- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

infanzia e adolescenza
Vol. 4, n. 3, 2005

Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva

VINCENZO CARETTI[1], GIUSEPPE CRAPARO[1], NICOLETTA RAGONESE[1], ADRIANO SCHIMMENTI[2]

[1]*Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo*
[2]*Dipartimento di Psicologia, Università di Torino*

RIASSUNTO: **Obiettivo:** Questo studio si è proposto di indagare gli effetti della disregolazione affettiva e dei processi dissociativi sulle esperienze traumatiche al fine di verificare un modello psicopatologico a matrice relazionale centrato sulla teoria dell'attaccamento. **Metodo:** Ad un gruppo di 96 studenti che frequentano l'ultimo anno della scuola superiore sono stati somministrati i test A-DES, TAS 20 e TSI-A. I dati ottenuti sono stati elaborati attraverso procedure di analisi statistica. **Risultati** I punteggi ottenuti dai soggetti non presentano differenze significative in relazione alla variabile sesso. L'analisi delle correlazioni sembra avvalorare l'ipotesi dell'esistenza di un nesso fra alessitimia, dissociazione e trauma. Gli studi di regressione lineare multipla sembrano indicare che le esperienze dissociative possano in certa misura predire i sintomi traumatici. **Conclusioni:** Prendendo le distanze dai modelli classici di lettura del trauma, viene proposta una riformulazione del concetto in termini evolutivi e relazionali.

PAROLE CHIAVE: Trauma, Alessitimia, Dissociazione.

ABSTRACT: **Objective:** This study aimed to investigate the affect dysregulation and the dissociative processes effects on the traumatic experiences, in order to verify a relational matrix based psychopathological model, grounded on the attachment theory. **Method:** The tests A-DES, TAS 20 and TSI-A were given to a group of 96 students attending the high school last year. The obtained data were elaborated through statistic analysis procedures. **Results:** The scores obtained by the subjects do not present significant differences in relation to the variable sex. The analysis of the correlations seems to strengthen the hypothesis of a connection existence among alexithymia, dissociation and trauma. The studies of multiple linear regression seem to show the dissociative experiences can, in certain measure, predict the traumatic symptoms. **Conclusions:** Taking the distances from the classical way of thinking to trauma, in this work we propose a concept reformulation in developmental and relational terms.

KEY WORDS: Trauma, Alexithymia, Dissociation.

Co-regolazione e disregolazione

Le emozioni sono intrinsecamente esperienze soggettive che coinvolgono processi di attribuzione di significati e di interazione con l'ambiente. Le esperienze emotive sono all'origine di stati soggettivi complessi, che costituiscono il nucleo centrale delle nostre vite mentali e delle nostre relazioni con gli altri. Nello sviluppo infantile, il caregiver e il bambino costruiscono insieme, sulla base delle loro vicende emotive e sensoriali, modalità regolatorie diadiche (comprendenti al tempo stesso modelli di autoregolazione e di regolazione interattiva) che avranno un destino importante nella vita psichica di entrambi. Attualmente l'*infant research*, studiando l'organizzazione della mente nelle prime fasi di vita, ci permette di descrivere in modo dettagliato l'origine presimbolica delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto, offrendoci inoltre conoscenze che possono risultare particolarmente utili alla comprensione dei fenomeni psicopatologici in età evolutiva.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

Come la letteratura psicoanalitica descrive e le ricerche in ambito evolutivo ampiamente dimostrano, le prime relazioni risultano centrali nel processo di organizzazione della struttura di personalità dell'individuo. I concetti di *rêverie* (Bion, 1962) e di *holding* (Winnicott, 1958) si riferiscono proprio alla capacità di contenimento e sostegno emotivo offerte dal caregiver al bambino, quali elementi fondamentali per lo sviluppo di quelle competenze mentali che fungono da regolatori delle tensioni emotive interne (altrimenti vissute come catastrofiche).

Processi cerebrali e relazioni sociali danno vita, insieme, alla nostra mente (sia a livello conscio che inconscio) attraverso un continuo processo di percezione e valutazione delle informazioni provenienti da stimoli interni ed esterni (Gaddini, 1980).

Come afferma Siegel (1999), la valutazione e l'attribuzione di significati agli stimoli sono funzioni specifiche della mente, che trovano sede espressiva all'interno dei processi emozionali. Il concetto di flessibilità della risposta affettiva ben descrive il processo di attribuzione di un valore positivo o negativo alle stimolazioni interne ed esterne, come espressione di un sistema di valutazione innato che progressivamente viene plasmato dalle esperienze sociali. E' pertanto evidente il valore relazionale dell'emozione ed il ruolo da essa giocato all'interno del processo evolutivo per la sopravvivenza stessa dell'individuo.

