

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

“ALDO MORO”

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE,
PSICOLOGIA, COMUNICAZIONE**

CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA CLINICA

**Tesi di laurea in
PSICOLOGIA DINAMICA**

**LE NUOVE DIPENDENZE E I CULTI A
DERIVA SETTARIA**

**(UNO STUDIO EMPIRICO IN UNA PROSPETTIVA EVOLUTIVO-
RELAZIONALE)**

Relatore:

Chiar. mo Prof. Marco INNAMORATI

Laureando:

Felice SCARINGELLA

Anno Accademico 2013/2014

*A chi,
ogni giorno,
cerca di rendermi
una persona migliore*

*Uno scienziato non è tale
perché ha risolto un problema,
ma perché ha posto un problema,
la cui soluzione... produrrà
un reale progresso
(Hadley Cantril)*

INDICE

Introduzione.	3
1. FATTORI EVOLUTIVO-RELAZIONALI E NUOVE DIPENDENZE: LA DIPENDENZA DA CULTO.	9
1.1.Premessa.	9
1.2.Le nuove dipendenze: alcune definizioni.	11
1.3.Neurobiologia dell'addiction.	12
1.3.1. Il craving.	13
1.4.Le nuove forme di addiction: le dipendenze relazionali.	14
1.5.Aspetti psicologici dell'addiction.	16
1.6.I costrutti del modello evolutivo-relazionale.	17
1.7.Le dipendenze patologiche nella prospettiva psicoanalitica.	19
1.8.Psicodinamica delle dipendenze affettive e relazionali.	21
1.8.1. La dipendenza nei culti a deriva settaria.	24
2. LA DISSOCIAZIONE: UNA FUNZIONE MENTALE COMPLESSA TRA ADATTAMENTO E PSICOPATOLOGIA.	29
2.1.Premessa.	29
2.2.La dissociazione nella prospettiva storica e culturale.	30
2.3.Dissociazione e spiritualità.	33
2.4.Psicopatologia della dissociazione.	36
2.4.1. Note sulla teoria dell'attaccamento.	36
2.4.2. Definire la dissociazione patologica.	41
2.4.3. Disturbi dissociativi e altre patologie post-traumatiche.	45
2.5.Dissociazione e trauma.	47
2.6.La dissociazione strutturale della personalità.	52
2.6.1. Concetti chiave della teoria.	53
2.7.Dissociazione e culti a deriva settaria.	56
2.7.1. Tecniche di alterazione dello stato di coscienza.	56
2.7.2. I minori nei culti a deriva settaria.	57
2.7.3. I postumi dell'esperienza settaria.	58
2.7.4. L'affiliazione settaria come esperienza di distacco mentale.	58
3. ALESSITIMIA: UNA MODALITÀ DISADATTIVA DI REGOLAZIONE EMOZIONALE.	60
3.1.Premessa.	60
3.2.Definizione di alessitimia.	61
3.3.Alessitimia e modelli di sviluppo.	62
3.4.Alessitimia, funzione riflessiva e mentalizzazione.	64
3.5.Alessitimia, attaccamento e trauma.	66
3.6.Alessitimia e altre psicopatologie.	69
3.7.Il culto come oggetto esterno di regolazione emozionale.	71

4. SVILUPPI TRAUMATICI E DIPENDENZE PATOLOGICHE: UN CONFRONTO EMPIRICO TRA EX TOSSICODIPENDENTI ED EX AFFILIATI A CULTI A DERIVA SETTARIA.	73
4.1.Presentazione della ricerca.	73
4.2.Dati statistici, epidemiologici e comorbilità.	74
4.3.Strumenti e metodi.	76
4.4.Ipotesi di ricerca.	80
4.5.Risultati.	80
4.6.Discussione.	97
Conclusioni.	104
Bibliografia.	107

INTRODUZIONE

In un lavoro precedente (Scaringella, 2011, u. m.), realizzato in occasione della dissertazione della mia tesi di laurea triennale e successivamente presentato presso la 2° Commissione Giustizia del Senato della Repubblica Italiana (*Indagine conoscitiva sul fenomeno della manipolazione mentale dei soggetti deboli, con particolare riferimento al fenomeno delle cosiddette "sette" – 252° seduta: mercoledì 21 settembre 2011*), io e il gruppo di ricerca del professor Marco Innamorati ci siamo occupati di fornire un contributo di analisi teorica ed empirica sul fenomeno dei culti distruttivi (ciò che nel linguaggio quotidiano siamo abituati a chiamare “sette” o “gruppi settari”). Poiché insoddisfatti delle spiegazioni e delle teorie presenti in letteratura, finalizzate ad innescare inutili diatribe tra diverse scuole di pensiero, ci adoperammo per introdurre un approccio psicodinamico allo studio di questi gruppi servendoci dell’apporto dei contributi di alcuni grandi nomi della psicoanalisi classica e contemporanea. *La psicologia delle masse* (Freud, 1921) rendeva conto, infatti, di un certo numero di fenomeni i quali ci hanno portati a concludere che lo studio dei culti distruttivi non poteva essere ridotto ad una semplice visione meccanicistica della manipolazione mentale poiché le variabili tendenti a favorire l’affiliazione degli adepti andavano ricercate anche nelle strutture di personalità, nei processi di adattamento sociale e nelle dinamiche di gruppo. Nello stesso lavoro ci siamo anche occupati di fornire un contributo empirico esaminando, attraverso la somministrazione di reattivi *self-report*, alcune variabili di personalità che avrebbero potuto rendere gli individui più vulnerabili alla riforma del pensiero e al conseguente reclutamento nel culto: ci siamo focalizzati sui repentini cambiamenti di atteggiamento dei neofiti i quali potevano indurci a pensare a casi di sdoppiamento di personalità, e su determinate forme ritualistiche che tendevano a far sperimentare episodi di depersonalizzazione e derealizzazione che venivano erroneamente interpretati come fenomeni soprannaturali. Sintetizzando i risultati di questa ricerca pilota siamo arrivati alle seguenti conclusioni:

- Ex affiliati a gruppi settari riportano punteggi più elevati di dissociazione normale e patologica alla *Dissociative Experience Scale II* rispetto ad un gruppo di cattolici praticanti e ad un gruppo di controllo formato da individui atei, agnostici o religiosi non praticanti. È stata rilevata una significativa

presenza di traumi infantili, come evidenziato dal *Childhood Trauma Questionnaire*, nel gruppo degli ex affiliati rispetto agli altri due gruppi esaminati.

- Sono state messe in evidenza correlazioni positive e significative tra i costrutti di alessitimia e dissociazione tali da indurci a pensare che possa essere possibile applicare un nuovo modello teorico interpretativo del fenomeno settario.

Tuttavia, i questionari autosomministrati, oltre ai limiti di natura metodologica che essi presentano, ci hanno portato a non prendere una posizione ufficiale sulla genesi dei fenomeni dissociativi riscontrati nei partecipanti del nostro campione, infatti, non possiamo essere sicuri se gli elevati livelli di dissociazione patologica siano attribuibili a percorsi di sviluppo psicologico disfunzionali o a conseguenze post-traumatiche derivanti dalla diretta esperienza nel gruppo settario: è vero che i traumi infantili presenti nelle storie di vita di queste persone potrebbero aver favorito lo sviluppo di meccanismi difensivi di tipo dissociativo, ma bisogna tener conto del fatto che il periodo di vita a cui fa riferimento il CTQ è limitato all'infanzia e alla prima adolescenza per cui non possiamo sapere se nei periodi successivi possano essere intervenuti fattori protettivi che abbiano avuto impatto attenuante sul trauma, o se il trauma stesso abbia potuto causare quel tipo di risposta difensiva. In ogni caso, l'interpretazione più plausibile emersa dal lavoro svolto è stata la seguente: individui che fanno uso più massiccio del meccanismo della dissociazione tendono ad affiliarsi maggiormente a gruppi religiosi cattolici e a carattere settario, e sintomi dissociativi di natura patologica sembrano interessare maggiormente gli individui che hanno fatto esperienza per un periodo più o meno significativo della loro vita in un culto distruttivo. Inoltre, la sintomatologia tende a persistere nel periodo successivo all'abbandono del culto.

Il lavoro di ricerca che stiamo per presentare rappresenta, sostanzialmente, la continuazione del precedente: i risultati ottenuti dall'indagine empirica effettuata hanno prodotto contributi incoraggianti e degni di ulteriori approfondimenti, infatti, abbiamo messo in evidenza che le correlazioni rilevate tra i costrutti esaminati di alessitimia e dissociazione ci portavano a pensare alla possibile applicazione di un nuovo modello teorico: i principali autori che si sono occupati del controllo mentale/riforma del pensiero hanno sempre attirato l'attenzione su

come queste tecniche di persuasione potessero alimentare nei neofiti non solo un forte sentimento di appartenenza al gruppo di affiliazione, ma anche che quest'ultimo potesse assumere i connotati di una vera e propria dipendenza affettiva e relazionale dal gruppo stesso e dai leader carismatici: Steven Hassan (1999), Margaret T. Singer e Janja Lalich (1995) parlano spesso di come possa essere difficile per molti affiliati ad un culto distruttivo liberarsi dal gruppo di cui fanno parte e riacquisire un pensiero autonomo. Spesso, la fuoriuscita da gruppi di questo genere comporta una serie di conseguenze patologiche simili al Disturbo Post-traumatico da Stress e, in molti casi, se l'esperienza non è stata adeguatamente elaborata, l'ex adepto tenderebbe a ritornare nel gruppo, ad affiliarsi ad altri gruppi con simili caratteristiche strutturali/organizzative o a fare altre esperienze di dipendenza alternative come abbandonarsi all'uso di sostanze psicoattive. Quindi, la nostra nuova impostazione teorica ci ha portato a considerare il fenomeno cultista come una sorta di dipendenza comportamentale di tipo relazionale assimilabile a quelle che sono considerate le cosiddette "nuove dipendenze/new addiction" le quali presentano elementi comuni alle dipendenze da sostanze sia dal punto di vista neurofisiologico che psicologico. Ipotizziamo, senza escludere l'ipotesi originaria secondo la quale tutti gli individui siano vulnerabili alle tecniche di reclutamento messe in atto dai culti, che una significativa parte di persone che presentino problematiche evolutivo-relazionali siano più predisposte di altre ad affiliarsi ad una setta e a rimanerci per un periodo significativo della propria vita. Il *modello evolutivo-relazionale* introdotto da alcuni ricercatori italiani per lo studio delle dipendenze patologiche (Caretto et al., 2010) si presenta in linea con i risultati da noi ottenuti nel nostro studio pilota: traumi infantili, attaccamenti insicuri, difficoltà di regolazione delle emozioni ed esperienze dissociative potrebbero contribuire allo sviluppo di un comportamento di dipendenza in età adulta. L'individuo, incapace di regolare in modo adattivo le proprie emozioni traumatiche e di integrare gli stati affettivi dolorosi in un sistema sovraordinato di memorie autobiografiche, potrebbe ricercare in un oggetto regolatore esterno dalle caratteristiche onnipotenti la via per sopperire agli stress emotivi e relazionali sperimentati nel corso dell'infanzia come tentativo di automedicazione. Questi oggetti onnipotenti assumono le caratteristiche di una sostanza psicoattiva o di altre attività compulsive quali il gambling patologico, l'eccessiva attività sportiva o sessuale, l'uso spropositato di internet,

l'alimentazione incontrollata e, come da noi ipotizzato, l'eccessiva dedizione ad un gruppo religioso o pseudoreligioso con la conseguente sottomissione incondizionata al leader carismatico e alla dottrina da egli divulgata.

Prima di passare alla rassegna dei contenuti di questa tesi di laurea, ci sembra opportuno proporre una definizione di *setta* più o meno condivisa dalla comunità scientifica: è possibile definire *culto distruttivo* un “*gruppo o movimento che mostra una grande o eccessiva devozione o dedizione a persone, idee od oggetti e utilizza tecniche antietiche (ingannevoli e indirette) di condizionamento o di controllo strutturate per perseguire gli scopi del leader con la possibilità o la certezza di un danno a carico dei membri, delle loro famiglie o della società nel suo insieme*” (American Psychological Association, 1986). Tra le caratteristiche individuate dall'*Associazione degli Psicologi Americani*, atte a fornire una descrizione generale della struttura dei culti distruttivi, è possibile far riferimento a tre grandi classi:

- Adesione fanatica dei membri all'identità del leader e/o alla causa del gruppo.
- Sfruttamento dei membri.
- Danneggiamento o pericolo di danneggiamento.

Altri modelli di analisi e caratteristiche sono consultabili nel nostro precedente lavoro.

Un'ultima puntualizzazione sulla terminologia utilizzata: come fanno notare Singer e Lalich (1995), l'uso del termine *setta* ha valore puramente descrittivo, quindi, anche nel nostro caso questa parola deve essere interpretata a livello euristico e non come tesa ad etichettare come pericolosi tutti i Nuovi Movimenti Religiosi. In questo lavoro, ci serviremo spesso dell'espressione *culti a deriva settaria* e/o *derive settarie* volendo indicare quelle tipologie di gruppi religiosi e/o pseudoreligiosi che si prefiggono come scopo quello di sfruttare i propri membri attraverso l'uso di tecniche di condizionamento psicologico atte a limitarne il pensiero e le libertà individuali.

Questo lavoro di tesi si articola in quattro capitoli: il primo capitolo si propone di illustrare i fondamenti del *modello evolutivo-relazionale delle dipendenze patologiche* o *modello psicodinamico dell'addiction* (Caretto et al., 2010). Sarà

proposta una rassegna di teorie e di studi multidisciplinari che illustreranno i vari contributi neurobiologici e psicologici allo studio delle dipendenze, inoltre, cercheremo di confrontare questo modello di analisi con l'oggetto di studio di nostro interesse al fine di confermare la possibile esistenza di fenomeni comuni tra dipendenze senza sostanze e dipendenza da culti a deriva settaria. Gli studi psicoanalitici classici e contemporanei risulteranno fondamentali al fine di comprendere le dinamiche relazionali esistenti tra leader, gruppo e adepto, ma anche il mondo interno dell'individuo affetto da psicopatologia della dipendenza. I due capitoli successivi si propongono, invece, di esaminare singolarmente i costrutti introdotti nel modello teorico di riferimento: nel secondo capitolo parleremo di fenomeni dissociativi, dei vari autori che sin dalle origini delle varie correnti della psichiatria e della psicoterapia se ne sono occupati, di come distinguerli dai fenomeni mistici ed inquadrarli in un sistema diagnostico di riferimento: la dissociazione è una funzione normale della mente che favorisce la regolazione delle emozioni su un continuum che va da esperienze normali presenti nella vita quotidiana ad esperienze di natura patologica post-traumatica passando per i fenomeni religiosi e le esperienze spirituali (Caretti et al., 2010; Fabbro, 2010). Il terzo capitolo verterà sui costrutti legati alle difese dissociative: parleremo di Alessitimia e traiettorie di sviluppo disfunzionali nonché di deficit nelle capacità di mentalizzazione con conseguente sviluppo di insicurezza nelle relazioni e disregolazione emotiva: la dissociazione patologica sembra essere una delle strategie di difesa più utilizzate da individui che incorrono in queste disfunzionalità. Nel quarto capitolo parleremo di ricerca empirica: cercheremo di fornire sostegno alle nostre ipotesi di lavoro applicando il modello psicodinamico dell'addiction ad un nuovo campione di ex affiliati a culti a deriva settaria, ma non solo, confronteremo quest'ultimo con un campione di ex tossicodipendenti in trattamento al fine di rilevarne somiglianze e differenze, e con un gruppo di controllo estratto dalla popolazione generale. L'obiettivo è quello di dimostrare che la persuasione coercitiva è solo uno degli aspetti del fenomeno delle derive settarie e l'affiliazione dei neofiti potrebbe essere fortemente influenzata anche da fattori evolutivi in grado di mediare gli effetti della manipolazione mentale rafforzando o moderando la dipendenza dal gruppo e dal suo leader.

CAPITOLO 1

FATTORI EVOLUTIVO-RELAZIONALI E NUOVE DIPENDENZE: LA DIPENDENZA DA CULTO.

1.1. Premessa.

Gli studiosi che si accostano per la prima volta alla ricerca sui culti a deriva settaria si trovano, spesso, davanti ad un interrogativo fondamentale: gli adepti delle varie sette religiose (o pseudoreligiose) hanno scelto liberamente di aderire a queste realtà oppure sono stati indotti a farlo in maniera del tutto inconsapevole dopo essere stati sottoposti a programmi persuasivi di riforma del pensiero? Questo dilemma si trova alla base di un dibattito, tuttora molto acceso, tra due scuole di pensiero opposte e frequentemente in colluttazione: da una parte sono presenti i sostenitori del cosiddetto *paradigma della passività* i quali enfatizzano il ruolo predominante della persuasione coercitiva e della manipolazione mentale, dall'altra parte incontriamo invece gli studiosi che fanno riferimento al *paradigma dell'attività* e che hanno introdotto il mito del *religious seeker*, ovvero, colui il quale ricerca in forme di religiosità non tradizionali l'appagamento di bisogni non soddisfatti appartenenti alla sfera dell'identità, delle relazioni, del senso di appartenenza, ecc. (Aletti e Alberico, 1999). Entrambi i modelli sono soggetti a limiti di natura epistemologica: il primo paradigma offrirebbe una visione essenzialmente positivista del fenomeno cultista per cui le teorie sul controllo mentale (Hassan, 1999; Singer e Lalich, 1995) rifletterebero quella che, essenzialmente, sarebbe la realtà oggettivamente data: un individuo senza particolari problematiche psicologiche ed esistenziali verrebbe, in un particolare momento della sua vita, reclutato nel culto e sottoposto ad un rigido programma persuasivo in grado di modificare atteggiamenti, schemi mentali, e personalità; viene, quindi, proposta una sorta di *realismo ingenuo* (Mannetti, 1998) che potrebbe condurre facilmente al riduzionismo ascientifico proponendo una visione statica e meccanicistica del fenomeno in oggetto. I sostenitori del secondo paradigma sembrano, invece, avvicinarsi ad un modello esistenzialista sostenendo l'immagine di un individuo che va alla ricerca del senso della vita: viene proposta la visione di un uomo la cui conversione religiosa è vista come un momento di crescita e di continuità dell'identità personale (Kilbourne e Richardson, 1985; Richardson e Kilbourne, 1983; Richardson, 1995). Gli stessi Aletti ed Alberico (1999) introducono un terzo paradigma che definiscono *intermedio* il quale fa

riferimento ai contributi di Winnicott sui fenomeni transizionali e alla psicoanalisi relazionale: i gruppi religiosi tradizionali e i Nuovi Movimenti Religiosi sarebbero da considerarsi uno strumento finalizzato alla maturazione personale, rappresenterebbero un *ambiente facilitante* in grado di concedere all'individuo, una volta raggiunta l'autonomia, anche la possibilità di allontanarsi dall'esperienza religiosa (Winnicott, 1958a, 1968). Il problema, in questo caso, non sarebbe il "lavaggio del cervello" ma la capacità dei gruppi religiosi di consentire la creazione di legami "sufficientemente buoni" in grado di favorire un buon adattamento sociale; la mancanza di questa capacità potrebbe condurre allo sviluppo di patologia.

Ognuno di questi modelli rappresenta un angolo di osservazione specifico che permette di dare un'interpretazione del fenomeno di cui ci stiamo occupando. Non si tratta di relativizzare i diversi punti di vista secondo un'impostazione costruttivista per cui una realtà unicamente data non esisterebbe ma sarebbero presenti realtà plurime costruite dai soggetti nel corso delle loro interazioni reciproche. Nel nostro precedente lavoro (Scaringella, 2011, u. m.) abbiamo più volte ribadito che non tutte le sette sono pericolose: un individuo che non faccia parte di un'istituzione religiosa tradizionale e secolarizzata non significa che sia deviante o, peggio ancora, manipolato, tuttavia, non si può negare che alcuni gruppi adottino tecniche finalizzate allo sfruttamento e alla manipolazione delle coscienze portando gli adepti in uno stato di sottomissione attraverso l'induzione di paura e sensi di colpa (Boschetti, 2007; Hassan, 1999; Re, 2007; Singer e Lalich, 1995).

Sembra comunemente accettata l'ipotesi che le condotte umane non siano riconducibili unicamente all'azione di meccanismi fisiologici o puramente psicosociali, da qui nasce la necessità di applicare un modello di analisi che integri le diverse prospettive di indagine in modo tale da fornire una visione ampia ed esaustiva dei fenomeni psicologici. I risultati della precedente ricerca sembravano corroborare indirettamente l'ipotesi formulata da Arterburn e Felton (1991) secondo i quali la dipendenza che veniva a crearsi tra l'adepto, il leader e il culto nel suo complesso poteva essere riconducibile ad una *fede tossica* (*Toxic faith*) per cui ci è sembrato legittimo considerare l'esperienza di un individuo all'interno di un culto a deriva settaria come una sorta di dipendenza relazionale

che rispecchia non poche similitudini con le cosiddette “new addiction” (nuove dipendenze) e per il quale studio è stata proposta l’applicazione del *modello evolutivo-relazionale delle dipendenze patologiche (modello psicodinamico dell’addiction)* elaborato da Caretti et al. (2010) i quali fanno riferimento al *paradigma della complessità* (Bocchi e Ceruti, 1985) secondo cui, data l’impossibilità di accedere ad una sola ed unica verità, bisogna prendere consapevolezza del fatto che un fenomeno può essere compreso solo se messo in relazione con le altre parti del sistema a cui appartiene.

1.2. Le nuove dipendenze: alcune definizioni.

Per *dipendenza patologica* s’intende “*una forma morbosa caratterizzata dall’uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; uno stato mentale disfunzionale caratterizzato da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere reiterato con modalità compulsive [...]*” (Caretto et al., 2008, p. 109). Questa definizione risulta essere abbastanza esaustiva nell’esplicare quanto oggi non sia più opportuno parlare solo di tossicodipendenze in quanto l’ambito di studio si è decisamente ampliato inglobando delle nuove forme di psicopatologia “addittiva” che comprendono il gioco d’azzardo patologico (gambling), la dipendenza da internet, le work addiction, ecc. (Mulè, 2008). Per cui definiremo con il termine *nuove dipendenze* delle “*forme di dipendenza codificate come patogene, in cui non sono implicate le sostanze, ma comportamenti o attività lecite, socialmente accettate, integrate nella vita quotidiana*”, comportamenti caratterizzati da patogenicità in quanto “*si ripetono con maggiore frequenza e con minore possibilità di controllo, tali da divenire punto focale di ogni azione e pensiero, creando disagi nel lavoro e nella vita quotidiana*” (Mangiaracina et al., 2011, p. 31). Quindi, risulta abbastanza chiaro come sia le dipendenze da sostanze che le nuove dipendenze siano accomunate da alcuni fattori specifici e caratteristici che forniscono il quadro sintomatologico di una nuova forma di psicopatologia caratterizzata da ossessività, impulsività e compulsività, ovvero, quei meccanismi specifici che sono alla base del fenomeno del *craving* (La Barbera et al., 2006a).

1.3. Neurobiologia dell’addiction.

Storicamente, si è sempre parlato di dipendenze patologiche facendo riferimento a quei comportamenti indotti dall’uso distorto di sostanze psicotrope.

Tossicodipendente era colui il quale abusava ripetutamente di stupefacenti (cannabis, eroina, cocaina, ecc.) in grado di provocare alterazioni fisiologiche e comportamentali che portavano ad un significativo disagio per l'assuntore stesso e nel contesto delle sue relazioni familiari ed amicali. Attualmente, la situazione è cambiata profondamente: non si parla solo di dipendenza da sostanze ma di nuove forme di dipendenze comportamentali che mostrano effetti comuni all'assunzione compulsiva di droghe. Poiché la quantità di studi neurobiologici relativi alle new addiction è tuttora limitata, cercheremo di passare in rassegna alcune ricerche svolte su soggetti tossicodipendenti per capire il ruolo delle componenti biochimiche e fisiologiche di quella che è stata tradizionalmente definita una "patologia del piacere" (Di Chiara, 2010).

Guelfi (2009) definisce la *dipendenza da sostanze* come "una malattia a decorso cronico e recidivante, derivante dall'assunzione prolungata di sostanze psicoattive, caratterizzata da un impulso difficilmente controllabile a ripetere tale assunzione [...]" (p. 297). Tale desiderio impellente sarebbe da attribuire all'effetto biochimico provocato dalle stesse sostanze sui neuroni dopaminergici che, a loro volta, rilasciano dopamina nello "shell" del nucleo accumbens (Guelfi, 2009). La dopamina è il neurotrasmettitore implicato nella ricerca del piacere: essa viene rilasciata ogniqualvolta l'organismo entra in contatto con stimoli di rinforzo imprevisti e a salienza positiva (Bassareo e Di Chiara, 1997). Più specificamente, il rilascio del neurotrasmettitore è legato ad un particolare tipo di piacere, ovvero, al *piacere appetitivo* che innesca quello stato di euforia implicato nel rinforzo dei comportamenti finalizzati alla ricerca dell'oggetto del desiderio (Di Chiara, 2010; Wise, 1985). Gli psicostimolanti agirebbero su questi meccanismi incrementando il livello di trasmissione dopaminergica il quale, a sua volta, è in grado di produrre un condizionamento derivante dall'associazione tra gli effetti piacevoli generati dalle sostanze e gli stimoli contestuali implicati nella produzione di stati disforici. La caratteristica peculiare di queste sostanze risiede nell'incapacità di provocare un'abituazione dell'organismo spingendo l'individuo alla dipendenza e alla ricerca compulsiva dello stato edonico. Numerosi studi hanno dimostrato che nei soggetti tossicodipendenti potrebbe essere presente una disfunzionalità nel sistema di gratificazione: si riscontra, infatti, una significativa riduzione della concentrazione di recettori D2 striatali associata ad un ridotto tratto dopaminergico il quale renderebbe i soggetti stessi meno sensibili a stimoli

rinforzanti naturali e ciò sarebbe presente anche in altre forme di dipendenza quali il gioco d'azzardo patologico, le sex addiction e il binge per gli zuccheri (Blum et al., 2000; Volkow et al., 2004).

La dopamina sembra, quindi, essere la molecola maggiormente coinvolta in questi processi, tuttavia, un ruolo fondamentale nella strutturazione della dipendenza sarebbe attribuito anche ad altri sistemi neurotrasmettitoriali, in particolare quelli facenti capo alla serotonina, alla noradrenalina e agli oppioidi endogeni. Diversi studi (Brewerton et al., 1992; Jimerson et al., 1992; Pallanti et al., 2006) hanno, infatti, evidenziato che soggetti tossicodipendenti, giocatori d'azzardo patologici e con diagnosi di disturbo alimentare mostrano alterazioni nel sistema serotoninergico, noradrenergico ed endorfinergico. È stata, inoltre, rilevata una disregolazione nell'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse dello stress) per cui un contributo fondamentale allo sviluppo della dipendenza sarebbe da ascrivere all'aumentata risposta di queste aree cerebrali in presenza di stress intensi e alla conseguente disregolazione del sistema dopaminergico (Kreek e Koob, 1998; Piazza e Le Moal, 1996, 1998).

1.3.1. Il craving.

L'addiction si caratterizza per la presenza di coazione a ricercare e assumere sostanze psicostimolanti o, nel caso delle nuove dipendenze, a mettere in atto comportamenti compulsivi associati all'oggetto della dipendenza. È presente una marcata impulsività che determinerebbe una sostanziale incapacità nel posticipare la gratificazione derivante dall'attuazione del comportamento addittivo e una tendenza ad esporsi facilmente al rischio non considerando le conseguenze negative del gesto che si sta compiendo (*miopia per il futuro* – Ottaviani et al., 2012): il tutto andrebbe ad inserirsi in un ciclo disadattivo innescato da uno stato di ansia anticipatoria in grado di attenuarsi provocando una diminuzione della stessa nel momento in cui si è ceduti all'impulso (Bechara et al., 2000; Pallanti et al., 2003). Questa marcata incapacità di controllare gli impulsi, spesso dovuta ad alterazioni fisiologiche e strutturali, si manifesta nel cosiddetto *craving*, ovvero, *“il desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto gratificante [...]”* (Gerra e Zaimovic, 2002, p. 119), *“un'urgenza appetitiva di natura patologica”* (Caretto et al., 2010, p. 114), ovvero, un desiderio impellente verso stimoli rinforzanti e gratificanti identificabili non solo in

sostanze psicotrope, ma anche in condotte comportamentali caratterizzate da impellenza e compulsività (Caretti et al., 2010; Janiri et al., 2006). Il craving rappresenterebbe, dunque, un fenomeno complesso innescato non solo dalla *Reward Deficiency Syndrome* (Blum et al., 2000), che porterebbe ad assumere la sostanza al fine di ripristinare un normale tono dopaminergico, ma anche dal tentativo autoterapeutico di far fronte ad emozioni dolorose legate alla storia psicopatologica del soggetto dipendente (Khantzian, 1985, 1990). Risulta evidente, allora, che le patologie additive non sarebbero solo il risultato di alterazioni biologiche, ma di meccanismi biopsicosociali complessi che, interagendo tra loro, porterebbero allo sviluppo della dipendenza. Il craving è l'elemento comune a tutte le dipendenze patologiche (Caretti et al., 2008) ed è finalizzato a procurare uno stato di benessere individuale attraverso la messa in atto di condotte compulsive che, in casi estremi, possono essere considerate dall'individuo dipendente come le uniche ad assumere significato per la propria esistenza (Mc Dougall, 2003).

1.4. Le nuove forme di addiction: le dipendenze relazionali.

Il mondo delle addiction sembra essere molto vasto. Gli autori che si occupano dello studio di queste nuove psicopatologie tendono a focalizzarsi, spesso per disponibilità di soggetti di ricerca, sulle utenze che si rivolgono ai servizi sanitari e alle comunità terapeutiche: tossicodipendenti, alcolisti, giocatori d'azzardo patologici e internet-addicted rappresentano la popolazione privilegiata che va a comporre i numerosi campioni di ricerca. Non bisogna, però, dimenticare che anche i disturbi alimentari psicogeni (anoressia, bulimia e obesità) rappresentano delle forme di patologia additiva. Tuttavia, esistono anche altre forme di dipendenze senza sostanze che sembrano risiedere in una sorta di mondo sommerso. Si sente spesso parlare di legami relazionali patologici di tipo familiare e coniugale, di stati di completa soggezione psicologica dai quali risulta difficile (se non impossibile) liberarsi e, se ciò dovesse accadere, le conseguenze a cui potrebbero andare incontro le persone coinvolte si rivelerebbero devastanti: si pensi, ad esempio, alle varie forme di stalking e ad altri reati che rendono molto ricca la letteratura criminologica e forense.

A questo punto, la domanda è d'obbligo: se l'uso distorto di una sostanza è responsabile dello strutturarsi dell'addiction mediante la conseguente alterazione

di meccanismi biochimici presenti nel cervello umano, come potrebbe un comportamento o una relazione portare agli stessi tipi di effetti patogenetici? Bisogna considerare che per spiegare lo sviluppo di queste psicopatologie non è sufficiente far ricorso esclusivamente alla neurofisiologia. Il modello psicodinamico dell'addiction, che descriveremo nei paragrafi successivi, mette in risalto la presenza di un denominatore comune psicologico presente in tutte le forme di dipendenza: queste patologie potrebbero avere origine dall'interazione di diversi fattori che riguardano lo strutturarsi delle relazioni oggettuali precoci, di conseguenza, attraverso l'applicazione di questo modello di analisi diventa possibile anche comprendere l'interazione tra fattori psicologici e fattori neurofisiologici. Numerosi studi hanno infatti evidenziato che esperienze affettive intense nel contesto delle prime relazioni d'attaccamento potrebbero essere associate al rilascio di endorfine e oppioidi endogeni che svolgono la funzione di mitigare paura e dolore conseguenti alla sperimentazione di particolari esperienze stressanti (Cozolino, 2006; Kalin et al., 1995; Pally, 1999; Panksepp, 1998; van der Kolk, 1994), quindi potremmo supporre che nella diade madre-bambino si attivino dei processi regolatori in grado di influenzare lo sviluppo di questi sistemi neurotrasmettitoriali in base alla natura più o meno positiva di queste esperienze (Hofer, 1987, 1996, 2006). Ne consegue che, in caso di esperienze relazionali positive, il bambino arriverà a sviluppare una capacità di autoregolazione fisiologica degli stati affettivi matura e autonoma, mentre, in caso di esperienze negative l'autoregolazione risulterebbe seriamente compromessa dando luogo allo sviluppo di eccessivi sentimenti di dipendenza i quali, in età adulta, potrebbero condurre alla ricerca continua di oggetti regolatori esterni in grado di svolgere la funzione di compensazione delle carenze autoregatorie (Hofer, 1987, 1996, 2006; Lingiardi, 2005).

È bene ricordare che nelle patologie relazionali l'oggetto regolatore è solitamente rappresentato da una persona verso la quale il soggetto sviluppa una *dipendenza sprovvista* (Khan, 1972) caratterizzata da connotati sadomasochistici (Kernberg, 1992, 1995), tuttavia, come vedremo nel corso di questo lavoro, è possibile che l'oggetto della dipendenza possa essere rappresentato anche da un gruppo di persone le quali condividono un ideale politico o religioso strutturato secondo regole e dettami della chiusura ideologica e del fanatismo.

1.5. Aspetti psicologici dell'addiction.

Nella premessa a questo capitolo abbiamo accennato ad una breve nota epistemologica che sottolineava la necessità di integrare diversi punti di vista scientifici con il fine di avere una visione completa ed esaustiva di un fenomeno complesso senza cadere nella trappola dei riduzionismi (Giordano, 2011). L'ottica verso la quale tende questo lavoro è quella dell'interdisciplinarietà. Evandro Agazzi (1994), parlando di *interdisciplinarietà*, sottolinea che questa “*comporta la messa a confronto di ottiche diverse, lo sforzo di mutua integrazione fra queste, la consapevolezza della parzialità di ciascuno e nello stesso tempo della sua indispensabilità nella comprensione di un problema o di una realtà complessa*” (pp. 107-108). Nel caso delle addiction sembra non essere sufficiente il solo riferimento all'ipotesi neurofisiologica del “reward”, infatti, nel modello psicodinamico che proponiamo in questo lavoro di tesi (Caretti et al., 2010), metteremo in evidenza che, da un punto di vista psicologico, lo strutturarsi della dipendenza patologica potrebbe essere riconducibile alla storia di vita dello stesso soggetto dipendente, ovvero, a percorsi di sviluppo disfunzionali caratterizzati dall'incapacità di utilizzare in modo efficace strategie di regolazione degli stati affettivi (Fig. 1).

