

TRAUMA, DISSOCIAZIONE, DISREGOLAZIONE, DIPENDENZA

Stefano Ciulla, Vincenzo Caretti

Introduzione

Numerosi studi confermano che l'esposizione ad un trauma (sia puntiforme che cumulativo; van der Kolk 2008) può facilitare l'insorgere di una psicopatologia (vedi ad esempio Caretti e Craparo 2008, Farina e Liotti 2011, Mosquera et al. 2011, Schimmenti e Bifulco 2008, van Dijke et al. 2011, Schore 2009); psicopatologia che spesso si manifesta anche attraverso forme di dipendenza. Nel presente articolo analizzeremo la storia di due soggetti che sembrano illustrare particolarmente bene il percorso che porta dal trauma alla dipendenza, mettendo in evidenza come le particolari circostanze di vita e le poco fortunate condizioni nelle quali questi soggetti hanno vissuto gli anni della loro infanzia e adolescenza (ed in particolare la presenza di figure di accudimento poco responsive) li hanno portati a sviluppare dei gravi deficit a livello interpersonale e, in seguito, una dipendenza da sostanze che li ha infine condotti alla carcerazione.

Premessa teorica: chiarimento di alcuni problemi concettuali

Prima di iniziare la trattazione del tema oggetto del presente articolo è necessario chiarire preventivamente il significato che in questa sede viene attribuito ad alcuni concetti. Questa necessità è causata dal fatto che, come riscontrato in letteratura, alcuni termini specifici possono riferirsi a diversi concetti a seconda del contesto e del background teorico nel quale sono inseriti.

In particolare, iniziamo con il chiarire cosa, in questo articolo, si intende con il termine "dissociazione". Questo termine, infatti, racchiude in un'unica definizione una molteplicità di concetti che, se non esplicitamente chiariti, possono rendere difficoltoso e ambiguo un tentativo di comprensione di dinamiche complesse come quelle che portano dall'esperienza di un trauma all'instaurarsi di una dipendenza. Il termine dissociazione può indicare diversi concetti: in primo luogo un meccanismo di difesa che isola una parte del contenuto mentale di un individuo dalla sua parte cosciente, alla quale può invece accedere liberamente. A differenza della rimozione, la dissociazione come meccanismo di difesa prevede l'isolamento sia della parte cognitiva di un'esperienza che della relativa parte affettiva, impedendo quindi l'accesso ad entrambe le componenti. Un secondo utilizzo del termine dissociazione fa riferimento, in particolare, ai diversi sintomi e fenomeni di natura dissociativa: la derealizzazione, la depersonalizzazione, l'amnesia dissociativa, fenomeni di ottundimento e di assenza psicologica, infine i sintomi relativi all'esistenza di diverse personalità autonome all'interno dello stesso individuo (vedi ad esempio Brown 2006, Farina e Liotti 2011, Holmes et al. 2005). Come si può facilmente notare, sotto il termine di "dissociazione" vengono raggruppati sintomi e fenomeni molto diversi, ma con il comune denominatore dell'essere caratterizzati da stati alterati di coscienza, durante il quale si perde, almeno temporaneamente, il senso di continuità della propria identità. Un ulteriore utilizzo del termine

“dissociazione” è riferito a particolari disturbi di personalità nei quali si ha una prevalenza dei sintomi dissociativi e/o una mancata integrazione di differenti parti della personalità di un soggetto, per cui queste parti vengono vissute come entità autonome (in particolare nel disturbo dissociativo dell’identità ma anche in teorizzazioni più recenti, vedi ad esempio Classen et al. 2006; van der Hart et al. 2006). Infine un ultimo utilizzo del termine “dissociazione” è quello che adotteremo nel proseguire di questo articolo e si riferisce a quei fenomeni che portano alla frammentazione di alcune funzioni legate a sottosistemi biopsicologici innati (come la reazione di attacco, quella di fuga, il pianto come richiamo per le figure di attaccamento eccetera; Liotti 2005) e a quei meccanismi che portano il soggetto ad agire in modo da evitare l’attivazione di questi sottosistemi vitali, cercando di inibire o ignorare qualsiasi stimolo che possa portare alla riattivazione di questi (tramite comportamenti e azioni mentali di tipo fobico, Mosquera et al. 2011) e che porterebbe inevitabilmente alla riattivazione dei contenuti dissociati di origine traumatica legati ad essi. Ci riferiamo dunque in particolare non ai sintomi o ai fenomeni dissociativi *tout court* ma, in particolar modo, alle dinamiche sottostanti che portano il soggetto ad esperire questi particolari sintomi o fenomeni.

Un secondo concetto che appare importante chiarire è quello legato alle conseguenze psicopatologiche di un trauma. Alcuni autori infatti considerano lo sviluppo di un Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) come conseguenza psicopatologica ultima di un evento traumatico; secondo questa logica un trauma provoca un DPTS oppure viene integrato con successo da chi lo ha subito, senza causare conseguenze patologiche. Una visione di questo tipo appare eccessivamente lineare e semplicistica, perciò preferiamo prendere in considerazione un diverso punto di vista, secondo il quale un trauma può avere conseguenze psicopatologiche differenti da quelle dello sviluppo di un DPTS (van der Kolk et al. 2005); in particolare lo sviluppo di un Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso (Herman 1992), lo sviluppo di un Disturbo Dissociativo di Personalità ma anche lo sviluppo di deficit particolari (come ad esempio un deficit nella capacità di regolazione degli affetti o di mentalizzazione, eventualità che verranno esplicitate e approfondite nel corso di questo lavoro) o di psicopatologie non direttamente legate, almeno etiologicamente, all’evento traumatico in sé.

Un ultimo concetto che è necessario chiarire riguarda l’utilizzo di alcuni termini, come “borderline”, “dipendenza” o “antisociale”, che si riferiscono sia a categorie diagnostiche discrete comprese nel DSM-IV (APA 2000) che a concetti differenti. Ad esempio l’utilizzo del termine “borderline” ha una valenza legata al livello psicologico di funzionamento di un individuo (cfr. Kernberg 1987) oltre a servire per definire un disturbo di personalità; il termine “dipendenza” può essere meglio attribuibile ad una classe di comportamenti potenzialmente presenti all’interno di diverse psicopatologie piuttosto che ad una categoria diagnostica discreta; mentre il termine “antisociale” può essere riferito sia al disturbo di personalità omonimo che ad una classe di comportamenti, che possono certamente essere legati al disturbo di personalità ma che possono anche prescindere da esso. Dunque un individuo può funzionare ad un “livello borderline” ma non essere considerato affetto da “disturbo borderline di personalità” e, allo stesso modo, un soggetto può agire in maniera antisociale, o avere alcune caratteristiche antisociali, senza essere per questo diagnosticato *in toto* come affetto da disturbo antisociale di personalità (il problema esistente con la classificazione categoriale propria del DSM è ampiamente dibattuto da anni, vedi ad esempio Farina e Liotti 2011 a proposito della necessità di doppie e triple diagnosi in caso di sintomi di natura dissociativa). Per evitare ambiguità, in questo articolo chiariremo esplicitamente quando ci si riferirà a particolari disturbi psicopatologici e quando, invece, ci si riferirà a tratti di personalità, livelli di funzionamento o comportamenti.

Avendo dunque chiarito questi importanti punti di partenza andiamo adesso ad occuparci

del primo aspetto oggetto del presente articolo, il legame tra eventi traumatici e comportamenti legati alla dipendenza.

Trauma e dipendenza

Il nostro percorso, che ci guiderà attraverso l'analisi della storia di vita di due detenuti fino ad una lettura clinica di alcuni loro funzionamenti psicologici, parte dal primo assunto fondamentale della Teoria dell'Attaccamento: ogni individuo ha una disposizione innata a cercare la vicinanza protettiva di un altro soggetto ben conosciuto quando si trova in condizioni di pericolo, vulnerabilità o dolore (Bowlby 1969). Questa disposizione innata permea tutta la vita di ogni individuo, fin dalla primissima infanzia, e il modo in cui le cosiddette figure di attaccamento (*caregiver*) principali rispondono a questa disposizione influenza in modo duraturo e profondo la vita del soggetto, nel bene e nel male (Bowlby 1979). Nell'ottica della comprensione delle dinamiche che determinano le traiettorie di sviluppo di un soggetto a partire dalla prima infanzia, riteniamo che l'ambiente nel quale questo viene allevato, e che viene caratterizzato anche dalla qualità delle relazioni con i *caregiver* principali, oltre a determinarne lo stile di attaccamento si configura anche come contesto all'interno del quale le diverse esperienze di vita assumeranno significati particolari, proprio in relazione alle caratteristiche dello specifico individuo, del suo ambiente di sviluppo e delle relazioni che all'interno di questo si realizzano. In questo senso uno "stile di attaccamento" configura, in senso ampio, più una modalità di attribuzione di significato dell'esperienza (mediata dai particolari modelli operativi interni interiorizzati; Bowlby 1979) che uno specifico modo di relazionarsi tra il bambino e il suo *caregiver*.