Il processo di "sintonizzazione affettiva" (Stern, 1985) è il nodo cruciale nelle fasi di sviluppo di ogni relazione di attaccamento. La capacità di sintonizzarsi emotivamente, infatti, permette al bambino di comunicare i propri bisogni e sviluppare la capacità di distinguere il mondo interno dalla realtà esterna e, al caregiver, di rispondere empaticamente alle sue sollecitazioni. Il senso di sicurezza nel bambino sarà allora rafforzato e l'alternanza tra stati emotivi positivi (via via amplificati) e negativi (modulati) condurrà allo sviluppo completo del senso di continuità del Sé. Per ogni individuo che nasce, la possibilità di entrare in sintonia con la mente dell'altro è fondamentale per la maturazione dei processi cerebrali mediatori della capacità di regolazione affettiva (Beebe e Lachmann, 2002; Shore, 1994), dello sviluppo delle competenze sociali, della memoria autobiografica, della funzione riflessiva e dei processi narrativi (Fonagy e Target, 1997; Main, 1995).

Le esperienze di reciprocità nelle prime fasi evolutive favoriscono i processi di integrazione dei sistemi di risposta emotiva: neurofisiologico, comportamentale-espressivo, cognitivo-esperienziale. Tale integrazione permette al soggetto di poter tradurre le emozioni in unità dotate di significato (sentimenti), le quali possono essere modulate e diventare così oggetto di comunicazione verbale con l'ambiente esterno. La psicopatologia è rappresentata da quelle relazioni primarie insicure, che oltre a determinare l'insorgenza di un deficit delle funzioni cognitive e metacognitive nell'elaborazione dei vissuti emotivi, provoca una disconnessione dei succitati livelli fisiologici e comportamentali e la conseguente incapacità del soggetto ad utilizzare le emozioni come sistemi motivazionali e di organizzazione di comportamenti adeguati all'ambiente di riferimento (La Barbera, Caretti e Craparo, in corso di stampa). Tale concettualizzazione della disregolazione degli affetti ha un diretto riferimento al costrutto di alessitimia (Nemiah e Sifneos, 1970) ed in particolare alle sue più recenti riformulazioni (Caretti e La Barbera, 2005; Taylor, Bagby e Parker, 1997).

Trauma e attaccamento

Così come viene descritto da Bowlby (1969), l'attaccamento è da intendersi (ab-initio) quale manifestazione istintuale del bisogno di accudimento e protezione di ogni individuo, che solo successivamente, attraverso processi di interiorizzazione, evolve in "legame" e contraddistingue, pertanto, la diade relazionale.

Come già affermato, lo sviluppo psichico di ciascun individuo si origina all'interno di un sistema intersoggettivo. Occorre, pertanto, porre l'attenzione sullo sviluppo fisiologico e psichico della nostra mente, delle emozioni e della loro mentalizzazione per comprenderne la natura relazionale e la loro portata all'interno del paradigma della Teoria dell'Attaccamento.

I processi mentali dell'attenzione, percezione, memoria, selezione degli affetti e le risposte comportamentali nelle relazioni significative sono organizzati all'interno di schemi cognitivo-affettivi che sono stati denominati dall'autore come Internal Working Model (IWM).

Le varie tipologie di attaccamento (sicuro, insicuro-ambivalente, insicuro-evitante, disorientato –disorganizzato) si differenziano tra loro in relazione alle modalità attraverso le quali il bambino ed il caregiver condividono i propri stati mentali e le emozioni.

È evidente, pertanto, il rapporto tra la qualità delle relazioni primarie e l'organizzazione di quelle strutture cognitivo-affettive (IWM) utilizzate dal bambino per costruire la propria visione del mondo e per dirigere

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

le proprie azioni. Seguendo i suggerimenti di Bowlby, gli attuali studiosi dell'attaccamento sono inclini a descrivere l'influenza che le prime esperienze dell'attaccamento hanno sull'evoluzione delle rappresentazioni interne di sé e degli altri, studiando il modo in cui il modello operativo interno dell'attaccamento influisce sulle relazioni future e sulle strategie di regolazione degli affetti (Albasi, 2004; Slade e Aber, 1992).

Possiamo affermare che i diversi stili di attaccamento individuati rappresentino modelli tipici di regolazione degli affetti e che il legame di attaccamento divenga fattore nucleare nella modalità di risposta alla separazione e alla perdita/abbandono. Sono infatti le esperienze di dolore fisico e psichico ad attivare il sistema di attaccamento individuale e a guidare il soggetto verso modalità relazionali adattive.

