

Disturbo da uso di sostanze e disturbi post-traumatici e dissociativi

Stefano Burattini*, Alessandra Catania[^], Valeria Fusco[^], Livia Rota[^], Sandra Basti^o

Bisogna salvare le ferite. Non lasciarle sole, sperdute nell'idea fissa della medicazione e della guarigione. Bisogna interrogare le ferite e aspettare le risposte. La risposta alla ferita siamo noi. I nostri gesti, le nostre possibilità accolte o respinte, i tremori e gli assalti rispondono tutti alle ferite. Perdere una ferita significa perdere una segnaletica importante per un viaggio dentro le orme dell'esistenza, un viaggio che ci accomuna e ci distingue, ci fa cantati, cantati dalla vita cruda.

da Chandra Candiani, Questo immenso non sapere

SUMMARY

■ *There is growing interest in the relationship between addiction, trauma and dissociation.*

Reviewing the most recent literature on this subject, we offer a synthesis of the most relevant theoretical models and data that explore substance use disorder as an adaptation with dissociative feature to adverse childhood experience and/or disordered attachment.

We argue furthermore that the Structural Dissociation Theory allows us to place substance use and addiction in the context of complex post traumatic disorder(s).

Since it appears of great relevance an accurate differentiation of primary dissociative phenomena from both secondary ones and acute intoxication, we lastly outline a research project aimed at furthering and refining the diagnosis of dissociation in patients with substance use disorder using the Trauma And Dissociation Symptoms Interview. ■

Keywords: *Trauma, Addiction, Dissociation, Substance Use, PTSD, Structural Dissociation Theory, ACE, Attachment.*

Parole chiave: *Trauma, Addiction, Dissociazione, Uso di sostanze, PTSD, Teoria della dissociazione strutturale, ACE, Attaccamento.*

Introduzione

In questi ultimi anni la relazione tra trauma e disturbo da uso di sostanze si è caratterizzata per un aumento dell'attenzione da parte dei clinici e della ricerca.

La presenza di storie traumatiche e di punteggi significativi al questionario ACE sulle esperienze infantili sfavorevoli (Felitti et al 1998) nelle persone con Disturbo da uso di sostanze (DUS) costituisce un dato oramai consolidato (Dube et al., 2003).

Nella popolazione di persone con DUS è significativa la presenza di sintomi dissociativi.

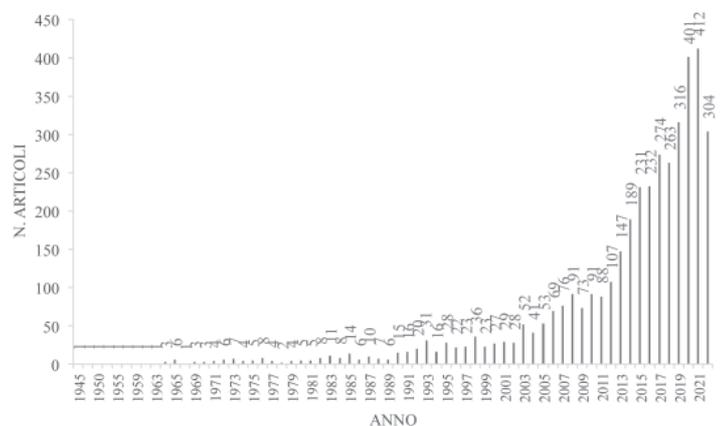
In letteratura tuttavia, il concetto di dissociazione è ancora dibattuto: la discussione si snoda tra la descrizione dei sintomi dissociativi e la dissociazione come processo patogenetico.

* Dirigente Psicologo UOS Ser.D. di Chieti, ASL 2 - Lanciano Vasto Chieti.

[^] Psicologa libera professionista, AISTED.

^o Dirigente Psicologa Ser.D. Pavese e Oltrepò, ASST Pavia.