Prendiamo in primo luogo in esame il normale percorso di sviluppo di un bambino che abbia, parafrasando Winnicott (1974), un *caregiver* "sufficientemente buono". Il bambino, in un primo momento, non è equipaggiato per affrontare autonomamente il mondo, neanche dal punto di vista psicologico; ha dunque bisogno di qualcuno che si prenda fisicamente cura di lui ma che lo aiuti anche a gestire i propri stati emotivi e, contemporaneamente, gli insegni a gestirli autonomamente. Perché il bambino possa acquisire questa capacità sono però necessarie due condizioni: il *caregiver* deve essere in grado di entrare in relazione con lui (Stern 1998), e il bambino deve essere in uno stato di "quiete" (Ogden 1994); in caso contrario, infatti, non può realizzarsi alcun apprendimento. Il *caregiver* deve quindi, prima di tutto, occuparsi della regolazione affettiva del bambino (Taylor et al. 2000), ossia deve fornire risposte adeguate ai suoi stati di attivazione emotiva, anche attribuendo a questi un preciso significato (qualcosa di paragonabile alla funzione di *rêverie* materna proposta da Bion nel 1972). Questo perché, in un primo momento, il bambino non è capace di comprendere e far fronte autonomamente agli stimoli emotivi, o almeno a quelli che superano la sua "finestra di tolleranza" (Siegel 1999), ovvero risultano essere eccessivamente intensi rispetto alle sue risorse, impedendogli quindi di mantenere uno stato organizzato della mente. Se il *caregiver* non è in grado di regolare gli stati di attivazione del bambino, questi rimarrà in uno stato di disregolazione affettiva (Taylor et al. 2000), essendo incapace di tornare autonomamente ad uno stato di quiete, ma tenterà comunque di mantenersi organizzato in maniera autonoma attraverso posture, azioni o affetti (Ogden in print; Tronick 2006); vedremo più avanti quali possono essere le conseguenze di questa situazione. Se però il *caregiver* riesce a regolare con successo gli stati affettivi del bambino, e quindi a fargli raggiungere il necessario stato di quiete, nel relazionarsi con lui quest'ultimo apprende prima di tutto la propria esistenza psicologica; ovvero inizia a sviluppare una "teoria della mente" (Fonagy e Target 2001, Fonagy et al. 2002) propria ed altrui, che in seguito gli permetterà di assegnare una volontarietà ed uno

scopo alle azioni, e quindi le renderà, almeno in certa misura, prevedibili; inoltre, acquisendo la capacità di mentalizzare, il bambino diventa cosciente delle proprie ed altrui emozioni. Nel proseguire delle interazioni con il caregiver il bambino impara a regolare sempre meglio le proprie emozioni, fino a diventare capace di farlo indipendentemente, e quindi autoregolarsi; inoltre la sua finestra di tolleranza diventa sempre più ampia, diminuendo così la possibilità che uno stimolo sia sufficientemente intenso da superare le sue risorse di regolazione (Siegel 1999) e renda nuovamente necessario il ricorso ad una fonte di regolazione esterna. A questo punto il bambino è sufficientemente equipaggiato per far fronte autonomamente alle diverse esperienze della propria vita senza necessariamente dover dipendere da una figura esterna, se non in condizioni estreme. Questa traiettoria di sviluppo è solitamente associata ad uno stile di attaccamento organizzato (Liotti 2005), che permette al bambino, nell'interazione con il suo caregiver, di mantenere la sensazione dell'esistenza di una continuità nei propri stati di coscienza; in poche parole, il bambino si vive come entità unitaria ed integra perché ha imparato ad organizzare, elaborare ed integrare nella sua coscienza le diverse esperienze di vita che ha vissuto, a partire dall'interpretazione delle stesse fornita dal suo caregiver. Per riassumere, a partire da una relazione di attaccamento sicuro con il proprio caregiver il bambino è in grado di apprendere e sviluppare la capacità di regolare autonomamente i propri stati affettivi, ed acquisisce la capacità di percepirsi come entità psicologica distinta e dotata di intenzionalità e motivazioni personali, nonché di percepire gli altri come entità a loro volta distinte e dotate di intenzionalità e motivazioni non necessariamente coincidenti con le proprie.

Cosa avviene però se la traiettoria di sviluppo del bambino non segue questo percorso ottimale? Se il caregiver non è in grado di entrare in relazione con il bambino e di regolarne gli stati affettivi (un'eventualità cui alcuni autori si sono riferiti come "trauma nascosto", Schuder e Lyons-Ruth 2004), il bambino non può mai raggiungere lo stato di quiete necessario all'apprendimento (Schore 1994), e quindi non acquisisce la capacità di mentalizzare né la capacità di regolare autonomamente i propri affetti: resta in uno stato di disregolazione affettiva ogni volta che prova un'emozione, a meno che qualcuno o qualcosa non lo aiuti a regolare dall'esterno i propri stati emotivi. Le conseguenze sullo sviluppo del bambino possono essere molto gravi, perché sono proprio le prime esperienze a stabilire la traiettoria dello sviluppo futuro (Beebe 2006, Hawkins 2004, Schore 2011). Nei casi peggiori si può arrivare a disturbi di tipo psicotico, ma la presenza di un deficit della regolazione affettiva, comunque, porta inevitabilmente alla necessità, per il soggetto, di trovare un mezzo di regolazione esterno che gli permetta di tornare a quello stato di quiete che gli è impossibile raggiungere autonomamente; una strategia di automedicazione (Khantzian 1985) che prevede l'utilizzo di un regolatore degli affetti esterno al soggetto, ad esempio una sostanza psicoattiva come l'alcool o le droghe (vedi ad esempio Robins 1973, per l'utilizzo della droga come regolatore in soldati reduci del Vietnam), ma anche un comportamento come lo shopping compulsivo o il gioco d'azzardo (Caretti e Di Cesare 2005), e nei confronti del quale, nei casi più gravi, l'individuo sviluppa una forma di dipendenza (che va ben oltre gli eventuali effetti puramente fisiologici, come nel caso della dipendenza da sostanze; vedi ad esempio Caretti et al. 2010). Il soggetto quindi, in presenza di uno stile di attaccamento insicuro o addirittura disorganizzato, non sviluppa sufficientemente le proprie capacità di autoregolazione e di mentalizzazione, restando dipendente da fonti esterne di regolazione e sviluppando strategie dissociative di evitamento fobico di determinati stimoli volte ad evitare l'attivazione di stati mentali che non sarebbe in grado di regolare (Mosquera et al. 2011). In questi casi solitamente il soggetto ha sviluppato uno stile di attaccamento disorganizzato (Liotti 2005): la sua coscienza è frammentata e non integrata, perché non è stato in grado di elaborare e integrare esperienze di attivazione affettiva molto intense nella sua coscienza ordinaria, essendo quindi

costretto a separarle mediante meccanismi dissociativi; né i suoi caregiver sono stati in grado di portare a termine per lui queste operazioni. Uno stile disorganizzato può essere il frutto di esperienze traumatiche non elaborate e/o dell'interazione con un caregiver a sua volta disorganizzato (Hesse et al. 2003, Liotti 2005, West et al. 2001), come d'altra parte ampiamente riportato in letteratura (Hesse et al. 2003, Lyons-Ruth e Jacobvitz 1999, Solomon e George 1999).

Trauma, regolazione affettiva e mentalizzazione

Vediamo adesso quali possono essere le conseguenze di un'esperienza traumatica in soggetti che hanno acquisito adeguate capacità di mentalizzazione e regolazione degli affetti e in soggetti che hanno invece dei deficit in queste aree.

