

COMPUTER ADDICTION

Adele Minutillo, Paolo Berretta

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Computer Addiction, nella definizione di Young (1999), si riferisce alla pratica ossessiva di giochi che possono essere praticati online e offline. I giochi offline vengono solitamente giocati da soli e hanno un punto di partenza e di arrivo definito. Al contrario, nei giochi online, i giocatori possono comunicare tra loro in tempo reale, nonché cooperare o competere. Alcuni obiettivi nei giochi online possono essere raggiunti da soli o insieme ad altri giocatori che lavorano in gruppo.

Solo recentemente come vedremo nei prossimi paragrafi, la comunità scientifica ha raggiunto un accordo sui criteri diagnostici per questa entità e si sono moltiplicati gli studi epidemiologici. Di seguito sarà presentata una sintesi della letteratura su questi aspetti.

Disturbo da gioco su Internet

Il disturbo da gioco su Internet (*Gaming Disorder*, GD) è stato incluso nella Sezione III “Condizioni che necessitano di ulteriori studi” del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) e viene descritto come l’uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi per un periodo di 12 mesi (APA, 2013).

I criteri proposti riguardano la preoccupazione circa i giochi su Internet, sintomi di astinenza, tolleranza, tentativi infruttuosi di limitare le attività, perdita di interesse verso le altre attività, uso continuativo ed eccessivo dei giochi su Internet, aver ingannato gli altri circa la quantità di tempo passato a giocare in Internet, l’uso di questa attività per eludere o mitigare stati d’animo avvertiti come spiacevoli, aver messo a repentaglio le sfere significative della vita (lavoro, affetti, studio) a causa della partecipazione ai giochi su Internet (APA, 2013). È, inoltre, specificato che sono inclusi solo i giochi svolti su Internet ma non legati al gioco d’azzardo, poiché il gioco d’azzardo online è incluso nella categoria Disturbo da gioco d’azzardo. Viene anche escluso l’uso di Internet per l’esecuzione di attività ricreative o utili allo svolgimento di un’attività economica o di una professione, sono esclusi anche i siti a contenuto sessuale. Infine, viene specificato che il disturbo da gioco su Internet può essere lieve, moderato o grave in relazione al disturbo delle normali attività (APA, 2013).

L’ICD-11 descrive il GD prevalentemente online come caratterizzato da un modello di comportamento di gioco persistente o ricorrente (“gioco digitale” o “videogioco”) che è principalmente condotto su Internet e si manifesta con:

- controllo alterato sul gioco (es. inizio, frequenza, intensità, durata, termine, contesto);
- maggiore priorità data al gioco nella misura in cui il gioco ha la precedenza su altri interessi della vita e attività quotidiane; e
- continuazione o *escalation* del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative.

Il modello di comportamento è di gravità sufficiente da provocare una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti. Il comportamento di gioco può essere continuo, episodico o ricorrente.

Il comportamento di gioco così come altre caratteristiche deve essere normalmente evidente per un periodo di almeno 12 mesi affinché venga assegnata una diagnosi, sebbene la durata richiesta possa essere ridotta se tutti i requisiti diagnostici sono soddisfatti e i sintomi sono gravi (WHO, 2021).

Il GD coinvolge più spesso specifici giochi su Internet, ma può coinvolgere anche giochi computerizzati non su Internet, sebbene questi ultimi siano stati meno studiati.

Cenni epidemiologici

Negli ultimi decenni, un certo numero di gruppi di ricerca, in particolare in Europa e in Asia, ha compiuto sforzi sostanziali per definire la prevalenza del GD. Le stime di prevalenza appaiono a volte non coerenti a causa delle differenze metodologiche negli studi. Tra le revisioni sistematiche degli ultimi cinque anni, una (Mihara & Higuchi, 2017) ha esaminato 37 studi trasversali e 13 studi longitudinali realizzati in tutto il mondo (nessuno studio italiano), evidenziando sostanzialmente le difficoltà maggiori nella comparazione degli studi che hanno riguardato i diversi strumenti di rilevazione (screening test) utilizzati, la metodologia di rilevazione (in classe, telefonica, online, per posta), la numerosità del campione (sono stati scartati gli studi con meno di 300 soggetti). Il disegno sperimentale ha posto, per l'analisi dei dati in 30 studi, il giocatore vs. il non giocatore. I risultati hanno mostrato che la prevalenza di GD sulla popolazione generale variava da 0,7% a 27,5%. Inoltre, nei maschi variava da 2,0% a 22,7% mentre nelle femmine da 0% a 14,9%. In tutti gli studi, ad eccezione di uno studio coreano, le prevalenze dei maschi erano maggiori di quelle delle femmine. La prevalenza negli adolescenti variava tra 1,3% a 1,9% mentre tra gli adulti variava tra 0,3% e 27,5%. Negli studi su popolazione adulta la prevalenza decresceva all'aumentare dell'età. L'analisi di questi studi ha consentito di individuare i fattori associati al GD che sono: fattori relativi al gioco (tempo dedicato, frequenza e tipologia di gioco); fattori demografici e familiari (relazioni interpersonali e sociali, rendimento scolastico, amici con GD); personalità e comorbidità psichiatriche (es. iperattività e disturbi dell'attenzione, aggressività).

