non alla persona), e una proposta positiva finale per rinforzare il legame e la collaborazione.

## **FOBIA SOCIALE**

La Fobia Sociale è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla paura intensa e persistente di una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo può essere esposto all'osservazione e al potenziale giudizio negativo degli altri. È fondamentale sottolineare in sede d'esame che questo disturbo non va confuso con la semplice timidezza: mentre quest'ultima è un tratto

caratteriale che non impedisce il funzionamento sociale, la fobia sociale è una condizione paralizzante che compromette gravemente la qualità della vita.

Il cuore del disturbo non è la paura degli altri in sé, ma il timore di agire in modo inappropriato o di manifestare sintomi d'ansia visibili (come arrossire, tremare, sudare o balbettare). Il soggetto interpreta questi segnali fisici come prove di debolezza o di inadeguatezza che attireranno il disprezzo o l'umiliazione da parte del mondo esterno. Questo genera una profezia che si autoavvera: l'ansia per il giudizio aumenta l'agitazione, rendendo più probabile proprio quel sintomo (es. il tremore) che il soggetto vorrebbe nascondere.

Per gestire l'angoscia, il paziente mette in atto sistematiche condotte di evitamento. Questo può riguardare:

- Situazioni di performance (parlare in pubblico, sostenere un esame).
- Interazioni sociali ordinarie (mangiare davanti ad altri, entrare in una stanza dove sono già presenti persone).

L'evitamento diventa un limite invalicabile che riduce drasticamente le opportunità di carriera e impoverisce la vita privata, portando spesso a un isolamento sociale che può evolvere in depressione secondaria.

Il fobico sociale vive il disagio in tre momenti:

1. Ansia Anticipatoria: Ore o giorni prima dell'evento, visualizzando scenari fallimentari.
2. L'evento: Vissuto con un monitoraggio ossessivo del proprio comportamento.
3. Post-processing negativo: Dopo l'evento, il soggetto rimugina sull'accaduto, focalizzandosi esclusivamente sui minimi errori commessi e ignorando i successi.

## **ALCOL E RISCHIO**

Il consumo di alcol in psichiatria non viene analizzato in modo dicotomico (sano/malato), ma attraverso un continuum di rischio che tiene conto della quantità assunta, della frequenza e dell'impatto sul funzionamento della persona.

L'inquadramento clinico distingue diverse tipologie di approccio alla sostanza:

- Uso a rischio: Si verifica quando le quantità assunte superano le linee guida della sanità pubblica (es. unità alcoliche giornaliere). In questa fase non c'è ancora un danno manifesto, ma esiste una vulnerabilità elevata per lo sviluppo di patologie fisiche o psichiche future.
- Uso nocivo (Abuso): Il consumo di alcol provoca danni effettivi alla salute (epatopatie, incidenti) o compromette le sfere della vita sociale, legale e familiare.

• **Dipendenza:** Rappresenta lo stadio più grave, caratterizzato dalla perdita di controllo. Il soggetto continua a bere nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative. La dipendenza è definita dalla presenza di tolleranza (bisogno di dosi maggiori per l'effetto) e astinenza (sintomi fisici e psichici alla sospensione).

Elemento cardine della dipendenza è il Craving: un desiderio impulsivo, improvviso e incoercibile di assumere la sostanza. Il craving è una spinta interna che sfugge al controllo razionale e rappresenta la causa principale delle ricadute anche dopo lunghi periodi di sobrietà.

L'uso cronico di alcol agisce come un potente depressore del Sistema Nervoso Centrale e può causare:

- **Sintomi psichiatrici:** Alterazioni del tono dell'umore, irritabilità, disturbi del sonno e psicosi alcoliche.
- **Danni Cognitivi:** Deterioramento della memoria e delle funzioni esecutive (es. Sindrome di Wernicke-Korsakoff).

## **GAP ADDICTION DA GIOCO D' AZZARDO PATOLOGICO E DA VIDEOGIOCHI**

Le dipendenze comportamentali si caratterizzano per la perdita di controllo su un'attività specifica, che viene perseguita nonostante le gravi conseguenze negative. Il GAP è stato il primo comportamento a essere ufficialmente riconosciuto come disturbo da dipendenza nel DSM-5, equiparandolo clinicamente alle tossicodipendenze.

Il cervello di un soggetto affetto da GAP reagisce al gioco esattamente come farebbe con una droga: l'attesa della giocata e l'eventuale vincita stimolano il sistema di ricompensa mesolimbico, provocando un massiccio rilascio di dopamina. Nel tempo, si instaura un meccanismo di tolleranza: il soggetto ha bisogno di scommettere somme sempre più alte o di giocare con più frequenza per ottenere lo stesso livello di eccitazione.