Quando un soggetto che ha acquisito la capacità di mentalizzare e di regolare autonomamente i propri stati affettivi subisce un trauma, le possibilità che riesca a far fronte autonomamente a questa esperienza sono molto alte, e quindi è probabile che questa venga elaborata ed integrata con successo e non ci siano esiti patologici. Ovviamente sono molte le variabili in gioco, ad esempio l'intensità e il tipo di trauma, la vulnerabilità specifica del soggetto, la sua resilienza (Luthar 1991) eccetera, ma sicuramente un'adeguata capacità di mentalizzare e di regolare autonomamente i propri stati affettivi sono fattori protettivi relativamente allo sviluppo di una psicopatologia di origine traumatica. Il soggetto, infatti, è normalmente in grado di affrontare i propri stati di attivazione, regolandoli, e quindi può elaborare l'esperienza traumatica, integrandola.

Se però il soggetto non ha sufficienti capacità di mentalizzazione e/o di autoregolazione, potrebbe non possedere risorse sufficienti ad affrontare l'esperienza traumatica. In questo caso il soggetto non ha altra scelta che isolare dalla propria coscienza l'esperienza, e i vissuti ad essa legati, dissociandola. Un ricorso patologico a meccanismi di tipo dissociativo (Bromberg 2006), necessario per tenere separati dalla sfera cosciente i contenuti delle esperienze traumatiche che il soggetto non è in grado di elaborare, tende ad impoverire la personalità e le risorse del soggetto stesso. Sembrerebbe, dunque, che la dissociazione patologica impedisca l'integrazione dei vissuti traumatici perché ostacola nel soggetto l'elaborazione in forma narrativa degli eventi dissociati, rendendo così impossibile l'articolazione di un racconto coerente con la propria storia di vita (Caretta et al. 2012).

Se il trauma avviene in età precoce, e quindi in un momento in cui il soggetto non ha ancora sviluppato la capacità di elaborare autonomamente le proprie esperienze, deve essere il caregiver ad aiutarlo in questa elaborazione, anche e prima di tutto regolandone gli stati affettivi che saranno, ovviamente, disregolati. Un fallimento in questo compito da parte del caregiver può compromettere lo sviluppo ottimale del bambino che, dovendo impegnare le proprie energie nel mantenere dissociata l'esperienza traumatica, non avrà più risorse sufficienti per raggiungere lo stato di quiete necessario ad acquisire la capacità di mentalizzare o di regolare autonomamente i propri stati affettivi. In ogni caso l'esito dell'esperienza traumatica può portare a diverse conseguenze; non sempre infatti un trauma non elaborato porta allo sviluppo di un Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) come definito dal DSM-IV (APA 2000). Come teorizzato da alcuni autori un trauma, specialmente se definibile come trauma complesso (Herman 1992) può portare a quella che viene chiamata "dissociazione strutturale della personalità" (van der Hart et al. 2006), ma anche alla comparsa di sintomi dissociativi comuni a diversi disturbi (quelli che vengono definiti sintomi di "detachment"; Brown 2006, Holmes et al. 2005) piuttosto che manifestazioni più pervasive di fenomeni dissociativi (i fenomeni cosiddetti di "compartmentalization"; Brown

2006, Holmes et al. 2005). Appare comunque evidente che sia maggiormente grave il caso in cui sia proprio il caregiver a essere la fonte dell'esperienza traumatica, sia attraverso abusi di tipo sessuale, emotivo o fisico, che per colpa di una incapacità di entrare in relazione con il proprio bambino; infatti anche l'assenza del caregiver, sia questa fisica o psicologica, nel momento in cui il bambino ha bisogno di lui può essere considerata a pieno titolo un'esperienza traumatica (Liotti 2005, Schuder e Lyos-Ruth 2004). Numerosi studi, sia epidemiologici che prospettici (vedi ad esempio Dutra et al. 2009, Fairbank e Fairbank 2009, Green et al. 2010), confermano d'altra parte che eventi avversi accaduti durante l'infanzia incidono sulla successiva comparsa di disturbi psicopatologici, sia con esordio infantile che con esordio durante l'età adulta. Vediamo adesso le storie di vita di due soggetti che ci porteranno ad alcune riflessioni cliniche relative alle teorie fin qui esposte.

La storia del Signor G

Il Signor G è un ragazzo tra i venti e i trent'anni, detenuto per aver ucciso quella che, al momento del fatto, era la sua ragazza. Il Signor G non sembra turbato dalla sua attuale situazione giuridica né dalla detenzione, che dura ormai da otto anni al momento dell'intervista (con un periodo di dieci anni di detenzione rimanenti); sembra piuttosto a suo agio nell'ambiente carcerario e non sembra preoccuparsi di quello che sarà il suo futuro quando, finalmente, ne uscirà. Se a prima vista questa situazione può apparire paradossale, le cose cambiano nettamente nel momento in cui si prende in considerazione la storia personale del Signor G.

Il Signor G ha avuto un'infanzia come quella di tanti bambini, vissuta nella propria famiglia di origine con i suoi genitori, una sorella e la tipica presenza della famiglia allargata comune nei paesi della Sicilia. Il suo racconto, però, diverge dalle normali storie degli adolescenti intorno ai 12 anni, periodo in cui prende ad imbarcarsi clandestinamente sui traghetti per allontanarsi da casa, luogo in cui inizia ad avere le prime pesanti discussioni con il padre. Da quello che questo ragazzo ne racconta, suo padre sembra essere un uomo molto concreto; negli anni dell'infanzia del Signor G possedeva una società di trasporti, ed era proprio con gli autisti dei camion di famiglia che questo si imbarcava clandestinamente. La reazione del padre a questi eventi può lasciare perlomeno perplessi: il padre del Signor G, infatti, messo di fronte al fatto compiuto si limitava a raccomandare il figlio ai propri autisti, lasciandolo quindi vagare per l'Italia a bordo dei propri camion mentre avrebbe dovuto passare il suo tempo a portare a termine la propria formazione scolastica.

Questa particolare situazione, però, ha dei precedenti drammatici. Il Signor G, infatti, racconta di essersi allontanato da casa anche per sfuggire alle barbariche modalità educative del padre; questi infatti soleva punire le sue mancanze denudando completamente il figlio, appendendolo a testa in giù ad una sbarra, bagnandolo con un secchio di acqua fredda e infine frustandolo con un frustino per cavalli. Il Signor G riferisce, sorridendo, che una volta suo padre si dimenticò persino di farlo scendere, e che venne sottratto a quella che possiamo definire come una vera e propria tortura soltanto grazie all'intervento provvidenziale di una zia.

Il padre del Signor G viene descritto come una persona aggressiva e manesca, e man mano che il ragazzo cresceva diventava sempre più difficile per lui desistere dall'aggrederlo a propria volta. Durante l'adolescenza, però, il Signor G inizia ad utilizzare droghe (ne prova di tutti i tipi, senza alcuna preoccupazione per le possibili conseguenze negative) e ne diventa inevitabilmente dipendente (anche se, al momento dell'intervista, non viene sottoposto a nessun trattamento farmacologico in quanto trascorso il lasso di tempo durante il quale poteva essere formalmente

definito tossicodipendente). I suoi problemi con la legge iniziano proprio a causa dell'uso di alcool e droga; il Signor G viene più volte fermato dalle forze di polizia e viene addirittura condannato agli arresti domiciliari per aggressione a pubblico ufficiale. Senza farsi scoraggiare da questa situazione, però, il ragazzo trova una soluzione facendosi lanciare dagli amici le droghe di cui ha bisogno direttamente all'interno del giardino di casa.

Il rapporto del Signor G con la propria ragazza inizia nel modo più comune, con un incontro casuale. Questa ragazza però ha l'abitudine di collezionare armi e condivide con lui la passione per le droghe e per le esperienze estreme; nella coppia, che in un primo momento, durato diversi mesi, non si definisce nemmeno tale, sono frequenti le liti e le discussioni, così come le avventure con amici comuni che includono l'uso di alcool o stupefacenti e che conducono il Signor G alla condanna per aggressione.

La storia della coppia si evolve, ed il Signor G e la sua ragazza decidono di ufficializzare la loro unione progettando il matrimonio. Nel frattempo lui ha lasciato la casa dei genitori e si mantiene saltuariamente anche con lavori onesti ma soprattutto procacciando le sostanze stupefanti ai propri amici in cambio di un tornaconto economico personale.