L'IWM, costruito sulla base dei primi attaccamenti, regola il modo in cui la ricerca della vicinanza protettiva sarà realizzata nel corso della vita, potendola persino inibire. Mentre gli IWM di attaccamento sicuro permettono una ricerca efficace e il probabile conseguimento di conforto e rassicurazione dopo uno stress esogeno, quelli corrispondenti agli attaccamenti insicuri la intralciano in modo vario.

L'aspettativa di essere respinto o tenuto a distanza (attaccamento evitante), di essere confortato in modo incompetente (attaccamento ambivalente), di essere terrorizzato dalle figure di attaccamento o di terrorizzarle (attaccamento timoroso e disorganizzato), ostacolano la ricerca della vicinanza protettiva di altri esseri umani dopo aver sperimentato un evento traumatico.

Come affermato da Fonagy (2001), l'attaccamento può intendersi come modalità di regolazione affettiva messo in atto dal bambino per affrontare le interazioni idiosincratiche con i caregivers. Si tratta, pertanto, di modalità abituali sviluppate dall'Io per modulare l'angoscia e ottimizzare l'adattamento.

In tal senso lo sviluppo di un attaccamento sicuro potrà considerarsi quale fattore "protettivo" contro la probabilità di sviluppare disturbi post-traumatici o lo strutturarsi di forme psicopatologiche, mentre l'esposizione a modelli di attaccamento insicuro/disorganizzato costituirà un fattore di "rischio" e vulnerabilità rispetto ai possibili esiti postumi (Dazzi e Speranza, 2005; Di Blasio, 2000; Liotti, 1999) o anche a disturbi precoci nello sviluppo affettivo-cognitivo (Lieberman e Zeanah,1995).

Cercare di individuare le possibili relazioni tra modalità di attaccamento ed esperienze traumatiche significa entrare in una logica connessionista e costruttivista, in cui le esperienze traumatiche assumono risvolti psicologici più o meno gravi in rapporto allo stile di attaccamento che ha caratterizzato le relazioni primarie tra il caregiver e il bambino. Infatti, se considerassimo esclusivamente l'impatto oggettivo dell'evento traumatico, sarebbe possibile pensare che il senso di coerenza e di equilibrio del Sé non vengano intaccati in presenza di un attaccamento sicuro, ma altresì bisogna sottolineare che il trauma stesso mette in gioco, alterandoli, gli schemi rappresentazionali delle relazioni interpersonali ed il senso di continuità e unicità connessi alla percezione del Sé.

Nel caso di un'esperienza traumatica precoce il bambino non sviluppa la capacità di leggere i propri stati mentali e viverli come rappresentazioni (Bonomi e Borgogno, 2001): idee e sentimenti vengono sperimentati seguendo la logica dell'equivalenza psichica per cui la descrizione dello stato interiore è dipendente dal contesto e conduce alla strutturazione di legami distorti sotto l'uso massiccio di meccanismi difensivi.

L'importanza della reciprocità all'interno delle relazioni primarie è ampiamente discussa in letteratura, ove risultano estesamente studiati gli effetti della sua mancanza sullo sviluppo psichico dell'individuo (Bowlby, 1973; Deykin e Buka, 1997; Fraiberg, 1982; Osofski e Eberhart-Wright, 1988; Stern, 1985; Spitz, 1945; West e Sheldon-Keller, 1994). Gli effetti della mancata sintonizzazione emotiva e della non "disponibilità" dei genitori (Emde, 1980; Tronick, 1989) costituiscono le condizioni traumatiche del malfunzionamento del sistema diadico. La trascuratezza psicologica, continuativamente ripetuta nel tempo, implicherebbe una delusione dell'aspettativa del bambino e quindi una ferita permanente (un trauma) nel sentimento di reciprocità e di corrispondenza. Come ipotizzato da Beebe (1986) l'attività protodifensiva si manifesta quando è presente un disturbo nella sintonizzazione. Siamo quindi d'accordo con Stolorow, Brandchaft e Atwood (1987) quando affermano che "[...] la mancanza di responsività regolare e ben sintonizzata verso gli stati affettivi del bambino porta ad un deragliamento (…) dall'ottimale integrazione degli affetti, oltre la tendenza a dissociare o a negare le proprie esperienze emotive" (p. 67).

Trauma e dissociazione

La dissociazione rappresenta un meccanismo psichico fondamentalmente adattivo, utile a regolare gli

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

stati emotivi intensi, traumatici, che rischiano di rendere vulnerabile il soggetto a causa di emozioni insostenibili ed eccessivamente dolorose. In questi casi il soggetto avverte la necessità di crearsi una realtà parallela, attraverso la ricerca di sensazioni alternative alla vita mentale e alla sensorialità che sperimenta nel suo stato ordinario di coscienza.