Un concetto chiave da esporre all'esame è il rinforzo intermittente. A differenza di un premio costante, la vincita occasionale, casuale e imprevedibile è quella che crea il legame psicologico più resistente. Poiché il giocatore non sa quando vincerà, ma sa che potrebbe succedere alla prossima giocata, il comportamento diventa estremamente difficile da estinguere, portando al fenomeno del "chasing" (rincorsa della perdita), in cui il soggetto continua a giocare nel tentativo disperato di recuperare i soldi persi.

Il Gaming Disorder è stato recentemente inserito nell'ICD-11 dall'OMS. Si parla di patologia quando l'uso dei videogiochi diventa predominante rispetto agli interessi di vita e alle attività quotidiane. Gli indicatori critici sono:

- **Compromissione del controllo:** Incapacità di smettere o di limitare il tempo di gioco.
- **Priorità assoluta:** Il gioco scavalca i bisogni vitali (alimentazione, igiene personale, sonno) e i doveri (studio, lavoro).

- Escalation: Prosecuzione del comportamento nonostante l'insorgenza di problemi sociali o fisici.

## LE TOSSICODIPENDENZE

Oggi la tossicodipendenza non è più considerata una "scelta morale" o una semplice devianza, ma una malattia neurobiologica complessa e cronica. Essa comporta alterazioni strutturali e funzionali dei circuiti cerebrali che regolano la gratificazione, l'autocontrollo e la memoria.

Lo sviluppo di una dipendenza non dipende mai da un singolo fattore, ma dall'interazione di tre variabili cruciali:

1. **Vulnerabilità del Soggetto:** Include la componente genetica e il temperamento. Un ruolo centrale è giocato dal Novelty Seeking (ricerca di novità): un tratto di personalità caratterizzato dalla necessità di stimoli forti, esplorazione e bassa tolleranza alla noia. Chi ha alti livelli di Novelty Seeking è biologicamente più propenso a sperimentare sostanze per placare un senso interno di insoddisfazione.
2. **Ambiente:** Il contesto gioca un ruolo di "innesco" o di "protezione". Fattori come la disponibilità della sostanza nel quartiere, lo stress sociale, la povertà educativa o la presenza di traumi infantili aumentano drasticamente il rischio.
3. **Sostanza:** Ogni droga ha un diverso potenziale additivo. Sostanze come l'eroina o la cocaina hanno poteri leganti altissimi sui recettori cerebrali, accelerando il passaggio dall'uso occasionale alla dipendenza fisica e psichica.

Le sostanze agiscono "sequestrando" il sistema dopaminergico. L'uso continuativo porta alla Tolleranza (necessità di aumentare la dose per avere lo stesso effetto) e alla Sindrome di Astinenza in caso di sospensione. Con il tempo, il cervello smette di produrre dopamina in risposta a stimoli naturali (cibo, sesso, affetti), rendendo la droga l'unico modo per non soffrire (rinforzo negativo).

## NARCISISMO

Il nucleo del disturbo narcisistico non è l'eccesso di amore per se stessi, ma una profonda fragilità dell'autostima, che il soggetto tenta di compensare attraverso la creazione di un "Sé grandioso". La ricerca di ammirazione e la mancanza di empatia sono i pilastri su cui poggia questo equilibrio precario.

La clinica contemporanea distingue due manifestazioni principali del disturbo, che pur apparendo opposte, condividono la stessa incapacità di riconoscere l'altro come soggetto autonomo:

• **Narcisismo Overt (Grandioso):** È la forma classica e più visibile. Il soggetto appare arrogante, esibizionista e sicuro di sé. Manipola attivamente gli altri per ottenere potere e ammirazione, mostrando una pelle "dura" verso le critiche. Tende a svalutare apertamente chiunque non confermi la sua superiorità.

• **Narcisismo Covert (Vulnerabile):** Più sottile e difficile da diagnosticare. Il soggetto appare timido, inibito e ipersensibile alla critica. Tuttavia, dietro questa apparente modestia, nasconde un profondo senso di superiorità inespresso e un costante risentimento verso il mondo, colpevole di non comprendere il suo valore unico. Invece della grandiosità esibita, vive in un perenne stato di vittimismo e sofferenza.

In entrambe le varianti, la funzione dell'altro è puramente strumentale. L'interlocutore non è visto come una persona con bisogni e desideri propri, ma come un "oggetto-sé" che serve esclusivamente a:

- Fornire rifornimento narcisistico (lodi, attenzioni).
- Regolare l'autostima del narcisista attraverso la convalida costante.

Quando l'altro smette di svolgere questa funzione o avanza le proprie necessità, il narcisista reagisce spesso con la rabbia narcisistica (nel caso Overt) o con il ritiro rancoroso (nel caso Covert).

È utile ricordare in sede d'esame che il narcisista raramente arriva in terapia o ai servizi chiedendo aiuto per il suo disturbo. Di solito vi giunge a causa di "crolli narcisistici" (es. fallimenti lavorativi, abbandoni) che portano a gravi episodi di Depressione o abuso di Alcol/Sostanze (usate per sedare il senso di inadeguatezza).