Il fatto che porta al definitivo arresto del Signor G avviene proprio nella sua abitazione. Per festeggiare il futuro matrimonio, lui e la sua ragazza invitano un paio di amici, tra i quali la migliore amica di quest'ultima, futura testimone di nozze; in un primo momento la riunione sembra una festa come tante altre. Dopo l'utilizzo di svariate sostanze, però, il clima cambia ed il Signor G ha un rapporto sessuale con l'amica della sua ragazza, che lo scopre. Dopo una discussione molto violenta e l'allontanamento di tutti gli amici, la ragazza del Signor G lo aggredisce con un coltello, ma ha la peggio e viene da questi uccisa. Dopo diverse ore, allarmato dalla sua assenza e dalla mancanza di notizie, il padre del Signor G arriva a casa del figlio, lo trova imbrattato di sangue e scopre che ha provato a suicidarsi tagliandosi le vene dei polsi e ingerendo del detersivo; questo però non gli evita l'arresto e la successiva detenzione.

La personalità del Signor G

Il Signor G è stato valutato con un'ampia batteria di reattivi psicologici, che ci restituiscono un'immagine molto chiara e dettagliata di quella che è la sua personalità. In primo luogo, il Signor G raggiunge un punteggio di 25 sulla PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised), uno strumento costruito per misurare il grado di psicopatia di un soggetto (Hare 2003, Caretti et al. 2012) su una scala che va da un minimo di 0 ad un massimo di 40 punti. Il punteggio di cut-off abitualmente utilizzato per definire un soggetto come psicopatico è 30, e il punteggio del Signor G non si discosta molto da questo valore, indicando la presenza di molte delle caratteristiche tipiche dei soggetti psicopatici. Analizzando più approfonditamente i suoi punteggi, però, ci si accorge che il valore di 25 è raggiunto principalmente grazie alle caratteristiche del disturbo più prettamente associate ai comportamenti antisociali (che formano il Fattore 2 della PCL-R; Hare 1993, 2003; Caretti et al. 2012); su questa dimensione in Signor G totalizza infatti 15 punti sui 20 possibili. Le caratteristiche affettive ed interpersonali della psicopatia (confluenti nel Fattore 1 della PCL-R; Hare 1993, 2003; Caretti et al. 2012), invece, sono meno presenti, e il punteggio del Fattore 1 raggiunge solo 7 punti su un massimo di 16, indicando che il ragazzo è comunque relativamente capace di stabilire legami con gli altri. Dall'analisi di questi punteggi sembra quindi che il Signor G sia più definibile come antisociale che come psicopatico *tout court*.

Il totale alla DES-II (Dissociative Experience Scale - II; Carlson e Putnam 1993), strumento che misura il grado di dissociazione del soggetto (su una scala che va da 0 a 100), non appare

particolarmente elevato (9,64 punti mentre il cut-off dello strumento è di 30; Carlson e Putnam 1993) ma gli alti punteggi ottenuti alla STAXI-2 (State-Trait Anger Expression Inventory-2; Spielberger 1999), che misura la rabbia di stato e di tratto, e il numero totale di traumi (11, rispetto ad una media di 6 – *DS* 0,511; Nijenhuis et al. 2002) riportati al TEC (Traumatic Experiences Checklist; Nijenhuis et al. 1999) forniscono indicatori utili per la lettura della personalità del Signor G alla luce della sua storia. In particolare sono interessanti i punteggi di alcuni indici della STAXI-2: se infatti il Signor G ottiene punteggi all'interno del range normale rispetto alla presenza di ansia di stato (R/S, 16 punti; punteggio medio della popolazione di riferimento 21,62, *DS* 9,28) e di tratto (R/T, 21 punti; punteggio medio della popolazione di riferimento 20,60, *DS* 5,31) il discorso cambia quando confrontiamo il punteggio ottenuto all'indice di espressione della rabbia (ER/Indice, punteggio 50) con il punteggio medio ottenuto dalla popolazione di riferimento (39,35, *DS* 12,71). Se poi teniamo in considerazione anche i punteggi di espressione della rabbia (Espressione della rabbia verso l'esterno, indice ER/Out, punteggio 27 contro una media di 16,07, *DS* 4,20; espressione della rabbia verso l'interno, indice ER/In, punteggio 21 contro una media di 16,99, *DS* 4,51) appare evidente come il Signor G sia una persona che non presenta caratteristiche legate alla rabbia di stato o di tratto particolarmente marcate, ma che quando sente impulsi di tipo rabbioso non può far altro che metterli in atto rivolgendoli verso l'esterno o verso sé stesso, essendogli impossibile regolarli autonomamente. La messa in atto della rabbia sembra ovviamente legata all'alto punteggio ottenuto al Fattore 2 della PCL-R, ma anche alla scala della Deviazione Psicopatica (punteggio corretto: 94) del MMPI-2 (Hathaway e McKinley 1989; per l'interpretazione dei punteggi del MMPI-2 cfr. Butcher e Williams 2000); il tentativo di controllo, invece, può essere legato all'alto punteggio ottenuto alla scala Ipocondria dello stesso test (punteggio corretto: 71). Un alto punteggio alla scala dell'Isteria (punteggio: 74) porta a pensare ad una tendenza all'espressione sul piano fisico delle emozioni non elaborabili (che comprendono, ovviamente, anche la rabbia), mentre un alto punteggio alla scala della Paranoia (punteggio: 69) sembra essere legato al bisogno di controllo del mondo circostante, caratteristica legata sia alla psicopatia che alle esperienze traumatiche (Lyons-Ruth e Jacobvitz 1999, Hare 1993, Hesse et al. 2003). Completano il quadro dei punteggi alti alle scale Psicastenia (70), Schizofrenia (69) e Ipomaniacalità (82), legate sicuramente alla dipendenza sviluppata dal soggetto come strategia di autoregolazione dei propri affetti ed impulsi.

Nel complesso, quindi, il Signor G appare essere un soggetto poli-traumatizzato, in particolare da una delle sue figure principali di attaccamento (il padre). Questa esperienza fortemente traumatica (Liotti 2005), che però il Signor G racconta senza mostrare particolare disagio (segno di una operazione dissociativa), potrebbe aver inibito la capacità del Signor G di regolare autonomamente i propri affetti (Mosquera et al. 2011). Da qui la necessità di ricerca di esperienze forti per provare eccitazione e l'uso delle sostanze per mutare e regolare esternamente il proprio stato di attivazione emotiva. Infine, il Signor G sembra aver messo in atto una strategia molto lineare per reagire agli impulsi che è incapace di regolare: li mette in atto oppure li sopprime, con il risultato che questi vengono però espressi sul piano corporeo (Nijenhuis et al. 1999). Una caratteristica interessante del Signor G è che questo soggetto non reagisce immediatamente alle provocazioni verbali, mentre passa subito all'aggressione violenta appena le provocazioni si spostano sul piano fisico (ad esempio, durante la detenzione ha ricevuto un rapporto ufficiale per una rissa con un altro detenuto che gli aveva messo le mani addosso, durante la quale ha quasi staccato un orecchio al suo aggressore). In quest'ottica diventano chiare le motivazioni per le condotte antisociali messe in atto dal Signor G, e che lo hanno infine portato alla detenzione per omicidio. In conclusione, vista alla luce della storia di vita del Signor G, caratterizzata da una pericolosità proprio di quelle figure che avrebbero dovuto occuparsi del suo benessere, appare

chiaro che l'esperienza della detenzione è vissuta solo come una delle tante situazioni in cui bisogna difendersi da un mondo pericoloso ed inaffidabile (Zanarini et al. 2000).

