UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Elaborato finale

Alterazioni e discontinuità della coscienza: dalla dissociazione ai disturbi dissociativi

Alterations and discontinuities of consciousness: From dissociation to dissociative disorders

Relatore

Prof.ssa Spironelli Chiara

Laureando/a: Fregonese Sara

Matricola: 1236073

Anno Accademico 2021/2022

Indice

CAPITOLO PRIMO 5

Dissociazione e Disturbi Dissociativi 5

1.1 Origini e prime definizioni 5

CAPITOLO SECONDO 13

Meccanismi Dissociativi 13

2.1 Difesa o Deficit? 13

2.2 Teoria polivagale di Stephen Porges 16

2.3 Attaccamento disorganizzato e dissociazione 19

2.4 Teoria della dissociazione struttura della personalità 21

CAPITOLO TERZO 25

Il Disturbo Dissociativo Dell'Identità e Approccio Terapeutico 25

3.1 Il Disturbo Dissociativo Dell'identità 25

3.2 Dissociazione strutturale della personalità e DDI 27

3.3 Linee-guida della terapia 28

Bibliografia 33

CAPITOLO PRIMO

Dissociazione e Disturbi Dissociativi

1.1 Origini e prime definizioni

Il termine "dissociazione" ad oggi viene utilizzato in diversi modi da clinici e studiosi. Il fenomeno dissociativo venne studiato per la prima volta nel 1889 da Pierre Janet in associazione all'isteria: lo studioso lo definì come un processo psicologico fondamentale con cui l'organismo reagisce all'impatto soverchiante del trauma, e che si manifesta in una varietà di sintomi, allora ricondotti ai disturbi isterici (Janet 1889). Janet all'epoca utilizzò il termine "*désagrégation*" traducibile in "disgregazione o disintegrazione" per indicare la disintegrazione delle capacità cognitive della persona, alla quale consegue la difficolta nella regolazione e continuità della coscienza. Per Janet la coscienza è al centro dell'organizzazione mentale, e gli attribuì tre principali funzioni d'integrazione: *la sintesi personale*, ovvero la capacità di creare un'organizzazione coerente delle memorie e dell'esperienza di sé che permette di sperimentare un sentimento d'identità costante (Liotti e Farina 2011); la *presentificazione*, ovvero la capacità della mente di focalizzarsi nel presente, evitando di confondere ricordi passati con il tempo corrente; e la *funzione di realtà,* che definisce la capacità della mente di agire sulla realtà in modo consapevole alla base di scopi. La dissociazione, dovuta a un evento traumatico, comporta la disintegrazione di queste funzioni della coscienza. Egli sosteneva che le alterazioni delle capacità di pensare, sentire e agire fossero dovute a emozioni collegate a esperienze e memorie traumatiche. Questo scompenso, a livello psichico, si rifletteva sul piano somatico e biologico. In questo senso la dissociazione è un processo di disintegrazione di alcune funzioni psichiche, ovvero le funzioni della coscienza, della memoria, della percezione e del pensiero. Queste funzioni, se normalmente integrate, permettono all'individuo di sperimentare una continuità della coscienza e di percepire un senso di sé unitario. Ad oggi, il termine "dissociazione" viene utilizzato per indicare diversi concetti: la classe dei disturbi dissociativi, un insieme di sintomi, un processo patogenico.

1.2 Diverse concezioni dei sintomi dissociativi

La dissociazione e i disturbi dissociativi vengono descritti e spiegati principalmente secondo due ipotesi. La prima ipotesi concettualizza la dissociazione e i disturbi

dissociativi lungo un *continuum* tra normalità e patologia. In questa teoria, la dissociazione spazia lungo un *continuum* di esperienze comuni e normali di dissociazione: possono essere definite come distrazioni o alterazioni dell'attenzione, ad esempio sognare ad occhi aperti o essere assorti nella lettura di un libro perdendo la cognizione del tempo, fino a forme gravi, ovvero patologiche, classificate come disturbi dissociativi. Lungo il *continuum* i sintomi sono gli stessi: quello che li distingue da forme normali a patologiche è la loro posizione all'interno del *continuum*, definibile dal loro livello di dissociazione determinato su base quantitativa; rispetto alla loro frequenza, alla loro estensione e intensità. La psichiatra Marlene Steinberg, autrice *dell''Intervista Clinica Standardizzata per la valutazione dei Disturbi Dissociativi (SCID-D)*, individua cinque sintomi fondamentali che contraddistinguono i Disturbi Dissociativi. Questi sintomi si manifestano con intensità lieve, moderata o grave, e in base al loro livello d'intensità si distribuiscono lungo il *continuum*; ognuno può quindi rappresentare una risposta normale o patologica.

L'*amnesia* è definita come l'incapacità da parte della persona di ricordare determinati e significativi eventi. In forma lieve, è rappresentata da difetti di memoria, piccole dimenticanze e occasionali lacune che possono presentarsi in situazioni di stress. A mano a mano che ci sia avvicina al polo patologico, le forme di amnesia si aggravano in quanto sono più ricorrenti e di maggiore durata, e l'evento scatenante passa dallo stress a esperienze di traumi e abusi. A livelli moderati, l'amnesia si manifesta con lacune mnesiche più ricorrenti o con durata maggiore: ciò può comportare una discontinuità temporale che può essere causa di disagio nella vita degli individui. In forme gravi, l'amnesia è collegata a ricordi di esperienze traumatiche, la causa dunque è da ricercarsi in eventi traumatici di abuso. L'amnesia grave comporta disfunzionali lacune di memoria che possono essere ricorrenti e di lunga durata, gli individui che ne soffrono possono non avere ricordi di mesi o anni; possono dimenticare abilità, capacità e informazioni su sé stessi.

La *depersonalizzazione*, anch'essa molto frequente nella normalità, comporta, da parte della persona interessata, un senso di distacco da sé stessi, di sentirsi distaccati dal proprio corpo e dalle proprie emozioni: l'individuo sperimenta un appiattimento della risposta emotiva, definito *numbing* emozionale, accompagnato dalla sensazione di essere fuori dalla propria persona, di guardarsi dall'esterno. A livelli lievi, la depersonalizzazione può

presentarsi qualche volta nel corso della vita, solitamente in periodi stressanti. A mano a mano che si procede lungo il *continuum,* la depersonalizzazione diventa un fattore disturbante, soprattutto nel caso in cui si leghi all'ansia. La depersonalizzazione si attiva, in genere, per aiutare l'individuo a superare situazione stressanti e cariche d'ansia: può però accadere che si inserisca in un ciclo di ansia-depersonalizzazione-ansia, in cui l'attivazione del sintomo dissociativo provochi esso stesso un aumento di ansia. La depersonalizzazione può anche manifestarsi come dialoghi interiori: a livelli normali, questi dialoghi sono simbolici come, per esempio, quando occorre compiere una scelta e si stila una lista di pro e contro per ragionare su di esse, mentre in persone con un disturbo dissociativo si tratta di dialoghi personificati.

La *derealizzazione* è la sensazione di sentirsi distaccati dall'ambiente circostante e dal mondo: si possono percepire i propri luoghi comuni, i propri familiari e altri aspetti della propria vita come estranei. La familiarità che normalmente accompagna l'ambiente in cui la persona vive e le persone facenti parti di esso non viene percepita nei casi di derealizzazione. In forma lieve, è normalmente sperimentata soprattutto in situazioni stressanti o a seguito di eventi improvvisi che toccano la sensibilità della persona. In questi casi, ha durata breve e avviene di rado. A livello moderato, i sintomi si presentano più frequentemente, non sono causati da stress ma da eventi traumatici, e vengono sperimentati verso la famiglia o i propri ambienti di quotidianità. Nei disturbi dissociativi la sensazione di estraneità che viene sperimentata dai soggetti si presenta frequentemente, diventa abituale e può persistere anche per ventiquattro ore o più; in tal caso riguarda gli ambienti e le persone più familiari e vicine alla persona. Questi sintomi risultano risposte naturali e automatiche a un trauma e/o esperienze di abusi. Insieme alla derealizzazione, la persona può sperimentare altri sintomi dissociativi e *flashback*.

Ultimi due sintomi dissociativi sono la confusione dell'identità e l'alterazione dell'identità. La *confusione d'identità* è la sensazione di confusione che una persona prova verso la propria identità, verso il proprio senso di sé; gli individui che ne soffrono vivono in un continuo conflitto rispetto a chi sono, a come dovrebbero comportarsi e quali decisioni dovrebbero prendere. La confusione d'identità è una sensazione che normalmente le persone provano nell'arco della propria vita, solitamente in situazioni di cambiamento, in momenti in cui si devono compiere scelte importanti, per esempio in seguito a un divorzio o alla fine di un percorso di studio. Questo sintomo è considerato

fisiologico se legato e circoscritto a una specifica situazione, mentre si classifica come sintomo moderato nel momento in cui la confusione d'identità si presenta in modo ricorrente ed è fonte di sofferenza per la persona. In forma grave, la confusione d'identità comporta episodi disfunzionali ricorrenti, accompagnati da intensi sentimenti di infelicità chiamati disforia (Steinberg e Schnall 2001). A questo livello compromette le relazioni sociali e personali dell'individuo.