Fig. 1 - Articoli su addiction e trauma 1945-2021



Dobbiamo distinguere i sintomi dissociativi quali depersonalizzazione, derealizzazione e assorbimento, dalla dissociazione strutturale, dove la frammentazione non riguarda solo la perce-

zione e l'esperienza del paziente in un dato momento, ma il sé del paziente stesso, in una discontinuità dell'esperienza che è continua e appunto strutturale.

Gli studi suggeriscono che i mancati riconoscimento e adeguato trattamento della componente traumatica e della presenza della dissociazione nel DUS ostacolano il trattamento e aumentano il rischio di ricadute (Somer, 2003; Najavits, Hien, 2013).

È stato inoltre proposto che una storia di trauma e dissociazione sia da indagare proprio in quei pazienti con una storia di fallimenti terapeutici ripetuti alle spalle (Ross, 2000).

Di conseguenza sta prendendo piede la prospettiva della "trauma-informed care" (SAMHSA, 2014; Myrick, Dass-Brailsford, 2010) per garantire migliore risposta ai bisogni di una popolazione che presenta sintomatologia a verosimile eziologia traumatica, rientri essa sotto l'etichetta di PTSD o sotto quella di disturbo da uso di sostanze (Brown, 2021).

Tale ottica parte dalla strutturazione del servizio e dell'intero percorso clinico (es. Najavits *et al.*, 1998), nel quale una corretta diagnosi è un momento fondante e che orienta a una gestione della relazione tra servizi e pazienti e dei percorsi clinici complessa e a volte controintuitiva (Brown, 2021; Steele *et al.*, 2017).

Obiettivi

Ci siamo posti l'obiettivo di indagare la relazione tra disturbi dissociativi e uso di sostanze, nonché la funzione che la sostanza può assumere come tentativo di regolazione interna in presenza di trauma complesso e dissociazione.

Proponiamo di utilizzare la Teoria strutturale della dissociazione (Van der Hart et al., 2006) per esplorare e comprendere le manifestazioni dissociative nelle persone con DUS, e per differenziare la presenza di sintomi dissociativi che possono essere indotti dall'abuso di sostanze dalla dissociazione come processo patogenetico.

La capacità di discriminare e di conseguenza diagnosticare la presenza della dissociazione strutturale permetterebbe al clinico di usare gli strumenti e le tecniche psicoterapeutiche più adatte ad approcciare il funzionamento mentale dei pazienti DUS reso ancora più complesso dalla difficoltà dissociativa a integrare l'esperienza.

Questa incapacità rende difficile a questi pazienti proiettarsi in maniera adattiva verso il futuro, facendo sì che si percepiscano, come riferì in un colloquio una paziente "un cervello montato al contrario, risucchiato in un tubo che va verso il passato".

Metodo

Prendendo in esame la letteratura esistente sulle due tematiche – trauma/dissociazione e DUS – e la più recente letteratura che descrive e presenta modelli di lettura dei due quadri clinici in comorbilità, abbiamo delineato alcune piste di ricerca in risposta ai quesiti che ci siamo posti rispetto alla relazione tra trauma, sintomi dissociativi e DUS.

Discussione

Possiamo paragonare il Disturbo da Uso di Sostanze alla punta di un iceberg, dove l'etichetta diagnostica rappresenta la parte

visibile e riferibile della sofferenza al momento della richiesta di aiuto.

Cosa sostenga questa sofferenza, ovvero quale sia la parte sommersa dell'iceberg, invece, non è riconoscibile con altrettanta facilità.

L'eziologia della dipendenza patologica si concorda oggi essere multifattoriale, cioè frutto dell'interazione tra la dimensione neurobiologica, quella psicologica e quella socio-ambientale. Sono stati proposti diversi modelli esplicativi della relazione tra trauma, dissociazione e addiction. Secondo l'ipotesi dell'auto-medicazione, l'addiction è una forma adattamento disfunzionale rivolto a rimediare un fondamentale disturbo dell'auto-regolazione, della coerenza del sé, della relazione e della cura di sé (Khantzian, 2003, 2012).