La storia della Signora A

La storia della Signora A è molto diversa da quella del Signor G. Nata e cresciuta in una famiglia numerosa, la Signora A è rimasta nell'ambito familiare fino all'età di 16 anni, studiando diligentemente e stringendo stretti legami con i fratelli e le sorelle. All'età di 14 anni, però, la Signora A fa il primo incontro con le sostanze stupefacenti; questo incontro la porterà a sviluppare una dipendenza che sarà la causa di tutti i suoi successivi problemi, legali e non. A 16 anni la Signora A abbandona la famiglia per seguire quello che all'epoca è il suo ragazzo, rimanendo lontana per quattro mesi prima di rientrare. Qualche anno più tardi, mentre è ospite a casa di una sorella, le viene affidato il figlio piccolo di quest'ultima; la Signora A però sente di non essere in grado di occuparsene, l'affida ad una vicina ed assume una quantità eccessiva di stupefacenti, andando in overdose e rimanendo incosciente per diversi giorni. Quando si riprende è solo l'inizio di una storia sregolata e inquieta, che la porta a numerosi arresti per spaccio e consumo di stupefacenti, a tre gravidanze portate comunque a termine, a legami con due partner diversi (che sono i padri dei suoi tre figli) e, successivamente, alla prostituzione messa in atto per procurarsi i soldi necessari all'acquisto degli stupefacenti e al successivo allontanamento dei suoi figli perché ritenuta incapace di prendersene cura. Ad un'età di oltre cinquant'anni la Signora A si comporta ancora come una ragazzina, non preoccupandosi del futuro o delle conseguenze che l'assunzione di praticamente tutti i tipi di droga esistenti possa averle provocato sul piano fisico, riportando una storia di continui ingressi e rilasci dal carcere che va avanti da oltre 30 anni (l'ultima condanna, durante la quale è stata intervistata, era di quattro anni, ma sulla Signora A pendeva ancora un'ulteriore accusa in fase di dibattimento processuale).

La storia della Signora A non sembra presentare elementi particolarmente traumatici, almeno a prima vista; tuttavia approfondendo la conversazione lei stessa racconta, con molto dolore, di aver subito abusi sessuali da due parenti acquisiti. La Signora A era all'epoca molto piccola (aveva 12 anni) e quando capì che le stesse persone avrebbero abusato anche di una sua sorella minore decise di raccontare tutto ai genitori. Ma è proprio in seguito a questa decisione che la Signora A vive il trauma che potrebbe averla destabilizzata e portata a cercare l'utilizzo delle sostanze stupefacenti come mezzo di regolazione degli affetti: i suoi genitori non solo non la ascoltano, ma la accusano di raccontare bugie sul conto dei suoi parenti. La Signora A viene così a scoprire che le sue figure di accudimento non le danno fiducia, neppure relativamente ad un evento grave quale un abuso sessuale, neanche nel momento in cui è in pericolo l'incolumità di sua sorella. Il rifiuto della confessione della Signora A coincide, non in maniera sorprendente, esattamente con il periodo in cui inizia il suo consumo di stupefacenti.

La personalità della Signora A

La Signora A appare come una persona timida e tranquilla, quasi schiva nel suo relazionarsi con gli altri. Ad una valutazione effettuata mediante la stessa batteria di test utilizzata con il Signor G, però, viene alla luce la sua profonda impulsività, la sua incapacità di resistere al bisogno di utilizzare gli stupefacenti ogni volta che qualcosa la rende nervosa, depressa o infelice. È la stessa Signora A a raccontare che nei periodi di maggior stress intensificava l'uso delle sostan-

ze; è la stessa Signora A a raccontare di come abbia fatto uso di stupefacenti nonostante fosse cosciente dell'elevata probabilità che questo avrebbe influenzato il suo rapporto con i figli, uno dei quali è nato in condizioni di tossicodipendenza, andando in crisi di astinenza appena partorito.

Anche in questo caso la PCL-R ha rilevato solo alcune caratteristiche del disturbo psicopatico, in particolare quelle più legate allo stile di vita (10 punti su 10 possibili) e all'antisocialità (4 punti su 10) (Hare 1999, 2003; Caretti et al. 2012); viene invece mantenuta la capacità di formare legami di attaccamento con gli altri, sebbene questi legami siano definibili, basandosi sui racconti che ne fa la Signora A, come altamente disfunzionali e dipendenti (vedi anche Schneider 1923 sui rapporti tra patologia e psicopatia). Nella Signora A si nota un punteggio piuttosto alto alla DES-II (21,78) e ad alcune scale della STAXI-2, punteggi che diventano in qualche modo poco sorprendenti quando si tiene in considerazione l'alto numero di traumi totali (8) rilevati dal TEC. La configurazione dei punteggi della STAXI-2, però, è molto diversa da quella riscontrata nel Signor G. La Signora A, infatti, presenta punteggi relativi alla rabbia di stato (indice R/S) e di tratto (indice R/T) leggermente più alti rispetto a quelli medi della popolazione di riferimento (22 e 24, rispettivamente, confrontati ad una media di 18,47, *DS* 6,27 e 19,23, *DS* 5,75); questi punteggi indicano quindi la presenza di una forte rabbia all'interno della Signora G. L'indice di espressione della rabbia, però, è molto al di sotto della media (punteggio ER/Indice 17 contro una media di 36,78, *DS* 12,71). Dove finisce, allora, la rabbia della Signora G? La risposta appare evidente se controlliamo i punteggi relativi agli indici di espressione e controllo della rabbia. Se i primi sono piuttosto bassi o solo leggermente sopra la media (punteggio ER/Out 11 contro una media di 14,59, *DS* 4,31; punteggio ER/In 18 contro una media di 16,90, *DS* 4,52), gli indici relativi al controllo della rabbia raggiungono 29 (CR/Out, indice di controllo della rabbia verso l'esterno) e 31 punti (CR/In, indice di controllo della rabbia verso l'interno) contro una media di 21,15 (*DS* 5,63) e 21,49 (*DS* 4,79) punti rispettivamente: la Signora A controlla con tutte le sue forze gli impulsi e le emozioni legate alla rabbia. Questa tendenza è evidenziata anche da un punteggio piuttosto alto alla scala dell'Ipocondria del MMPI-2 (punteggio corretto: 59), che indica una tendenza alla conversione sul piano fisico delle emozioni non elaborate (e quindi una tendenza alla dissociazione somatoforme; Nijenhuis 1999), ma soprattutto da un punteggio elevato alla scala della Schizofrenia (punteggio corretto: 70) che potrebbe essere legato alla tendenza alla rimuginazione della Signora A, una strategia messa in atto per controllare gli impulsi rabbiosi senza però passare all'atto. Anche nella Signora A, non sorprendentemente, si riscontra un alto punteggio alla scala della Paranoia (punteggio: 68), punteggio che probabilmente ha una spiegazione analoga a quella proposta per il Signor G.

In conclusione, anche la Signora A appare essere un soggetto poli-traumatizzato, in particolare dall'inattesa reazione delle sue figure di accudimento nel momento in cui ha più bisogno di loro, dopo aver trovato il coraggio di raccontare il dramma che ha vissuto, e temendo che lo stesso dramma si possa ripetere per una delle sue sorelle. A differenza del Signor G, però, la Signora A impara a controllare (o meglio, ipercontrollare) la propria rabbia piuttosto che metterla in atto, risultando così meno antisociale di quanto lo sia il Signor G. L'utilizzo di sostanze stupefacenti, nella Signora A, appare funzionale alla necessità di regolare esternamente i propri affetti, impossibili da regolare autonomamente; anche quando questa condotta comporta palesemente più svantaggi che vantaggi. La Signora A racconta addirittura di aver ideato un personale miscuglio di eroina e cocaina che massimizza gli effetti di entrambe le sostanze, minimizzandone gli effetti collaterali sull'umore (in particolare la fase di "down" della cocaina).

L'emozione della rabbia in soggetti con disregolazione affettiva

Le storie del Signor G e della Signora A sembrano esemplificare in modo chiaro quali siano le possibili conseguenze dell'esposizione in età infantile ad uno o più eventi traumatici che il soggetto non riesce ad elaborare e quindi dissocia patologicamente (Caretta e Craparo 2008). Nella **figura 1** vediamo infatti le possibili traiettorie di sviluppo di un soggetto che abbia subito dei traumi in età infantile, ma li abbia elaborati, e di un soggetto che abbia subito uno o più traumi in età infantile e non abbia potuto elaborarli ed integrarli in modo sano nella propria storia di vita.