Una revisione sistematica (Feng *et al.*, 2017) sulla prevalenza di GD, ha esaminato 27 studi e riportato stime di prevalenza che vanno dallo 0,7% al 15,6% tra i bambini in età scolare. Gli autori hanno concluso che la prevalenza media dal 1998 al 2016 non sembrava essere aumentata in termini di prevalenza nella misura in cui è aumentato l'uso di Internet. Una metanalisi (Fam, 2018), che ha riguardato 16 studi sugli adolescenti, ha riportato che la stima della prevalenza aggregata era del 4,6%, incluso il 6,8% tra i maschi. Le analisi dei sottogruppi hanno indicato che le stime di prevalenza tendevano ad essere più alte tra gli studi più vecchi (pre-2000) con campioni più piccoli ($N < 1000$) condotti in Asia e per gli studi che impiegavano misurazioni adattate dai criteri del gioco d'azzardo patologico del DSM-IV.

Una metanalisi più recente (Stevens *et al.* 2021) mostra una prevalenza mondiale del disturbo da gioco del 3,05%. Questa percentuale è stata aggiustata all'1,96% considerando solo gli studi che soddisfacevano criteri di campionamento più rigorosi (es. campionamento casuale stratificato). Tuttavia, queste stime erano associate a una variabilità significativa legata allo strumento di screening e alla metodologia di campionamento. Anche in questo caso è stata evidenziata una prevalenza maggiore tra i maschi (Stevens, 2021).

Strumenti di screening ricorrenti in letteratura

La ricerca epidemiologica sui giochi problematici e su GD è stata spesso criticata a causa delle forti limitazioni metodologiche degli studi legati soprattutto alle tecniche di campionamento, e

reclutamento dei soggetti. Tuttavia, le proprietà psicometriche degli strumenti di misurazione negli studi hanno ricevuto meno attenzione (King *et al.*, 2020). Una rapida lettura della letteratura di riferimento lascia intuire il proliferare di studi con dati di prevalenza discordanti e in alcuni casi con uno scostamento del 15-20% che sembrano non essere logici, sollevando preoccupazioni sulla validità degli strumenti e sui rischi associati come i falsi positivi (King *et al.*, 2020). Una recente revisione sistematica (King *et al.*, 2020) degli strumenti utilizzati per il GD ha fornito una panoramica e un confronto tra 32 strumenti analizzando la loro attendibilità e validità.

I risultati di questa revisione mettono in evidenza che si stanno moltiplicando gli studi su GD soprattutto in Europa e in Asia. Nella maggior parte degli studi considerati (320) sono stati utilizzati gli 8 strumenti che forniscono una copertura totale dei criteri DSM-5 e ICD-11:

- *Petry Internet Gaming Disorder* (Petry *et al.*, 2013);
- *Internet Gaming Disorder Scale - Short-Form con 9 item* (IGDS9-SF) (Pontes & Griffiths, 2015);
- *Personal Internet Gaming Disorder Evaluation* (PIE-9) (Pearcy *et al.*, 2016);
- *Ten-Item Internet Gaming Disorder Test* (IGDT-10) (Király *et al.*, 2017);
- *Structured Clinical Interview for Internet Gaming Disorder* (SCI-IGD) (Koo *et al.*, 2017);
- *Clinical Video game Addiction Test* (C-VAT 2.0) (van Rooij *et al.*, 2017);
- *Internet Game Use-Elicited Symptom Screen* (IGUESS) (Jo *et al.*, 2018);
- *Diagnostic Interview for Internet Addiction* (DIA) (Ryu *et al.*, 2019).

Un altro importante elemento di riflessione è che dal 2013 ad oggi sono stati creati sedici strumenti specifici; tuttavia, molti gruppi di ricerca hanno invece optato per strumenti che precedono il DSM-5. In particolare, le misure YIAT e YDQ sono state utilizzate in numerosi studi condotti in Cina e Corea del Sud, in particolare quelli che comportano interviste cliniche per determinare l' idoneità alla valutazione e/o agli interventi di neuroimaging.

Tra gli strumenti validati in Italia troviamo la *Game Addiction Scale* per adolescenti (Costa *et al.*, 2020) e la IGDS9-SF (Monacis *et al.*, 2016). È stato anche pubblicato uno studio sulla validazione italiana di *Assessment of Internet and Computer game Addiction scale* (AICAs-Ita) (Peracchia *et al.*, 2018)