



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

**Corso di Laurea Magistrale in
PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA**

Tesi di Laurea Magistrale

**ANALISI TRANSAZIONALE PER I DISTURBI
DISSOCIATIVI**

**REVIEW DELLA LETTERATURA, CONFRONTO TRA MODELLI
E MANUALIZZAZIONE**

**Transactional Analysis for Dissociative Disorders
Literature Review, Model Comparison and Manualization**

Relatore
Professor Enrico Benelli

Laureando
Lorenzo Michieli

Matricola: **2088970**

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO I: I DISTURBI DISSOCIATIVI: CONFRONTO TRA TEORIE

- 1.1 La dissociazione estrema in "La diagnosi psicanalitica"
- 1.2 I disturbi dissociativi nel DSM-5
 - 1.2.1 Disturbo dissociativo di identità
 - 1.2.2 L'amnesia dissociativa
 - 1.2.3 Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione
- 1.3 I disturbi dissociativi nel PDM
 - 1.3.1 Manifestazioni cliniche
 - 1.3.2 L'esperienza soggettiva
 - 1.3.3 L'esperienza clinica
 - 1.3.4 A che livelli di organizzazione compare la dissociazione ?
- 1.4 I disturbi dissociativi nella classificazione ICD-10
- 1.5 Le differenze principali tra i sistemi diagnostici

CAPITOLO II: METODO

- 2.1 Introduzione
- 2.2 Strategia di ricerca
- 2.3 Criteri di esclusione ed inclusione
- 2.4 Processo di estrazione dei dati

CAPITOLO III: RISULTATI

CAPITOLO IV: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

- 4.1 Introduzione
- 4.2 La diagnosi dei disturbi dissociativi in Analisi Transazionale
 - 4.2.1 Introduzione
 - 4.2.2 Sviluppo dell'Analisi Transazionale
 - 4.2.3 Teoria degli Stati dell'Io: un modello di personalità e di comprensione della psicopatologia

- 4.2.4 Teoria sulla comunicazione: Transazioni e Giochi
- 4.2.5 La teoria del Copione Psicologico
- 4.2.6 Obiettivi dell'A.T e trattamento
- 4.3 La dissociazione in Analisi Transazionale
 - 4.3.1 La definizione di dissociazione nell'Analisi Transazionale
 - 4.3.2 La prospettiva strutturale e relazionale nella dissociazione
 - 4.3.3 Gli stati dell'Io ed il loro ruolo nei processi dissociativi.
 - 4.3.4 Le transazioni: l'importanza nel contesto dei disturbi dissociativi.
 - 4.3.5 I copioni: come possono essere influenzati nei disturbi dissociativi ?
 - 4.3.6 I giochi nella dinamica dei disturbi dissociativi
 - 4.3.7 I disturbi dissociativi nella prospettiva dell'Analisi Transazionale
- 4.4 Il trattamento dei disturbi dissociativi in Analisi Transazionale
 - 4.4.1 La formulazione del caso clinico
 - 4.4.2 Piano di trattamento
 - 4.4.2.1 L'alleanza
 - 4.4.2.2 Decontaminazione dell'Adulto
 - 4.4.2.3 Deconfusione
 - 4.4.2.4 Riapprendimento
 - 4.4.3 Caso Clinico: Susanna (Weiss)
 - 4.4.3.1 Il caso
 - 4.4.3.2 Il piano di trattamento
 - 4.4.3.3 La fine del trattamento
 - 4.4.3.4 Conclusioni
 - 4.4.3.5 Prospettive future
 - 4.4.4 La combinazione di due prospettive: il modello di Novak
 - 4.4.5 Il trattamento secondo McWilliams
 - 4.4.6 Il trattamento secondo Schnall e Steinberg
 - 4.4.7 Punti di incontro tra i piani di trattamento

CAPITOLO V: CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

BIBLIOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

I disturbi dissociativi rappresentano un gruppo di condizioni psicopatologiche complesse e affascinanti, caratterizzate da una disgregazione dell'identità, della memoria e della percezione del sé. Tali disturbi sono frequentemente associati a esperienze traumatiche e stress estremo, e si manifestano attraverso una serie di sintomi che possono variare notevolmente in gravità e forma. Negli ultimi decenni, l'interesse per questi disturbi è cresciuto significativamente, sia in termini di ricerca clinica che di consapevolezza pubblica, evidenziando la necessità di modelli teorici e pratici adeguati per la loro comprensione e trattamento.

Questa tesi si propone di esaminare il contributo dell'Analisi Transazionale (AT) nel trattamento dei disturbi dissociativi, attraverso una revisione della letteratura esistente e un confronto tra diversi modelli terapeutici. L'Analisi Transazionale infatti, offre un approccio teorico unico basato sulla comprensione degli stati dell'Io e delle dinamiche di comunicazione, che si presta particolarmente bene alla trattazione dei processi dissociativi. L'obiettivo principale di questo lavoro è esplorare come l'AT possa essere applicata efficacemente nel trattamento dei disturbi dissociativi, mettendo in luce le sue potenzialità e le sue limitazioni rispetto ad altri modelli terapeutici.

Nel primo capitolo, verranno analizzate le principali teorie sulla dissociazione, con un focus sui disturbi dissociativi delineati nel DSM-5 e il confronto con il modello diagnostico proposto dal PDM.

Il secondo capitolo descriverà la metodologia utilizzata per condurre la revisione della letteratura, con particolare attenzione ai criteri di selezione degli studi e alle strategie di ricerca. L'Analisi Transazionale si distingue infatti per un approccio che non offre una concettualizzazione precisa dei disturbi dissociativi e del loro trattamento. Questa considerazione rappresenta il punto di partenza per il presente lavoro, il quale si propone

di effettuare una revisione sistematica PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) con l'obiettivo di raccogliere ed organizzare la letteratura attuale sui disturbi dissociativi dal punto di vista dell'Analisi Transazionale, al fine di proporre una manualizzazione del disturbo.

Successivamente, nel terzo capitolo, saranno presentati i risultati emersi dalla revisione, seguiti da una discussione approfondita nel quarto capitolo, dove si esploreranno le implicazioni cliniche e le prospettive future dell'AT nel contesto dei disturbi dissociativi. La manualizzazione è stata sviluppata seguendo le linee guida proposte da Carrol e Nuro (2002), riconosciute da diversi autori come modello di riferimento per la creazione di manuali diagnostici e di trattamento. Questo capitolo si articola attraverso la discussione delle aree chiave indicate dagli autori per fornire una concettualizzazione approfondita dei disturbi. Vengono analizzati i fattori eziologici, gli elementi e i fattori associati al cambiamento, gli obiettivi terapeutici e la specificazione degli interventi caratteristici. Inoltre, si delineano le differenze e le somiglianze con altri approcci trattati durante la stesura dell'elaborato.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di fungere da guida per future riflessioni e ricerche sul tema, con l'intento di ampliare la letteratura disponibile e di incoraggiare studi di fattibilità e studi pilota per testare l'efficacia dei trattamenti proposti.

I

I DISTURBI DISSOCIATIVI: CONFRONTO TRA TEORIE

1.1 La dissociazione estrema in “La diagnosi psicanalitica”

Nancy McWilliams ne “La diagnosi psicanalitica” sceglie di collocare la dissociazione estrema tra i processi difensivi primari sia per l’azione globale che ha sulla personalità totale sia per la natura essenzialmente psicotica di molti stati dissociativi. Chiaramente non tutti gli stati dissociativi hanno natura psicotica: la loro gravità si può infatti collocare in un continuum che va da forme definite come “normali”, ossia la normale reazione ad un trauma, a forme gravemente soverchianti e patologiche, dette appunto “estreme”. La normale dissociazione rappresenta invece una reazione ad un trauma: qualunque persona può dissociare, quando posta di fronte ad un evento che supera le risorse con le quali può farvi fronte, soprattutto se l’evento implica una quantità di dolore non tollerabile. La dissociazione sembra non essere legata a particolari fasce d’età, anche se sperimentarla durante l’infanzia può chiaramente portare a farne un uso più massiccio successivamente: una delle conseguenze più comuni degli abusi infantili è infatti il disturbo dissociativo cronico, meglio noto una volta come “personalità multipla” e oggi come “disturbo dissociativo di identità”. Il drastico incremento di studi clinici e di ricerca ha mostrato come la dissociazione sia un meccanismo di difesa più comune di quanto non si pensi: tra le ipotesi che spiegano questo incremento la più accreditata è che vi sia una maggiore consapevolezza della dissociazione nella popolazione rispetto a prima, che porta molte più persone a riconoscere il fenomeno quando si verifica ed a rivolgersi ad un professionista.

La dissociazione presenta un ovvio vantaggio nelle situazioni “al limite” che portano ad utilizzarla: c’è un totale distacco dall’angoscia, dal terrore e dall’idea di una morte

imminente che alcuni eventi, inevitabilmente, suscitano. Così descritto può sembrare una difesa puramente egoista, ma si è osservato come in realtà la dissociazione lieve sia alla base di atti di singolare coraggio, proprio per il fatto che permette di non essere completamente prigionieri dell'angoscia e di ragionare lucidamente. Lo svantaggio che invece presenta tale difesa è rappresentato dalla sua natura "automatica", che porta a farne un uso anche in condizioni che potrebbero venire affrontate con dei meccanismi più adattivi: è comune infatti, per le persone traumatizzate, confondere una situazione di normale tensione con una di pericolo estremo, ed agire di conseguenza. Il portare a dissociare ove non richiesto comporta però delle ripercussioni sul piano interpersonale: agli occhi dell'osservatore esterno infatti chi dissocia appare instabile o bugiardo, perché è una persona che dimentica frequentemente episodi o fatti importanti o appare inspiegabilmente cambiato senza addurre nessuna giustificazione a riguardo.

1.2 I disturbi dissociativi nel DSM-5

I disturbi dissociativi rappresentano un insieme complesso e affascinante di condizioni psicopatologiche che si manifestano attraverso una disgregazione dell'identità, della memoria e della percezione del sé. Queste patologie vengono esplorate in profondità nel DSM-5, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, rivelando una varietà di sintomi e manifestazioni cliniche che possono emergere in risposta a traumi psicologici e stress estremi. Questa disamina approfondisce i principali disturbi dissociativi delineati nel DSM-5: il Disturbo Dissociativo dell'Identità, l'Amnesia Dissociativa e il Disturbo di Depersonalizzazione/Derealizzazione, evidenziandone le caratteristiche distintive, le implicazioni funzionali e i criteri diagnostici, con l'obiettivo di fornire una comprensione chiara e dettagliata di queste complesse condizioni psicologiche.

1.2.1 Disturbo dissociativo di identità

Il nucleo del disturbo dissociativo dell'identità è rappresentato dalla disgregazione dell'identità stessa, che costituisce il fondamento su cui si basano le altre manifestazioni sintomatiche della condizione. Immaginiamo che la mente di una persona diventi un palcoscenico su cui si alternano diversi attori, ognuno con il proprio copione e il proprio ruolo da interpretare: questi "stati di personalità" possono emergere in modo improvviso e incontrollabile, portando a cambiamenti repentini nell'atteggiamento, nelle emozioni e nei comportamenti dell'individuo. La presenza di due o più di questi stati distinti può creare una sensazione di frammentazione e conflitto interiore, poiché ogni "personalità" cerca di imporsi e di prendere il controllo della coscienza e del corpo dell'individuo. Una delle conseguenze più evidenti di questa disgregazione dell'identità è rappresentata dalle amnesie dissociative, episodi in cui la memoria sembra "saltare" o essere oscurata da una sorta di nebbia psicologica: questi vuoti nella memoria possono riguardare eventi significativi della vita dell'individuo, creando una sensazione di confusione e di smarrimento rispetto alla propria storia personale, come se alcuni pezzi del puzzle della propria vita fossero scomparsi, lasciando un'immagine incompleta e distorta della propria identità.

Un'altra dimensione importante del DDI sono certamente le alterazioni nell'eloquio, nell'affettività e nel comportamento: accade infatti che le diverse personalità abbiano accesso a risorse linguistiche e emotive diverse, creando una sorta di "mosaico emotivo" che può confondere e disorientare sia l'individuo stesso che coloro che lo circondano. Queste alterazioni possono essere così pronunciate da rendere difficile per gli altri comprendere e interagire con l'individuo affetto da DDI, portando a un senso di isolamento e alienazione.

Un altro aspetto particolarmente interessante e complesso del DDI è rappresentato dalla percezione distorta del proprio corpo: alcuni individui con questa condizione possono

percepire il proprio corpo in modi diversi da quelli consueti, identificandosi, ad esempio, con il corpo di una persona del sesso opposto o di un'età diversa.

Per ciò che concerne lo sviluppo del DDI, nel corso della vita di una persona che è affetta da tale patologia si possono osservare una serie di manifestazioni cliniche che possono variare in intensità e frequenza, influenzate da una molteplicità di fattori sia interni che esterni. In molti casi, i primi segnali di questa condizione possono emergere già nell'infanzia o nell'adolescenza, periodi critici di sviluppo in cui il cervello è particolarmente vulnerabile agli effetti del trauma e dello stress. Durante questi anni formativi, l'individuo potrebbe mostrare segni di disagio emotivo, difficoltà nel regolare le emozioni e comportamenti disadattivi, segnali precoci della disgregazione dell'identità che caratterizza il DDI. Con il passare del tempo, questi sintomi possono intensificarsi e manifestarsi in modi più evidenti e destabilizzanti. La persona con DDI potrebbe sperimentare episodi ricorrenti di amnesie dissociative, durante i quali perde completamente la consapevolezza di sé o della propria identità. Potrebbero emergere diverse identità o stati di personalità distinti, ciascuno con le proprie caratteristiche, memorie e percezioni del mondo circostante.

Il decorso del DDI può variare considerevolmente da individuo a individuo. Alcuni possono trovare un certo grado di stabilità e funzionamento adeguato con il tempo e il trattamento, mentre altri possono continuare a lottare con i sintomi per gran parte della loro vita. In alcuni casi, il DDI può essere una condizione cronica e invalidante, e richiedendo un trattamento a lungo termine e un sostegno continuo per gestire i sintomi e promuovere il benessere psicologico.

Guardando ai fattori di rischio a livello individuale, l'esposizione a traumi precoci e ripetuti è considerata uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo del DDI. Questi traumi possono assumere molte forme, tra cui abusi fisici, sessuali o emotivi, violenze domestiche, negligenza e separazioni traumatiche dagli affetti primari, che portano il

minore a sviluppare una personalità che, a differenza sua, abbia le risorse per fare fronte ad un trauma che supera la sua capacità di reazione. Altri fattori di rischio individuali possono includere la presenza di disturbi psichiatrici comorbidi, come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), la depressione e i disturbi dell'umore. La presenza di queste condizioni può aumentare la vulnerabilità dell'individuo al DDI e complicare il quadro clinico complessivo, rendendo più difficile la diagnosi e il trattamento della condizione. A livello familiare e relazionale, un ambiente familiare caratterizzato da disfunzione, conflitti interpersonali, mancanza di supporto emotivo e trascuratezza può aumentare il rischio di sviluppare il DDI. I bambini che crescono in contesti familiari disfunzionali possono sperimentare una mancanza di attaccamento sicuro e un sostegno emotivo adeguato, che possono influenzare negativamente lo sviluppo della loro identità e la capacità di gestire lo stress e il trauma.

La considerazione della cultura di appartenenza e del genere riveste un'importanza cruciale nell'analisi e nella comprensione del disturbo dissociativo dell'identità, poiché i sintomi possono manifestarsi e essere interpretati in modi diversi a seconda del contesto culturale e delle aspettative di genere. In merito alla cultura di appartenenza, va sottolineato come i sintomi dissociativi possano essere espressi in modi variegati rispetto alle norme occidentali. Ad esempio, in alcune culture, la possessione spirituale può essere considerata una forma accettabile di espressione del disagio psicologico, mentre in altre potrebbe essere interpretata come segno di malattia mentale. Le credenze culturali e religiose influenzano notevolmente la percezione e l'interpretazione dei sintomi dissociativi, attribuendoli talvolta a influenze spirituali o a punizioni divine anziché a disturbi mentali.

Le conseguenze funzionali del disturbo dissociativo dell'identità (DDI) possono essere profonde e influenzare significativamente la vita quotidiana: gli individui affetti da DDI infatti possono avere difficoltà a mantenere relazioni stabili e soddisfacenti con gli altri a

causa della natura fluttuante della loro identità e dei loro stati di personalità. Le alterazioni dell'affettività, del comportamento e della percezione di sé rendono difficile stabilire e mantenere legami significativi con gli altri, le oscillazioni nell'umore e nei comportamenti confondono e frustrano partner, familiari e amici, i quali possono lottare nel comprendere e gestire la complessità della condizione. Gli individui con questa condizione possono inoltre avere una maggiore vulnerabilità agli eventi stressanti o traumatici, e quindi possibili ricadute sulla stabilità emotiva e sul funzionamento quotidiano: i sintomi dissociativi possono infatti venire scatenati o aggravati da situazioni di stress estremo, portando ad un aumento delle fluttuazioni dell'identità e della coscienza.

Per quanto riguarda le conseguenze in ambito professionale invece, gli individui affetti da questa condizione possono incontrare serie difficoltà nel mantenere un impiego stabile e sostenere una carriera coerente a causa delle fluttuazioni nella loro capacità di concentrazione, memoria e gestione dello stress. I sintomi dissociativi, come le amnesie e le fughe dissociative, possono interferire con le prestazioni lavorative e portare ad errori, assenze prolungate e difficoltà nell'adempimento delle responsabilità lavorative. Questo può portare a un aumento dello stress e della frustrazione sul posto di lavoro, con possibili conseguenze negative sul benessere finanziario e sullo stato occupazionale dell'individuo.

Nella diagnosi differenziale del disturbo dissociativo dell'identità (DDI), è essenziale considerare disturbi dell'umore come la depressione maggiore e il disturbo bipolare, oltre ai disturbi d'ansia come il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e il disturbo da stress post-traumatico (PTSD). I sintomi dissociativi infatti, come sentimenti di estraneità o distacco dalla realtà, possono presentarsi in entrambe le categorie di disturbi, ma è necessario analizzare la presenza di episodi depressivi o maniacali distinti e una storia di sintomi dell'umore persistente per distinguere queste condizioni dal DDI.

Il disturbo borderline di personalità (BPD) ed il disturbo istrionico di personalità (HPD) possono presentare sintomi di instabilità emotiva, comportamenti impulsivi e schemi di relazione distorti, che possono sovrapporsi a quelli del DDI. Tuttavia, è fondamentale considerare la presenza di una percezione distorta della realtà e di sintomi psicotici che potrebbero suggerire la schizofrenia anziché il DDI.

Disturbi del sonno come la narcolessia e il disturbo dissociativo del sonno (DSD), insieme a condizioni neurologiche come l'epilessia e la sindrome di fronte temporale, possono presentare sintomi dissociativi che possono essere confusi con il DDI. Ma ciò che ci permette di fare un distinguo dal DDI è la possibilità di analizzare la presenza di segni e sintomi neurologici specifici, insieme a una storia di disturbi del sonno o neurologici pregressi.