Esplicitamente in linea con questo modello, è stato proposto che carenze nelle relazioni d'attaccamento, tali da determinare attaccamento insicuro o disorganizzato/non altrimenti specificato, assieme ad esperienze traumatiche in età evolutiva, conducono ad una incapacità di riconoscere e regolare gli stati affettivi e ad un ricorso a difese del repertorio dissociativo, nei quali rientra l'utilizzo di sostanze o comportamenti addittivi.

Si crea così una vulnerabilità psicobiologica allo sviluppo di addiction, che diventano un modo preferenziale di gestire stati interni intollerabili e non rappresentabili sia rifugiandosi nel piacere che attenuando il dolore, con una polarizzazione del pensiero sul ricorso alla sostanza o al comportamento (Caretta *et al.*, 2008, 2017; Schimmenti *et al.*, 2022; Craparo *et al.*, 2014). Un possibile substrato di questa relazione potrebbe risiedere nell'alterazione della risposta alla ricompensa, alle risposte affiliative e allo stress, in maniera sensibile al diverso di tipo di esperienza traumatica (Stratham *et al.*, 2019).

Nel lavoro pazienti con condizioni post traumatiche e addiction sembrano emergere matrici comuni di grande sofferenza: è ormai nota la correlazione tra attaccamento insicuro e disturbo da uso di sostanze (Schindler *et al.*, 2005; Kassel *et al.*, 2007) nonché la presenza di episodi traumatici in età infantile nei pazienti con DUS (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini, Roy, 2008).

È stato rilevato che l'effetto delle esperienze infantili sfavorevole predice la presenza di un disturbo da uso di sostanze in maniera dose-dipendente (Dube *et al.*, 2003).

La stessa relazione con il numero, oltre che con il tipo e momento in cui avvengono le ACE, è stata riscontrata rispetto sintomatologia dissociativa (Schalinsky *et al.*, 2016).

L'uso di sostanze (e di comportamenti addittivi in generale) è inoltre funzionale a gestire i sintomi del PTSD seguendo diverse e complesse traiettorie, che vanno dall'annullamento del dolore emotivo intollerabile alla dissociazione tra stati di coscienza alternativi (Schimmenti *et al.*, 2022).

Somer *et al.* (2010) esplorando l'incidenza della psicopatologia dissociativa tra i pazienti con disturbo da uso di oppioidi hanno introdotto il concetto di "dissociazione chimica", che suggerisce che alcuni pazienti che abusano di sostanze potrebbero non mostrare alti livelli di dissociazione, nonostante la loro storia di traumi, perché possono raggiungere stati dissociativo-simili attraverso il consumo di sostanze chimiche nel tentativo di gestire stati affettivi intollerabili.

È stato inoltre suggerito che l'effetto delle sostanze stesse può determinare una diminuita tolleranza a stati dolorosi che a sua volta rinforza l'uso di sostanze e il permanere in una condizione di addiction (iperkatifeia) (Koob, 2021).

Esplorando la relazione tra disturbi dissociativi e uso di sostanze, Najavits e Walsh (2012) hanno rilevato che i pazienti dipendenti da sostanze con alti livelli di dissociazione (punteggio nella Dissociative Experience Scale (Carlson *et al.*, 1993) > o uguale a 30) hanno maggior numero di sintomi correlati al trauma e una storia di sviluppo caratterizzata da abuso emotivo e neglect.

Il loro campione riportava inoltre una maggiore aspettativa che le sostanze potessero gestire la sintomatologia post-traumatica. Sempre lavorando con pazienti dipendenti da oppiacei, Somer (2019) ha rilevato come gli individui traumatizzati sono più propensi a riferire esperienze dissociative durante il loro uso di oppioidi o durante l'astinenza.

Patel, O'Connor *et al.* (2022) hanno riscontrato una correlazione positiva tra la gravità del PTSD e i problemi associati all'uso di alcol e la sintomatologia dissociativa, che sembra mediare la relazione tra gravità del PTSD e problemi legati all'uso di alcol.