Rifacendosi alla teoria dell'attaccamento, Main e Morgan (1996) hanno messo in relazione gli stati dissociativi con il comportamento di attaccamento infantile disorganizzato osservato nella *Strange Situation*, e con le pause nel monitoraggio del ragionamento o del discorso osservate negli adulti durante la discussione di esperienze traumatiche quale aspetto della *Adult Attachment Interview* (AAI).

Secondo questo modello teorico i bambini disorganizzati sono incapaci di sintetizzare la loro esperienza complessiva dell'interazione con il caregiver in una struttura di memoria coesa (Bowlby, 1988; Putnam, 2001).

L'IWM di un attaccamento disorganizzato non solo ostacola la ricerca di aiuto e conforto quando un bambino affronta le conseguenze emotive del trauma, ma può determinare un incremento delle esperienze emotive traumatiche rimaste inelaborate, come ad esempio l'esperienza della paura. L'aspettativa del bambino di essere ulteriormente terrorizzato dalle figure di attaccamento quando si avvicina a queste spaventato o sofferente, crea un circolo vizioso e paradossale di paura sempre crescente (Main e Hesse, 1990), che può essere un fattore di rischio considerevole nel reagire abitualmente agli stimoli conflittuali con la dissociazione patologica.

Secondo Liotti (1999), l'attaccamento disorganizzato implica la propensione a stati alterati della coscienza, simili a una trance autoindotta o agli stati ipnoidi della psicopatologia classica, a cui corrispondono gli stati dissociativi e la dissociazione somatoforme (Nijenhuis, 2004).

Lo stato alterato rappresenta in questo caso il correlato del fallimento della sintesi e dell'organizzazione della coscienza, la quale non è in grado di operare efficacemente sulla complessità e l'intensità emozionale delle memorie implicite dell'attaccamento disorganizzato. La disorganizzazione dell'attaccamento nasce da una distorsione nella regolazione affettiva che comporta sia una rappresentazione molteplice e dissociata di sé e della figura di attaccamento, che un deficit metacognitivo. Nei casi che possono dare luogo a esiti psicopatologici gravi, lo stato alterato può prendere la forma di un "assentarsi mentalmente" continuativo che coincide con una modalità di attenzione e di coscienza simile ad una trance spontanea (Carlson, 1998), indicativa di un ridotto o disfunzionale uso delle capacità metacognitive e relazionali.

La persistenza di modelli operativi dissociati e molteplici del Sé e del caregiver nel contesto dell'attaccamento precoce disorganizzato, suggerisce ovviamente di considerare la dissociazione non soltanto come un meccanismo mentale protettivo, ma anche come il segno di una rottura primaria nei processi intersoggettivi (Stolorow e Atwood, 1992) che normalmente producono un senso del Sé coerente e integrato.

Intesa come meccanismo di difesa adattivo, la dissociazione assume i tratti tipici di un vero e proprio "rifugio mentale" (Steiner, 1993) utile a neutralizzare, controllare ed elaborare l'angoscia di morte e l'aggressività di tipo primitivo: caratteristiche che fanno di essa un meccanismo al servizio dell'Io e di cui l'Io si serve per poter regolare quelle stimolazioni che possono disturbare l'equilibrio psichico della persona. Per esempio la dissociazione è certamente adattiva in un bambino esposto ad un trauma perché gli consente una via di fuga da una situazione di realtà terrificante: gli fornisce un modo per isolare e trasformare un'esperienza catastrofica, permettendogli di tollerare emozioni sopraffacenti. Tuttavia quando la dissociazione viene utilizzata massicciamente fino al punto di costituire una forma di dipendenza a discapito del rapporto con la realtà, il rifugio mentale perde a quel punto le sue peculiarità nutritive e integrative, giungendo a dominare la psiche, e dando luogo a una patologia rappresentata da una vasta gamma di manifestazioni che vanno dal ritiro dal mondo oggettuale a favore di attività autoerotiche, alle varie forme del comportamento compulsivo e dell'addiction (Caretti e Craparo, 2005), fino ai veri e propri disturbi dissociativi (Caretti, 2000).

Ogden (1994) utilizza l'espressione di posizione autistico-contigua per descrivere un'esperienza dissociativa a matrice sensoriale che permette di antagonizzare le emozioni traumatiche derivanti dalla pressione tanto delle angosce di frammentazione, quanto delle angosce di colpa e di perdita.

La posizione autistico-contigua ha una funzione importantissima per lo sviluppo psicologico perché permette al soggetto di sottrarsi transitoriamente alle ansie e alle tensioni della sua esperienza psichica, nonché di trovare una forma di rifugio per mezzo della quale isolarsi temporaneamente dalla realtà delle esperienze relazionali. Ma l'uso eccessivo e rigido di queste esperienze sensoriali alternative allo stato di coscienza ordinario, in particolare nella tossicodipendenza o nell'alcolismo, nonostante la loro utilità ori-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

ginaria nel regolare le tensioni interne e le angosce eccessive, portano col tempo ad un impoverimento grave del mondo oggettuale interno e della vita relazionale in genere.

Nella dipendenza patologica (addiction) il soggetto non fa altro che sottrarsi all'imprevedibilità delle relazioni umane, chiudendosi in esperienze contrassegnate dalla prevedibilità e dalla ricerca immediata di un piacere programmato a priori. Nei soggetti dipendenti il rifugio della mente e la posizione autistico-contigua non sono più al servizio della simbolizzazione, ma sono causa di comportamenti regressivi che forniscono un sostegno disfunzionale alla regolazione degli stati affettivi dolorosi.

Metodologia

Al fine di verificare empiricamente il modello teorico proposto, abbiamo provato a strutturare un disegno di ricerca[1] che permettesse di indagare la relazione intercorrente tra disregolazione affettiva, funzionamento dissociativo ed impatto psichico degli eventi traumatici. Tale disegno prevede la somministrazione, a un campione di tardo-adolescenti *addicted* e a un gruppo di controllo, dei reattivi A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale: Armstrong, Putnam, Carlson, Libero e Smith, 1997), TAS 20 (Twenty Item Toronto Alexithimia Scale: Bagby, Parker e Taylor, 1994; Bagby, Taylor e Parker, 1994) e TSI-A (Trauma Symptom Inventory – Alternate Version: Briere, 1995). Alla luce del fatto che nel modello teorico sottoposto a verifica l'impatto degli stressors ed i relativi correlati psicologici sono sempre in rapporto al sistema di regolazione degli affetti e ai vissuti inerenti stati (dimensioni) molteplici del Sé, riteniamo opportuno presentare e discutere criticamente in questa sede l'indagine preliminare già effettuata sul gruppo di controllo (soggetti appartenenti alla popolazione normale).

Tale gruppo è composto da 96 adolescenti (N = 96), di cui 35 di sesso maschile e 61 di sesso femminile, di età compresa tra i 17 ed i 21 anni (età media = 18,04; ds = 0,71), che frequentano l'ultimo anno di scuola superiore (Tab.1). Non risulta statisticamente significativa la differenza tra le età dei soggetti in relazione alla variabile sesso (U=1048,5; p=0,89).

Tabella 1 – *Distribuzione relativa all'età del gruppo di studenti (N= 96).*

Età	Frequenze	Frequenze Percentuali
17	16	16,7%
18	65	67,7%
19	11	11,5%
20	3	3,1%
21	1	1,0%
Totale	96	100%

Gli strumenti utilizzati, come precedentemente affermato, sono:

– A-DES (Armstrong et al., 1997): questionario di autovalutazione costituito da 30 domande su scala Likert a 11 punti (punteggi 0-10) che misura la dissociazione attraverso i suoi esiti fenomenologici (esperienze dissociative). Nello specifico, lo strumento indaga: a) comportamenti dissociativi; b) fantasie dissociative; c) dissociazione somatica;
– TSI-A (Briere, 1995): self-report che valuta lo stress post-traumatico e la sintomatologia psicologica a questo connessa, costituito da 86 domande su scala Likert a 4 punti (punteggi 0-3). Nello specifico, lo strumento è costituito da otto scale cliniche (Anxious Arousal, Depression, Anger/Irritability, Intrusive Experiences, Defensive Avoidance, Dissociation, Impaired Self-Reference, Tension Reduction Behaviour) e tre scale di validità (Atypical Response, Response Level, Inconsistent Response);
– TAS 20 (Bagby, Parker, Taylor, 1994; Bagby, Taylor, Parker, 1994): questionario di autovalutazione su scala Likert a 5 punti (punteggi 1-5), che valuta l'alessitimia attraverso le tre dimensioni che ne definiscono il costrutto (F1: difficoltà nell'identificare i sentimenti; F2: difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri; F3: pensiero orientato all'esterno).

Abbiamo verificato, prima di procedere ad ulteriori analisi dei dati, l'affidabilità degli adattamenti di A-DES e TSI-A in lingua italiana da noi sviluppati. Tali adattamenti presentano una consistenza interna decisamente elevata (Alpha di Cronbach rispettivamente di ,912 per la A-DES e di ,958 per i punteggi complessivi al TSI-A, con una media di ,824 sulle scale cliniche). I risultati si mostrano pertanto promettenti al fine del-

[1] Il progetto di ricerca è stato finanziato dall'Assessorato alle Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali della Regione Sicilia e condotto dalla cattedra di Psicopatologia dello Sviluppo dell'Università di Palermo in collaborazione con il Dipartimento di Dipendenze Patologiche (Responsabile: Dott. Giorgio Serio). Si ringrazia la Dott.ssa Stefania Torrasi per l'organizzazione della ricerca.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

la validazione italiana di suddetti strumenti, già in fase di realizzazione.

Abbiamo quindi calcolato i punteggi ottenuti dai soggetti: abbiamo utilizzato la media statistica dei punteggi ai singoli item per valutare i risultati alla A-DES, come suggerito da Putnam e collaboratori, ai fini di semplificare la valutazione delle esperienze dissociative mantenendo il riferimento alla scala 0-10; la somma dei punteggi ai singoli item per la TAS 20 (il cui range di punteggio complessivo va pertanto da un minimo di 20 – elevata capacità di identificare ed esprimere le emozioni/pensiero simbolico – ad un massimo di 100 – disturbo della regolazione degli affetti/alessitimia); la media ponderata (in relazione al numero di item per scala) al fine di valutare l'impatto complessivo delle esperienze traumatiche e dei loro risvolti per il TSI-A.

Innanzitutto, anche in questo caso non sussistono differenze statisticamente significative nei punteggi ottenuti da questo gruppo estratto dalla popolazione normale ai tre reattivi in relazione alla variabile sesso.

I risultati dello studio ci dicono che nel nostro campione le esperienze dissociative risultano poco pervasive (media = 2,30; ds = 2,92), chiaramente al di sotto del cut-off clinico di 4 individuato da Kisiel e Lyons (2001).

Per quanto riguarda il TSI-A, ove la scala, ricordiamo, va da 0 (totale assenza del sintomo descritto) a 3 (costante presenza del sintomo descritto), la media dei punteggi è 1,06 (ds = 1,08). Anche in questo caso, quindi, siamo in presenza di punteggi mediamente al di sotto dei cut-off clinici.

Risultano invece di particolare interesse i risultati ottenuti dal campione alla TAS 20, ove il punteggio medio è 50,25, quindi compreso in quel range tra 50 e 60 indicato da Taylor et al. (1997) come condizione "di confine" (borderline) relativamente alle dimensioni alessitimiche.

E' probabilmente possibile spiegare tale risultato in relazione alla particolare età e fase di sviluppo dei soggetti che compongono il gruppo. La tarda adolescenza è, infatti, carica di importanti compiti evolutivi e relativi processi di ristrutturazione del Sé e delle sue rappresentazioni, ed è pertanto comune (ed in letteratura ciò è ampiamente rilevato) l'alternarsi in questa fase di vita di disposizioni emozionali differenti e in conflitto tra loro.

Abbiamo successivamente analizzato le correlazioni tra i punteggi ottenuti dal campione ai tre reattivi attraverso il test rho di Spearman. I risultati sono riportati in Tab.2.

Tabella 2 – Correlazioni.

			TSIA	ADES	TAS20
Rho di Spearman	TSIA	Coefficiente di correlazione		,577(*)	,489(*)
		Sig. (2-code)		,000	,000
		N		96	96
	ADES	Coefficiente di correlazione			,513(*)
		Sig. (2-code)			,000
		N			96

* p < 0,01 (2-code).

Come si evince dalla tabella, le correlazioni tra i punteggi dei soggetti agli strumenti risultano estremamente significative (p<0,00). Se da una parte ciò può essere interpretato alla luce della natura non clinica del campione (che tenderebbe a spiegare questo risultato come il prodotto di un'assenza di sintomatologie, vissuti e comportamenti di interesse clinico), d'altro canto i dati di precedenti ricerche da noi condotte, che hanno approfondito la relazione tra dissociazione ed alessitimia in campioni clinici di soggetti tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti (Caretti e Craparo, 2005) e tra dissociazione e memoria di esperienze traumatiche in giovani adolescenti appartenenti alla popolazione normale (Schimmenti, Albasi, Lasorsa, Porcellini, Granieri, 2005) sembrano sostenerci nelle ipotesi precedentemente esposte, che vedono il trauma ed i suoi correlati psicologici e comportamentali come l'esito di una difficoltà nella simbolizzazione di emozioni dolorose, la cui causa è da rintracciarsi probabilmente nell'assenza di adeguate relazioni primarie (Bowlby, 1988; Dazzi e Speranza, 2005; Flores, 2004; Liotti, 1999; Krystal, 1988; Ouimette e Brown, 2003; Sroufe, 1995;).

Abbiamo infine provato a sottoporre a verifica statistica il modello teorico presentato in questo articolo, effettuando uno studio di regressione multipla volto a valutare se, e in che misura, il trauma (inteso qui come costrutto multidimensionale esplorato dalle scale cliniche del TSI-A) sia in relazione di dipendenza dalla regolazione affettiva degli stati interni (misurata per mezzo della TAS 20) e dai meccanismi dissociativi a questi connessi (misurati attraverso la A-DES). Ovviamente, la scelta di tale procedura statistica non deve far supporre che si ipotizzi tra le suddette variabili una relazione di "dipendenza funzionale" (simili prospettive meccaniciste, oltre a discostarsi profondamente

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

Tabella 3 – Studio di regressione (A-DES →TSI-A).

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Errore std. della stima	Variazione dell'adattamento				
					Variazione di R-quadrato	Variazione di F	df1	df2	Sig. variazione di F
	,801	,642	,477	,31630	,642	3,890	30	65	,000

dallo spirito che muove questo lavoro, raramente possono, a nostro parere, considerarsi adeguate allo studio delle complessità delle dinamiche psichiche): la regressione è stata qui utilizzata, invece, al fine di verificare se il tipo di connessione supposta tra disregolazione affettiva, dissociazione e trauma si configuri nella direzione da noi proposta.

Abbiamo così osservato che gli item della A-DES risultano significativi nel predire i punteggi ottenuti al TSI-A (vedi Tab. 3), spiegando oltre il 47% della varianza (B=0,602, t=6,919, p <0,00).

Anche l'effetto della TAS 20 sul TSI-A risulta rilevante (il 40,7% di varianza spiegata). Il valore di p della costante tuttavia non raggiunge la significatività statistica: l'approfondimento di tale risultato attraverso l'analisi dei valori delle correlazioni parziali e della matrice di covarianza sembra suggerirci per le successive elaborazioni di valutare separatamente l'impatto di ognuno dei tre fattori (F1, F2, F3) che costituiscono la TAS 20 sugli esiti psico(pato)logici delle esperienze traumatiche.

Discussione critica e conclusioni

Gli esiti di questo studio, pur se condotto su un gruppo di soggetti estratto dalla popolazione normale, sembrano suggerirci la possibilità di una riformulazione teorica e concettuale di ciò che abitualmente s'intende per trauma. Riteniamo, infatti, che "traumatica", da un punto di vista evolutivo, divenga la qualità della rappresentazione emotiva di un'esperienza relazionale non simbolizzabile, che può operare come nucleo mentale dissociato all'interno dei processi psichici del soggetto. Il modello teorico qui proposto pone dunque in relazione la capacità di regolare in maniera adattiva le emozioni con la possibilità di utilizzare in maniera funzionale anche i processi mentali della dissociazione. Tale capacità, come abbiamo sottolineato nella prima parte di questo lavoro, si struttura in quanto effetto della co-regolazione tra il caregiver e il bambino.

La visione del trauma a cui facciamo riferimento prende dunque le distanze dall'interpretazione classica che ha dominato la psicoanalisi di matrice freudiana e kleiniana e dalle prospettive, talora eccessivamente semplicistiche, di quegli orientamenti empirici "fedeli" al DSM, che guardano più all'evento oggettivo ed al sintomo che all'esperienza soggettiva ed alla sua costruzione in termini evolutivi, intersoggettivi e relazionali.

Bibliografia

Albasi C (2004), Modelli operativi interni dissociati. Contributi concettuali per la psicoterapia psicoanalitica tra prospettive relazionali e teoria dell'attaccamento. *Psichiatria e Psicoterapia*, 23, 18-36.

Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR (1997), Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease,*185, 491-497.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994), The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA (1994), The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Corvergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.

Beebe B (1986), Mother-infant mutual influence and the precursors of self and object representations. In J Masling (a cura di), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*. Hillsdale: Analitic Press.

Beebe B, Lachmann FM (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2003.

Bion WR (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Tr. it. Roma: Armando, 1972.

Bonomi C, Borgogno F (2001) (a cura di), *La catastrofe e i suoi simboli*. Torino: UTET Libreria.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

Bowlby J (1969), *Attaccamento e perdita*, Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.

Bowlby J (1973), *Attaccamento e perdita,* Vol. 2: *La separazione dalla madre*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.

Bowlby J (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 1989.

Briere J (1995), *Trauma Symptoms Inventory – Alternate Version (TSI-A)*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.

Caretti V (2000), Psicodinamica della trance dissociativa da videoterminale. In T Cantelmi, C Del Miglio, M Talli, A D'Andrea (a cura di), *La Mente in internet. Psicopatologia delle condotte on-line*. Padova: Piccin.

Caretti V, La Barbera D (2005) (a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Caretti V, Craparo G (2005), La correlazione fra dissociazione e alessitimia in un gruppo di tossicodipendenti e di ex tossicodipendenti. In V Caretti e D La Barbera (a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Carlson E (1998), A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107-1128.

Dazzi N, Speranza AM (2005), Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e adolescenza*, 1, 18- 30.

Deykin EY, Buka SL (1997), Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 752-757.

Di Blasio P (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino.

Emde RN (1980), Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In PM Taylor (a cura di), *Parent Infant Relationships*. New York: Grune & Stratton.

Flores PJ (2004), *Addiction as an attachment disorder*. New York: Jason Aronson.

Fonagy P (2001), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

Fonagy P, Target M (1997), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.

Fraiberg S (1982), Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 6112-6135.

Gaddini E (1980), Note sul problema mente-corpo. In E Gaddini, *Scritti*. Milano: Raffaello Cortina.

Kisiel CL, Lyons JS (2001) Dissociation as a mediator of psychopatology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.

Krystal H.(1988), *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NY: Analytic Press.

La Barbera D, Caretti V, Craparo G (in corso di stampa), La disregolazione affettiva e la dissociazione nei disturbi somatoformi. In O Todarello e P Porcelli (a cura di), *I trattamenti in medicina psicosomatica. Psicoterapia e psicofarmacologia*. Milano: Franco Angeli.

Lieberman AF, Zeanah CH (1995), Disorders of attachment in infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 571-687.

Liotti G (1999), Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757-783.

Main M (1995), Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S Golberg, R Muir, J Kerr (a cura di), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale: Analytic Press.

Main M, Hesse E (1990), Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism?. In M Greenberg, T Cicchetti, E Cummings (a cura di), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press.

Main M, Morgan H (1996), Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behaviour: phenotypic resemblance to dissociative states?. In L Michelson e EW Ray (a cura di), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum.

Nemiah JC, Sifneos PE (1970), Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In OW Hill (a cura di), *Modern trends in psychosomatic medicine*, Vol 3. London: Butterworths.

Nijenhuis ERS (2004), *Somatoform dissociation. Phenomena, measurement, & theoretical issues*. New York/London: W.W. Norton & Co.

Ogden TH (1994), *Soggetti dell'analisi*. Tr. it. Milano: Masson, 1999.

Osofsky JD, Eberhart-Wright A (1988), Affective exchanges between high risk mothers and infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 221-231.

Ouimette P, Brown PJ (2003) (a cura di), *Trauma and substance abuse. Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

Putnam FW (2001), *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Tr. it. Roma: Astrolabio Ubaldini, 2005.

Schimmenti A, Albasi C, Lasorsa C, Porcellini E, Granieri A (2005), Relazione tra sintomi post-traumatici ed esperienze dissociative: studi preliminari su un campione non clinico di adolescenti di 12-14 anni. *Atti del Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica AIP*, Cagliari.

Shore AN (1994), *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Erlbaum.

Siegel DJ (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.

Slade A, Aber L (1992), Attachment, drives, and develop-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.172 Tue, 08 Jul 2025, 09:21:27

ment: Conflicts and convergences in theory. In J Baron, M Eagle, D Wolitzky (a cura di), *Interface of psychoanalysis and psychology*. Washington DC: American Psychological Association.

Spitz R (1945), Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalitic Study of the Child*, 1, 53-74.

Sroufe L (1995), *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.

Steiner J (1993), *I rifugi della mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.

Stern DN (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE (1987), *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale: The Analytic Press.

Stolorow RD, Atwood GE (1992), *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1995.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997), *I disturbi della regolazione affettiva*. Tr. it. Roma: Fioriti, 2000.

Tronick EZ (1989), Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini. Tr. it. CR Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino ed i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina, 1999.

West ML, Sheldon-Keller AE (1994), *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New Yok: Guilford.

Winnicott DW (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Tr. it. Firenze: Martinelli, 1975.

Indirizzo per la corrispondenza:
Vincenzo Ceretti
Dipartimento di Psicologia
Viale delle Scienze
Edificio 15
90128 Palermo
Email: vincenzocaretti@tiscali.it