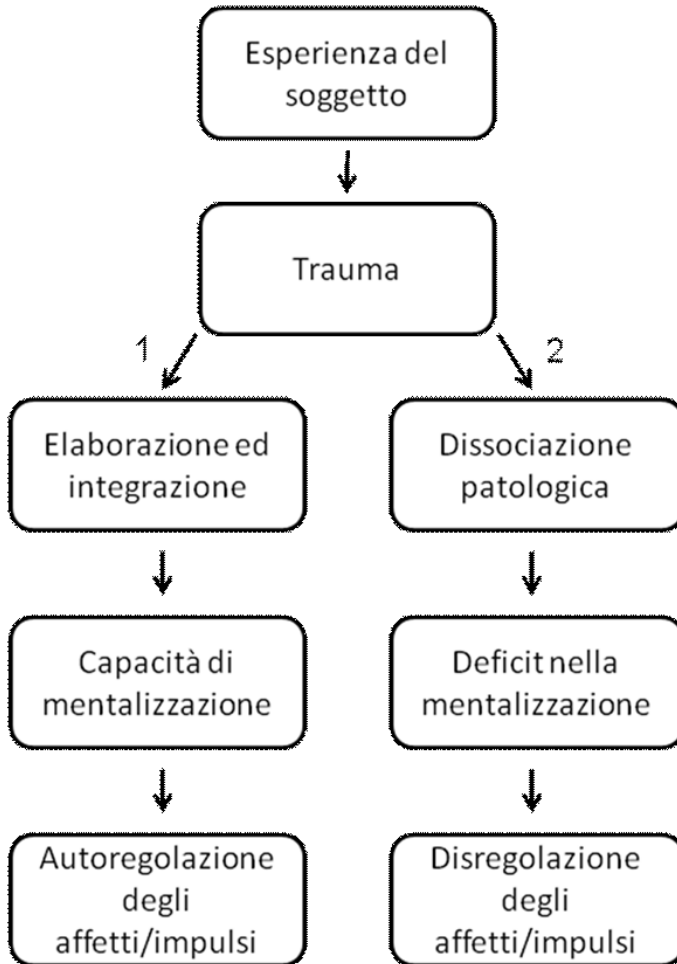


Figura 1. Possibili traiettorie di sviluppo in presenza di traumi

Come vediamo dallo schema in **figura 1**, un soggetto con una vita priva di traumi eccessivamente intensi, o con un adeguato supporto da parte del proprio caregiver, grazie alle proprie capacità, all'aiuto delle sue figure di attaccamento, al sostegno di una rete sociale di supporto o grazie ad una combinazione di queste caratteristiche trova il modo di elaborare il trauma ed integrarlo nella propria esperienza; sviluppa quindi una capacità di mentalizzazione normale (freccia numero 1), e impara a regolare autonomamente i propri stati affettivi e i propri impulsi. Questo gli permetterà di reagire positivamente ad eventuali traumi successivi, dandogli così la possibilità di elaborarli ed integrarli nella propria esperienza.

Vediamo invece il caso di un soggetto che ha subito un trauma durante l'età infantile ma non ha sufficienti risorse (interne o esterne) per fronteggiarlo, e deve quindi mettere in atto una forma di dissociazione patologica per evitare che l'evento traumatico interferisca con la sua vita (freccia 2). L'impoverimento che avviene a seguito del ricorso patologico alla dissociazione causa un deficit nelle capacità di mentalizzazione e di regolazione autonoma degli affetti, lasciando così il soggetto nell'impossibilità di cogliere fino in fondo le intenzionalità delle persone con cui si relaziona (una caratteristica che può facilmente sfociare in un tratto paranoico) e nella necessità di trovare un regolatore esterno dei propri stati affettivi e dei propri impulsi; la soluzione di solito trovata dal soggetto per questa seconda necessità porta facilmente all'instaurarsi di una dipendenza patologica (da un "oggetto droga"; vedi Caretti e Di Cesare 2005). Queste caratteristiche di deficit e la dipendenza patologica, inoltre, rendono il soggetto maggiormente vulnerabile a traumi successivi, che più difficilmente potranno essere elaborati e integrati anche a causa della diminuzione delle risorse a disposizione del soggetto, parte delle quali devono essere permanentemente impiegate per l'operazione dissociativa che mantiene separati a tempo indeterminato i contenuti disturbanti dell'evento traumatico.

Vediamo infine quali sono i possibili effetti della presenza di una disregolazione affettiva relativamente alla gestione degli affetti/impulsi e in particolare all'emozione della rabbia, particolarmente presente nei soggetti qui esaminati probabilmente come risultato dell'esposizione ad abusi fisici e sessuali, anche perpetrati dalle loro figure di accudimento (Karpman 1968, Liotti 2005, van der Hart et al. 2006).

Nella **figura 2** vediamo le possibili opzioni a disposizione di un soggetto che abbia una normale capacità di regolazione degli affetti e degli impulsi.

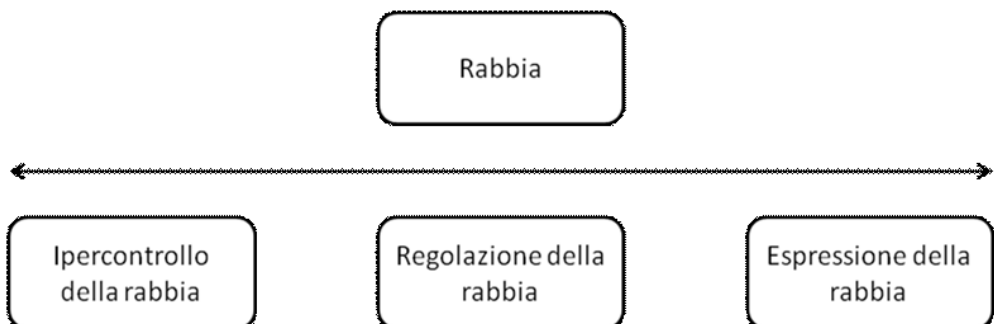


Figura 2. *L'emozione della rabbia in un individuo normale*

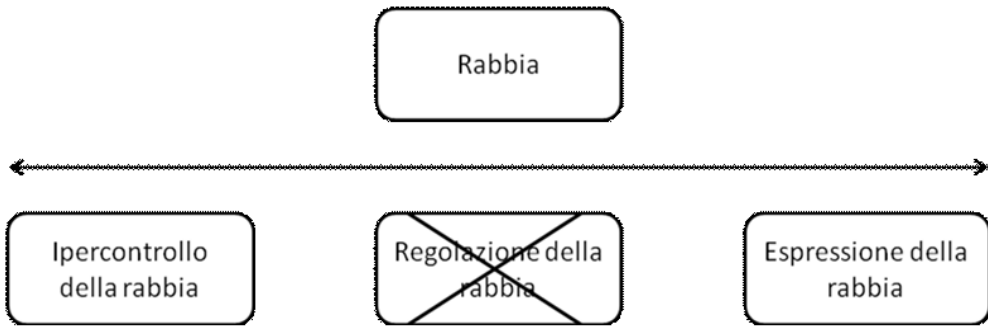


Figura 3. *L'emozione della rabbia in un individuo disregolato*

Un soggetto con normali capacità di regolazione degli affetti e degli impulsi ha diverse possibilità di reazione a un impulso rabbioso. Se l'impulso non è eccessivamente intenso (e non eccede quindi la sua finestra di tolleranza) può semplicemente regolarlo autonomamente, e tornare a uno stato emotivo di tranquillità. Se l'impulso rabbioso è invece particolarmente intenso, o comunque di un'intensità superiore alle risorse al momento disponibili per il soggetto, questo può decidere di scaricare l'impulso sotto forma di azione (espressione della rabbia – acting out) oppure inibirlo in un circuito di rimuginazione ossessiva (ipercontrollo della rabbia).

A differenza di un soggetto con normali capacità di autoregolazione affettiva, un soggetto con disregolazione affettiva non ha praticamente mai la possibilità di regolare autonomamente i propri stati affettivi interni (Gunderson si riferisce alla mancanza di un "introietto confortante" per spiegare le conseguenze dei precoci fallimenti nell'attaccamento; Gunderson 1984, 1996). Nel caso in cui un soggetto come questo esperisca un impulso di rabbia, può soltanto cercare un regolatore esterno dei suoi affetti (ad esempio una sostanza di abuso) oppure esprimere o ipercontrollare l'impulso. Il Signor G sembra essere un buon esempio di questa doppia possibilità (espressione incontrollata della rabbia oppure ipercontrollo mediante rimuginazione e dissociazione), mentre la Signora A sembra aver scelto di ipercontrollare i propri impulsi in qualsiasi caso in cui non possa regolarli tramite l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Teorie alternative relative alla regolazione degli affetti

In letteratura molti autori si sono occupati dei temi legati alla regolazione degli affetti e a come questa capacità si sviluppi a partire dall'infanzia e nella relazione con le figure di attaccamento del bambino. A partire da Bowlby (1969), che considerava le relazioni di attaccamento come il mezzo principale di apprendimento di questa capacità, fino ad autori più moderni (Stern e Liotti tra gli altri; vedi ad esempio Liotti, 2005; Stern, 1998), in molti hanno spiegato con teorie differenti le complesse interazioni che portano un neonato a sviluppare gradualmente le capacità necessarie ad affrontare autonomamente le esperienze della propria vita. Alcuni autori si sono soffermati sul lato relazionale di queste dinamiche (i più volte citati van der Hart, Stern, lo stesso Bowlby) mentre altri si sono concentrati maggiormente sul lato neurobiologico (ad esempio Schore; Schore 1994) o cognitivo (ad esempio Semerari e Wells, Semerari 1999, Wells 2000).