Il modello evolutivo-relazionale delle dipendenze patologiche fa propria la prospettiva secondo la quale esperienze di natura traumatica vissute dall'individuo nel corso dell'infanzia potrebbero essere associate (se non adeguatamente elaborate e mentalizzate) al ricorso a meccanismi esterni di regolazione delle emozioni in età adulta. Il punto cardine del modello è, quindi, identificabile nella disregolazione affettiva per cui, se dovesse presentarsi la necessità di affrontare particolari situazioni di stress emotivo intenso, l'individuo (carente nella disponibilità di utilizzo di risorse autoregolatorie adeguate) ricorrerebbe all'uso costante di meccanismi dissociativi in grado di anestetizzare la sofferenza psicologica prodotta dalla mancata integrazione di stati del Sé conseguenti alla sperimentazione di emozioni traumatiche a loro volta originanti nel contesto delle relazioni precoci. Gli autori elaborano il modello attingendo ai contributi derivanti dall'*infant research* e dalla *teoria dell'attaccamento*. I costrutti sui quali viene impostata la ricerca sono quelli di *allessitimia* e *dissociazione* e le loro rispettive possibili determinanti eziopatogenetiche. Da un punto di vista specificamente psicodinamico non vengono, inoltre, trascurati gli importanti contributi della

psicoanalisi classica e contemporanea in quanto è possibile ritenere l'addiction una psicopatologia che affonda le sue radici in un difetto narcisistico.

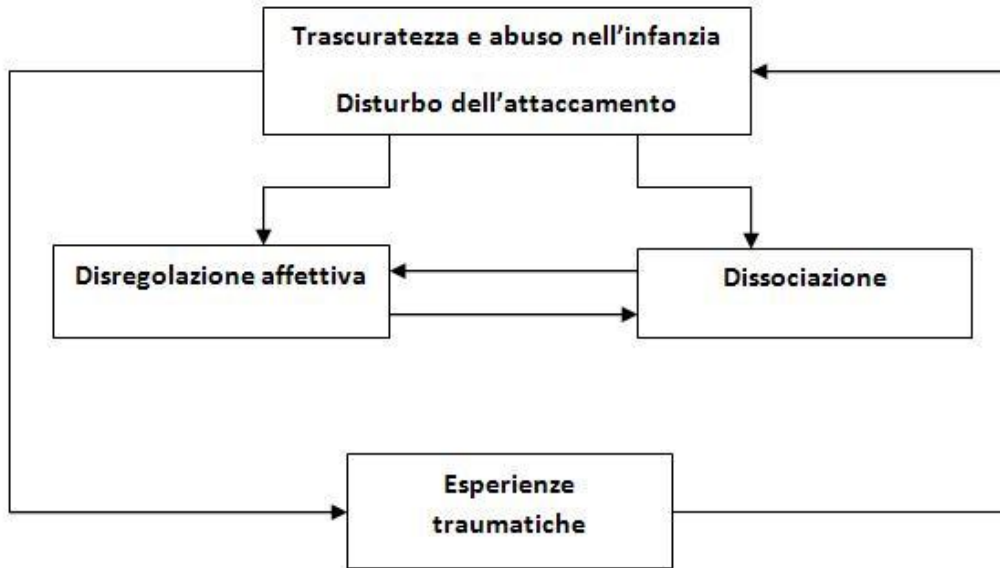


Figura 1. Modello psicodinamico dell'addiction (Caretti et al. 2010): fattori psicopatologici delle emozioni traumatiche.

1.6. I costrutti del modello evolutivo-relazionale.

Per comprendere lo sviluppo psicologico dell'individuo è necessario considerare una pluralità di fattori che, interagendo tra loro, potrebbero modificare le diverse traiettorie evolutive. Risulta chiaro che, allo stato attuale della ricerca, un approccio focalizzato sul principio di causalità lineare, secondo il quale esisterebbe un collegamento diretto tra fattori eziologici e risultati maladattivi, si mostra particolarmente insufficiente al fine di spiegare la genesi non solo delle dipendenze patologiche ma dei disturbi psicologici e psichiatrici in generale. Poiché nella probabile genesi di una psicopatologia intervengono *fattori protettivi* e *fattori di rischio*, l'attenzione di studiosi e ricercatori dovrebbe essere focalizzata sui contesti di crescita degli individui secondo un approccio sistemico in una prospettiva per *meccanismi e processi* (Di Blasio, 2000): vanno, perciò, considerati gli ambienti di vita, le relazioni familiari diadiche e triadiche, ma anche i contesti relazionali allargati quali le esperienze di attaccamento con altri caregiver all'interno della famiglia stessa e nelle istituzioni scolastiche, le relazioni tra pari e le disposizioni biologiche individuali. Il risultato di questa prospettiva si basa sull'assunto che nessun agente causale opera in maniera isolata

e deterministica, ma l'impatto dei fattori di rischio potrebbe essere attenuato dall'interazione con fattori protettivi che, di conseguenza, favorirebbero un discreto adattamento.

Per uno sviluppo psicologico sano è necessario che il bambino possa sperimentare, nel contesto delle relazioni primarie, emozioni positive e apprendere un'adeguata modulazione delle emozioni negative (Caretta et al., 2005a). Condizione essenziale per lo sviluppo di queste capacità risulta essere la presenza di un ambiente in cui sono esercitati un *holding* (Winnicott, 1958b) e una funzione di *rêverie* (Bion, 1962) sufficientemente buoni. Stern (1985) sottolinea anche l'importanza della *sintonizzazione affettiva*: attraverso di essa, all'interno del proprio contesto di sviluppo, il bambino imparerà a sviluppare il senso di sicurezza necessario per il proprio "nutrimento psicologico" derivante dalla capacità dei caregiver di rispondere empaticamente ai bisogni da lui manifestati in un ambiente in cui è presente un equilibrio ottimale tra *regolazione interattiva* e *autoregolazione* degli stati fisiologici individuali (Beebe e Lachmann, 2002). In questi contesti protettivi, eventuali rotture nei processi interattivi (tra l'altro necessarie per lo sviluppo dell'autonomia del bambino) possono essere facilmente riparate ripristinando la traiettoria di sviluppo ottimale che porterà alla strutturazione di un legame di attaccamento sicuro (Beebe e Lachmann, 2002). Ma cosa potrebbe succedere se un bambino dovesse crescere in un ambiente poco protettivo e/o non supportivo? Nei contesti di vita in cui gli ambienti risultano essere poco prevedibili, in cui le rotture nella sintonizzazione affettiva non sono soggette a riparazioni e c'è povertà di momenti affettivi intensi, i bambini potrebbero sperimentare emozioni traumatiche e soverchianti provocate dall'incapacità di contenimento da parte delle figure genitoriali (che potrebbero anche essere portatrici di patologie psichiatriche) nonché da relazioni diadiche e triadiche strutturate sull'ostilità e sulla violenza fisica, psicologica e sessuale, e da eventi di vita stressanti (Romani e Levi, 2006; Zanarini, 1997). Ne risulta che l'incapacità di mentalizzare l'esperienza degli stati affettivi potrebbe portare allo strutturarsi di deficit stabili nella regolazione delle emozioni con conseguente sviluppo di modalità difensive non adattive come stati dissociativi e alessitimia. A livello sociale, il bambino deprivato potrebbe sperimentare vissuti di isolamento, ritiro sociale e senso di inadeguatezza personale il cui dolore psichico, con

l'ingresso nell'adolescenza e nell'età adulta, potrebbe essere mitigato dal ricorso a comportamenti patologici di dipendenza (Cheli e Giacomuzzi, 2009).

1.7. Le dipendenze patologiche nella prospettiva psicoanalitica.

Rispetto agli ultimi trent'anni del secolo scorso, il modo di intendere la dipendenza patologica è profondamente mutato. Tagliagambe (1995) fa notare che il consumo di stupefacenti, in altri tempi, rispondeva ad un atto di ribellione al "sistema" politico, il quale trovava espressione in particolari momenti di aggregazione giovanile. Sulla stessa linea, Wilson (1980) e Corbella (2003) concordano sul fatto che, attualmente, la dipendenza rappresenti un insieme di problematiche rientranti in uno spettro più ampio di patologie della personalità, in particolare nelle patologie narcisistiche. Interessante anche la riflessione di Mariotto che definisce la tossicodipendenza come "*una malattia della dipendenza, della relazione intrapsichica e intersoggettiva, e del narcisismo e la considera un tentativo di difesa rispetto alle frustrazioni vissute come intollerabili*" (Corbella, 2003, p. 311). Nella spiegazione del modello evolutivo-relazionale abbiamo sottolineato l'importanza della qualità delle relazioni precoci nel promuovere lo sviluppo sano o patologico degli individui. Numerose ricerche (Fasolo, 1989), infatti, hanno messo in evidenza che persone con problemi di dipendenza potrebbero aver vissuto in ambienti "non sufficientemente buoni" in cui sono presenti probabili storie di maltrattamenti e traumi precoci come morti improvvise e conseguenti lutti non elaborati. Di conseguenza, il ricorso ad un meccanismo esterno disadattivo di regolazione emozionale, che sia una sostanza o un comportamento compulsivo autodistruttivo, potrebbe essere ascrivibile ad un fallimento nei processi di *separazione-individuazione* (Kernberg et al., 2000; Mahler, 1952) e nella creazione dei cosiddetti *fenomeni transizionali* (Winnicott, 1971). L'individuo dipendente, mosso da *rabbia narcisistica* (Kohut, 1985) derivante dalla perdita precoce dell'oggetto, creerebbe degli pseudo-oggetti inanimati in grado di rispondere fisiologicamente al bisogno di relazione oggettuale che, al tempo stesso, viene negato (Zucca Alessandrelli, 1996). Quindi, la domanda che ci poniamo è la seguente: cosa rappresentano le droghe, le slot machines, le abbuffate compulsive e, in certi casi, il proprio corpo o gli altri individui? Una possibile risposta è ricercabile nell'ambito degli studi sulla formazione delle perversioni.

Come suggerisce Stella (2010), la perversione potrebbe essere ascrivibile ad un difetto maturativo dell'Io dovuto ad “*un probabile breakdown precoce*” (p. 33) che si verificherebbe nel processo di strutturazione dell'identità del Sé: l'Io del perverso sarebbe il risultato di una scissione parziale in grado di permettere all'individuo di mantenere il contatto con la realtà evitandone il crollo psicotico. Il perverso andrà a costruirsi un feticcio in grado di provocare una forma di regressione attraverso attività autoerotiche idealizzate e finalizzate alla scarica di pulsioni parziali che fornirebbero l'illusione del soddisfacimento genitale derivante dalla costruzione di rapporti oggettuali maturi (Balint, 1956). In accordo con Winnicott (1971) potremmo, dunque, ascrivere il processo di formazione del feticcio ad un difetto nella costruzione dell'area intermedia e degli oggetti transizionali, un difetto che trova probabilmente i suoi antecedenti nel fallimento della relazione madre-bambino conseguente ad un brusco distacco che avrebbe come risultato il prolungamento della fase fusionale ed il blocco nel processo di differenziazione del Sé. Il bambino, incapace di tollerare l'angoscia di separazione, creerebbe uno *pseudo-oggetto transizionale* (Stella, 2010) in grado di fornirgli una forma di consolazione temporanea e l'illusione di assenza di solitudine e separazione, ovvero, un oggetto inanimato saturato della stessa onnipotenza che sarebbe servita per creare l'oggetto transizionale. Lo pseudo-oggetto transizionale, ovvero, l'ombra della dipendenza simbiotica nonché l'oggetto a cui il bambino può aggrapparsi e che viene identificato con la madre, con il procedere dello sviluppo, subisce degli adattamenti per cui, pur conservando le stesse funzioni, potrebbe essere sostituito da un altro oggetto, il feticcio, vale a dire uno strumento sempre disponibile attraverso cui la separazione dall'oggetto delle cure primarie può essere negata; il feticcio è l'oggetto che non deluderà mai e non richiederà lavoro di conquista e reciprocità ma, a livello più profondo, renderà possibile l'illusione di ristabilire la condizione di *amore oggettuale primario* (Balint, 1936, 1937; Stella, 2010).

Trasponendo questi concetti nel nostro ambito di ricerca potremmo ipotizzare che tutti i comportamenti addittivi andrebbero a rappresentare dei “feticci” ai quali l'individuo adulto farebbe ricorso compulsivamente al fine di alleviare il dolore scaturito dalla brusca rottura della fase simbiotica nelle fasi precoci della vita mentale. La messa in atto ripetuta di questi comportamenti potrebbe essere finalizzata a realizzare una regressione narcisistica volta a ripristinare una

condizione di totale benessere mentale violata dalla necessità di adattamento precoce ad un ambiente poco responsivo ai bisogni affettivi del bambino e, nei casi più gravi, caratterizzato dalla presenza di gravi episodi a carattere traumatico. La dipendenza si struttura nel momento in cui l'addicted ritiene che la sua condotta "perversa" sia l'unica e sola a dare senso alla sua vita, ne scaturisce, allora, un ideale onnipotente il quale, alla pari del feticcio, rappresenta l'unica forma di gratificazione dei propri bisogni affettivi a scapito della costruzione di rapporti sociali maturi caratterizzati da autentica reciprocità: senza il suo feticcio l'addicted non avrebbe un oggetto al quale aggrapparsi per esprimere il suo senso di onnipotenza narcisistica e l'unico modo per sfuggire all'intollerabile dolore della perdita dell'oggetto diverrebbe il ritiro psicotico.

1.8. Psicodinamica delle dipendenze affettive e relazionali.

Nel corso di questa rassegna di studi abbiamo più volte ribadito che le dipendenze patologiche non si esauriscono solo all'assunzione compulsiva di sostanze o alla messa in atto di comportamenti addittivi che implicano attività socialmente accettate: nei disturbi alimentari psicogeni, ad esempio, l'oggetto della dipendenza può essere rappresentato dal cibo, come nel caso dell'obesità, o dal proprio corpo per quel che riguarda anoressia e bulimia nervosa. Esistono anche altre forme di addiction per le quali il comportamento dipendente viene rivolto verso un'altra persona: quest'ultima potrebbe essere un genitore, il proprio partner o, in generale, una figura carismatica in grado di esercitare sull'individuo un potere tale da riuscire a sottometterlo ottenendo obbedienza assoluta.

Di per sé, dipendere da qualcuno non è da considerarsi negativo, infatti, è proprio sulla "dipendenza" che gli esseri umani pongono le basi per un'autentica "indipendenza". Come scrive Lyda Zaccaria Gairinger (1955): *"la dipendenza affettiva è un dato di fatto, è un bisogno connaturato dell'uomo ed è il processo fondamentale sul quale [...] si struttura lo sviluppo emotivo e psichico del bambino"* (p. 1). La stessa autrice continua, successivamente, scrivendo: *"l'essere umano, se non è ammalato, ama, e se ama non è mai completamente indipendente dagli oggetti del suo amore"* (Zaccaria Gairinger, 1955, p. 2). Queste citazioni confermano, in un certo senso, alcune riflessioni che qualche decennio prima furono scritte da Balint (1937) a proposito degli stati narcisistici. Secondo l'autore, e in accordo con Freud, la condizione di narcisismo assoluto sarebbe

impossibile da realizzare, inoltre, quest'ultima dovrebbe portare ad essere realmente indipendenti dal mondo, tuttavia, come osservato in pazienti affetti da narcisismo questi si mostrano tutt'altro che indifferenti nei confronti del mondo in quanto sono di difficile appagamento e si comportano allo stesso modo dei bambini. Risulta chiaro, allora, che il narcisismo rappresenta *“l'istanza fondamentale che regola quella continua necessaria tensione del soggetto tra il desiderio-bisogno di rapportarsi con l'altro, che implica la dipendenza, ed il desiderio-bisogno di essere riconosciuto, che implica l'identità e l'autonomia”* (Lalli, 2003, p. 2). Anche Lingiardi (2005), a proposito di dipendenze relazionali, sostiene che prima di distinguere tra dipendenze sane e dipendenze patologiche bisogna tener presente che la vera indipendenza *“poggia sulla capacità di dipendere dalle altre persone, e di permettere ad altre persone di dipendere da noi”* (p. 71). Da quest'ultima riflessione teorica ricaviamo che la dipendenza relazionale si distingue dalle altre forme di dipendenza per la sua bidirezionalità. Un rapporto di coppia maturo implica reciprocità, intersoggettività, condivisione degli affetti e progettualità comune nonché la capacità di riparare eventuali rotture nella relazione. Tuttavia, le relazioni possono anche assumere un andamento patologico e ciò potrebbe accadere quando un individuo con un Io non completamente maturo si ritrova a fare i conti con la necessità, impostagli dall'ambiente, di spingersi verso l'indipendenza, per cui opererà per soluzioni relazionali patologiche cercando dei partner idealizzati sui quali proiettare la paura di essere abbandonato e il proprio bisogno di continuo nutrimento affettivo (Lingiardi, 2005; Zaccaria Gairinger, 1955). Secondo Bornstein (1993), la personalità dipendente è caratterizzata da quattro componenti:

- **Motivazionale:** caratterizzata dal forte bisogno di guida, approvazione e sostegno.
- **Cognitiva:** strutturata sulla percezione di sé come persona impotente e degli altri come potenti.
- **Affettiva:** eccessivamente pervasa da sentimenti di ansia e paura a fronte di richieste ambientali di incoraggiamento all'indipendenza.
- **Comportamentale:** tendenzialmente protesa a cercare aiuto e rassicurazioni e a sottomettersi nelle relazioni.

L'individuo dipendente tende ad essere fondamentalemente compiacente nei rapporti con gli altri; la sua tendenza alla sottomissione rende il rapporto con le figure significative caratterizzato da elementi di natura sado-masochistica: non è raro, infatti, che persone inserite in queste dinamiche relazionali assumano spesso il ruolo di vittime sopportando ogni genere di maltrattamento e sfruttamento interpersonale. La storia di questi individui è solitamente costruita in ambienti familiari ipercontrollanti ed intrusivi: i genitori tendono a non favorire l'autonomia dei loro figli facendo percepire loro la separazione come una forma di tradimento (Masterson e Rinsley, 1975). Inoltre, la mancanza di empatia di questi genitori potrebbe compromettere seriamente lo sviluppo di un'adeguata struttura psichica a causa dei fallimenti continui nelle esperienze di Oggetto-Sé (Kohut, 1984). In età adulta, i modelli di relazione tenderanno a ripeterarsi per cui questi individui potrebbero costruire legami relazionali patologici con partner emotivamente non disponibili e maltrattanti.

Anche in questo caso, il tema delle dipendenze relazionali tende ad intrecciarsi con gli studi sulle perversioni. La bidirezionalità della dipendenza nei legami patologici risulta essere fortemente sbilanciata in quanto è presente un partner sadico che esercita il suo potere su un altro individuo con probabile stile di personalità di tipo dipendente-masochista (Gazzillo e Porzio Giusto, 2003). La relazione oggettuale che viene a crearsi sarà basata su una sorta di *relazionalità perversa* poiché tenderà a costruirsi intorno a strutture di personalità narcisistiche (Filippini, 2005) in cui uno dei due componenti negherà qualsiasi forma di dipendenza e l'altro si mostrerà fortemente bisognoso della stessa creando una perfetta collusione inconscia organizzata intorno a continue e reciproche identificazioni proiettive (Cleavelly, 1993; De Masi, 1999; Kernberg, 1995). Il narcisista perverso usa la relazione come strumento per mantenere il Sé coeso ed annullare l'angoscia di disintegrazione manipolando e danneggiando l'oggetto che, a sua volta, diverrà un feticcio a totale disposizione del suo carnefice, ovvero, il suo *Io ausiliario* (Ponsi e Filippini, 2003; Zaccaria Gairinger, 1955).

1.8.1. La dipendenza nei culti a deriva settaria.

La dipendenza affettiva e/o relazionale non fa esclusivamente riferimento alle relazioni di coppia, allo stesso tempo, per relazioni di coppia intendiamo anche quei legami significativi che vanno al di là del rapporto tra due partner sessuali: in

queste relazioni sono da includere le diadi genitore-figlio, datore di lavoro-lavoratore, insegnante-allievo, ecc.. Ciascuna di queste relazioni potrebbe portare, se sussistono determinate condizioni spesso legate alla struttura di personalità dei singoli individui, allo sviluppo di dipendenza patologica. Legami di natura patologica potrebbero anche svilupparsi tra persone appartenenti a gruppi sociali organizzati attorno ad ideali politici, religiosi o pseudoreligiosi, psicoterapeutici e, in molti casi, anche commerciali. Nel nostro precedente lavoro chiamammo queste tipologie di gruppi con il termine *culto distruttivo* o *setta* volendo indicare in maniera specifica “*un gruppo di persone che si forma intorno ad una persona che afferma di avere una missione o una conoscenza speciale, che verrà condivisa con chi declinerà la maggioranza delle decisioni a quel leader auto proclamato*” (Singer e Lalich, 1995, p. 8). In questo lavoro utilizzeremo l’espressione *culti a deriva settaria* per non urtare contro la sensibilità del lettore che potrebbe sentirsi parte di gruppi con queste caratteristiche e per liberarci dall’ambiguità che suscita l’utilizzo del termine “setta” (che in ogni caso verrà usato per fini puramente descrittivi).

Prima di addentrarci nella spiegazione di come potrebbe essere resa possibile la strutturazione della dipendenza in un culto a deriva settaria è necessario cercare di comprendere l’importanza che assume il gruppo nella formazione dell’identità di una persona. Già Freud (1921) sosteneva che la psicologia individuale doveva considerarsi sin dall’inizio psicologia sociale in quanto era possibile ipotizzare l’esistenza di una psiche collettiva data dalla presenza di altre persone che assumono diversi ruoli nella vita del singolo individuo. Ne consegue che la prima figura significativa ad assumere importanza nella costruzione del Sé di una persona è rappresentata dalla figura d’attaccamento principale (solitamente la madre). Nelle prime fasi della vita in cui si instaura il primo rapporto oggettuale, il bambino vive una condizione di *armoniosa e compenetrante mescolanza* con la figura materna (Balint & Balint, 1968) che non è da intendersi come una simbiosi *de facto*, ma come una condizione di *egocentrismo affettivo* (Stella, 2010) in cui egli è consapevole della presenza di una persona che si occupa di lui ed è totalmente adattata ai suoi bisogni. Il superamento della fase narcisistica (Freud, 1914) implica uno sforzo di adattamento del bambino in quanto il ridimensionamento della *preoccupazione materna primaria* (Winnicott, 1958b) lo spingerà a cercare soluzioni alternative atte a favorire la regressione. Quindi, dalle

attività autoerotiche infantili si passerà alla “creazione” degli oggetti transizionali necessari per il completamento del processo di formazione del Sé: il bambino andrà ad acquisire quella *fiducia* di base (Erikson, 1963) fondata sulla capacità materna di mostrarsi sensibile alle sue richieste e di ridimensionare le frustrazioni necessarie al consolidamento dell’identità. Gli oggetti transizionali, inoltre, subiranno degli adattamenti con il procedere dello sviluppo e, seguendo lo stesso Winnicott (1971), tenderanno sempre a ricomparire nel corso dell’esistenza dell’individuo in situazioni di disagio e angoscia: da un punto di vista sociale, le relazioni nel gruppo dei pari rientrerebbero in questa categoria, in particolare, un gruppo coeso costituirebbe un’importante esperienza trasformativa in quanto, attraverso lo svolgimento della funzione di *contenitore*, contribuirebbe all’arricchimento del Sé individuale (Bloch e Crouch, 1995; Nebbiosi e Petrini, 1996; Yalom, 1970). Renzo Carli (1972), parafrasando David Mc Clelland, ipotizza, inoltre, che il *bisogno di affiliazione* sarebbe da considerarsi come la risultante del superamento della fase di dipendenza affettiva dalla figura materna per cui entrare a far parte di un gruppo rifletterebbe il bisogno di continuare a mantenere legami relazionali positivi. Dall’analisi di questi studi potremmo concludere che l’affiliazione di un individuo ad un gruppo di qualsiasi tipo non solo rappresenterebbe una tappa necessaria affinché egli possa definirsi nel contesto interpersonale di appartenenza, ma andrebbe anche ad indicare un bisogno di carattere “biologico” la cui soddisfazione sarà in grado di permettere di avanzare nelle tappe dello sviluppo maturativo. Tuttavia, non tutti i gruppi sociali permettono di portare a termine questo processo di maturazione: alcuni di essi, infatti, sono strutturati in maniera rigida e tale da non permettere la costruzione di alcun tipo di spazio transizionale incoraggiando la continua dipendenza degli affiliati. I culti rappresentano il tipico esempio di quei gruppi in cui si realizza quella che Singer e Lalich (1995) hanno definito *relazione settaria*, ovvero, “*un tipo di relazione in cui una persona induce intenzionalmente un’altra a divenire totalmente o quasi totalmente dipendente da sé per quanto riguarda la maggioranza delle decisioni più importanti della vita, e inculca nei seguaci la convinzione di possedere qualche talento, dono o conoscenza speciale*” (p. 15). La teoria di Bion (1961) può aiutarci a comprendere meglio: secondo l’autore, in tutti i gruppi (e in determinate situazioni) possono emergere dei meccanismi di difesa collettivi e arcaici tendenti a preservare la coesione e l’unità tra i membri. Queste

difese, chiamate *assunti di base*, scaturirebbero da massicce identificazioni proiettive operate dai membri nei confronti del leader le quali innescherebbero una regressione tale da provocare un blocco nei processi produttivi e maturativi del gruppo e degli stessi membri, che solo con l'intervento di un analista esperto potranno essere individuate e interpretate in modo tale da permettere al gruppo la ripresa del suo lavoro e ai membri di riavviare il processo di *trasformazione evolutiva morfogenetica* (Bion, 1961; Kernberg, 1998; Stella, 2010). Nei culti a deriva settaria sembra esserci una volontà "implicita" del gruppo a rimanere in questo stato regressivo, in particolare, negli assunti di base di *dipendenza* e *attacco-fuga*: nella prima modalità gli adepti tenderanno a raccogliersi intorno ad un leader carismatico da cui dipendere totalmente e che sia in grado di risolvere ogni tipo di problema del gruppo, mentre, nella seconda modalità essi individueranno un nemico comune da attaccare o da cui fuggire e che riterranno responsabile di eventuali problemi di disgregazione. Queste dinamiche sono state affrontate in maniera esaustiva nel nostro precedente lavoro. In questa sede è opportuno ricordare innanzitutto che la teoria di Bion trascura l'influenza fondamentale del carisma della leadership, inoltre, non bisogna dimenticare che nelle dipendenze affettive il comportamento addittivo è di tipo bidirezionale per cui nei culti a deriva settaria non sarebbero solo gli adepti ad essere dipendenti dal leader ma anche quest'ultimo svilupperebbe una forma di dipendenza nei confronti degli stessi affiliati (Oliverio Ferraris, 2010). Quando, precedentemente, abbiamo parlato della componente cognitiva della personalità dipendente è emersa una percezione dell'individuo come impotente e sottomesso che, a sua volta, percepisce gli altri come potenti e come oggetti esclusivi dai quali ricevere il necessario nutrimento psicoaffettivo. La relazione settaria si costruisce intorno a questa dinamica collusiva in cui sarà presente un "potente" dalla personalità narcisistica distruttiva che, attraverso le sue abilità manipolatorie, stabilirà delle relazioni narcisistiche di tipo perverso trasformando i suoi adepti in "feticci" dipendenti che giustificheranno abusi e prevaricazioni in nome di un'ideologia anch'essa primitiva e narcisistica, la cui funzione non sarà altro che quella di fungere da maschera la quale, nella realtà dei fatti, nasconde la richiesta d'affetto e di empatia verso un individuo dal Sé narcisistico e onnipotente (Stella, 2010). Il leader di un culto a deriva settaria assumerà, quindi, le caratteristiche di un capo autoritario ed indiscusso inserito in una relazionalità perversa con adepti

sottomessi e compiacenti, ovvero, degli pseudo-oggetti transizionali inanimati e finalizzati a mantenere il Sé del leader coeso ed integrato occultando quella parte scissa che se dovesse emergere alla coscienza potrebbe provocare la temutissima caduta nella psicosi.

Da questa rassegna di studi abbiamo potuto comprendere, adottando un'ottica interdisciplinare, che le dipendenze patologiche rappresentano un ambito di studio molto complesso che non si esaurisce alla sola ipotesi neurobiologica, ma comprende una serie di fattori psicologici e contestuali che contribuiscono, nel loro insieme, allo sviluppo della psicopatologia dell'addiction. Il *modello evolutivo-relazionale* permette di ripercorrere la storia dell'individuo dipendente e di poter risalire al modo in cui sono state apprese le modalità implicite e disadattive nella regolazione delle emozioni conseguenti alla presenza di probabili esperienze traumatiche occorse durante lo sviluppo; inoltre, la *prospettiva per meccanismi e processi* tiene conto dei fattori contestuali che contribuiscono a spiegare lo sviluppo della psicopatologia tenendo anche presenti i fattori di resilienza sia individuali che ambientali. Il contributo della psicoanalisi, invece, ci permette di dare un significato alle condotte psicopatologiche, alla loro storia evolutiva e agli adattamenti che subiscono nel corso dello sviluppo nonché alle varie soluzioni terapeutiche possibili. In conclusione, abbiamo messo in evidenza che tra tossicodipendenze e dipendenze senza sostanze possono esservi elementi comuni, inoltre, esistono forme di dipendenza patologica ancora poco studiate come le dipendenze relazionali e la dipendenza nei culti a deriva settaria. Riguardo a quest'ultima probabile forma di addiction abbiamo introdotto una nuova ipotesi di studio che non va ad esaurirsi solo ed esclusivamente alle teorie sulla riforma del pensiero: la manipolazione mentale nei culti è da considerarsi solo uno degli aspetti di questo fenomeno complesso che interagisce con altri elementi rientranti nella sfera individuale e contestuale di un affiliato ad un gruppo settario. L'esperienza dei clinici insegna che non tutti i consumatori di sostanze stupefacenti o tutti i giocatori d'azzardo diventano degli addicted, allo stesso modo, non tutti i neofiti che aderiscono ad un culto a deriva settaria ne diventano dipendenti ne, tantomeno, riportano significative compromissioni a livello psicologico e/o psichiatrico (Keiser & Keiser, 1987; Re, 2007). Lo sviluppo di un'eventuale psicopatologia dipende dal significato che viene attribuito all'esperienza e dai fattori di resilienza a disposizione dell'individuo per

cui, nell'ambito delle dipendenze patologiche, la cosiddetta "patologia del piacere" risulta essere solo un sintomo del quale la psicologia clinica deve sicuramente tener conto, ma non può accontentarsi di prestargli attenzione come esclusivo ambito di ricerca e di intervento.

CAPITOLO 2

LA DISSOCIAZIONE: UNA FUNZIONE MENTALE COMPLESSA TRA ADATTAMENTO E PSICOPATOLOGIA.

2.1. Premessa.

Il modello evolutivo-relazionale delle dipendenze patologiche sembra essere, attualmente, il riferimento teorico più adatto per la comprensione di queste nuove forme di psicopatologia. Come abbiamo spiegato nel capitolo precedente, il modello tiene ampiamente conto della storia di vita dell'addicted attraverso un tentativo di comprensione psicodinamica delle modificazioni delle traiettorie di sviluppo individuali conseguenti a traumi di natura fisica e psicologica. La traumatizzazione precoce porterebbe ad una mancanza di integrazione tra stati del Sé i quali rimarrebbero dissociati all'interno della coscienza in modo tale da non fornire quel senso di continuità che permetterebbe di affrontare in modo adattivo le sfide della vita quotidiana. L'uso pervasivo del meccanismo della dissociazione rappresenta, dunque, una modalità altamente disadattiva di regolazione emozionale utilizzata come risposta a tutti quegli stimoli in grado di riattivare il dolore che accompagna la ritraumatizzazione originaria: questa forma di difesa aumenterebbe la predisposizione individuale all'abuso di sostanze, alla trance da videoterminale, al gioco d'azzardo patologico, all'autolesionismo, al binge eating, ecc.. Ancora oggi, non esiste un accordo su come possa definirsi la dissociazione in quanto essa racchiude una consistente mole di fenomeni. In psicologia clinica e psicopatologia la dissociazione può essere considerata un meccanismo di difesa (Ciulla e Caretti, 2012; Gabbard, 2005), il sintomo principale di alcuni disturbi psichiatrici (American Psychiatric Association, 2000; Steinberg e Schnall, 2001) o una modalità di organizzazione della personalità sottostante a quadri clinici complessi e conseguenti a traumi evolutivi di diversa gravità (Bromberg, 2001; van der Hart et al., 2006). Tuttavia, alcuni degli autori che si occupano sia della ricerca sia del trattamento clinico della dissociazione hanno precisato che questa non deve essere intesa esclusivamente un meccanismo patologico, ma anche “*una funzione normale della mente che esclude dal campo della coscienza emozioni e sensazioni caratterizzate da sofferenza interna ed esterna*” (Caretti et al., 2008, p. 111) avente lo scopo di proteggere l'Io mediante un'alterazione dello stato di coscienza finalizzata alla creazione di una realtà parallela all'interno della quale è possibile rifugiarsi in situazioni di stress; la dissociazione patologica andrebbe,

quindi, considerata come una “*difesa sana fallita*” (Steinberg e Schnall, 2001, p. 7). In altri casi, invece, sembra difficile distinguere la natura adattiva o patologica della dissociazione: ci riferiamo a tutti quei fenomeni culturali che possono riguardare alcune società o piccoli gruppi di persone dedite alla spiritualità. Si sente spesso parlare di casi di medianismo, misticismo, estasi e fenomeni religiosi insoliti i quali tengono uniti un cospicuo numero di persone che condividono una cultura o un ideale spirituale comune. In questi casi, la differenza tra “normalità” e patologia va stabilita esaminando accuratamente il contesto di accadimento di questi fenomeni, infatti, potremmo trovarci, ad esempio, davanti a popolazioni primitive che celebrano un rito sciamanico finalizzato alla liberazione dalle malattie inviate dagli spiriti dell’aldilà, a fedeli cattolici che durante un pellegrinaggio hanno assistito ad insolite apparizioni mariane, o ad un gruppo di meditazione i cui membri fanno esperienze di “viaggi extracorporei”. Episodi di questo tipo non sono da considerarsi manifestazioni di patologia, anzi, servono spesso a rafforzare il senso di appartenenza ad una comunità (Lapassade, 2009), tuttavia, ci sono stati casi (e ci sono ancora) in cui alcune presunte personalità definite “carismatiche” (ma fondamentalmente narcisiste) hanno creato dei gruppi finalizzati allo sfruttamento dei membri che li compongono, ovvero, gruppi all’interno dei quali si sperimentano stati alterati di coscienza (attraverso l’uso ingannevole di psicostimolanti o di particolari tecniche di alterazione dello stato fisiologico) che vengono fatti passare per viaggi nell’aldilà o esperienze spirituali insolite (Boschetti, 2007; Fabbro, 2010; Singer e Lalich, 1995).

