UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Tesi di laurea triennale

Dall'eziopatologia al trattamento nei disturbi dissociativi:

Un inquadramento teorico e una rassegna critica della

letteratura recente

From Etiopathology to Treatment in Dissociative Disorders:

A Theoretical Framework and a Critical Review of Recent Literature

Relatore

Prof. Diego Rocco

Lorenzo Menti

Matricola: 2074635

Anno Accademico 2024/2025

Indice

Introduzione ……..……..……...3

Capitolo 1 ……..……..6

1.1.1. Tipologie e caratteristiche della dissociazione ……...……6
1.1.2. Sintomi della dissociazione …….……7
1.1.3. Eziopatologia, meccanismi di difesa e risposte a eventi traumatici ……...8
1.2. Manifestazioni di distacco ……..……10
1.3. Manifestazioni di compartimentazione ……..……11

Capitolo 2 ……..……14

2.1. Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for Depersonalization Derealization Disorder (DDD): a self-controlled cross-over study of waiting list vs. active treatment. …… 17

2.2. Treatment for Childhood and Adolescent Dissociation: A Systematic Review. ……..23

Discussione ……28

Bibliografia ……..……..31

Introduzione

Il primo caso noto in cui furono riportati i sintomi di uno stato dissociativo risale al 1584-1585. In quegli anni, a Mons, in Francia, fu condotto un esorcismo su una giovane suora, Jeanne Fery (van der Hart, 2024), convinta di essere posseduta da diavoli e demoni. I suoi esorcisti raccolsero in modo dettagliato le manifestazioni di questa "possessione", indagando anche il passato della giovane suora, di cui descrissero una storia di traumi infantili e segni di abuso fisico precoce, probabilmente di natura sessuale (van der Hart et al., 1996).

Nel 1586, Jeanne Fery stessa pubblicò la storia della sua possessione, raccontando gli avvenimenti, le manifestazioni e l'esorcismo. Lei stessa riferì di esperienze in cui diavoli e demoni potevano parlare attraverso la sua gola e la sua bocca. Fu solo nel 1886, trecento anni dopo, che questo testo venne ripubblicato, a seguito di un'analisi del medico francese Désiré Bourneville, professionista presso la prestigiosa Salpêtrière di Parigi (Bourneville, 1886). Bourneville diagnosticò alla suora una grave forma di isteria, caratterizzata da uno "sdoppiamento della personalità" e associata, per somiglianza dei sintomi, al disturbo da personalità multipla, noto all'epoca e oggi concettualizzato come Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) (APA, 2013).

Pierre Janet

Pierre Janet (1859-1947) fu uno dei più grandi studiosi della dissociazione. Egli esplorò in modo sistematico le caratteristiche della dissociazione della personalità, i suoi sintomi e le sue manifestazioni, come il restringimento del campo di coscienza personale.

Nel 1909 Janet fu il primo a ipotizzare una possibile causa alla base dei meccanismi dissociativi (van der Hart, 2024): egli riteneva che gli stati dissociativi derivassero da un fallimento delle capacità integrative (Janet, 1909) e che le emozioni esperite durante un evento traumatico fossero la causa primaria di tale fallimento. Fu Janet ad introdurre il termine “dissociazione” verso la fine del XIX secolo (Janet 1889), indicandolo come termine che rappresentasse il

meccanismo di difesa in seguito ad un trauma, il quale può essere fisico oppure psicologico. Tutti gli stati dissociativi sono caratterizzati da una mancata integrazione della coscienza, memoria, identità, rappresentazione, controllo motorio e del comportamento (Janet 1907).

Pierre Janet sviluppò un approccio al trattamento dei pazienti affetti da disturbi dissociativi, strutturato in più fasi, e creò una vasta gamma di tecniche. I suoi approcci e le sue tecniche hanno influenzato gli standard di cura successivi e attuali (van der Hart, et al., 1989).

Sigmund Freud

Freud, pur non condividendo l'ipotesi di Janet riguardo al fallimento integrativo come causa principale della dissociazione, riconosceva quest'ultima come un fondamentale meccanismo di difesa, il quale escludeva dalla coscienza alcuni contenuti psichici (Freud & Breuer, 1893).

Nel lavoro congiunto con Josef Breuer, teorizzarono che la dissociazione rappresentasse uno stato rudimentale della psiche, presente in ogni isteria, considerandola dunque il fenomeno basilare della nevrosi (Breuer & Freud, 1893). Freud ipotizzava che la dissociazione fosse una scissione della psiche (Freud, 1936), questa prospettiva accompagnò la psicoanalisi per lungo tempo (van der Hart, 2024).

Sándor Ferenczi

Sándor Ferenczi (1873-1933) si occupò del trattamento dei sopravvissuti a traumi infantili e lavorò come psichiatra durante la Prima Guerra Mondiale. Lo psicoanalista ungherese affermò che i traumi ripetuti nel tempo durante l'età dello sviluppo aumentano la varietà della dissociazione, rendendo sempre più difficoltoso il mantenimento del contatto con i frammenti dell'Io, i quali si comportano come personalità distinte tra loro (van der Hart, 2024). Questa fu

l'ipotesi che Ferenczi espose nel suo discorso al XII Congresso dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale del 1932 (Ferenczi, 1932).

Lo sviluppo degli strumenti diagnostici

Nel 1986 venne messa a punto la Dissociative Experience Scale (DES) da Eve B. Carlson e Franck W. Putnam (Carlson & Putnam, 1986), i quali la revisionarono e ne pubblicarono la seconda versione nel 1993 (DES-II). Si tratta di un questionario di auto-somministrazione che indaga la frequenza di diverse esperienze dissociative, tra cui: amnesia, assorbimento e coinvolgimento immaginativo, intorpidimento emotivo e alienazione dall'ambiente circostante (Carlson & Putnam, 1993).

L'anno successivo, nel 1994, Marlene Steinberg sviluppò la Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (SCID-D), intervista semistrutturata che fornisce una guida precisa volta ad assicurare l'esplorazione sistematica di tutti i criteri diagnostici, questo strumento è tuttora ampiamente utilizzato a livello internazionale nella diagnosi dei disturbi dissociativi (Steinberg, 1994).

In generale, i disturbi dissociativi sono stati oggetto di interesse scientifico per molti secoli e in tutte le culture, e ciò ha portato a una crescita dell'attenzione internazionale su questi temi e ad un miglioramento degli strumenti diagnostici e delle tecniche terapeutiche, entrando all'interno dei più importanti manuali diagnostici come il DSM-5 e l'ICD-11(APA, 2013)(OMS, 2022).

Capitolo 1

All'interno di questo capitolo verranno introdotti ed esplorati i diversi disturbi dissociativi nelle loro manifestazioni tipiche. Inoltre, verrà fatta chiarezza riguardo le cause più comuni e le caratteristiche che distinguono questi disturbi e questi stati dissociativi.

1.1. Tipologie e caratteristiche della dissociazione

I fenomeni dissociativi in letteratura vengono distinti in due tipologie fondamentali: il distacco e la compartimentazione, che si manifestano con sintomi differenti (Holmes, et al., 2005)

Distacco: Il distacco si manifesta come un'alterazione o alienazione dell'esperienza cosciente in prima persona (Holmes et al., 2005), nota come coscienza fenomenica. I componenti di questa coscienza sono di natura preverbale, in quanto riguardano l'esperienza soggettiva e immediata, non ancora elaborata verbalmente, come sensazioni, sentimenti, emozioni e immagini mentali. Tra i sintomi del distacco rientrano la depersonalizzazione (un'alterazione dell'esperienza cosciente di sé) e la derealizzazione (un'alterazione dell'esperienza cosciente dell'ambiente circostante) (Di Francesco, 2000). Liotti e Farina considerarono gli stati dissociativi di distacco come quelli che esprimono più direttamente l'effetto patologico delle esperienze traumatiche (Liotti & Farina, 2011).

Compartimentazione: La compartimentazione si manifesta come un'alterazione dell'esperienza cosciente in terza persona (Holmes et al., 2005), nota come coscienza cognitiva (o di accesso), intesa come la capacità di accedere e manipolare le informazioni, rendendole disponibili per il pensiero e il comportamento. Le componenti di questa coscienza sono verbali, come immagini mentali alle quali si ha accesso cosciente attraverso la parola. Tra i

sintomi di compartimentazione rientrano l'amnesia dissociativa (dove il ricordo non è più accessibile), gli stati dissociati di personalità (dove non vi è integrazione degli stati dell'io e delle rappresentazioni del sé, che normalmente costituiscono una struttura unitaria) e la fuga dissociativa (un allontanamento improvviso e inaspettato dall'ambiente abituale del soggetto, accompagnato dall'incapacità di ricordare il proprio passato) (Saviano & Cornoldi, 2017).

1.1.2. Sintomi della Dissociazione

I sintomi della dissociazione possono essere categorizzati in due tipologie principali, positivi e negativi, ciascuna con manifestazioni specifiche (Janet, 1901, 1907).

Sintomi Positivi. I sintomi positivi della dissociazione sono esperienze e manifestazioni che irrompono attivamente e in modo intermittente nella coscienza dell'individuo. Questi possono riguardare idee, reazioni e funzioni di una parte dissociativa. Tali sintomi rappresentano manifestazioni comuni dei disturbi dissociativi (Dell, 2006), e includono, ad esempio, i flashback dell'evento traumatico, voci, pensieri, emozioni e sensazioni fisiche intrusive associabili al trauma.

Sintomi Negativi. I sintomi negativi della dissociazione si manifestano con perdite o deficit apparenti di alcune funzioni mentali, come la memoria, il controllo motorio e sensoriale. Manifestazioni comuni di questi sintomi sono l'amnesia dissociativa, l'analgesia dissociativa e la perdita di controllo motorio o sensoriale. È importante sottolineare che tale perdita non è assoluta né dovuta a danni neurologici. Per essere definito come sintomo dissociativo, ogni apparente perdita di funzione deve essere disponibile per una parte dissociativa

dell'individuo, anche se non è accessibile alla coscienza principale (Janet, 1911; Nijenhuis, 2004; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

All'interno delle distinzioni tra i fenomeni dissociativi, esiste un'ulteriore differenziazione nella forma in cui essi si manifestano. Da una parte sintomi possono assumere forma somatica (somatomorfi), manifestati come alterazioni relative a funzioni fisiologiche. Ne sono esempi la paralisi, i movimenti involontari e l'analgesia dissociativa (insensibilità al dolore) (APA,2013).

Dall'altra, i sintomi possono assumere forma psicologica (psicomorfi), manifestandosi come alterazioni del normale funzionamento mentale. Ne sono esempi il flashback, la depersonalizzazione e la derealizzazione.

1.1.3. Eziologia, meccanismi di difesa e risposte ad eventi traumatici

Gli stati e i disturbi dissociativi hanno un'eziologia comune. Sono fortemente correlati ad eventi traumatici e particolarmente stressanti per l'individuo, soprattutto in età precoce, periodo in cui insorgono i disturbi dissociativi (Dutra et al., 2009). Questi eventi attivano una risposta difensiva, che porta l'individuo a un distaccamento, totale o parziale, verso le forti emozioni negative come tristezza, dolore e paura provocate dall'esperienza traumatica (Ford & Gomez, 2015). Questo distacco può manifestarsi a livello cognitivo, percettivo ed emotivo, come una sorta di anestetico a scopo protettivo verso esperienze, ricordi o emozioni percepite come intollerabili dalla psiche del soggetto.

Tuttavia, se il trauma non viene elaborato nel tempo, questa risposta può venire generalizzata a situazioni e stimoli associati al vissuto traumatico, divenendo eccessivamente sensibile e quindi disfunzionale (Hill, 2015).

Ciò provoca iperarousal, una persistente e inappropriata attivazione dei meccanismi difensivi del soggetto, il quale può trovarsi così nella condizione di non controllare le proprie risposte ad eventi quotidiani non minacciosi (Tanner et al., 2019), reagendo con risposte dissociative automatiche, divenendo così un

meccanismo disadattivo che compromette il corretto funzionamento sociale, lavorativo e relazionale, nonché il benessere più in generale dell'individuo (Hill, 2015).

L'eziologia degli stati e dei disturbi dissociativi segue il principio di causalità multipla, secondo cui le malattie mentali non sono mai dovute ad un'unica causa (Giesbrecht & Mercklebach, 2008), ma ad un complesso di fattori in interazione dinamica tra loro (Sanavio & Cornoldi, 2017). Assumono in questo senso un ruolo rilevante i fattori di rischio ambientali (o stress), i quali agiscono come precipitanti nell'insorgenza degli stati e dei disturbi dissociativi oltre a rappresentarne il più delle volte la causa scatenante, e i fattori di rischio individuali (o diatesi), i quali interagendo tra loro portano all'insorgenza e manifestazione del disturbo (Purcell et al., 2024).

Questi ultimi, costituiscono fattori di vulnerabilità, remoti rispetto all'insorgenza del disturbo. Vi rientrano caratteristiche come: il temperamento, i tratti di personalità tendenti all'evitamento e lo stile di attaccamento insicuro o disorganizzato.

Dal punto di vista fisico, la percezione di una minaccia attiva il sistema simpatico il quale può attivare due risposte fisiologiche e comportamentali di ipereccitazione (iperarousal) (Clerici & Veneroni, 2011). La prima risposta, di attacco (Fight), consiste nell'affrontare direttamente la minaccia (Kozlowska et al., 2015) attraverso l'aumento della forza muscolare e della frequenza cardiaca e respiratoria. La seconda risposta, di fuga (Flight), consiste nell'allontanarsi rapidamente dalla minaccia percepita attraverso i medesimi effetti fisiologici della risposta di attacco, ma con lo scopo di massimizzare la velocità e la resistenza (Hill, 2015; Schauer & Schauer, 2010).

Tuttavia, in determinate situazioni a cui non è possibile rispondere con il sistema di attacco o fuga, viene attivata la risposta di congelamento (Freezing), una risposta di morte apparente, una risposta di difesa passiva di ipoattivazione (ipoarousal) motoria, fisiologica ed esperienziale che potrebbe aiutare la vittima a rimanere immobile aumentandone le possibilità di sopravvivenza (Danböck, et al., 2024).

In circostanze normali questo sistema è in omeostasi, il sistema nervoso autonomo è bilanciato, permettendo un passaggio fluido tra gli stati di iper e ipo attivazione, mentre durante un evento minaccioso o percepito come tale vi è una rigidità di risposta difensiva che impedisce l'omeostasi (Hill, 2015).

1.2: Le manifestazioni di distacco

Depersonalizzazione. La depersonalizzazione è un'alterazione della percezione o dell'esperienza di sé, che si manifesta come una sensazione di distacco o estraneità dai propri processi mentali, dal proprio corpo o dalle proprie azioni (Merckelbach et al., 2022; Ashton et al., 2020). Il soggetto riferisce di sentirsi come all'interno di un film, uno spettatore esterno o come un automa. Questo fenomeno è talvolta indicato con il termine di Out Of Body Experience (OBE). Secondo una ricerca condotta con tecniche di neuroimaging funzionale (Blanke, et al., 2004), questo fenomeno sarebbe associato a processi di disintegrazione delle funzioni cerebrali superiori, in particolare quelle coinvolte nell'elaborazione del sé e della rappresentazione corporea.

La depersonalizzazione può talvolta essere così intollerabile da indurre il soggetto a tentare di contrastare la condizione di distacco e riconquistare l'esperienza di sé attraverso forti sensazioni dolorose, come lesioni e ustioni autoinflitte (Linehan, 1993; Nock, 2010). È relativamente comune durante gli attacchi di panico e le intossicazioni da droghe allucinogene.

Derealizzazione. La derealizzazione è un'esperienza di irrealtà o distacco verso l'ambiente circostante (Simeon & Abugel, 2006). In questo stato, l'individuo ha la sensazione di essere separato dal mondo esterno, come se un velo o una barriera fosse sovrapposta tra sé e la realtà. Sia gli oggetti fisici che le persone possono essere percepiti come irreali o distorti. I soggetti che hanno vissuto uno stato di derealizzazione descrivono l'ambiente circostante come diventato

"piatto", "senza colore", "senza vita", "distante" o "come in un sogno" (Liotti & Farina, 2011).

1.3. Manifestazioni di compartimentazione

Amnesia dissociativa. L'amnesia dissociativa è una delle manifestazioni più comuni degli stati e dei disturbi dissociativi ed è caratterizzata da una significativa perdita o compromissione della memoria autobiografica, che si manifesta a seguito o durante un evento traumatico a causa dell'incapacità di rievocare informazioni (Kesser et al., 2017) e della mancata integrazione dei ricordi nella memoria (Liotti & Farina, 2011). È fondamentale distinguere l'amnesia dissociativa dalla normale dimenticanza o da altre forme di amnesia riconducibili a cause fisiologiche, come tumori, traumi cerebrali, disturbi cerebrovascolari o la malattia di Alzheimer (Saviano e Cornoldi, 2017).

L'amnesia dissociativa può manifestarsi in varie forme, distinte in base alla tipologia di informazioni non integrate (Hafizi & Afolabi, 2021):

- Amnesia sistemizzata: incapacità di ricordare informazioni legate ad uno o più ambiti specifici;
- Amnesia circoscritta: incapacità di ricordare un particolare evento della vita;
- Amnesia generalizzata: forma rara di amnesia, la quale si manifesta con l'incapacità di ricordare l'intera storia personale, a volte anche la propria identità. Questa forma di amnesia si manifesta solitamente in individui che hanno vissuto traumi estremi (es. reduci di guerra, violenze sessuali).

Alcuni individui si accorgono immediatamente di avere vuoti di memoria, tuttavia, la maggior parte degli individui con disturbi dissociativi non se ne rendono conto inizialmente, divenendone consapevoli solo quando le circostanze rilevano lo smarrimento della memoria autobiografica. Fino ad allora i soggetti presentano

anosognosia (mancanza di consapevolezza dei loro deficit) riguardo al loro stato di amnesia (APA, 2013).

Fuga dissociativa. La fuga dissociativa è un sottotipo dell'amnesia dissociativa, caratterizzato da un allontanamento improvviso ed inspiegabile del soggetto dal proprio ambiente abituale. Questo allontanamento è accompagnato da lacune mnestiche riguardanti il passato e da confusione riguardo alla propria identità. Può durare da poche ore a interi mesi (Macleod, 1999).

Talvolta, gli individui che hanno vissuto una forma di fuga dissociativa particolarmente lunga possono assumere una nuova identità, parziale o totale, spesso priva di ricordi o affinità con la precedente. Questa fuga è una manifestazione comune del disturbo dissociativo dell'identità (Sharma et al., 2016).

Sebbene la fuga si verifichi raramente rispetto ad altre forme di amnesia dissociativa, sono più comuni le manifestazioni lievi di fuga, chiamate "fugettes". Queste consistono in un temporaneo stato di disorientamento nel tempo e nello spazio, che si verifica solitamente al termine di un episodio amnestico.

La fuga dissociativa rappresenta una reazione intensa ad eventi traumatici gravi o ad eventi di vita che generano una sofferenza intollerabile per il soggetto (Chapman et al., 2006).

Disturbo dissociativo dell'identità (DID). Il disturbo dissociativo dell'identità (Dissociative Identity Disorder) è una condizione di salute mentale curabile che colpisce circa l'1% della popolazione generale (APA, 2022) con esordio tipico nella prima infanzia e fortemente associato a maltrattamenti e abusi, spesso perpetuati dai caregiver (APA, 2013; Dorahy et al., 2014). È caratterizzato dalla presenza di due o più stati di personalità distinti (riferiti come identità) (Lebois et al., 2022) o da un'esperienza di possessione, accompagnata da ricorrenti episodi amnestici.

Gli individui affetti da disturbo dissociativo dell'identità possono sperimentare una profonda discontinuità negli stati di personalità (o identità) e nella memoria. Tale discontinuità si manifesta con sintomi di intrusione, alterazione del senso di sé, cambiamenti della percezione. Lo stress spesso produce un aggravarsi dei sintomi, rendendoli più evidenti.

Queste identità possono essere compartimentalizzate, non comunicando tra loro e non essendo consapevoli l'una dell'altra (Brenner, 2001) . Ciò si manifesta nell'individuo e nelle sue personalità come una forma di amnesia, caratterizzata da lacune della memoria autobiografica relative a eventi avvenuti nel momento in cui un altro stato di personalità (o identità) ha assunto il controllo. Talvolta le identità possono essere consapevoli le une delle altre e comunicare tra loro. Questo si manifesta sotto forma di voci percepite internamente, pensieri intrusivi o, in rarissimi casi, un discorso simultaneo, in cui due o più identità parlano contemporaneamente, generando un forte stato di confusione nell'individuo.

Il disturbo dissociativo dell'identità si manifesta con due forme tipiche:

- **Forma con possessione:** in cui gli stati di personalità (o identità) possono essere riconosciuti da un osservatore esterno, presentandosi come l'assunzione di comportamenti totalmente diversi rispetto al comportamento tipico dell'individuo affetto;.
- **Forma senza possessione:** in cui la manifestazione delle identità non è riconoscibile da un osservatore esterno o lo è solo in minima parte, ma è percepita dall'individuo stesso come un'alterazione del proprio stato del sé o del proprio comportamento, delle proprie idee e pensieri.

Capitolo 2

Il presente capitolo si propone di esaminare due articoli scientifici di recente pubblicazione, riguardanti i trattamenti e le terapie adottate nei pazienti affetti da disturbi dissociativi.

Metodo di raccolta

La raccolta degli articoli è stata condotta tramite una ricerca bibliografica sistematica, utilizzando le banche dati scientifiche, tra cui PubMed, Ebsco e PsycINFO. Sono stati ricercati gli articoli pertinenti attraverso stringhe di parole chiave, quali "Dissociation" OR "Derealization" OR "Depersonalization" OR "Dissociative Identity Disorder" combinate utilizzando l'operatore booleano "AND" con le parole "Therapy" OR "Treatment" OR "Psychotherapy".

Nella ricerca degli articoli, è stata applicata una restrizione temporale per includere solo articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (dal 2020 al 2025), al fine di utilizzare una letteratura recente e aggiornata.

La selezione degli articoli ha privilegiato la qualità delle riviste, includendo unicamente gli articoli scientifici pubblicati in riviste con impact factor più elevato, classificate nel primo quartile (Q1), quali *Expert Review of Neurotherapy, Journal of Trauma & Dissociation, Cognitive Behaviour Therapy, Memory* e altre. Ciò è stato fatto al fine di garantire il maggiore rigore scientifico e di includere esclusivamente i contributi di elevata rilevanza teorica nel campo dei disturbi dissociativi.

Le fasi del trattamento

Questo breve paragrafo è dedicato alla chiarificazione del metodo orientato a fasi (phase-oriented), una strategia terapeutica fondamentale nella strutturazione di ogni trattamento adottato nella gestione dei disturbi dissociativi (Purcell et al., 2024), e che sarà presente nei due articoli successivamente esplorati.

Il trattamento dei disturbi dissociativi, indipendentemente dall'orientamento teorico, si articola in una strategia trifasica. Questo approccio è ampiamente adottato dai terapeuti e fortemente presente nelle letture inerenti alla terapia per i disturbi e gli stati dissociativi (Liotti & Farina, 2011).

Ognuna di queste fasi è propedeutica alla successiva, ciò significa che per poter affrontare la fase successiva è necessario aver concluso la precedente (van Der Hart et al., 2006). Le tre fasi sono le seguenti:

Fase I: sicurezza e stabilizzazione dei sintomi. Questa fase ha il compito di garantire la sicurezza al paziente, sia all'interno del setting terapeutico (strutturando una solida alleanza terapeutica), sia nella vita quotidiana del soggetto, aiutandolo a stabilizzare i sintomi più invalidanti (come gli atti impulsivi, i comportamenti a rischio e la disregolazione emotiva) (Brand et al., 2022). È essenziale ottenere i massimi risultati in questa fase, altrimenti potrebbe essere controproducente o dannoso per il paziente affrontare la seconda fase, in cui verranno esplorate le memorie traumatiche all'origine del disturbo dissociativo. In caso contrario, il paziente rivivrebbe, in modo controproducente, il dolore provocato dai ricordi traumatici riemersi e andrebbe incontro a stati dissociativi più frequenti (Liotti & Farina, 2011).

Fase II: integrazione delle memorie traumatiche e delle parti di sé dissociate. In essa prende inizio il lavoro sugli stati dissociativi. In questa fase il lavoro terapeutico consiste nell'elaborare, ricostruire e integrare le memorie traumatiche e le diverse parti del sé, riducendo la frammentazione interna del soggetto. I sintomi dissociativi possono interferire con un'efficace elaborazione delle memorie traumatiche (Kleindienst et al., 2016), ostacolando l'apprendimento emotivo necessario per estinguere la paura e la vergogna generate da queste esperienze, interrompendo l'immersione e l'attenzione ai ricordi traumatici (van der Hart, 2024). È per questo motivo che è fondamentale aver concluso la prima fase prima di poter prendere inizio con la seconda (International Society For The Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Fase III: Stabilizzazione e crescita delle abilità acquisite. In quest'ultima fase il paziente potrà dedicarsi a nuove esperienze che gli consentano di sperimentare

abilità relazionali e nuove strategie di coping più funzionali (Brand et al., 2016; Kluft et al., 2009; Prince et al., 2014). Ciò non sarebbe possibile senza la sicurezza e la riduzione sintomatica raggiunte nelle due fasi precedenti.

Come descritto da molti terapeuti, questo percorso raramente segue un andamento lineare. Normalmente consiste in un percorso ripetitivo in cui le diverse fasi devono essere riaffrontate più volte, con dei miglioramenti in ognuna di esse. Judith Lewis Herman descrisse la terapia come una spirale, in cui è necessario ripetere le fasi precedentemente superate, ma ogni fase diventa più corta man mano che si ripete, diventando così una spirale che pian piano tende verso il centro (Herman, 1992).

2.1 Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for Depersonalization Derealization Disorder (DDD): a self-controlled cross-over study of waiting list vs. active treatment

Nello studio di Hunter e colleghi (2023), è stato riprodotto uno studio avvenuto nel 2005 e condotto dalla stessa Hunter (Hunter et al., 2005), in cui venne analizzata l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) con pazienti affetti da disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione (DDD).

Obiettivo. Lo studio si propone di rivalutare la replicabilità e la validità dei risultati ottenuti nello studio del 2005.

Campione. In questo studio svolto nel Regno Unito vennero inizialmente reclutati 50 partecipanti ritenuti idonei al trattamento, attraverso l'utilizzo di varie scale di misurazione. Tuttavia, 14 di questi non sono stati tenuti in considerazione nei risultati della ricerca per varie motivazioni, tra cui: abbandono prima dell'inizio della terapia (n=4), appartenenza ad altri servizi (come il servizio di traumatologia) (n=3), mancato finanziamento per l'intero numero di sedute valutate come minimo per dimostrare l'efficacia dell'intervento (n=4) e abbandono della terapia in svolgimento (n=2).

Il numero totale del campione alla fine analizzato fu di 36 soggetti, a cui doveva essere somministrato un numero minimo di sessioni di terapia cognitivo-comportamentale da 5 a 8 sessioni, in casi di gravità lieve, e un minimo di 16 sessioni, numero indicato per condizioni di gravità moderata o grave secondo le guide NICE (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022). La maggior parte dei partecipanti ha svolto un totale di 16 sessioni, il numero medio di sessioni è stato di 18.1, con un intervallo che va da 8 a 40.

Nella tabella 1 verranno esplicitate le caratteristiche demografiche e cliniche del campione finale.

Tabella 1.

Caratteristiche demografiche Età/Anni	n	(%)
[20-28]	7	(19.4%)
[28-33]	7	(19.4%)
	8	(22.2%)
	5	(13.9%)
	9	(25.0%)
Sesso		
Maschio	22	(61.1%)
Femmina	14	(38.9%)

Caratteristiche cliniche	Media ($\bar{x}$)	Deviazione standard (sd)
Durata del DDD	14.92	(15.18)
Età di insorgenza	23.75	(10.01)

Misure

I partecipanti sono stati valutati attraverso l'utilizzo di vari questionari standardizzati self-report in tre momenti: durante la valutazione (T0), all'inizio della terapia (T1) e alla fine di essa (T2).

I questionari sono i seguenti:

- Cambridge Depersonalisation Scale: Trait (CDS-Trait) (Sierra & Berrios, 2000), scala convalidata specificamente per il disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione e validata per la popolazione del Regno Unito. Il questionario è composto da 29 domande che misurano la frequenza dei sintomi dissociativi degli ultimi sei mesi su scala Likert da 0 a 4.

- Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988) e il Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961), questionari self-report che misurano la gravità di una serie di sintomi, rispettivamente di ansia (per il BAI) e depressione (per il BDI). I questionari sono composti da 21 item, ognuno misurato con un punteggio da 0 a 3, per un punteggio totale massimo di 63.

Processo terapeutico. A seguito della valutazione, ai partecipanti è stato offerto un trattamento individuale di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) con sedute settimanali o una ogni due settimane, in base alla loro disponibilità a frequentare le sessioni. La terapia è stata condotta per tutti i partecipanti dalla psicologa Elaine C. M. Hunter, responsabile della clinica del servizio e sviluppatrice del protocollo di trattamento cognitivo-comportamentale per il disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione utilizzato nello studio (Hunter et al., 2005).

Il processo terapeutico viene diviso secondo le tre fasi precedentemente esplorate:

- Nella prima fase vengono eseguiti interventi di psicoeducazione sulla condizione e viene chiesto al paziente di tenere un diario personale in cui annotare la frequenza delle manifestazioni dissociative e le loro caratteristiche, in modo da fornire al terapeuta e allo stesso paziente una comprensione maggiore sui fattori scatenanti degli stati dissociativi e sullo sviluppo di questi. In questo modo l'individuo può aumentare la sua comprensione verso i meccanismi psicologici del suo disturbo. Questa fase ha una durata tipica di tre o quattro sedute.

- Con la seconda fase ha inizio il lavoro sui contenuti e processi cognitivi, il cambiamento comportamentale e la regolazione delle emozioni, identificando e ristrutturando i contenuti di pensiero riguardanti il significato e le conseguenze del disturbo. Il terapeuta ha il compito di aiutare il cliente a sviluppare convinzioni alternative più concrete e positive. Questo ridurrà la paura del soggetto verso i

sintomi del disturbo, aiutando a interrompere il circolo vizioso per cui la paura dei sintomi porta alla manifestazione di essi. In particolare, vengono modificati i processi cognitivi tipici del disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione, come il monitoraggio dei sintomi, l'attenzione eccessivamente focalizzata su sé stessi e la ruminazione riguardo le manifestazioni. Questa fase comprende la maggior parte delle sessioni di terapia.

- Il trattamento ha conclusione con la terza e ultima fase, in cui viene svolta una revisione di quanto appreso durante la terapia, creando una base solida per il benessere del paziente. Quest'ultima parte della terapia richiede circa una o due sessioni.

Analisi statistica. Sono stati utilizzati istogrammi e grafici quantile per valutare la normalità. I grafici a dispersione sono stati visualizzati per identificare le voci anomale e utilizzati per esplorare le ipotesi di regressione.

È stata testata l'ipotesi nulla (H0) che non vi fosse alcuna differenza nella variazione dei punteggi di esito tra l'inizio della terapia e la fine di essa.

Sono stati eseguiti calcoli post-hoc della dimensione del campione con una potenza del 90% e un alfa (alpha) del 5%, per stimare le dimensioni del campione necessarie per trovare una differenza tra i gruppi nella fase di trattamento. Per i questionari le dimensioni del campione richieste sono state rispettivamente: 15 per il Cambridge Depersonalisation Scale: Trait (CDS-Trait) (Sierra & Berrios, 2000), 30 per il Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) e 40 per il Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988).

Per valutare l'aderenza del terapeuta al protocollo cognitivo-comportamentale per il disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione, le trascrizioni della terapia ad ogni sessione sono state codificate e valutate dagli autori Elaine C. M. Hunter e Cheuk Lon Malcolm Wong. L'affidabilità tra gli esperti è stata valutata con un coefficiente di correlazione di 0.96 e l'alfa di Cronbach di 0.98.

Risultati. Sono state dimostrate dimensioni statisticamente significative dell'effetto durante il periodo in cui è stata svolta la terapia, senza differenze nei punteggi tra i sessi dei partecipanti. Sono stati dimostrati cambiamenti clinicamente significativi in tutte e tre le misure svolte.

Nella tabella 2 vengono esplicitati gli esiti dei punteggi secondo la distribuzione campionaria e il coefficiente di regressione e dimensione dell'effetto.

Tabella 2.

Risultato	n	Fase di valutazione	Media (sd)	Coefficiente (IC 95%)	Dimensione dell'effetto (IC 95%)
CDS	36	T1	154.20 (63.15)	-4.25 (-16.59 – 8.09)	-0,07 (da -0.26 a 0.13)
	36	T2	135.06 (69.01)	-35.99 (-48.45 - - 23.52)	−0.52 (da −0.70 a −0.34)
BDI	36	T1	24.97 (11.25)	−4.00 (da −7.74 a −0.26)	−0.35 (da −0.69 a −0.02)
	36	T2	19.10 (10.93)	-7.81 (-11.58 a - 4.04]	−0.71 (da −1.06 a −0.37)
BAI	36	T1	20.48 (11.33)	−0,03 (da −3,26 a 3,19]	0 (da -0.28 a 0.29)
	36	T2	17.28 (11.58)	-5.90 (-9.13 - - 2.66)	-0.51 (da -0.79 a - 0.23)

Conclusioni. I risultati dello studio hanno mostrato che i partecipanti hanno avuto una diminuzione della gravità dei sintomi del disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione, così come dei sintomi associati, tra cui ansia e depressione.

Data la cronicità di questo disturbo, con una media di circa 15 anni di sintomi per questo gruppo, l'ottenimento di una significativa riduzione della gravità con una media di circa 18 sessioni è molto promettente. I risultati ottenuti da questo studio replicano quelli ottenuti nello studio del 2005 (Hunter et al., 2005), in cui i partecipanti selezionati erano molto simili in termini di dati demografici e gravità clinica.

Seguendo il modello dello studio iniziale del 2005 (Hunter et al., 2005), sono stati riprodotti degli studi con popolazioni diverse, tra cui: il trattamento cognitivo-comportamentale per il disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione (DDD) con pazienti in età adolescenziale (Flückiger et al., 2022), con pazienti con DDD e psicosi (Farrelly et al., 2024) e con pazienti affetti da DDD e Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) (Mohajerin et al., 2020), con risultati positivi in ognuno di essi a dimostrazione dell'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale nel trattamento dei disturbi dissociativi.

2.2 Treatment for Childhood and Adolescent Dissociation: A Systematic Review

In questa revisione sistematica, Woolard e colleghi (2024) hanno esplorato vari studi pertinenti alla terapia dei disturbi dissociativi in pazienti minori.

Obiettivo

L'obiettivo di questa revisione sistematica è identificare quali siano i trattamenti attualmente applicati per i disturbi dissociativi con pazienti in età minorile, attraverso l'analisi del corpus di letteratura scientifica esistente.

Metodo

Questa revisione segue le linee guida PRISMA (Preferred Reporting Item for Systematic Review and Meta-Analyses, Page, et al., 2020), una checklist composta da 27 item e un diagramma di flusso. Queste linee guida mirano ad aumentare la trasparenza e la completezza delle revisioni, migliorandone la riproducibilità e la valutazione.

Strategia di ricerca

Per la ricerca degli articoli sono stati utilizzati i database elettronici di ricerca scientifica: PsycInfo, Ebsco, MedLine e Google Scholar. La ricerca è stata condotta a partire da marzo 2023 ed è stata indirizzata verso gli articoli empirici sottoposti a revisione paritaria che indagavano il trattamento dei disturbi dissociativi nei bambini e negli adolescenti. Le parole chiave utilizzate, combinate con l'operatore booleano "AND", sono state: "dissociation", "children", "adolescent", "intervention".

Protocollo di ammissibilità

I criteri di inclusione sono stati i seguenti:

a) Diagnosi di un disturbo dissociativo nei partecipanti.

b) I partecipanti hanno vissuto un evento traumatico prima dei 18 anni.

c) I partecipanti hanno ricevuto un trattamento prima dei 18 anni.

d) I partecipanti sono stati trattati specificamente per il disturbo dissociativo.

Mentre i criteri di esclusione sono stati:

a) Gli articoli non erano scritti o non avevano una traduzione in lingua inglese.

b) Assenza di diagnosi di disturbi dissociativi nei partecipanti.

c) Assenza di trattamento psicologico specifico per i disturbi dissociativi diagnosticati.

d) Gli studi facevano riferimento a partecipanti dopo i 18 anni.

e) Assenza di discussione negli articoli riguardo gli esiti del trattamento.

Risultato della ricerca

In questa ricerca sono stati identificati 3.066 articoli. Questi sono stati esaminati per il titolo, l'abstract e il testo completo. Dei 3.066 articoli inizialmente identificati, 3.059 sono stati esclusi seguendo i criteri predefiniti, risultando in sette articoli finali. Questi ultimi sono stati successivamente valutati criticamente dal Joanna Briggs Institute.

Gli studi erano i seguenti: due studi quantitativi (Das et al., 2020; Sharma et al., 2016) e cinque con singoli casi studio (Allers et al., 1997; Dell & Eisenhower, 1990; Papanikolopoulos et al., 2017; Sar & Tutkin, 1997; Silberg, 2004). Gli studi provenivano dagli Stati Uniti d'America (n=3), dall'India (n=2), dalla Turchia (n=1) e dalla Grecia (n=1).

Casi clinici

In totale, i partecipanti di tutti gli studi sono stati ventisette, di cui sedici di sesso femminile e nove di sesso maschile, di età compresa tra i 10 e i 18 anni. Di questi, la maggior parte ha subito traumi fin dalla prima infanzia. Le tipologie di traumi subiti includevano: abuso sessuale (n=5), abuso fisico (n=3), abuso emotivo (n=2), negligenza (n=1), genitori con dipendenza da sostanze (n=2), aggressione sessuale (n=1), violenza comunitaria (n=1), trauma medico (n=1), altri traumi o non specificati (n=11) .

Trattamenti

Gli studi hanno somministrato trattamenti diversi, in un lasso di tempo molto variabile, da un mese (n=1), alla durata compresa tra i due e i dieci mesi (n=4) per finire con trattamenti della durata superiore a due anni (n=2). I trattamenti somministrati nei sette studi includevano:

- Psicoterapia familiare: due casi studio (Allers et al., 1997; Dell & Eisenhower, 1990) hanno utilizzato la psicoterapia familiare come trattamento rivolto ai pazienti con disturbo dissociativo dell'identità (DID) o disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione (DDD). Entrambi gli studi hanno evidenziato la necessità di seguire i protocolli di trattamento per adulti (Diseth & Christie, 2005), iniziando la terapia con interventi volti a promuovere la stabilizzazione dei sintomi e lo sviluppo dell'alleanza terapeutica prima di procedere con le fasi successive del trattamento. Un terzo caso ha citato l'utilizzo di tecniche di tolleranza emotiva affiancate alla terapia familiare (Silberg, 2004).

  Un caso studio ha evidenziato l'uso della psicofarmacologia come trattamento aggiuntivo alla psicoterapia familiare (Sar & Tutkin, 1997).
- Terapia Dialettica Comportamentale (DBT): questa terapia venne inizialmente sviluppata per trattare individui con disturbo borderline di personalità, per poi essere ampliata nel trattamento di altri disturbi, inclusi i disturbi dissociativi nelle popolazioni adulte (Groveset et al., 2012). In

questo studio venivano somministrati ai partecipanti interventi di DBT in associazione con interventi di psicoeducazione (Das, et al., 2020).

- Mindfulness: uno studio ha condotto una sperimentazione pilota con un trattamento di mindfulness basato sulla riduzione dello stress, la consapevolezza e la promozione del funzionamento adattivo (Sharma, et al., 2016).
- Desensibilizzazione e rielaborazione dei movimenti oculari (EMDR): un caso di studio ha evidenziato l'effetto di ventiquattro sessioni di terapia EMDR, un trattamento noto per la sua efficacia nel PTSD, basato sulla stimolazione bilaterale come metodo per facilitare l'elaborazione di eventi traumatici (Papanikolopoulos et al., 2017; Shapiro, 2001).
- Psicoeducazione: spesso integrato nella maggior parte dei trattamenti per pazienti con esperienza traumatica, questo intervento supporta i bambini nella comprensione e nella normalizzazione della propria condizione, riducendo lo stigma e promuovendo lo sviluppo di strategie di coping attive.

Risultati

Tutti gli studi hanno riportato miglioramenti nei pazienti rispetto alle condizioni di partenza (Sharma et al., 2016), così come nei sintomi in comorbidità con la dissociazione, quali depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico (Papanikolopoulos et al., 2017). Un’ulteriore riduzione è stata riscontrata nelle esperienze dissociative come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l’amnesia dissociativa (Das et al., 2020) e la reintegrazione degli alter nel disturbo dissociativo dell’identità (DID) (Sar & Tutkin, 1997).

Conclusioni

L'obiettivo principale di questa revisione era esaminare la letteratura sui trattamenti applicati a pazienti in età minorile con disturbi dissociativi. Gli studi analizzati hanno evidenziato che gli approcci terapeutici per i bambini derivano

principalmente da metodologie sviluppate per popolazioni adulte affette dalla medesima condizione.

Questa revisione dimostra la scarsità di ricerche specifiche sul trattamento dei bambini e degli adolescenti con sintomatologia dissociativa. È emerso che la psicoterapia rappresenta il metodo di trattamento più comunemente utilizzato negli studi, includendo approcci diversi (Taylor et al., 2020) quali la psicoeducazione, l'EMDR o la DBT, per un approccio integrato e completo. Questa psicoterapia segue il metodo orientato a fasi comunemente utilizzato nella terapia dei disturbi dissociativi.

Questa revisione ha inoltre rilevato che non esiste un quadro unico per il trattamento dei disturbi dissociativi nei pazienti in età minorile.

Discussione

La presente tesi ha analizzato il complesso panorama dei disturbi dissociativi, delle loro manifestazioni e delle strategie terapeutiche impiegate nel trattamento, attraverso un'analisi della recente letteratura scientifica.

È emerso un consenso generale sull'importanza di utilizzare un approccio terapeutico orientato a fasi (Purcell et al., 2024), ritenuto fondamentale nella gestione dei disturbi dissociativi, come delineato dalle linee guida internazionali (International Society For The Study of Trauma and Dissociation, 2011). Questo approccio prevede di iniziare con una fase di stabilizzazione dei sintomi e costruzione di un senso di sicurezza che possa essere interiorizzato dal paziente per favorire la gestione dei sintomi anche al di fuori del setting terapeutico, prima di procedere con l'elaborazione del trauma e la reintegrazione delle parti dissociate.

Il primo studio esplorato, di Hunter e colleghi (2023), rappresenta una replicazione di una precedente ricerca condotta nel 2005 (Hunter et al., 2005). L'obiettivo era confermare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nel trattamento del disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione (DDD).

Lo, condotto nel Regno Unito, ha coinvolto 36 partecipanti con un DDD di lunga durata, con una media di circa quindici anni. I partecipanti sono stati sottoposti a un ciclo di diciotto (in media) sessioni di CBT individuale, basato sull'utilizzo di un protocollo trifasico strutturato, in linea con l’approccio orientato a fasi indicato dalle linee guida internazionali (International Society For The Study of Trauma and Dissociation, 2011). Il numero di sessioni è stato deciso in base alla gravità sintomatologica dei pazienti e seguendo le linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022), le quali indicano un numero minimo di sedici sedute.

I risultati hanno evidenziato una significativa riduzione dei sintomi dissociativi e di quelli in comorbidità come ansia e depressione. Questo studio ha riaffermato

la validità dei risultati ottenuti dalla ricerca del 2005, consolidando le evidenze a favore della CBT per i disturbi dissociativi.

Il secondo lavoro analizzato in questa tesi è una revisione sistematica condotta da Woolard e colleghi (2024), volta ad esplorare i trattamenti impiegati nei disturbi dissociativi in pazienti in età minorile.

Questa revisione, seguendo le linee guida PRISMA (Preferred Reporting Item for Systematic Review and Meta-Analyses, Page, et al., 2020), ha identificato sette studi da un campione iniziale di 3.066 articoli. I sette studi includevano complessivamente ventisette partecipanti di età compresa tra i dieci e i diciotto anni, con una storia di traumi infantili significativi (come abuso sessuale, violenza, aggressione e altri).

In questa revisione sono stati esplorati cinque diversi approcci terapeutici, utilizzati nei sette studi, tra cui: la psicoterapia familiare, la Terapia Dialettica Comportamentale (DBT), la mindfulness, la psicoeducazione e la Desensibilizzazione e Rielaborazione dei Movimenti Oculari (EMDR). Questi trattamenti hanno seguito un approccio orientato a fasi, in quanto rappresenta l'approccio metodologico più frequentemente utilizzato nella terapia dei disturbi dissociativi.

I risultati riscontrati nella revisione degli articoli indicano miglioramenti nei sintomi dissociativi e nei sintomi di comorbidità (come ansia e depressione) in tutti i trattamenti considerati. In conclusione, questo studio ha evidenziato criticamente la mancanza di approcci terapeutici specificatamente sviluppati e validati per la popolazione minorile, dato che i protocolli impiegati nei sette articoli revisionati, erano adattamenti di quelli originariamente sviluppati per la popolazione adulta con i medesimi disturbi.

Limiti degli Studi

Gli studi analizzati in questa tesi presentano limiti ricorrenti e significativi. I principali consistono nella ridotta dimensione dei campioni analizzati e nella difficoltà nella loro randomizzazione. Tali limitazioni potrebbero essere correlate alla minore presenza di questi disturbi nella popolazione generale, nonché alle difficoltà nel riconoscimento e nella diagnosi di essi.

Bibliografia

Allers, C. T., White, J. F., & Mullis, F. (1997). The treatment of dissociation in an HIV-infected, sexually abused adolescent male. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34(2), 201–206. https://doi.org/10.1037/h0087642

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Ashton, J. E., Harrington, M. O., Langthorne, D., Ngo, H. V., & Cairney, S. A. (2020). Sleep deprivation induces fragmented memory loss. Learning & memory (Cold Spring Harbor, N.Y.), 27(4), 130–135. https://doi.org/10.1101/lm.050757.119

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561–571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 56(6), 893–897. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174(12), 727–735. https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004

Blanke, O., Landis, T., Spinelli, L., & Seeck, M. (2004). Out-of-body experience and autoscopy of neurological origin. Brain: A Journal of Neurology, 127(2), 243–258. https://doi.org/10.1093/brain/awh040

Bourneville, n 1840 (with University of Ottawa). (1886). La possession de Jeanne Féry, religieuse professe du Couvent des Soeurs noires de la ville de Mons (1584). Paris : Aux Bureaux du Progrès médical.

Brand, B. L, Schielke, H. J., Schiavone, F., & Lanius, R. A. (2022). Finding solid ground: Overcoming obstacles in trauma treatment. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190636081.001.0001

Brenner, I. (2001). Dissociation of trauma: Theory, phenomenology, and technique. International Universities Press, Inc.

Breuer, J., & Freud, S. (1956). On the psychical mechanism of hysterical phenomena (1893). The International Journal of Psychoanalysis, 37, 8–13.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 6(1), 16–27.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. Behaviour research and therapy, 44(3), 371–394. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005

Clerici, C. A., & Veneroni, L. (2011). Ipnosi animale, immobilità tonica e basi biologiche di trauma e dissociazione. Aracne.

Danböck, S. K., Liedlgruber, M., Franke, L. K., Miedl, S. F., Hettegger, S. E., Weber, R. C., & Wilhelm, F. H. (2024). Acute dissociation as part of the defense cascade: Associations with behavioral, autonomic, and experiential threat responses in posttraumatic stress disorder. Journal of psychopathology and clinical science, 133(1), 76–89. https://doi.org/10.1037/abn0000873

Das, A., Clerkin, E. M., Tolin, D. F., Assaf, M., & Diefenbach, G. J. (2020). Moving beyond the negative: Contributions of positive and negative affect on quality of life in patients with generalized anxiety disorder. Journal of

Nervous and Mental Disease, 208(11), 843–847. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001228

Dell, P. F., & Eisenhower, J. W. (1990). Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29(3), 359–366. https://doi.org/10.1097/00004583-199005000-00005

Dell P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 7(2), 77–106. https://doi.org/10.1300/J229v07n02_06

Depression in adults: treatment and management. (2022). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Di Francesco, M. (2000). La coscienza. Laterza.

Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents--an overview of assessment tools and treatment principles. Nordic journal of psychiatry, 59(4), 278–292. https://doi.org/10.1080/08039480500213683

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 48(5), 402–417. https://doi.org/10.1177/0004867414527523

Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. The Journal of nervous and mental disease, 197(6), 383–390. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a653b7

Farrelly, S., Peters, E., Azis, M., David, A. S., & Hunter, E. C. M. (2024). A brief CBT intervention for depersonalisation-derealisation disorder in psychosis: Results from a feasibility randomised controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 82, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101911

Ferenczi, S., Dupont, J., Carloni, G., & Tournon, S. S. (1988). Diario clinico: gennaio-ottobre 1932. R. Cortina.

Flückiger, C., Carratta, K., Del Re, A. C., Probst, G., Vîslă, A., Gómez Penedo, J. M., & Wampold, B. E. (2022). The relative efficacy of bona fide cognitive behavioral therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder at follow-up: A longitudinal multilevel meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90(4), 339–352. https://doi.org/10.1037/ccp0000717

Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: a review. Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 16(3), 232–271. https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563

Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. Psychological bulletin, 134(5), 617–647. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617

Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. Child and adolescent mental health, 17(2), 65–75. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x

Hafizi, S., & Afolabi, B. (2021). Generalized Dissociative Amnesia Versus Transient Global Amnesia. The primary care companion for CNS disorders, 23(2), 20l02631. https://doi.org/10.4088/PCC.20l02631

Herman, J. L., (1992). Trauma and recovery. Basic Books/Hachette Book Group.

Hill, D. (2015). Affect Regulation Theory: A Clinical Model. W. W. Norton & Company.

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. Clinical psychology review, 25(1), 1–23. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006

Hunter, E. C. M., Baker, D., Phillips, M. L., Sierra, M., & David, A. S. (2005). Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: An open study. Behaviour Research and Therapy, 43(9), 1121–1130. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.003

Hunter, E. C. M., Wong, C. L. M., Gafoor, R., Lewis, G., & David, A. S. (2023). Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for Depersonalization Derealization Disorder (DDD): a self-controlled cross-over study of waiting list vs. active treatment. Cognitive behaviour therapy, 52(6), 672–685. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2255744

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 12(2), 188–212. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537248

Janet, P. (1889). L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Alcan.

Janet, P., & Corson, C. R. (with Gerstein - University of Toronto). (1901). The mental state of hystericals; a study of mental stigmata and mental accidents. New York, London, G. P. Putnam's sons. http://archive.org/details/mentalstateofhys00janeuoft

Janet, P. (1907). The major symptoms of hysteria: Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University. Macmillan.

Janet, P. (1909). Problèmes psychologiques de l'émotion. Revue Neurologique, 17(2), 1551-1672.

Janet, P. (1911). L'état mental des hystériques (2° ed.). Félix Alcan.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., … Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. European journal of psychotraumatology, 8(sup5), 1353383. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383

Kozlowska, K., Palmer, D. M., Brown, K. J., McLean, L., Scher, S., Gevirtz, R., Chudleigh, C., & Williams, L. M. (2015). Reduction of autonomic regulation in children and adolescents with conversion disorders. Psychosomatic medicine, 77(4), 356–370. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000184

Lebois, L. A. M., Kumar, P., Palermo, C. A., Lambros, A. M., O'Connor, L., Wolff, J. D., Baker, J. T., Gruber, S. A., Lewis-Schroeder, N., Ressler, K. J., Robinson, M. A., Winternitz, S., Nickerson, L. D., & Kaufman, M. L. (2022). Deconstructing dissociation: A triple network model of trauma-related dissociation and its subtypes. Neuropsychopharmacology, 47(13), 2261–2270. https://doi.org/10.1038/s41386-022-01468-1

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Raffaello Cortina Editore.

MacLeod, C. M. (1999). The item and list methods of directed forgetting: Test differences and the role of demand characteristics. Psychonomic Bulletin & Review, 6(1), 123–129. https://doi.org/10.3758/BF03210819

Merckelbach, H., Otgaar, H., & Lynn, S. J. (2022). Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000–2018: A meta-analysis. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 9(1), 2–26. https://doi.org/10.1037/cns0000272

Mohajerin, B., Lynn, S. J., Bakhtiyari, M., & Dolatshah, B. (2020). Evaluating the unified protocol in the treatment of dissociative identify disorder. Cognitive and Behavioral Practice, 27(3), 270–289. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.07.012

Nijenhuis, E. R. S. (2004). Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, & theoretical issues. W. W. Norton & Company.

Nock M. K. (2010). Self-injury. Annual review of clinical psychology, 6, 339–363. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Papanikolopoulos, P., & Prattos-Spongalides, T.-A. (2017). E.M.D.R therapy and the theory of structural dissociation of the personality in severe interpersonal trauma of young adolescents. European Journal of Psychotraumatology, 8(Suppl 4), Article 1351207. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351207

Price, M., Kearns, M., Houry, D., & Rothbaum, B. O. (2014). Emergency department predictors of posttraumatic stress reduction for trauma-exposed individuals with and without an early intervention. Journal of consulting and clinical psychology, 82(2), 336–341. https://doi.org/10.1037/a0035537

Purcell, J. B., Brand, B., Browne, H. A., Chefetz, R. A., Shanahan, M., Bair, Z. A., Baranowski, K. A., Davis, V., Mangones, P., Modell, R. L., Palermo, C. A.,

Robertson, E. C., Robinson, M. A., Ward, L., Winternitz, S., Kaufman, M. L., & Lebois, L. A. M. (2024). Treatment of dissociative identity disorder: Leveraging neurobiology to optimize success. Expert Review of Neurotherapeutics, 24(3), 273–289. https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2316153

Sar, V., & Tutkun, H. (1997). Treatment of dissociative identity disorder in Turkey: A case study. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 10(3), 148–156.

Saviano, E., & Cornoldi, C. (2017). Disturbi alimentari, sessuali, dissociativi, correlati a sostanze e di personalità. Psicologia clinica: Edizione aggiornata al DSM-5 (pp.206-209). Il Mulino.

Schauer, M., & Schauer, E. (2010). Trauma-focused public mental-health interventions: A paradigm shift in humanitarian assistance and aid work. In E. Martz (Ed.), Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives (pp. 389–428). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5722-1_16

Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). Guilford Press.

Sharma, T., Sinha, V. K., & Sayeed, N. (2016). Role of mindfulness in dissociative disorders among adolescents. Indian journal of psychiatry, 58(3), 326–328. https://doi.org/10.4103/0019-5545.192013

Sierra, M., & Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalisation Scale: A new instrument for the measurement of depersonalisation. Psychiatry Research, 93(2), 153–164. https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00100-1

Silberg, J. L. (2004). The treatment of dissociation in sexually abused children from a family/attachment perspective. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(4), 487–495. https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.487

Simeon, D., & Abugel, J. (2006). Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self. Oxford University Press.

Steinberg, M. (1994). Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D) (Rev. ed.). American Psychiatric Association.

Taylor, J., McLean, L., Korner, A., Stratton, E., & Glozier, N. (2020). Mindfulness and yoga for psychological trauma: systematic review and meta-analysis. Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 21(5), 536–573. https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760167

van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. Journal of Traumatic Stress, 2(4), 379–395. https://doi.org/10.1002/jts.2490020404

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. W. W. Norton & Company.

van der Hart, O. (2024). Dissociazione da trauma: Una prospettiva neojanetiana. Raffaello Cortina Editore.

van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (pp. 303–327). The Guilford Press.

Woolard, A., Boutrus, M., Bullman, I., Wickens, N., Gouveia Belinelo, P. d., Solomon, T., & Milroy, H. (2024). Treatment for childhood and adolescent dissociation: A systematic review.Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 16(Suppl 3), S483–S491. https://doi.org/10.1037/tra0001615

World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). https://icd.who.int/