L'ultimo sintomo della dissociazione è l'*alterazione dell'identità*: comporta un cambiamento d'identità e cambiamenti comportamentali osservabili dall'esterno. Il cambiamento che avviene può comportare il passaggio ad un'altra personalità. Nella vita di tutti i giorni le persone non mostrano sempre la propria reale persona, in contesti sociali o formali ognuno mostra una determinata personalità, così come in contesti lavorativi o sociali. In questi casi, l'alterazione dell'identità è volontaria e controllata dalla persona stessa, non comporta quindi alcun problema o disfunzione. L'alterazione moderata può essere associata ad alcuni disturbi non dissociativi, come il disturbo bipolare: in questo caso l'alterazione non è sempre controllata dall'individuo. L'alterazione grave dell'identità comporta distinti stati di personalità, i quali prendono il controllo sulla coscienza e sono in grado controllare comportamenti, ricordi, pensieri ed emozioni. L'individuo può essere o meno consapevole delle altre personalità e il passaggio tra di esse avviene solitamente in uno stato di *trance*. Questa prospettiva considera la dissociazione un meccanismo di difesa adattivo, una risposta naturale attivata per fronteggiare eventi stressanti, esperienze traumatiche e situazioni pericolose per la propria incolumità fisica e psichica. La dissociazione e il sintomo dissociativo diventano patologiche quando la difesa fallisce, e da meccanismo dedito alla sopravvivenza diventano elemento caratterizzante di un disturbo dissociativo. Le varie manifestazioni dei 5 sintomi, secondo Steinberg, comportano l'individuazione di uno dei Disturbi Dissociativi descritti dalla classificazione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5; APA 2013).

In contrapposizione all'ipotesi dimensionale del *continuum* dissociativo si stanzia la Teoria della Dissociazione Strutturale, delineata da Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele, che riprende l'ideologia di Janet, la quale differenzia i sintomi dissociativi in patologici e non patologici. La dissociazione è presente, e quindi anche la patologia, quando vi è una dis-integrazione delle funzioni psichiche, quindi una

discontinuità della coscienza. In questa concettualizzazione, la dissociazione è solo patologica ed è tale in funzione alla sua eziologia traumatica. La teoria della dissociazione traumatica suddivide i sintomi dissociativi in: sintomi positivi e negativi, sintomi psicologici e somatoformi. In questo approccio vengono considerati, oltre che i sintomi psicologici, anche quelli somatici: questa divisione riguarda infatti il modo in cui i sintomi si manifestano, non la causa alla base della loro manifestazione. Tra i sintomi dissociativi negativi psicologici e somatoformi vengono inseriti amnesia, depersonalizzazione, anestesia emotiva, perdita dei tratti caratteristici della propria persona, anestesia delle modalità sensoriali, analgesi, incapacità di controllare il proprio corpo. Fanno parte dei sintomi dissociativi positivi psicologici e somatici: sentire voci, emozioni e pensieri non reali, percezioni sensoriali dell'esperienza traumatica, sintomi di psicosi dissociative e somatoformi della psicosi dissociativa, alternanza di parti dissociative della personalità, sensazioni e movimenti incontrollati, sensazione di ripetere movimenti o rivivere le stesse emozioni dell'evento traumatico (Van de Hart et al., 2011).

Un'ulteriore posizione più contemporanea rispetto ai sintomi dissociativi e alla loro classificazione propone la suddivisione dei sintomi in modo qualitativo nelle categorie di "distacco" (*detachment*) e "compartimentazione" (*compartmentalization*). Questa classificazione fa attenzione a implicazioni cliniche e terapeutiche, voluta per avere maggiore chiarezza sul concetto di dissociazione. Il distacco comprende uno stato alterato di coscienza, caratterizzato dal fatto che la persona sperimenta un senso di separazione dal proprio corpo, dalle proprie emozioni, dal mondo esterno e dal proprio senso sé. I sintomi di distacco possono essere descritti come esperienze di alienazione: la persona sperimenta una separazione dalle proprie emozioni e dal proprio corpo. Vengono percepiti un distacco e un senso di estraneità nei confronti di ambienti e luoghi abituali. A livello psicologico avviene un'alterazione della coscienza: l'esperienza cosciente che l'individuo ha di sé, della propria identità e del mondo è alterata. Nel distacco rientrano quei sintomi dissociativi che comportano alterazioni della coscienza fenomenica, ovvero sentimenti, sensazioni, emozioni e immagini mentali (Liotti, 2011). I sintomi che rientrano in questa categoria sono: depersonalizzazione, derealizzazione, *numbing* emozionale e *out-of-body experiences*. *"[...] La compartimentazione riguarda l'involontario isolamento del contenuto"* (Hill 2017): i vari sistemi mentali non sono integrati, ma dissociati, quindi le connessioni e i confronti di natura semantica fra i

contenuti mentali normalmente accessibili alla coscienza non sono possibili. Questo comporta mancata integrazione e regolazione dei vari stati dell'io che concorrono a fornire un senso di sé coeso. I sintomi rientranti in tale categoria comportano un'incapacità di controllare processi e azioni che vengono normalmente esercitate dalla persona (Liotti e Farina 2011). I sintomi dissociativi di compartimentazione comprendono amnesia dissociativa, fuga dissociativa e dissociazione somatoforme. L'a*mnesia dissociativa* insieme agli stati dell'io non integrati sono i casi più rappresentativi della compartimentazione. Nell'amnesia dissociativa le informazioni personali normalmente accessibili alla coscienza sono dissociate, e quindi non raggiungibili: ciò comporta l'inaccessibilità involontaria a determinati contenuti nella memoria, solitamente di natura traumatica. La *fuga dissociativa* comporta un allontanamento improvviso e inaspettato da parte della persona, confusione d'identità e incapacità di ricordare il proprio passato. Questi due processi sono alla base della teoria strutturale della dissociazione, per la quale la compartimentazione fra stati dell'Io è la patologia dissociativa; i sintomi di distacco non rappresentano caratteristiche che qualificano i disturbi dissociativi, ma caratterizzano il processo che porta alla compartimentazione e, quindi, al disturbo dissociativo.

1.3 Classificazione dei Disturbi dissociativi

La principale classificazione dei Disturbi Dissociativi viene fornita dal DSM-5, che definisce la dissociazione come caratterizzata dalla *"[…] distruzione di e/o dalla discontinuità nel processo di normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento"* (APA, 2013). La classificazione fornita dal DSM-5 risente della concezione del *continuum* dissociativo. Il DSM-5 introduce nella categoria dei Disturbi Dissociativi: il Disturbo Dissociativo dell'Identità, l'Amnesia Dissociativa, il Disturbo di Depersonalizzazione-Derealizzazione, il Disturbo Dissociativo Con Altra Specificazione e il Disturbo Dissociativo Senza Specificazione.

Il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) implica una disgregazione dell'identità che comporta il manifestarsi di due o più personalità distinte: tale condizione può essere descritta come esperienza di possessione. I sintomi di disgregazione comportano una discontinuità del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, alterazioni del

comportamento, della memoria, della coscienza, della percezione, della cognitività e del funzionamento del senso motorio (APA 2013). Sono presenti amnesie dissociative ricorrenti, che concernono sia esperienze traumatiche che lacune inerti alla vita quotidiana e informazioni personali. In particolare, l'amnesia dissociativa in individui con disturbo dissociativo dell'identità possono interessare: eventi passati riguardanti esperienze personali importanti, non necessariamente traumatiche; amnesie rispetto a capacità e abilità acquisite – in tal senso, una persona può dimenticare come si guida o come si legge. Ulteriormente, l'amnesia può presentarsi attraverso la scoperta di azioni compiute dall'individuo senza che questi se ne ricordi, come per esempio trovare oggetti mai visti tra le proprie cose.

L'*Amnesia dissociativa* comporta un'incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, non riconducibile a una normale dimenticanza (APA 2013). L'amnesia dissociativa non è dovuta a un danno neurobiologico, per questo non è permanente: è reversibile, in quanto i ricordi sono conservati nella memoria, il problema è nel loro recupero. L'amnesia dissociativa può essere *circoscritta,* se riguarda uno specifico periodo di tempo, e può essere più ampia dell'amnesia riguardante un singolo evento; può essere *selettiva,* se la persona ha ricordi di alcuni eventi riguardanti un determinato periodo di tempo. Può presentarsi un'amnesia *generalizzata*, anche se in rare occasioni, per la quale l'individuo sperimenta una perdita completa della propria identità e storia personale: in questo caso, la persona non ha ricordi di chi sia e della propria vita. Altri due casi di amnesia sono l'amnesia *sistematica*, che riguarda la perdita di ricordi inerenti a una determinata categoria di informazioni, e l'amnesia *continua,* per la quale la persona dimentica ogni nuovo evento che vive. L'amnesia può verificarsi immediatamente in seguito a un avvenimento percepito come intollerabile dalla persona, oppure presentarsi a distanza di tempo.

Il *Disturbo di Depersonalizzazione* prevede la presenza di persistenti o ricorrenti esperienze di depersonalizzazione, derealizzazione, o entrambe (APA 2013). Le esperienze di depersonalizzazione si manifestano come esperienza d'irrealtà e distacco rispetto ai propri pensieri, sentimenti, sensazioni, rispetto al proprio corpo e alle proprie azioni. In queste esperienze, la persona percepisce una separazione da sé stessa o da parti di sé. Le esperienze di derealizzazione, invece, riguardano esperienze di irrealtà e distacco rispetto all'ambiente circostante: l'individuo si percepisce distante dal mondo che lo

circonda, viene sperimentato un senso di estraneità nei confronti di persone a lui vicine, come familiari o amici, oppure verso ambienti che quotidianamente frequenta, come la propria casa. La derealizzazione può implicare distorsioni percettive sensoriali, in particolare visive e uditive, come annebbiamento della vista e amplificazione di suoni.

Il *Disturbo Dissociativo Con Altra Specificazione* viene utilizzato nei casi in cui si manifestino sintomi dissociativi caratteristici di un disturbo dissociativo, ma che non soddisfano i criteri diagnostici per poter essere classificati entro una delle altre categorie di disturbi dissociativi. In questo caso, il clinico specifica la ragione per cui l'individuo non può rientrare in una delle categorie. Esempi di questa classificazione riportati dal DSM-5 sono:

Le *Sindromi croniche e ricorrenti di sintomi dissociativi misti,* che includono un disturbo dell'identità con una discontinuità meno marcata del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, o alterazioni dell'identità, o ancora episodi di possessione in un individuo che non presenta amnesia dissociativa (APA 2013). Altra categoria è il *Disturbo d'identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intesa*, nel quale rientrano persone che sono state sottoposte a intense forme di persuasione coercitiva, che comportano modificazioni prolungate riguardo alla propria identità. Oltre a queste due classificazioni, il DSM-5 include nei disturbi dissociativi con altra specificazione le *reazioni dissociative acute reattive a eventi stressanti* e le *trance dissociative*.

Il *Disturbo Dissociativo Senza Specificazione* si diagnostica quando i sintomi riconducibili a un disturbo dissociativo non soddisfano completamente i criteri per la diagnosi di uno dei disturbi dissociativi. In questo caso, il clinico sceglie di non specificare il perché non vengano soddisfatti tali criteri per la diagnosi di uno dei disturbi dissociativi. Nel DSM-5, all'interno dei Disturbi Dissociativi non vengono inseriti sintomi somatici, che hanno invece una loro categoria diagnostica come *Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati*. Il DSM-5 riconosce che i sintomi somatoformi sono associati ai disturbi dissociativi, ma considera propriamente dissociativi solo quei sintomi che si manifestano a livello psicologico, mentre non riconosce la natura dissociativa di alcuni sintomi somatoformi (Greco, Pozzi e Gremigni 2016). Tuttavia, la differenza tra sintomi dissociativi che si manifestano nel corpo e sintomi dissociativi che si manifestano a livello psichico è solo apparente, poiché entrambi condividono le medesime radici nei processi dissociativi (Nijenhuis e Van der Hart 2011).

CAPITOLO SECONDO

Meccanismi Dissociativi

Come precedentemente accennato, il termine dissociazione viene utilizzato per indicare differenti elementi inerenti il fenomeno della dissociazione; tra questi il temine indica anche un processo patogenico a seguito di esperienze traumatiche. La dissociazione patologica rappresenta una risposta che l'individuo attua alla luce di eventi traumatici come: abusi fisici e sessuali, situazioni di pericolo oppure esperienze di abbandono e maltrattamento nei primi anni di vita. Il *trauma* psicologico è definibile come una ferita, uno *shock* che la persona percepisce. In quest'ottica il trauma è identificabile in un determinato evento traumatico, mentre un'esperienza è definibile traumatica in base alle emozioni che il soggetto sperimenta in quella situazione. Da ciò ne consegue che ognuno reagisce in modi diversi a situazioni simili, e non tutti possono essere traumatizzati da uno stesso evento: vari fattori entrano in gioco, sia di tipo ambientale che di tipo soggettivo, anche elementi riguardanti il percorso di sviluppo della persona. Il trauma psicologico è un evento singolo o cumulativo che non può essere integrato nel sistema psichico della persona, in quanto l'individuo non ha la capacità di gestire e far fronte alla forza negativa soverchiate associata a tali eventi. Per questo motivo le emozioni, sensazioni associate all'evento, in quanto troppo forti e percepite pericolose dalla persona, vengono mantenute dissociate o compartimentalizzate dalla coscienza. Gli eventi traumatici possono essere diversi: alcuni possono essere in potenza più traumatici rispetto ad altri, alcuni possono essere singole esperienze improvvise, imprevedibili e incontrollabili. Può trattarsi di eventi non necessariamente minacciosi per la vita, ma possono riguardare anche eventi associati alla sfera delle relazioni di attaccamento, quali avvenimenti riguardanti figure significative nella vita della persona. Gli episodi traumatici possono essere ripetitivi, la traumatizzazione cronica è uno dei fattori determinanti per lo sviluppo di dissociazione strutturale.

2.1 Difesa o Deficit?

La comunità scientifica si trova in accordo sull'esistenza di una connessione tra trauma e dissociazione, o meglio sviluppo patogenico che presenta come sintomi i disturbi

dissociativi. Questa condivisa idea si divide in due parti rispetto alla natura del processo patogenico. I principali schieramenti presentati in precedenza della definizione della dissociazione e dei sintomi dissociativi si ritrovano anche a questo punto. L'ipotesi della dissociazione come un fenomeno che si sviluppa lungo un *continuum*, da normalità a patologia ritiene la dissociazione una difesa dell'Io e la patologia un fallimento di tale difesa Greco, Pozzi e Gremigni 2016. Dal lato opposto, coloro che pongono come base l'ideologia di Pierre Janet, definiscono la dissociazione solo come patologia, e quindi come un deficit delle capacità integrative della mente (Greco, Pozzi e Gremigni 2016).

L'ideologia alla base dell'ipotesi del *continuum* dissociativo vede la dissociazione una difesa intrapsichica che, in risposta al dolore traumatico, l'io attiva per riuscire ad affrontare la situazione. L'Io a livello inconscio attiva la dissociazione come difesa con lo scopo di rendere tollerabile un evento o un contenuto che risulterebbe doloroso e intollerabile: in questo modo viene protetto l'equilibrio psichico dell'individuo. La dissociazione, quindi, è una naturale reazione adattiva che la nostra mente attiva. È adattiva poiché permette all'individuo di agire in funzione della sopravvivenza. La dissociazione esclude dalla consapevolezza le emozioni sconvolgenti, e fornisce un senso di irrealtà allontanando la percezione della persona dall'ambiente fonte di dolore e terrore: in questo modo, l'attenzione viene focalizzata in ciò che in quel momento gli permette di sopravvivere o di affrontare le circostanze. La dissociazione scinde dalla coscienza – quindi dalla piena consapevolezza dell'individuo – percezioni, sentimenti, pensieri, ricordi e sensazioni legati al trauma: tutti questi vengono, in qualche modo, filtrati e codificati dalla coscienza a livello periferico. In altre parole, la dissociazione altera la realtà pur mantenendo un contatto con essa in modo tale che la persona possa trovare una soluzione, un modo per agire e far fronte a ciò che sta vivendo. Nel caso di un abuso la persona può attivare il meccanismo della dissociazione per difendersi e riuscire ad affrontare la situazione traumatica, può estraniarsi dal proprio corpo (*depersonalizzazione*) e dalle intollerabili emozioni che prova (*numbing*). La difesa fallisce e sfocia nella patologia quando la dissociazione diventa una risposta automatica e fissa di fronte allo stress quotidiano o a tutti gli stimoli che rievocano l'evento traumatico. In questo caso, la difesa che nel momento dell'evento traumatico rappresentava una risposta adattiva, diventa disadattiva quando attivata in modo ripetitivo tempo dopo l'avvenimento traumatico in situazioni non si necessita di essa. In alternativa

all'ipotesi che concepisce la dissociazione come un meccanismo di difesa dell'io, è l'ipotesi di matrice janetiana che interpreta la dissociazione come un deficit delle capacità integrative superiori delle mente, in particolare della coscienza, della percezione, della memoria e dell'identità. Di fronte a un evento traumatizzante, la dissociazione non è una difesa ma un effetto di esso: il crollo dei processi mentali comporta in ultimo l'incapacità di integrare i vari stati della mente, e quindi di sperimentare un senso di Sé integrato e coerente. Janet identifica 3 livelli delle funzioni integratrici della coscienza: la *sintesi personale*, la *presentificazione* e la *funzione di realtà.* In tal senso, la dissociazione (o come da lui inizialmente definita la *'désagrégation psychologique'*) è un deficit della sintesi personale ovvero della *"[...] capacità di sperimentare una coerenza interna del Sé tramite un'adeguata integrazione delle memorie e delle esperienze del Sé"* (Greco, Pozzi e Gremigni 2016). L'esperienza traumatica risulta essere per la persona una minaccia intollerabile, la quale produce dissociazione. Questo comporta, rispetto alla gerarchia delle funzioni integratrici della coscienza, il funzionamento a un livello più basso nella gerarchia e non permette il raggiungimento della sintesi personale da parte delle memorie traumatiche, comportando un restringimento della coscienza. In altre parole accade *"[...] un fallimento delle capacità integrative superiori, della sintesi personale (integrazione delle memorie traumatiche in un senso di sé coerente e coeso) e della presentificazione (capacità della mente di collocarsi e vivere nel momento attuale) "* (Greco, Pozzi e Gremigni 2016). Il materiale dissociato, non potendo essere integrato e quindi, in un certo senso, elaborato, continuerà riattivarsi di fronte a successivi promemoria del trauma, influenzando di conseguenza il benessere e il funzionamento psichico della persona. Prove a favore di questa teoria sono riscontrabili nell'evitamento delle memorie traumatiche e il loro riaffiorare tramite *flashback*. Mentre per l'ipotesi difensiva la dissociazione è una risposta attiva nei confronti del trauma con fini difensivi rispetto al dolore mentale dei contenuti dissociati, l'ipotesi del deficit vede la dissociazione come una conseguenza devastante, transitoria o permanente, rispetto a traumi intollerabili e rispetto ai quali la persona non può scappare, ed è essa stessa causa di dolore mentale.

2.2 Teoria polivagale di Stephen Porges

La teoria polivagale di Porges si propone di dare una spiegazione a livello neurofisiologico delle reazioni che avvengono durante un'esperienza traumatica e che successivamente si ripresentano con la riattivazione di memorie traumatiche. La teoria polivagale descrive il funzionamento del sistema nervoso autonomo in termini gerarchici. In questa teoria vengono presi in considerazione il sistema simpatico e parasimpatico, superando la classica distinzione neurofisiologica e il concetto di equilibrio tra i due, enfatizzando la distinzione dei nuclei ventrale e dorsale all'interno del nervo vago che supportano diverse strategie comportamentali e adattive in situazioni di pericolo. Secondo la neurofisiologia, l'iperattivazione del sistema simpatico attiva uno stato di iper-arousal il quale comporta l'attivazione, da parte dell'organismo, di energie necessarie per la messa in atto delle reazioni di attacco e fuga; mentre l'iperattivazione del sistema parasimpatico comporta stati di ipo-arousal che in situazioni di pericolo comportano risposte di "evitamento passivo", che spaziano dal distacco all'immobilizzazione fino alla cosiddetta morte apparente, ovvero l'immobilità tonica; in tale stato, la persona può sperimentare il senso di distacco emozionale, restringimento del campo di coscienza e *numbing* emotivo e sensoriale. Il sistema parasimpatico, che agisce attraverso il nervo vago, è preposto, a scopo difensivo, alla conservazione delle energie e promuove l'attaccamento e la ricerca di protezione. Il ramo ventrale parasimpatico del nervo vago, detto complesso ventro-vagale, composto da fibre mielinizzate e quindi più efficaci, origina dal tronco cerebrale ed è composto principalmente da nervi cranici: ciò gli permette di regolare il ritmo cardiaco e promuovere il distacco o il coinvolgimento dell'ambiente esterno, e di assumere la funzione di modulare gli affetti e i comportamenti sociali. Il complesso ventrale corrisponde al "sistema d'impegno sociale" in quanto attiva strategie fondamentali per la socializzazione, affiliazione e protezione. In situazioni di arousal ottimale comporta uno stato di quiete e sicurezza cha favorisce l'interazione sociale. Il ramo dorsale del nervo vago gestisce invece i processi digestivi, e di fronte a minacce risponde attraverso la depressione dell'attività metabolica con conseguenti riposte come l'immobilizzazione, distacco, blocco comportamentale, svenimento, sincope, bradicardia e apnea. Porges elabora una gerarchia di risposte, su base filogenetica, che l'individuo mette in atto di fronte a situazioni di pericolo. Questo modello comporta in sequenza (1) il coinvolgimento del sistema ventrale parasimpatico

del nervo vago, attuando riposte d'impegno sociale, (2) il sistema parasimpatico predisposto a risposte di mobilizzazione o attacco-fuga, e (3) il ramo dorsale parasimpatico del nervo vago che corrisponde a risposte d'immobilizzazione (Figura 1).

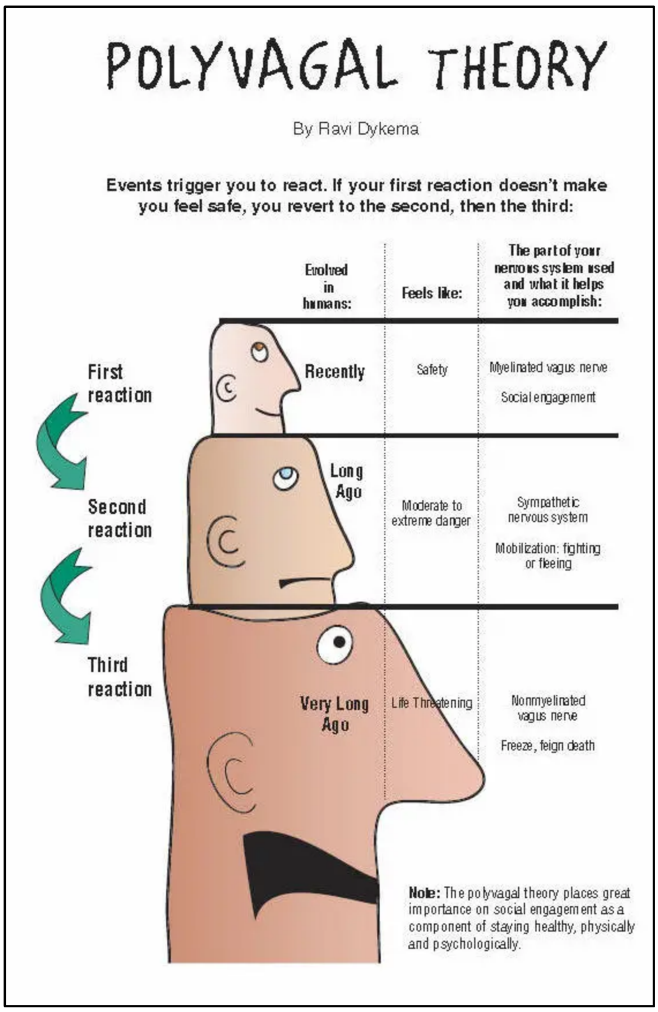

Figura 1. La figura mostra la gerarchia di risposte messe in atto in situazioni di minaccia e/o pericolo secondo la teoria polivagale di Porges.

Nel momento in cui si presenta una situazione di minaccia o di potenziale pericolo, *in primis* viene attivato il sistema d'impegno sociale, il quale tramite il "sistema frenante" inibisce il ricorso a strategie di difesa primitive; se non è in grado di affrontare la minaccia, si attiva il sistema simpatico e in ultimo, nel caso entrambe le risposte fossero inadeguate ad affrontare la situazione, si attiva il sistema dorsale vagale come ultimo tentativo di sopravvivenza. Il sistema nervoso più evoluto inibisce e controlla quello meno evoluto: in questo modo nel momento in cui il più evoluto non funziona o è temporaneamente non funzionante entra il gioco quello meno evoluto, più primitivo. Il sistema vetro-vagale necessita dei suoi processi maturativi di mielinizzazione, ed è

ipotizzabile che nel caso di eventi traumatici, maltrattamenti o trascuratezza si possa verificare un'alterazione del sistema. Inoltre, se in situazioni ottimali tale sistema è collegato ad altre strutture superiori come il sistema limbico, gli eventi traumatici possono comportare delle disconnessioni tra le varie aree cerebrali deputate all'elaborazione dello stimolo, e quindi tali memorie non verranno integrate. Il sistema ventro-vagale però, non ha molta influenza sull'attivazione del sistema chimico degli ormoni, a differenza degli altri due livelli "inferiori" che mobilitano in maniera intensiva il rilascio di ormoni con la loro attivazione. Pertanto, in situazioni traumatiche e prolungate, con l'attivazione dei due livelli inferiori si innescano reazioni neurochimiche che permangono a scopo difensivo: tali reazioni sono difficilmente arrestabili e modulabili per via della scarsa influenza del sistema ventro-vagale. Questo comporta la difficoltà nel calmare le emozioni e le reazioni anche successivamente alla scomparsa dell'agente causale. Nel caso di persone cronicamente traumatizzate c'è un ripetuto fallimento del sistema d'impegno sociale che comporta un crollo/cedimento del sistema frenante vagale, in questo modo la persona, di fronte a un promemoria del trauma subito, attraverso un processo *bottom-up*, tenderà ad oscillare continuamente tra l'iperattivazione del sistema simpatico e del parasimpatico, producendo risposte che sono risultate inefficaci nel momento del trauma. Questi stati cronici di iper- e ipo-arousal comportano l'incapacità *"[…] di integrare gli aspetti cognitivi, emozionali e somatici dell'esperienza traumatica nella continuità della propria coscienza"* (Greco, Pozzi e Gremigni 2016). Se questo stato di arousal disregolato perdura per diverso tempo l'incapacità d'integrazione porterà a una frammentazione del Sé, con conseguente manifestazione di sintomi dissociativi. L'incapacità di tolleranza e integrazione delle emozioni e delle esperienze traumatiche è dovuta all'inattivazione del sistema ventrale vagale, nel quale Siegel (1999) identifica un *range* di tolleranza in cui tali aspetti dell'esperienza traumatica possono essere elaborati e integrati (Figura 2).

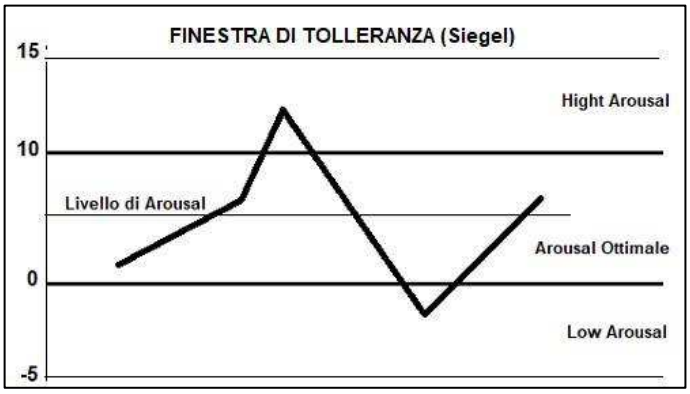

Figura 2. Range di tolleranza.

Le persone cronicamente traumatizzate hanno una finestra di tolleranza limitata che comporta una difficoltà nell'inibizione di riposte primitive e una facilità nell'attivazione di stati iper- e ipo-arousal. Questo comporta una difficoltà da parte della persona di stabilire un arousal ottimale funzionale all'elaborazione e integrazione delle emozioni e degli aspetti legati al trauma.

2.3 Attaccamento disorganizzato e dissociazione

Il trauma psicologico è definito dalla capacità dell'individuo di sostenere e gestire coscientemente le emozioni veementi suscitate da un evento con carattere di oggettiva gravità, in questo senso *"[...] il trauma è definito come un evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce"* (Farina e Liotti 2011). Partendo da questo assunto e da varie osservazioni cliniche compiute è possibile affermare che non vi sia un legame unifattoriale trauma-dissociazione e disturbi dissociativi: il rapporto esiste, ma è multifattoriale e non lineare. Nella relazione trauma-dissociazione entrano in campo anche altri fattori, sia ambientali che soggettivi, che portano alla comparsa di processi dissociativi. In tal senso, Liotti e Farina (Liotti e Farina 2011), rifacendosi alla teoria dell'attaccamento proposta da John Bowlby, propongono un modello teorico che mette in luce legami e parallelismi tra dissociazione e pattern di attaccamento, in particolare individuando nell'attaccamento disorganizzato un possibile elemento di vulnerabilità per lo sviluppo di processi dissociativi in età adulta. L'attaccamento disorganizzato si sviluppa all'interno di una relazione *caregiver*-bambino caratterizzata da *pattern* di cure inadeguati. Quello che si può osservare da parte della figura di attaccamento sono comportamenti contraddittori, confusi, spaventati o spaventanti, i quali non permetto la

promozione di cura e protezione che l'infante richiede e necessita. In questo tipo di relazione il bambino è portato ad attivare sia il sistema di attaccamento che il sistema di difesa. L'attivazione del sistema di attaccamento induce il bambino a ricercare continuamente conforto, cure, vicinanza e protezione da parte del *caregiver*; mentre di fronte ai comportamenti della figura di attaccamento percepito da esso come minacciosi, nel bambino si attiverà il sistema di difesa, che conduce alla messa in atto di risposte protettive. La simultanea attivazione dei sistemi di attaccamento e difesa contradditori ma necessari alla sopravvivenza rappresenta un primo fallimento dell'integrazione dell'esperienza di sé. Il bambino non riesce ad organizzare in modo coerente l'esperienza mentale e le strutture di memoria. L'attivazione dei due sistemi dediti alla sopravvivenza del bambino comportano l'attivazione di correlati neurofisiologici, ovvero una ripetuta oscillazione tra stati di iper-arousal e stati di ipo-arousal: questa cronicità nel periodo critico per la crescita altera lo sviluppo cerebrale, in particolare rispetto ai circuiti libici corticali e sottocorticali, con conseguenze riguardanti la capacità di regolazione delle emozioni degli aspetti somatici correlati ad esse. Alla luce di ciò Liotti (Liotti e Farina 2011), in sintesi, individua nello sviluppo dell'attaccamento disorganizzato un elemento di vulnerabilità per la comparsa di riposte dissociative di fronte a successive esperienze traumatiche e non, che possono riattivare rappresentazioni della relazione con la figura di attaccamento, la quale comporta già essa elementi dissociativi. Liotti (Liotti e Farina 2011) individua in questo senso un parallelismo tra dissociazione e attaccamento disorganizzato, in entrambe non si verifica quella che Janet definiva "sintesi personale" ovvero la capacità di costruire, tramite l'integrazione, strutture di significato unitarie e coerenti dell'esperienza di sé e di sé in relazione con l'altro. Nell'attaccamento disorganizzato si sviluppano dei Modelli Operativi Interni dissociati (MOI), schemi rappresentativi interni di sé e delle relazioni con l'altro sviluppatesi a partire dalle risposte dell'ambiente alle richieste di cura del bambino che influenzano le relazioni affettive future della persona. In questo caso, di fronte all'attivazione continua dei sistemi di attaccamento e difesa si creano MOI dissociati in risposta ai quali il bambino sviluppa delle "strategie controllanti". Le strategie controllanti vengono messe in campo per contrastare e affrontare l'esperienza dissociativa dell'attaccamento disorganizzato e inibire i conseguenti MOI frammentati. Nella vita della persona può accadere che esperienze traumatiche o eventi capaci di riattivare il sistema di attaccamento possano

condurre al collasso delle strategie controllanti, di conseguenza far riemergere modelli operativi dissociati che causano la manifestazione di sintomi dissociativi.

2.4 Teoria della dissociazione struttura della personalità

Negli anni Novanta van der Hart, Nijenhuis e Steele delinearono la teoria della dissociazione strutturale della personalità, la quale pone la dissociazione al centro della comprensione dei processi di traumatizzazione. Per spiegare il legame trauma-dissociazione gli autori si basano sulla struttura della personalità. Secondo il pensiero di Janet, la personalità è una struttura formata da vari sistemi e la dissociazione comporta la divisione *"[...] tra sistemi di idee e funzioni che costituiscono la personalità"* (Janet, 1097, p.322). La personalità come struttura è costituita da vari sistemi psicobiologici che in situazioni ottimali funzionano in modo coordinato e coeso. La divisione della dissociazione – oltre che agire sulle azioni mentali ovvero su pensieri, emozioni, ricordi, comportamenti e sensazioni – agisce su due principali categorie di sistemi che danno forma alla personalità e che sono denominati sistemi d'azione. Una categoria raggruppa i sistemi innanzitutto finalizzati ad avvicinarsi a stimoli piacevoli, come la compagnia di un'altra persona e il cibo, sistemi che hanno come obiettivi l'adattamento alla vita quotidiana. La seconda categoria riguarda l'evitamento e la fuga da stimoli avversi, comprende sistemi d'azione per la difesa e per il recupero di energie. Queste due categorie di sistemi psicobiologici assumono il nome di sistemi d'azione, permettendo all'individuo di discriminare i vari tipi di esperienza, utili e dannosi e di attuare delle riposte adattive in risposte alle varie circostanze. *"I sistemi d'azione ci aiutano a percepire, sentire, pensare, decidere e comportarsi secondo modalità specifiche, attivando modalità di azione che hanno lo scopo di essere benefiche per l'individuo"* (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011). Ogni sistema d'azione è composto da sottosistemi, i quali racchiudono una serie di modalità e motivazioni che favoriscono il raggiungimento di obiettivi, attraverso una serie di tendenze all'azione. I sottosistemi d'azione orientano la persona verso determinati stimoli e modellano le tendenze all'azione; per esempio, una persona che ha sonno cercherà un posto per dormire, una persona che ha fame cercherà del cibo. In questo senso i sottosistemi hanno un ruolo determinante su ciò che persone inseriscono, integrano nella loro esperienza. *"In altre parole, i sottosistemi restringono il campo di coscienza di un individuo a uno stimolo che è pregnante [...] e promuovono certe*

tendenze all'azione mentre ne inibiscono altre" (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011). I diversi sistemi d'azione possono condividere tendenze all'azione, ma ognuno racchiude anche proprie tendenze all'azione con obiettivi correlati. *"Le tendenze all'azione non sono semplici propensioni ad agire in certi modi, ma riguardano il completo ciclo dell'azione e includono pausa, preparazione, inizio, esecuzione e completamento"* (Janet, 1934). Ogni tendenza all'azione comprende una serie di azioni mentali e comportamentali. Per esempio, il sistema di regolazione dell'energia comprende il sottosistema di approvvigionamento del cibo, che non implica solo il mangiare ma anche azioni come: comprare gli alimenti, cucinare, andare al ristorante, mangiare, digerire ecc. I sistemi d'azione solitamente non sono totalmente aperti, ma neanche del tutto chiusi, in quanto comporterebbe confusione e rigidità estrema. I vari sistemi funzionano in modo interdipendente, a seconda del momento e della situazione uno predomina sugli altri. Nelle persone sopravvissute a traumi la demarcazione tra i vari sistemi diventa accentuata e rigida, ciò non consente la comunicazione tra essi. Questa chiusura comporta un'organizzazione della struttura di personalità non coordinata e coerente, la quale rappresenta la dissociazione strutturale della personalità.

Solitamente l'attivazione e l'utilizzo dei due sistemi d'azione, finalizzati alla difesa e alla gestione della vita quotidiana, non avviene simultaneamente: per questo motivo, quando in seguito all'esposizione a traumi questi due sistemi vengono utilizzati in simultaneo per un lungo periodo di tempo è possibile che sviluppi una divisione rigida tra di essi, finalizzata a gestire degli scopi e azioni correlate molto contrastanti tra di loro. In questa rigida divisione si individua la forma base della dissociazione strutturale della personalità: in altre parole, la dissociazione è un deficit della coesione e della flessibilità dell'organizzazione e della struttura di personalità, in particolare nell'utilizzo delle due categorie di sistemi d'azione. La divisione nella personalità che si crea a seguito di un trauma comporta la coesistenza e l'alternanza di due parti eccessivamente rigide e chiuse nei confronti dell'altra: una parte detta Apparentemente Normale o ANP (*Apparently Normal Part of the Personality*) e un'altra denominata Emozionale o EP (*Emotional Part of the Personality*). La parte Apparentemente Normale è guidata dai sistemi d'azione finalizzati alla vita quotidiana: le persone sopravvissute a un trauma cercano di condurre la propria vita normalmente, occupandosi di attività quotidiane come lavoro e relazioni, evitando le memorie traumatiche. La parte Emotiva è la parte che rimane bloccata al

momento dell'evento traumatico: è fissata in sistemi d'azione deputati alla difesa, ovvero sistemi o sottosistemi che erano stati attivati al tempo dell'esperienza traumatica. Nel momento in cui le persone traumatizzate non riescono ad integrare nella propria esperienza di Sé l'evento traumatico, la dissociazione divide la parte Emotiva dalla parte Apparentemente Nomale allo scopo di preservare la salute mentale della persona e condurre una vita apparentemente normale. Le parti dissociate del Sé non sono entità separate, ma sistemi psicobiologici non sufficientemente coesi o coordinati. La dissociazione strutturale della personalità ha diversi livelli d'intensità: *Dissociazione Strutturale Primaria, Dissociazione Strutturale Secondaria e Dissociazione Strutturale Terziaria*. La Dissociazione strutturale primaria è la più semplice e basilare divisione della personalità: la personalità si divide in una singola ANP e una singola EP. In questa tipologia di dissociazione la parte ANP prevale sulla EP, la quale rimane non elaborata e non autonoma nella vita quotidiana: in altre parole, rimane latente. Esperienze di eventi traumatizzanti prolungati e soverchianti possono comportare un'ulteriore divisione della parte EP; quindi, si avranno due o più parti EP con diversi livelli di autonomia, e una singola parte ANP. Questo tipo di dissociazione rende maggiormente complicato lo svolgersi della vita quotidiana, in quanto la parte ANP deve mantenere a bada le parte EP. La dissociazione strutturale terziaria rappresenta la forma più grave di dissociazione, tipica dei casi di Disturbo Dissociativo D'identità. In questa tipologia la personalità viene divisa in più parti EP e in più parti ANP: in quest'ultimo caso i sistemi di azione inerenti all'agire quotidiano sono divisi, come anche i sistemi d'azione riguardanti la difesa. Nei casi più gravi le diverse parti possono avere un forte grado di elaborazione (ovvero diversi nomi, età, genere, preferenze, e così via) e di emancipazione, termine utilizzato da Janet per indicare la separazione e l'autonomia percepita o effettiva dalle altri parti dissociate (Figura 3).

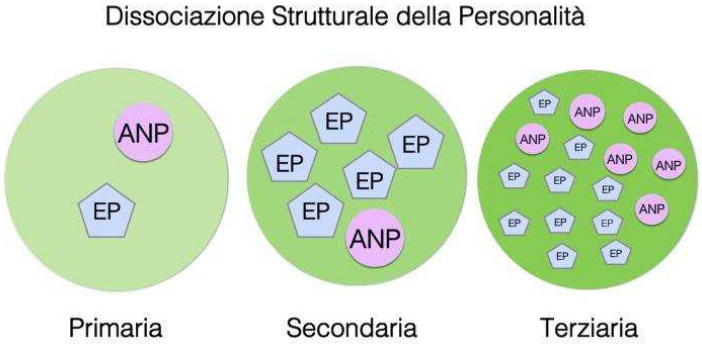

Figura 3. Rappresentazione delle tre tipologie di dissociazione strutturale della personalità.

CAPITOLO TERZO

Il Disturbo Dissociativo Dell'Identità e Approccio Terapeutico

3.1 Il Disturbo Dissociativo Dell'identità

Il disturbo dissociativo dell'identità (DDI o DD), inizialmente definito *disturbo da personalità multipla,* rappresenta la manifestazione più grave della dissociazione. In tale disturbo si evidenzia una disgregazione dell'identità enunciata dalla presenza di due o più stati di personalità distinte, solitamente dovuto a traumi cumulativi in età infantili (D'Ambrosio e Costanzo 2016). A seconda della gravità il disturbo può presentare due o più identità distinte, le quali possono avere diversi modi di percepire, comportarsi e relazionarsi (Figura 4).

Figura 4. L'immagine offre una rappresentazione delle possibili identità distinte che caratterizzano l'individuo che soffre di disturbo dissociativo dell'identità (DDI o DD).

Nelle forme più gravi, le diverse personalità prendono il sopravvento e si verifica una vera e propria trasformazione dell'individuo; in questa forma, quindi, le varie identità sono evidenti in quanto la persona si comporta e agisce in modo diverso dalla normalità. È come se un'altra persona o un altro essere avesse preso il controllo; le diverse identità,

inoltre, possono differire per età e sesso. In altri casi, le varie identità non sono evidenti: la persona sperimenta sensazioni di depersonalizzazione, ovvero può sentirsi estraniata dal proprio corpo, come se osservasse dall'esterno sé stessa, senza avere il controllo. Possono avere pensieri ed emozioni improvvise che riconoscono come estranee e che si manifestano come voci o flussi di pensiero indipendenti sui quali la persona non ha controllo (APA 2013). Le varie identità possono essere inconsapevoli della presenza delle altre, infatti sintomo caratterizzante di questo disturbo, oltre a derealizzazione, depersonalizzazione ed alterazione della coscienza, è l'amnesia. L'amnesia può riguardare eventi significativi della vita della persona, come ricordi d'infanzia o la morte di una persona cara, oppure si manifesta come calo di affidabilità della memoria quotidiana, per esempio la persona colpita potrebbe non ricordare cos'è accaduto durante la giornata, come si utilizza un determinato oggetto o come si svolge uno specifico lavoro o azione che si è sempre svolto (guidare, scrivere…). L'amnesia può anche presentarsi con il ritrovamento di oggetti o prove di azioni di cui non si ha memoria di aver compiuto, oppure con la scoperta di lesioni corporee inspiegabili. Nel disturbo dissociativo dell'identità le amnesie non riguardano solo gli eventi traumatici conseguenti ad essi, ma sono presenti sempre e riguardano aspetti della vita quotidiana dell'individuo (D'Ambrosio e Costanzo 2016). Il passaggio da una personalità all'altra avviene in maniera improvvisa attraverso una specie di *trance*. Solitamente la personalità di base, ovvero quella che manifesta disintegrazione, è debole e remissiva, mentre le altre identità ospiti sono più forti. Quando la persona diventa consapevole della presenza delle altre identità c'è il rischio che emerga una forte conflittualità, la quale può mettere a repentaglio la salute mentale e fisica della persona stessa (D'Ambrosio e Costanzo 2016). Non è possibile definire con esattezza le cause del Disturbo dissociativo d'identità, ma è possibile definire dei fattori di rischio associati all'emergere del disturbo dissociativo. Gli individui con DDI solitamente riportano storia di abusi fisici o mentali infantili, o altre forme di esperienze traumatiche come prostituzione, povertà, guerra eccetera. L'impatto del trauma sulla persona con conseguente sviluppo di psicopatologia può dipendere dal numero di volte in cui l'individuo è stato esposto all'esperienza traumatica, dalla durata e dall'invasività del trauma. Solitamente il DDI si sviluppa in seguito a un trauma cumulativo in età infantile, ovvero esperienze traumatiche ripetitive che comportano una risposta patologica. In questo caso sono spesso presenti abusi sessuali o psicologici subiti

nell'ambiente familiare (D'Ambrosio e Costanzo 2016). Nel bambino si crea un'ambivalenza affettiva rispetto alla figura che dovrebbe prendersi cura di lui, ms che, allo stesso tempo, gli provoca dolore: questa visione dicotomica non permette al bambino di dare un significato, una spiegazione, e quindi di elaborare e integrare ciò che sta vivendo: questo porta all'amnesia dell'evento. La dipendenza forzata dai genitori abusanti da parte del bambino per sopravvivere rappresenta un forte fattore di rischio per lo sviluppo di dissociazione e, con il tempo, può portare a una disintegrazione dell'identità e l'instaurarsi di personalità multiple (Liotti 1999).

3.2 Dissociazione strutturale della personalità e DDI

Secondo la teoria strutturale della personalità, la dissociazione strutturale terziaria è caratteristica del disturbo dissociativo dell'identità (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011). Questo livello di dissociazione presenta più parti EP (parte emozionale della personalità) e più ANP (parte apparentemente normale della personalità). In questa tipologia i sistemi d'azione finalizzati alla vita quotidiana come, per esempio, il sistema di attaccamento, esplorazione, accudimento e sessualità non sono uniti in un'unica ANP, come invece lo sono della dissociazione primaria e secondaria, ma sono divisi in più ANP. Quindi nella vita di tutti i giorni nella persona sono presenti più personalità, le quali sono attivate da obiettivi presenti nella quotidianità: le varie parti non sono evocate da ricordi traumatici come avviene nelle parti EP, ma da compiti di vita quotidiana, come il lavoro o l'essere genitori (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011). Il DID è solitamente associato a situazioni traumatizzanti e croniche in età infantile, da bambini abusati o trascurati durante il periodo dell'infanzia, i quali non riescono ad integrare i sistemi d'azione della vita quotidiana: ne deriva che i vari aspetti della quotidianità risultano di per sé traumatizzanti. L'ipotesi è che per questo avviene una divisione tra diverse ANP. La personalità del bambino piccolo è (relativamente) integrata e le strutture cerebrali deputate a questo compito sono immature. Da ciò si desume che la qualità della vita del bambino in questi anni e lo sviluppo di un attaccamento sicuro sono le basi per un adeguata organizzazione della personalità. La dissociazione strutturale terziaria ha più probabilità di svilupparsi in caso in cui il bambino si ritrovi a sperimentare in maniera cronica eventi traumatici nello svolgersi della vita quotidiana, con conseguente dissociazione di EP e di ANP. Sulla base di ciò è possibile che, con il tempo, la persona

continui a sviluppare ANP per affrontare eventi che non riesce ad integrare. Oltre a questo, vi sono le parti EP che si attivano in risposta a ricordi e stimoli traumatici, e interferiscono nel funzionamento di ANP. La divisione di ANP può presentarsi come modalità di *coping* rispetto a difficoltà quotidiana: nel momento in cui la vita normale diventa soverchiante per la persona, essa utilizzerà parti dissociative della personalità per affrontarla (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011).

Le varie parti dissociative della personalità sviluppano nel tempo due qualità: l'emancipazione e l'elaborazione. L'**emancipazione** riguarda la capacità della parte di personalità dissociata di agire in autonomia, al fuori del controllo delle altre parti, ovvero riguarda il grado *"[...] di separazione e autonomia che una parte dissociativa ha sviluppato rispetto ad altre parti della personalità"* (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011). Il grado massimo di emancipazione è raggiunto con il pieno controllo: le altre parti possono non essere consapevoli della parte avente il controllo esecutivo, oppure possono esserlo, ma sono incapaci di controllarla. Il grado di emancipazione, e quindi di consapevolezza, delle varie parti della personalità varia rispetto ad ognuna (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011). L'**elaborazione** riguarda la complessità e la quantità di azioni, le quali comprendono memorie, capacità operative e senso di Sé che ha a disposizione una parte dissociativa. L'elaborazione viene sviluppata attraverso l'esposizione della parte di personalità alla vita esterna o attraverso un'interazione tra le parti (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011).

3.3 Linee-guida della terapia

Il trattamento dei disturbi dissociativi e di disturbi che condividono processi dissociativi, come di Disturbo post traumatico da stress, sono ancora in fase di sviluppo. Ad oggi i clinici, pur utilizzando approcci terapeutici differenti, basano il lavoro terapeutico su 3 fasi principali, elaborate dall'*International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD, 2011)*. Nella pratica, le 3 fasi non sono separate in maniera netta, e assumono una forma a spirale, il che indica il susseguirsi in maniera fluida e circolare delle 3 fasi verso un obiettivo, ma anche è possibile ripercorrere fasi precedenti se necessario. Le tre fasi sono ciascuna propedeutica alla successiva: la prima fase riguarda *l'acquisizione di sicurezza e stabilizzazione dei sintomi*; la seconda è la fase dell'*elaborazione e dell'integrazione delle memorie traumatiche e delle parti dissociate*

di sé; la terza fase comporta *l'integrazione e la riabilitazione nella vita quotidiana* (Greco, Pozzi e Gremigni 2016).

1. *Acquisizione di sicurezza e stabilizzazione dei sintomi.*

Il primo passo per il clinico è instaurare con il paziente un'adeguata alleanza terapeutica, che permetta al paziente di poter sperimentare un senso di sicurezza e fiducia, così da favorire l'espressione e la condivisione di stati emotivi, il controllo e la gestione di emozioni e comportamenti, in modo da permettere la sintesi personale e l'integrazione degli elementi dissociati di sé. La costruzione di una relazione terapeutica e l'acquisizione di un senso di fiducia e sicurezza sono necessarie per la stabilizzazione e la gestione dei sintomi del paziente. È necessario procedere con la normalizzazione dei sintomi che disturbano il paziente, comunicandogli che essi sono esasperazioni di sentimenti che potenzialmente tutte le persone possono provare; dunque li conosciamo e non ne siamo intimoriti. Da ciò si può svolgere con il paziente un'analisi inerente alle situazioni specifiche che comportano la comparsa dei sintomi. Per stabilizzare i sintomi è possibile utilizzare alcune tecniche chiamate *grounding*, traducibile come "ancoraggio a terra": queste tecniche comportano l'induzione di intense stimolazioni sensoriali. In altre parole, nel momento in cui durante una seduta si verificano sintomi dissociativi viene chiesto al paziente di porre la propria attenzione su stimoli sensoriali, come mantenere il contatto visivo, oppure nominare o toccare parti del proprio corpo. Questo tipo di tecniche, definibili "anti-dissociative", consentono alla persona di rientrare entro la finestra di tolleranza dell'*arousal*. Funzionale è proporre e ragionare con il paziente su delle strategie che egli può adottare al di fuori della seduta terapeutica per contrastare i sintomi di distacco dissociativo che si possono presentare durante la sua *routine* quotidiana. Questa fase è quindi dedicata alla promozione della gestione e autoregolazione: il terapeuta cerca di guidare, aiutare il paziente a trovare le proprie ancore di sicurezza che possono tenerlo aggrappato alla realtà ogni qualvolta si presenti la sintomatologia intrusiva. In questa fase è opportuno non procedere con l'elaborazione di memorie traumatiche che possono riaffiorare nella persona. Se si procedesse nella ricostruzione delle memorie traumatiche prima di aver instaurato un'idonea alleanza terapeutica e guadagnato la necessaria sicurezza, la terapia potrebbe avere un effetto iatrogeno, in quanto il paziente potrebbe sperimentare episodi dissociativi più frequenti e gravi (Liotti e Farina 2011). La farmacoterapia non rappresenta una terapia "diretta" e principale per il trattamento del

DID, in quanto non sono disponibili farmaci in grado di agire sui sintomi dissociativi. In tal senso, l'impiego dei farmaci ha lo scopo di stabilizzare il paziente per procedere alla costruzione dell'alleanza terapeutica, la stabilizzazione emotiva. A questo scopo vengono utilizzati farmaci antidepressivi, come SSRI inibitori della ricaptazione della serotonina, impiegati per i sintomi di ansia , depressione e/o ossessivo-compulsivi; stabilizzatori dell'umore, antipsicotici, ansiolitici possono essere invece d'aiuto per ridurre l'emotività associata a un ricordo traumatico o un *flashback* rispetto ad esso. I pazienti con DID devono essere seguiti continuamente nella gestione e assunzione dei farmaci, in quanto i sintomi del paziente variano velocemente e sono associati alle diverse identità (D'Ambrosio e Costanzo 2016).

2. *Elaborazione e dell'integrazione delle memorie traumatiche e delle parti dissociate di sé.*

La seguente fase è focalizzata sull'elaborazione delle memorie traumatiche e l'integrazione degli elementi dissociati dell'esperienza e delle parti di sé dissociate. In tale senso, in questa fase, il primo passo promuove la funzione di *presentificazione,* ovvero la capacità del paziente di riconoscere l'esperienza traumatica nel passato e di comprendere l'impatto che essa ha sulla vita presente, quindi fare una distinzione tra gli eventi passati e gli avvenimenti del tempo presente, allo scopo di sviluppare un senso di sé integrato, coeso e coerente (Greco, Pozzi e Gremigni 2016). La prima permette all'individuo di tollerare le emozioni dolorose che in questa fase emergeranno. Le memorie traumatiche comportano l'incompleta integrazione del ricordo nel flusso di autocoscienza – questo a causa dei processi dissociativi (*detachment* e compartimentazione). La dis-integrazione della memoria comporta un'influenza da parte di esse rispetto ai comportamenti e le emozioni della persona. In questa fase le memorie traumatiche vengono trattate per integrare le varie componenti frammentante dell'esperienza (emotiva, sensoriale, cognitiva, motoria) per permette l'integrazione di essa nella narrazione autobiografica, e quindi di avere un'esperienza del sé coesa e continua. È necessario che il terapeuta favorisca un'esposizione graduale ai ricordi traumatici e agli stati ad essi connessi. Per favorire l'emergere delle memorie traumatiche, può essere può essere impiegata la tecnica EMDR acronimo di *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), diffusa nella cura del Disturbo post traumatico da stress, che risulta

utile anche nel trattamento dei disturbi dissociatici e nel DID. L'EMDR promuove l'integrazione delle memorie traumatiche attraverso l'incremento della comunicazione tra emisfero destro ed emisfero sinistro. La stimolazione dei movimenti oculari, indotti tramite uno stimolo fornito dal terapeuta, permette il riaffiorare dei ricordi traumatici della persona in condizioni di sicurezza, in quanto la distrazione dello stimolo permette un abbassamento del carico emotivo associato al ricordo del trauma. In questo modo, la rievocazione dell'immagine traumatica e delle emozioni associate ad essa possono venire adeguatamente elaborate ed integrate. Pertanto, il paziente può raccontare il ricordo dell'evento traumatizzante che ha indotto la dissociazione e la dis-integrazione dell'identità. L'utilizzo di tale tecnica è consigliato nel momento in cui viene raggiunta una buona alleanza terapeutica e la stabilizzazione dei sintomi, e nel momento in cui le diverse identità riescono a comunicare fra loro (D'Ambrosio e Costanzo 2016).

3. *Integrazione e la riabilitazione nella vita quotidiana*

Nella terza fase il paziente arriverà a sviluppare un senso di sé più stabile e integrato, focalizzato nel presente e accompagnato nella gestione della propria vita quotidiana. Le persone acquisiscono nuove capacità e modalità per affrontare i problemi e per far fronte allo stress e al dolore che possono sperimentare nella propria quotidianità. La persona, in modo graduale, viene aiutata ad affrontare e gestire i propri sentimenti, emozioni, pensieri e impulsi, al fine di sviluppare un senso di padronanza e autogestione rispetto la propria vita (Greco, Pozzi e Gremigni 2016).

Nel caso del DID, nella prima fase il terapeuta deve iniziare a lavorare con le parti che vengono attivate nel quotidiano, le ANP. In modo graduale, questi deve favorire l'esposizione delle parti dissociate le une alla altre; quindi lavorare per ridurre l'evitamento reciproco delle varie parti della personalità dissociate. Nella seconda fase avviene la cura dei ricordi traumatici e il superamento dei ricordi traumatici, principalmente attraverso la sintesi guidata e la realizzazione delle esperienze traumatiche tra le parti dissociate. La sintesi guidata comporta esposizione modulata delle varie parti dissociate della personalità alle memorie traumatiche precedentemente dissociate. La sintesi da sola è inefficace per l'integrazione, il ricordo traumatico per diventare autobiografico, quindi integrato nell'esperienza cosciente della persona, deve essere realizzato, ovvero personificato e presantificato. Successivamente, nella terza fase, avviene un'integrazione più completa attraverso l'integrazione delle parti dissociate,

unificazione incentrata sui sistemi d'azione che guidano le diverse parti della personalità. Le ANP e EP che sono mediate dallo stesso sistema d'azione e le parti che lo stesso grado di emancipazione ed elaborazione ottimale verranno più facilmente integrate fra loro. *"Questo è possibile quando le fobie per le altre parti, per i ricordi traumatici e per altre azioni connesse al trauma vengono superate"* (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2011).

Il trattamento maggiormente indicato per il disturbo dissociativo dell'identità, e in generale per i disturbi dissociativi, è la psicoterapia con lo scopo di promuovere un'integrazione delle varie identità, attraverso il riconoscimento e l'accettazione di esse come parte di un sé unitario e lavorando per risolvere i conflitti. È necessario che il terapeuta favorisca l'esposizione graduale del paziente alle emozioni e agli stati mentali associati al trauma, che lo aiuti a riconoscerli e comunicarli verbalmente in modo tale che possa elaborarli e, in questo modo, favorire la loro integrazione nell'esperienza del sé.

Bibliografia

Manuale diagnostico dei disturbi mentali. Quinta edizione, a cura di M. Biondi, R. Cortina, Milano 2014.

D'Ambrosio A., Costanza F. (2016), *Il disturbo dissociativo d'identità. Il trattamento cognitivo-comportamentale*, Franco Angeli, Milano.

Greco F., Pozzi C., Gremigni P. (2016), *La dissociazione. Fenomenologia clinica, sviluppi psicopatologici e implicazioni per la psicoterapia*, Maddali e Bruni, Firenze.

Hill Daniel (2015), "*Stati del sé. Regolato -integrati vs disregolati-dissociati*", In *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*, trad. it. R.Cortina, Milano 2017, p.44.

Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa,* R. Cortina, Milano. (capitolo)

Miti G. (2013), *I disturbi dissociativi della coscienza*, Carroccio Editore, Roma.

Steinberg M., Schnall M. (2001), *La dissociazione, i cinque sintomi fondamentali*, trad. it., R. Cortina, Milano 2006.

Van der Hart O., Nejnhuis E.R.S., Steele K. (2006), *Fantasmi nel sè. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, trad. it. R. Cortina, Milano 2011.