Intervistando con valutato con la SCID-D (Steinberg, 1994) un gruppo di pazienti con dipendenza da sostanze Tamar-Guroi *et al.* (2008) hanno mostrato che il 26% dei pazienti aveva un disturbo dissociativo.

La maggioranza (59,3%) di questi pazienti con entrambe queste condizioni affermava che il disturbo era precedente all'abuso di sostanze.

Nel lavoro clinico, rileviamo quotidianamente come portare alla luce il sommerso sia un'operazione alquanto complessa, poiché il paziente con un Disturbo da uso di Sostanze ha spesso scarsa consapevolezza di come la dipendenza abbia agito e agisca sui suoi processi mentali.

La capacità di distinguere tra l'effetto dissociativo della sostanza in sé e il suo utilizzo per difendersi da stati emotivi di sofferenza si vanifica, così come la capacità di riconoscere ancor prima dell'uso di sostanze la necessità di usare difese dissociative.

Come abbiamo scritto nel paragrafo sugli obiettivi dello studio, abbiamo scelto di soffermarci sulla definizione di dissociazione che fa riferimento a un modello specifico, quello della Teoria della Dissociazione Strutturale di Personalità, perché potrebbe fornire una mappa più ricca di elementi per descrivere il funzionamento mentale del paziente.

La Teoria della Dissociazione Strutturale di Personalità, partendo dalla concezione della dissociazione come fenomeno patologico, descrive tre possibili livelli.

All'interno di questa teoria vengono definite e distinte due "tipologie" di parti della personalità: ANP "personalità apparentemente normale", quella socialmente funzionante e EP "personalità emozionale" che contiene i ricordi e le emozioni legate all'esperienza o alle esperienze traumatiche (Van Der Hart *et al.*, 2006).

Nel caso della dissociazione strutturale primaria abbiamo: una singola ANP e una singola EP a seguito di un trauma avvenuto una sola volta nella vita; si riscontra tipicamente nei casi di Disturbo post-traumatico da stress.

Nel caso della dissociazione strutturale secondaria abbiamo, invece, singola ANP e più EP legate a diversi aspetti emotivi dei traumi vissuti; questo tipo di dissociazione si presenta tipicamente nel Disturbo da stress post-traumatico complesso (cPTSD).

Infine, nel caso della dissociazione strutturale terziaria abbiamo diverse ANP e diverse EP; in questi casi le parti raggiungono un maggiore livello di compartimentazione e autonomia, sono questi i casi di Disturbo dissociativo dell'identità (DID).

Le diverse parti della personalità, secondo questa teoria, sono tra loro in una relazione spesso caratterizzata da una vera e propria fobia dell'esperienza interna, delle relazioni d'attaccamento, e da azioni (intese in senso ampio) sostitutive, che si oppongono all'integrazione di esperienze o parti intollerabili per l'intera personalità.

Quest'ottica può aiutarci a leggere in maniera non semplicistica il fenomeno della dipendenza come tentativo di adattamento a un mondo interno frammentato, riconoscendo che l'abuso di sostanze può assumere di volta in volta una funzione diversa in una personalità con caratteristiche dissociative, e che i percorsi clinici devono di conseguenza tenere conto delle implicazioni di questo funzionamento.

Conclusione e direzioni future

Alla luce di quanto finora delineato sembra che le questioni che affrontiamo nell'articolo siano rilevanti e che si possa concludere, basandosi sulla letteratura e sui modelli esplicativi considerati, che ci sia una sovrapposizione significativa tra trauma, dissociazione e addiction.

Questa concomitanza influisce sui percorsi di cura e quando non adeguatamente presa in considerazione determina maggiore tendenza al drop out (Somers, 2003).

I percorsi trattamentali che mantengono invece il doppio focus su trauma/dissociazione e addiction, manifestano minore tendenza alle ricadute e minore severità della sintomatologia psichiatrica associata (Najavits, Hien, 2013).

È inoltre generalmente accettato che il ricorso a forme più severe di dissociazione avviene quando le esperienze traumatiche si consumano all'interno della relazione con i caregiver (Farina *et al.*, 2019).

Questo tipo di esperienze come in generale le esperienze che conducono a forme di attaccamento disorganizzato/non altrimenti specificato determinano conseguenze che complicano notevolmente la cura dei pazienti.

La difficoltà a fidarsi delle fonti di informazione (sfiducia epistemica), la difficoltà di mentalizzazione nelle relazioni di cura, chiamano in causa il sistema di attaccamento e la fobia degli stati interni (Fonagy, Allison, 2014; Steele *et al.*, 2017).

A fronte della forte presenza di queste importanti manifestazioni, in letteratura, si assiste a una difformità sia negli strumenti di rilevazione che nel concetto stesso di dissociazione.

Questa diversità invita alla cautela nel trarre conclusioni e fornisce ulteriore razionale a quanto qui proposto.

Nostro obiettivo è quello di strutturare un progetto di ricerca che permetta in primo luogo al clinico di esplorare in modo mirato la presenza di una sintomatologia post-traumatica e dissociativa nei pazienti che presentano un disturbo da uso di sostanze, incorporando in tale esplorazione l'eventuale livello di dissociazione strutturale della personalità: PTSD, cPTSD e DID. Per il raggiungimento di quest'obiettivo verrà utilizzata la Trauma And Dissociation Symptoms Interview (TADS-I, Boon, Mathes, 2016), la cui versione italiana è in corso di validazione (Boldrini, Catania, Cavalletti, Fusco).

Oltre alla valutazione dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico, sia semplice (PTSD) che complesso (cPTSD), e alla valutazione del disturbo dissociativo dell'identità DID, la TADS-I consente anche una più ampia indagine concernente aree sintomatologiche quali: uso di sostanze, disturbi del sonno, problemi alimentari, ansia e disturbi dell'umore, ecc.

In questo modo è possibile indagare in modo trasversale la presenza di dissociazione e non solo la presenza dei sintomi dissociativi classici (amnesia dissociativa, fuga dissociativa, ecc.).

Domande in tutte queste diverse aree sono particolarmente utili non solo per la diagnosi dei disturbi post-traumatici e dissociativi, ma anche per differenziare questi ultimi dai disturbi della personalità e non, come i disturbi dell'umore o i disturbi psicotici.

L'intervista prevede inoltre una sezione dedicata alla valutazione dell'uso/abuso di alcol, droghe e farmaci, permetterebbe quindi di discriminare la dissociazione, dalle altre alterazioni di coscienza legate all'uso di sostanze

L'appartenenza degli autori a due diverse società scientifiche FeDerSerD e Aisted permetterà di ottimizzare le specifiche conoscenze e competenze in ambiti differenti.

Questa collaborazione si iscrive nell'intenzione di integrare differenti punti di vista, mettendo in comunicazione aree che in tempi non lontani sono rimaste compartimentalizzate.

È perciò a nostro avviso un'azione che può costituire un ulteriore passo nella direzione dell'ascolto e nella restitutio ad integrum di parti dissociate, dei pazienti e degli operatori stessi, costituendo perciò un movimento anti-traumatico.

Riferimenti bibliografici

- Administration (SAMHSA) (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*, HHS publication no (SMA) 14-4884. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Boon S., Mathess B. (2016). *Trauma and Dissociation Symptoms Interview TADS-I*.
- Brown V.B. (2021). A trauma-informed approach to enhancing addiction treatment. In el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M., Baldacchino A.M. (eds), *Textbook of addiction treatment international perspectives*.
- Caretti V., Craparo G., Giannini M., Gori A., Iraci Sarieri G., Lucchini A., Rusignuolo I., Schimmenti A. (2017). *ABQ Addictive Behavior Questionnaire – Manuale*. Hogrefe
- Carlson E.B., Putnam F.W., Ross C.A., Torem M., Coons P., Dill D.L., Loewenstein R.J., Braun B.G. (1993). Validity of the Dissociative Experience Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1030-1036.
- Craparo G., Ardino V., Gori A., Caretti V. (2014). The Relationships between Early Trauma, Dissociation, and Alexithymia in Alcohol Addiction. *Psychiatry Investig.*, Jul, 11(3): 330-5. DOI: 10.4306/pi.2014.11.3.330. Epub 2014 Jul 21. PMID: 25110508; PMCID: PMC4124194.
- Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (2008). Fattori evolutivo relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina. In Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina.
- Dube R.S., Felitti V.J., Dong M., Chapman D.P., Giles H.W., Anda R.F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study *Pediatrics*, 111: 564.
- Farina B., Liotti M., Imperatori C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in psychology*, 10: 933.
- Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, ... Marks. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245-258.
- Fonagy P., Allison E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3): 372.
- Khantzian E.J. (2003). Understanding addictive vulnerability: an evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychanalysis*, 5(1): 5-20.
- Khantzian E.J. (2012). Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective. *Am J Addict*, 21: 274-279.
- Koob G.F. (2021). Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacol Rev.*, Jan, 73(1): 163-201. DOI: 10.1124/pharmrev.120.000083. PMID: 33318153; PMCID: PMC7770492.
- Myrick A.C., Dass-Brailsford P. (2010). Psychological trauma and Substance Abuse: the need for an integrate approach. *Trauma Violence & Abuse*, 11(4): 202-213.
- Najavits, Hien (2013). Helping Vulnerable Populations: A Comprehensive Review of the Treatment Outcome Literature on Substance Use Disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, Vol. 69(5): 433-47.
- Najavits L.M., Clark H.W., DiClemente C.C. et al. (2020). PTSD/ Substance Use Disorder Comorbidity: Treatment Options and Public Health Needs. *Curr Treat Options Psych*, 7: 544-558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>.
- Najavits L.M., Weiss R.D., Shaw S.R., Muenz L.R. (1998). "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance. *Dependence Journal of Traumatic Stress*, vol. 11, n. 3.
- Patel H., O'Connor C., Andrews K., Amlung M., Lanius R., McKinnon M.C. (2022). Dissociative symptomatology mediates the relation between posttraumatic stress disorder severity and alcohol related problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 46(2): 289-299.
- Ross C. (2000). *The trauma model. A solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Bluebird.
- Schalinski I., Teicher M.H., Nischk D., Hinderer E., Müller O., Rockstroh B. (2016). Il tipo e la tempistica delle esperienze infantili avverse influenzano in modo differenziale la gravità del PTSD, i sintomi dissociativi e depressivi nei pazienti adulti ricoverati. *Psichiatria BMC*, 16(1): 1-15.
- Somer E. (2003). Prediction of abstinence from heroin addiction by childhood trauma, dissociation, and extent of psychosocial treatment. *Addiction Research and Theory*, October, vol. 11, n. 5: 339-348.
- Somer E. (2019). Trauma, dissociation and opiate use disorder; maladaptive daydreaming among recovering substance use disorder patients. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(8-9).
- Somer E., Altus L., Ginzburg K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the "chemical dissociation" hypothesis. *Comprehensive psychiatry*, 51(4): 419-425.
- Steele K., Boon S., Van der Hart O. (2017). *La cura della dissociazione traumatica un approccio pratico e integrativo* (a cura di Giovanni Tagliavini). Mimesis.
- Schimmenti A., Billieux J., Santoro G., Casale S., Starcevic V. (2022). A trauma model of substance use: elaboration and preliminary validation. *Addictive behaviors*, 134; 107431.
- Steinberg M. (1994). Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *American Psychiatric Pub*.
- Strathearn L., Mertens C.E., Mayes L., Rutherford H., Rajhans P., Xu G., Kim S. (2019). Pathways relating the neurobiology of attachment to drug addiction. *Frontiers in psychiatry*, 737.
- Tamar-Gurol D., Sar V., Karadag F., Evren C., Karagoz M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 540-547.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R., Steele K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Company.