Questa messe di teorie ha portato alla nascita di concetti come “mentalizzazione”, “dissociazione strutturale” o “alessitimia”. Nel nostro modello teorico, però, non vediamo queste diverse concezioni come qualcosa di mutualmente esclusivo; piuttosto consideriamo le diverse spiegazioni proposte come qualcosa che si possa integrare in un’unica teoria complessiva, che possa quindi più facilmente dar conto delle complesse dinamiche che nessuna teoria, a nostro avviso, è in grado di spiegare in modo esaustivo se presa da sola.

Riflessioni terapeutiche e conclusioni

Dalla lettura dei due casi presentati, ma soprattutto dai colloqui con queste due persone, si ricava la sensazione che alcuni comportamenti, apparentemente frutto esclusivo di una scelta personale relativa al proprio stile di vita, abbiano una genesi molto più complessa, da ricercare piuttosto nel particolare incrocio di caratteristiche di personalità, di contesto ambientale e di eventi avversi. Non è infatti illogico pensare che le stesse persone, in un ambiente maggiormente accidentato o in assenza dei traumi che hanno segnato la loro vita, avrebbero potuto imparare a controllare e regolare meglio i propri impulsi, evitando la dipendenza che ha portato infine al loro arresto e ad una conseguente qualità di vita decisamente bassa.

Le storie del Signor G e della Signora A possono servire da stimolo per lo sviluppo di programmi di supporto che possano aiutare i soggetti che hanno subito un trauma ad integrare questa esperienza nella propria vita, liberandoli così dalla necessità di trovare una soluzione esterna, e quindi potenzialmente generatrice di dipendenza, al loro bisogno di regolare emozioni che sentono come soverchianti e ingovernabili. Un supporto psicoterapeutico, specialmente se effettuato durante l’infanzia o l’adolescenza, può fornire a soggetti come il Signor G o la Signora A i punti di riferimento di cui hanno bisogno per sviluppare una autonoma capacità di regolazione affettiva e la possibilità di reintegrare le parti dissociate della loro personalità; inutile aggiungere cosa questo possa significare in termini di costi sociali (si pensi che entrambi i soggetti hanno alle spalle una lunga storia di condotte devianti).

Un ultimo contributo può infine essere dato all’orientamento di eventuali terapie posteriori all’instaurarsi dei deficit e delle strategie di ipercontrollo o espressione della rabbia. Ci riferiamo ad esempio a terapie centrate sullo sviluppo della mindfulness (vedi ad esempio Ogden 2007, 2009, in print) oppure terapie più mirate alla regolazione delle funzioni neurovegetative e al ripristino di una sufficiente capacità di autoregolazione (vedi ad esempio Fisher e Ogden 2009, Ford et al. 2005, Ogden et al. 2006, van der Kolk 1994) o ancora a teorie non specificamente mirate a questi specifici deficit, ad esempio la Schema Therapy (Young et al. 2003) o la Transference Focused Psychotherapy (Kernberg 1993, Levy et al. 2006). In tutti questi casi, infatti, leggere le storie di vita di soggetti come il Signor G o la Signora A attraverso la nostra cornice concettuale può fornire una utile chiave di lettura e di ingresso nel mondo di questi soggetti, nonché fornire un focus psicopatologico da monitorare durante la terapia stessa, anche per verificarne gli esiti.

Riassunto

Parole chiave: disregolazione, dissociazione, impulsività, rabbia, dipendenza.

In questo articolo partiamo dalle teorie relative all’impatto dei traumi sui meccanismi di dissociazione, disregolazione e dipendenza per analizzare la storia di vita e i risultati ad alcuni test di due soggetti

detenuti. In particolare, iniziamo descrivendo in che modo la combinazione di caratteristiche personali e ambientali e delle esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia e l'adolescenza possono causare il ricorso patologico a meccanismi dissociativi, e possono dunque favorire nel soggetto l'insorgenza di un deficit nelle capacità di mentalizzazione e di regolazione autonoma degli affetti e degli impulsi. Narriamo quindi brevemente le storie di vita di due detenuti, il Signor G e la Signora A, che presentano problemi di dipendenza da sostanze e una storia traumatica alle spalle. In un primo momento esponiamo gli eventi principali della loro storia, con particolare attenzione a quelli che ne hanno causato la detenzione, quindi presentiamo e discutiamo i loro risultati ad una batteria di test che ne indaga il livello di psicopatia (tramite la PCL-R), le esperienze dissociative (tramite la DES-II), le caratteristiche di rabbia di stato e di tratto (tramite la STAXI-2), la presenza di esperienze traumatiche (tramite il TEC) e varie caratteristiche di personalità (tramite il MMPI-2). Analizziamo quindi la loro storia alla luce dei dati evidenziati dai risultati ottenuti ai test, nonché delle teorie espone nella prima parte dell'articolo. Consideriamo dunque le possibili traiettorie di sviluppo dipendenti dalle diverse esperienze di vita di un soggetto normale e di un soggetto con dissociazione patologica, e presentiamo infine la nostra teoria secondo la quale i soggetti che presentano una dipendenza, considerata come conseguenza di una disregolazione affettiva, soffrono dell'impossibilità di regolare autonomamente gli impulsi, con particolare attenzione a quelli legati alla rabbia, e non hanno quindi altra scelta che metterli in atto o ipercontrollarli attraverso un meccanismo rimuginativo di tipo ossessivo. Concludiamo mettendo in evidenza che questo punto di vista può fornire nuove chiavi di lettura di alcuni comportamenti antisociali e di dipendenza, nonché utili spunti per orientare eventuali terapie sia in ambito carcerario che di tipo preventivo.

TRAUMA, DISSOCIATION, DISREGULATION, DEPENDENCE

Abstract

Key words: *disregulation, dissociation, impulsivity, anger, dependence.*

In this work we present the theories related to the impact of the traumas on the mechanisms of dissociation, disregulation and dependence; thus we use them to analyze the life history and the scores obtained by two inmate subjects to some psychological tools. In a first moment we describe how the combination of personal and environmental characteristics and the traumatic experiences lived during infancy and adolescence can cause the pathological use of dissociative mechanisms, and can thus favor the onset of a deficit in the abilities of mentalization and autonomous regulation of affects and impulses in the subject. We therefore shortly narrate the life histories of two inmates, Mr. G and Mrs. A, both presenting problems of substance dependence and traumatic experiences. In a first moment we expose the principal events of their history, with a particular attention to those that lead to their detention, therefore we introduce and discuss the scores they obtained to a battery of psychological tools that investigate the level of psychopathy (through the PCL-R), the dissociative experiences (through the DES-II), the characteristics of state and trait anger (through the STAXI-2), the presence of traumatic experiences (through the TEC) and various characteristics of personality (through the MMPI-2). We then analyze their history in the light of the data underlined by the tests scores, as well as of the theories exposed in the first part of the work. We consider therefore the possible developmental trajectories deriving from the different experiences of life in a normal subject and in a subject with pathological dissociation, and we finally introduce our theory according to which the subject that present a dependence, considered as a result of an affective disregulation, suffer from the impossibility to autonomously regulate the impulses, with particular attention to anger, and don't have therefore other choice that to put them in action or hypercontrol them through an obsessive