Infine, le influenze culturali e sociali possono giocare un ruolo significativo nella diagnosi differenziale del DDI. Fenomeni culturali come i rituali di possessione e le credenze sugli spiriti possono essere erroneamente interpretati come sintomi dissociativi, ma potrebbero rappresentare pratiche culturali valide all'interno di specifiche comunità.

1.2.2 L'amnesia dissociativa

Nel contesto dei disturbi dissociativi, l'amnesia dissociativa riveste un ruolo significativo e complesso. Identificata come 300.12 (F44.0) nel DSM-5, rappresenta un disturbo psicologico caratterizzato da un'incapacità di ricordare informazioni autobiografiche importanti, spesso legate a esperienze traumatiche o stressogene.

L'amnesia dissociativa può presentarsi in diverse forme: l'amnesia circoscritta si manifesta come l'incapacità di ricordare eventi specifici o periodi di tempo, spesso legati a esperienze traumatiche. Al contrario, l'amnesia selettiva riguarda la capacità di ricordare solo alcune parti di eventi o informazioni autobiografiche. Infine, l'amnesia generalizzata coinvolge la perdita completa della memoria della propria identità e storia

di vita personale.

Nella diagnosi differenziale, è cruciale esaminare attentamente le caratteristiche distintive rispetto ad altre condizioni psicologiche e mediche che possono presentare sintomi simili. Il disturbo dissociativo dell'identità (DDI), ad esempio, si distingue dall'amnesia dissociativa per la presenza di discontinuità pervasive del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, accompagnate da molteplici sintomi dissociativi. Mentre le amnesie dell'amnesia dissociativa tendono a essere relativamente stabili e riguardano principalmente informazioni autobiografiche, nel DDI si osservano frequentemente amnesie per eventi di vita quotidiana, scoperta di oggetti inspiegati e oscillazioni improvvise di abilità e conoscenze. Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), invece, può presentare sintomi di amnesia riguardanti specifici eventi traumatici. Tuttavia, mentre nell'amnesia dissociativa le amnesie sono spesso circoscritte o generalizzate e non necessariamente correlate a un singolo evento traumatico, nel PTSD le amnesie si riferiscono principalmente a esperienze specifiche di trauma. I disturbi neurocognitivi, come il deterioramento cognitivo lieve (MCI) e la demenza, possono causare compromissioni della memoria e delle funzioni cognitive simili all'amnesia dissociativa. Tuttavia, nei disturbi neurocognitivi, i deficit di memoria sono generalmente più ampi, influenzando anche le funzioni cognitive non autobiografiche, e i sintomi di memoria sono spesso progressivi e persistenti nel tempo, mentre nell'amnesia dissociativa tendono a essere reversibili e legati a specifici fattori scatenanti.

1.2.3 Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione

Questo disturbo presenta una vasta gamma di manifestazioni che vanno al di là della semplice percezione di irrealtà. Durante gli episodi di depersonalizzazione, infatti, l'individuo può percepire sé stesso come distaccato dal proprio corpo o dalla propria identità, con una sensazione di estraneità verso i propri pensieri, emozioni o sensazioni

corporee: questo senso di distacco può manifestarsi in vari modi, come sentirsi come un osservatore distante della propria vita o come se il proprio corpo fosse irrilevante o privo di significato. Tale esperienza può essere estremamente angosciante e influenzare negativamente il funzionamento quotidiano dell'individuo. Parallelamente, gli episodi di derealizzazione coinvolgono una percezione distorta dell'ambiente circostante, con una sensazione di irrealtà o distacco rispetto agli oggetti, alle persone o agli eventi: l'ambiente può sembrare sfocato, distorto o privo di vita, causando confusione e disagio nell'individuo e compromettendo la sua capacità di interagire efficacemente con il mondo esterno.

Per soddisfare i criteri diagnostici del DSM-5, è necessario che gli episodi di depersonalizzazione e/o derealizzazione siano caratterizzati da una percezione distorta della realtà o del sé. Questi sintomi possono manifestarsi con una varietà di esperienze sensoriali e percettive alterate, tra cui una sensazione di distacco dal proprio corpo, una percezione distorta dell'ambiente circostante o una sensazione di irrealtà o estraneità verso i propri pensieri, emozioni o sensazioni corporee. È inoltre importante che questi sintomi non siano attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (come droghe o farmaci) o a un'altra condizione medica. Bisogna anche poter escludere la presenza di altri disturbi mentali che potrebbero spiegare meglio i sintomi dell'individuo, come la schizofrenia, il disturbo dissociativo dell'identità o il disturbo da stress post-traumatico. Il disturbo è accompagnato da una serie di sintomi associati e complicanze che possono influenzare ulteriormente la vita quotidiana e la qualità dell'esistenza di chi ne è affetto, comune è la difficoltà nel descrivere in modo accurato le esperienze soggettive.

Gli individui affetti possono trovare difficile comunicare efficacemente le loro sensazioni di irrealtà o distacco agli altri, il che può contribuire al senso di isolamento e incomprensione che spesso caratterizza questa condizione, e possono sperimentare una paura persistente di impazzire o di subire danni irreversibili: questo timore costante e

pervasivo può aumentare l'ansia e l'angoscia dell'individuo, contribuendo ulteriormente al loro disagio emotivo. Altri sintomi associati possono includere un senso alterato del tempo, con alcuni individui che percepiscono il tempo come passare troppo velocemente o troppo lentamente rispetto alla realtà oggettiva. Tale distorsione può influenzare il modo in cui gli individui interpretano e si relazionano agli eventi della loro vita quotidiana, aumentando quindi la sensazione di disorientamento e confusione.

Le possibili complicanze del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possono essere significative e avere un impatto duraturo sulla vita dell'individuo. Tra le complicanze più comuni vi è una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, con molti individui che trovano difficile mantenere relazioni interpersonali soddisfacenti o svolgere con successo le attività quotidiane. Va anche sottolineato come la presenza di sintomi dissociativi possa influenzare negativamente la qualità della vita complessiva dell'individuo.

Stime approssimative suggeriscono che circa la metà degli adulti ha sperimentato almeno un episodio di depersonalizzazione/derealizzazione nel corso della vita. Tuttavia, solo una minoranza di individui sviluppa un disturbo clinico che richiede un trattamento formale e continuativo.

Lo sviluppo del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione è caratterizzato da diversi fattori che influenzano l'età di insorgenza, il decorso e la gravità dei sintomi: alcuni individui possono sperimentare sintomi fin dall'infanzia, mentre altri possono sviluppare il disturbo più tardi nella vita, spesso in risposta a eventi stressanti o traumatici. L'esordio del disturbo può invece variare da improvviso e acuto a graduale e progressivo. Mentre alcuni individui possono sperimentare sintomi episodici che si verificano occasionalmente nel corso della vita, altri possono presentare una forma continuativa del disturbo, con sintomi persistenti e costanti nel tempo.

Le conseguenze funzionali del disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono di

estrema importanza per comprendere l'impatto che questa condizione può avere sulla vita quotidiana e sul benessere complessivo dell'individuo. Uno dei sintomi principali del disturbo è l'ipoemotività, che si manifesta come una diminuzione dell'espressione emotiva e una ridotta capacità di provare e trasmettere emozioni agli altri: questo può rendere difficile per gli individui interagire in modo significativo con gli altri e stabilire relazioni soddisfacenti e appaganti. Inoltre, la depersonalizzazione/derealizzazione può compromettere la capacità dell'individuo di concentrarsi e mantenere l'attenzione su compiti e attività quotidiane: la sensazione di distacco e distorsione rispetto al sé e all'ambiente circostante può rendere difficile per l'individuo concentrarsi sulle proprie attività e compiti, portando a una ridotta produttività e prestazioni inferiori sul lavoro e nelle attività quotidiane. La disconnessione emotiva e la percezione alterata di sé e dell'ambiente circostante influenzano negativamente la capacità di comunicare e condividere le proprie esperienze emotive con gli altri, cosa che può causare isolamento sociale e alienazione, portando a sentimenti di solitudine e disconnessione dagli altri. La sensazione di distacco e distorsione rispetto al Sé può generare una profonda sofferenza emotiva e psicologica, portando a una ridotta qualità della vita e a una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di altri disturbi mentali.

La diagnosi differenziale in questo caso è un processo complesso che richiede una valutazione accurata dei sintomi e delle caratteristiche distintive di altre condizioni mentali simili.

Il disturbo da ansia di malattia si caratterizza per una preoccupazione eccessiva per la propria salute e la convinzione persistente di avere una malattia grave non diagnosticata. Nonostante entrambi i disturbi siano accomunati da sintomi fisici vaghi e una preoccupazione eccessiva per la salute, è fondamentale distinguerli. Nel disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione infatti, i sintomi principali riguardano una percezione alterata di sé stessi o dell'ambiente circostante, mentre nel disturbo da ansia

di malattia la preoccupazione principale è la salute fisica.

Il disturbo depressivo maggiore si caratterizza per una persistente tristezza o perdita di interesse o piacere nelle attività quotidiane. Sebbene sia il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione che il disturbo depressivo maggiore siano accomunati da sintomi di ottundimento emotivo e sensazioni di essere in un sogno, c'è un dettaglio che ci permette di distinguerli. Nel disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, i sintomi principali riguardano una percezione alterata di sé stessi o dell'ambiente circostante, mentre nel disturbo depressivo maggiore i sintomi principali riguardano l'umore depresso e la perdita di interesse o piacere.

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) si caratterizza per ossessioni intrusive e ricorrenti e comportamenti compulsivi ripetitivi. Anche se alcuni individui con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione possono sviluppare preoccupazioni ossessive per la propria esperienza soggettiva o sviluppare rituali per controllare lo stato dei loro sintomi, è importante distinguere tra i due disturbi. Nel disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, i sintomi principali riguardano una percezione alterata di sé stessi o dell'ambiente circostante, mentre nel DOC i sintomi principali riguardano ossessioni e compulsioni specifiche.

Per quanto riguarda gli altri disturbi dissociativi, mentre il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione è caratterizzato da una percezione alterata di sé stessi o dell'ambiente circostante, il disturbo dissociativo dell'identità è caratterizzato dalla presenza di due o più identità distinte o personalità separate. L'amnesia dissociativa è invece caratterizzata da una perdita di memoria significativa per eventi importanti o personali.

È infine importante distinguere il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione dai disturbi indotti da sostanze/farmaci, poiché i sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione associati all'uso di sostanze possono risolversi con

la cessazione dell'uso e non richiedono una diagnosi separata di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione.

1.3 I disturbi dissociativi nel PDM

Nella prima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM), la sezione disturbi dissociativi di identità (P114), divisi in dissociativo dell'identità e dissociativo di personalità multipla, incomincia la propria descrizione con un distinguo “Quello che chiamiamo disturbo dissociativo di personalità è grosso modo ciò che il DSM colloca questa condizione tra le sindromi dissociative (sotto la categoria generale dei Disturbi d'Ansia) anziché nella sezione sui disturbi di personalità, il disturbo dissociativo dell'identità è una sindrome dissociativa.” La personalità dissociativa è quindi tale quando le difese dissociative diventano la risposta abituale e fondamentale allo stress e agli affetti negativi, fissandosi rigidamente alla personalità di un individuo e dominandola. Quando una persona, da piccola, è ripetutamente traumatizzata (cioè abusata a tal punto che l'abuso finisce per essere equiparabile a una tortura) ed ha la capacità costituzionale di sviluppare stati di trance, o cresce in una famiglia in cui la dissociazione è adattiva ed esistono poche opportunità di elaborare verbalmente e per mezzo dei sentimenti le esperienze traumatiche, allora vi sono le basi per un disturbo dissociativo di personalità. Alcuni professionisti adottano un atteggiamento di scetticismo, scoraggiando implicitamente i pazienti dal rivelare i propri sintomi dissociativi, mentre altri possono manifestare un interesse morboso per le manifestazioni drammatiche del disturbo, involontariamente incoraggiando ulteriormente la dissociazione. Di conseguenza, la dissociazione può essere sia repressa sia provocata iatrogenicamente, complicandone la diagnosi ed il trattamento, situazione che viene ancor più peggiorata dalla complessità dei sintomi dissociativi.

Nella seconda edizione del Manuale, il PDM-2, non è stata inserita la personalità

dissociativa: il motivo dietro a questa scelta sta nel fatto che, a parere di uno degli autori, il professor Vittorio Lingiardi, “l’idea che ci sia una personalità dissociativa è controversa, si è scelto di utilizzare le tematiche dissociative non tanto per connotare la personalità ma come elemento difensivo e post-traumatico, complesso o semplice che sia, è tuttavia una delle tematiche che è in discussione per la terza edizione, il PDM-3, dovuta alla scarsità della letteratura ed al fatto che la dissociazione [ed i meccanismi ad essa connessi, nda] risulta più assimilabile ad una risposta difensiva che a una struttura di personalità”

1.3.1 Manifestazioni cliniche

Le manifestazioni cliniche del disturbo dissociativo di personalità possono essere complesse e variegate. Questo disturbo può manifestarsi sia nell'area nevrotica che borderline e può comprendere reazioni dissociative temporanee con caratteristiche psicotiche. I sintomi possono coinvolgere comportamento, affetti, sensazioni corporee, conoscenze e ricordi, con pazienti che possono esprimere una sensazione di estraneità rispetto a parti di sé o alla propria personalità. I pazienti possono sperimentare episodi di amnesia, durante i quali perdono la consapevolezza di parti significative della loro vita o della loro identità: queste amnesie spesso vengono descritte come "perdita del senso del tempo", in cui i pazienti hanno difficoltà a ricordare eventi specifici o periodi temporali della loro vita. Possono inoltre verificarsi alterazioni dello stato di coscienza, durante le quali i pazienti possono percepire sensazioni di estraneità rispetto al proprio corpo o alla propria identità. Un'altra manifestazione clinica comune è la presenza di più identità o stati del sé distinti, ciascuno con le proprie caratteristiche, memorie e modi di percepire e interagire con il mondo circostante. Queste identità, spesso denominate "alters", possono emergere in risposta a situazioni stressanti o traumatiche e possono manifestarsi con comportamenti, voci o gesti distintivi: altri sintomi includono sensazioni di estraneità

rispetto al proprio corpo, percependo parti del corpo come estranee o non appartenenti a sé stessi, e comportamenti impulsivi o autodistruttivi, che possono rappresentare un tentativo inconscio di gestire o mitigare le esperienze traumatiche passate.

1.3.2 L'esperienza soggettiva

L'esperienza soggettiva dei pazienti con disturbo dissociativo di personalità è spesso caratterizzata da confusione, paura e disorientamento. Possono sperimentare una profonda sensazione di disconnessione e alienazione dal proprio sé e dal mondo circostante, con una costante lotta per mantenere un senso di continuità e coerenza dell'identità. Questa esperienza di frammentazione e disintegrazione dell'identità può causare notevole disagio e disfunzione nel funzionamento quotidiano dei pazienti.

1.3.3 L'esperienza clinica

L'esperienza clinica con individui affetti da disturbo dissociativo può generare una serie di sfide e complessità per il terapeuta, specialmente all'inizio del processo diagnostico: in questa fase, il terapeuta può trovarsi di fronte a narrazioni vaghe e frammentate, creando un senso di confusione e impotenza. Come sottolineato da Davies e Frawley (1993), è cruciale comprendere che questi individui possono manifestare una resistenza inconsapevole nel fornire informazioni chiare e coerenti sulla loro storia personale.

Una volta che il paziente rivela la sua storia traumatica, è comune che il terapeuta sperimenti un forte desiderio di offrire aiuto e guarigione. Tuttavia, è importante riconoscere che il processo terapeutico deve progredire con cautela, tenendo sempre presente la profonda vulnerabilità e la paura associata all'abuso passato. È fondamentale evitare tentativi precipitosi di affrontare il trauma attraverso l'emersione di emozioni intense o l'"abreazione" prematura, poiché ciò potrebbe rischiare di sopraffare il paziente e rievocare esperienze traumatiche passate. Il trattamento deve invece progredire ad un

ritmo controllato dal paziente stesso, consentendo una gradazione appropriata nell'esplorazione e nell'integrazione delle esperienze dissociate.

1.3.4 A che livelli di organizzazione compare la dissociazione ?

La dissociazione viene definita nel PDM-2 come un meccanismo primitivo, non strutturale, inequivocabilmente patologico, e viene collocata tra i meccanismi di difesa tipici del livello psicotico, nel quale l'identità non è integrata. La dissociazione permette di eludere una situazione stressante e così il vuoto prende campo. I pazienti con sindrome dissociativa, infatti, funzionano male anche quando si tratta della loro personalità dominante, perché hanno meno risorse psichiche da mettere in gioco nel presente: nel frattempo ci sono dei nuclei incapsulati che risucchiano energie/informazioni e che funzionano al di fuori della consapevolezza. Si tratta dunque di un meccanismo che diventa cronico come il diniego ma, a differenza di quest'ultimo, non è momentaneo.

Se una persona dissocia in età adulta è verosimile che abbia dissociato in passato, vi può essere infatti una certa lassità dell'apparato psichico: questi pazienti sono iper-difesi perché per far fronte al fatto che ogni tanto una parte di loro vuole prendersi dello spazio, e non ne sono consapevoli, mettono in gioco intensi meccanismi di razionalizzazione ed intellettualizzazione. Di solito si tratta di persone che non mostrano un buon funzionamento neppure nella loro personalità dominante, perché il loro spazio psichico è pieno di falle: c'è una quota di energia dell'apparato psichico che è rivolta a tenere inconsapevoli queste istanze rispetto alla rimozione. Persino nella rimozione, infatti, anche se è più evoluta, si tiene nascosta nell'inconscio solo la rappresentazione, mentre la parte più pesante, l'affetto, rimane libero.

Viene da chiedersi quale sia il ruolo di un simile meccanismo di difesa così dispendioso dal punto di vista della energia psichica e si rende necessario fare una precisazione: si può avere dissociazione anche senza personalità dissociate (come nell'amnesia

dissociativa), quindi tale meccanismo può riguardare elementi circoscritti. La dissociazione esclude dalla consapevolezza l'evento traumatico e con esso tutta la relazione oggettuale: il trauma è talmente soverchiante da separare perfino l'identità insieme agli altri elementi connessi all'evento traumatico.

1.4 I disturbi dissociativi nella classificazione ICD-10

Il quadro nosologico delineato nella decima edizione dell'International Classification of Diseases per i disturbi dissociativi offre un'ampia panoramica delle manifestazioni cliniche e dei pattern comportamentali che caratterizzano questa complessa sfera psicopatologica.

Viene innanzitutto evidenziata la fenomenologia dell'amnesia dissociativa (F44.0), caratterizzata dalla perdita della memoria, spesso relativa a eventi traumatici, senza che vi sia una causa organica o un'evidente affaticamento mentale che ne giustifichi la presenza. Questa categoria si distingue dalla fuga dissociativa (F44.1), in cui la perdita mnemonica è accompagnata da un viaggio oltre i confini abituali, apparentemente motivato, e il comportamento del paziente può apparire normale agli osservatori esterni. Ogni sottocategoria è definita da criteri diagnostici specifici, che aiutano gli operatori sanitari a identificare e classificare correttamente i disturbi dissociativi. Ad esempio, per diagnosticare l'amnesia dissociativa, è necessario che la perdita della memoria non sia dovuta a un disturbo mentale organico, e che sia troppo marcata per essere spiegata come comune labilità mnemonica. La fuga dissociativa, invece, richiede la presenza di un viaggio oltre i confini abituali, con un'apparente normalità del comportamento del paziente agli occhi degli osservatori esterni.

Le categorie diagnostiche successive includono lo stupor dissociativo (F44.2), caratterizzato da una marcata diminuzione della reattività agli stimoli esterni, senza evidenza di cause somatiche ma con un contesto psicogeno significativo. Altri disturbi

come le convulsioni dissociative (F44.5) e l'anestesia dissociativa (F44.6) evidenziano ulteriori manifestazioni di disconnessione tra mente e corpo, con sintomi che imitano quelli di patologie neurologiche ma che non possono essere spiegati da lesioni organiche. Infine, le categorie diagnostiche F44.7, F44.8 e F44.9, che includono disturbi dissociativi misti, altri disturbi dissociativi e disturbo dissociativo non specificato, rispecchiano la complessità e la variabilità dei sintomi e dei disturbi che possono manifestarsi all'interno di questa categoria nosologica.

1.5 Le differenze principali tra i sistemi diagnostici

Nel DSM-5, il focus principale è sul Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI), che si distingue dagli altri disturbi dissociativi descritti nell'ICD-10. Mentre l'ICD-10 fornisce una suddivisione dettagliata delle varie manifestazioni cliniche dei disturbi dissociativi, il DSM-5 si concentra principalmente sul DDI come entità distinta, caratterizzata dalla presenza di due o più identità distinte o stati di personalità che controllano il comportamento del soggetto in modo ricorrente. Il PDM, d'altra parte, offre una prospettiva psicodinamica sulla comprensione dei disturbi dissociativi, integrando le dinamiche intrapsichiche e le esperienze infantili nella manifestazione dei sintomi dissociativi. Questo approccio considera le difese e i meccanismi di coping inconsci come fondamentali nella comprensione dei disturbi dissociativi, offrendo una visione più profonda della natura complessa di tali condizioni.

II

METODO

2.1 Introduzione

Oggi, la creazione di manuali che delineano strumenti di trattamento e diagnosi dei disturbi mentali è considerata essenziale per la ricerca sulla validità degli approcci psicoterapeutici. Inoltre, questi manuali sono sempre più rilevanti come strumenti formativi per i futuri terapeuti e fondamentali per dimostrare l'efficacia delle pratiche dei professionisti della salute mentale (Benelli, Paolillo & Ventriglia, 2022). Tuttavia, per alcune prospettive, ottenere manuali che trattano la psicopatologia può essere più complesso. Come illustrato nei capitoli precedenti, i Disturbi Dissociativi sono presenti nei principali manuali diagnostici legati alle prospettive Psicodinamiche (PDM-2) e Cognitivo-Comportamentali (DSM-5). D'altra parte, l'Analisi Transazionale non ha un manuale specifico per il trattamento e la diagnosi dei disturbi dissociativi, nonostante Berne (1961) abbia sottolineato l'importanza di una chiara comprensione della patologia della personalità per un buon lavoro clinico e terapeutico. In linea con queste premesse, questa rassegna sistematica PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) della letteratura intende colmare il deficit esistente nel metodo analitico transazionale relativo ai disturbi dissociativi con l'obiettivo di proporre un manuale di trattamento per il disturbo. Nonostante il valore riconosciuto dei manuali di trattamento, la loro implementazione nella comunità clinica non sempre è uniforme e positiva. Molti professionisti della salute mentale criticano il processo diagnostico, ritenendolo potenzialmente dannoso poiché la diagnosi può essere usata in modo offensivo. Tuttavia, McWilliams (2012) riconosce l'importanza della diagnosi come un linguaggio capace di inquadrare le differenze individuali all'interno di schemi più ampi, fornendo indicazioni utili per il trattamento.

Carroll e Nuro (2002) hanno sintetizzato diverse critiche sollevate dai professionisti

riguardo alla standardizzazione dei trattamenti. Tra queste, spicca la preoccupazione che i manuali possano essere applicabili solo a un gruppo ristretto di pazienti, mettendo l'accento sulla tecnica a discapito della relazione terapeutica e dell'alleanza. Inoltre, i manuali sono visti come strumenti che potrebbero limitare la flessibilità e la creatività del terapeuta.

Gli autori hanno individuato un approccio efficace per incentivare l'adozione dei manuali nella pratica clinica, proponendo di considerare lo sviluppo dei manuali non come un evento isolato, ma come una sequenza progressiva di tre fasi. Nella prima fase, le linee guida suggeriscono di fornire una panoramica del disturbo trattato, includendo una descrizione e giustificazione teorica, gli obiettivi del trattamento e una specifica del tipo di intervento. La fase successiva è centrata su studi clinici controllati per valutare l'efficacia dei trattamenti standardizzati. Infine, l'ultima fase riguarda la valutazione della capacità di trasferire i trattamenti nei contesti reali. La proposta di questo elaborato si concentra sulla prima fase dello sviluppo del manuale, seguendo le linee guida indicate da Carroll e Nuro (2002). Si auspica che questo lavoro possa servire da spunto per future riflessioni sullo stesso tema e, più in generale, per lo sviluppo di manuali analitico-transazionali per i disturbi dissociativi.

2.2 Strategia di ricerca

La presente revisione sistematica della letteratura è stata eseguita seguendo i principi delle linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) della versione più recente del PRISMA Statement 2020 (Page et al., 2021). Come descritto nella sezione Obiettivi, l'obiettivo di questa revisione è raccogliere la letteratura esistente per verificare lo stato dell'arte riguardo ai disturbi dissociativi nell'ambito dell'Analisi Transazionale. Per raggiungere questo obiettivo, è stata effettuata una ricerca bibliografica nel database online GalileoDiscovery utilizzando le parole

chiave: ("Dissociative Disorder") in congiunzione logica ("AND") con ("Transactional Analysis"). Inoltre, è stata condotta una ricerca sulla rivista Transactional Analysis Journal con le parole chiave: ("Dissociative Disorder") in congiunzione logica ("AND") con ("Treatment"). La ricerca bibliografica è stata svolta tra febbraio e luglio 2024, esaminando materiale pubblicato fino a luglio 2024.

2.3 Criteri di esclusione ed inclusione

Nella fase di screening, i titoli e gli abstract degli articoli ottenuti sono stati esaminati, escludendo quelli non pertinenti allo scopo della ricerca, poiché non fornivano informazioni sui disturbi dissociativi o sui tratti dissociativi. Successivamente, i full-text dei record inclusi sono stati recuperati e sottoposti a una seconda ispezione per verificare i criteri di inclusione. Gli articoli selezionati per l'analisi rispettavano i seguenti criteri: trattavano dei disturbi dissociativi; proponevano modalità terapeutiche relative a questi disturbi o tratti dissociativi; individuavano ulteriori adattamenti in cui erano presenti tratti di dissociazione patologica. Inoltre, sono stati presi in considerazione solo articoli pubblicati in inglese. I criteri di esclusione e di inclusione sono riepilogati nella *Tabella Tabella 2.3.1 di Riepilogo dei criteri di inclusione e di esclusione*

CRITERI DI ESCLUSIONE
- Articoli scritti in lingua differente dall'inglese
- Articoli che non trattano della dipendenza patologica
CRITERI DI INCLUSIONE
- Articoli scritti in lingua inglese
- Articoli inerenti ai disturbi dissociativi
- Articoli inerenti ad ulteriori adattamenti di personalità
- Articoli inerenti al trattamento dei disturbi dissociativi

2.4 Processo di estrazione dei dati

Dagli articoli inclusi per la sintesi qualitativa sono state estratte le seguenti informazioni:

- a) Autore/i;
- b) Rivista di pubblicazione;
- c) Anno di pubblicazione;
- d) Risultati principali;

III

RISULTATI

La ricerca bibliografica iniziale ha identificato 0 record nel database GalileoDiscovery e 165 nel Transactional Analysis Journal.

Dalla ricerca sul Transactional Analysis Journal, 159 articoli sono stati esclusi in base al titolo e all'abstract, lasciando 6 articoli da valutare in full-text.

Dopo un'analisi approfondita secondo i criteri di inclusione, gli articoli sono stati considerati idonei e inclusi nella sintesi qualitativa di questa revisione sistematica della letteratura. L'intero processo di ricerca è sintetizzato nel diagramma di flusso PRISMA, illustrato nella figura 3.1, mentre la tabella 3.2 presenta l'elenco completo degli articoli e un riepilogo dei principali risultati.

Figura 3.1 Diagramma di flusso PRISMA

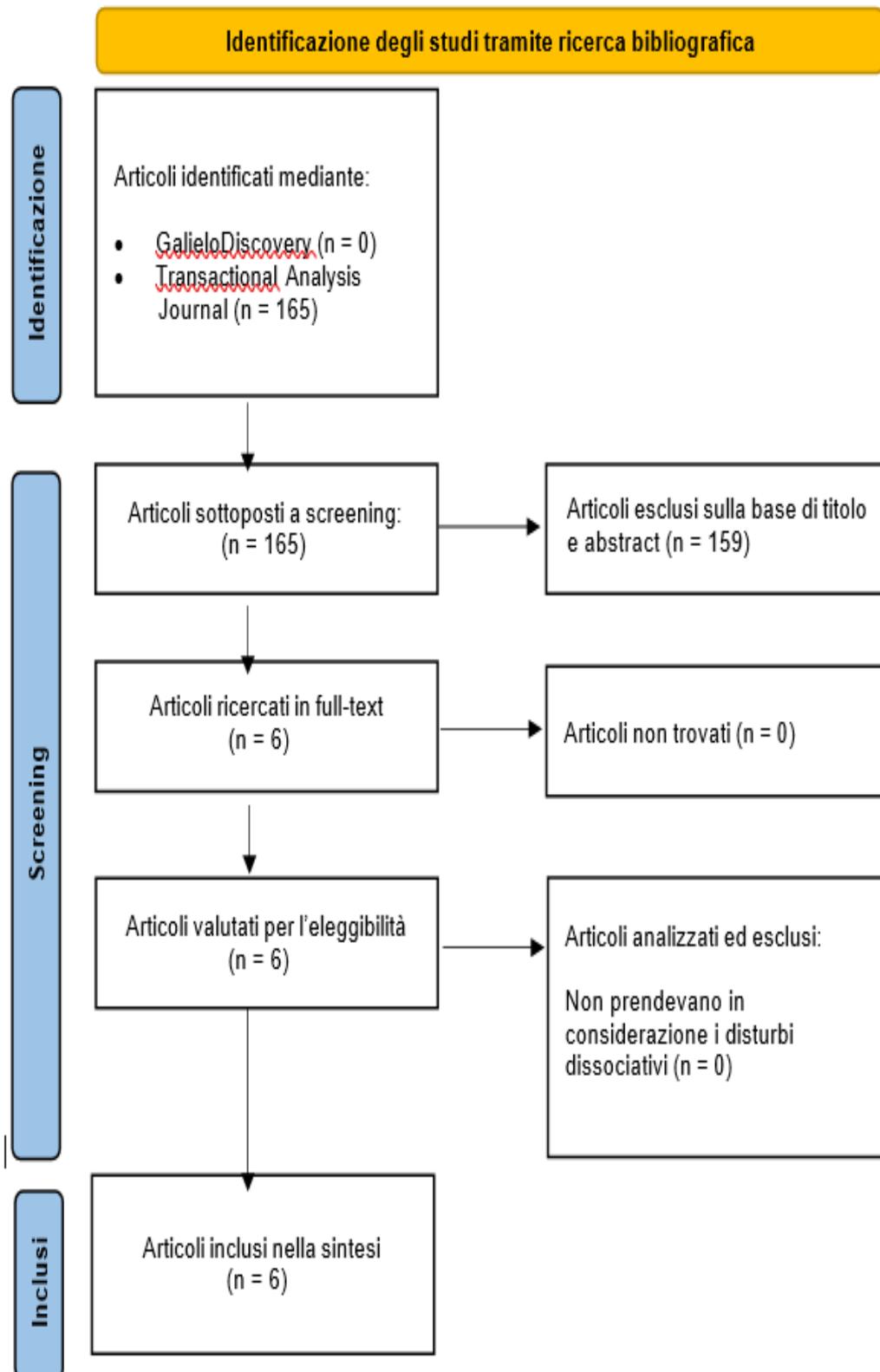


Tabella 3.2 Sintesi dei risultati

Autore	Rivista	Anno	Risultati Principali
Hine J.	Transactional Analysis Journal, Volume 27(3),207-219.	1997	<ul style="list-style-type: none"> - Personalità dissociata con conflitto tra gli Stati dell'Io Genitore e Io Bambino e un Io Adulto sottosviluppato, che porta a un comportamento di ricerca continua di attaccamento. - Contesto familiare coinvolgente e attaccamento eccessivo che si riflettono nelle relazioni adulte di Terry, ostacolando lo sviluppo di un'identità autonoma. - Terapia focalizzata sullo sblocco del processo di separazione-individuazione, portando Terry verso l'emancipazione e l'integrazione del sé dissociato.
Hyams H.	Transactional Analysis Journal, Volume 28(3),	1998	<ul style="list-style-type: none"> - Meccanismo di difesa dissociativo con una frammentazione della coscienza, storicamente riconosciuto e ora integrato nel DSM-IV come Disturbo di Identità Dissociativa (DID). - Manifestazioni della dissociazione attraverso sintomi come amnesia psicogena e derealizzazione, con un focus terapeutico sulla ri-unione delle parti dissociate

	234-243		<p>attraverso tecniche creative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manipolazione culturale che sfrutta la dissociazione, intensificando traumi passati e manipolando il desiderio di una figura genitoriale ideale per mantenere il controllo sui membri.
Novak E.	<p>Transactional Analysis Journal, 43:3, 186-196,</p>	2013	<p>Il trattamento della dissociazione e dei traumi infantili include:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fase di Alleanza: Stabilire un rapporto di fiducia e sicurezza tra terapeuta e paziente per permettere l'esplorazione delle esperienze traumatiche e dissociative. -Fase di Decontaminazione e Deconfusione: Ridurre l'influenza degli stati dell'Io contaminati sull'Adulto e facilitare la comprensione e l'integrazione degli stati dissociati nella personalità del paziente. -Fase di Riapprendimento: Acquisire nuove competenze e comportamenti adattivi, promuovendo resilienza e autoefficacia nella gestione delle situazioni traumatiche e relazionali.

<p>Hudson S.</p>	<p>Transactional Analysis Journal Vol. 30(1)</p>	<p>2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paziente presenta una personalità dissociata caratterizzata da un conflitto tra gli Stati dell'Io Genitore e Bambino, con un Io Adulto sottosviluppato. Questo squilibrio la porta a cercare costantemente attaccamenti emotivi, rendendo difficile per lei operare autonomamente nella realtà attuale. -Le dinamiche familiari della paziente hanno promosso un attaccamento eccessivo, che si riflette nelle sue relazioni adulte. Questo ha ostacolato lo sviluppo di un'identità autonoma e ha rafforzato la frammentazione del sé. - La terapia si è concentrata sul facilitare il processo di separazione-individuazione, aiutando la paziente a emanciparsi dalle dinamiche disfunzionali e a integrare le sue varie identità dissociate in un sé coeso e adattivo.
<p>Atta Korol J.</p>	<p>Transactional Analysis Journal, 28:2, 111-120,</p>	<p>1998</p>	<p>-I clienti che dissociano hanno difficoltà significative nel creare un contatto sia interno (tra parti del sé) che esterno (con altre persone), dovute a esperienze precedenti di confusione e isolamento. La dissociazione è una difesa psicologica per gestire traumi passati, che frammenta la personalità e rende difficile il contatto genuino.</p>

			<p>-La dissociazione emerge come risposta a gravi violazioni dei confini personali, spesso legate ad abusi infantili. Questo processo divide il sé in diverse identità o stati dell'Io, ognuno dei quali mantiene memorie e sensazioni separate, impedendo un'integrazione coesa del sé.</p> <p>-La terapia si concentra sull'aiutare i clienti a riconoscere e accettare le parti dissociate del sé, facilitando il contatto sia interno che esterno. Questo processo richiede un'integrazione delle diverse identità frammentate, permettendo al cliente di sviluppare un senso di sé più integrato e di stabilire confini sani nelle relazioni interpersonali.</p>
Erskine R. G.	<p>Transactional Analysis Journal, 38:2, 128-138,</p>	2008	<p>- L'esperienza inconscia non è il risultato della repressione sola, secondo il modello freudiano, ma è costruita da forme di memoria presimboliche, subsimboliche, implicite e procedurali. Queste sono formate non solo dai traumi, ma anche da processi sviluppati a livello neurologico e sviluppativo che hanno effetti di lunga durata sulla motivazione e il comportamento</p> <p>-La psicoterapia descrittiva lavora per portare in superficie consapevolezza delle esperienze inconscie sotto forma di tensioni fisiologiche, affetti non differenziati o</p>

			<p>modi di relazione non riflessi. Con l'uso di una combinazione di sintonizzazione affettiva e indagine fenomenologica, il terapeuta lavora per dare forma a queste memorie implicite</p> <p>- Casi clinici che illustrano come esperienze traumatiche o mai verbalizzate possano rimanere inconse e come un approccio terapeutico relazionale possa aiutare i pazienti a sviluppare una consapevolezza di sé più integrata, migliorando così le loro capacità relazionali e di autoregolazione.</p>
--	--	--	---

IV

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

4.1 Introduzione

Il presente lavoro si è proposto di esaminare lo stato dell'arte riguardante i disturbi dissociativi nell'ambito dell'Analisi Transazionale, con l'obiettivo di raccogliere e organizzare le conoscenze scientifiche attuali al fine di elaborare una proposta di manuale di trattamento specifico per tale disturbo.

La ricerca bibliografica condotta ha messo in luce uno scenario caratterizzato da una relativa scarsità di letteratura sul tema. Tuttavia, dall'analisi degli articoli selezionati, è emersa la presenza di caratteristiche tipicamente associate ai disturbi dissociativi, così come descritto in altri approcci, anche all'interno dell'Analisi Transazionale.

Partendo da questa constatazione, il lavoro ha quindi mirato a individuare e approfondire gli elementi utili alla trattazione dei disturbi dissociativi in Analisi Transazionale, attingendo dalle informazioni ricavate dagli articoli selezionati.

4.2 La diagnosi dei disturbi dissociativi in Analisi Transazionale

4.2.1 Introduzione

L'Analisi Transazionale è un modello teorico sviluppato dallo psichiatra canadese Eric Berne negli anni Cinquanta del Novecento e che ancora oggi viene impiegato, trovando applicazione non soltanto in ambito clinico come approccio psicoterapeutico ma anche in contesti educativi e organizzativi. L'Analisi Transazionale offre una teoria sullo sviluppo della personalità, sulla psicopatologia, sulla comunicazione interpersonale, e una metodologia clinica che si propone di intervenire sia a livello intrapsichico che interpersonale. L'aggettivo "transazionale" deriva da un costrutto chiave dell'Analisi Transazionale, che approfondirò più avanti, ossia quello di "transazione", che fa riferimento agli scambi comunicativi quotidiani delle persone. L'importanza

di tale concetto deriva dalla convinzione di Berne che tali scambi influenzino significativamente il modo in cui il soggetto si sente e si comporta.

4.2.2 Sviluppo dell'Analisi Transazionale

Il modello dell'Analisi Transazionale si origina dalla teoria psicoanalitica freudiana ortodossa, coerentemente con la formazione di Berne, per poi discostarsi successivamente su alcune questioni teoriche e di setting. Possiamo suddividere lo sviluppo dell'Analisi Transazionale in tre fasi, come riporta Michele Novellino:

- Prima fase (1958-1962): in questi anni Berne produce la teoria degli Stati dell'Io, basata sulle proprie osservazioni cliniche, sulla teoria della psicologia dell'Io e sugli studi di Penfield.
- Seconda fase (1962-1966): in questa fase Berne si interessa alla cibernetica e sviluppa la sua teoria sulla comunicazione e il concetto di “giochi psicologici”.
- Terza fase (1966-1970): dallo studio del piano globale di comportamento dell'individuo, Berne arriverà a formulare la teoria del Copione psicologico.

Con la morte del caposcuola, alcune questioni teoriche rimarranno inconcluse, ma il progetto berniano verrà continuato, approdando a un'integrazione tra diverse tecniche e teorie. Oggi l'Analisi Transazionale coniuga l'analisi psicoanalitica con il comportamentismo e il cognitivismo, abbracciando valori umanistico-esistenziali, e integra al suo interno la teoria della Gestalt, la teoria delle regolazioni oggettuali, bioenergetica, ipnosi, programmazione neurolinguistica, nonché le recenti acquisizioni delle Neuroscienze. Un tale ampliamento dei suoi confini teorici ha influenzato, nel bene e nel male, la collocazione dell'analisi transazionale nell'attuale panorama delle psicoterapie (Novellino,). Infatti, alcuni autori hanno rimproverato all'A.T. una presunta incertezza epistemologica, mentre i suoi estimatori ne hanno riconosciuto la flessibilità e le potenzialità di espansione.

4.2.3 Teoria degli Stati dell'Io: un modello di personalità e di comprensione della psicopatologia

La teoria degli Stati dell'Io è una teoria del funzionamento psichico, un modello tripartito della personalità. Berne definisce uno Stato dell'Io come “uno schema uniforme di sensazione e di esperienza direttamente collegato a un corrispondente schema uniforme di comportamento.”. Uno Stato dell'Io, dunque, designa una modalità coerente con cui il soggetto pensa, sente e agisce. Ne deriva che tali realtà comportamentali e di pensiero siano osservabili e, secondo Berne, possono essere descritte come organizzazioni di personalità ben definite. La teoria, riprendendo l'orientamento fenomenologico che P. Federn e E. Weiss avevano innestato sul tronco della psicoanalisi freudiana, opera una traduzione delle tre istanze freudiane (Es, Io e Super Io) sul piano fenomenologico. Vengono individuati, dunque, tre Stati, ciascuno caratterizzato da specifiche proprietà che li rendono riconoscibili in sé stessi e negli altri.

- Stato dell'Io Genitore (esteropsiche): è l'insieme di sentimenti, pensieri e modelli di comportamento acquisiti nelle interazioni con le figure di accudimento significative (come i genitori) durante l'età evolutiva. Quando la persona reale si trova in questo Stato dell'Io, può sentirsi e comportarsi come un Genitore Normativo o Affettivo, manifestando, rispettivamente un atteggiamento direttivo (in maniera adeguata o ipercritica) o permissivo (in maniera accudente o iperprotettiva).
- Stato dell'Io Adulto (neopsiche): rappresenta lo sviluppo delle facoltà mentali che portano l'individuo progressivamente a sviluppare una capacità di analisi e di contatto con il qui-e-ora. Quando la persona reale si trova in questo Stato dell'Io, presenta sentimenti, pensieri e modelli di comportamento che risultano appropriati alla situazione reale nel momento presente. Essendo basato su un pensiero di tipo intuitivo e logico, lo Stato dell'Io Adulto risulta cruciale per una gestione efficace delle situazioni da parte del soggetto.
- Stato dell'Io Bambino (archeopsiche): costituisce l'insieme delle esperienze significative che il Bambino reale ha vissuto nelle sue interazioni con le figure genitoriali, per come esse

sono state fissate cognitivamente ed emotivamente. Quando la persona reale si trova in questo stato, possiamo notare il riaffiorare di sentimenti e comportamenti simili a quelli sperimentati dal soggetto durante la sua infanzia. L'Io Bambino può manifestarsi come un Bambino Libero (noncurante della reazione del genitore) o come un Bambino Adattato (nel tentativo di compiacere il genitore).

Gli Stati dell'Io sono reattivi alle diverse situazioni sociali, secondo un principio di adattabilità. Ciò vuol dire che le persone si sposteranno nei diversi Stati dell'Io a seconda dei contesti, degli eventi e degli altri con cui interagiscono. Nella comprensione dell'evoluzione dell'organizzazione egoica, Berne propone una motivazione umana principale che si discosta profondamente dalla teoria psicoanalitica freudiana (dominata dalle pulsioni sessuali e aggressive) e si avvicina alla teoria dell'Attaccamento di Bowlby: il bisogno primario e innato a ricevere degli stimoli dall'ambiente. Berne nomina questa motivazione "fame di riconoscimento" e ne sottolinea l'influenza nelle interazioni Bambino-Genitore. Possiamo inoltre notare come gli Stati dell'Io si collochino a livello intrapsichico: gli scambi comunicativi Bambino-Genitore si sedimentano a tale livello, portando alla costruzione di "depositi" intrapsichici che ripetono a livello di dialogo interno e di comportamento interpersonale le transazioni stesse (Novellino,).

La teoria degli Stati dell'Io è fondamentale per comprendere come viene intesa la "psicopatologia" all'interno del paradigma AT: il soggetto mette ripetutamente ed automaticamente in atto determinate strategie disfunzionali apprese nell'infanzia, con esiti autolesivi e/o dolorosi. Riprenderò successivamente la teoria degli Stati dell'Io in relazione al cambiamento in analisi transazionale

4.2.4 Teoria sulla comunicazione: Transazioni e Giochi

La teoria della comunicazione di Berne è fondamentale per comprendere le modalità con cui gli Stati dell'Io si relazionano con il mondo esterno, ossia come il soggetto comunica con gli altri o con se stesso. Tale teoria deve molto alla cibernetica, in particolare agli studi di Weiner e Korzysky

sulla comunicazione latente e manifesta. Berne formula il concetto di “Transazione”, che può essere definito come l’unità di comunicazione tra due persone, includendo interazioni verbali e non verbali. Le Transazioni si collocano, dunque, a livello interpersonale. Analizzando gli Stati dell’Io coinvolti nelle Transazioni riusciamo a inferire il modo in cui il soggetto sta cercando di soddisfare la “fame di riconoscimento”. Tale comprensione è importante per il clinico, poiché il modo in cui il soggetto comunica influisce sulle sue relazioni interpersonali, sul suo stato emotivo e sul suo benessere. Berne distingue diversi tipi di transazione:

- Le Transazioni Complementari (o Semplici) avvengono tra solo due stati dell’Io, presentano una congruenza tra livello verbale e non verbale del messaggio e il loro esito dipende dalla regola di comunicazione.
- Le Transazioni Incrociate sono caratterizzate da una risposta allo stimolo proveniente da uno stato dell’Io diverso da quello stimolato dal messaggio: la comunicazione subisce una frattura, causando incomprensioni o, talvolta, conflitti.
- Le Transazioni Ulteriori contengono un duplice messaggio: uno sociale (esplicito) e uno psicologico (il reale messaggio, che però viene nascosto e affidato al non verbale o all’intonazione).

Nella teoria della comunicazione rientra anche il concetto di Gioco. I Giochi fanno parte di quelle interazioni che avvengono tra gli Stati dell’Io tra i partecipanti di una conversazione, con particolari caratteristiche: presentano un alto contenuto emotivo, sono altamente prevedibili in quanto si svolgono secondo uno schema fisso, e terminano in modo sgradevole per entrambi i partecipanti (ad esempio con litigi, incomprensioni durevoli e altre sofferenze).

Tali processi interpersonali indicano le modalità di relazione che gli individui mettono in atto tra di loro e definiscono al contempo le regole che influenzano la comunicazione. Attraverso la loro osservazione è possibile cogliere nel qui-e-ora quegli stili infantili che si ripetono: i modelli passati di relazione interpersonale influenzano quelli presenti. Tuttavia, come scrive Novellino (.), queste influenze non sono monodirezionali e immutabili ma sono caratterizzate da un dinamismo

reciproco. Ciò significa che i modi transazionali del qui-e-ora (influenzati dal passato) portano ad una continua elaborazione dei primi. Questo concetto risulta fondamentale per il metodo clinico in Analisi Transazionale e l'analisi del cambiamento.

4.2.5 La teoria del Copione Psicologico

Il concetto di Copione Psicologico in Analisi Transazionale consiste nella ripetizione nel qui-e-ora di vissuti infantili (transazioni Bambino-Genitore), in cui l'individuo riproduce quegli stati cognitivi ed emotivi che in passato si sono rivelati protettivi per i propri bisogni infantili. Oggi potremmo dire che il nucleo originale del Copione è la memoria implicita corporea delle prime esperienze di attaccamento vissute nella relazione con le figure di accudimento. L'analogia con il teatro appare evidente: "Un tentativo di ripetere un intero dramma transferale, spesso suddiviso in atti, esattamente come i copioni teatrali". Il Copione Psicologico, assieme agli Stati dell'Io, si colloca su un livello intrapsichico, completando la teoria della personalità in Analisi Transazionale. Entrambi possono essere analizzati sia induttivamente che deduttivamente, consentendo al clinico di delineare la storia presente e passata del soggetto.

4.2.6 Obiettivi dell'A.T e trattamento

Per quanto concerne gli obiettivi dell'Analisi Transazionale nella clinica, si rifiuta la concezione strettamente medica della "guarigione". Come precedentemente menzionato, la sofferenza del paziente è profondamente connessa alla ripetizione automatica del suo Copione Psicologico. Il problema presentato dal paziente, dunque, viene configurato più come un blocco di crescita per il proprio potenziale. Ciò si fonda sul principio filosofico di "Okness", secondo il quale ogni essere umano abbia un nucleo di fondo degno di essere amato e desideroso di auto-realizzazione, a prescindere dai suoi comportamenti e dalle sue scelte di vita. Ne consegue che il paziente sia un soggetto dotato di valore e dignità. L'obiettivo primario secondo l'analisi Transazionale è il raggiungimento del "pieno potenziale", che consiste nel modificare le modalità con cui la persona

affronta il quotidiano per adottarne altre più appropriate. Per esprimere questo concetto attraverso il linguaggio dell'analisi Transazionale, si introduce il concetto di "destino individuale" teorizzato da Berne. Esso è concepito come l'effetto dinamico di due posizioni psicologiche: quella del Copione Psicologica e quella dell'Autonomia. Quest'ultima viene raggiunta quando l'individuo riesce ad effettuare scelte più adattive e realistiche, mostrando una prevalenza di Stati dell'Io attuali. L'obiettivo dell'analisi Transazionale prevede quindi l'uscita dal proprio Copione e il raggiungimento dell'Autonomia, che a sua volta si compone di tre elementi: la capacità di essere in contatto con il presente (consapevolezza), la capacità di utilizzare liberamente tutti e tre gli Stati dell'Io per affrontare la vita quotidiana (spontaneità) e la capacità di creare legami dando e ricevendo affetto (intimità). L'Analisi Transazionale dunque considera l'autenticità della persona come un valore fondamentale. La relazione non è orientata ad uno "scavo archeologico", nonostante l'attenzione verso le interazioni infantili, ma è orientata alla reintegrazione degli Stati dell'Io.

Berne ha definito l'Analisi Transazionale come una "Psicoterapia bilaterale contrattuale". La terapia, infatti, prevede la definizione di un Contratto sulle finalità all'inizio della terapia, in cui terapeuta e paziente concordano quali cambiamenti vengano prefissati e in quali modalità possano essere raggiunti. Novellino (2004) suggerisce una duplice interpretazione del contratto: sia in quanto "contenuto" (ossia l'accordo tra paziente e terapeuta), sia in quanto "processo" (ossia l'impegno a riconsiderare e monitorare lo stato della terapia per tutta la sua durata). Secondo gli Holloway (1986) la responsabilità affidata al paziente nello stabilire l'obiettivo della terapia sia nel raggiungerlo, scongiura l'instaurarsi di uno stato di dipendenza che tenderebbe a prolungare il percorso o a precluderne l'esito stesso. Le precedenti considerazioni delineano un modello di psicoterapia che riconosce la centralità del paziente nel processo di cura: il terapeuta non è più il custode, bensì un uguale e mutuo partecipante del processo di cambiamento. È infatti l'alleanza tra gli Stati dell'Io Adulti del paziente e del terapeuta che conduce il primo a prendersi la responsabilità di favorire quei processi di cambiamento al fine di raggiungere gli obiettivi

concordati con il terapeuta. Si afferma dunque un principio di Decisionalità, secondo il quale ogni persona decide rispetto alla propria vita, fin dall'infanzia, al di là delle profonde influenze delle figure significative. In conclusione, il paziente ha il compito di riferire quanto ritiene importante per la terapia, mentre il terapeuta ha il compito di aiutare il paziente a raggiungere una maggior comprensione di sé, in particolare del suo modo di reagire alle diverse situazioni.

4.3 La dissociazione in Analisi Transazionale

Nel contesto dell'Analisi Transazionale, la dissociazione riveste un'importanza fondamentale nel delineare le sfumature dell'esperienza umana e delle dinamiche relazionali. Il concetto di dissociazione si articola intorno alla distruzione del proprio senso di continuità nelle aree dell'identità, della memoria, della coscienza o della percezione

4.3.1 La definizione di dissociazione nell'Analisi Transazionale

Attraverso la prospettiva dell'Analisi Transazionale, intendiamo esplorare la dissociazione come una mancanza di comunicazione tra gli stati dell'Io di chi dissocia e quelli dell'Altro, caratterizzata da un passaggio repentino e imprevedibile da uno stato dell'Io all'altro. In altre parole, ci focalizziamo sull'interazione complessa tra i differenti aspetti della personalità e sulla disconnessione che può insorgere tra di essi.

4.3.2 La prospettiva strutturale e relazionale nella dissociazione

L'Analisi Transazionale, nella sua fusione tra teoria strutturale e approcci relazionali contemporanei, offre un quadro esaustivo per trattare i casi di dissociazione derivanti da traumi infantili. Le teorie strutturali si concentrano sull'organizzazione interna del cliente, lavorando con stati dell'Io o stati del Sé dissociati, al fine di aumentarne la consapevolezza e integrare questi stati nella personalità complessiva. Gli approcci relazionali, invece, enfatizzano l'interazione

terapeutica e la dinamica di potere abusivo appresa, promuovendo l'esplorazione e l'inchiesta come strumenti fondamentali per il trattamento efficace dei disturbi dissociativi. L'idea centrale è che la relazione terapeutica stessa può essere un potente strumento di cambiamento, promuovendo la guarigione attraverso un processo interattivo e collaborativo. Mentre la teoria strutturale si focalizza sulla rottura della continuità nei sistemi psicobiologici durante e dopo il trauma, l'approccio relazionale lavora sulle dinamiche interpersonali e sull'esperienza emotiva del paziente. Questa combinazione consente di affrontare sia gli aspetti intrapsichici sia quelli interpersonali dei disturbi dissociativi. La teoria strutturale della dissociazione, come proposta da Nijenhuis e van der Hart, si concentra sulla rottura della continuità nei sistemi psicobiologici durante e dopo il trauma. Secondo questa prospettiva, le parti dissociative non sono entità separate, ma manifestazioni di rotture nella coerenza e nella coesione di una singola personalità nel tempo e nei contesti. Questa visione permette di comprendere come il trauma possa frammentare l'identità e come tali frammentazioni possano essere affrontate terapeuticamente. Gli approcci relazionali enfatizzano il lavoro all'interno dell'analisi transazionale per espandersi nelle aree relazionali contemporanee. L'integrazione degli approcci relazionali continua a ricevere attenzione nel lavoro con trauma e dissociazione, poiché permette di esplorare e integrare le capacità dei diversi stati dell'Io all'interno del cliente. Questi approcci offrono strumenti per lavorare direttamente con le dinamiche relazionali e interpersonali che emergono in terapia, promuovendo una guarigione integrata e comprensiva. Come vedremo poi nel capitolo 3, Novak, sulla base di questi presupposti, provò a proporre un'integrazione delle teorie strutturali e relazionali per fornire un trattamento più completo per i disturbi dissociativi e i traumi (Edward T. Novak (2013) Combining Traditional Ego State Theory and Relational Approaches to Transactional Analysis in Working with Trauma and Dissociation, Transactional Analysis Journal, 43:3, 186-196.)

4.3.3 Gli stati dell'Io ed il loro ruolo nei processi dissociativi.

A questo punto viene da chiedersi quale visuale dei disturbi dissociativi ci restituisca la lente

dell'Analisi Transazionale. Per dare una risposta è anzitutto necessario partire dagli stati dell'Io

- Stato dell'Io Genitore: Nei processi dissociativi, il genitore interno può assumere forme estreme o distorte, che influenzano profondamente il modo in cui un individuo percepisce sé stesso e gli altri, oltre ai comportamenti che adotta nei confronti di sé e degli altri. In alcuni casi, il genitore interno può manifestarsi in modo critico e punitivo: questo si riflette in un dialogo interiore severo e giudicante, dove l'individuo si rimprovera costantemente per i propri errori o fallimenti. C'è la possibilità di riprodurre messaggi negativi o dannosi ricevuti durante l'infanzia, come critiche costanti o punizioni ingiuste, creando un'autovalutazione distorta e una bassa autostima. Nei casi più gravi, questo genitore critico può portare a sentimenti di vergogna, colpa e auto-accusa e può contribuire allo sviluppo di disturbi dell'umore come la depressione. D'altro canto, il genitore interno può anche manifestarsi in modo iperprotettivo e soffocante. In questo caso, l'individuo può sperimentare un'eccessiva preoccupazione per la propria sicurezza o per quella degli altri, sviluppando comportamenti di controllo o evitamento per evitare situazioni percepite come pericolose o minacciose. Questo genitore iperprotettivo può derivare da esperienze di abbandono, trascuratezza o trauma durante l'infanzia, dove l'individuo ha imparato a dipendere eccessivamente dagli altri per il proprio benessere emotivo e fisico. Entrambe queste manifestazioni estreme del genitore interno possono contribuire ai processi dissociativi, in quanto creano un divario tra la percezione reale di sé e la percezione distorta influenzata dal genitore interno. Questa discrepanza può portare a una disconnessione dalla realtà e ad una mancanza di coerenza nella percezione di sé e degli altri. Questi modelli disfunzionali di genitore interno inoltre possono influenzare le relazioni interpersonali, portando a dinamiche conflittuali o alla ricreazione di modelli relazionali dannosi.
- Stato dell'Io Adulto: Nel contesto dei processi dissociativi, lo stato dell'Adulto, che rappresenta la parte razionale e obiettiva dell'individuo, svolge un ruolo cruciale nel mantenere un senso di coerenza e stabilità nella percezione di sé e del mondo circostante.

Tuttavia, nei disturbi dissociativi, questo stato dell'io può risultare compromesso, influenzando negativamente la capacità dell'individuo di elaborare in modo razionale le esperienze e le situazioni. Una delle caratteristiche principali dello stato dell'Adulto è la sua capacità di valutare obiettivamente le situazioni, prendere decisioni e risolvere problemi in modo logico. Questo processo si basa sull'analisi delle informazioni disponibili, sull'esame delle esperienze passate e sull'assunzione di prospettive diverse per arrivare a conclusioni informate. Tuttavia, nei disturbi dissociativi, questa capacità può essere compromessa a causa di una varietà di fattori, tra cui traumi passati, stress cronico o un ambiente familiare disfunzionale. Il compromesso dello stato dell'Adulto può manifestarsi in diversi modi. Ad esempio, l'individuo potrebbe avere difficoltà a distinguere tra eventi passati e presenti, confondendo le esperienze traumatiche con la realtà attuale. Questo può portare a episodi di dissociazione, in cui l'individuo si sente distaccato dalla propria esperienza o percezione del tempo. Inoltre, l'incapacità di elaborare in modo razionale le esperienze può portare a una sensazione di confusione e disorientamento, aumentando il rischio di comportamenti impulsivi o autodistruttivi. Altre manifestazioni del compromesso dello stato dell'Adulto possono includere una tendenza a minimizzare o negare i problemi, evitando di affrontare le sfide o le responsabilità della vita quotidiana. Ciò può portare a una mancanza di adattamento e di funzionamento sociale, lavorativo o familiare. Inoltre, l'individuo potrebbe avere difficoltà a pianificare e prendere decisioni a lungo termine, poiché la capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni può essere compromessa.

- Stato dell'Io Bambino: Nel contesto dei processi dissociativi, lo stato del Bambino rappresenta una parte fondamentale dell'individuo, riflettendo gli impulsi emotivi, le esigenze e le esperienze infantili che hanno plasmato la sua personalità. Questo stato dell'io si manifesta in due forme principali: il Bambino adattato, che come detto prima è quello che cerca di soddisfare le aspettative degli altri e di conformarsi alle norme sociali, ed il Bambino libero, che esprime emozioni autentiche e bisogni personali senza restrizioni. Questo aspetto

del Bambino interno è più vicino alla sua natura autentica e spontanea, riflettendo le esigenze emotive e fisiche che l'individuo ha sperimentato durante l'infanzia. Se vengono coinvolti dei processi dissociativi, questo aspetto del Bambino interno può essere soppresso o distorto a causa di traumi o esperienze negative che hanno portato l'individuo a reprimere le proprie espressioni emotive.

Nei disturbi dissociativi, infatti, il Bambino interno può essere particolarmente vulnerabile e suscettibile alle influenze esterne. Le esperienze di abuso, trascuratezza o trauma durante l'infanzia possono aver lasciato cicatrici profonde nel Bambino interno, influenzando il modo in cui l'individuo percepisce sé stesso e il mondo circostante. Questo può manifestarsi attraverso comportamenti immaturi, reazioni emotive intense o ricordi traumatici repressi, che possono contribuire alla frammentazione dell'identità e alla disconnessione dalla realtà.

Il Bambino interno può essere attivato da situazioni o stimoli che ricordano esperienze traumatiche o dolorose dell'infanzia, i quali possono essere esterni, come eventi o persone che richiamano ricordi traumatici, o interni, come pensieri o emozioni che evocano sensazioni di paura, tristezza o dolore. Nei casi più gravi, questo può portare a episodi di dissociazione, in cui l'individuo si sente distaccato dalla propria esperienza o percezione del tempo.

Nel disturbo dissociativo dell'identità (DDI), questi stati dell'io possono diventare separati e disconnessi l'uno dall'altro, dando luogo a una frammentazione dell'identità e a una perdita di coesione interna. Questa divisione può essere il risultato di esperienze traumatiche o di un ambiente familiare disfunzionale, dove i diversi stati dell'io non sono stati integrati in modo sano. La terapia per i disturbi dissociativi in questo caso mira a integrare questi diversi stati dell'io, facilitando una maggiore consapevolezza e un senso di unità e continuità nella personalità dell'individuo.

4.3.4 Le transazioni: l'importanza nel contesto dei disturbi dissociativi.

Nell'analisi transazionale (AT), le transazioni rappresentano gli scambi di comunicazione e interazione tra individui. Questa teoria si concentra sullo studio delle dinamiche relazionali e dei

modelli di comportamento che si manifestano durante queste interazioni. Nei disturbi dissociativi, le transazioni possono essere influenzate e compromesse da una varietà di fattori legati alla frammentazione dell'identità e alla disconnessione emotiva che caratterizzano tali condizioni.

Le transazioni, a causa della dissociazione, possono essere: disfunzionali, a causa della disintegrazione dell'identità e della coerenza interna dell'individuo, conflittuali, a causa della presenza di parti separate o dissociate della personalità che entrano in conflitto tra loro durante le interazioni, ed evitative, venendo utilizzate come meccanismo di difesa per evitare o negare esperienze emotivamente intense o dolorose. L'individuo potrebbe infatti cercare di evitare situazioni o conversazioni che richiamano ricordi traumatici o conflitti interni, cercando rifugio in stati di distacco o dissociativi. Questo può portare a una mancanza di autenticità nelle interazioni sociali e a una difficoltà nel mantenere relazioni significative e appaganti.

4.3.5 I copioni: come possono essere influenzati nei disturbi dissociativi ?

Nei disturbi dissociativi, i copioni possono essere fortemente influenzati dalla frammentazione dell'identità e dalla disconnessione emotiva che caratterizzano tali condizioni. Questo può portare a una varietà di manifestazioni disfunzionali dei copioni, che influenzano negativamente il modo in cui l'individuo si rapporta agli altri e interpreta le situazioni, i quali possono risultare:

- **Rigidi e stereotipati:** che limitano la sua flessibilità e adattabilità durante le interazioni sociali. Questi copioni possono essere il risultato di esperienze traumatiche o di un ambiente familiare disfunzionale, dove l'individuo ha imparato ad adottare ruoli predefiniti per sopravvivere o per cercare approvazione. Ad esempio, potrebbe manifestarsi un copione di vittimizzazione, in cui l'individuo assume costantemente il ruolo della vittima nelle relazioni interpersonali, impedendo lo sviluppo di relazioni reciproche e significative.
- **Conflittuali:** Questo può portare a una mancanza di coerenza o continuità nelle interazioni sociali, con l'individuo che oscilla tra comportamenti e atteggiamenti contrastanti. Ad esempio, potrebbe manifestarsi un copione di auto-sacrificio, in cui l'individuo cerca

costantemente di soddisfare le esigenze degli altri a scapito dei propri bisogni, ma allo stesso tempo può emergere un copione di auto-protezione, in cui l'individuo cerca di difendere sé stesso da ulteriori danni o abusi.

- **Evitativi o dissociativi:** Questi copioni possono manifestarsi attraverso comportamenti di distacco emotivo, evitamento delle situazioni sociali o negazione dei propri bisogni e desideri. Può per esempio manifestarsi un copione di isolamento, in cui l'individuo evita attivamente il contatto sociale per paura di essere ferito o rifiutato, o un copione di negazione, in cui l'individuo nega o minimizza l'impatto dei traumi passati sulla propria vita e sulle relazioni.

4.3.6 I giochi nella dinamica dei disturbi dissociativi

Nell'ambito dell'Analisi Transazionale (AT), i giochi sono schemi di interazione complessi che coinvolgono due o più persone e che si basano su una serie di transazioni prevedibili e ripetitive. Questi giochi possono essere inconsci e ripetitivi e si basano spesso su esperienze passate, dinamiche familiari e credenze limitanti. Nei disturbi dissociativi, i giochi assumono un ruolo significativo nel perpetuare schemi disfunzionali di interazione e nel contribuire alla frammentazione dell'identità dell'individuo.

- **Ripetizione di schemi familiari:** Nei disturbi dissociativi, i giochi possono riflettere e ripetere dinamiche familiari disfunzionali o traumatiche sperimentate durante l'infanzia. Ad esempio, un individuo potrebbe replicare inconsciamente il ruolo di vittima o aggressore che ha sperimentato in famiglia, perpetuando così schemi relazionali dannosi e contribuendo alla persistenza dei sintomi dissociativi.
- **Cicli di conferma delle convinzioni negative:** Nei giochi, le transazioni ripetitive confermano spesso le convinzioni negative o i copioni disfunzionali dell'individuo. Questo può avvenire attraverso la selezione di partner di gioco che riflettono e rafforzano le convinzioni limitanti dell'individuo, come ad esempio l'idea di non essere amabile o di non essere degno di amore.

- **Compensazione per la mancanza di integrazione dell'identità:** Nei giochi, l'individuo può adottare ruoli e comportamenti diversi che riflettono le diverse parti della sua personalità dissociata. Questi giochi possono essere un modo per compensare la mancanza di integrazione dell'identità e per cercare di stabilire una sorta di coerenza o continuità attraverso i diversi stati dell'io.
- **Meccanismi di difesa:** I giochi possono servire come meccanismi di difesa per l'individuo, consentendo di evitare o negare esperienze emotivamente intense o dolorose. Ad esempio, un individuo potrebbe impegnarsi in giochi di distacco emotivo o di evitamento per proteggersi dalla paura o dal dolore associati ai ricordi traumatici.

Nella terapia per i disturbi dissociativi, l'analisi dei giochi può essere un componente importante del processo di guarigione. L'individuazione e la comprensione dei giochi disfunzionali può aiutare l'individuo a prendere consapevolezza dei modelli dannosi di interazione e a sviluppare strategie per interromperli. Ciò può coinvolgere l'esplorazione delle origini dei giochi nell'infanzia, il riconoscimento dei ruoli che l'individuo assume durante i giochi e l'identificazione delle convinzioni negative che vengono confermate attraverso i giochi. Attraverso la consapevolezza e la comprensione dei giochi, l'individuo può iniziare a sperimentare una maggiore coerenza e integrazione dell'identità e a sviluppare relazioni più sane e soddisfacenti con gli altri.

4.3.7 I disturbi dissociativi nella prospettiva dell'Analisi Transazionale

Sulla base della definizione di dissociazione data nel precedente capitolo, le psicopatologie riportate dai sistemi diagnostici vengono così declinate in Analisi Transazionale:

- **Disturbo dissociativo di identità (DDI):** causato tipicamente da interazioni infantili precoci caratterizzate da abuso, abbandono, soprattutto con le figure adulte significative. La dissociazione che si verifica in questo caso si può interpretare come una significativa disconnessione o mancanza di comunicazione tra gli stati dell'Io di un individuo. In altre parole, gli stati dell'Io non sono in grado di integrarsi o comunicare efficacemente tra loro,

portando a un'esperienza di frammentazione dell'identità. Le transizioni di stato, che dovrebbero essere fluide e integrate, consentendo all'individuo di navigare attraverso le diverse situazioni della vita in modo coerente e adattivo, possono essere interrotte o disturbate. Ad esempio, un individuo potrebbe passare improvvisamente da uno stato dell'Io all'altro in modo imprevedibile e senza consapevolezza, causando un'interruzione nella continuità dell'esperienza personale. Questo può manifestarsi attraverso episodi di amnesia, in cui l'individuo non riesce a ricordare eventi (significativi) della propria vita, o attraverso la percezione di una mancanza di coerenza nell'identità e nella personalità.

- **Amnesia dissociativa:** Dal punto di vista transazionale, l'amnesia dissociativa può essere interpretata come una difesa psicologica che si attiva per proteggere l'individuo da esperienze o informazioni che potrebbero essere percepite come minacciose o traumatiche. L'individuo può quindi dissociarsi da determinati ricordi o esperienze per evitare di affrontare le emozioni dolorose o sconvolgenti associate a esse. Le transizioni di stato nell'AT giocano un ruolo chiave nella comprensione dell'amnesia dissociativa: quando si verifica un evento traumatico o stressante, l'individuo potrebbe passare da uno stato dell'Io all'altro in modo rapido e involontario, senza che vi sia una piena integrazione delle esperienze vissute in ciascuno di essi. Questo può portare a una frammentazione della memoria e a una perdita di continuità nella narrazione della propria storia personale.
- **Disturbo di derealizzazione/depersonalizzazione:** Nel contesto transazionale, gli stati dell'Io dovrebbero integrarsi in modo armonioso per fornire una percezione coesa della realtà e dell'identità personale: in questo disturbo l'integrazione risulta tuttavia compromessa.

4.4 Il trattamento dei disturbi dissociativi in Analisi Transazionale

4.4.1 La formulazione del caso clinico

La formulazione del caso è un'abilità cruciale che prepara il terreno per il piano di trattamento. Quest'ultimo rappresenta un pilastro fondamentale in molteplici approcci terapeutici, spaziando

dalla terapia cognitivo-comportamentale alla psichiatria e al modello operativo medico. La formulazione del caso si configura come un'analisi raffinata, liberata da terminologie tecniche e etichette diagnostiche. Essa raccoglie l'essenza del processo diagnostico, comprendendo le ipotesi sull'eziologia e sulla psicopatogenesi. Il terapeuta elabora con cura questa formulazione, che può essere condivisa con il paziente durante la fase di restituzione. Questo momento delicato offre l'opportunità di comunicare al paziente la nostra comprensione delle radici della sua sofferenza e delle sue manifestazioni attuali. Attraverso le parole del paziente, la formulazione del caso esplora gli eventi della vita attuale che fungono da catalizzatori della sofferenza e ipotizza possibili vie terapeutiche. Una formulazione del caso ben costruita non solo agevola la costruzione di un solido rapporto terapeutico, ma contribuisce anche a definire il contratto terapeutico con il paziente. Durante il colloquio terapeutico, la formulazione del caso evita gli interrogatori diretti, preferendo ampie riflessioni sul contenuto, sull'affettività e sul significato delle informazioni fornite dal paziente. Queste riflessioni vengono sintetizzate in modo chiaro e comprensibile, lasciando spazio al paziente per integrare o modificare gli obiettivi terapeutici proposti. La formulazione del caso può anche essere utilizzata come strumento di presentazione del paziente da parte dei giovani terapeuti ai supervisori, poiché contiene gli elementi essenziali per una comprensione approfondita della sofferenza del paziente. Infine, essa si rivela preziosa anche nel valutare e nel documentare i progressi compiuti dal paziente durante la terapia. Confrontare la formulazione iniziale con lo stato attuale del paziente può stimolarlo ad affrontare obiettivi terapeutici più ambiziosi e a proseguire verso trattamenti a medio e lungo termine.

4.4.2 Piano di trattamento

Il trattamento dei disturbi dissociativi nell'Analisi Transazionale (AT) è un processo articolato in quattro fasi fondamentali: alleanza terapeutica, decontaminazione, deconfusione e riapprendimento. Questo approccio si è dimostrato efficace nel trattare le varie manifestazioni della dissociazione. L'alleanza terapeutica rappresenta la base essenziale del trattamento, creando un rapporto di fiducia

e sicurezza tra terapeuta e paziente: questa relazione di fiducia è cruciale per consentire al paziente di esplorare le proprie esperienze dissociative senza timore di giudizio, facilitando un ambiente sicuro per il lavoro terapeutico. La fase di decontaminazione è orientata a distinguere e separare le esperienze traumatiche passate dalle percezioni e convinzioni attuali del paziente. In questa fase, il terapeuta aiuta il paziente ad identificare e comprendere le influenze distorsive del passato che ancora condizionano il presente, permettendo una progressiva liberazione da credenze irrazionali e reazioni emotive inappropriate. La deconfusione si concentra sull'affrontare e chiarire le dinamiche interne più profonde che contribuiscono alla frammentazione dell'identità e alla dissociazione. Attraverso l'analisi dei copioni di vita e dei messaggi ingiuntivi ricevuti durante l'infanzia, il paziente può ristrutturare la propria percezione di sé e degli altri, facilitando una maggiore coesione interna e reintegrazione delle parti dissociate della personalità. Infine, la fase di riapprendimento è dedicata alla costruzione di nuove competenze e modalità di relazione più sane e funzionali. Il paziente viene supportato nel consolidare le nuove consapevolezze acquisite e nell'adottare comportamenti e atteggiamenti più adattivi. Questo processo è fondamentale per garantire la sostenibilità dei cambiamenti terapeutici e promuovere un funzionamento più armonioso e integrato nella vita quotidiana.

4.4.2.1 L'alleanza

L'alleanza terapeutica in AT è vista come una collaborazione attiva tra terapeuta e paziente, mirata a raggiungere obiettivi condivisi. Secondo Berne, questa alleanza è essenziale per permettere al paziente di esplorare e modificare gli stati dell'Io disfunzionali, i giochi psicologici e gli script limitanti. L'alleanza si basa su tre elementi principali: il contratto terapeutico, la comprensione degli stati dell'Io e l'interruzione dei giochi psicologici e degli script disfunzionali. Il contratto terapeutico è uno degli strumenti distintivi dell'AT: stabilisce obiettivi chiari e accordi reciproci tra terapeuta e paziente, promuovendo un senso di responsabilità e cooperazione. Il contratto non solo delinea i termini del trattamento, ma costruisce anche una base solida per la collaborazione e la fiducia. La comprensione e l'analisi degli stati dell'Io del paziente sono fondamentali per costruire l'alleanza:

gli stati dell'Io – Genitore, Adulto e Bambino – influenzano i pensieri, i sentimenti e i comportamenti del paziente. Il terapeuta deve essere in grado di riconoscere e rispondere adeguatamente a questi stati, facilitando transazioni sane e funzionali.

Parte integrante dell'alleanza terapeutica è anche l'identificazione e l'interruzione dei giochi psicologici e degli script disfunzionali. Questi schemi di comportamento possono ostacolare il progresso terapeutico, e il terapeuta deve essere abile nel riconoscerli e affrontarli in modo costruttivo. Nelle prime fasi del trattamento è quindi essenziale costruire un rapporto di fiducia e sicurezza: il terapeuta deve creare un ambiente terapeutico sicuro utilizzando empatia e comprensione. Successivamente, la negoziazione del contratto terapeutico diventa un passo critico: in questo momento, terapeuta e paziente discutono e concordano su obiettivi specifici e su come lavorare per raggiungerli. Durante tutto il trattamento, è importante monitorare e, se necessario, rivedere il contratto terapeutico e l'alleanza per assicurarsi che rimangano rilevanti e utili per il paziente. Nel trattamento dei disturbi dissociativi, l'alleanza terapeutica assume una rilevanza ancora maggiore: la frammentazione dell'identità e la possibile presenza di stati dell'Io multipli richiedono un livello elevato di fiducia e sicurezza nel rapporto terapeutico. Prima di affrontare direttamente le dinamiche dissociative, è essenziale stabilizzare il paziente: questo include la creazione di un ambiente sicuro e prevedibile, nonché l'instaurazione di routine terapeutiche, tale stabilizzazione permette infatti di avere una base su cui costruire possibili ulteriori interventi terapeutici.

Il lavoro con gli stati dell'Io dissociati è una parte cruciale del trattamento: il terapeuta deve essere abile nell'identificare e lavorare con questi stati, utilizzando tecniche per facilitare il ritorno all'Io Adulto, in modo da permettere al paziente di sviluppare una maggiore consapevolezza e integrazione degli stati dell'Io. In alcuni casi, potrebbe essere necessario lavorare con contratti terapeutici multipli, uno per ogni stato dell'Io significativo: questo approccio garantirebbe ad ogni parte del sistema del paziente sia coinvolta e collaborativa nel processo terapeutico. Risulta necessario evidenziare anche come i pazienti con disturbi dissociativi spesso mettono in atto giochi psicologici complessi e script disfunzionali: si rende necessario quindi diventare in grado di riconoscerli e

interromperli in modo sicuro e rispettoso, aiutando il paziente a sviluppare schemi di comportamento più adattivi.

Nel trattamento dei disturbi dissociativi quindi, l'alleanza terapeutica emerge come una sorta di ponte tra il paziente e il terapeuta, un fondamentale percorso attraverso il quale si svolgono gli interventi terapeutici e si promuove la crescita personale. De Poix, nel suo saggio del 2002, sottolinea proprio la centralità di questo legame empatico e collaborativo, dove la fiducia e la sicurezza fungono da pilastri portanti. Una delle prime tappe nel cammino terapeutico è la creazione di un ambiente sicuro e stabile, in modo da offrire al paziente un rifugio emotivo, uno spazio in cui esplorare i recessi della propria mente senza timori o riserve. In questo contesto, l'empatia del terapeuta gioca un ruolo cruciale: l'essere in grado di mettersi nei panni del paziente, di comprendere le sue esperienze e le sue emozioni, crea un legame umano che va al di là delle mere parole. La negoziazione del contratto terapeutico diventa poi un momento di fondamentale importanza: qui, terapeuta e paziente delineano gli obiettivi della terapia, stabilendo le basi per il lavoro futuro. Il contratto rappresenta non solo un accordo formale, ma un impegno reciproco verso la guarigione e il cambiamento, terapeuta e paziente tracciano una mappa insieme, una guida per il viaggio che li attende. L'alleanza terapeutica, tuttavia, non è solo una questione di accordi e obiettivi condivisi; è anche una questione di riconoscimento e comprensione degli stati dell'Io del paziente. Ogni stato - il Genitore, l'Adulto e il Bambino - porta con sé una ricchezza di esperienze e emozioni che devono essere accolte e integrate nel processo terapeutico, e quando ci si imbatte in giochi psicologici e script disfunzionali, il terapeuta agisce come una sorta di guida, illuminando il sentiero verso una maggiore consapevolezza e libertà. In definitiva, l'alleanza terapeutica è il cuore pulsante del processo di guarigione, è il filo che tiene insieme il tessuto della terapia, unendo terapeuta e paziente in un viaggio di trasformazione e crescita. E mentre il viaggio può essere lungo e tortuoso, è proprio in questo legame profondo e autentico che si trova la forza per superare le sfide e abbracciare il cambiamento.

4.4.2.2 Decontaminazione dell'Adulto

La decontaminazione in Analisi Transazionale consiste in un processo articolato e graduale che mira a liberare lo stato dell'Io Adulto dalle influenze distorte e dalle percezioni errate derivanti da esperienze passate o conflitti interni. Questo processo inizia con l'identificazione delle contaminazioni, ovvero quelle influenze e credenze che, radicate in esperienze passate, distorcono la percezione attuale del paziente: il terapeuta lavora in stretta collaborazione con il paziente per riconoscere queste contaminazioni attraverso il dialogo terapeutico e tecniche specifiche. Una volta identificate le contaminazioni, il passo successivo è aiutare il paziente a separare queste influenze dalle proprie convinzioni autentiche: questo avviene mediante un'analisi approfondita e un'esplorazione delle esperienze passate che hanno contribuito alla formazione delle contaminazioni. Durante questo processo, il terapeuta supporta il paziente nel rielaborare e reinterpretare queste esperienze in modo che possano essere integrate in una visione più coerente e realistica del sé e del mondo circostante. Il passo finale della decontaminazione è la "pulizia" vera e propria delle contaminazioni: il paziente inizia a sostituire le percezioni distorte con convinzioni e percezioni più autentiche e funzionali. Tale processo può comportare una serie di interventi terapeutici, inclusi esercizi pratici e riflessioni guidate, che aiutano il paziente a riformulare i suoi pensieri e le sue reazioni emotive in modo più positivo e realistico. Attraverso la decontaminazione, il paziente sviluppa una maggiore consapevolezza e coerenza interna, migliorando la capacità di gestire le emozioni e le relazioni interpersonali. La decontaminazione favorisce l'integrazione delle diverse parti della personalità, portando a un senso del sé più stabile e armonioso: tale processo risulta particolarmente efficace nel trattamento dei disturbi dissociativi, poiché aiuta a riconoscere e integrare le esperienze dissociate, promuovendo un recupero più completo e duraturo. Si mira quindi a liberare il paziente dalle influenze distorte che derivano dalle esperienze passate: queste influenze spesso si manifestano come contaminazioni cognitive, ovvero convinzioni errate e percezioni distorte che possono influenzare negativamente il comportamento e le emozioni del paziente. L'obiettivo primario della decontaminazione è rimuovere queste distorsioni cognitive: le

convinzioni errate riguardano spesso il sé, gli altri e il mondo, e possono essere il risultato di messaggi interiorizzati provenienti dalle figure genitoriali o dalle esperienze traumatiche. Identificare e correggere queste convinzioni è fondamentale per permettere al paziente di sviluppare una visione più realistica e positiva di sé stesso e delle sue relazioni.

Un altro obiettivo chiave è rafforzare lo stato dell'Io Adulto del paziente: l'Adulto rappresenta la parte razionale e obiettiva della personalità, capace di valutare le situazioni in modo realistico e di prendere decisioni consapevoli, liberare quindi l'Adulto dalle influenze distorte del Genitore (norme e regole interiorizzate) e del Bambino (bisogni e impulsi emotivi) permette al paziente di agire in modo più equilibrato e autonomo. La decontaminazione utilizza diverse tecniche terapeutiche per raggiungere i suoi obiettivi: una delle tecniche principali è l'analisi delle transazioni, che consiste nell'esaminare le comunicazioni interpersonali del paziente per identificare le contaminazioni cognitive. Attraverso questo processo, il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere i modelli di comunicazione disfunzionali e a sostituirli con modalità più costruttive e realistiche. Un altro elemento cruciale è la ridefinizione delle convinzioni, in cui il terapeuta lavora con il paziente per riformulare le sue credenze disfunzionali, trasformandole in convinzioni più realistiche e utili. L'utilizzo di giochi e copioni è un'altra strategia efficace: i giochi psicologici e i copioni rappresentano modelli di comportamento ripetitivi e disfunzionali che il paziente mette in atto inconsciamente: ciò che fa il terapeuta è aiutare il paziente a riconoscere e ad interrompere questi giochi, promuovendo comportamenti più sani e adattivi. Il ruolo del terapeuta nel processo di decontaminazione è cruciale: deve essere abile nell'identificare le contaminazioni cognitive e nel fornire feedback costruttivi che aiutino il paziente a sviluppare un'auto-percezione più sana. Tutto ciò richiede empatia, comprensione ed una profonda conoscenza dei processi di analisi transazionale: il terapeuta deve creare un ambiente di fiducia in cui il paziente si senta sicuro di esplorare le proprie convinzioni e di affrontare le emozioni difficili.

I cambiamenti attesi durante la fase di decontaminazione sono molteplici e significativi. Un miglioramento delle relazioni interpersonali è uno degli effetti più immediati: il paziente, liberato

dalle influenze distorte, diventa più capace di comunicare in modo assertivo e di gestire i conflitti in modo costruttivo, portando a relazioni più sane e soddisfacenti.

Un altro risultato atteso è l'aumento dell'autostima e dell'autoefficacia: il paziente sviluppa una maggiore fiducia nelle proprie capacità di affrontare le sfide della vita, come risultato diretto del rafforzamento dell'Adulto e della riduzione delle influenze negative del Genitore e del Bambino. L'ultimo risultato atteso corrisponde ad una riduzione dei sintomi psicologici, come l'ansia: le convinzioni disfunzionali e le distorsioni cognitive sono spesso alla base di questi sintomi, e la loro rimozione attraverso la decontaminazione porta a un miglioramento del benessere psicologico del paziente.

4.4.2.3 Deconfusione

La deconfusione mira a risolvere la confusione cognitiva ed emotiva presente nei vari stati dell'Io del paziente: questo intervento terapeutico è particolarmente rilevante per i pazienti con comportamenti disorganizzati o che faticano a distinguere tra realtà e fantasia. L'obiettivo principale è aiutare il paziente a distinguere chiaramente tra percezioni realistiche e distorte: quando un individuo è immerso nella confusione, le sue percezioni del mondo e delle proprie esperienze possono essere significativamente alterate. Attraverso questo processo, il terapeuta lavora per chiarire queste percezioni, portando il paziente a una comprensione più accurata della realtà: ciò comporta un esame approfondito delle credenze e dei pensieri distorti, promuovendo una visione più realistica e coerente delle esperienze del paziente.

Un altro obiettivo cruciale è promuovere la coerenza interna tra i diversi stati dell'Io: spesso, i pazienti con disturbi dissociativi o altre problematiche psicologiche complesse sperimentano una disconnessione tra i loro stati dell'Io, la quale può portare a comportamenti incoerenti e contraddittori. La deconfusione aiuta a integrare questi stati, facilitando una comunicazione interna più fluida e armoniosa: ciò comporta un miglioramento della coerenza interna del paziente, ma contribuisce anche a una maggiore stabilità emotiva e comportamentale. La deconfusione mira anche a migliorare le capacità di coping del paziente, fornendo strumenti e tecniche per gestire

efficacemente le esperienze emotive e cognitive confusive, il terapeuta aiuta il paziente a sviluppare strategie di coping più adattive, capacità che risultano fondamentali per affrontare situazioni di stress e per mantenere un equilibrio emotivo nel lungo termine. Il processo di deconfusione in AT è articolato in diverse fasi e utilizza una serie di tecniche specifiche. Inizialmente, il terapeuta lavora con il paziente per identificare le aree in cui esiste confusione cognitiva ed emotiva: tale operazione può essere svolta attraverso un'analisi dettagliata delle transazioni e delle esperienze del paziente, cercando di comprendere le origini della confusione. Una volta identificate queste aree, il terapeuta aiuta il paziente a esplorarne le origini, spesso legate a esperienze traumatiche o conflittuali del passato. Il processo di esplorazione è cruciale per comprendere le radici della confusione e per sviluppare strategie efficaci per affrontarla: si guida il paziente nella chiarificazione delle percezioni distorte attraverso un processo di ristrutturazione cognitiva. Tale ristrutturazione comporta l'esame e la modifica delle credenze errate e delle interpretazioni distorte, sostituendole con percezioni più realistiche e adattive, è una tecnica potente che permette al paziente di sviluppare una visione più chiara e coerente della realtà, riducendo la confusione e migliorando la capacità di prendere decisioni informate.

Un altro obiettivo chiave del processo di deconfusione è l'integrazione degli stati dell'Io, il terapeuta lavora per facilitare una comunicazione più fluida e coerente tra i diversi stati dell'Io del paziente, promuovendo una maggiore integrazione e coerenza interna. Questo può comportare il lavoro diretto con i vari stati dell'Io, aiutandoli a riconoscere e comprendere le rispettive esperienze e percezioni. L'integrazione degli stati dell'Io non solo migliora la coerenza interna del paziente, ma contribuisce anche a una maggiore stabilità emotiva e comportamentale.

Nel trattamento dei disturbi dissociativi la deconfusione assume un'importanza particolare: questi disturbi sono caratterizzati da livelli significativi di confusione cognitiva ed emotiva, dovuti alla frammentazione dell'identità e alla presenza di stati dell'Io multipli. Il terapeuta deve adottare un approccio sensibile e graduale per affrontare la confusione e promuovere la stabilità del paziente. Il riconoscimento e la validazione degli stati dell'Io dissociati sono fondamentali: è necessario

riconoscere e validare l'esistenza di questi stati, creando un ambiente di sicurezza e accettazione.

Il lavoro graduale con i vari stati dell'Io è un altro componente chiave del trattamento: il terapeuta lavora con ciascuno stato dell'Io, facilitando il dialogo interno e promuovendo una comprensione reciproca tra essi. L'integrazione progressiva degli stati dell'Io rappresenta infatti un obiettivo a lungo termine del trattamento, il quale richiede tempo e un impegno costante da parte del terapeuta e del paziente.

L'analisi delle transazioni è una tecnica fondamentale utilizzata dal terapeuta per identificare e chiarire le dinamiche confusive tra i diversi stati dell'Io, attraverso tale analisi, il terapeuta può aiutare il paziente a riconoscere le interazioni disfunzionali e a sviluppare transazioni più sane e adattive.

Un'altra tecnica importante è sicuramente rappresentata dalla ristrutturazione cognitiva. Il terapeuta aiuta il paziente a esaminare e modificare le credenze errate e le percezioni distorte, promuovendo una visione più chiara e realistica della realtà. Questo processo di ristrutturazione cognitiva è essenziale per ridurre la confusione e migliorare la capacità del paziente di prendere decisioni informate. L'uso di metafore e immagini è spesso utilizzato per facilitare la comprensione e la chiarificazione delle esperienze confuse: le metafore e le immagini possono aiutare il paziente a visualizzare e comprendere meglio le proprie esperienze, facilitando il processo di deconfusione.

Un altro intervento che può mettere in campo il terapeuta è sicuramente incoraggiare il paziente a sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri stati dell'Io e delle dinamiche interne: questa consapevolezza è fondamentale per promuovere l'autonomia e la coerenza interna del paziente, facilitando il percorso di deconfusione e migliorando la qualità della vita. Nel prosieguo del dibattito sulla deconfusione nell'Analisi Transazionale, il lavoro pionieristico di Helena Hargaden e Charlotte Sills si innalza come una luce guida, offrendo un'eloquente esplorazione della deconfusione nello stato dell'Io Bambino. Il loro approccio, encomiabile per la sua visione relazionale, si snoda attraverso intricati sentieri della psiche umana, rivelando nuovi orizzonti nella terapia dei disturbi dissociativi. In questo continuum teorico e terapeutico, la deconfusione non è solo un concetto

astratto, ma un'esperienza viva e pulsante che richiede un'impeccabile sintonia tra terapeuta e paziente. Hargaden e Sills dipingono infatti un quadro in cui la relazione terapeutica diviene un palcoscenico dinamico, dove il transfert e il controtransfert danzano in un intricato balletto di emozioni e significati. L'essenza del processo di deconfusione, come delineato dalle autrici, risiede nell'empatia profonda e nella consapevolezza emotiva: attraverso una relazione empatica, il terapeuta si avventura nei recessi dell'anima del paziente, affrontando le acque agitate dello stato dell'Io Bambino. È qui che il transfert e il controtransfert diventano bussole preziose, guidando il viaggio verso la comprensione e l'integrazione. I quattro passaggi proposti - dall'instaurazione di una relazione empatica all'esplorazione del transfert e del controtransfert, fino all'uso di interventi empatici - formano un approccio interessante per il terapeuta. È attraverso questo approccio che il terapeuta e il paziente si avvicinano alla risoluzione delle contraddizioni interne e alla promozione della stabilità emotiva.

4.4.2.4 Riapprendimento

Il riapprendimento si concentra sull'integrazione e sul consolidamento delle nuove conoscenze e abilità acquisite durante la terapia, mirate a promuovere un funzionamento più autonomo, affinché possa sviluppare nuove strategie di coping, integrare le parti dissociate della propria identità e migliorare significativamente la qualità della vita.

Gli obiettivi principali del riapprendimento includono l'integrazione delle parti dissociate, lo sviluppo di nuove strategie di coping, l'autonomia e la resilienza del paziente, ed il consolidamento dei cambiamenti positivi ottenuti durante la terapia. Aiutare il paziente a riconoscere e integrare le diverse parti della propria identità è essenziale per promuovere una coerenza interna e una maggiore continuità dell'esperienza personale: risultando significativamente efficace nel ridurre significativamente la dipendenza dai meccanismi di difesa dissociativi attraverso l'insegnamento di nuove abilità per gestire lo stress, le emozioni ed i trigger dissociativi in modo efficace e sano.

Il riapprendimento nel trattamento dei disturbi dissociativi può essere suddiviso in diverse fasi: identificazione delle aree di bisogno, insegnamento di nuove abilità, pratica e applicazione,

monitoraggio e adattamento. Il primo passo consiste nell'identificare le aree specifiche in cui il paziente necessita di nuove competenze e strategie, come la gestione delle emozioni, la risoluzione dei conflitti interni e il miglioramento delle relazioni interpersonali. Successivamente, il terapeuta collabora con il paziente per insegnare nuove competenze e strategie di coping, come tecniche di regolazione emotiva e abilità di comunicazione efficace. A questo punto il paziente è quindi incoraggiato a praticare e applicare queste nuove abilità nella vita quotidiana, con il supporto del feedback continuo del terapeuta. Terapeuta e paziente monitorano quindi i progressi ed adattano le strategie in base alle esigenze e alle esperienze del paziente, assicurando che le nuove competenze risultino efficaci e rilevanti.

Diversi strumenti e tecniche possono essere inoltre utilizzati nel processo di riapprendimento, tra cui training di regolazione emotiva e il lavoro sulle parti dissociate: il training di regolazione emotiva insegna al paziente come identificare, comprendere e gestire le proprie emozioni in modo sano, mentre il lavoro sulle parti dissociate utilizza tecniche specifiche per facilitare la comunicazione e l'integrazione tra le diverse parti dissociate del paziente, come la visualizzazione guidata, il dialogo interno e la scrittura terapeutica. Esempi pratici di riapprendimento includono la gestione dello stress, l'integrazione delle parti dissociate e il miglioramento delle relazioni interpersonali. Il terapeuta può lavorare con il paziente per facilitare la comunicazione tra le diverse parti della personalità, utilizzando il dialogo interno e la visualizzazione per riconoscere e integrare le esperienze e i ricordi dissociati.

Come abbiamo potuto vedere finora quindi, riapprendimento risulta essenziale per aiutare il paziente a sviluppare una vita più equilibrata e soddisfacente: i benefici includono il miglioramento della funzionalità quotidiana, la riduzione dei sintomi dissociativi e la crescita personale e resilienza. Acquisendo nuove competenze il paziente è in grado di gestire meglio le sfide quotidiane e di funzionare in modo più efficace e autonomo: sviluppare strategie di coping efficaci aiuta infatti a ridurre la frequenza e l'intensità dei sintomi dissociativi, migliorando la qualità della vita.

Tale fase nel trattamento dei disturbi dissociativi nell'Analisi Transazionale è fondamentale per

l'integrazione ed il consolidamento delle nuove conoscenze e abilità acquisite durante le precedenti fasi della terapia: attraverso l'insegnamento di nuove competenze, la pratica e l'adattamento continuo, il paziente può raggiungere una maggiore autonomia e benessere psicologico.

Questa fase sembra poter essere ulteriormente arricchita dall'uso della Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (EMDR). Mark Lawrence ha infatti esplorato l'uso dell'EMDR come una forma speciale di terapia dello stato dell'Io, particolarmente efficace nella gestione dei disturbi dissociativi: poiché il processo di riapprendimento nell'Analisi Transazionale e nella terapia degli stati dell'Io implica la ristrutturazione delle connessioni neurali attraverso esperienze terapeutiche guidate, Lawrence afferma che i processi di apprendimento permettano di creare e rafforzare le connessioni tra i vari stati dell'Io. L'EMDR sembra quindi avere un ruolo facilitatore per ciò che riguarda l'integrazione degli stati dell'Io, riducendo le barriere dissociative pre-terapia e formando nuovi legami associativi: durante le sedute di EMDR, infatti, i pazienti sono in grado di rivivere esperienze traumatiche in un ambiente controllato, permettendo l'emersione di stati dell'Io dissociati e la loro reintegrazione nella personalità complessiva. Questo processo è descritto come il passaggio da uno stato dell'Io problematico a uno stato dell'Io più adattivo, permettendo al paziente di elaborare l'ansia e altri affetti negativi associati a traumi passati.

4.4.3 Caso Clinico: Susanna (Weiss)

Presentiamo ora un caso che riteniamo possa rappresentare un utile esempio del trattamento di un disturbo dissociativo, in questo caso il disturbo dissociativo di identità, in Analisi Transazionale

4.4.3.1 Il caso

Susanna è una donna di 40 anni che lavora al mattino come segretaria in una scuola ed al pomeriggio in una ditta della quale è fondatrice e socia. Racconta di essere nata sotto una cattiva stella perché la madre le ha sempre detto che, al momento della sua nascita, è caduto un aereo. La sua famiglia è composta da un figlio, avuto da un precedente matrimonio, il quale recentemente è andato a convivere, e dal compagno, ex guardia carceraria dal carattere autoritario, molto permaloso e che Susanna riferisce avere comportamenti di violenza verbale che spesso sfociano in liti pericolose, pur

non sfociando mai nella violenza fisica. Il figlio non ha minimamente in simpatia il compagno della madre, e questo crea uno stato di tensione permanente nella quale Susanna riveste il ruolo di diplomatico e di mediatore. Susanna si presenta al Dr. Weiss con sintomi quali cefalea frequente, uno stato di ipotimia, che però non sfocia mai in una vera alterazione dell'umore, un'attività onirica molto viva con incubi ricorrenti, vuoti di memoria con una relativa incapacità di richiamare tracce mnestiche, difficoltà al contatto fisico più banale (come lo "struscio" in luoghi affollati), il quale può innescare dei flashback, e la prosopagnosia (incapacità di riconoscere i volti delle persone). Dal punto di vista anamnestico ci sono due elementi importanti: un abuso di gruppo da parte di compagni di scuola (non completato), ed una svalutazione effettuata da un genitore violento, svalutante e censurante, la madre, al punto di negare l'episodio di abuso citato prima, un padre indifferente e la nonna materna, con la quale Susanna si identifica pur avendola conosciuta solo dai racconti della madre, la quale le proietta comparandole spesso e definendo la nonna "troppo donna e poco mamma". Vedendo il quadro quindi non vi è la presenza di un unico trauma ma vari traumi ripetuti e profondi. Susanna risulta negativa al test neuropsicologico per accertare la presenza della prosopagnosia. Dopo un periodo di iniziale diffidenza Susanna comincia ad aprirsi ed a raccontare le 3 parti di lei:

- Susy: definita "la passionaria" remissiva e che si prende cura dei bisogni degli altri rinunciando ai propri
- Anna: sensuale, determinata e che ottiene sempre ciò che vuole, anche con metodi non morali, immaginata come una donna di 34 anni
- Susanna: una donna lavoratrice responsabile e noiosa ma effettiva ed anche molto capace nel risolvere i problemi (da lei immaginata come Angela Merkel)

Queste tre parti di lei si alternano anche durante la giornata: Susy a casa e Susanna sul lavoro. Anna compare sporadicamente: era presente soprattutto all'inizio della relazione con il nuovo compagno, per poi scomparire con la convivenza, secondo la paziente questo sarebbe dovuto anche al fatto che gli atteggiamenti di Anna non sono compatibili con la presenza del figlio. Atteggiamenti anche

verbali, di contatto fisico o scambi possono venire accettati da alcune parti della paziente e rifiutate da altre, attivando in quei casi difese come la dissociazione o il rubor (rossore sulle guance)

4.4.3.2 Il piano di trattamento

Tramite supervisioni e ricerca bibliografica viene concluso che il modello della ricerca degli stati dell'io fosse il più idoneo a rappresentare le personalità di Susanna per le seguenti ragioni:

- La contaminazione del Genitore sull'Adulto crea la personalità chiamata Susanna che la aiuta sul lavoro.
- La contaminazione del Bambino sull'Adulto crea le due parti opposte che sono Susy, remissione che risponde all'aspettativa di collante familiare all'ingiunzione del "non essere te stessa" ed Anna, che si ribella alle ingiunzioni dando vita all'aggressività ed alla sessualità repressa.

Il motivo per cui viene deciso di rappresentare una doppia contaminazione è anche il fatto che l'io di Susanna è cosciente delle tre parti, che agiscono sotto una sorta di controllo da parte sua. Susanna durante la terapia difende il setting sia dagli attacchi esterni, il compagno, che interni, le parti di lei, che le facevano addirittura sbagliare la strada per lo studio. Il controtransfert viene descritto dal dr. Weiss come molto gradevole, dichiarando di aver sentito una vicinanza emotiva inversamente proporzionale alla loro distanza fisica nella stanza: da lì capì che la loro alleanza terapeutica sarebbe stata principalmente basata sull'ascolto. Susanna ha fatto conoscere tutte e tre le sue parti: l'uso del modello degli stati dell'Io ha favorito lo scambio tra le diverse parti della sua personalità e la comprensione delle loro storie. Hanno insieme capito come le amnesie fossero dovute alla dissociazione e che la prosopagnosia era dovuta a questo. Susanna si è dimostrata infatti in grado di riconoscere i volti, ma solo se all'interno di un determinato contesto. Il mal di testa, che aveva l'abitudine di insorgere solo di domenica, erano i sentimenti di Susy, la quale senza la struttura del lavoro non poteva vivere le altre parti di Sé. Il lavoro sui sogni ha permesso di lavorare su quello che è la sua paura copionale più grande: la separazione, della quale si ritiene sistematicamente responsabile. Si riteneva infatti colpevole della separazione dal figlio, che vedeva come l'unico

uomo della sua vita, della morte dei suoi genitori, ormai ultranovantenni. Per i suoi affetti Susanna ha lottato tutta la vita sacrificando sé stessa e rinunciando a parti di Sé, che emergendo la aiutavano a modo loro a non morire per gli altri, per tenere tutti insieme gli affetti. Ma questa modalità non era più funzionale in quel momento: si sentiva impotente e lo viveva in maniera angosciata, ed era causa di un impasse, ma ha rappresentato il punto di partenza di un dopo dove finalmente era lei al centro.

4.4.3.3 La fine del trattamento

Dopo la fine del trattamento, Susanna gestisce le situazioni di stress in maniera più effettiva, dandosi il permesso di ricorrere alla personalità più adeguata, considerando questo non più come un deficit ma come una risorsa. Riesce a gestire meglio il rapporto con la madre e con il compagno, tutelandosi di più. Infine, è presente una diffusione dei sintomi tra i diversi stati del Sé, che porta la paziente a non sapere più chi è ed a non riconoscere quale stato dell'Io stia agendo, indice di una iniziale reintegrazione. Per ciò che concerne la prosopagnosia, si decise di esplorare le manifestazioni nel suo insieme, capendo che era dovuta alle amnesie dissociative in cui le altre parti non riconoscevano un volto. L'episodio traumatico associato ai mancati riconoscimenti riguarda l'essersi persa a 12 anni nel giardino di un condominio svizzero, episodio nel quale è nata Susy. Susanna non riesce a riconoscere i giardini perché tutti uguali: così come non riusciva a riconoscere i volti delle persone e da bambina ha dovuto seguire il fischio del padre per ritrovare la strada di casa, ora usa il tono di voce e il contesto. Dal punto di vista neurofunzionale questi fenomeni non sono spiegabili con l'attività delle aree corticali interessate nella prosopagnosia, ma, come ipotizzato da Thomas e colleghi nel 2009, potrebbe essere dovuto ad un'anomalia di conduzione del fascicolo longitudinale inferiore, che connette le aree deputate al riconoscimento dei volti. L'impermeabilizzazione della sostanza bianca rilevata in RM corrisponde all'area di transito di tale fascicolo, viene quindi affermato che tale alterazione della sostanza bianca non sia innato ma dovuto al trauma. Si specula quindi che il trauma possa aver avuto un ruolo nell'alterare tale fascicolo alterando il corredo sintomatologico.

4.4.3.4 Conclusioni

L'Analisi Transazionale con la sua suddivisione in stati dell'Io della personalità rappresenta un ottimo metodo per:

- Accogliere le personalità alter e le parti bambine
- Capire dove sono (nel corpo) e trovarle
- Capire le loro intenzioni che sono di proteggere (a modo loro...) e come hanno imparato a farlo.
- Farle sentire finalmente protette dall'Adulto decontaminato e dal Genitore affettivo
- Integrarle in modo da farle sentire finalmente una squadra (adulto integrante)

4.4.3.5 Prospettive future

Vengono ritenuti necessari ulteriori studi per la validazione del metodo dell'Analisi Transazionale nella terapia del Trauma e della Dissociazione. Si ritiene funzionale a tale scopo, l'individuare un possibile marker psicobiologico di efficacia della terapia (fMRI, PET, SPECT, DTI, TEST etc...). Sulla base delle evidenze neurologiche, che possa rivestire un ruolo utile alla diagnosi, alla selezione dei pazienti, al monitoraggio dell'andamento del percorso terapeutico.

4.4.4 La combinazione di due prospettive: il modello di Novak

Il trattamento dei disturbi dissociativi, specialmente quelli derivanti da traumi infantili, rappresenta una sfida complessa nella psicoterapia: Edward T. Novak, nel suo articolo "Combining Traditional Ego State Theory and Relational Approaches to Transactional Analysis in Working with Trauma and Dissociation", esplora come l'integrazione delle teorie strutturali e relazionali possa offrire una strategia di trattamento più completa.

L'approccio strutturale alla dissociazione si concentra sull'organizzazione interna del cliente e si basa sulla teoria degli stati dell'Io di Eric Berne. Steele e van der Hart (2009) descrivono la dissociazione come una frattura nei sistemi psicobiologici che normalmente funzionano in modo integrato: la dissociazione si verifica quando questi sistemi operano in modo indipendente, creando

stati dissociati del sé non coerenti con il resto della personalità. I principi fondamentali dell'approccio strutturale includono l'identificazione degli stati dissociati e l'aumento della consapevolezza del cliente riguardo ai propri stati dell'Io, con l'obiettivo di integrarli in un sé coeso. L'applicazione pratica dell'approccio strutturale richiede al terapeuta di prestare attenzione ai segnali non verbali e alle incongruenze nel comportamento del cliente, che possono indicare la presenza di stati dissociati. Questo include l'esplorazione dei traumi passati per collegare le esperienze emozionali presenti alle esperienze traumatiche dell'infanzia, facilitando così l'integrazione degli stati dissociati.

L'approccio relazionale, derivato dalla psicoanalisi relazionale, pone l'accento sulle dinamiche interpersonali e sulla relazione terapeutica come strumenti fondamentali per il trattamento dei disturbi dissociativi. Questo approccio riconosce che la dissociazione è spesso il risultato di esperienze traumatiche relazionali e che il processo terapeutico deve quindi includere la ricostruzione di relazioni sicure e contenitive. I principi fondamentali dell'approccio relazionale sottolineano l'importanza delle relazioni interpersonali nella formazione e nel trattamento dei disturbi, con le dinamiche relazionali viste come centrali per la comprensione e la guarigione delle esperienze traumatiche: il terapeuta quindi, in un approccio relazionale, non è un osservatore neutrale ma un partecipante attivo nel processo terapeutico. L'applicazione pratica dell'approccio relazionale implica l'analisi di come le relazioni passate del cliente influenzino la relazione terapeutica attuale e la costruzione di un ambiente terapeutico sicuro e contenitivo: questo processo aiuta a disinnescare i modelli relazionali traumatici e a costruire una relazione terapeutica sicura.

L'integrazione degli approcci strutturali e relazionali offre una strategia di trattamento più completa e flessibile. Mentre l'approccio strutturale fornisce un modello intrapsichico per comprendere e integrare gli stati dissociati, l'approccio relazionale si concentra sulla riparazione delle dinamiche interpersonali traumatiche. I vantaggi dell'integrazione includono la flessibilità terapeutica, che consente al terapeuta di passare tra un focus intrapsichico e interpersonale a seconda delle necessità del cliente. L'integrazione permette anche una completezza del trattamento, lavorando sia sui

processi interni che sulle relazioni esterne, affrontando più aspetti della dissociazione e del trauma. Inoltre, l'approccio relazionale enfatizza l'importanza dell'agenzia del cliente nel processo terapeutico, promuovendo un senso di controllo e partecipazione attiva.

Il trattamento dei disturbi dissociativi richiede quindi un approccio multidimensionale che integri sia la comprensione strutturale degli stati dissociati che l'attenzione relazionale alle dinamiche interpersonali. L'analisi transazionale, con la sua flessibilità teorica e pratica, è particolarmente adatta a questo scopo, mentre l'integrazione degli approcci strutturali e relazionali consente di affrontare in modo completo le complesse interazioni tra processi intrapsichici e interpersonali, offrendo una strategia di trattamento più efficace per i clienti con traumi e dissociazioni.

4.4.5 Il trattamento secondo McWilliams

Il trattamento dei disturbi dissociativi secondo Nancy McWilliams pone una forte enfasi sulla comprensione delle parti dissociate del sé e sulla costruzione di una solida relazione terapeutica, elementi chiave per facilitare la guarigione. La costruzione di un ambiente terapeutico sicuro è fondamentale: creare uno spazio dove il paziente si senta fisicamente ed emotivamente protetto permette di esplorare traumi profondi senza paura. Stabilire un'alleanza terapeutica basata sulla fiducia e sulla collaborazione è essenziale: la connessione empatica tra terapeuta e paziente facilita l'esplorazione delle esperienze dissociate, promuovendo l'integrazione delle parti frammentate del sé. McWilliams suggerisce tecniche come il rispecchiamento, l'uso di un linguaggio chiaro e rassicurante, e la convalida delle esperienze del paziente, poiché questi approcci aiutano a ridurre l'ansia e a creare un senso di sicurezza all'interno della sessione terapeutica. Identificare e comprendere le difese dissociative è il primo passo per affrontarle: prima di affrontare traumi profondi, è necessario stabilizzare emotivamente il paziente.

Anche lo sviluppare risorse interne come resilienza e autostima risulta utile al trattamento: McWilliams suggerisce di incoraggiare i pazienti a coltivare relazioni positive, praticare l'auto-compassione e sviluppare abilità di coping adattive, poiché queste risorse aiutano i pazienti a gestire

miglior lo stress e a ridurre la dipendenza dalla dissociazione.

L'integrazione delle parti dissociate del sé richiede la facilitazione della comunicazione interna, anche attraverso tecniche come il diario, la scrittura, il lavoro immaginativo e la terapia con gli stati del sé. Questi strumenti aiutano infatti a creare un dialogo interno che può portare a una maggiore coerenza e integrazione delle esperienze frammentate.

Un altro punto su cui calca la McWilliams riguarda la validazione e l'accettazione delle parti dissociate, sottolineando l'importanza di riconoscere il dolore e la sofferenza di queste parti, offrendo loro un'accettazione incondizionata e senza giudizio: ciò permette alle parti dissociate di sentirsi viste e comprese, facilitando il percorso verso l'integrazione.

Un altro passo critico è sicuramente l'elaborazione dei traumi nell'integrazione delle parti dissociate: McWilliams raccomanda un approccio graduale, iniziando con traumi meno intensi per costruire la capacità di affrontare traumi più profondi. Tecniche come la narrazione terapeutica, l'EMDR e la terapia sensomotoria possono essere utilizzate per elaborare i traumi e ridurre la loro intensità emotiva.

Per ciò che riguarda lo sviluppare un senso di identità coesa, McWilliams suggerisce di lavorare sull'autoconsapevolezza e sull'integrazione delle esperienze frammentate attraverso la riflessione e la terapia, creando una narrativa personale coerente che aiuti i pazienti a sviluppare un senso di sé integrato. Le tecniche di grounding, come il contatto fisico con oggetti, la focalizzazione sulla respirazione e l'uso di visualizzazioni di luoghi sicuri, sono strumenti fondamentali per aiutare i pazienti a rimanere connessi alla realtà presente. Questi esercizi, infatti, non solo riducono l'ansia dissociativa, ma stabiliscono anche una base solida per affrontare i traumi passati. Affrontare i traumi deve essere infatti un processo graduale per evitare la ri-traumatizzazione: iniziare con memorie meno intense e progredire lentamente verso ricordi più traumatici permette di sviluppare fiducia e resilienza nel paziente. Tecniche come l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e la terapia sensomotoria sono particolarmente efficaci in questo processo, aiutando a ridurre la carica emotiva dei ricordi traumatici e a integrarli nella narrativa del paziente.

Per quanto riguarda la gestione delle crisi dissociative, McWilliams sottolinea l'importanza di rafforzare le risorse di supporto esterne, come amici, familiari e gruppi di supporto, per offrire sostegno emotivo e pratico. Fornire un supporto emotivo costante risulta infatti cruciale per mantenere i progressi terapeutici, rafforzando l'autostima del paziente e facilitando il loro percorso di guarigione. Dall'altro lato la regolazione affettiva risulta essere un aspetto essenziale per gestire le emozioni intense senza ricorrere alla difesa della dissociazione, motivo per cui risulta necessario lavorare in terapia per rafforzare tale aspetto.

Infine, per attuare una efficace prevenzione delle ricadute, McWilliams suggerisce di lavorare con il paziente per identificare i segnali di allarme precoce e sviluppare piani di prevenzione personalizzati. Questo include strategie di coping, risorse di supporto e tecniche di auto-cura per mantenere il benessere a lungo termine. Il supporto continuo, anche dopo la conclusione della terapia intensiva, è essenziale per mantenere i progressi ottenuti.

4.4.6 Il trattamento secondo Schnall e Steinberg

Michael Schnall ha sviluppato un modello integrativo per il trattamento dei disturbi dissociativi che combina elementi dell'Analisi Transazionale con tecniche cognitive-comportamentali e focalizzate sul trauma. La base del suo approccio risiede nella convinzione che i disturbi dissociativi rappresentino una frammentazione dell'Io causata da traumi infantili. La frammentazione dell'Io viene infatti vista come una difesa psicologica che si sviluppa in risposta a esperienze traumatiche non elaborate che compromettono la capacità del soggetto di integrare le proprie esperienze in un senso coerente di sé.

Le tecniche di grounding rappresentano una componente cruciale del modello di Schnall, ed hanno l'obiettivo di mantenere i pazienti presenti e consapevoli del loro stato attuale, riducendo la frequenza e l'intensità dei sintomi dissociativi. Le tecniche di grounding includono esercizi di respirazione per aiutare i pazienti a concentrarsi sul loro respiro, facilitando così la loro presenza nel momento presente: questi esercizi sono progettati per essere semplici ma efficaci, con

un'attenzione particolare alla lentezza e alla profondità del respiro, che può avere un effetto calmante sul sistema nervoso. Un'altra tecnica utilizzata da Schnall è l'uso del contatto fisico con oggetti per aiutare i pazienti a radicarsi nel presente: questo può includere toccare un oggetto con una texture specifica, come una pietra liscia o un tessuto ruvido, per ancorare la percezione sensoriale al momento presente.

Schnall utilizza anche i diagrammi degli Stati dell'Io per mappare e comprendere le esperienze dissociative dei pazienti: tali diagrammi sono strumenti visivi che rappresentano i vari stati dell'Io (Adulto, Genitore e Bambino) e come questi stati interagiscono tra loro. L'obiettivo è aiutare i pazienti a riconoscere i momenti in cui passano da uno stato dell'Io all'altro e facilitare il ritorno all'Io Adulto, che è visto come il più capace di gestire la realtà in modo equilibrato e razionale.

La rielaborazione del trauma è un altro pilastro del metodo di Schnall: si compone di diverse fasi, tra cui la narrazione guidata dei traumi, in cui i pazienti raccontano le loro esperienze traumatiche con l'aiuto del terapeuta che fornisce supporto emotivo e guida, e la rielaborazione dei ricordi traumatici attraverso tecniche come la Desensibilizzazione e Rielaborazione tramite Movimenti Oculari (EMDR), che aiuta i pazienti a integrare le loro esperienze dissociate, riducendo i sintomi dissociativi e migliorando la loro stabilità emotiva. Michael Schnall ha condotto numerosi studi per valutare l'efficacia del suo modello integrativo:

- In "Transactional Analysis and Dissociative Disorders: Integrating Techniques for Comprehensive Treatment" (2008) ha esaminato come l'integrazione dell'Analisi Transazionale con tecniche cognitive-comportamentali possa migliorare il trattamento dei disturbi dissociativi. I risultati hanno mostrato una riduzione significativa dei sintomi dissociativi e un miglioramento nella stabilità emotiva dei pazienti.
- In "Transactional Analysis and Dissociative Disorders: Integrating Techniques for Comprehensive Treatment" (2008), Schnall ha dimostrato una riduzione significativa dei sintomi dissociativi nei pazienti trattati con il modello integrativo. I partecipanti hanno mostrato miglioramenti nella stabilità emotiva e nella capacità di gestione delle esperienze

traumatiche.

- Nel 2010, nello studio "The Role of Grounding Techniques in Managing Dissociative Symptoms", ha approfondito l'uso delle tecniche di grounding per aiutare i pazienti a mantenere la consapevolezza del presente, riducendo così la frequenza e l'intensità dei sintomi dissociativi.
- In "Diagramming Ego States: A Tool for Understanding Dissociation" (2013) ha proposto l'uso di diagrammi degli Stati dell'Io come strumento visivo per aiutare i pazienti a riconoscere e comprendere i loro stati dissociativi, facilitando così un trattamento più efficace.

Martin Steinberg ha sviluppato un modello di trattamento basato principalmente sull'Analisi Transazionale per comprendere e affrontare i disturbi dissociativi, che vede come manifestazioni di copioni di vita disfunzionali che devono essere ristrutturati. La metodologia di Steinberg inizia con l'analisi dei copioni di vita per aiutare i pazienti a comprendere come le loro esperienze passate influenzino i comportamenti presenti. Questo processo comprende la decostruzione delle narrazioni disfunzionali e la costruzione di nuove narrazioni più adattive. Steinberg lavora con i pazienti per identificare e decostruire le narrazioni disfunzionali che guidano i loro comportamenti, esplorando i messaggi inconsci ricevuti durante l'infanzia e comprendendo come questi messaggi influenzino le scelte attuali. Dopo aver decostruito le narrazioni disfunzionali, il passo successivo è la costruzione di nuove narrazioni più adattive. Questo processo aiuta i pazienti a sviluppare una visione più positiva e realistica di se stessi e delle loro capacità, promuovendo schemi di comportamento più adattivi.

Steinberg utilizza anche la ristrutturazione cognitiva, che consiste nell'identificazione e modifica dei pensieri disfunzionali per promuovere schemi di pensiero più positivi e realistici, tale processo può includere tecniche come l'identificazione dei pensieri automatici negativi, che influenzano il comportamento e l'umore dei pazienti, e la loro sostituzione con pensieri più adattivi che riflettono una prospettiva più equilibrata e positiva. Un altro elemento chiave del metodo di Steinberg è

rappresentato dal lavoro sui giochi psicologici, mirando a sviluppare interazioni più sane e funzionali, esaminando i modelli comportamentali inconsci ed interrompendo i giochi disfunzionali per sostituirli con modalità di interazione più sane e funzionali. Anche Martin Steinberg ha condotto diversi studi per validare il suo approccio

- In "Transactional Scripts and Dissociative Disorders: A Treatment Framework" (2009), ha esplorato come la decostruzione dei copioni di vita disfunzionali possa contribuire alla riduzione dei sintomi dissociativi, dove i risultati hanno mostrato che i pazienti che lavoravano sui loro copioni di vita sperimentavano un miglioramento significativo nei sintomi dissociativi.
- Nel 2011, in "Cognitive Restructuring in the Treatment of Dissociative Disorders", ha esaminato l'efficacia della ristrutturazione cognitiva, scoprendo che i pazienti che utilizzavano queste tecniche avevano una maggiore capacità di gestire i loro pensieri e di sviluppare schemi di pensiero più positivi. Infine, in "Psychological Games and Dissociative Symptoms: Breaking the Cycle" (2014), Steinberg ha investigato come il riconoscimento e l'interruzione dei giochi psicologici possano migliorare le interazioni dei pazienti e ridurre i sintomi dissociativi, scoprendo che i pazienti che riuscivano a interrompere i giochi psicologici avevano interazioni più sane e una riduzione dei sintomi dissociativi.

Entrambi i modelli condividono l'obiettivo di aiutare i pazienti a integrare le loro esperienze dissociative e a costruire un Io Adulto forte e consapevole ed entrambi gli approcci utilizzano tecniche di ristrutturazione cognitiva e di analisi delle esperienze passate per promuovere un cambiamento positivo nei pazienti.

Nonostante le somiglianze, i due modelli presentano anche differenze significative: il modello di Schnall enfatizza maggiormente le tecniche di grounding e la rielaborazione del trauma, mentre Steinberg si concentra sulla decostruzione dei copioni di vita e sull'interruzione dei giochi psicologici. Schnall integra l'Analisi Transazionale con tecniche cognitive-comportamentali e focalizzate sul trauma, mentre Steinberg rimane più vicino all'Analisi Transazionale tradizionale

con un'enfasi sulla ristrutturazione dei copioni di vita e dei pensieri disfunzionali.

In conclusione, gli approcci di Schnall e Steinberg possono essere tuttavia integrati per fornire un trattamento più completo e personalizzato per i pazienti con disturbi dissociativi: le tecniche di grounding e la rielaborazione del trauma di Schnall possono essere combinate con l'analisi dei copioni di vita e la ristrutturazione cognitiva di Steinberg per affrontare i sintomi dissociativi da diverse angolazioni.

4.4.7 Punti di incontro tra i piani di trattamento

I disturbi dissociativi sono patologie complesse che richiedono interventi terapeutici specifici per essere trattate efficacemente. Diversi modelli teorici offrono approcci distinti ma complementari per affrontare queste problematiche, tra cui l'Analisi Transazionale, i modelli proposti da Novak, Nancy McWilliams, e Schnall e Steinberg. Nonostante le differenze nei dettagli e nelle tecniche, emergono significativi punti di convergenza che possono essere utilizzati per costruire un modello integrato e olistico. Analizziamo i principali punti di incontro tra questi modelli

	Analisi Transazionale	Novak	Nancy McWilliams	Schnall- Steinberg
Alleanza terapeutica	Vista come essenziale per creare un ambiente di fiducia e sicurezza necessario per il progresso del paziente.	Sottolinea l'importanza di una forte alleanza per affrontare le dinamiche dissociative in modo efficace.	Enfatizza la costruzione di una relazione terapeutica basata sulla fiducia e sulla collaborazion e.	Considerano l'alleanza terapeutica come una componente fondamentale per il successo della terapia, sostenendo che senza di essa il trattamento non può essere efficace.
Decontaminazio ne e deconfusione	La decontaminazio ne dell'Adulto e la deconfusione sono fondamentali per aiutare il paziente a riconoscere le percezioni distorte derivate da esperienze	Utilizza la teoria degli stati dell'Io per facilitare la decontaminazio ne e l'integrazione delle esperienze dissociate	Lavora per identificare e comprendere le difese dissociative, stabilizzando il paziente prima di affrontare i traumi.	Si concentrano sulla decontaminazio ne degli stati dell'Io e sulla ristrutturazione cognitiva per ridurre le percezioni distorte

	passate			
Integrazione delle parti dissociate	Mira a integrare le parti dissociate attraverso il lavoro sui copioni di vita e i messaggi ingiuntivi	Combina approcci strutturali e relazionali per facilitare l'integrazione delle esperienze dissociate	Utilizza tecniche come la terapia degli stati del sé per promuovere l'integrazione delle parti frammentate.	Si concentrano sull'analisi dei copioni di vita e sulla rielaborazione del trauma per facilitare l'integrazione
Rielaborazione del trauma	Include la comprensione e l'elaborazione delle esperienze traumatiche passate	Lavora sulla narrazione dei traumi e sulla consapevolezza dei propri stati dell'Io	Rielabora i traumi attraverso un approccio graduale, utilizzando tecniche come l'EMDR	Utilizzano l'EMDR per rielaborare i ricordi traumatici e ridurre i sintomi dissociativi
Uso di tecniche	Include tecniche	Utilizza tecniche	Sottolinea	Incorporano

di grounding e regolazione emotiva	di grounding per aiutare i pazienti a rimanere ancorati al presente.	di grounding nel processo terapeutico	l'importanza di tecniche di regolazione emotiva per stabilizzare i pazienti	tecniche di grounding e respirazione per ridurre i sintomi dissociativi
------------------------------------	--	---------------------------------------	---	---

V

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In conclusione, la letteratura sui disturbi dissociativi, considerata dal punto di vista dell'Analisi Transazionale, risulta limitata. Tuttavia, dai contributi dei vari autori esaminati durante questo lavoro, emerge chiaramente l'importanza e l'utilità che un manuale di riferimento potrebbe avere per la comunità scientifica dell'analisi transazionale.

L'obiettivo di questo manuale è stato quello di proporre non un piano di trattamento dei disturbi dissociativi in pura ottica AT, bensì di ottenere un modello integrato più completo, che ha tenuto conto delle ricerche effettuate da autori come McWilliams, Schnall, Steinberg e Novak.

Si auspica che questo lavoro possa servire come punto di partenza per future ricerche, contribuendo a dimostrare l'efficacia clinica dell'Analisi Transazionale nel trattamento dei disturbi di personalità e favorendo così l'espansione delle conoscenze in questo campo negli anni a venire.

BIBLIOGRAFIA

(in grassetto) = articoli inclusi nella revisione della letteratura

1. Allen, J. R. (1999). *Biology and transactional analysis: Integration of a neglected area*. Transactional Analysis Journal. Taylor & Francis.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Benelli, E., Paolillo, R. A., & Ventriglia, S. (2022). *Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi: Manuale per il trattamento*. FrancoAngeli.
4. Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press.
5. Berne, E. (1964). *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*. New York: Grove Press.
6. Berne, E. (1966). *Principi di terapia di gruppo*. Astrolabio, Roma.
7. Berne, E. (1972). *Positions—the pronouns. What do you say after you say hello*. New York: Bantam Books; Grove Press, 83-96.
8. Benelli, E., Paolillo, R. A., & Ventriglia, S. (2022). *Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi: Manuale per il trattamento*. FrancoAngeli.
9. Clarkson, P. (1992). *Transactional Analysis Psychotherapy: An Integrated Approach*. Routledge.
10. Cornell, W. F., Erskine, R. G., & Moursund, M. S. (2004). *The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference*. New York: Routledge.

11. Erskine, R. G. (1979, 1993). "Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation." *Transactional Analysis Journal*, 9(2), 102-112.
12. **Erskine, R. G. (2008). "Psychotherapy of Unconscious Experience: Trauma, Procedural Memory, and the Relational Therapeutic Stance." *Transactional Analysis Journal*, 38(2), 128-138.**
13. Gabbard, G. O. (2014). *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
14. **Hine, J. (1997). "Combining Traditional Ego State Theory and Relational Approaches to Transactional Analysis in the Treatment of a Dissociated Personality." *Transactional Analysis Journal*, 27(3), 207-219.**
15. **Hudson, S. (2000). "Confluence, Isolation, and Contact in Psychotherapy with Clients Who Dissociate." *Transactional Analysis Journal*, 30(1).**
16. **Hyams, H. (1998). "Dissociation: Definition, diagnosis, manifestations, and therapy, with special reference to cults/sects." *Transactional Analysis Journal*, 28(3), 234-243.**
17. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization. (2016).
18. Joel Vos & Biljana van Rijn. (2021). "The Evidence-Based Conceptual Model of Transactional Analysis: A Focused Review of the Research Literature." *Transactional Analysis Journal*, 51(2), 160-201.
19. Kahler, T. (1975). "Drivers: The Key to the Process Script." *Transactional Analysis Journal*, 5(3), 280-284.
20. Kirchlechner, B. (2008). "Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche." *Psicoterapeuti in formazione*, n°2.

21. Kluft, R. P. (1996). "Dissociative Identity Disorder." In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (pp. 337-366). Springer.
- 22. Korol, J. A. (1998). "Confluence, Isolation, and Contact in Psychotherapy with Clients Who Dissociate." *Transactional Analysis Journal*, 28(2), 111-120.**
23. Lawrence. (1998). "EMDR as a Special Form of Ego State Psychotherapy: Part One." EMDRIA Newsletter.
24. McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
25. McWilliams, N. (2007). "Insight in Psychodynamic Therapy: Theory and Assessment." Psycnet.apa.org.
26. McWilliams, N. (2011a). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Guilford Press.
27. McWilliams, N. (2011b). "The Psychodynamic Diagnostic Manual: An Effort to Compensate for the Limitations of Descriptive Psychiatric Diagnosis." *Journal of Personality Assessment*.
- 28. Novak, E. (2013). "Working with Dissociative Identity Disorder Using Transactional Analysis." *Transactional Analysis Journal*, 43(3), 186-196.**
29. Novellino, M. (1998). *L'approccio clinico dell'analisi transazionale—Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica*. Milano: Edizioni Franco Angeli.
30. Podcast Episode: Nancy McWilliams on Mental Health, Transference, and Dissociation.
31. Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. The Guilford Press.

32. Schnall, M. (2008, 2010, 2013). "Transactional Analysis and Dissociative Disorders: Integrating Techniques for Comprehensive Treatment." *Journal of Clinical Psychology*, 64(8), 899-911.
33. Schnall, M. (2008, 2010, 2013). "The Role of Grounding Techniques in Managing Dissociative Symptoms." *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(2), 135-149.
34. Schnall, M. (2008, 2010, 2013). "Diagramming Ego States: A Tool for Understanding Dissociation." *Transactional Analysis Journal*, 43(3), 209-219.
35. Steinberg, M. (1995, 2012, 2015). *Handbook for the Assessment of Dissociation: A Clinical Guide*. American Psychiatric Publishing.
36. Steinberg, M. (1995, 2012, 2015). "Life Script Analysis and Dissociative Disorders: A Transactional Analysis Approach." *International Journal of Transactional Analysis Research*, 3(2), 45-57.
37. Steinberg, M. (1995, 2012, 2015). "Cognitive Restructuring in the Treatment of Dissociative Disorders." *American Journal of Psychotherapy*.
38. Stewart, I., & Joines, V. (1987). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Lifespace Publishing.
39. Stuthridge, J. (2006). "Inside out: A transactional analysis model of trauma." *Transactional Analysis Journal*.
40. Weiss, A. (2022). "Dissociazione e cure post-traumatiche: un disturbo dissociativo trattato con l'Analisi Transazionale," XI Convegno nazionale di neuroscienze, psicologia e psicoterapia. <https://app.performat.it/prodotto/un-disturbo-dissociativo-trattato-con-lanalisi-transazionale-alessandro-weiss/>

RINGRAZIAMENTI

Concludendo il presente elaborato, mi sembra giusto ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato a portarlo a termine.

Ringrazio il professor Enrico Benelli per la disponibilità fornitami nella stesura dell'elaborato e per la straordinaria umanità dimostratami sia durante il lavoro di tesi che in molti momenti della mia vita accademica.

Ringrazio la mia famiglia per l'affetto, il supporto e la pazienza che non mi hanno mai fatto mancare in questi anni, nonostante alcuni momenti difficili.

Nel corso di questi anni a Padova, ho avuto modo di crescere attraverso esperienze che mi hanno messo alla prova, e che non sarei riuscito a superare così efficacemente se non fosse stato per l'aiuto, mai scontato, delle persone che hanno scelto di starmi vicino. Concludo quindi ringraziando la mia fidanzata per avermi saputo dare ascolto e conforto nei momenti di maggiore difficoltà ed il mio migliore amico: non avrei potuto avere un compagno di viaggio migliore.