Scopo di questo capitolo sarà quello di offrire al lettore una panoramica esaustiva sulla fenomenologia della dissociazione partendo dalla prospettiva storica fino ad arrivare agli studi clinici più recenti sulla dissociazione strutturale della personalità.

2.2. La dissociazione nella prospettiva storica e culturale.

Il concetto di dissociazione compare per la prima volta nell’opera di Pierre Janet (1889) “*L’automatisme psychologique*” quando l’autore, nella seconda parte del suo scritto, usa la parola *désagrégation* (disaggregazione psicologica) volendo indicare una sorta di polverizzazione dell’identità quale conseguenza diretta di esperienze traumatiche. Già nella seconda metà dell’800 iniziava, quindi, a prendere forma una teoria della personalità che considerava lo sviluppo psichico

individuale come una continua integrazione di stati di coscienza originariamente separati. Il termine *dissociazione* appare ufficialmente nella traduzione (e nel commento) dello stesso volume di Janet da parte di William James, tuttavia, il fenomeno fu osservato precedentemente da altri autori (Lapassade, 2009). Secondo Georges Lapassade (2009), la teoria della dissociazione trae la sua origine dai fenomeni di possessione demoniaca: le credenze legate alle pratiche di esorcismo supponevano che il soggetto indemoniato vivesse uno stato di sdoppiamento della personalità in cui il cosiddetto *alter* era rappresentato da un soggetto (il demone) identificabile come un intruso in grado di assumere il controllo della personalità primaria.

Lo studio scientifico della dissociazione inizia a prendere forma nell'attività clinica di Franz Anton Mesmer (1734-1815) con la pratica del "*magnetismo animale*": il medico tedesco si accorse che alcuni fenomeni di possessione, osservati in prima persona durante gli esorcismi praticati dall'ecclesiastico Gassner, erano spiegabili senza far ricorso a credenze riguardanti l'intervento di forze soprannaturali. La "liberazione" del posseduto consisteva nell'induzione di una crisi che al termine del rituale avrebbe consentito l'espulsione del demone e ripristinato l'equilibrio perduto. L'innovazione introdotta da Mesmer sta nel fatto che viene data un'interpretazione della *trance* di possessione in termini totalmente naturalistici come se questa fosse un ostacolo biologico: in ambedue i casi, l'obiettivo è l'espulsione di un "*corpo estraneo patogeno*" (Lapassade, 2009, p. 20) con la differenza che nel magnetismo animale questo non è più rappresentato da un demone ma da una cattiva circolazione del "fluido" la quale avrebbe potuto essere bonificata attraverso l'intervento del magnetizzatore. A dimostrazione che la teoria sulla dissociazione era in fase di formulazione contribuiscono le osservazioni fatte da Puységur (1784): l'allievo di Mesmer scopre la dissociazione psicologica pur non introducendone il termine: egli scrive, a proposito del sonnambulismo artificiale, di non aver mai assistito a casi in cui i suoi pazienti, tornando allo stato di veglia, ricordassero ciò che era accaduto durante la crisi, inoltre, i due stati di coscienza potevano essere considerati come due esistenze (o personalità) differenti. L'autore lascia, quindi, intendere che quello che veniva osservato era una perdita di memoria nonché una divisione della coscienza,

ovvero, due fenomeni che oggi vengono considerati come criteri di riferimento per la diagnosi di disturbo dissociativo.

Siamo ancora lontani da Janet quando Bertrand (1823) riflette su alcuni suoi casi clinici e sugli esorcismi di Gassner: occupandosi di fenomeni estatici traspone la fenomenologia delle *transe* religiose nei quadri clinici del sonnambulismo, inoltre, riferisce che le sue osservazioni e quelle di Gassner si riferivano a soggetti affetti da isteria (antico parente dei disturbi dissociativi e di conversione). Tuttavia, a questa malattia non era ancora assegnato il posto che le compete in quanto questi tre autori miravano per lo più a favorire la diffusione su larga scala del magnetismo animale (Lapassade, 2009). Sarà Charcot a conferire statuto di realtà all'isteria: dall'analisi dei sintomi ad essa correlati la presenterà come l'equivalente delle possessioni demoniache (Lapassade, 2009; Charcot e Richer, 1887).

Il contributo teorico di Pierre Janet alla dissociazione prende avvio dagli studi sull'ipnosi. Nonostante l'autore traesse notevole ispirazione dalla pratica del magnetismo animale, in ogni caso, "*L'automatisme psychologique*" rappresenta "*il primo discorso teorico e sistematico sulla dissociazione*" (Lapassade, 2009, p. 43). Nell'opera viene posto l'accento sul fenomeno già trattato da Puységur relativo al sonnambulismo: ciò che desta particolare attenzione è il cosiddetto fenomeno dell'*oblio al risveglio*, ovvero, il soggetto non ha più memoria di quello che è accaduto durante lo stato alterato di coscienza, tuttavia, il materiale poteva essere recuperato solo in occasione di una *transe* successiva. Anche Janet postula l'esistenza di due memorie separate e indipendenti, ovvero, una disaggregazione dei diversi elementi psichici che andrebbe a strutturare due personalità separate e che costituirebbe un tratto complementare della malattia isterica. Quindi, ancora una volta, ben si adatta la definizione di disturbo dissociativo proposta nel DSM-IV: "*sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione*" (American Psychiatric Association, 2000).

Gli apporti di Janet, purtroppo, sono rimasti nell'oblio per molti anni. L'avvento della psicoanalisi ha fatto sì che il concetto di dissociazione fosse soppiantato da ciò che Freud chiamò *conversione*. Inizialmente, l'autore fu molto

vicino al pensiero e alle scoperte di Janet con il quale condivideva l'interesse per l'isteria e l'ipnosi (Lapassade, 2009), infatti, scrive: *“in seguito all'ottimo lavoro svolto da Pierre Janet, da Josef Breuer e da altri, si può considerare come generalmente riconosciuto il fatto che la sindrome dell'isteria [...] giustifica la supposizione di una dissociazione della coscienza, accompagnata dalla formazione di gruppi psichici separati”* (Freud, 1894, p. 15). In realtà, in questo saggio Freud critica fortemente Janet e l'assunto secondo il quale la dissociazione rappresenterebbe *“un tratto fondamentale dell'alterazione isterica”* (Freud, 1894, p. 15). Per Freud e Breuer, alla base dell'isteria sarebbero presenti i cosiddetti *stati ipnoidi*, ovvero, degli stati peculiari di coscienza di tipo traumatico i quali erano da considerarsi i diretti responsabili della dissociazione che, secondo questa teoria, avrebbe un ruolo secondario e non fondamentale o complementare. Il processo patogenetico consisteva in un fenomeno di scissione tra un'idea e l'affetto ad essa collegato, tuttavia, l'affetto non andava perduto, anzi, subiva un processo di trasformazione somatica chiamato, appunto, *conversione*. A tal proposito, Freud scrive: *“il fattore caratteristico dell'isteria non è la dissociazione della coscienza, ma la capacità di conversione, e possiamo citare come una parte importante della predisposizione all'isteria [...] l'attitudine psicofisica a trasporre grandi quantità di eccitazione in innervazione somatica”* (Freud, 1894, p. 19).

Il lavoro di Freud segna un netto passaggio dalla teoria della doppia coscienza di Janet alla teoria dell'inconscio: l'introduzione del concetto di *rimozione* implica un cambiamento di paradigma che porta al totale abbandono degli studi sulla dissociazione (Lapassade, 2009), tuttavia, lo psichiatra francese è tornato a “nuova vita” inaugurando nuovi filoni di ricerca sugli effetti delle esperienze traumatiche sulla vita psichica delle vittime sopravvissute (van der Hart et al., 2006).

2.3. Dissociazione e spiritualità.

Il contributo di Janet (1889) allo studio della disaggregazione psicologica non si limitava esclusivamente alla psicopatologia ma comprendeva anche lo studio dei fenomeni di medianismo, stati mistici di coscienza e scrittura automatica. Quando scrive *“De l'angoisse à l'extase”* (1926) presenta l'estasi come uno *stato psicologico* caratterizzato da comportamenti necessitanti di caratteri particolari che sono assenti in altri stati e che perdurano in un determinato periodo di tempo.

Descrivendo il caso di Madeleine aggiunge all'estasi la natura di *stato consolatorio* in cui è prevalente un sentimento di gioia profonda: la paziente sembra permanere in uno stato di *rapimento* che al risveglio è capace di descrivere in maniera dettagliata con pensieri ed emozioni. La differenza con lo stato di possessione/sonnambulismo descritto nell'opera del 1889 sta nel fatto che l'estasi non è accompagnata né da perdita di memoria né da totale distacco da ciò che accade nel mondo esterno. Ciò viene confermato anche dalle osservazioni di Emmanuel Aegerter (1952) che propone una distinzione tra stati mistici ed isteria: alla base dei due fenomeni è presente uno sdoppiamento della personalità, tuttavia, nel primo caso verrebbe conservata la memoria di quello che è accaduto durante lo stato di crisi. Un'ulteriore distinzione proposta dallo stesso autore riguarda la differenza tra stati mistici e psicoastenia: lo sdoppiamento del mistico sembra essere un'operazione volontaria finalizzata al raggiungimento dell'elevazione spirituale e dell'unità con il tutto, lo psicoastenico, invece, è costretto a chiudersi in una sorta di isolamento passivo fatto di insane preoccupazioni.

Le osservazioni di questi due autori classici ci portano ancora una volta a chiederci quale sia il confine di demarcazione tra dimensione adattiva e psicopatologica della dissociazione. Lapassade (1993) fa presente che gli stati alterati di coscienza possono essere provocati attraverso tre induttori principali: la psichedelica, le tecniche di meditazione orientali e l'ipnosi. Dell'ipnosi, utilizzata per il trattamento del sonnambulismo e dell'isteria, ne abbiamo discusso parlando del magnetismo animale, di Janet, di Charcot e del primo Freud. Per quanto riguarda la psichedelica, invece, ci riferiamo a tutte quelle sostanze in grado di provocare stati modificati di coscienza attraverso l'alterazione della risposta fisiologica di determinati sistemi neurotrasmettitoriali presenti nel sistema nervoso centrale. Numerose sostanze psicoattive sono state spesso utilizzate per fini spirituali (Fabbro, 2010), ad esempio, la masticazione di foglie di coca rappresentava una comune usanza di alcune popolazioni colombiane risalenti al 500 a. C. e del popolo *inca* il quale riteneva che la pianta avesse origine divina (Malizia e Ponti, 1992). La cocaina è un alcaloide che favorisce l'insorgenza di stati di estasi; il suo meccanismo d'azione consiste nel blocco della ricaptazione di dopamina, noradrenalina e serotonina; se assunta in singole dosi provoca un

innalzamento del tono dell'umore, tuttavia, può anche provocare crisi convulsive, infarti ed ischemie cerebrali (Fabbro, 2010). Un'altra sostanza in grado di provocare esperienze mistiche è l'*acido ibotenico*, un agonista dei recettori del GABA presente nell'*amanita muscaria*, un fungo allucinogeno usato da numerose popolazioni sciamaniche e da alcune comunità cristiane primitive (Fabbro, 2010; Allegro, 1980; Brown J. A., 2005). Questo fungo può indurre stati di euforia, anomalie della percezione, visioni ed esperienze simili al sogno lucido (Festi e Bianchi, 1991). Non staremo qui ad elencare tutte le altre sostanze in grado di alterare lo stato di coscienza nel corso di rituali religiosi, in ogni caso, questi stati dissociativi indotti (o autoindotti) non richiedono automaticamente l'assunzione di droghe per essere provocati: se pensiamo alle tecniche di meditazione dello yoga, queste consistono in una serie di esercizi di respirazione in grado di provocare determinati stati di coscienza simili alla trance ipnotica ma distinti da essa in quanto l'individuo in meditazione è pienamente consapevole del suo stato alterato (Eliade, 1995), inoltre, attraverso questa forma di meditazione è anche possibile indurre stati di depersonalizzazione noti come *out-of-body experience* (Mishra, 1973).

A questo punto, la distinzione tra dissociazione mistica e psicopatologia dissociativa risulta più chiara. Putnam (2001) propone di distinguere tra stati alterati di coscienza e stati dissociativi: la differenza fondamentale che intercorre tra queste forme di distacco mentale è data dal senso di continuità relativo alla propria identità che viene conservato dall'individuo religioso. Anche William James (1902) tenne conto, non solo di questa idea, ma sembrava anche d'accordo con gli autori che abbiamo già citato in merito alla conservazione dei ricordi relativi allo stato di crisi mistica, inoltre, l'autore aggiunge che la divisione della personalità presente nell'individuo religioso (il mistico) tenderebbe a ricomporsi all'interno della stessa esperienza di conversione. James, sebbene riscontri numerose somiglianze tra fenomeni mistici e manifestazioni isteriche (automatismi janetiani compresi), considera i primi come capaci di produrre un senso di profonda ricchezza interiore, in particolare scrive: "*È difficile trovare un capo religioso di qualunque tipo nella cui vita non ci sia traccia di automatismi. [...] L'intera schiera dei santi cristiani [...] aveva visioni, voci, condizioni estatiche, impressioni guida e 'presagi'*" (p. 362).

A conclusione di questo paragrafo è opportuno chiarire che la cosiddetta dissociazione “normale” si manifesta in ogni ambito della vita quotidiana di ciascun individuo. Con ciò, non intendiamo dire che le esperienze mistiche siano fenomeni molto comuni e largamente diffusi, tuttavia, manifestazioni dissociative “sub-cliniche” sono facilmente riscontrabili in ciò che chiamiamo fenomeni di assorbimento, ovvero, ipnosi da autostrada, attività sportive estreme, sesso, trance da teleschermo, ecc. (Caffò, 2009; Kihlstrom, 2005; Putnam, 2001). In questo senso, la dissociazione risulta essere un meccanismo altamente adattivo e finalizzato ad ottenere un temporaneo distacco dalla realtà e dagli stress quotidiani, in altre parole, la capacità di dissociarsi diverrebbe un’importante funzione dell’organismo orientata alla ricerca del benessere individuale.

2.4. Psicopatologia della dissociazione.

Prima di passare in rassegna i numerosi contributi dei diversi autori che si sono occupati dello studio della dissociazione patologica, è opportuno soffermarsi brevemente su alcuni studi classici e contemporanei che rivestono un ruolo centrale nella comprensione dell’eziologia delle patologie post-traumatiche. Nel capitolo precedente, spiegando il modello evolutivo-relazionale, abbiamo detto che un disturbo dell’attaccamento nell’infanzia potrebbe essere associato allo sviluppo di modalità di regolazione emotiva disadattive (e tra queste la dissociazione), per cui, al fine di comprendere gli esiti della strutturazione di traiettorie evolutive differenti è necessario discutere dei vari stili di attaccamento individuali che organizzano le rappresentazioni del Sé e delle relazioni significative specificandone la natura adattiva o patologica di ciascuno.

2.4.1. Note sulla teoria dell’attaccamento.

La teoria dell’attaccamento fu formulata verso la fine degli anni ’50 quando uno psicoanalista di nome John Bowlby presentò alcuni lavori di ricerca in cui criticava come “difettose” le teorie di Freud e di Melanie Klein riguardanti le modalità attraverso le quali veniva a formarsi il legame d’attaccamento tra madre e bambino (Holmes J., 1993). In base a quanto l’autore ha osservato (servendosi soprattutto dei contributi dell’etologia), la formazione di questo legame non era da considerarsi diretta conseguenza del soddisfacimento della fame quale pulsione primaria ne tantomeno dell’instaurazione di una relazione primitiva tra il neonato e un oggetto parziale, il seno materno, finalizzato anch’esso al soddisfacimento di

impulsi orali (Bowlby, 1988). Da numerosi studi etologici era emerso che molti cuccioli di numerose specie animali erano in grado di nutrirsi autonomamente ma sviluppavano una forte angoscia nel momento in cui venivano separati dal proprio genitore: secondo Bowlby, la ricerca della prossimità fisica di una figura significativa è da considerarsi un comportamento innato che assolve la funzione della protezione, e ciò è valido soprattutto per gli esseri umani (Bowlby, 1988), infatti, il *comportamento di attaccamento* viene definito come “*quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità fisica nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato*” (p. 25). Per far sì che si attivi il comportamento di attaccamento è, quindi, necessaria la presenza di una relazione significativa tra due individui in cui uno dei due membri deve essere in grado di fornire aiuto e protezione. Questa relazione definita *relazione d'attaccamento* richiede la presenza di tre caratteristiche chiave (Weiss, 1992):

- **Ricerca di vicinanza a una figura preferita:** è un comportamento conseguente alla separazione dalla figura d'attaccamento e richiede che quest'ultima sia discriminata rispetto alle altre. Il legame d'attaccamento per Bowlby (1988) è monotropico (stabilito con una singola persona), tuttavia, bisogna considerare la presenza di una gerarchia di figure alle quali il bambino può ricorrere in caso di disagio e angoscia, ad esempio, se la figura d'attaccamento principale è la madre bisogna anche considerare il ruolo del padre, dei fratelli, dei nonni, ecc..
- **L'effetto “base sicura”:** è conseguenza della discriminazione della figura d'attaccamento che viene assunta come tale in quanto permette al bambino di riattivare il comportamento di esplorazione con la certezza della presenza e della disponibilità in caso di riattivazione del bisogno di vicinanza. Dove non è presente base sicura si attivano diversi comportamenti difensivi come la minimizzazione della sofferenza, la scissione della rabbia e la sessualizzazione delle relazioni.
- **Protesta per la separazione:** è la prova della presenza di un legame d'attaccamento: il pianto, le urla e l'aggressività non sono da considerarsi indici di cattiveria ma tentativi di riparare una rottura del legame evitando ulteriori separazioni.

Il comportamento di attaccamento non si manifesta allo stesso modo in tutti gli individui ma è determinato dall'esperienza che il bambino ha interiorizzato nel corso delle interazioni con le proprie figure d'attaccamento. Stern (1985) ha parlato di “*rappresentazioni delle interazioni generalizzate*” e Horowitz (1988) di “*schemi sé-altro*” per indicare i modelli attraverso i quali il bambino è in grado di predire l'andamento delle relazioni, ma siamo troppo avanti con gli anni rispetto a quando Mary Ainsworth et al. (1978) misero a punto la procedura chiamata *Strange Situation*, ovvero, una situazione sperimentale in cui era possibile attivare il sistema di attaccamento del bambino attraverso l'esperienza di brevi separazioni dal proprio genitore. Attraverso questa procedura è stato possibile individuare quattro pattern d'attaccamento principali:

- **Attaccamento sicuro (B)**: la separazione dal genitore è seguita dallo stato d'angoscia del bambino, tuttavia, la riunificazione della diade è accompagnata da gioia e conforto e conseguente riattivazione del comportamento di esplorazione.
- **Attaccamento insicuro-evitante (A)**: durante la separazione, il comportamento di attaccamento sembra essere disattivato. Questa mancanza di angoscia sembra persistere anche alla riunificazione con il genitore: il comportamento del bambino sembra, quindi, essere focalizzato totalmente sull'esplorazione.
- **Attaccamento insicuro-ambivalente (C)**: il momento della separazione è vissuto con forte angoscia; in questo pattern comportamentale, il sistema di attaccamento è iperattivato e accompagnato da rabbia eccessiva alla riunificazione: il bambino sembra cercare conforto ma, allo stesso tempo, respinge il suo caregiver.
- **Attaccamento insicuro-disorganizzato (D)**: a differenza degli altri stili che organizzano l'esperienza della relazione in modo adattivo, quest'ultimo è da considerarsi un indice di psicopatologia (Liotti, 1993): presente in bambini che hanno fatto esperienza di maltrattamento, abuso e trascuratezza, si manifesta con comportamenti confusi e stereotipati molto simili alle manifestazioni dissociative nell'adulto.

Con il procedere dello sviluppo questi comportamenti tenderanno a modificarsi, di conseguenza le reazioni alle perdite e alle separazioni verranno

gestite attraverso l'uso di modalità più flessibili e diversificate (Cicchetti et al., 1990; Marvin, 1977). Ciò che tende, invece, a rimanere stabile è la rappresentazione del Sé e della relazione d'attaccamento: i pattern interiorizzati nella prima infanzia tenderanno ad organizzarsi in *modelli operativi interni* (MOI) che guideranno la vita affettiva e relazionale del futuro adulto per cui un bambino con un MOI di tipo sicuro tenderà a considerare le proprie figure d'attaccamento come affettuose e disponibili e considererà se stesso come persona degna di amore, al contrario, un bambino con attaccamento insicuro tenderà ad avere una rappresentazione degli altri come indisponibili, imprevedibili o spaventanti formando, a sua volta, una rappresentazione di se stesso come non degno di amore e di attenzioni (Holmes J., 1993).

La *Strange Situation* non è applicabile a diadi con bambini di età superiore a 24 mesi, in ogni caso, sono stati messi a punto altri strumenti in grado di misurare la qualità dell'attaccamento nelle età successive (Calvo, 2000). Il discorso cambia passando all'età adulta: in questa fase del ciclo di vita è possibile pervenire ad una misura dello stile di attaccamento attraverso la valutazione dei MOI. Mary Main et al. (1985), a questo scopo, costruirono un'intervista semistrutturata mirante a valutare lo stato della mente rispetto all'attaccamento denominata *Adult Attachment Interview*. Questo strumento è considerato come una tecnica “*mirante a sorprendere l'inconscio*” (Holmes J., 1993, p. 119) la cui codifica dà luogo a quattro categorie principali di attaccamento (Main et al., 1985):

- **Attaccamento Autonomo/Sicuro (F – Free):** le narrazioni che vengono riportate dai soggetti esaminati sono coerenti con le loro esperienze relative all'attaccamento. Emerge un'immagine realistica del caregiver e delle difficoltà incontrate nell'andamento di questa relazione che sono state comunque elaborate.
- **Attaccamento Distanziante (DS – Dismissing):** alla pari dell'attaccamento evitante, anche in questo caso sembra che l'attaccamento sia completamente disattivato. La descrizione del caregiver è totalmente idealizzata o fortemente svalutata così come vengono minimizzate o svalutate le conseguenti esperienze negative d'attaccamento.

- **Attaccamento Preoccupato (E – Entagled):** la narrazione è accompagnata da un sentimento di rabbia pervasiva verso la figura d'attaccamento. Il discorso appare incoerente, difficile da seguire e colmo di dettagli irrilevanti.
- **Attaccamento con Lutti o Traumi non Risolti (U – Unresolved loss or trauma):** il resoconto presenta *ideazione disorganizzata*: il soggetto potrebbe presentarsi confuso e disorientato nella narrazione di esperienze di perdita, potrebbe trovare difficile collocare temporalmente alcuni eventi importanti della propria vita o sentirsi direttamente responsabile degli eventi traumatici che gli sono accaduti. Quest'ultimo pattern d'attaccamento adulto è riscontrabile in persone che hanno sviluppato una qualche forma di psicopatologia post-traumatica, un disturbo dissociativo o una personalità funzionante a livello borderline (Farina e Liotti, 2011; Liotti, 1993; van der Hart et al., 2006).

Lo stile d'attaccamento risulta essere un buon predittore dello sviluppo psicologico: un pattern di tipo sicuro rappresenta un importante fattore protettivo in quanto rende più probabile una corretta elaborazione di esperienze negative anche di tipo traumatico. Gli stili ansiosi (evitanti e resistenti/ambivalenti) predispongono maggiormente allo sviluppo di psicopatologia, tuttavia, sono anch'essi da considerarsi dei pattern organizzati in senso adattivo in quanto sono associati ad uno stile coerente di relazione. Questa coerenza viene a mancare nei pattern disorganizzati poiché questi ultimi tendono a strutturarsi intorno a modelli multipli del Sé e della relazione: i MOI si presenteranno contraddittori e inconciliabili e avranno accesso alla coscienza in modo separato dando luogo a meccanismi di *esclusione difensiva* (Bowlby, 1988) in grado di attivare la dissociazione nel momento in cui l'individuo entrerà in contatto con potenziali stimoli traumatogeni (Liotti, 1993, 2005; Main e Hesse, 1992).

2.4.2. Definire la dissociazione patologica.

La dissociazione è una funzione psicobiologica presente in tutti gli animali superiori (Nijenhuis, 2004). Esperienze di stati alterati di coscienza possono verificarsi in tutti gli esseri umani quando provano emozioni molto intense e non necessariamente traumatiche, infatti, Marlene Steinberg definisce la dissociazione

in termini molto generali come “*una difesa adattiva in risposta ad un elevato livello di stress o a un trauma, caratterizzata da perdita di memoria e sensazione di distacco da se stessi o dal proprio ambiente*” (Steinberg e Schnall, 2001, p. 3). Inoltre, la stessa autrice individua cinque differenti modalità di espressione di questo meccanismo psicologico che possono presentarsi a diversi livelli di gravità e combinarsi in modo tale da poter distinguere le differenti diagnosi di disturbo dissociativo (Steinberg e Schnall, 2001):

- **Amnesia:** è il sintomo più grave. L’incapacità di ricordare eventi della propria vita, l’aver dei cosiddetti “buchi” di memoria rispetto al passato, se presente in maniera preponderante rispetto agli altri quattro sintomi (escludendo deficit di tipo neurologico), può favorire l’emissione di diagnosi di *Amnesia Dissociativa*, *Fuga Dissociativa* o *Disturbo Dissociativo dell’Identità* (American Psychiatric Association, 2000).
- **Depersonalizzazione:** potrebbe essere la conseguenza di una scissione, non comunemente intesa come meccanismo di difesa, ma come un tipo di esperienza secondo la quale gli individui potrebbero sentirsi distaccati dalle proprie emozioni e dal proprio corpo. In alcuni casi più gravi, potrebbero verificarsi veri e propri fenomeni di autoscopia, ovvero, esperienze fuori dal corpo o esperienze di pre-morte susseguenti a gravi incidenti, interventi chirurgici o catastrofi naturali.
- **Derealizzazione:** riguarda principalmente la sensazione di distacco dal proprio ambiente. Persone che incorrono in esperienze di derealizzazione potrebbero avere la sensazione di trovarsi in un ambiente poco familiare pur trovandosi in casa propria oppure non essere capaci di riconoscere volti di persone a loro familiari.
- **Confusione dell’identità:** la persona vive un conflitto con il proprio Sé: la Steinberg definisce questa sensazione come una “*continua lotta per definire se stessi*” (Steinberg e Schnall, 2001, p. 36). Individui confusi rispetto alla propria identità non riescono a definirsi su molteplici aspetti del proprio Sé tra cui molti temi esistenziali come il lavoro, le relazioni o l’identità sessuale.
- **Alterazione dell’identità:** alla pari dell’amnesia, più che un’esperienza può essere definita come un vero e proprio sintomo. Si manifesta con la sensazione di avere “qualcuno al proprio interno” in grado di assumere il

controllo del proprio Sé. Le identità dissociate potrebbero funzionare come personalità *alter* dotate di una propria autonomia, di propri pensieri, e manifestarsi con una propria voce, un proprio nome, un proprio ruolo sociale, una forza fisica superiore. Nei casi più gravi, le alterazioni dell'identità potrebbero essere accompagnate da amnesia in quanto la persona non sarebbe in grado di ricordare lo *switching* e potrebbe arrivare addirittura a negare che il fenomeno si sia verificato.

Secondo questo modello, la dissociazione potrebbe essere descritta facendo riferimento principalmente ad un set di esperienze che, poste in un continuum di gravità, arriverebbero a descrivere diverse condizioni sintomatologiche nosograficamente inquadrabili, tuttavia, sebbene le varie scuole siano in qualche modo d'accordo sull'origine traumatica dei vari disturbi dissociativi, rimangono ancora numerosi dubbi su come effettivamente classificare la popolazione che ne è affetta. Putnam (2001), ripercorrendo la storia dei vari orientamenti di ricerca, sostiene che il modello del continuum sia stato sempre prevalente rispetto al modello tassonomico, per cui l'ipotesi relativa all'esistenza di una tipologia separata di "dissociati" è sempre passata in secondo piano rispetto al modello dominante. Il riemergere delle opere di Janet ha favorito la rivalutazione del secondo modello che postula l'esistenza di una tipologia di "*dissociatori patologici*" (Putnam, 2001, p. 83) i quali farebbero esperienza di stati dissociativi sostanzialmente differenti rispetto al resto della popolazione.

Una visione sostanzialmente simile a quella di Janet è stata proposta in tempi abbastanza recenti da alcuni autori europei (Brown R. J., 2006; Holmes E. A. et al., 2005): secondo questo gruppo di studiosi, la dissociazione si esprimerebbe in base a due categorie principali di fenomeni: *detachment* (distacco) e *compartmentalization* (compartimentazione). I fenomeni di distacco sono ascrivibili alle alterazioni dello stato di coscienza (depersonalizzazione e derealizzazione) quali risposte immediate ad eventi traumatici dirompenti (Lanius et al., 2010), mentre la compartimentazione, riguardante i disturbi relativi alla memoria e all'identità, rappresenta l'esito di storie evolutive traumatiche che hanno influito sullo sviluppo psicopatologico della personalità (Liotti e Farina, 2011).

Anche la psicoanalisi contemporanea non è rimasta indifferente al tema della dissociazione. Scrive Albasi (2004): *“le molte definizioni del fenomeno della dissociazione, [...], si riferiscono alla perdita della capacità del soggetto di integrare e associare informazioni e significati delle esperienze vissute in modo mediamente prevedibile”* (p. 1). L'autore concettualizza il meccanismo dissociativo come un irrigidimento nella capacità di organizzazione dei molteplici significati che compongono la nostra soggettività. Per la psicoanalisi, le esperienze dissociative devono servire a mantenere l'illusione di unità della coscienza, a rendere la persona capace di affrontare le proprie angosce in maniera adattiva (Bromberg, 2001; Davies, 1996a, 1996b). Bromberg (2001) sostiene che alla base di tutti i disturbi di personalità sia inevitabilmente presente una struttura dissociativa, ma non solo, la sua esperienza clinica lo porta a concludere che la dissociazione sia proprio il “motore” dello sviluppo psichico di ogni individuo. Tutto ciò sembra alquanto paradossale ma, allo stesso tempo, ci aiuta a riflettere su quanto l'autore ci vuole trasmettere, ovvero, che uno sviluppo psichico sano si basa sulla capacità di essere *“uno in molti”* (Bromberg, 2001, p. 116). Per quanto riguarda la sofferenza mentale, l'autore specifica che essa emerge nel momento in cui l'illusione di unità del Sè non può essere più mantenuta, di conseguenza, alcuni contenuti dell'esperienza non saranno più simbolizzabili e assumeranno carattere di concretezza e di non pensabilità (Bromberg, 2001). È curiosa la riflessione che opera lo stesso Bromberg (2001) quando propone di considerare i disturbi dissociativi come l'esito sintomatologico di una struttura caratteriale dissociata: qualunque sia lo stile di personalità di ogni individuo, le patologie presenti nel DSM-IV vanno considerate come *“pietre di paragone”* per la comprensione di tutti gli altri disturbi di personalità: *“un disturbo dissociativo viene riconosciuto sul piano clinico dalla manifestazione diretta di discontinuità tra stati di consapevolezza che altri disturbi di personalità sono intenti a mascherare e ad esprimere solo indirettamente e ‘caratterologicamente’”* (p. 133). Sebbene Bromberg abbia considerato la dissociazione come concetto cardine della sua pratica terapeutica e di ricerca, egli deve a Sullivan la sistematizzazione teorica di tale concetto. Per Sullivan (1953) la dissociazione è un'operazione di sicurezza, una forma di sospensione della coscienza che può essere minima nei casi di disattenzione selettiva verso dettagli insignificanti della propria vita, oppure tale da generare un disturbo psicopatologico escludendo dalla

coscienza un gran numero di sistemi motivazionali potenti e duraturi. Un'ultima considerazione psicodinamica va fatta in merito alla relazione che intercorre tra dissociazione e altri meccanismi di difesa. Analizzando le somiglianze con la rimozione, Kluft (1991) differenzia le due difese indicando la dissociazione come una forma di scissione verticale in grado di creare una serie di coscienze parallele, mentre la rimozione va intesa come scissione orizzontale in quanto barriera che tende ad erigersi contro il materiale contenuto nell'inconscio dinamico. Inoltre, la rimozione tende più ad essere considerata una difesa contro desideri conflittuali (edipici in particolare), mentre la dissociazione resta un meccanismo messo in moto dalla coscienza per far fronte ad eventi traumatici particolarmente intensi (Spiegel, 1990). Un'ultima differenza importante riguarda anche le somiglianze e le differenze tra dissociazione e scissione psicotica: nel primo caso, gli stati dell'Io non si presentano contrapposti ma, in qualche modo, tendono a sovrapporsi, inoltre, la scissione riguarda anche la divisione degli oggetti in totalmente buoni e totalmente cattivi (Davies e Frawley, 1992; Young, 1988). Tuttavia, le due difese presentano anche diverse somiglianze: entrambe hanno la funzione di allontanare contenuti affettivi spiacevoli, portano alla disgregazione dell'Io e si caratterizzano per un'attiva compartimentazione dei contenuti mentali (Gabbard, 2005).

Abbiamo chiarito come le diverse scuole definiscono i processi dissociativi: alcuni ricercatori tendono a considerarli semplicemente dei sintomi di malattie inquadrate nosograficamente, altri come meccanismi difesa e altri ancora come una particolare struttura sulla quale si è costruita la personalità di un individuo con storie evolutive psicopatologiche, tuttavia, tutti gli studiosi finora considerati sembrano essere d'accordo sul fatto che la dissociazione patologica sia un processo risultante da una fondamentale incapacità di elaborazione di contenuti mentali intollerabili. Seguendo le parole di Albasi (2004) potremmo dire che *“la dissociazione diviene patologica quando il contesto interpersonale nel quale l'individuo si sviluppa non riconosce e non convalida le esperienze fondanti la sua soggettività, impedendone l'articolazione e lo sviluppo”* (p. 13).

2.4.3. Disturbi dissociativi e altre patologie post-traumatiche.

Nella prima parte di questo capitolo, dedicata alla storia della dissociazione, abbiamo accennato a quelle che sono state le osservazioni cliniche di Janet sulla

disaggregazione psicologica quale tratto complementare dell'isteria. L'autore osservò che la presenza di divisione della personalità e l'oblio al momento del ritorno allo stato di coscienza ordinario erano caratteristici della malattia. Questi ultimi due criteri permettono di inferire la definizione che riporta il DSM-IV-TR relativa ai disturbi dissociativi presenti in Asse I dello stesso manuale. La definizione recita: *“La caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi è la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione. Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche”* (American Psychiatric Association, 2000). Il DSM-IV distingue cinque disturbi dissociativi che si distinguono, a loro volta, in base ai rispettivi criteri diagnostici:

- **Amnesia Dissociativa:** è definibile come l'incapacità di ricordare importanti notizie personali. Generalmente è legata a situazioni traumatiche, è reversibile e può riguardare numerosi ambiti della vita dei pazienti (famiglia, ricorrenze particolari, ecc.).
- **Fuga dissociativa:** si manifesta con un improvviso allontanamento da casa o dal proprio abituale posto di lavoro. Si accompagna ad amnesia per il proprio passato e a confusione e alterazione relative alla propria identità. Le fughe possono essere brevi o lunghe e la persona potrebbe sembrare non affetta da alcuna forma di psicopatologia.
- **Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID):** è il disturbo più grave. Si caratterizza per la presenza, nello stesso individuo, di due o più personalità/identità distinte che assumono in modo ricorrente il controllo del comportamento. Gli episodi di *switching* sono generalmente accompagnati da amnesia. L'individuo affetto da DID potrebbe presentarsi con una personalità primaria che nega l'esistenza degli *alter* i quali, a loro volta, potrebbero utilizzare lo stesso meccanismo di negazione. Gli *alter* potrebbero anche manifestarsi attraverso allucinazioni visive e uditive.
- **Disturbo di Depersonalizzazione:** si caratterizza per la presenza di sentimenti di distacco ed estraneità da se stessi. Il soggetto potrebbe avere la sensazione di essere in un sogno o in un film. L'esame di realtà rimane intatto.

- **Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato (DDNOS):** il quadro clinico è simile al DID ma non ne soddisfa pienamente i criteri in quanto non sono presenti personalità distinte, l'amnesia non riguarda eventi personali, è presente derealizzazione ma non depersonalizzazione, e potrebbe essere conseguenza di periodi in cui la persona è stata sottoposta a persuasione coercitiva prolungata e intensa (lavaggio del cervello, ricondizionamento del pensiero, indottrinamento in corso di prigionia).

Sebbene queste cinque patologie chiamino direttamente in causa la dissociazione come sintomo principale, esse non sono le uniche a manifestarsi attraverso episodi dissociativi. Poiché, come è stato detto precedentemente, resta un dato di fatto che la dissociazione, nella sua variante disadattiva, sia una funzione mentale messa in atto al fine di fronteggiare l'impatto traumatico di un evento, questa rientra anche nei criteri diagnostici di altre sindromi psicopatologiche di Asse I ovvero il **Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)** e il **Disturbo Acuto da Stress (ASD)**. Il PTSD presenta come caratteristica diagnostica principale *“l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica”* (American Psychiatric Association, 2000). Altri criteri diagnostici sono inquadrabili nelle condotte di evitamento di stimoli associati all'evento traumatico e nella sensazione di riviverlo continuamente (flashback), ma sono anche presenti aumento dell'arousal, amnesie dissociative, anestesie emozionali e sintomi di ansia persistente che erano assenti nel periodo precedente l'occorrenza dell'evento. Per poter emettere diagnosi di PTSD è necessario che i sintomi persistano per più di un mese, mentre se questi dovessero manifestarsi entro un mese dall'esposizione all'evento traumatico si può parlare di ASD.

Altre categorie diagnostiche nelle quali è presente un uso persistente della dissociazione, sia nella variante psicoforme che somatoforme (Nijenhuis, 2004; Putnam, 2001), sono inquadrare nosograficamente nel DSM-IV come Disturbo Somatoforme e Disturbo di Conversione, ovvero, quelle patologie che un tempo erano accomunate sotto il termine generico di *isteria* (Berti, 2009).

Il modello medico-psichiatrico che abbiamo esposto in questo paragrafo risente di forti limitazioni legate al punto di vista puramente descrittivo, comportamentale e sintomatologico. È questione abbastanza nota che il DSM-IV presenti diagnosi categoriali prototipiche che poco si adattano alla stragrande maggioranza della popolazione per cui l'assenza di alcuni criteri diagnostici potrebbe portare a sottostimare la patologia o, al contrario, la presenza di più criteri potrebbe portare ad elevate comorbilità diagnostiche le quali farebbero pensare che un paziente sia più patologico di quello che sembrerebbe (Westen et al., 2003). Questi limiti dovrebbero portarci ad indagare, più che altro, su cosa ci sia effettivamente alla base di queste psicopatologie: tutti i disturbi che implicano un massiccio uso della dissociazione potrebbero avere una base traumatica, ed è proprio sul ruolo del trauma nella psicopatologia dissociativa che ci soffermeremo nei prossimi paragrafi.

2.5. Dissociazione e trauma.

Secondo Winnik (1969), il termine *trauma* potrebbe essere considerato come sinonimo di “ferita” o “danno”. In letteratura, si tende spesso a considerare il termine *evento traumatico* come ulteriore sinonimo di trauma, tuttavia, non tutti gli eventi stressanti possono essere considerati traumatici in quanto l'effetto traumatogeno può variare da individuo a individuo (Kardiner e Spiegel, 1947; van der Hart et al., 2006). Un evento, per poter essere definito traumatico, dovrebbe possedere alcune potenziali caratteristiche che, a loro volta, distinguerebbero eventi traumatici molto differenti tra loro. Parleremo quindi di:

- **Esperienze negative improvvise e incontrollabili** (Carlson, 1997; Carlson e Dalenberg, 2000): catastrofi naturali, guerre, attentati alla propria persona e alla popolazione.
- **Esperienze negative che non comportano pericolo di vita ma che rientrano nell'ambito delle relazioni d'attaccamento**: perdita di persone care, maltrattamenti e abusi (van der Hart et al., 2006; Waelde et al., 2001).

La relazione intercorrente tra trauma e dissociazione è stata documentata da numerose evidenze empiriche che hanno portato alle seguenti conclusioni (Putnam, 2001):

- Pazienti con diagnosi di disturbo dissociativo riferiscono livelli più alti di traumatizzazione.
- Più grave è il livello di traumatizzazione, maggiore è il punteggio ottenuto dai sopravvissuti alle scale di misura della dissociazione.
- Nei campioni clinici e non clinici composti da soggetti traumatizzati, i livelli di dissociazione misurati risultano essere maggiori rispetto ai gruppi di controllo.
- La dissociazione peritraumatica risulta essere un fattore predittivo del PTSD.

Ulteriori prove a sostegno di questa relazione sono state riscontrate in numerosi altri lavori (Bliss, 1986; Putnam, 1989; Spiegel et al., 1988) che ci portano a confermare l'assunto teorico secondo il quale trauma e dissociazione sono due costrutti interagenti: un trauma psicologico è definibile come tale poiché provoca dissociazione della coscienza (Liotti, 2005). Tuttavia, questa relazione non è lineare: studi di caso singolo hanno messo in evidenza che un'esperienza traumatica non sempre è legata allo sviluppo di sintomatologia dissociativa, mentre quest'ultima potrebbe anche manifestarsi in persone con storie di vita non particolarmente traumatiche (Liotti, 2005; Yehuda e Mc Farlane, 1995).

Alla luce di queste considerazioni è possibile stabilire che un disturbo post-traumatico potrebbe essere riconosciuto non tanto per la presenza o meno di sintomi dissociativi patologici, ma per un deficit nella capacità di integrare e attribuire significato a determinate esperienze emotive soverchianti, infatti, nel momento in cui nella vita di un individuo dovesse sopraggiungere un evento potenzialmente traumatico, la prima reazione sarebbe quella di distacco; se la minaccia di ritraumatizzazione dovesse continuare a persistere, il distacco verrebbe impiegato come strategia difensiva immediata e pervasiva che potrebbe rendere impossibile per il sopravvissuto integrare l'esperienza nel sistema sovraordinato di memorie autobiografiche (Farina e Liotti, 2011; Liotti e Farina, 2011; van der Hart et al., 2006). Le memorie traumatiche rimarrebbero non mentalizzate e, nello stesso tempo, scomposte nelle loro differenti componenti somatiche, sensoriali, cognitive ed emotive dando luogo a fenomeni di amnesie dissociative transitorie (Farina e Liotti, 2011). Secondo questa prospettiva, la dissociazione sarebbe assimilabile ad una sorta di stato di *trance autoindotta* che assolverebbe alla specifica funzione di minimizzare il dolore derivante

dall'impatto con l'evento traumatico e recuperare, attraverso l'amnesia dissociativa, il controllo del proprio comportamento qualora l'individuo riuscisse a fuggire il pericolo per la propria sopravvivenza (Bliss, 1986; Liotti, 1993). Il ruolo difensivo dell'amnesia dissociativa è stato dimostrato in numerosi studi su sopravvissuti ad eventi particolarmente perturbativi come guerre ed eccidi di massa (Bremner et al., 1995) nonché su individui sottoposti a stati di prigionia prolungata come nel caso delle guerre in Vietnam e in Corea: i reduci presentavano deficit significativi nelle performance di memoria verbale, visiva e a breve termine (Bremner et al., 1993; Zetlin e Mc Nally, 1991). Inoltre, van der Kolk e Fisler (1995) hanno ulteriormente precisato che in pazienti con diagnosi di PTSD, la memoria verbale degli eventi traumatici risulterebbe fortemente deficitaria per cui i ricordi relativi a traumi reali subiti dagli stessi si esprimerebbero attraverso canali non verbali di tipo cinestesico, visivo, olfattivo, ecc.. In ogni caso, il dibattito scientifico riguardante l'esistenza di *amnesie traumatiche* (Putnam, 2001) è ancora in corso poiché gli studi risultano essere contraddittori e rimangono ancora da sciogliere dei nodi fondamentali che riguardano soprattutto le elevate suggestioni presenti all'interno dei setting psicoterapeutici (Putnam, 1991). È un dato accertato che la memoria sia un processo cognitivo soggetto a falsificazioni, specie se alterata da informazioni post-evento quali domande suggestive, fuorvianti e altre manipolazioni (Ceci et al., 1991; Loftus, 1979): se il soggetto risulta essere un minore o una persona in particolari condizioni di vulnerabilità psicologica è molto più probabile che accadano fenomeni di incorporazione di pseudoricordi autobiografici, inoltre, se la persona dovesse accusare sintomi di dissociazione patologica, con conseguente depersonalizzazione dei ricordi relativi alla propria storia di vita, la performance di rievocazione risulterebbe seriamente compromessa nella qualità di presentazione del ricordo il quale potrebbe assumere caratteristiche oniriche o essere narrato con un distacco tale da fornire al soggetto narrante la sensazione che l'episodio non lo riguardi in maniera diretta (Putnam, 2001).

In un'altra prospettiva teorica, la relazione tra trauma e dissociazione si intreccia con gli studi sull'attaccamento (Liotti, 1993, 1999, 2005). Come sostenuto da Caretti et al. (2005a), “[...] *le esperienze traumatiche assumono risvolti psicologici più o meno gravi in rapporto allo stile di attaccamento che ha caratterizzato le relazioni primarie tra caregiver e bambino*” (p. 172), infatti, lo

strutturarsi di un MOI dell'attaccamento di tipo sicuro potrebbe favorire una migliore elaborazione di esperienze dolorose rispetto ad un MOI di tipo insicuro (Liotti, 2004). In particolare, il MOI disorganizzato sarebbe, come abbiamo accennato precedentemente, direttamente coinvolto nella predisposizione allo sviluppo di patologie dissociative: evidenze empiriche hanno confermato che, nella *Strange Situation*, il pattern di attaccamento di tipo D soddisfa i criteri comportamentali della dissociazione, infatti, vengono osservati bambini con lo sguardo fisso nel vuoto, disorientati e impegnati in azioni contraddittorie durante la fase di interazione con la figura d'attaccamento (Main e Hesse, 1992). Anche numerosi resoconti narrativi di *Adult Attachment Interview* hanno documentato la presenza, durante la somministrazione del protocollo, di frequenti stati di assorbimento in silenzi ingiustificati o intrusioni automatiche di immagini mentali vivide a tal punto da interferire con la qualità della narrazione (Main e Morgan, 1996). La storia evolutiva di individui con MOI di tipo disorganizzato non è da considerarsi esclusivamente come il prodotto di una serie di esperienze traumatiche caratterizzate da abusi fisici, psicologici e sessuali: in una definizione più ampia di trauma potremmo far rientrare esperienze di interazioni diadiche disturbate in cui è presente un caregiver che instaura con il suo bambino uno stile relazionale non coerente, infatti, la figura che dovrebbe essere la fonte di cure si ritroverebbe ad essere l'oggetto di cure del suo bambino ma, allo stesso tempo, potrebbe cambiare improvvisamente lo stile di interazione strutturandolo sull'emozione della rabbia; il bambino, in questa situazione interattiva contraddittoria, potrebbe sentirsi disorientato e formare una serie di rappresentazioni multiple del Sé e della figura d'attaccamento che si escludono a vicenda, per cui avremo MOI multipli e disintegrati che forniranno una percezione di se stesso come salvatore/vittima/persecutore e del caregiver come spaventato/spaventante (Liotti, 1993). Quando parliamo di caregiver spaventato/spaventante non ci riferiamo solo a figure d'attaccamento maltrattanti o depresse: in uno studio di Liotti et al. (1991) è stato messo in evidenza che in pazienti che ricevono diagnosi di disturbo dissociativo è presente, nel 62% dei casi, un lutto importante non elaborato nel genitore il quale tende a situarsi temporalmente a cavallo della nascita degli stessi pazienti. In questi casi, le modalità di cura affettiva risultano essere seriamente compromesse in quanto è possibile che nel momento in cui il sistema di accudimento è attivato nel

caregiver, potrebbe improvvisamente attivarsi nello stesso anche il sistema di attaccamento o altri sistemi motivazionali interpersonali in modo tale da mettere il bambino in una condizione di *paura senza sbocco* che porterebbe all'attivazione di strategie di difesa controllanti punitive, accidenti o sessualizzate (Liotti e Farina, 2011; Liotti e Monticelli, 2013). Nel corso dello sviluppo, l'individuo avrà imparato ad esercitare il controllo sulle relazioni significative secondo queste modalità mostrando, ad esempio, eccessiva cura per il partner o atteggiamenti di rabbia eccessiva nonché una spiccata seduttività, tuttavia, queste strategie potrebbero collassare nel momento in cui il sistema di attaccamento viene eccessivamente attivato facendo riemergere il MOI disorganizzato, attivando le memorie traumatiche e di conseguenza la dissociazione della memoria e della coscienza (Liotti e Farina, 2011; Liotti e Monticelli, 2013). Già Ferenczi (1933), in un contesto clinico completamente diverso, aveva ipotizzato questi esiti psicopatologici: oltre al già conosciuto meccanismo di identificazione con l'aggressore, l'autore aveva osservato come in alcuni pazienti con storie di abuso sessuale erano emerse in età precoce alcune funzioni latenti come l'attitudine al matrimonio e alla genitorialità; lo stesso osservò anche che traumi ripetuti nel corso del tempo tendevano ad aumentare la varietà delle dissociazioni e delle conseguenti amnesie tra le varie parti di identità dissociate.

Gli effetti perturbativi di un evento traumatico, specie se ripetuto nel corso dello sviluppo, non rimangono solo di carattere psicologico. La letteratura neuroscientifica ha messo in evidenza che l'esposizione prolungata a situazioni traumatiche potrebbe provocare sostanziali alterazioni neurologiche e biochimiche (Giannantonio, 2005). In particolare, in studi sul PTSD è stata rilevata una significativa atrofia ippocampale in campioni di sopravvissuti ad abusi sessuali e fisici rispetto ai gruppi di controllo (Bremner, 2002; Bremner et al., 1997). Altre ricerche (Gurvits et al., 1996) hanno messo in evidenza ulteriori riduzioni del volume dell'ippocampo in reduci di guerra, e che queste risultavano in stretta correlazione con i sintomi dissociativi del PTSD (Bremner, 2002). Di rilevante interesse risultano essere anche gli studi sulla performance di memoria post-evento: una ricerca di Schacter et al. (1999) ha messo in luce che un singolo trauma provocherebbe un incremento nella memorizzazione associato ad un ulteriore incremento nel rilascio di noradrenalina, diversamente, se le esperienze traumatiche tendono a ripeterarsi, l'aumento della noradrenalina sarebbe

sproporzionato, in più verrebbero rilasciati elevate quantità di cortisolo e di oppioidi endogeni che porterebbero al depotenziamento mnestico. Questi risultati sono stati confermati anche in altri studi che hanno dimostrato la presenza di deficit neuromonali in soggetti con storia verificata di traumi verso i quali i ricordi risultano assenti, distorti o incompleti (Yehuda, 1999; Yehuda et al., 1995).

In conclusione di questa lunga rassegna siamo giunti alla comprensione che, almeno dal punto di vista teorico, trauma e dissociazione risultano essere strettamente in relazione. A dimostrazione di ciò potremmo definire il trauma come una “*minaccia soverchiante all’integrità del Sé*” (Coates e Moore, 1997, p. 287) e la dissociazione come “*la soluzione più adattiva per preservare l’unità del Sé*” (Bromberg, 2001, p. 15), tuttavia, gli strumenti a disposizione della comunità scientifica non consentono ancora di confermare a livello empirico l’esistenza di una relazione di causalità diretta tra questi due costrutti.

2.6. La dissociazione strutturale della personalità.

La riscoperta del “fantasma” di Pierre Janet ha portato alcuni ricercatori europei a rivalorizzare i suoi apporti teorici relativi alla disaggregazione psicologica. Questi autori sembrano aver abbandonato la teoria del continuum degli stati dissociativi in favore del modello tassonomico (entrambi descritti precedentemente) secondo il quale esisterebbe una tipologia particolare di “dissociatori” che si differenzia in maniera sostanziale dal resto della popolazione. La *teoria della dissociazione strutturale della personalità* (van der Hart et al., 2006) considera la dissociazione non tanto a livello sintomatologico quanto come una precisa modalità di organizzazione della vita mentale in cui stimoli ed emozioni legati al trauma verrebbero evitati in modo tale da permettere al sopravvissuto di non entrare in contatto con il dolore psichico e di continuare a condurre una vita normale, tuttavia, questa situazione di apparente normalità potrebbe collassare in periodi particolari di stress o quando si entra in contatto con stimoli in grado di riattivare la traccia mnestica inconscia legata alla situazione traumatica originaria. I concetti che vengono utilizzati dagli autori fanno, spesso, riferimento alla *psicologia della condotta* di Janet (1938) quale base per la comprensione del modello teorico e di trattamento delle sindromi post-traumatiche.

2.6.1. Concetti chiave della teoria.

Il primo concetto è quello di *livello mentale* (Janet, 1926) che indica “*l’abilità a focalizzare e utilizzare in modo efficiente qualsiasi energia mentale a disposizione in un dato momento*” (van der Hart et al., 2006, p. 18). All’interno di questo concetto sono compresi altri due costrutti fondamentali:

- **Energia mentale:** riguarda la capacità di pianificare, iniziare e completare le azioni.
- **Efficienza mentale:** indica la capacità di utilizzare alti livelli di tendenze all’azione al fine di raggiungere un elevato livello mentale in modo da poter integrare le esperienze e, se questa è elevata, implica la capacità di sentire le emozioni e l’uso della creatività al fine di fronteggiarle evitando atti impulsivi e autodistruttivi.

Se energia ed efficienza mentali sono in equilibrio è probabile che l’individuo possieda un buon funzionamento mentale che gli permetterebbe di affrontare con successo l’esposizione a situazioni di stress estremo, mentre, un basso livello di queste non favorirebbe l’elaborazione di quanto accaduto: questa incapacità di integrazione è alla base della dissociazione strutturale (Nijenhuis et al., 2002).

È opportuno chiarire che quando si parla di dissociazione strutturale non intendiamo ciò che ancora oggi rientra nell’immaginario comune di numerosi professionisti della salute mentale, ovvero, la vecchia concezione del disturbo di personalità multipla, in quanto risulta concettualmente più corretto che i cosiddetti *alter* vengano considerati come frammenti di una personalità unica, o meglio, identità dissociate (Liotti, 1993). Van der Hart et al. (2006) tendono, infatti, a precisare che “*le parti dissociative sono spicchi di un’unica personalità*”, “*sistemi psicobiologici diversi, più o meno compartimentalizzati, che non sono sufficientemente coesi o coordinati con la personalità dell’individuo*” (p. 36). Gli autori hanno chiamato queste parti dissociative:

- **Parte apparentemente normale della personalità (ANP):** definibile come la parte che evita le memorie traumatiche guidata dai sistemi d’azione necessari per proseguire nella quotidianità e comprendente i sistemi di esplorazione, accudimento, attaccamento, ecc..

- **Parte emozionale della personalità (EP):** comprendente tutti i sistemi difensivi legati alla traumatizzazione che includono, a loro volta, i rispettivi sottosistemi di ipervigilanza, attacco, fuga, ecc..

In presenza di dissociazione strutturale, queste parti tendono ad escludersi reciprocamente e a caratterizzarsi per la loro rispettiva chiusura e rigidità. Il funzionamento di ANP ed EP sembra essere ben spiegato da Barton (1994), Putnam (1988) e Wolff (1987): secondo questi autori, il trauma interrompe la normale *“illusione di integrazione”* (Bromberg, 2001, p. 126) dissociando la coscienza in una parte meccanica che consente di preservare la salute mentale e altre funzioni dell’Io importanti dal punto di vista sociale, e in altre componenti che contengono stati del Sé relativi ad esperienze incompatibili i quali tentano periodicamente di intrudersi nel *qui-ed-ora* del Sé primario; volendo utilizzare un termine caro a Fairbairn (1944) potremmo definire EP come una sorta di *“sabotatore interno”* che tenta di invadere ANP attraverso allucinazioni uditive, flashback o somatizzazioni di vario tipo (Nijenhuis, 2004; van der Hart et al., 2006). È opportuno riportare anche ciò che dice Bromberg (2001) a proposito di EP (pur non utilizzandone il termine) che definisce come *“una visione alternativa della realtà che viene negata al sé che sta intrattenendo rapporti con il mondo, rendendolo così limitato sul piano relazionale e compromesso nella possibilità di sentirsi autentico”* (p. 128).

La dissociazione strutturale della personalità può essere di tipo semplice o complesso in base al livello di gravità relativo alla traumatizzazione subita. Van der Hart et al. (2006) hanno individuato tre prototipi di dissociazione strutturale:

- **Dissociazione strutturale primaria:** rappresenta la forma dissociativa più semplice in cui è possibile inferire la presenza di una singola ANP e una singola EP. È solitamente conseguenza di un singolo trauma ma potrebbe anche strutturarsi in sopravvissuti ad abusi sessuali con la comparsa del fenomeno del *“bambino interiore”*. A livello nosografico è componente dei PTSD semplici e nei disturbi di somatizzazione.
- **Dissociazione strutturale secondaria:** è conseguenza di esposizione prolungata e ripetuta ad eventi traumatici. Si struttura con una singola ANP e un minimo di due EP autonome e mutuamente escludentesi: ogni EP

potrebbe, quindi, avere un nome, un genere sessuale o un pattern di attaccamento specifico e contenere diversi aspetti di un'unica o molteplici esperienze traumatiche. Questa forma di dissociazione è associabile a quegli individui che hanno strutturato pattern di attaccamento disorganizzato ed è tipica delle personalità borderline o dei disturbi dissociativi semplici (amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo di depersonalizzazione).

- **Dissociazione strutturale terziaria:** è la forma dissociativa più grave in quanto include più ANP e altrettante EP. L'ulteriore suddivisione di ANP ha luogo quando il funzionamento individuale è talmente basso da far risultare sovrachianta anche la stessa vita quotidiana: ogni ANP potrebbe assumere la gestione di un particolare sistema d'azione (attaccamento, esplorazione, sessualità, ecc.). Questa forma di dissociazione strutturale è spesso riscontrabile nel DID.

La teoria della dissociazione strutturale consente di pervenire ad una migliore comprensione della personalità e dei vissuti dell'individuo sopravvissuto, rappresenta, inoltre, un modello di intervento terapeutico specifico per la cura delle memorie traumatiche e va ad integrarsi perfettamente con altri modelli terapeutici afferenti a molteplici orientamenti teorici (compreso il nostro modello evolutivo-relazionale). Negli ultimi tempi abbiamo assistito ad un miglioramento della sua efficacia integrandosi con il modello di psicoterapia sensomotoria elaborato da Pat Ogden et al. (2006), focalizzato sul corpo e, di conseguenza, sulle sensazioni fisiche, le inibizioni motorie e le intrusioni somato-sensoriali tipiche dei traumi irrisolti e delle memorie traumatiche.

2.7. Dissociazione e culti a deriva settaria.

Abbiamo visto che la dissociazione rappresenta un concetto molto complesso che va esaminato tenendo conto dei differenti angoli di osservazione corrispondenti ai diversi modelli teorici di riferimento. Lo stesso discorso è valido quando cerchiamo di comprendere l'uso di questo meccanismo all'interno dei culti a deriva settaria. È stata nostra precisa intenzione fare un lungo excursus sulla dissociazione e i suoi vari modi attraverso i quali viene espressa proprio per arrivare ad esaminarne somiglianze e differenze nell'ambito applicativo dei contesti settari. Quando parliamo di dissociazione nei culti, seguendo Singer e Lalich (1995), ci riferiamo in maniera specifica a:

- Un insieme di tecniche di alterazione dello stato di coscienza utilizzate a scopi persuasivi per poter favorire l'affiliazione dei neofiti e prolungare la permanenza degli adepti nel gruppo.
- L'esito disadattivo di traiettorie di sviluppo individuali che riguardano i minori che nascono e/o crescono all'interno di realtà settarie abusanti.
- I postumi di un'affiliazione più o meno lunga ad un culto che usa strategie di mantenimento degli adepti basate sulla punizione e sulla coercizione fisica e/o psicologica.

e, aggiungiamo

- Un modo per alcuni individui di rendere prevedibile un ambiente relazionale (il mondo "reale") che non mostra caratteristiche di prevedibilità, ovvero, lo stesso modo di fare che si riscontra nelle dipendenze patologiche le quali sono in grado di fornire esperienze temporanee di sensazioni di immediata gratificazione (Caretto et al., 2005a).

2.7.1. Tecniche di alterazione dello stato di coscienza.

All'inizio di questo capitolo, abbiamo parlato dell'estasi e delle esperienze mistiche e di come queste si esprimano attraverso fenomeni dissociativi; abbiamo anche specificato che questi tipi di fenomeni non sono da considerarsi patologici poiché veicolano significati culturali di estrema importanza per colui il quale li sperimenta e per la comunità che ne condivide le stesse credenze di base. Nei culti a deriva settaria questi fenomeni vengono provocati di proposito al fine di far credere agli adepti che la dottrina loro insegnata sia genuina e che il leader possieda dei poteri soprannaturali. Singer e Lalich (1995) elencano una serie di tecniche quali l'iperventilazione, i movimenti ripetitivi che accompagnano canti, preghiere e mantra, e particolari manipolazioni corporee (pressione sui bulbi oculari o sulle orecchie) che sono in grado di provocare stati di trance di per sé innoqui, tuttavia, ciò che ne aumenta l'impatto persuasivo è la *ridefinizione dell'esperienza*, consistente nel far credere che un fenomeno di autoscopia, ad esempio, sia dovuto effettivamente all'uscita dell'anima dal corpo piuttosto che ad uno stato di depersonalizzazione. Anche la meditazione, se non praticata con cautela, potrebbe avere effetti deleteri a lungo termine quali obnubilamento del sensorio, amnesie dissociative, esplosioni di aggressività e appiattimento affettivo.

Le autrici descrivono anche una serie di tecniche prettamente psicologiche che favoriscono la sospensione del giudizio critico a fronte di massicci processi di manipolazione mentale, ovvero, l'induzione di ipnosi e l'immaginazione guidata che hanno anch'esse come effetto l'alterazione dello stato di coscienza.

2.7.2. I minori nei culti a deriva settaria.

In tutti i culti è possibile rintracciare la presenza di minori. I minori entrano a far parte di una setta appena nati o nel momento in cui i genitori decidono di aderirvi anche alcuni anni dopo averli messi al mondo (Boschetti, 2007). I bambini vengono, solitamente, sottoposti ad un rigido controllo comportamentale e non è raro che siano protagonisti di svariate forme di maltrattamento fisico e psicologico quali percosse, segregazioni ed esorcismi; altre sette, invece, la cui dottrina prevede la libertà sessuale, incoraggiano il sesso promiscuo tra adulti e bambini e i rapporti incestuosi; in altre realtà cultiste sembra che venga espressamente vietato l'accesso alle cure mediche e farmacologiche in quanto la dottrina potrebbe considerare la malattia esclusivamente dal punto di vista spirituale (Singer e Lalich, 1995). Sembra abbastanza ovvio che tale regime educativo possa sfociare in sindromi post-traumatiche complesse nonché provocare la dissociazione strutturale della personalità.

2.7.3. I postumi dell'esperienza settaria.

Singer e Lalich (1995) hanno individuato due categorie prototipiche di culti a deriva settaria sulla base degli effetti psicopatologici che seguono all'abbandono del gruppo da parte degli adepti:

- **Gruppi che usano tecniche dissociative:** i postumi si fanno presenti in ansia indotta da rilassamento, attacchi di panico, inefficienze cognitive, stati dissociativi, sensazioni bizzarre ricorrenti, preoccupazione sulla realtà delle vite precedenti. Rientrano in questa categoria principalmente gruppi ispirati alle filosofie orientali, al New Age e al channeling.
- **Gruppi che usano tecniche di risveglio emotivo:** i postumi comprendono senso di colpa, senso di vergogna, atteggiamento di autoaccusa, paure e paranoie, dubbi eccessivi, attacchi di panico. Questa categoria comprende le sette cristiane, esoteriche, politiche e psicoterapeutiche.

È chiaro che questa risulta essere una classificazione di tipo puramente concettuale poiché nella realtà risulta impossibile rintracciare delle tipologie pure di gruppi che rientrano nell'una o nell'altra categoria.

Il periodo successivo all'abbandono del culto non risulta essere un'esperienza piacevole per numerosi ex adepti. Questi descrivono il ritorno alla "realtà" come un'esperienza simile al PTSD in cui sono presenti sintomi di somatizzazione, frequenti attacchi di panico nonché flashback di memorie intrusive. Frequente è la messa in atto di meccanismi dissociativi: ex adepti di culti che praticavano rituali basati sulla dissociazione hanno appreso ad usarla ogniqualvolta possa sopraggiungere un potenziale stimolo stressogeno.

2.7.4. L'affiliazione settaria come esperienza di distacco mentale.

Un'idea molto diffusa tra numerosi studiosi di culti è che gli adepti tendono ad aderire a certe realtà perché sono stati sottoposti ad un potente processo di manipolazione mentale (Hassan, 1999; Singer e Lalich, 1995). Tuttavia, è nostra convinzione che considerare solo questo fattore sia sinonimo di cattiva e incompleta osservazione del fenomeno. Consideriamo un individuo con alle spalle una storia evolutiva di abusi e/o trascuratezza: da un punto di vista evolutivo (e anche psicodinamico) il maltrattamento porta a disregolazione emotiva, di conseguenza, quest'individuo non sarà in grado di regolare autonomamente il suo stato di attivazione e ricorrerà ad oggetti regolatori esterni in grado di fornire gratificazione immediata e prevedibile, e di permettere una forma di dissociazione da realtà troppo dolorose che si riaffacciano continuamente alla coscienza (Caretta et al., 2005a, 2008, 2010). La setta potrebbe rappresentare un oggetto di questo tipo: una specie di "droga" dalle caratteristiche onnipotenti e idealizzanti in cui un individuo portatore di storie traumatiche non risolte si rifugia al fine di dissociarsi da quella vita quotidiana in cui è necessario fare i conti con una realtà dove è fondamentale definirsi per intraprendere un percorso di vita non esente da problemi, primo fra tutti la presa di consapevolezza dell'esistenza dell'*Altro* e delle relazioni.

CAPITOLO 3

ALESSITIMIA: UNA MODALITÀ DISADATTIVA DI REGOLAZIONE EMOZIONALE

3.1. Premessa.

La regolazione delle emozioni è un processo continuamente presente nella nostra vita quotidiana: siamo sempre impegnati a modulare l'intensità dei nostri stati affettivi in quanto è l'ambiente che ci impone di farlo poiché esso richiede, ad esempio, di non reagire con rabbia eccessiva a determinate situazioni provocatorie, di contenere le manifestazioni di gioia in luoghi poco adatti ad esprimerla o, al contrario, di manifestarla apertamente in particolari occasioni in cui ciò viene permesso come in una finale di un match sportivo. La regolazione delle emozioni è un'abilità che gli esseri umani apprendono nel corso dello sviluppo ed è definibile come *“il modellamento di un'emozione (shaping), suscitata da un evento emozionale, tale per cui l'emozione di fatto risulta differente da quella che plausibilmente sarebbe stata generata dallo stesso evento, e ciò come risultato di processi intraindividuali”* (Frijda, 2009, p. 13). Il nucleo di sviluppo della regolazione delle emozioni è stato collocato all'interno del sistema della relazione diadica tra bambino e caregiver primario: si tratta di un processo unitario che interessa l'intero sviluppo emotivo il quale prevede il passaggio da una regolazione emotiva guidata dal caregiver a modalità autonome di regolazione emozionale che si svilupperebbero intorno ai 30 mesi di vita (Sroufe, 1995), in altre parole, stiamo parlando di quel sistema di scambi continui che Beebe e Lachmann (2002) hanno chiamato alternanza tra *regolazione interattiva* e *autoregolazione*. Sroufe (1995) sostiene che l'apice dello sviluppo emotivo venga raggiunto con la formazione del legame di attaccamento, quindi, un determinato stile relazionale tra caregiver e bambino potrebbe essere associato a modalità differenti di regolazione delle emozioni, ne consegue che un equilibrio ottimale tra regolazione interattiva e autoregolazione potrebbe favorire con maggiore probabilità lo sviluppo del senso di sicurezza e padronanza emotiva necessario per sviluppare un'ottimale capacità di tolleranza allo stress e di affrontare l'imprevedibilità insita nelle sfide che ci vengono imposte dalla vita di tutti i giorni. Tuttavia, come abbiamo visto nella spiegazione del nostro modello evolutivo-relazionale, non sempre le traiettorie di sviluppo tendono ad orientarsi verso la sicurezza: non solo il trauma ma anche la trascuratezza potrebbero

causare problemi nello sviluppo dei processi di attaccamento e, conseguentemente, nello sviluppo emotivo. In queste situazioni potrebbero sorgere difficoltà nella regolazione in quanto non solo nei contesti di cura verrebbe inibita l'espressione emozionale, ma si comprometterebbe anche la capacità di attribuire un significato all'esperienza emotiva stessa, in altre parole, ciò che emotivamente non è stato elaborato e verbalizzato potrebbe aver dato vita ad un processo di dissociazione tra mente e corpo il quale sarebbe alla base di una difficoltà pervasiva di riconoscimento delle emozioni e di sviluppo di particolari patologie psicosomatiche. Questa particolare difficoltà nella comunicazione verbale delle emozioni è stata definita in letteratura utilizzando il termine *alessitimia* (Bonfiglioli e Ricci Bitti, 2009).

3.2. Definizione di alessitimia.

L'alessitimia è un costrutto che nasce nell'ambito dell'osservazione di pazienti psicosomatici: nel 1973, Sifneos scoprì che questi pazienti presentavano marcate difficoltà nella comunicazione verbale delle emozioni nonché povertà nei processi immaginativi e uno stile di pensiero profondamente orientato verso la concretezza e privo di dettagli emozionali (Caretti et al., 2005b) perciò è possibile definire l'*alessitimia* come la “*difficoltà di identificare, descrivere e comunicare le emozioni e di distinguere i vissuti emotivi dall'attivazione fisiologica sottostante*” (Martinotti et al., 2010, p. 194). Numerose ricerche hanno stabilito che i soggetti alessitimici presentano le seguenti caratteristiche (Caretti et al., 2005b):

- Difficoltà a discriminare le emozioni e a distinguerle dalle sensazioni corporee.
- Difficoltà a comunicare verbalmente le emozioni.
- Deficit nei processi immaginativi.
- Pensiero operatorio (orientato all'esterno).

Inoltre, altre evidenze empiriche hanno messo in luce (Sciortino, 2006):

- Difficoltà nell'identificazione di emozioni nell'espressione facciale altrui.
- Ridotta capacità empatica.
- Capacità limitata di pensare sulle proprie emozioni e di utilizzarle per far fronte allo stress.

In altri termini, un alessitimico non sarebbe in grado di nominare le emozioni, infatti, se pensiamo all'etimologia del termine "alessitimia" potremmo tradurlo effettivamente come *manca di parole per le emozioni* (Sifneos, 1973).

Altri autori hanno definito l'alessitimia come un disturbo della regolazione degli affetti (Taylor et al., 1997) ad esordio post-traumatico (Krystal, 1988) che si caratterizza per una marcata incapacità nel mentalizzare gli stati affettivi che potrebbero essere in qualche modo regolati facendo ricorso a comportamenti compulsivi di dipendenza come l'abuso di sostanze, le abbuffate alimentari, le parafilie, ecc. (Caretto et al., 2005b).

3.3. Alessitimia e modelli di sviluppo.

In apertura di questo capitolo abbiamo detto che la capacità di regolazione delle emozioni verrebbe acquisita all'interno del sistema diadico della relazione oggettiva primaria (Beebe e Lachmann, 2002). Se volessimo collocare temporalmente il periodo di acquisizione di questa abilità parleremo di *stadio pre-oggettiva* (Spitz, 1965), ovvero, quella fase della prima infanzia caratterizzata dalla non-differenziazione e dalla non presenza dell'Io, dell'oggetto e della relazione oggettiva. In realtà, studi successivi (Stern, 1985; Tronick, 1998) hanno dimostrato che questa assunzione teorica non sarebbe del tutto esatta in quanto è stato verificato empiricamente che le reazioni emotive del bambino nel contesto diadico sono influenzate dallo stato emotivo del caregiver e viceversa, infatti, per Tronick tra caregiver e bambino si verificherebbe un processo di mutua regolazione degli stati affettivi e ciò fa pensare non solo al fatto che l'oggetto è presente sin dalla nascita ma che questo è inserito in un sistema regolatorio deputato alla creazione di significati che coinvolgono stati fisiologici ed emozioni. Quando parliamo di stadio della non-differenziazione, allora, è necessario specificare che non intendiamo uno stato fusionale vero e proprio, ma una condizione di *egocentrismo affettivo* (Stella, 2010) dominato, a sua volta, da ciò che Winnicott (1958b) ha chiamato *preoccupazione materna primaria*: all'interno di questa fase, che precede la formazione dell'*area intermedia* (Winnicott, 1971), prenderebbe forma un rudimentale processo di simbolizzazione basato su schemi di interazione che si formano sulla base di "*aspettative di sequenze di scambi reciproci*" (Beebe e Lachmann, 2002, p. 12). Il risultato di questi scambi porterà alla formazione di un pensiero simbolico pre-verbale attraverso cui il bambino

sarà capace di discriminare il Sé, la figura d'attaccamento principale e creerà aspettative sui rispettivi comportamenti (Beebe e Lachmann, 2002). Ovviamente, queste aspettative saranno associate ad un certo grado di prevedibilità sull'andamento della relazione, per cui un efficace rispecchiamento degli stati emotivi da parte del caregiver, accompagnato da un timing interpersonale ottimale negli scambi visivi, vocali e corporei, rappresenta un fattore predittivo per lo strutturarsi di uno stile d'attaccamento sicuro ed un'efficace regolazione delle emozioni; se la stimolazione del caregiver risulta, invece, essere eccessiva o inferiore al livello ottimale, il bambino potrebbe sviluppare delle aspettative negative sulla relazione concentrandosi eccessivamente sull'autoregolazione o sulla regolazione interattiva favorendo lo sviluppo di insicurezza nel legame d'attaccamento e mettendo in atto strategie disfunzionali di regolazione emozionale (Beebe e Gerstman, 1980; Cohn e Beebe, 1990; Jaffe et al., 2001). Lo sviluppo dell'alessitimia rientra proprio nell'incapacità di simbolizzazione degli stati affettivi che prende forma in uno stadio di sviluppo in cui è necessaria la mediazione di un adulto significativo in grado di nominare le sensazioni somatiche del bambino al fine di favorire l'integrazione con i processi emotivi e cognitivi (Caretti et al., 2005b).

La *teoria del codice multiplo* di Wilma Bucci (1997) si presta bene alla spiegazione del processo di simbolizzazione e delle conseguenti modalità di elaborazione delle informazioni emotive. Secondo l'autrice, le rappresentazioni interne del bambino si formano sulla base di un processo che consta di tre fasi:

- **Elaborazione subsimbolica non-verbale:** riguarda l'acquisizione della capacità di riconoscere stimoli non soggetti alla verbalizzazione come l'espressione facciale, una voce familiare, un brano musicale, stimoli corporei, ecc..
- **Elaborazione simbolica non-verbale:** ha a che fare con immagini mentali presenti nella coscienza ma che non possono essere tradotte in parole.
- **Modalità simbolica verbale:** è propria del linguaggio attraverso cui è possibile comunicare il proprio mondo interno agli altri.

In questo modello, è possibile inquadrare l'alessitimia come un deficit legato al passaggio dal subsimbolico non-verbale al simbolico verbale: le emozioni

rimarrebbero legate al piano senso-motorio senza possibilità di essere tradotte in parole e sarebbero esperite principalmente come sensazioni somatiche indifferenziate e disregolate (Bucci, 1997; Porcelli e Todarello, 2005).

3.4. Alessitimia, funzione riflessiva e mentalizzazione.

Identificare e nominare le emozioni significa renderle pensabili e comunicabili; il processo di acquisizione di tale abilità è di natura fortemente relazionale in quanto richiede la presenza di una figura “esperta” (un genitore reale o simbolico) che interagisca con un individuo al quale viene permesso di rispecchiarsi negli stati mentali della prima in modo tale da apprendere questa abilità e utilizzarla in modo funzionale nella regolazione delle emozioni. Il fatto che le emozioni debbano essere rese pensabili richiede una buona capacità di integrare le sensazioni somatiche con i processi cognitivi. Ciò significa che un individuo deve sviluppare anche una forma di intelligenza relativa agli affetti percepiti in se stesso, la quale esula da quella relativa alle abilità utilizzate per ottenere delle buone performance cognitive nei vari compiti che affrontiamo nella vita quotidiana. Salovey e Mayer (1990) hanno chiamato questa disposizione personale *intelligenza emotiva* e l’hanno definita come la capacità di monitoraggio e differenziazione delle emozioni relative a se stessi e agli altri in modo da poterle utilizzare per guidare pensieri e azioni.

Rendere pensabile un’emozione significa riflettere sul modo in cui viene generata ed effettuare, conseguentemente, una sorta di ragionamento sullo stato fisiologico che l’accompagna. Questo processo non inerisce esclusivamente l’individuo in sé ma comprende anche la capacità di “leggere” nel corpo e nella mente degli altri al fine di operare un processo di pensabilità relativo alle loro emozioni. Peter Fonagy e Mary Target (2001) hanno chiamato questa disposizione *funzione riflessiva*, ovvero, la capacità di riconoscere gli stati mentali propri e altrui nonché l’insieme delle operazioni mentali necessarie per generare la *mentalizzazione* definita, a sua volta, come la capacità di rappresentazione dei comportamenti relativi a sé e agli altri come guidati da scopi, desideri ed intenzioni (Fonagy e Target, 2003; Fonagy et al., 2002; Todarello e Porcelli, 2005). Volendo utilizzare le parole di Bateman e Fonagy (2004) definiamo, in modo preciso, la *mentalizzazione* come il ”*processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente ed esplicitamente, le azioni proprie e degli*

altri come aventi un significato sulla base di stati mentali intenzionali come i desideri, i bisogni, i sentimenti, le credenze e le motivazioni personali” (pp. 15-16). Poiché l’avvio di questi processi, come abbiamo più volte ribadito, avviene nel contesto delle relazioni significative con i propri caregiver, è ritenuta fondamentale proprio l’azione accudente di questi ultimi che avranno il compito non solo di modulare l’esperienza emotiva del bambino, ma anche di contribuire alla strutturazione di un *Sé coeso* derivante dalla capacità di insegnargli a leggere i segnali di disagio provenienti dal *Sé corporeo* (Craparo, 2013). Il fallimento nella funzione di accudimento potrebbe essere, quindi, una delle cause dell’incapacità di utilizzare le emozioni come guida nelle relazioni e, di conseguenza, di una cattiva interpretazione degli stati mentali e dei comportamenti degli altri (Bromberg, 2011; Craparo, 2013; Taylor et al., 1997). L’alessitimia scaturirebbe, allora, da una sorta di mancanza di “esercizio” nel nominare ciò che è “innominabile”, ovvero, quelle emozioni definite da Jurist (2005) come *aporetiche*, relegate allo stato di attivazione psicofisiologica e non evolute in stati emotivi più complessi. Ciò sta a significare che le emozioni non verrebbero vissute, poiché il deficit di mentalizzazione non ne permetterebbe una continua valutazione (in quanto confinate a livello pre-simbolico), ma agite, in condizioni di stress, attraverso *acting-out* compulsivi messi in atto per allontanare il pericolo di frammentazione del *Sé* (Craparo, 2013). La mentalizzazione è, allora, più specificamente definibile come una funzione deputata a favorire la simbolizzazione degli stati affettivi e, parimenti, l’elaborazione di quelle *emozioni traumatiche* che rimarrebbero confinate a livello *emotivo-corporeo* (Caretta et al., 2013). È interessante la riflessione che fa Jurist (2013) sul pensiero di Fonagy: “*nel senso più ampio, Fonagy usa l’idea di mentalizzazione per cogliere il processo di come il cervello diventi mente. [...] Una mente comincia a esistere, [...], per mezzo della ricezione di un contributo da parte del caregiver*“ (pp. 304-305), e ancora, “*il primo legame di attaccamento tra il neonato e il genitore porta un senso di sicurezza, ma serve anche a favorire lo sviluppo della mente del neonato, che inevitabilmente riflette le qualità di questo rapporto*” (p. 305). Quindi, una buona qualità della relazione d’attaccamento sarà associata ad un ottimale sviluppo della funzione riflessiva e delle capacità di mentalizzazione ma, se la relazione dovesse portare ad esiti evolutivi negativi, il bambino non sarà in

grado di rappresentarsi mentalmente le intenzioni proprie e altrui rimanendo ancorato ad una concezione *concreta* della realtà (Fonagy e Target, 2001).

3.5. Alessitimia, attaccamento e trauma.

Riassumendo quanto detto sinora riguardo a ciò che si intende per trauma, è emersa una concezione di quest'ultimo inteso non soltanto come esito dell'abuso e del maltrattamento ma anche come un insieme di ripetute esperienze di trascuratezza e negligenza affettiva perpetrate all'interno dei vari contesti di sviluppo. In un contesto familiare in cui è presente una cattiva concezione di cosa sia il nutrimento affettivo di un bambino aumentano le probabilità di rischio per lo sviluppo di psicopatologia in età adolescenziale e adulta. Queste psicopatologie potrebbero avere, inoltre, caratteristiche molto differenti tra loro in quanto potrebbero spaziare tra manifestazioni *internalizzanti*, come nel caso della depressione, e manifestazioni *esternalizzanti* come nel comportamento antisociale. Alla base di queste psicopatologie potrebbe esserci un fattore eziopatogenetico comune consistente nell'incapacità di riconoscere ed esprimere correttamente le emozioni, ciò che abbiamo appunto chiamato alessitimia, ovvero, un deficit di regolazione delle emozioni legato alla scissione tra mente e corpo risultante da un deficit di mentalizzazione (La Barbera et al., 2006b). Riconosciamo, anche in questo caso, il ruolo che esercita lo stile d'attaccamento nel plasmare la regolazione delle emozioni: Fonagy e Target (2001) affermano che la mentalizzazione può svilupparsi solo all'interno di un contesto d'attaccamento in cui è presente fiducia e sicurezza e, siccome gli stili d'attaccamento possono essere interpretati come strategie di regolazione affettiva, potremmo anche affermare, in accordo con Epifanio et al. (2005), che i bambini sicuri, oltre a ricercare l'aiuto del caregiver in condizioni di angoscia, sarebbero in grado di nominare ed esprimere l'intera gamma delle emozioni. Nel caso dell'attaccamento insicuro, invece, i soggetti classificati come evitanti potrebbero aver sviluppato la capacità di sopprimere lo stato affettivo (a differenza degli ambivalenti/resistenti che esprimerebbero un tipo di affettività incontrollata) (Epifanio et al., 2005), ma non solo, negli evitanti sarebbe presente una sorta di supremazia delle cognizioni a discapito delle emozioni mentre per gli ambivalenti accadrebbe il contrario (Crittenden, 1994). Discorso a parte merita l'attaccamento disorganizzato in cui è presente un alto livello di disregolazione emotiva che vede l'alternarsi di aspetti evitanti e ansiosi in modo contraddittorio (Solano, 2001).

Nel capitolo precedente, abbiamo parlato di quest'ultimo stile d'attaccamento in modo abbastanza esaustivo per cui ci basta solo ricordare che esso è riscontrabile con maggior frequenza in individui con storie evolutive di maltrattamenti e/o abusi. Il maltrattamento è da ritenersi un forte destabilizzatore del senso di Sé e della funzione riflessiva, in particolare, secondo Cook et al. (2005) e Schimmenti (2013) esistono numerosi dati i quali indicano:

- Una profonda difficoltà nel sintonizzarsi con gli stati emotivi altrui.
- Una tendenza a scivolare in frequenti stati dissociativi.
- La presenza di disturbi somatici e un aumento del rischio di malattia in età adulta.
- Deficit di autoregolazione, di riconoscimento e comunicazione di bisogni e stati emotivi.
- Scarso controllo degli impulsi e conseguenti comportamenti autodistruttivi e autoconsolatori patologici come abuso di sostanze, abbuffate compulsive e dipendenze comportamentali.

Risulta palesemente chiara, allora, la correlazione esistente tra alessitimia, trauma e dissociazione. In particolare, Craparo (2013) fa presente che la dissociazione post-traumatica comporterebbe un distacco emotivo che si rifletterebbe nell'incapacità ad identificare e a distinguere le emozioni dalle sensazioni provenienti dal corpo, in altre parole, l'individuo "*perde contatto con le proprie emozioni*" (p. 162), di conseguenza, gli *acting-out* di cui abbiamo parlato sarebbero da ricondurre ad evidenti manifestazioni dissociative dovute ad un tentativo di regolazione delle emozioni traumatiche. Numerosi sono gli studi che si sono occupati di questa relazione in soggetti con storie di addiction: Caretti et al. (2010), ad esempio, mettono in evidenza la presenza di una correlazione statisticamente positiva e significativa tra alessitimia e dissociazione in un campione di soggetti con dipendenza da eroina; in un altro studio sui disturbi alimentari (Carano et al., 2007), la stessa relazione viene confermata, in particolare, il punteggio ottenuto alle scale della dissociazione risulta maggiormente correlato con la scala relativa al *pensiero operatorio* della TAS-20; anche altri studi sul gioco d'azzardo patologico che hanno utilizzato tecniche di regressione hanno messo in evidenza l'esistenza di una relazione tra i due costrutti: si è riscontrato che l'alessitimia risulta essere un buon predittore della

dissociazione e che quest'ultima è associata al livello di gravità della dipendenza da gioco (Croce et al., 2010; Iraci Sareri e Gori, 2012). Per quanto riguarda, invece, la relazione intercorrente tra trauma e alessitimia, lo studio di Guarino et al. (2013) ha messo in luce che tra madri abusate e trascurate esistono differenze significative nei punteggi ottenuti alle scale della dissociazione in quanto il primo gruppo riporterebbe punteggi più elevati, mentre non sono presenti differenze significative alle scale dell'alessitimia alle quali entrambi i gruppi riportano punteggi elevati; se, invece, esaminiamo la relazione intercorrente tra alessitimia e stile d'attaccamento in un campione di pazienti affetti da patologie psicosomatiche, lo studio di Epifanio et al. (2005) fa emergere correlazioni negative tra alessitimia e scale di misura relative alla sicurezza nell'attaccamento e correlazioni positive con le scale relative all'insicurezza, e ancora, per quanto riguarda le stesse dimensioni misurate in un campione di giocatori d'azzardo patologici, possiamo osservare risultati più o meno simili con la differenza che questi possono estendersi anche ai loro familiari (Chimienti e De Luca, 2012).

Gli studi che abbiamo passato in rassegna hanno mostrato che l'alessitimia e la dissociazione sono due aspetti di un unico costrutto, ovvero, la disregolazione emotiva. In letteratura sono presenti numerosi altri studi che documentano questa stretta correlazione, tuttavia, abbiamo deciso di esporre solo alcuni dei più importanti contributi pubblicati sul territorio italiano in quanto sembravano essere più in linea con il lavoro empirico che andremo a presentare. Risulta anche evidente il legame esistente tra modalità disadattive di regolazione emozionale ed esperienze traumatiche infantili, inoltre, abbiamo anche mostrato come lo stile d'attaccamento genitoriale tende a trasmettersi a livello intergenerazionale e, di conseguenza, anche l'alessitimia.

3.6. Alessitimia e altre psicopatologie.

Gli studi che abbiamo preso in considerazione fino a questo momento hanno riguardato per lo più le condizioni in cui si sviluppa l'alessitimia, ovvero, l'esposizione ripetuta a traumi nel corso dello sviluppo. La condizione alessitimica sembra anche essere associata a quei tipi di psicopatologie che richiedono un ausilio esterno per la regolazione emozionale (come nel caso delle addiction) oppure ai disturbi alimentari (fermo restando il fatto che anche questi ultimi rappresenterebbero delle forme di dipendenza). Inoltre, in accordo con gli

studi pionieristici sull'alessitimia, è possibile riscontrare la presenza di questa modalità regolatoria disadattiva anche in pazienti affetti da patologie psicosomatiche.

Sono pochi, invece, gli studi che prendono in considerazione la possibilità che in altre psicopatologie come i disturbi di Asse I e di Asse II del DSM-IV possa riscontrarsi un livello più o meno elevato di alessitimia. Taylor et al. (1997) hanno evidenziato che l'alessitimia è un costrutto che si pone su un continuum che va dalla normalità alla patologia; questa concezione è stata confermata in tempi relativamente recenti da Parker et al. (2008) che tendono a precisare la natura dimensionale del costrutto. Inoltre, secondo altri autori, l'alessitimia sarebbe da considerarsi come un tratto stabile nel tempo a prescindere da altre patologie concomitanti (Luminet et al., 2001). Una recente rassegna di studi (De Berardis et al., 2011) ha messo in evidenza una significativa prevalenza dell'alessitimia all'interno di alcuni disturbi d'ansia, in particolare, è stato evidenziato alla TAS-20 che:

- L'alessitimia, quando presente, è correlata a maggiore gravità del disturbo.
- I fattori *difficoltà ad identificare i sentimenti e difficoltà a descrivere i sentimenti* sono riscontrabili maggiormente nel Disturbo di Panico, nel PTSD, nella Fobia Sociale e nel Disturbo d'Ansia Generalizzato.
- Il fattore *pensiero operatorio* risulta essere più frequentemente rilevato nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Per quanto riguarda, invece, la relazione tra alessitimia e depressione, la questione si rivela parecchio controversa. Alcuni studi citati nella precedente rassegna indicavano l'alessitimia quale fattore predisponente allo sviluppo di depressione nonché all'aumento del rischio suicidario, mentre uno studio di Todarello et al. (2004) sembra essere concorde con altri studi atti a confermare l'ipotesi di non associazione tra alessitimia e sintomatologia depressiva.

Un altro studio (Basile et al., 2009) si è occupato di esaminare la presenza di alessitimia all'interno di diversi quadri di disturbi di personalità in adolescenza: la ricerca non ha messo in evidenza differenze statisticamente significative tra gruppo clinico e gruppo di controllo, tuttavia, il gruppo clinico presentava punteggi più elevati nella scala *manca di empatia* della SAR. Un altro risultato

dello stesso studio riguarda la scala *pensiero orientato esternamente* della SAR la quale mette in risalto la presenza di sostanziali differenze tra soggetti appartenenti a Cluster B e Cluster C riguardo ai punteggi ottenuti che risultano più elevati nel primo gruppo.

Per concludere, è necessario fare anche un accenno riguardo al rapporto intercorrente tra alessitimia e psicosi. Nella rassegna di Maggini (2010) sono presenti alcuni studi che presentano dati non univoci sul ruolo che occupa l'alessitimia nei quadri schizofrenici. Nell'introduzione dell'articolo, l'autore precisa che i pazienti non sono da considerarsi assolutamente anaffettivi, anzi, la distruzione della loro vita emozionale è solo apparente in quanto essi sono capaci di vivere le emozioni ma mostrano deficit nell'espressione delle stesse in quanto sembra esserci alla base "*una disgiunzione tra attivazione fisiologica, esperienza soggettiva ed espressione delle emozioni*" (p. 215), tuttavia, il dibattito scientifico tende a concentrarsi, più che altro, sulla questione relativa alle caratteristiche di stato o di tratto dell'alessitimia nella schizofrenia. La rassegna mette in evidenza che gli studi in merito sono contrastanti, altre ricerche, invece, sono arrivate alla conclusione che il costrutto possa caratterizzarsi per entrambi gli aspetti di stato e di tratto. In un altro studio (Henry et al., 2010) è stato rilevato che la mancanza di consapevolezza dello stato emotivo emerge negli schizofrenici solo quando sono sovraccaricati cognitivamente, tuttavia, nonostante i numerosi disaccordi, gli studi sembrano concordare sul fatto che il deficit alessitimico nella schizofrenia coesista con l'elevato arousal emozionale e una bassa consapevolezza emotiva (Maggini, 2010).

Le ricerche che abbiamo esposto in questa rassegna mettono in evidenza il ruolo che può rivestire l'alessitimia in quadri che eccedono la psicopatologia post-traumatica. Un dato che sembra accertato è che se il costrutto è significativamente presente in ognuna di queste patologie (escludendo il PTSD) il decorso clinico tende a peggiorare, il che fa pensare che l'alessitimia, oltre ad essere una caratteristica psicopatologica indipendente dalle altre, sia un deficit proprio delle patologie legate a traumi. Come fa notare Marlene Steinberg, gli attacchi di panico, i sintomi ossessivo-compulsivi, la depressione, ecc., potrebbero nascondere una sottostante base dissociativa post-traumatica, di conseguenza, abbiamo visto lo stretto legame esistente tra dissociazione e alessitimia e ciò non

può che allertare il clinico sulla necessità di impostare un differente protocollo di intervento (Steinberg e Schnall, 2001).

3.7. Il culto come oggetto esterno di regolazione emozionale.

Il modello evolutivo-relazionale delle dipendenze patologiche assegna all'alessitimia (oltre che alla dissociazione) un ruolo di importanza fondamentale. Krystal (1979) ha individuato negli alessitimici una pervasiva difficoltà a provare empatia verso gli altri che si tradurrebbe nella scelta di isolarsi dalla realtà sociale e nello sviluppare relazioni caratterizzate da forti comportamenti di dipendenza. Un individuo che aderisce ad un culto si ritrova in entrambe le caratteristiche poiché il sistema settario tende ad isolare l'adepto dal suo ambiente relazionale originario e, come abbiamo visto nel primo capitolo, a renderlo dipendente dal gruppo e dal leader carismatico. Lalli (2006), elencando una serie di caratteristiche inerenti i culti a deriva settaria, sostiene che alcuni gruppi di questo tipo danno la possibilità a persone tendenzialmente isolate a livello relazionale di sperimentare un'identità elitaria che fornisce l'illusione di onnipotenza e superiorità: la setta diventa, quindi, un contenitore sociale per individui che hanno bisogno di tamponare gravi angosce esistenziali. Il culto offre *“un overdose di fiducia e di solidarietà di gruppo [...] in un euforico bagno di sensazioni, mai sperimentato prima”* per cui *“il cooptato si sente liberato dalle paure e dalle sensazioni di solitudine è convinto di aver trovato finalmente il reale senso della vita”* (Barresi, 2000, citato in Lalli, p. 8). Se esaminiamo i comportamenti di addiction (che ricordiamo è possibile tradurre con la parola *dedizione*) e li confrontiamo con i vissuti di numerosi membri di culti, notiamo che le sensazioni che derivano dall'assunzione di una sostanza sembrano molto simili all'esperienza settaria: il senso immediato di gratificazione, l'euforia mai sperimentata prima di provare la sostanza e l'idealizzazione dello stile di vita tossicomano. La setta, alla pari della sostanza, agirebbe sul bisogno di sicurezza dell'individuo allontanando il dolore esercitato dall'intrusione delle emozioni traumatiche e fornendo un rapido conforto (Barresi, 2000, citato in Lalli, 2006; Mc Dougall, 2003). Tuttavia, come nell'abuso di sostanze, anche nel caso dei culti arriverà il momento del crollo delle illusioni: l'adepto, ormai *“assuefatto”*, dovrà rifare i conti con le proprie *emozioni veementi* (van der Hart et al., 2006), ma anche con le paure connesse all'eventualità di un possibile abbandono del culto e al ritorno in un mondo in cui è necessario un buon livello di resilienza al fine di poter

sopravvivere. Disse un anonimo: “*Nessuno aderisce a un culto. Posticipa solo la decisione di andarsene*” (Hassan, 1999, p. 140).

CAPITOLO 4

SVILUPPI TRAUMATICI E DIPENDENZE PATOLOGICHE: UN CONFRONTO EMPIRICO TRA EX TOSSICODIPENDENTI ED EX AFFILIATI A CULTI A DERIVA SETTARIA.

4.1. Presentazione della ricerca.

Parlare di dipendenze patologiche significa fare riferimento ad una forma complessa di psicopatologia che non riguarda solo la semplice assunzione compulsiva di sostanze stupefacenti ma si estende anche ad uno spettro più ampio di comportamenti che non implicano essenzialmente l'uso di droghe. Alcune di queste patologie additive senza sostanze sono note e riconosciute dalla comunità scientifica (si pensi al gioco d'azzardo patologico e alla dipendenza da internet), altre, invece, coinvolgono numerosi ambiti in relazione ai quali non è presente una nosografia specifica (La Cascia et al., 2008) e parliamo, in modo particolare, di dipendenze affettive e relazionali e delle numerose forme attraverso le quali esse si manifestano all'interno delle coppie coniugali, dei rapporti genitori-figli e in tutte le relazioni in cui è presente un'asimmetria di ruoli che non è funzionale alla crescita psicologica della persona ma è finalizzata a favorire la soggezione psicologica e la sottomissione dell'individuo psicologicamente più debole. In questo lavoro di tesi ci siamo occupati di una particolare forma di dipendenza relazionale chiamata *relazione settaria* (Singer e Lalich, 1995), ovvero, quel rapporto patologico che viene a crearsi tra l'adepto, il gruppo e il leader di un culto a deriva settaria a seguito di un processo di manipolazione degli stati affettivi il quale porterebbe ad un cambiamento repentino di atteggiamenti e credenze interpretati erroneamente come cambiamenti di personalità (Keiser & Keiser, 1987). Siamo profondamente convinti del fatto che la personalità di una persona non possa subire dei cambiamenti, tuttavia, la letteratura sulla persuasione ha dimostrato che il cambiamento di atteggiamenti relativo a numerosi temi esistenziali è possibile come risultato dell'applicazione anche di tecniche poco ortodosse dal punto di vista etico (Cialdini, 1995; Oliverio Ferraris, 2010). Il nostro studio precedente (Scaringella, 2011, u. m.) ha messo in evidenza che nell'affiliazione settaria entrano in gioco anche altre variabili di tipo clinico come il trauma infantile e la dissociazione, ovvero, quei fattori evolutivi e relazionali strettamente legati allo sviluppo delle numerose forme di dipendenza patologica (Caretti et al., 2005a, 2008, 2010) per cui, scopo di questo lavoro sarà quello di

dimostrare che le teorie sul controllo mentale e la persuasione coercitiva (Hassan, 1999) potrebbero essere riduttive se prese come unico strumento interpretativo del fenomeno cultista. La nostra ricerca si occuperà di confrontare un gruppo di individui che per un periodo significativo della propria vita hanno fatto parte di un culto a deriva settaria, con un gruppo di ex tossicodipendenti in trattamento residenziale presso comunità terapeutiche. La teoria da noi adottata fa riferimento al *modello evolutivo-relazionale delle dipendenze patologiche* (Caretto et al., 2010) in grado di prendere in considerazione numerosi aspetti di un fenomeno complesso come quello dell'addiction. Il modello assegna fondamentale importanza alla cosiddetta "*compartecipazione intersoggettiva degli stati affettivi*" (Caretto et al., 2008) tra bambino e caregiver quale base per un adeguato sviluppo affettivo e cognitivo (Stringi, 2013). Il trauma, la trascuratezza affettiva e gli attaccamenti insicuri, in questa prospettiva, vengono considerati come eventi perturbativi dell'armonia dello sviluppo psicologico in grado di provocare, se ripetuti nel tempo, una compartimentazione dei *sistemi d'azione* individuali (van der Hart et al., 2006) dando luogo a deficit nelle capacità di mentalizzazione ed elaborazione delle informazioni. La conseguenza sul piano psicopatologico sarà il rifugio in stati dissociativi conseguenti ad una marcata incapacità di regolazione emozionale: l'individuo, non avendo a disposizione strategie adattive di modulazione dello stato affettivo, metterà in moto *azioni sostitutive* (van der Hart et al., 2006) in grado di alleviare il dolore psichico emergente dalla riattivazione delle memorie traumatiche: assunzione compulsiva di stupefacenti, gambling patologico, abbuffate alimentari, trance da videoterminale, invischiamento nelle relazioni, ecc..

4.2. Dati statistici, epidemiologici e comorbilità.

Fornire una stima delle varie prevalenze legate alle dipendenze patologiche risulta essere un problema molto difficile da risolvere specie se trattasi di dipendenze comportamentali (La Cascia et al., 2008). L'utenza che viene solitamente accolta dai servizi sanitari, dalle comunità residenziali e dalle varie associazioni di settore è solitamente concentrata sulle dipendenze più diffuse come quelle da alcol, stupefacenti, gioco d'azzardo e internet per le quali i comportamenti messi in atto dai pazienti risultano più deplorabili dalla nostra cultura di appartenenza e, quindi, più facilmente individuabili. Altre forme di addiction come, ad esempio, la dipendenza affettiva e da lavoro sono meno

visibili in quanto legate a comportamenti accettabili per cui una persona potrebbe essere culturalmente considerata una “compagna perfetta” o un “grande lavoratore”. Ancor più ardua risulta essere la questione quando vogliamo stimare il numero di appartenenti ai culti a deriva settaria in quanto esiste una tipologia variegata di questi gruppi la cui definizione risulta essere molto ambigua specialmente quando si usa il termine “setta” e, soprattutto, perché non si dispone attualmente di strumenti in grado di dimostrare un nesso di causalità diretta tra affiliazione ad un culto totalitario e possibili effetti dannosi di natura post-traumatica. Le uniche informazioni in merito provengono dalle testimonianze degli ex adepti, e le varie misure dei danni arrecati da alcune tipologie di culti risultano essere solo di natura indiretta (anamnesi del soggetto prima dell'affiliazione, test di personalità). Alcuni dati relativi alla diffusione dei cosiddetti Nuovi Movimenti Religiosi (nei quali vengono compresi anche i culti a deriva settaria) provengono dagli studi del CESNUR (Centro Studi sulle Nuove Religioni): la relazione di Pierluigi Zoccatelli (2013) presentata alla conferenza di Falun (Svezia) indica che il 2,5% della popolazione italiana appartenerebbe a minoranze religiose di matrice non cattolica. Tuttavia, sebbene le stime del CESNUR siano da ritenersi complete ed esaustive nei numeri, queste non ci consentono di discriminare tra nuove religioni e culti a deriva settaria.

Per ciò che riguarda le dipendenze patologiche, invece, dati epidemiologici caratterizzati da una certa attendibilità provengono dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA, 2013) e sono relativi al consumo di sostanze stupefacenti e al gioco d'azzardo patologico: la prevalenza rispetto al consumo di droghe sembra subire un decremento nella popolazione generale negli anni dal 2010 al 2012, in particolare, il consumo di cannabis subisce un decremento pari a circa l'1,3%, mentre per le altre sostanze si osserva un decremento che va rispettivamente dallo 0,02% allo 0,29% (Tab. 1); per quanto riguarda il gioco d'azzardo, anche il DPA è d'accordo sulla difficoltà ad ottenere stime rappresentative del fenomeno, tuttavia, il Ministero della Salute tende a suddividere i gambler in due categorie: giocatori d'azzardo “problematici” (individui che giocano frequentemente ma che non hanno ancora sviluppato una dipendenza) e giocatori d'azzardo “patologici” (individui affetti da dipendenza patologica incontrollabile). Nel 2012, per la prima categoria sarebbe stimata una

prevalenza variabile tra l'1,3% e il 3,8% mentre per la seconda categoria la prevalenza varierebbe tra lo 0,5% e il 2,2% della popolazione generale.

Tabella 1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012. **Fonte:** Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 - Dipartimento Politiche Antidroga.

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Cannabis	5,33	4,01	-1,32
Cocaina	0,89	0,60	-0,29
Eroina	0,24	0,12	-0,12
Stimolanti	0,29	0,13	-0,16
Allucinogeni	0,21	0,19	-0,02

Lo studio di La Cascia et al. (2008) tende, inoltre, a precisare che le varie dipendenze senza droga andrebbero differenziate anche in base ai vari sottotipi i quali creerebbero non poca confusione dal punto di vista diagnostico. L'internet addiction, ad esempio, comprende al suo interno anche la dipendenza da sesso e da gioco e lo shopping compulsivo. In ultima analisi, lo stesso studio ci indica che le dipendenze andrebbero considerate sempre in comorbilità con altri disturbi psicologici e psichiatrici: le comorbilità maggiori sono riscontrabili nei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo seguiti dai disturbi depressivi e di personalità; in particolare, nelle dipendenze affettive si riscontra spesso comorbilità con i disturbi legati a traumi complessi.

4.3. Strumenti e metodi.

La ricerca ha considerato un campione totale di 109 persone di età compresa tra i 20 e i 70 anni (48 maschi: media "Età" = 46,96; DS = 10,6; 61 femmine: media "Età" = 41,44; DS = 11,19) a loro volta suddivise in tre gruppi: un primo gruppo sub-clinico composto da 39 ex affiliati a vari culti a deriva settaria (17 maschi e 22 femmine – Grafico 1) e selezionati tra gli utenti del *CeSAP – Onlus* (*Centro Studi Abusi Psicologici – www.cesap.net*) con sede nazionale nel comune di Noci (BA); un secondo gruppo clinico composto da 34 ex tossicodipendenti (16 maschi e 18 femmine – Grafico 2) in trattamento residenziale presso varie comunità del Sud Italia; un terzo gruppo di 36 persone (15 maschi e 21 femmine – Grafico 3) selezionate nella popolazione generale che svolge funzione di confronto. In particolare, nella selezione di quest'ultimo si è prestata attenzione

nel verificare per ogni soggetto l'assenza di attuali e pregresse esperienze di addiction nonché la presenza di non religiosità o di religiosità non praticante.

La metodologia prevede un disegno di ricerca con una sola variabile indipendente (gruppo di appartenenza dei soggetti di ricerca) a 3 livelli per cui avremo:

- 1. Gruppo Utenti CeSAP.**
- 2. Gruppo Addicted.**
- 3. Gruppo di controllo.**

Grafico 1: Utenti Cesap - Distribuzione del campione per genere.

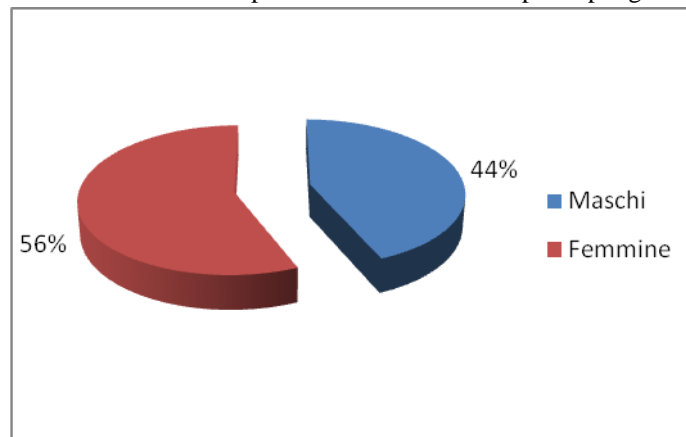


Grafico 2: Addicted - Distribuzione del campione per genere.

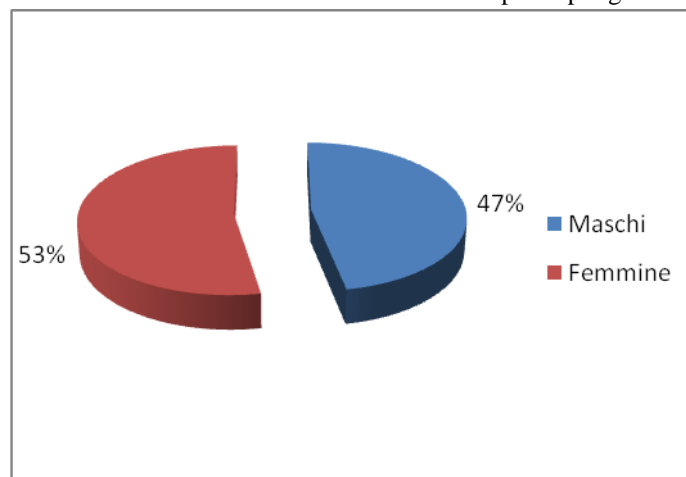
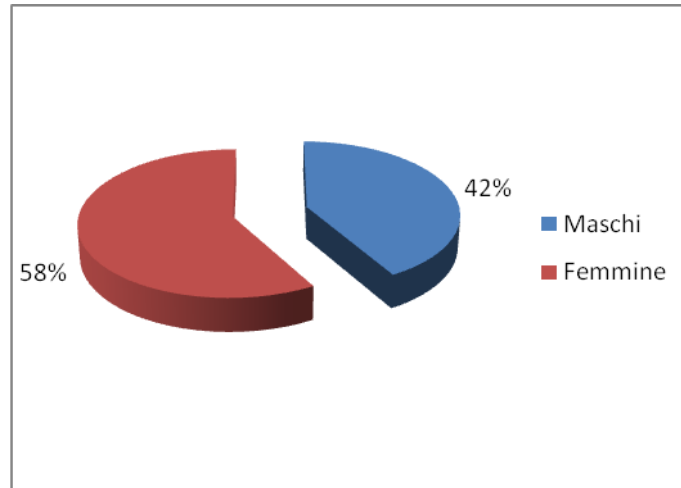


Grafico 3: Gr. di controllo - Distribuzione del campione per genere.



Tutti i partecipanti sono stati appaiati per genere ed età.

La misura delle variabili dipendenti è stata ottenuta attraverso la somministrazione di una batteria di reattivi standardizzati *self-report* di seguito descritti:

- **DES-II** – *Dissociative Experiences Scale II* (Carlson e Putnam, 1993): misura tratti dissociativi individuali sulla base delle descrizioni fornite da 28 item su una scala di gravità che va da 0 a 10. Un punteggio di cut-off maggiore o uguale a 3 segnala la presenza di tratti dissociativi di interesse clinico. La scala totale, inoltre, si suddivide in ulteriori 3 sottoscale in grado di fornire indici relativi alla presenza di “Stati dissociati o Amnesia”, “Assorbimento o Coinvolgimento immaginativo”, “Esperienze di derealizzazione/depersonalizzazione e Sdoppiamento”. È presente anche una ulteriore sottoscala (DES-T) in grado di quantificare la dissociazione patologica: secondo van der Hart et al. (2006), questa sottoscala fornirebbe una misura indiretta di gravità della *dissociazione strutturale della personalità*. Nel presente studio prendiamo in considerazione la validazione italiana dello strumento (Fabbri Bombi et al., 1996).
- **TAS-20** – *Toronto Alexithymia Scale* (Bagby et al., 1994a, 1994b): valuta la presenza dell’alessitimia sulla base di 20 item su scala Likert a 5 punti. Un punteggio di cut-off uguale o superiore a 61 indica la probabile presenza di alessitimia, mentre un punteggio compreso tra 50 e 60 indica una condizione limite (BORDERLINE) di alessitimia indeterminata. Lo strumento presenta,

inoltre, una struttura trifattoriale composta da 3 sottoscale: “Difficoltà ad identificare i sentimenti”, “Difficoltà a descrivere i sentimenti”, “Pensiero orientato verso l’esterno”. Per questo studio, prendiamo in considerazione il protocollo validato in italiano di Bressi et al. (1996).

- **PBI** – *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979): fornisce una misura indiretta della qualità degli attaccamenti attraverso la percezione che l’individuo ha della relazione con i propri genitori in riferimento ai periodi dell’infanzia e della prima adolescenza. Lo strumento si compone di due versioni identiche (relative ad entrambe le figure genitoriali) da 25 item ciascuna su scala a 4 punti. Attraverso i punteggi ottenuti alle dimensioni di “Accudimento” e “Iperprotettività” è possibile ottenere 4 punteggi di cut-off così distribuiti: “Parenting ottimale” (Alto accudimento/Bassa iperprotettività), “Vincolo affettivo” (Alto accudimento/Alta iperprotettività), “Controllo anaffettivo” (Basso accudimento/Alta iperprotettività), “Parenting negligente” (Basso accudimento/Bassa iperprotettività).
- **ASQ** – *Attachment Style Questionnaire* (Feeney et al., 1996): valuta lo stile d’attaccamento adulto. È composto da 40 item valutabili su una scala a sei punti e si struttura su 5 sottoscale: “Fiducia”, “Disagio per l’intimità”, “Bisogno di approvazione”, “Preoccupazione per le relazioni”, “Secondarietà delle relazioni”. Non fornisce una misura di cut-off specifica per stile d’attaccamento, tuttavia, un punteggio alto ottenuto alla scala “Fiducia” è probabilmente associato alla presenza di un MOI di tipo sicuro. Nella nostra ricerca consideriamo la validazione italiana dello strumento (Fossati et al., 2007).
- **CTQ** – *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein e Fink, 1998): è uno strumento in grado di fornire uno screening relativo ad eventuali esperienze d’abuso e negligenza che fanno riferimento al periodo dell’infanzia e della prima adolescenza. Si compone di 28 item valutabili su scala Likert a 5 punti. Il questionario indaga 5 tipi di maltrattamento: “Abuso emotivo”, “Abuso fisico”, “Abuso sessuale”, “Negligenza emotiva”, “Negligenza fisica”. È presente anche una scala supplementare in grado di valutare eventuali atteggiamenti di minimizzazione relativi agli abusi subiti.

In aggiunta agli strumenti descritti, sono stati somministrati due ulteriori brevi questionari per la rilevazione delle caratteristiche socio-demografiche e di eventuali esperienze di perdite significative subite nel corso della vita. La somministrazione dei reattivi è stata eseguita individualmente per il gruppo Utenti CeSAP e per il gruppo di controllo, mentre per il gruppo Addicted è stata eseguita una somministrazione collettiva. In tutti e tre i casi si è provveduto ad eseguire una presentazione randomizzata degli strumenti ed è stato chiesto il relativo consenso informato per tutti i partecipanti.

4.4. Ipotesi di ricerca.

Le ipotesi di lavoro seguono la teoria del nostro modello di riferimento. In primis, abbiamo voluto indagare la presenza nel gruppo Utenti CeSAP e nel gruppo Addicted di eventuali sintomi dissociativi, di modalità disadattive di regolazione emozionale attraverso la misura dell'alessitimia, di eventuali traumi occorsi in età infantile e di eventuali stili d'attaccamento insicuro. La seconda ipotesi ha indagato, invece, la presenza di eventuali differenze statisticamente significative nei due gruppi clinico e sub-clinico rispetto al gruppo di controllo. La nostra aspettativa in merito a questa ipotesi è la seguente: se l'esperienza settaria è da considerarsi una forma di dipendenza, non dovrebbero emergere differenze significative con il gruppo clinico degli ex tossicodipendenti. La terza, ed ultima, ipotesi di ricerca è stata formulata con l'intento di valutare quanto le variabili cliniche considerate risultano predire l'appartenenza dei soggetti ai due gruppi oggetti del nostro interesse.

L'analisi dei dati è stata condotta applicando il metodo dell'analisi della varianza ad un fattore (OnewayANOVA) al fine di verificare la presenza di differenze statisticamente significative nei punteggi ottenuti dai tre gruppi ai vari strumenti utilizzati. Abbiamo, inoltre, applicato un test di regressione logistica per valutare quali variabili discriminino meglio l'appartenenza ai gruppi CeSAP e Addicted rispetto al gruppo di controllo. L'elaborazione dei dati è stata eseguita utilizzando i software Windows SPSS 13.0 e Microsoft Excel per Windows 2007.

4.5. Risultati.

A livello descrittivo, la prima analisi riguarda le caratteristiche del campione: suddividendo i soggetti per classi d'età rileviamo che il 15% dei partecipanti del gruppo Utenti CeSAP rientra nella classe tra i 20 e i 29 anni, il 23% dei

partecipanti rientra nella classe tra i 30 e i 39 anni, il 31% nella classe tra i 40 e i 49 anni e un altro rimanente 31% nella classe tra i 50 e i 69 anni (Grafico 4). Nel gruppo Addicted rileviamo inoltre che il 12% del campione rientra nella classe d'età tra i 20 e i 29 anni, il 29% nella classe tra i 30 e i 39 anni, il 32% tra i 40 e i 49 anni e il restante 26% nella classe tra i 50 e i 69 anni (Grafico 5). Nel gruppo di controllo, infine, abbiamo il 17% dei soggetti che rientra nella classe tra i 20 e i 29 anni, il 28% nella classe tra i 30 e i 39 anni, il 31% tra i 40 e i 49 anni e il 25% nella classe tra i 50 e i 69 anni (Grafico 6). Abbiamo, inoltre, applicato alla variabile "Età" un'analisi della varianza che non ha evidenziato la presenza di differenze statisticamente significative tra i tre gruppi [$F(2, 106) = 0,43; p > 0,05$].

Grafico 4: Utenti CeSAP - Distribuzione per classi d'età.

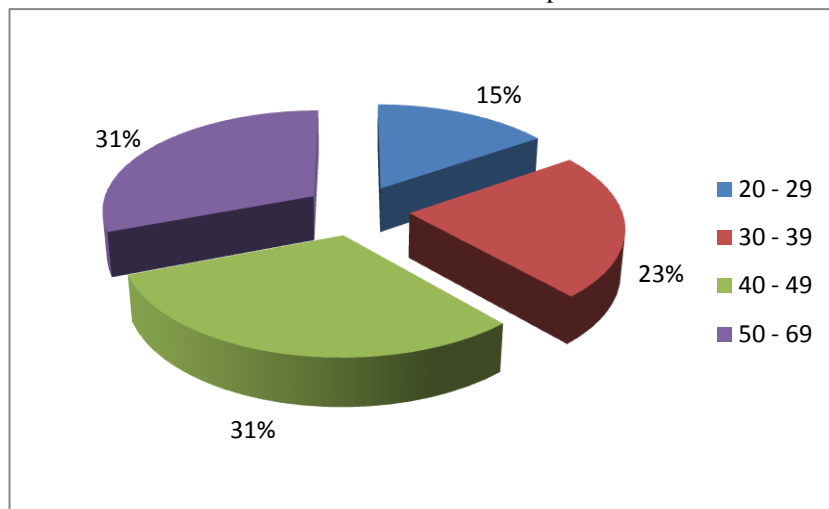


Grafico 5: Addicted - Distribuzione per classi d'età.

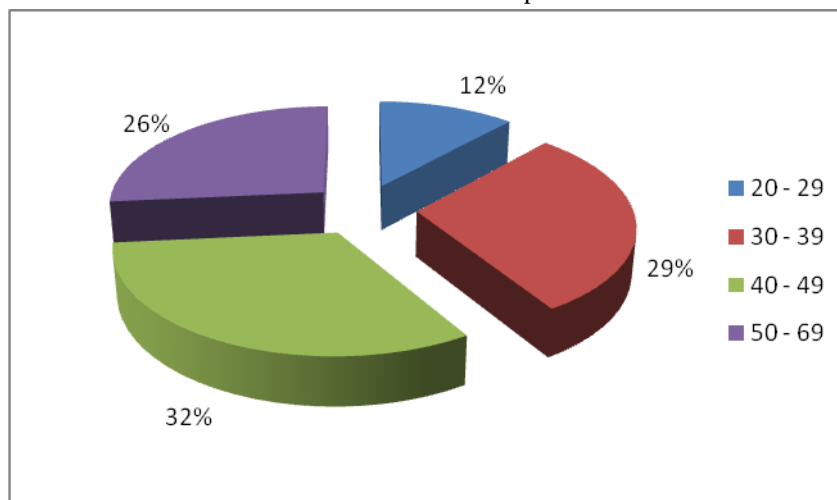
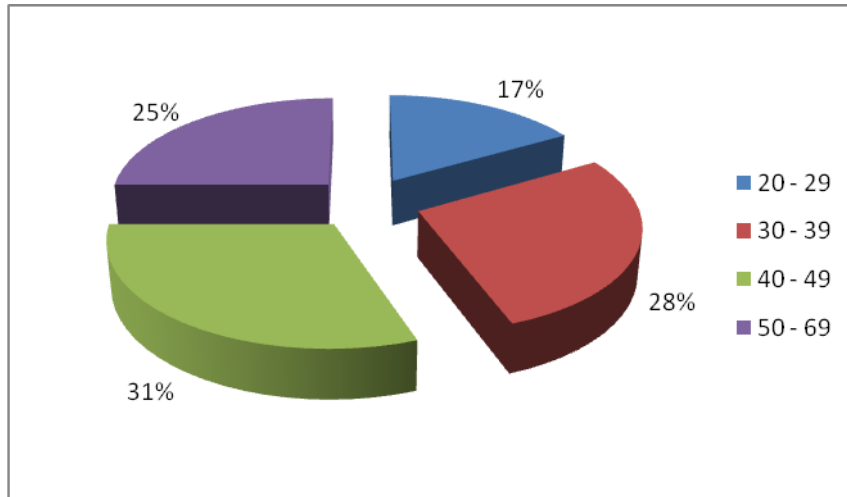


Grafico 6: Gruppo di controllo - Distribuzione per classi d'età.



Per quanto riguarda la variabile “Titolo di studio” , nel gruppo Utenti CeSAP il 5% dei soggetti valutati ha conseguito il titolo di Licenza Elementare, l’8% la Licenza Media Inferiore, il 51% la Licenza Media Superiore e il 36% la Laurea (Grafico 7). Nel gruppo Addicted possiamo rilevare che il 18% dei partecipanti ha conseguito la Licenza Elementare, il 47% la Licenza Media Inferiore, il 32% la Licenza Media Superiore e appena il 3% la Laurea (Grafico 8). Infine, nel gruppo di controllo nessun soggetto considerato ha conseguito la licenza elementare, il 19% ha conseguito la Licenza Media Inferiore, il 50% la Licenza Media Superiore e il 31% la Laurea (Grafico 9).

Grafico 7: Utenti CeSAP - Distribuzione per titolo di studio.

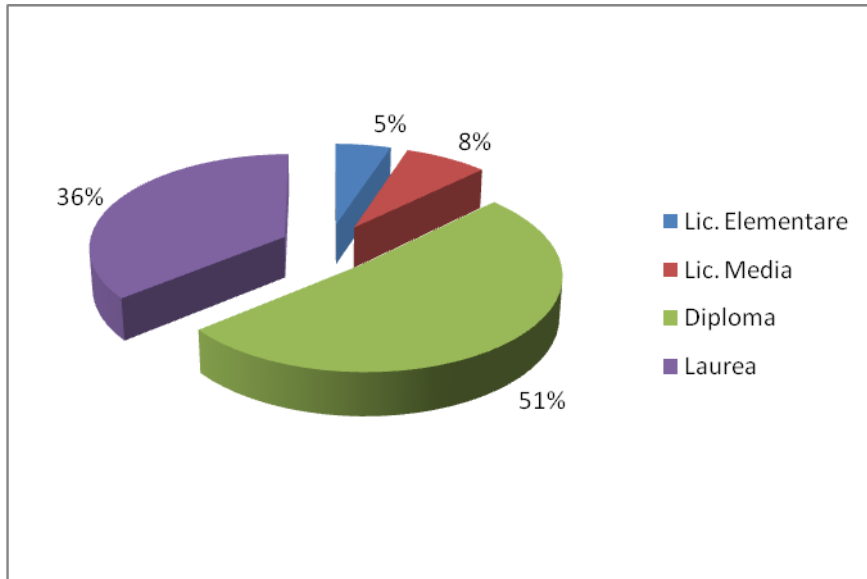


Grafico 8: Addicted - Distribuzione per titolo di studio.

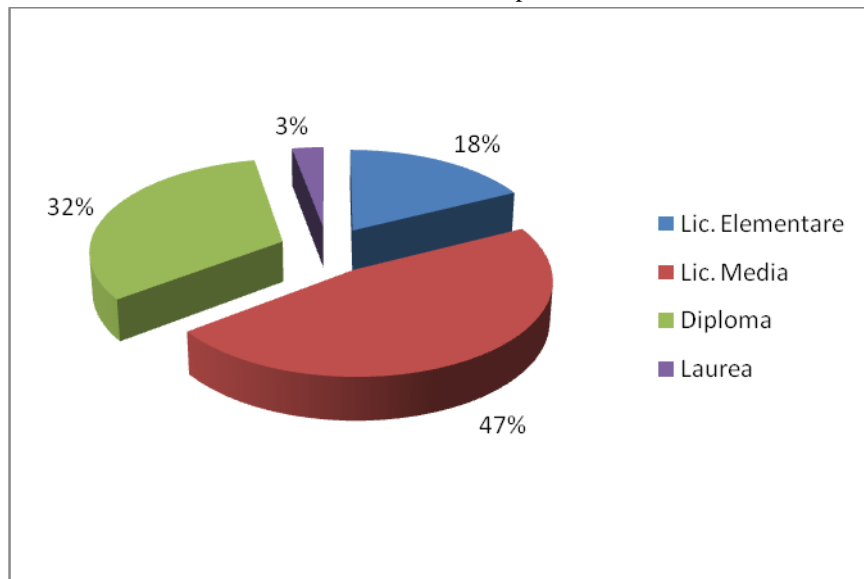
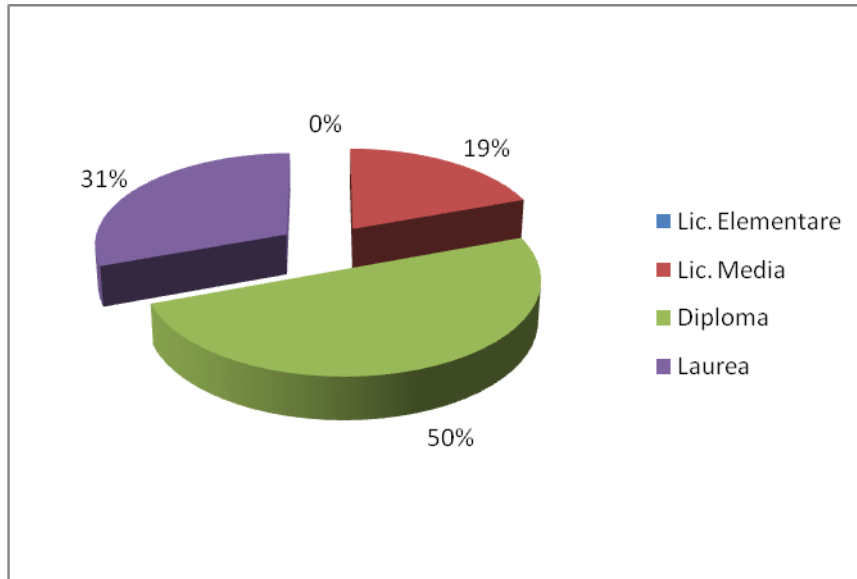


Grafico 9: Gr. di controllo – Distribuzione per titolo di studio.



Passando ad esaminare le variabili cliniche, la DES-II ci fa rilevare, nel gruppo Utenti CeSAP, la presenza di 8 probabili dissociati di interesse clinico; nel gruppo Addicted ne rileviamo, invece, 14 e appena 2 nel gruppo di controllo (Tab. 2).

Tabella 2: Distribuzione alla DES-II in base al cut-off.

DES-II	Utenti CeSAP	Addicted	Gruppo di Controllo
DISSOCIATO	8	14	2
NON DISSOCIATO	31	20	34
Totale	39	34	36

Se esaminiamo i dati relativi alla TAS-20, lo strumento evidenzia la presenza di 2 probabili alessitimici nel gruppo Utenti CeSAP, 12 nel gruppo Addicted e 4 nel gruppo di controllo. Inoltre, nel gruppo Utenti CeSAP, 10 soggetti presentano una condizione alessitimica indeterminata (BORDERLINE) rispetto a 13 soggetti del gruppo Addicted e 4 del gruppo di controllo (Tab. 3).

Tabella 3: Distribuzione alla TAS-20 in base al cut-off.

TAS-20	Utenti CeSAP	Addicted	Gruppo di Controllo
ALESSITIMICO	2	12	4
BORDERLINE	10	13	4
NON ALESSITIMICO	27	9	28
Totale	39	34	36

I dati relativi al trauma, rilevati con il CTQ, mettono in evidenza che 8 soggetti del gruppo Utenti CeSAP si distribuiscono nella dimensione dell'abuso emotivo "severo" seguiti da 7 soggetti del gruppo Addicted, mentre il resto del campione

tende a collocarsi tra le dimensioni “nessuno-moderato”. Se consideriamo i dati relativi all’abuso fisico notiamo che 6 soggetti del gruppo Utenti CeSAP si distribuiscono nella dimensione della severità dell’abuso seguiti, a loro volta, da 7 soggetti del gruppo Addicted, mentre i rimanenti partecipanti si collocano tra le dimensioni “nessuno-moderato”. Per quanto riguarda l’abuso sessuale, 4 soggetti del gruppo Utenti CeSAP e 4 del gruppo Addicted riferiscono esperienze di tipo “severo” legate a questa categoria contro 1 solo soggetto del gruppo di controllo, mentre il restante campione si colloca tra le dimensioni “nessuno-moderato”. Severe esperienze di negligenza emotiva vengono, inoltre, riportate da 12 soggetti del gruppo Utenti CeSAP contro 8 soggetti del gruppo Addicted e 1 solo soggetto del gruppo di controllo, mentre i restanti partecipanti si collocano tra le dimensioni “nessuno-moderato”. Infine, la severità della negligenza fisica viene riportata da 5 soggetti del gruppo Utenti CeSAP e 9 soggetti del gruppo Addicted con tutti gli altri partecipanti che si collocano tra le dimensioni “nessuno-moderato” (Tab. 4).

Tabella 4: Distribuzione al CTQ per categorie e dimensioni dell'abuso infantile.

CTQ	CUT-OFF	Utenti CeSAP	Addicted	Gruppo di Controllo
ABUSO EMOTIVO	NESSUNO	20	16	31
	BASSO	7	6	4
	MODERATO	4	5	1
	SEVERO	8	7	0
ABUSO FISICO	NESSUNO	25	15	33
	BASSO	4	7	2
	MODERATO	4	5	1
	SEVERO	6	7	0
ABUSO SESSUALE	NESSUNO	27	22	33
	BASSO	8	3	1
	MODERATO	0	5	1
	SEVERO	4	4	1
NEGLIGENZA EMOTIVA	NESSUNO	9	5	19
	BASSO	14	11	11
	MODERATO	4	10	5
	SEVERO	12	8	1
NEGLIGENZA FISICA	NESSUNO	23	13	29
	BASSO	9	5	6
	MODERATO	2	7	1
	SEVERO	5	9	0

I punteggi del PBI relativi al parenting materno evidenziano la presenza di: 7 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 2 del gruppo Addicted e 12 del gruppo di controllo che si distribuiscono nella categoria “genitorialità ottimale”; 8 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 3 del gruppo Addicted e 5 del gruppo di controllo che si distribuiscono nella categoria “negligenza genitoriale”; 20 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 25 del gruppo Addicted e 14 del gruppo di controllo che si distribuiscono nella categoria “controllo anaffettivo”; 4 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 3 del gruppo addicted e 5 del gruppo di controllo che si distribuiscono nella categoria “vincolo affettivo” (Tab. 5).

Tabella 5: Distribuzione al PBI materno per stile di parenting.

PBI (madre)	Utenti CeSAP	Addicted	Gruppo di Controllo
GENITORIALITÀ OTTIMALE	7	2	12
NEGLIGENZA GENITORIALE	8	3	5
CONTROLLO ANAFFETTIVO	20	25	14
VINCOLO AFFETTIVO	4	3	5
PERDITA DEL GENITORE	0	1	0
Totale	39	34	36

Il PBI paterno mette, invece, in evidenza la presenza di: 5 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 2 del gruppo Addicted e 9 del gruppo di controllo che rientrano nella categoria “genitorialità ottimale”; 12 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 5 del gruppo Addicted e 4 del gruppo di controllo che rientrano nella categoria “negligenza genitoriale”; 20 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 24 del gruppo Addicted, e 17 del gruppo di controllo che rientrano nella categoria “controllo anaffettivo”; 2 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 3 del gruppo Addicted e 4 del gruppo di controllo che rientrano nella categoria “vincolo affettivo” (Tab. 6).

Tabella 6: Distribuzione al PBI paterno per stile di parenting.

PBI (padre)	Utenti CeSAP	Addicted	Gruppo di Controllo
GENITORIALITÀ OTTIMALE	5	2	9
NEGLIGENZA GENITORIALE	12	5	4
CONTROLLO ANAFFETTIVO	20	24	17
VINCOLO AFFETTIVO	2	3	4
PERDITA DEL GENITORE	0	0	2
Totale	39	34	36

All’ASQ rileviamo, infine, che 11 partecipanti del gruppo Utenti CeSAP e 15 del gruppo Addicted riportano punteggi bassi alla scala della “Fiducia” contro 5 soggetti del gruppo di controllo. Alla scala “Disagio per l’intimità” riportano

punteggi elevati 13 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 4 del gruppo Addicted e 11 del gruppo di controllo, mentre alla scala “Bisogno di approvazione” riportano punteggi alti 13 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 13 del gruppo Addicted e 10 del gruppo di controllo. Alla scala “Preoccupazione per le relazioni”, punteggi elevati vengono riportati da 12 partecipanti del gruppo Utenti CeSAP, 14 del gruppo Addicted e 12 del gruppo di controllo e, per quanto riguarda la scala “Secondarietà delle relazioni” riportano punteggi alti 5 soggetti del gruppo Utenti CeSAP, 14 del gruppo Addicted e 11 del gruppo di controllo (Tab. 7).

Tabella 7: Distribuzione all'ASQ.

ASQ	CUT-OFF	Utenti CeSAP	Addicted	Gruppo di Controllo
Fiducia	Bassa	11	15	5
	Alta	28	19	31
Disagio per l'intimità	Basso	26	30	25
	Alto	13	4	11
Bisogno di approvazione	Basso	26	21	26
	Alto	13	13	10
Preoccupazione per le relazioni	Bassa	27	20	24
	Alta	12	14	12
Secondarietà delle relazioni	Bassa	34	20	25
	Alta	5	14	11

Prendendo in considerazione le statistiche inferenziali, notiamo dall'applicazione dell'analisi della varianza quanto segue: alla DES-II rileviamo, per i tre gruppi, la presenza di differenze statisticamente significative alla scala totale [F(2, 106) = 14,514; p<0.001], alla DES-T [F(2, 106) = 9,91; p<0.001] e a tutte le altre sottoscale, ovvero, “Amnesia Dissociativa” [F(2, 106) = 13,111; p<0,001], “Assorbimento” [F(2, 106) = 9,435; p<0,001], “Depersonalizzazione/Derealizzazione” [F(2, 106) = 9,818; p<0,001] (Tab. 8.1).

Anche alla TAS-20 sono presenti differenze statisticamente significative su tutte le scale, inoltre, l'effetto risulta essere più potente alla scala totale [F(2, 106) = 17,496; p<0,001] e alle due sottoscale “Difficoltà ad identificare i sentimenti” [F(2, 106) = 14,641; p<0,001] e “Difficoltà a descrivere i sentimenti” [F(2, 106) = 10,707; p<0,001] rispetto alla sottoscala “Pensiero operatorio” [F(2, 106) = 7,14; p<0,01] (Tab. 8.2).

Tabella 8.1: Statistiche descrittive e ANOVA - DES-II.

DES-II	Scale	Gruppi	Statistiche descrittive		Anova	
			Media	DS	F	Sign.
DES-II (Media CUT-OFF)		Utenti CeSAP	1,93	1,284	14,514	0,000
		Addicted	2,86	1,593		
		Gruppo di Controllo	1,18	0,992		
DES-T		Utenti CeSAP	11,95	10,138	9,910	0,000
		Addicted	15,94	13,987		
		Gruppo di Controllo	4,86	6,565		
Amnesia Dissociativa		Utenti CeSAP	5,46	5,898	13,111	0,000
		Addicted	12,41	10,919		
		Gruppo di Controllo	3,50	5,141		
Assorbimento		Utenti CeSAP	18,31	11,687	9,435	0,000
		Addicted	23,74	12,176		
		Gruppo di Controllo	12,19	9,313		
Depersonalizzazione/De-realizzazione		Utenti CeSAP	16,26	12,247	9,818	0,000
		Addicted	19,74	13,155		
		Gruppo di Controllo	8,06	8,159		

Tabella 8.2: Statistiche descrittive e ANOVA - TAS-20.

TAS-20	Scale	Gruppi	Statistiche descrittive		Anova	
			Media	DS	F	Sign.
Tot. TAS-20		Utenti CeSAP	42,87	12,950	17,496	0,000
		Addicted	57,21	10,215		
		Gruppo di Controllo	42,61	11,958		
Difficoltà ad identificare i sentimenti		Utenti CeSAP	15,21	6,027	14,641	0,000
		Addicted	20,91	6,067		
		Gruppo di Controllo	13,58	5,719		
Difficoltà a descrivere i sentimenti		Utenti CeSAP	11,97	5,107	10,707	0,000
		Addicted	16,29	3,873		
		Gruppo di Controllo	11,75	4,747		
Pensiero operatorio		Utenti CeSAP	15,69	5,526	7,140	0,001
		Addicted	20,00	4,369		
		Gruppo di Controllo	17,28	4,608		

In riferimento alle categorie dell'abuso infantile, il CTQ mette in evidenza differenze statisticamente significative alle scale "Abuso emotivo" [$F(2, 106) = 9,828$; $p < 0,001$], "Abuso fisico" [$F(2, 106) = 9,062$; $p < 0,001$], "Negligenza emotiva" [$F(2, 106) = 11,476$; $p < 0,001$] e "Negligenza fisica" [$F(2, 106) = 14,087$; $p < 0,001$], mentre non sono presenti differenze statisticamente significative alla scala relativa alle esperienze di "Abuso sessuale" (Tab. 8.3).

Tabella 8.3: Statistiche descrittive e ANOVA – CTQ.

CTQ	Scale	Gruppi	Statistiche descrittive		Anova	
			Media	DS	F	Sign.
Abuso Emotivo		Utenti CeSAP	10,97	5,806	9,828	0,000
		Addicted	11,09	5,474		
		Gruppo di Controllo	6,67	2,414		
Abuso Fisico		Utenti CeSAP	7,67	3,723	9,062	0,000
		Addicted	9,29	5,185		
		Gruppo di Controllo	5,53	1,207		
Abuso Sessuale		Utenti CeSAP	7,33	4,770	2,133	0,124
		Addicted	7,29	4,853		
		Gruppo di Controllo	5,61	1,678		
Negligenza Emotiva		Utenti CeSAP	14,26	5,098	11,476	0,000
		Addicted	14,35	4,638		
		Gruppo di Controllo	9,89	3,671		
Negligenza Fisica		Utenti CeSAP	7,74	2,844	14,087	0,000
		Addicted	9,94	4,030		
		Gruppo di Controllo	6,22	1,456		

Se prendiamo in considerazione il parenting, al PBI rileviamo differenze statisticamente significative solo alle rispettive scale di "Accudimento" materno [$F(2, 106) = 4,353$; $p < 0,05$] e paterno [$F(2, 106) = 9,183$; $p < 0,001$], mentre le scale relative all'"Iperprotettività" non mostrano differenze significative su entrambe le versioni del protocollo (Tabb. 8.4.1 – 8.4.2).

Tabella 8.4.1: Statistiche descrittive e ANOVA - PBI madre.

PBI (madre)	Scale	Gruppi	Statistiche descrittive		Anova	
			Media	DS	F	Sign.
Accudimento		Utenti CeSAP	18,51	10,244	4,353	0,015
		Addicted	19,12	7,619		
		Gruppo di Controllo	24,03	7,876		
Iperprotettività		Utenti CeSAP	17,21	9,211	0,761	0,470
		Addicted	17,45	4,976		
		Gruppo di Controllo	15,39	7,983		

Tabella 8.4.2: Statistiche descrittive e ANOVA - PBI padre.

PBI (padre)	Scale	Gruppi	Statistiche descrittive		Anova	
			Media	DS	F	Sign.
Accudimento		Utenti CeSAP	16,95	10,146	9,183	0,000
		Addicted	16,03	8,133		
		Gruppo di Controllo	24,15	7,033		
Iperprotettività		Utenti CeSAP	14,74	9,335	2,487	0,088
		Addicted	18,03	6,152		
		Gruppo di Controllo	14,18	7,124		

Infine, l'ASQ fa rilevare differenze statisticamente significative solo per due scale, ovvero, "Fiducia" [$F(2, 106) = 4,966$; $p < 0,01$] e "Secondarietà delle

relazioni” [F(2, 106) = 3,198; p<0,05], mentre per le altre scale non sono presenti differenze significative (Tab. 8.5).

Tabella 8.5: Statistiche descrittive e ANOVA - ASQ.

ASQ	Scale	Gruppi	Statistiche descrittive		Anova	
			Media	DS	F	Sign.
Fiducia		Utenti CeSAP	33,72	5,749	4,966	0,009
		Addicted	31,15	5,147		
		Gruppo di Controllo	35,03	4,687		
Disagio per l'intimità		Utenti CeSAP	37,33	8,646	2,800	0,065
		Addicted	33,71	5,896		
		Gruppo di Controllo	37,19	6,832		
Bisogno di approvazione		Utenti CeSAP	20,85	7,106	2,793	0,066
		Addicted	23,32	5,687		
		Gruppo di Controllo	19,94	5,508		
Preoccupazione per le relazioni		Utenti CeSAP	28,18	8,259	1,948	0,148
		Addicted	31,29	5,480		
		Gruppo di Controllo	29,39	5,977		
Secondarietà delle relazioni		Utenti CeSAP	15,13	5,644	3,198	0,045
		Addicted	18,50	5,775		
		Gruppo di Controllo	16,03	6,073		

Proseguendo con l’analisi della varianza, abbiamo applicato il test post-hoc di Bonferroni al fine di stabilire quali medie relative ai punteggi ottenuti risultano essere effettivamente diverse nel confronto tra i tre gruppi. Alla scala totale della DES-II rileviamo differenze statisticamente significative tra Utenti CeSAP e Addicted (p<0,01), tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo (p<0,05), e tra Addicted e gruppo di controllo (p<0,001); alla DES-T non risultano esserci differenze statisticamente significative tra Utenti CeSAP e Addicted mentre queste sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo (p<0,05) e tra Addicted e gruppo di controllo (p<0,001); alla scala “Amnesia Dissociativa” sono presenti differenze statisticamente significative tra Utenti CeSAP e Addicted (p<0,01) e tra Addicted e gruppo di controllo (p<0,001) mentre non sono presenti differenze tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo; un’unica differenza statisticamente significativa emerge alla scala “Assorbimento” tra Addicted e gruppo di controllo (p<0,001) mentre gli altri due confronti non evidenziano differenze; anche alla scala “Depersonalizzazione/Derealizzazione” non risultano esserci differenze statisticamente significative tra Utenti CeSAP e Addicted, mentre queste sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo (p<0,01) e tra Addicted e gruppo di controllo (p<0,001). Per quanto riguarda i punteggi medi,

risultano essere più alti in tutte le scale quelli del gruppo Addicted, seguiti da gruppo Utenti CeSAP e dal gruppo di controllo (Tab. 9.1).

Tabella 9.1: Test post-hoc di Bonferroni - DES-II.

DES-II	Scale	Gruppi	p-value < 0,05
DES-II (Media CUT-OFF)		Utenti CeSAP	0,043
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	0,009
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	
DES-T		Utenti CeSAP	0,014
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	
Amnesia dissociativa		Utenti CeSAP	ns
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	0,001
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	
Assorbimento		Utenti CeSAP	ns
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	
Depersonalizzazione/Derealizzazione		Utenti CeSAP	0,007
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	

Se consideriamo le scale dell'alessitimia rileviamo alla scala totale della TAS-20 differenze statisticamente significative tra Utenti CeSAP e Addicted ($p < 0,001$) e tra Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,001$) mentre tali differenze non sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo. Lo stesso andamento si rileva ai due fattori "Difficoltà ad identificare i sentimenti" (Utenti CeSAP/Addicted: $p < 0,001$; Addicted/Gruppo di controllo: $p < 0,001$) e "Difficoltà a descrivere i sentimenti" (Utenti CeSAP/Addicted: $p < 0,001$; Addicted/Gruppo di controllo:

$p < 0.001$), mentre al terzo fattore “Pensiero operatorio” sono presenti differenze statisticamente significative solo tra Utenti CeSAP e Addicted ($p < 0,01$). L’andamento dei punteggi mette in evidenza medie più elevate nel gruppo Addicted seguito dal gruppo Utenti CeSAP e gruppo di controllo che ottengono punteggi simili alla scala totale e ai primi due fattori, mentre al terzo fattore il gruppo Addicted viene seguito dal gruppo di controllo e dal gruppo Utenti CeSAP (Tab. 9.2).

Tabella 9.2: Test post-hoc di Bonferroni -TAS-20.

TAS-20		
Scale	Gruppi	p-value < 0,05
Tot. TAS-20	Utenti CeSAP	ns
	Gruppo di Controllo	
	Utenti CeSAP	0,000
	Addicted	
	Addicted	0,000
	Gruppo di Controllo	
Difficoltà ad identificare i sentimenti	Utenti CeSAP	ns
	Gruppo di Controllo	
	Utenti CeSAP	0,000
	Addicted	
	Addicted	0,000
	Gruppo di Controllo	
Difficoltà a descrivere i sentimenti	Utenti CeSAP	ns
	Gruppo di Controllo	
	Utenti CeSAP	0,000
	Addicted	
	Addicted	0,000
	Gruppo di Controllo	
Pensiero operatorio	Utenti CeSAP	ns
	Gruppo di Controllo	
	Utenti CeSAP	0,001
	Addicted	
	Addicted	ns
	Gruppo di Controllo	

Alla scala “Abuso emotivo” del CTQ non sono presenti differenze statisticamente significative tra Utenti CeSAP e Addicted, mentre differenze significative sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo ($p < 0,01$) e Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,001$); i punteggi medi ottenuti dal gruppo Addicted a questa scala, sebbene siano più alti, non sembrano differire di molto con quelli ottenuti dal gruppo Utenti CeSAP, in ogni caso, i due gruppi clinico e

sub-clinico ottengono punteggi più alti rispetto al gruppo di controllo. Ancora un'assenza di differenze tra Utenti CeSAP e Addicted è presente alla scala "Abuso fisico", mentre le differenze sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo ($p < 0,05$) e Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,001$); le medie dei punteggi risultano essere più elevate nel gruppo Addicted seguito dal gruppo Utenti CeSAP e dal gruppo di controllo. Alla scala "Negligenza emotiva" dello stesso strumento è presente un andamento simile a quello riscontrato per la scala "Abuso emotivo": Utenti CeSAP e Addicted riportano punteggi simili e maggiori rispetto al gruppo di controllo, inoltre, i due gruppi non differiscono significativamente, mentre la differenza è presente tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo ($p < 0,05$) e tra Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,001$). Infine, alla scala "Negligenza fisica" sono presenti differenze statisticamente significative tra CeSAP e Addicted ($p < 0,01$) e tra Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,001$); anche i punteggi medi tendono a non evidenziare differenze tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo che riportano valori inferiori al gruppo Addicted (Tab. 9.3).

Tabella 9.3: Test post-hoc di Bonferroni - CTQ.

CTQ	Scale	Gruppi	p-value < 0,05
Abuso emotivo		Utenti CeSAP	0,001
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
Abuso fisico		Addicted	0,001
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	0,043
		Gruppo di Controllo	
Negligenza Emotiva		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	
Negligenza Fisica		Utenti CeSAP	0,000
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	0,006
		Addicted	
		Addicted	0,000
		Gruppo di Controllo	

Al PBI sono presenti differenze statisticamente significative alla scala “Accudimento” in entrambe le versioni del protocollo (madre e padre). Al PBI materno sono presenti differenze significative tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo ($p < 0,05$), mentre queste non sono presenti tra Utenti CeSAP e Addicted e tra Addicted e gruppo di controllo (Tab. 9.4.1); al PBI paterno le differenze sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo ($p < 0,01$) e tra Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,01$), mentre queste vengono a mancare tra CeSAP e Addicted (Tab. 9.4.2). Inoltre, il gruppo Addicted riporta punteggi medi inferiori di accudimento materno rispetto al gruppo Utenti CeSAP e al gruppo di controllo e lo stesso trend si rileva nei punteggi di accudimento paterno, tuttavia, in quest’ultimo caso la differenza tra i due gruppi clinico e sub-clinico è minima e non significativa.

Tabella 9.4.1: Test post-hoc di Bonferroni - PBI madre.

PBI (Madre)		
Scale	Gruppi	p-value < 0,05
Accudimento	Utenti CeSAP	0,022
	Gruppo di Controllo	
	Utenti CeSAP	ns
	Addicted	
	Addicted	ns
	Gruppo di Controllo	

Tabella 9.4.2: Test post-hoc di Bonferroni - PBI Padre.

PBI (Padre)		
Scale	Gruppi	p-value < 0,05
Accudimento	Utenti CeSAP	0,002
	Gruppo di Controllo	
	Utenti CeSAP	ns
	Addicted	
	Addicted	0,001
	Gruppo di Controllo	

Anche per l'ASQ non sono presenti differenze statisticamente significative alla scala "Fiducia" tra Utenti CeSAP e Addicted, come non sono presenti tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo, mentre sono presenti differenze significative tra Addicted e gruppo di controllo ($p < 0,01$); i punteggi medi, inoltre, indicano valori più bassi per gli Addicted seguiti dal gruppo utenti CeSAP e dal gruppo di controllo. Un'altra differenza significativa è stata riscontrata alla scala "Secondarietà delle relazioni" tra Utenti CeSAP e Addicted ($p < 0,05$), mentre tra Utenti CeSAP e gruppo di controllo e tra Addicted e gruppo di controllo non si rilevano differenze significative, inoltre, il gruppo Addicted mostra punteggi medi più elevati rispetto agli altri due gruppi e il gruppo Utenti CeSAP precede il gruppo di controllo (Tab. 9.5).

Tabella 9.5: Test post-hoc di Bonferroni - ASQ.

ASQ	Scale	Gruppi	p-value < 0,05
Fiducia		Utenti CeSAP	ns
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	ns
		Addicted	
		Addicted	0,007
		Gruppo di Controllo	
Secondarietà delle relazioni		Utenti CeSAP	ns
		Gruppo di Controllo	
		Utenti CeSAP	0,046
		Addicted	
		Addicted	ns
		Gruppo di Controllo	

A questo punto, ci siamo chiesti quali potevano essere le variabili in grado di discriminare i tre gruppi. Applicando un test di regressione logistica abbiamo esaminato le variabili Utenti CeSAP/Gruppo di controllo: la regressione ha messo in evidenza che la DES-II e il CTQ predicono significativamente l'appartenenza al gruppo Utenti CeSAP spiegando il 39,5% della varianza (Nagelkerke R-quadrato = 0.395) (Tab. 10.1).

Tabella 10.1: Regressione logistica - Utenti CeSAP/Gruppo di controllo.

Passo	-2 log verosimiglianza	R-quadrato di Cox e Snell	R-quadrato di Nagelkerke
1	77,524	0,296	0,395

Variabili	B	df	Sign.	Exp(B)	95% CI per EXP(B)	
					Inferiore	Superiore
Passo 1a TAS-20	0,032	1	0,243	1,033	0,978	1,090
DES-II	-0,023	1	0,017	0,977	0,958	0,996
CTQ	-0,101	1	0,001	0,904	0,850	0,961
Costante	3,559	1	0,023	35,127		

Lo stesso test è stato applicato alle variabili Utenti CeSAP/Addicted e abbiamo, in questo caso, rilevato che la predizione dell'appartenenza al gruppo Addicted risulta essere significativa per la TAS-20 che spiega il 36,8% della varianza (Nagelkerke R-quadrato = 0,368) (Tab. 10.2).

Tabella 10.2: Regressione logistica - Utenti CeSAP/Addicted.

Passo	-2 log verosimiglianza	R-quadrato di Cox e Snell	R-quadrato di Nagelkerke				
1	77,305	0,276	0,368				
				95% CI per EXP(B)			
Variabili	B	df	Sign.	Exp(B)	Inferiore	Superiore	
Passo 1a TAS-20	0,104	1	0,001	1,110	1,043	1,180	
DES-II	0,001	1	0,863	1,001	0,986	1,017	
CTQ	0,004	1	0,817	1,004	0,969	1,040	
Costante	-5,626	1	0,000	0,004			

Abbiamo, infine, applicato la regressione alle variabili Addicted/Gruppo di controllo e, in questo caso, a predire significativamente l'appartenenza al gruppo Addicted sono la TAS-20, la DES-II e il CTQ che spiegano il 68,5% della varianza (Nagelkerke R-quadrato = 0,685) (Tab. 10.3).

Tabella 10.3: Regressione logistica - Addicted/Gruppo di controllo.

Passo	-2 log verosimiglianza	R-quadrato di Cox e Snell	R-quadrato di Nagelkerke				
1	46,580	0,513	0,685				
				95% CI per EXP(B)			
Variabili	B	df	Sign.	Exp(B)	Inferiore	Superiore	
Passo 1a TAS-20	-0,079	1	0,039	0,924	0,857	0,996	
DES-II	-0,031	1	0,023	0,969	0,944	0,996	
CTQ	-0,150	1	0,002	0,860	0,782	0,947	
Costante	11,685	1	0,000	118736,84			

4.6. Discussione.

Il primo dato a cui prestiamo attenzione è di tipo demografico e riguarda la variabile "Titolo di studio". Se osserviamo il grafico 7 notiamo che l'87% dei partecipanti del gruppo Utenti CeSAP ha un livello di istruzione superiore alla Licenza Media inferiore il che rappresenta un'ulteriore conferma della letteratura secondo la quale gli affiliati ai culti a deriva settaria presentano un livello di istruzione medio-alto (Boschetti, 2007; Singer e Lalich, 1995). In questo senso, le teorie sulla manipolazione mentale possono considerarsi valide.

Se consideriamo una visione panoramica dei dati ottenuti, notiamo che in tutte le variabili cliniche considerate (almeno a livello descrittivo) i livelli maggiori di psicopatologia risultano essere più gravi nel gruppo Addicted e lo stesso può dirsi a riguardo dei probabili fattori eziologici che risultano essere presenti con maggior frequenza in questo gruppo. Anche questo risultato, in ogni caso, riflette le nostre aspettative in quanto stiamo parlando di un gruppo clinico che comprende, nella

maggior parte dei casi, soggetti con doppia diagnosi. Il gruppo Utenti CeSAP, invece, tende a situarsi in una posizione intermedia in quanto i punteggi ottenuti dai partecipanti tendono ad avere valori inferiori al gruppo Addicted ma superiori al gruppo di controllo.

Se prendiamo in esame le misure della dissociazione notiamo come il gruppo Addicted presenti livelli più alti e significativi relativi a questo costrutto rispetto agli altri due gruppi, tuttavia, se consideriamo la scala della dissociazione patologica della DES-II (la DES-T), queste differenze non vengono evidenziate se confrontiamo ex tossicodipendenti con ex affiliati a culti a deriva settaria. Questa somiglianza tra gruppo Utenti CeSAP e Gruppo Addicted riflette un ulteriore risultato atteso in quanto conferma la nostra ipotesi di partenza, ma anche ciò che Steven Hassan (1999) ha scritto in proposito: *“persone indottrinate a eseguire ogni giorno cantilene ripetitive o sedute di meditazione dalla durata eccessiva, possono diventare psicologicamente e fisiologicamente dipendenti da queste e da altre tecniche di controllo mentale. Questa sorta di ‘congelamento mentale’ provoca massicce secrezioni di sostanze chimiche che causano non solo uno stato di dissociazione, ma anche un’alterazione simile a quella creata dall’uso di stupefacenti”* (p. 75). Quindi, anche in merito a questa interpretazione, possiamo dire che i dati ottenuti vanno in direzione di quanto affermato dalle teorie classiche. Un altro dato interessante che conferma la gravità maggiore della psicopatologia negli Addicted ci viene fornito dalla scala “Amnesia Dissociativa”: i punteggi assumono valori più alti e significativi dal punto di vista statistico rispetto agli altri due gruppi e ciò si mostra in accordo con le osservazioni della Steinberg secondo la quale maggiori sono i livelli di amnesia di tipo non organico e più grave è da considerarsi il livello di patologia (Steinberg e Schnall, 2001). Inoltre, quest’ultimo risultato è da considerarsi come conferma indiretta dell’ipotesi della *dissociazione strutturale della personalità* (van der Hart et al., 2006): in quanto sintomo *negativo* della dissociazione, l’amnesia è da considerarsi uno dei criteri fondamentali su cui si fonda la compartimentazione degli stati psichici (Putnam, 2001). Tuttavia, i due gruppi di nostro interesse tendono ad incontrarsi sulle dimensioni di “Depersonalizzazione/Derealizzazione” in cui non differiscono significativamente, infatti, uno studio della Steinberg (1991) tende ad associare questi sintomi all’abuso di sostanze, ma anche Singer e Lalich (1995) tendono a considerarli come normale risposta ai postumi dell’esperienza settaria:

si pensi agli episodi di ondeggiamento del pensiero o all'attivazione spontanea di stati di trance dissociative quando si entra in contatto con stimoli legati a stress eccessivi. La scala di "Assorbimento" mostra solo una differenza significativa tra ex tossicodipendenti e popolazione generale: tendiamo ad interpretare questo risultato come ulteriore conferma del fatto che l'addiction sia una patologia che riguarda un gruppo clinico che mostra caratteristiche diverse rispetto al resto della popolazione e, se si hanno livelli di dissociazione elevati questi si rifletterebbero anche nei fenomeni di assorbimento che riguardano anche la popolazione generale.

Alla TAS-20 solo gli Addicted si differenziano significativamente rispetto agli altri gruppi, mentre i livelli di alessitimia del gruppo Utenti CeSAP non differiscono molto da quelli della popolazione generale, e ciò potrebbe essere dovuto a due fattori se consideriamo che alessitimia e dissociazione sono correlate positivamente e significativamente: un primo fattore è di ordine psicometrico: la TAS-20 potrebbe essere più sensibile per le popolazioni cliniche; un secondo fattore messo in evidenza da Caretti et al. (2010, p. 125) potrebbe essere di ordine introspettivo ed evidenza "*il mancato riconoscimento da parte dei soggetti intervistati delle loro aree di disregolazione affettiva*", in altre parole, soggetti con elevati livelli di dissociazione avrebbero difficoltà ad interrogarsi sulle loro emozioni e questo si rifletterebbe in probabili falsi negativi nei *self-report* che richiedono compiti di autosservazione emozionale.

Sebbene i dati finora commentati sono risultati molto utili e hanno anche seguito le linee teoriche tradizionali sulle dipendenze patologiche e sulle sette, questi ci servono a ben poco se il nostro obiettivo è sostenere una teoria generale sulla genesi delle dipendenze patologiche, con e senza sostanze, che deve essere sostenuta, a sua volta, da un modello robusto come il *modello evolutivo-relazionale*. Per il nostro modello teorico di riferimento, il comportamento di dipendenza è rappresentato da un oggetto esterno di regolazione emozionale in grado di sopperire ad un difetto emotivo di base occorso a seguito di esperienze traumatiche ripetute nel corso dello sviluppo. Andiamo, quindi, ad esaminare i dati relativi al CTQ e notiamo che l'infanzia dei partecipanti assegnati ai nostri gruppi d'interesse risulta essere caratterizzata da numerosi traumi di varia natura che non sono presenti nella popolazione generale. I traumi in questione consistono

in severe forme di maltrattamento e negligenze emotive e fisiche. In particolare, nel gruppo Addicted risultano essere significative tutte le forme di abuso considerate mentre nel gruppo Utenti CeSAP sono presenti forme di maltrattamento più significative dal punto di vista emotivo. In entrambi i gruppi non è, tuttavia, presente significatività relativa all'abuso sessuale. Tale dato può riflettere la reale assenza in questi soggetti di abusi sessuali precocemente esperiti, ma potrebbe altresì essere un dato interpretabile sulla base della delicatezza dell'argomento e, quindi, su possibili fenomeni di desiderabilità sociale che potrebbero essere comparsi nonostante avessimo fornito garanzia di anonimato per tutti i partecipanti. Bisogna ricordare che per trauma non si intende solo l'abuso e il maltrattamento ma anche la trascuratezza e la mancanza di nutrimento affettivo, per cui bisogna considerare anche lo stile di parenting genitoriale come fortemente implicato nello sviluppo dell'alfabetizzazione emozionale e delle strategie di regolazione. Il PBI mostra risultati interessanti ma, allo stesso tempo, non del tutto soddisfacenti: ciò che, comunque, va nella direzione delle nostre ipotesi di partenza è che, ad entrambe le versioni del protocollo, i punteggi di accudimento nei due gruppi clinico e sub-clinico sono significativamente inferiori rispetto ai controlli e l'effetto risulta essere più robusto al PBI paterno; non possiamo, tuttavia, trarre conclusioni su quale stile di parenting specifico possa caratterizzare i tre gruppi considerati. Per quanto riguarda, invece, le dimensioni dell'attaccamento adulto, l'ASQ fornisce risultati incoraggianti dal punto di vista descrittivo, infatti, i punteggi alla scala "Fiducia" (fortemente implicata nella categorizzazione dell'attaccamento sicuro) risultano essere inferiori nei nostri gruppi d'interesse rispetto al gruppo di controllo, tuttavia, le significatività ottenute non ci consentono di poter trarre interpretazioni in quanto è necessario disporre di maggiori informazioni relativamente alle altre scale oppure utilizzare strumenti più affidabili che misurino direttamente la qualità dei modelli operativi interni come l'Adult Attachment Interview. Questi ultimi risultati sono coerenti con quelli forniti dagli studi empirici effettuati dagli autori del nostro modello teorico di riferimento: i soggetti del gruppo Addicted e del gruppo Utenti CeSAP riferiscono un maggior numero di esperienze traumatiche rispetto al gruppo di controllo; queste ultime potrebbero essere associate agli elevati valori di dissociazione misurati alla DES-II negli stessi gruppi supportando anche gli studi dei numerosi autori che si sono occupati del fenomeno (Liotti, 1993; Liotti e

Farina, 2011; Putnam, 2001; Steinberg e Schnall, 2001; van der Hart et al., 2006). Anche la regressione logistica supporta i dati forniti dalla recente letteratura sulle dipendenze patologiche: l'alessitimia, la dissociazione e il trauma infantile risultano essere le variabili che maggiormente sono in grado di discriminare l'appartenenza al gruppo Addicted rispetto al gruppo di controllo il che sta a supportare l'ipotesi dell'oggetto esterno di regolazione emozionale come compensatore delle carenze nei sistemi di autoregolazione: il trauma provoca dissociazione nei processi psichici e conseguente disregolazione derivante dall'assenza di un'adeguata alfabetizzazione emozionale, quindi, il dolore psichico non mentalizzato verrebbe attutito attraverso le sostanze in quanto oggetti in grado di gestire le emozioni negative relegate negli stati mentali dissociati (Caretti et al., 2010; Liotti, 2005; Schimmenti, 2013; Schimmenti e Caretti, 2010). Inoltre, il trauma infantile e la dissociazione risultano essere le variabili che meglio predicono l'appartenenza al gruppo Utenti CeSAP rispetto al gruppo di controllo, quindi, i nostri dati non forniscono conferma alle teorie classiche sulla manipolazione mentale secondo le quali le tecniche di persuasione adottate dai culti avrebbero un identico effetto su tutti i neofiti (Hassan, 1999), ma aprono la strada all'ipotesi secondo la quale la dipendenza dell'adepto dal culto e dal suo leader potrebbe essere rafforzata anche da fattori evolutivi e di personalità.

Questo studio ha messo in evidenza che i meccanismi implicati nell'affiliazione settaria e nella dipendenza da sostanze sono molto simili e riguardano molti aspetti della sfera evolutiva della persona. Va comunque sottolineato come le teorie classiche sulla manipolazione mentale, il controllo mentale e la persuasione coercitiva sono da ritenersi ancora valide, tuttavia, vanno considerate in un'ottica più ampia e complessa che porterebbe anche a nuove implicazioni per il trattamento terapeutico degli ex adepti che ritengono di essere stati psicologicamente danneggiati: non solo exit counseling ma anche programmi di psicoterapia focalizzati sull'elaborazione delle memorie traumatiche. La letteratura sull'argomento ha tentato di validare l'ipotesi sulla possibile esistenza di una sindrome specifica per chi aderisce ad un culto a deriva settaria: Singer e Lalich (1995), a tal proposito, avevano elencato una serie di sintomi simili al PTSD ma con contenuti specifici relativi all'esperienza settaria, in ogni caso non esiste oggi una specifica patologia da culto scientificamente riconosciuta, anche se la letteratura psichiatrica più recente, ovvero il DSM-V, ha introdotto all'interno

della categoria “**Disturbo dissociativo con altra specificazione**” una sottocategoria denominata “**Disturbo dell’identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa**” che ha le seguenti caratteristiche: “*individui che sono stati sottoposti a persuasioni coercitive intense (per es. lavaggio del cervello, rieducazione, indottrinamento durante periodi di prigionia, tortura, lunghe detenzioni politiche, coinvolgimento in sette/culti o in organizzazioni terroristiche), possono manifestare modificazioni prolungate della, o interrogativi consapevoli riguardo alla, propria identità*” (American Psychiatric Association, 2013, p. 355). La specificazione di questo disturbo rappresenta un’ulteriore conferma del fatto che le teorie sulla manipolazione mentale sono tuttora valide e fondamentali per la conoscenza del fenomeno ma anche per effettuare corretti inquadramenti diagnostici.

A questo punto, è opportuno anche tener presente i limiti del nostro studio: il primo è legato agli strumenti utilizzati: i *self-report* risentono di numerose limitazioni legate alla compilazione da parte dei partecipanti, alla desiderabilità sociale, alle caratteristiche di attendibilità, validità e alle caratteristiche operative, tuttavia, abbiamo cercato di utilizzare il “meglio” dal punto di vista psicometrico; un secondo limite è legato alla numerosità del campione: è molto difficile reclutare persone che hanno fatto parte di un culto a deriva settaria poiché, spesso, risultano essere molto diffidenti per paura di ritorsioni da parte degli attuali membri nonostante fosse stato garantito l’anonimato, inoltre, molti soggetti che avevano dato inizialmente la loro adesione, successivamente si sono ritirati per gli stessi motivi. Un obiettivo che non abbiamo potuto raggiungere, anche con la nostra precedente ricerca, è stato quello di poter condurre lo studio considerando un unico culto, tuttavia, poiché non siamo interessati alle dottrine che questi gruppi insegnano ma ai metodi che applicano per rendere dipendenti gli adepti, abbiamo considerato i sottocampioni come facenti parte di un campione più grande in cui i partecipanti erano accomunati dalla stessa esperienza. Un ultimo limite riguarda l’impossibilità di poter effettivamente dimostrare che i valori alti di dissociazione misurati nei nostri gruppi d’interesse siano in relazione di causalità diretta con i traumi riferiti, inoltre, sia il CTQ sia il PBI si riferiscono ad un periodo massimo di vita che si ferma alla prima adolescenza senza tenere conto del possibile intervento di variabili mediatrici e moderatrici. In ogni caso, le nostre ipotesi di partenza sono state confermate e la maggior parte dei risultati

ottenuti sono andati in direzione di quelle che erano le nostre aspettative. Ci riserviamo, in futuro, di poter fornire maggiori approfondimenti a questo lavoro, anche utilizzando strumenti qualitativi, al fine di arrivare ad una maggiore comprensione di un fenomeno di natura complessa che, spesso, viene affrontato attraverso interpretazioni meccaniche, ambigue e fuorvianti.

CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi ha voluto mettere in evidenza l'importanza di quanto oggi sia necessario, nel campo della salute mentale, adottare un'ottica interdisciplinare: le dipendenze patologiche rappresentano una forma di psicopatologia molto complessa e richiedono l'adozione di numerosi punti di vista per essere comprese, infatti, il nostro lavoro di ricerca ha preso in considerazione numerose prospettive di analisi quali la psicopatologia dello sviluppo, la psicoanalisi, la psicologia cognitiva e le neuroscienze nonché le teorie ecologiche al fine di tendere verso una concezione integrata del disagio psichico in un'ottica biopsicosociale. Una persona non sviluppa un comportamento di dipendenza in quanto esposta semplicemente ad un meccanismo di rinforzo dei sistemi neurofisiologici implicati nella ricerca del piacere: il modello evolutivo-relazionale che abbiamo esposto spiega come è possibile cercare le radici del disagio nella storia dell'individuo, nei suoi processi di crescita e negli ostacoli allo sviluppo di quelle risorse che andranno a plasmare le sue capacità di resilienza e di risposta allo stress. Il maltrattamento, la trascuratezza emotiva, la psicopatologia del genitore, contesti di crescita caratterizzati da devianza e marginalità rappresentano degli importanti fattori di rischio che, se presenti in misura maggiore rispetto ai fattori di protezione, potrebbero condizionare le traiettorie evolutive verso esiti di sviluppo negativi. In questo senso, funzioni biologiche di cui l'organismo dispone per rispondere in maniera efficace allo stress, come la dissociazione, potrebbero essere utilizzate in modo disadattivo, quindi non per elaborare ma per allontanare il dolore psichico che in ogni caso continua a manifestarsi a livello inconscio e somatico attraverso le memorie traumatiche. Crescere in un ambiente supportivo, in cui si strutturano legami d'attaccamento di tipo sicuro, significa dotarsi di quegli strumenti di regolazione emotiva che permettono la ricerca del calore e della vicinanza, di simbolizzare e mentalizzare gli affetti senza ricorrere a fusioni con oggetti onnipotenti e idealizzati in grado di fornire gratificazioni immediate ma temporanee, e con tutti i problemi che ne derivano a livello fisico, psicologico ed economico.

Questi oggetti onnipotenti non sono solo sostanze psicoattive: il nostro modello teorico di riferimento permette di comprendere anche come una dipendenza patologica possa svilupparsi nei confronti di comportamenti socialmente

accettabili dal punto di vista della legalità: pensiamo al gioco d'azzardo e alla dipendenza da internet. Inoltre, a nessuno verrebbe in mente di considerare una persona che frequenta un determinato gruppo dai rituali un po' bizzarri come un addicted che ha sviluppato una dipendenza verso quello stesso gruppo e il guru che lo dirige. Uno degli obiettivi di questo lavoro è stato proprio quello di esaminare le relazioni che vengono a crearsi all'interno di un contesto settario, ovvero, di fornire adeguate spiegazioni al perché una persona possa entrare in un completo stato di soggezione psicologica nei confronti di un culto il quale professa un'ideologia totalitaria. Lo studio empirico che abbiamo esposto ha messo in evidenza che i meccanismi psicologici coinvolti nell'abuso di sostanze stupefacenti e nell'affiliazione a culti a deriva settaria sono molto simili, in particolare, l'affiliazione settaria sembra non sia influenzata solo da processi di manipolazione e controllo mentale, ma sarebbero implicati anche fattori evolutivi importanti come la presenza di traumi e maltrattamenti fisici ed emotivi. Con ciò, non si vuole affermare che tutti gli individui i quali aderiscono a certe realtà abbiano trascorso un'infanzia infelice, ma solo considerare questi fenomeni allargando notevolmente le nostre prospettive di indagine senza pensare ad etichettare gli adepti o gli ex adepti come plagiati, manipolati o addirittura traumatizzati. Di conseguenza, adottando quest'ottica è possibile orientare meglio i processi di trattamento: nella psicoterapia dell'addiction già si va nella direzione del trattamento delle memorie traumatiche, mentre per aiutare un individuo a recuperare la sua vita dopo la fuoriuscita da un culto a deriva settaria l'intervento di exit-counseling dovrebbe integrarsi ulteriormente lavorando anche su eventuali traumi e sui contesti di vita dell'ex adepto, in altre parole, bisogna prima intervenire sulla famiglia e sul contesto allargato ristrutturando un ambiente psicologico in modo da renderlo accogliente e contenitivo rispetto al passato.

Un'ultima considerazione riguarda ciò che concerne la legislazione italiana in merito al fenomeno delle sette. Se lo spaccio e la detenzione di stupefacenti, il gioco d'azzardo non regolamentato, le cyberdipendenze a contenuti pedopornografici, ecc., vengono puniti con specifiche sanzioni penali, ciò non accade per quel che concerne i gruppi che adottano tecniche di persuasione coercitiva in quanto non esiste ancora una specifica legislazione in merito (anche se negli ultimi anni se n'è ampiamente discusso presso gli organi istituzionali ma senza alcun esito positivo). Bisogna considerare che nei culti a deriva settaria sono

presenti numerosi bambini i quali sono nati e cresciuti in quelle realtà. Alcune dottrine propagandate da molti leader carismatici incoraggiano l'abuso fisico, psicologico e sessuale sui minori per cui una legge sulla manipolazione mentale non sarebbe solo necessaria ma addirittura indispensabile per la tutela di questi minori e, in generale, per far fronte ad un problema che riguarda anche persone adulte le quali, in buona fede, sono disposte a rinunciare al proprio patrimonio economico donandolo interamente al gruppo in cambio di una "vita eterna" non altrimenti specificata. Inoltre, una regolamentazione legislativa relativa a questi fenomeni incoraggerebbe studiosi e ricercatori a lavorare al fine di mettere a punto strumenti in grado di distinguere all'interno dei nuovi culti quelle che sono religioni innoque (anche se bizzarre dal punto di vista della dottrina e dei rituali) da altre più pericolose, tuttavia, spesso accade che il solo avvicinarsi allo studio di certi argomenti comporti il subire ritorsioni ed essere protagonisti di episodi di diffamazione e stalking messi in atto dagli attuali membri di questi gruppi che tendono ad accusare i loro critici di odio religioso. Quello che noi ci aspettiamo è un'azione efficace da parte delle istituzioni politiche, considerando che in alcuni paesi europei come Francia e Belgio tutto questo è già possibile.

BIBLIOGRAFIA

Aegerter, E. (1952). *Le mysticisme*. Flammarion, Paris.

Agazzi, E. (1994). *Cultura scientifica e interdisciplinarietà*. La Scuola, Brescia.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Erlbaum, Hillsdale.

Albasi, C. (2004). Il concetto di dissociazione nella psicoanalisi relazionale.

Psychomedia, <<http://www.psychomedia.it/psich-asti/recenti/albasi2.htm>>, 1-13.

Aletti, M., & Alberico, C. (1999). Tra brainwashing e libera scelta. Per una lettura psicologica dell'affiliazione ai Nuovi Movimenti Religiosi. In Aletti M., & Rossi G. (a cura di). *Ricerca di sé e trascendenza. Approcci psicologici all'identità religiosa in una società pluralista*. Centro Scientifico Editore, Torino, 243-252.

Allegro, J. (1980). *Il fungo sacro e la croce*. Ciapanna, Roma.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.

American Psychological Association (1986). *Task Force report on Deceptive and Indirect Techniques of Persuasion and Control*. Washington, DC, American Psychological Association.

Arterburn, S., & Felton, J. (1991). *Toxic faith. Understanding and overcoming religious addiction*. Thomas Nelsonm, Inc., Ontario.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.

Balint, M. (1936). Eros e Afrodite. *L'amore primario* (1965). Raffaello Cortina Editore (1991).

Balint, M. (1937). Primi stadi di sviluppo dell'Io. L'amore oggettuale primario. *L'amore primario* (1965). Raffaello Cortina Editore (1991).

Balint, M. (1956). Genitalità e perversioni. *L'amore primario* (1965). Raffaello Cortina Editore (1991).

Balint, M., & Balint, E. (1968). *La regressione*. Raffaello Cortina Editore (1983).

Barresi, F. (2000). *Sette religiose e criminali*. EdUP, Roma, citato in Lalli N. (2006). Credenza, fede e paranoia: dall'individuo al gruppo. Psicopatologia delle sette. *Relazione tenuta al XLIV Convegno Nazionale della Società Italiana di Psichiatria. Montesilvano (PE) Ottobre 2006*, <<http://www.nicolalalli.it/pdf/SIP2006.pdf>>.

Barton, S. (1994). Chaos, self-organization, and psychology. *American Psychologist*, 49, 5-14.

Basile, G., Quadrana, L., & Monniello, G. (2009). Alessitimia e disturbi di personalità in adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 76, 513-531.

Bassareo, V., & Di Chiara, G. (1997). Differential influence of associative and nonassociative learning mechanisms on the responsiveness of prefrontal and accumbal dopamine transmission to food stimuli in rats fed ad libitum. *Journal of Neuroscience*, 17, 851-861.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Raffaello Cortina Editore.

Bechara, A., Tranel, D., & Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123, 2189-2202.

Beebe, B., & Gerstman, L. (1980). The 'packaging' of maternal stimulation in relation to infant facial-visual engagement: A case study at four months. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 321-339.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina Editore.

- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire (A Retrospective Self-Report) – Manual*. The Psychological Corporation.
- Berti, A. (2009). Disturbi dissociativi e di conversione. In Giberti F., & Rossi R. (a cura di). *Manuale di psichiatria*. Piccin (2009), 155-176.
- Bertrand, A. (1823). *Traité du somnambulisme*. J. B. Baillière libraire-éditeur, Paris.
- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore (1971).
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore (1972).
- Bliss, E. (1986). *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. Oxford University Press, New York.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford University Press, Oxford.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J., & Comings, D. E. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, (1-4 Suppl), 1-112.
- Bocchi, G., & Ceruti, M. (1985). *La sfida della complessità*. Feltrinelli.
- Bonfiglioli, L., & Ricci Bitti, P. E. (2009). Regolazione delle emozioni e salute. In Matarazzo O., & Zammuner V. L. (a cura di). *La regolazione delle emozioni*. il Mulino, 157-181.
- Bornstein, R. F. (1993). *The Dependent Personality*. Guilford, New York.
- Boschetti, C. (2007). *Il libro nero delle sette in Italia*. Newton Compton Editori.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore.
- Bremner, J. D. (2002). *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*. Guilford Press, New York.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress memory. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527-553.

Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R., Mazure, C., Capelli, S., Mc Carty, G., Innis, R., & Charney, D. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in post-traumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse. A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41, 23-32.

Bremner, J. D., Scott, T. M., Delaney, R. C., Soutwick, S. M., Mason, J. W., Johnson, D., Innis, R. B., Charney, M. G., & Charney, D. S. (1993). Deficits in short-term memory in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.

Bressi, C., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, S., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation on the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559.

Brewerton, T. D., Lydiard, R. B, Laraia, M. T., Shook, J. E., & Ballenger, J. C. (1992). CSF beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1086-1090.

Bromberg, P. M. (2001). *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the Spaces*. Raffaello Cortina Editore (2007).

Bromberg, P. M. (2011). *L'ombra dello Tsunami*. Raffaello Cortina Editore.

Brown, J. A. (2005). *John Marco Allegro. The Maverick of Dead Sea Scroll*. Eerdmans, Grand Rapids.

Brown, R. J., (2006). Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 4, 7-28.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.

Caffò, A. (2009). Test sugli epifenomeni della dissociazione (TED). In Picucci L., & Bosco A. (a cura di). *Il Testing Psicologico. Esercitazioni pratiche guidate alla valutazione psicologica con i test*. Digilabs, 63-72.

Calvo, V. (2000). La valutazione dell'attaccamento in età prescolare e scolare. In Axia G., & Bonichini S. (a cura di). *La valutazione del bambino. Manuale di metodi e strumenti*. Carocci Editore, 161-182.

Carano, A., De Berardis, D., Scali, M., Sagripanti, U., Campanella, D., Crisoliti, A., Salerno, R. M., & Ferro, F. M. (2007). Correlazione tra alessitimia e dissociazione in soggetti con disturbo del comportamento alimentare: uno studio clinico. *Cognitivismo Clinico*, 4, 1, 22-33.

Caretti, V., Craparo, G., Ragonese, N., & Schimmenti, A. (2005a). Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva. *Infanzia e adolescenza*, 4, 3, 170-178.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *NÓOS*, 2, 107-116.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2010). Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction: uno studio sulla dipendenza da eroina. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina Editore, 99-134.

Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2013). Emozioni, corpo, mentalizzazione. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Astrolabio, 169-182.

Caretti, V., La Barbera, D., Craparo, G., & Mangiapane, E. (2005b). L'alessitimia come disregolazione degli affetti. In Caretti V., & La Barbera, D. (a cura di). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio, 25-45.

Carli, R. (1972). Fenomenologia dell'adattamento sociale. In Ancona L. (a cura di). *Nuove questioni di psicologia*. La Scuola, Brescia.

Carlson, E. B. (1997). *Trauma Assessments: A Clinician's Guide*. Guilford Press, New York.

Carlson, E. B., & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence and Abuse*, 1, 4-28.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6 (1), 16-27.

- Ceci, S. J., Ross, D. F., & Toglia, M. P. (1991). *Perspectives on Children's Testimony*. Springer-Verlag, New York.
- Charcot, J. M., & Richet, P. (1887). *Les démoniaques dans l'art*. Delahaye et Lecrosnier, Paris.
- Cheli, M., & Giacomuzzi, S. (2009). Dipendenze patologiche e maltrattamento infantile. In *Personalità e Dipendenze*. Mucchi Edizioni, Vol. 15, Fascicolo 3.
- Chimienti, V., & De Luca, R. (2012). Impulsività, alessitimia e stili d'attaccamento in giocatori d'azzardo patologici e loro familiari. *Italian Journal on Addiction*, 2, 3-4, pp. 68-73.
- Cialdini, R. B. (1995). *Le armi della persuasione*. Giunti (2005).
- Cicchetti, D., Cummings, E. M., Greenberg, M. T., & Marvin, R. S. (1990). An Organizational Perspective on Attachment beyond Infancy: Implication for Theory, Measurement, and Research. In Greenberg M. T., Cicchetti D., & Cummings E. M. (a cura di). *Attachment in The Preschool Years. Theory, Research, and Intervention*. The University of Chicago Press, Chicago, 3-49.
- Ciulla, S., & Caretti, V. (2012). Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31, 2, 101-119.
- Cleavelly, E. (1993). Relationships: interaction, defences and transformation. In Rusczynecky S. (a cura di). *Psychotherapy with couples: theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies*. London, Karnac.
- Coates, S. W., & Moore, M. S. (1997). The complexity of early trauma: Representation and transformation. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 286-311.
- Cohn, J., & Beebe, B. (1990). Sampling interval affects time-series regression estimates of mother-infant influence. *Infant Behavior and Development*, 13, 317.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaunstein, M., Cloitre, M., De Rosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B., (2005). Traumi complessi nei bambini e negli adolescenti. In Williams R. (a cura di). *Trauma e relazioni*. Raffaello Cortina Editore.
- Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina Editore.

Cozolino, L. (2006). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Raffaello Cortina Editore.

Craparo, G. (2013). Dipendenza sessuale: le emozioni traumatiche e la vulnerabilità al dolore. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Astrolabio, 157-168.

Crittenden, P. M. (1994). Peering into the black box: an exploratory treatise in the development of self in young children. In Cicchetti D., & Toth S. L. (a cura di). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 5, *Disorder and Dysfunction of the Self*. University of Rochester Press, Rochester, 79-148.

Croce, M., Picone, F., & Zerbetto, R. (2010). La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina Editore, 221-255.

Davies, J. M. (1996a). Dissociation, repression and reality testing in countertransference. The controversy over memory and false memory in the psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 6, 2, 189-218.

Davies, J. M. (1996b). Linking "Pre-Analytic" with the Post-Classical: Integration, Dissociation, and the Multiplicity of Unconscious Process. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 4, 553-577.

Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 5-36.

De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Caltabiano, M., Marasco, V., Cavuto, M., La Rovere, R., Moschetta, F. S., & Di Giannantonio, M. (2011). Alessitimia e disturbi d'ansia. *NÓOS*, 1, 17-32.

De Masi, F. (1999). *La perversione sadomasochista*. Bollati Boringhieri.

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

Di Chiara, G. (2010). Il piacere. Optional o necessità biologica?. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina Editore, 5-16.

Dipartimento delle Politiche Antidroga (2013). Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze. *Presidenza del Consiglio dei Ministri*.
<<http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2013/presentazione.aspx>>.

Eliade, M. (1995). *Lo yoga. Immortalità e libertà*. Rizzoli.

Epifanio, M. S., Raso, M. I., & Sarno, L. (2005). Disregolazione affettiva, qualità degli stili di attaccamento e malattie somatiche: uno studio su campioni indipendenti. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio, 143-174.

Erikson, E. H. (1963). *Infanzia e società*. Trad. it. L. A. Armando (a cura di). Armando Armando (1966).

Fabrizio Bombi, A., Bertin, I., Cristante, F., & Colombo, G. (1996). Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experiences Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 219, 39-46.

Fabbro, F. (2010). *Neuropsicologia dell'esperienza religiosa*. Astrolabio.

Fairbairn, W. R. D. (1944). La struttura endopsichica considerata in termini di relazioni oggettuali. *Studi psicoanalitici della personalità*. Bollati Boringhieri (1970), 52-84.

Farina, B., & Liotti, G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo Clinico*, 8, 1, 3-17.

Fasolo, F. (1989). La psicoterapia di gruppo nelle tossicomanie. *Psichiatria Generale dell'Età Evolutiva*, 27, 3.

Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1996). *Assessing Adult Attachment*. OAKS: Sage Publications.

Ferenczi, S. (1933). Confusione di lingue tra l'adulto e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione. *Opere*. Raffaello Cortina Editore (2002), 91-100.

- Festi, F., & Bianchi, A. (1991). Amanita Muscaria. Mycropharmacological outline and personal experience. *Psychedelic Monographs and Essays*, 5, 209-225.
- Filippini, S. (2005). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*. Franco Angeli.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psicopatologia evolutiva. Le tecniche psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Grazioli F., Borroni, S., Acquarini, E., & Maffei, C. (2007). L'attachment style questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. Una misura autosomministrata per l'attaccamento adulto. In Barone L., & Del Corno F. (a cura di). *La valutazione dell'attaccamento adulto (i questionari autosomministrati)*. Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S. (1894). Le neuropsicosi di difesa. Abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita, di molte fobie ed ossessioni e di certe psicosi allucinatorie. In *Freud – Ossessioni, fobie e paranoia*. Trad. it. Balducci C., & Agozzino D. (a cura di). Grandi Tascabili Economici Newton (2009), 13-27.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Trad. it. Colorni R. (a cura di). Bollati Boringhieri (1976).
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Trad. it. Panaitescu E. A. (a cura di). Bollati Boringhieri (2007).
- Frijda, N. H (2009). La regolazione delle emozioni: un processo multiforme. In Matarazzo O., & Zammuner V. L. (a cura di). *La regolazione delle emozioni*. il Mulino, 13-33.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.

Gazzillo, F., & Porzio Giusto, L. (2003). Appendice 2. SWAP-200 e Asse II del DSM-IV a confronto. In Westen D., Shedler J., & Lingardi V. (a cura di). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore, 265-292.

Gerra, G., & Zaimovic, A. (2002). Craving: aspetti comportamentali e biologici. In Serpelloni G., & Gerra G. (a cura di). *Vulnerabilità all'addiction*. <http://www.dronet.org/pubblicazioni/monografie_dettaglio.php?monografie=7>, Dronet. Network Nazionale sulle Dipendenze, 119-134.

Giannantonio, M. (2005). Trauma e cervello. *Psicotraumatologia e Psicologia dell'emergenza*, Seconda Edizione, Ecomind Srl, 1-16.

Giordano, M. (2011). *I riduzionismi anti-conoscitivi e antiscientifici. Il ruolo dell'epistemologo professionista nella ricerca "sul campo"*. Franco Angeli.

Guarino, S., Petrocchi, M., & Ammaniti, M. (2013). La trasmissione intergenerazionale del rischio: la relazione madre-bambino in donne con esperienze infantili di maltrattamento. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca, clinica*. Astrolabio, 103-120.

Guelfi, G. P. (2009), Disturbi da uso di sostanze psicoattive. In Giberti F., & Rossi R. (a cura di). *Manuale di psichiatria*. Piccin (2009), 287-326.

Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Orr, S. P., & Lasko, N. B. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 1091-1099.

Hassan, S. (1999). *Mentalmente liberi. Come uscire da una setta*. Avverbi Edizioni.

Henry, J. D., Bailey, P. E., von Hippel, C., Rendell, P. G., & Lane, A. (2010). Alexithymia in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32, 8, 890-897.

Hofer, M. A. (1987). Early social relationships: a psychobiologist's view. *Child Development*, 58, 633-647.

Hofer, M. A. (1996). On the nature and consequence of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58, 570-581.

Hofer, M. A. (2006). Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 84-88.

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1, 1-23.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby e la teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore.

Horowitz, M. (1988). *An Introduction of Psychodynamics*. Routledge, London.

Iraci Sareri, G., & Gori, A. (2012). Relazione tra Gioco d'Azzardo Patologico, alessitimia, sintomi dissociativi e impulsività: un confronto tra un gruppo di giocatori in trattamento e un gruppo di controllo. *Italian Journal on Addiction*, 2, 3-4, 88-92.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 265, 1-132.

James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experiences: A Study in Human Nature*. Signet, New York (1958).

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Fèlix Alcan, Paris.

Janet, P. (1926). *De l'angoisse à l'extase. Etudes sur le croyance et sur les sentiments*. Fèlix Alcan, Paris.

Janet, P. (1938). La psychologie de la conduit. In Wallon H. (a cura di). *Encyclopédie Française, Société de Gestion de l'Encyclopédie Française*, Paris, 808-816.

Janiri, L., Caroppo, E., Pinto, M., & Pozzi, G. (2006). *Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente*. Franco Angeli.

Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H., & Brewerton, T. D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 132-138.

Jurist, E. L. (2005). Mentalize affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 426-444.

- Jurist, E. L. (2013). Postfazione. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Astrolabio, 297-312.
- Kalin, N., Shelton, S. E., & Lynn, D. E. (1995). Opiate systems in mother and infant primates coordinate intimate contact during reunion. *Psychoendocrinology*, 20, 735-742.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. Hoeber, New York.
- Keiser, T. W., & Keiser, J. L. (1987). *The anatomy of illusion: religious cults and destructive persuasion*. Trad. it. Fornasiero A., & Francesconi S. (a cura di). Charles C. Thomas, Springfield-Illinois.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Raffaello Cortina Editore.
- Kernberg, O. F. (1995). *Relazioni d'amore. Normalità e patologia*. Raffaello Cortina Editore.
- Kernberg, O. F. (1998). *Le relazioni nei gruppi*. Raffaello Cortina Editore.
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2000). *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*. Giovanni Fioriti Roma.
- Khan, M. M. R. (1972). *Lo spazio privato del Sè*. Bollati Boringhieri.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1990). Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. *Recent Developments in Alcoholism*, 8, 255-271.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 227-253.
- Kilbourne, B. K., & Richardson, J. T. (1985). Social Experimentation: self process or social role. *International Journal of Social Psychiatry*, 31, 13-22.

Kluft, R. P. (1991). Multiple Personality. In Tasman A., & Goldfinger S. M. (a cura di). *American Psychiatric Press Review of Psychiatric*, vol. 10, American Psychiatric Press, Washington.

Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Bollati Boringhieri.

Kohut, H. (1985). *Potere, coraggio e narcisismo*. Astrolabio.

Kreek, M. J., & Koob, G. F. (1998). Drug dependence. Stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 23-47.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.

Krystal, H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Analytic Press, New York.

La Barbera, D., Caretti, V., & Craparo, G. (2006a). Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction. *Salute e Prevenzione*, 43, 13-21.

La Barbera, D., Caretti, V., & Craparo, G. (2006b). La disregolazione affettiva e la dissociazione nei disturbi somatoformi. In Todarello O., & Porcelli P. (a cura di). *Trattamenti in medicina psicosomatica. Psicoterapia, farmacoterapia e neuroscienze*. Franco Angeli, 366-380.

La Cascia, C., Ferraro, L., & Mulè, A. (2008). Il problema della comorbidità. *NÓOS*, 2, 159-168.

Lalli, N. (2003). Il narcisismo e il disturbo narcisistico di personalità. *Relazione presentata al VIII Congresso di Psicoterapia - IREP a Montesilvano (PE) 22-25 Maggio 2003 Disturbi della personalità*. <<http://www.nicolalalli.it/ricerca.html>>.

Lalli, N. (2006). Credenza, fede e paranoia: dall'individuo al gruppo. Psicopatologia delle sette. *Relazione tenuta al XLIV Convegno Nazionale della Società Italiana di Psichiatria. Montesilvano (PE) Ottobre 2006*. <<http://www.nicolalalli.it/pdf/SIP2006.pdf>>.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Lowenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J of Psychiatry*, 167, 6, 640-647.

- Lapassade, G. (1993). *Stati modificati e transe*. Sensibili alle foglie, Roma.
- Lapassade, G. (2009). La scoperta della dissociazione. In Lapassade G. (a cura di). *La scoperta della dissociazione. Un viaggio nella pluralità di stati della mente*, Controluce, 17-64.
- Lingiardi, V. (2005). Personalità dipendente e dipendenza relazionale. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Le dipendenze*. Raffaello Cortina Editore (2005), 71-111.
- Liotti, G. (1993). Etiopatogenesi dei disturbi dissociativi. In Liotti G. (a cura di). *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Franco Angeli, 38-58.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757-783.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4, 3, 130-144.
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Etiopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Intreccialagli, B., & Cecere, F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi nella prole: Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26, 283-291.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2013). I sistemi motivazionali nella risposta a traumi. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Astrolabio, 53-66.
- Loftus, E. F. (1979). *Eyewitness Testimony*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy Psychosomatic*, 70, 254-260.

- Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.
- Main, M., & Hesse, E. (1992). Attaccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati nei genitori. In Ammaniti M., & Stern D. (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza.
- Main, M., Kaplan, K., & Cassidy, J. (1985). La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale. Trad. it. Riva Crugnola, C. (a cura di). *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Raffaello Cortina Editore (1993).
- Main, M., & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states?. In Michelson L., & Ray (a cura di), *Handbook of dissociation*. Plenum Press, New York, 107-137.
- Malizia, E., & Ponti, H. (1992). *Coca e cocaina*. Newton Compton, Roma.
- Maggini, C. (2010). Alessitimia e schizofrenia. *NÓOS*, 3, 213-225.
- Mangiaracina, G., Barili, F., Nuti, M., Coraci, A., Abazi, L., & Mangiaracina, L. (2011). Nuove dipendenze: dalla relazione oggettuale al collezionismo patogeno. *Tabaccologia*, 3, 30-35.
- Mannetti, L. (1998). Paradigmi epistemologici e criteri di valutazione della qualità delle indagini empiriche. In Mannetti L. (a cura di). *Strategie di ricerca in psicologia sociale*. Carocci Editore (1998), 13-48.
- Martinotti, G., Stavros Hatzigiakoumis, D., & Janiri, L. (2010). Alessitimia e dipendenze patologiche. *NÓOS*, 3, 191-209.
- Marvin, R. S. (1977). An Ethological-Cognitive Model for the Attenuation of Mother-Child Attachment Behavior. In Alloway T. M., Krames L., & Piner P. (a cura di). *Advances in the Study of Communication and Affect: Vol. 3. The Development of Social Attachment*. Plenum, New York, 25-60.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndromes: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 2, 163-177.

- Mc Dougall, J. (2003). L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico. In Rinaldi L. (a cura di). *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore.
- Mesmer, F. A. (1971). *Le Magnétisme animal*. Robert Amdadou (a cura di), Payot, Paris.
- Mishra, R. (1974). *Principi fondamentali di yoga*. Cappelli.
- Mulè, A. (2008). Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze. *NÓOS*, 2, 99-106.
- Nebbiosi, G., & Petrini, R. (1996). Rappresentazione del Sé nel gruppo. *Interazioni*, 1, 7, 166-169.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *La dissociazione somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*. Astrolabio.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In D'Haenen H., Den Boer J. A., & Willner P. (a cura di). *Biological Psychiatry*. Wiley, London, 1079-1098.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia senso motoria*. Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Oliverio Ferraris, A. (2010). *Chi manipola la tua mente? Vecchi e nuovi persuasori: riconoscerli per difendersi*. Giunti.
- Ottaviani, C., Nucifora, V., Borlimi, R., & Brighetti, G. (2012). "Decision-making" patologico in soggetti con disregolazione emotiva. In Bellelli G., & Di Schiena R. (a cura di). *Decisioni ed emozioni. Come la psicologia spiega il conflitto tra ragione e sentimento*. Il Mulino, 191-215.
- Pallanti, S., Bruscoli, M., & Quercioli, L. (2003). Psicobiologia del controllo degli impulsi non altrimenti specificato. *NÓOS*, 2, 107-123.
- Pallanti, S., Bernardi, S., Querciolo, L., De Caria, C., & Hollander, E. (2006). Serotonin dysfunction in pathological gamblers: increased prolactin response to oral m-CPP versus placebo. *CNS Spectr*, 11, 956-964.
- Pally, R. (1999). *Il rapporto mente-cervello*. Giovanni Fioriti Roma (2003).

- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20, 385-396.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Piazza, P. V., & Le Moal, M. (1996). Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse. Role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 36, 359-378.
- Piazza, P. V., & Le Moal, M. (1998). The role of stress in drug self-administration. *Trends in Pharmacological Sciences*, 19, 67-74.
- Ponsi, M., & Filippini, S. (2003). Narcisismo e perversione relazionale. *Relazione tenuta al seminario: Profili clinici del narcisismo*. Convitto della Calza, Firenze, 22 Febbraio 2003. <<http://www.spi-firenze.it/archivio.html>>.
- Putnam, F. W. (1988). The switch process in multiple personality disorder and other state-change disorder. *Dissociation*, 1, 24-32.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press, New York.
- Putnam, F. W. (1991). The satanic ritual abuse controversy. *Child Abuse and Neglect*, 15, 175-179.
- Putnam, F. W. (2001). *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Astrolabio.
- Puységur Amant-Marie-Jaques de Chastenot (marchese di) (1784). *Mémoires por servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*. Edizione fuori commercio.
- Re, S. (2007). *Mindfucking. Come fottere la mente*. Castelvechi.
- Richardson, J. T., & Kilbourne, B. K. (1983). Classical and contemporary applications of brainwashing models. A comparison and critique. In Bromley D. G., & Richardson J.

- T. (a cura di). *The brainwashing/deprogramming controversy: sociological, psychological, legal and historical perspectives*. Edwin Mellen (1983), New York-Toronto, 29-45.
- Richardson, J. T. (1995). Clinical and personality assessment of participants in new religions. *The International Journal for Psychology of Religion*, 5 (3), 284-296.
- Romani, M., & Levi, G. (2006). Riflessioni teorico-cliniche intorno al Disturbo Borderline di Personalità in età evolutiva. *Infanzia e adolescenza*, 5, 1, 1-10.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Scaringella, F. (2011). *Variabili psicologiche coinvolte nel processo di adesione ad un culto distruttivo*. Tesi di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", unpublished manuscript.
- Schacter, D. L., Koustaal, W., & Keeneth, N. A. (1999). Can cognitive neuroscience illuminate the nature of traumatic childhood memories. In Williams L. M., & Banyard V. (a cura di). *Trauma and memory*. Newbury Park, CA, Sage, 257-259.
- Schimmenti, A. (2013). Trauma evolutivo: origini e conseguenze dell'abuso e della trascuratezza nell'infanzia. In Caretti V., Craparo G., & Schimmenti A. (a cura di). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Astrolabio, 17-36.
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 115-132.
- Sciortino, S. (2006). Alessitimia, locus of control e comportamenti a rischio, uno studio su un campione di soggetti tossicodipendenti. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, 1-2, 7-12.
- Singer, M., & Lalich, J. (1995). *Cult in our midst*. Trad. it. Martini (a cura di), Jossey-Bass Publishers.
- Solano, L. (2001). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina Editore.

- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. F. (1988). Dissociation and Hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Spiegel, D. (1990). Trauma, dissociation, and hypnosis. In Kluff R. P. (a cura di). *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington.
- Spitz, R. A. (1965). *Il primo anno di vita*. International Universities Press, New York, Trad. it. Masina C., & Volterra Capogrossi V. (a cura di). Armando Editore (1973).
- Sroufe, L. A. (1995). *Lo sviluppo delle emozioni*. Raffaello Cortina Editore.
- Steinberg, M. (1991). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. In Tasman A., & Goldfinger S. M. (a cura di). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry: Vol. 10*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 223-247.
- Steinberg, M., & Schnall, M. (2001). *La dissociazione: i cinque sintomi fondamentali*. Raffaello Cortina Editore.
- Stella, A. (2010). *I destini di Narciso. Studi psicoanalitici su perversione, trauma e regressione*. Franco Angeli.
- Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri.
- Stringi, A. (2013). Traumi infantili, tossicodipendenza e regolazione affettiva in un gruppo analitico in ambito penitenziario. *Psichiatria e Psicoterapia*, 32, 1, 3-17.
- Sullivan, H. S. (1953). *La teoria interpersonale della psichiatria*. Feltrinelli.
- Tagliagambe, F. (1995). *I nuovi pazienti della psicoanalisi*. Franco Angeli.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore.
- Todarello, O., Porcelli, P., Bellomo, A., & Nardini, M. (2004). Alessitimia e depressione. Confronto tra diversi strumenti di misura. *Rivista di psichiatria*, 39, 6, 404-409.
- Todarello, O., & Porcelli, P. (2005). Il gruppo di Toronto e la ricerca sull'alessitimia. In Caretti V., & La Barbera D. (a cura di). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio, 45-76.

Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *Fantasmi nel Sè. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina Editore.

Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: approaches to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. In van der Kolk B., McFarlane A., & Weisaeth L. (a cura di). *Traumatic Stress*. New York, Guilford Press, 214-241.

Van der Kolk, B., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47, (1 suppl), 3-13.

Waelde, L. C., Koopman, C., Rierdan, J., & Spiegel, D. (2001). Symptoms of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following exposure to disastrous flooding. *Journal of Psychiatry*, 163, 1-8.

Westen, D., Shedler, J., & Lingardi, V. (2003). *La valutazione psicodinamica della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore.

Wilson, J. O. (1980). *After Affluence: Economics to Meet Human Needs*, Harper&Row, New York.

Winnicott, D. W. (1958a). The capacity to be alone. In *The maturational process and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development*. Hogart Press and Institute of Psycho-analysis, London (1965), 143-149.

Winnicott, D. W. (1958b). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli (1975).

Winnicott, D. W. (1968). Children learning. In *Home is where we start from*. Penguin Books, London (1986), 147-155.

Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Tavistock Publications, London. Trad. it. Adamo G., & Gaddini R. (a cura di). Armando Editore (1974).

- Winnik, H. Z. (1969). Second thoughts about "psychic trauma". *Israel Journal Psychiatry and Related Disciplines*, 1, 82-95.
- Wise, R. A. (1985). The anhedonia hypothesis: Mark III. *Behavioral Brain Science*, 8, 178-186.
- Wolff, P. H. (1987). *The Development of Behavioral States and the Expression of Emotion in Early Infancy*. University of Chicago Press, Chicago.
- Yalom, I. D. (1970). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri (1974).
- Yehuda, R. (1999). Parental PTSD as a risk factor for PTSD. In Yehuda R. (a cura di). *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, 93-124.
- Yehuda, R., Kahana, B., Binder-Byrnes, K., Southwick, S. M., Mason, J. W., & Giller, E. L., (1995). Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 982-986.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.
- Young, W. C. (1988). Psychodynamics and dissociation: all that switches is not split. *Dissociation*, 1, 33-38.
- Zaccaria Gairinger, L. (1955). La dipendenza affettiva. *Rivista di Psicoanalisi*, 2, 1-10.
- Zanarini, M. C. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of BPD. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zetlin, S. B., & McNally, R. J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 451-457.
- Zocatelli, P. (2013). Religions in Italy 2013. A paper presented at the 2013 CESNUR conference in Falun – Sweden – Preliminary version. <<http://www.cesnur.org/2013/swe-plz.htm>>.

Zucca Alessandrelli, C. (1996). La realtà come funzione ricostruttiva della dipendenza malata. *Gli Argonauti*, 71.