type of rumination mechanism. We then conclude putting in evidence that this point of view can provide a new interpretation for some antisocial and dependence behaviors, as well as useful cues to direct possible therapies both in prison that of preventive type.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - text revision*. Tr. it. Masson, Milano 2001.
- Beebe B (2006). Co-constructing mother-infant distress in face-to-face interactions: Contributions of microanalysis. *Infant Observation* 9, 2, 151-164.
- Bion WR (1972). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma.
- Bowlby J (1969). *Attachment and loss. Vol.1: Attachment*. London: Hogarth Press. Tr. it. Attaccamento e Perdita. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Bowlby J (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1982.
- Bromberg PM (2006). *Destare il sognatore*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
- Brown RJ (2006). Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma and Dissociation* 7, 4, 7-28.
- Butcher JN, Williams CL (2000). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. University of Minnesota Press, USA. Tr. it. Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A. Seconda edizione, Giunti OS, Firenze 2007.
- Caretti V, Craparo G (2008). La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica. In V Caretti e G Craparo (a cura di) *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, pp. 11-42. Astrolabio, Roma.
- Caretti V, Craparo G, Schimmenti A (2010). Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina. In V Caretti e D La Barbera (a cura di) *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, pp. 99-134. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Caretti V, Craparo G, Schimmenti A, Ciulla S (2012). Trauma e comportamento violento. Dissociazione e rabbia come dimensioni eziopatogenetiche dell'impulsività di origine traumatica: un modello clinico-empirico della personalità di uno psicopatico. In L Janiri et al. (a cura di) *Il punto di non ritorno*. Fioriti, Roma.
- Caretti V, Di Cesare G (2005). Psicodinamica delle dipendenze. In V Caretti e D La Barbera (a cura di) *Le dipendenze patologiche*, pp. 11-32. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Caretti V, Manzi GS, Schimmenti A, Seragusa L (2012). *PCL-R. Psychopathy Checklist-Revised. Adattamento italiano basato sulla seconda edizione*. OS Giunti, Firenze.
- Carlson EB, Putnam FW (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation* 6, 16-27.
- Classen C, Pain C, Field N, Woods P (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of the complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 29, 87-112.
- Dutra L, Bureau JF, Holmes B, Lyubchik A, Lyons-Ruth K (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 197, 6, 383-390.
- Fairbank JA, Fairbank DW (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports* 11, 4, 289-295.
- Farina B, Liotti G (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo clinico* 8, 1, 3-17.

- Fisher J, Ogden P (2009). Sensorimotor Psychotherapy. In CA Courtois e KD Ford (a cura di) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*, pp. 312-328. The Guilford Press, New York - London.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EJ, Target M (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Fonagy P, Target M (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ford JD, Courtois CA, Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ERS (2005). Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. *Journal of Traumatic Stress* 18, 5, 437-447.
- Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry* 67, 2, 113-123.
- Gunderson J (1984). *Borderline personality disorder*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Gunderson J (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry* 153, 752-758.
- Hare RD (1993). *Without conscience. The disturbing world of the psychopaths among us*. Tr. it. *La psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica*. Astrolabio, Roma 2009.
- Hare RD (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems, New York, USA.
- Hathaway SR, McKinley JC (1989). *MMPI-2*. Tr. it. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Organizzazioni Speciali, Firenze 1997.
- Hawkins J (2004). *On intelligence*. Times Books Henry Holt & Co. LLC, New York.
- Herman JL (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5, 3, 377-391.
- Hesse E, Main M, Abrams KY, Rifkin A (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have "second-generation" effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In DJ Siegel e MF Solomon (a cura di) *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain*, pp.57-106. Norton, New York.
- Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter EC, Frasquilho F, Oakley DA (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review* 25, 1, 1-23.
- Karpman S (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Kernberg OF (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Kernberg OF (1993). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, USA.
- Khantzian EJ (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 35, 1-5.
- Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 62, 4, 481-501.
- Liotti G (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e Adolescenza* 4, 3, 130-44.
- Luthar SS (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development* 60, 600-616.
- Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J Cassidy e PR Shaver (1999) (a cura di) *Handbook of attachment*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Manuale dell'Attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2002, pp. 520-544.
- Mosquera D, Gonzales A, van der Hart O (2011). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Persona* 11, 1, 44-73.

- Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Kruger K (2002). The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings Among Psychiatric Outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 9, 200-210.
- Nijenhuis ERS, van der Hart O, Vanderlinden J (1999). The Traumatic Experiences Checklist (TEC). In ERS Nijenhuis (a cura di) *Somatoform Dissociation: Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues*. Van Gorcum, Assen, the Netherlands. Tr. it. *La Dissociazione Somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*. Astrolabio, Roma 2007.
- Ogden P (2007). Beyond words: A clinical map for using mindfulness of the body and the organization of experience in trauma treatment. Paper presented at Mindfulness and Psychotherapy Conference, UCLA/Lifespan Learning Institute, Los Angeles, CA.
- Ogden P (2009). Emotion, mindfulness and movement: Expanding the regulatory boundaries of the window of tolerance. In D Fosha, D Siegel e M Solomon (a cura di) *The Healing Power of Emotion: Perspectives from Affective Neuroscience and Clinical Practice*, pp. 204-231. W. W. Norton, New York.
- Ogden P (in print). Oltre le parole: la prospettiva della psicoterapia sensomotora sul trattamento del trauma. In V Caretti, G Craparo e A Schimmenti (a cura di) *Trauma. Teoria, clinica, ricerca*. Astrolabio, Roma.
- Ogden P, Pain C, Fisher J (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America* 29, 1, 263-279, xi-xii.
- Ogden TH (1994). *Subjects of Analysis*. Jason Aronson Inc., Northvale, NJ. Tr. it. *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano 1999.
- Robins LN (1973). A follow-up of Vietnam drug users. In *Special Action Office Monograph, Series A, 1*. Washington, DC, USA.
- Schimmenti A, Bifulco A (2008). Quando i genitori maltrattano i figli: le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo. In V Caretti e G Craparo (a cura di) *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, pp. 94-131. Astrolabio, Roma.
- Schneider K (1923). *Die psychopathischen persönlichkeiten*. Deuticke, Vienna. Tr. it. *Le personalità psicopatiche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2009.
- Schore A (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 21, 75-100.
- Schore AN (2009). Attachment trauma and the developing of right brain: origin of pathological dissociation. In Dell P e O'Neil JA (a cura di) *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-IV and beyond*. Routledge, New York.
- Schore A (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.
- Schuder M, Lyons-Ruth K (2004). "Hidden trauma" in infancy: attachment, fearful arousal and early dysfunction on the stress response system. In J Osofsky (a cura di) *Trauma in infancy and early childhood*, pp. 69-104. Guilford Press, New York.
- Semerari A (1999). Deficit di regolazione emotiva. In A Semerari (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina, Milano.
- Siegel DJ (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford, New York. Tr. It. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- Solomon J, George C (1999). The place of disorganization in attachment theory. In J Solomon e C George (a cura di) *Attachment disorganization*, pp. 3-32. Guilford Press, New York.
- Spielbergerer CD (1999). *Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL. Tr. it. AL Comunian (a cura di) *STAXI-2. State Trait Anger Expression Inventory -2*. Giunti OS, Firenze 2004.

- Stern DN (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (2000). *I disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti, Roma.
- Tronick EZ (2006). Self and dyadic expansion of consciousness, meaning-making, open systems, and the experience of pleasure. In GB La Sala, P Fagandini, V Lori, F Monti e I Blickstein (a cura di) *Coming into the world: A dialogue between medical and human sciences*, pp. 13-24. Walter de Gruyter GmbH & Co, Berlino.
- van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2006). *The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Tr. it. *Fantasmii nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina, Milano 2011.
- van der Kolk BA (2008). Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per bambini cronicamente traumatizzati. In V Caretti e G Craparo (a cura di) *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, pp. 81-93. Astrolabio, Roma.
- van der Kolk (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1, 5, 253-265.
- van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 18, 5, 389-399.
- van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, Van Son MJM, van der Heijden PGM, Böhling M (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology* 2, 5628.
- Wells A (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons Ltd, New York, NY, US. Tr. it. *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitive*. Erickson, Trento 2002.
- West M, Adam K, Spreng S, Rose S (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, 627-631.
- Winnicott DW (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando, Roma.
- Young J, Klosko J, Weishaar M (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications, New York. Tr. it. *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi, Firenze 2007.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, Khera GS (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders* 149, 264-273.

Dr. Stefano Ciulla, PhD
Dottore di Ricerca in Psicologia
Via Valdemone, 31, 90144 Palermo
tel: (+39)0917790869
e-mail: stefano.ciulla@gmail.com

Prof. Vincenzo Caretti, PsyD
Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo
Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo