

LA DISSOCIAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA: RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

Dissociation in evolutionary age: bibliographical review

C. Colombini
S. Panunzi
T.J. Carratelli*

*Reparto di Day Hospital della U.O.C., Neuropsichiatria Infantile A; *Dipartimento di Scienze Neurologiche Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva, Sapienza Università di Roma*

RIASSUNTO

Nel seguente lavoro vengono presi in esame gli apporti clinici, derivati dalle recenti ricerche sui disturbi dissociativi, a partire dalla nosografia, fino all'eziopatogenesi.

La dissociazione sarà considerata nel suo complesso sintomatologico, sia come processo normale, fisiologico, sia come conseguenza o determinante di un evento traumatico.

In particolare è messo in risalto il ruolo del trauma, le correlazioni tra questo ed il possibile esordio di sintomatologia dissociativa, le eventuali connessioni con: i disturbi dell'attaccamento, il ruolo della famiglia, le influenze genetiche, i deficit neurofisiologici, lo stress ed altri possibili fattori di rischio, senza sottovalutare implicazioni ed eventuali conseguenze.

SUMMARY

The following work discusses clinical inputs derived from recent researches regarding dissociative disorders, from nosography up to etiopathology.

The dissociation is analyzed both like a complex symptom or as a normal process, physiological, and as a consequence or determinant of a traumatic event.

In particular it highlighted the role of trauma, the correlations between this one and the potential onset of dissociative symptoms, possible connections: attachment disorders, the role of the family, genetic influences, the neurophysiological deficits, stress and other possible risk factors, without underestimating the implications and possible consequences.

INTRODUZIONE

I Disturbi Dissociativi includono alterazioni nelle funzioni integrative, dell'organizzazione dell'identità, della memoria, della percezione dell'ambiente o della coscienza¹.

L.J. West (1967), riferendosi ad un modello di rielaborazione dell'informazione, definisce la dissociazione come "un processo psicofisiologico per il quale l'informazione – in entrata, già immagazzinata, o in uscita – viene attivamente distaccata dall'integrazione, con le sue consuete o prevedibili associazioni"².

Ulteriori definizioni, fornite da studiosi dell'ipnosi, come Ernest Hilgard (1984), identificano la dissociazione come "una forma particolare di coscienza per la quale, eventi che normalmente sarebbero collegati, vengono divisi tra loro"³.

Nel diciannovesimo secolo Janet, definendo la dissociazione come una divisione all'interno della personalità, osservava che, tale "sistema di idee e funzioni", dissociato, implicava comportamenti, percezioni, emozioni, aspetti senso-motori e ricordi del tutto peculiari⁴.

La fenomenologia del sintomo dissociativo si riferisce alla perdita della

PAROLE CHIAVE

Disturbi dissociativi - Infanzia e adolescenza - Fattori di rischio - Conseguenze

KEY WORDS

Dissociative disorders - Infancy and adolescence - Factors of risk - Consequences

capacità di integrare significati e informazioni delle esperienze che il soggetto effettua. Quando la memoria è scarsamente integrata, ne risulta un disturbo definito *amnesia dissociativa*, mentre la frammentazione dell'identità determina la così detta *fuga dissociativa* o il *disturbo dissociativo dell'identità* (DID; in passato chiamato disturbo da personalità multipla). Un disturbo nella percezione comporta il *disturbo di depersonalizzazione*; la dissociazione della coscienza conduce al così detto *disturbo acuto da stress* o a vari *stati dissociativi*, quali il disturbo da trance dissociativa⁵.

Van Der Hart, in un recente studio, ha dimostrato come, dai tempi passati fino a noi, il significato originario della dissociazione è stato esteso, in seguito all'introduzione di altri fenomeni, non tipicamente considerati come dissociativi. Tra questi possiamo annoverare le alterazioni della coscienza, quali: il sognare ad occhi aperti, l'assorbimento del pensiero, la confusione immaginativa, le alterazioni della percezione temporale, le condotte tipo trance e l'ipnosi⁶.

Caratteristico il metodo utilizzato da alcuni autori, quali Steinberg e Schnall, per rappresentare il fenomeno dissociativo, ovvero quello di usare le parole riferite dai pazienti stessi: "È come guardare un film nel mio cervello: è come quando guardi un film e sei completamente assorto: e dimentichi chi sei, dove sei, che ora è, che cosa stai facendo nella tua vita". Oppure "Quando sono assorto nella lettura di un buon libro, perdo la cognizione del trascorrere del tempo"; "Sento che in qualche occasione il mio corpo non fa quello che la mia testa vorrebbe"; "Non mi sento come me stessa, mi sento come un'altra persona dentro di me"; "Un'onda emotiva veramente potente entra dentro di me e non sento il controllo di me stessa; sento che questa persona sta facendo quello che vuole e io sto in un angolo, impotente, aspettando di vedere che cosa accade"⁷.

La dissociazione non è un fenomeno sempre patologico; spesso, nella vita quotidiana, si manifestano alterazioni della coscienza e del senso di sé, quali gli stati di rilassamento preonirici, gli sport agonistici, gli automatismi; oppure, ancora, gli stati indotti dal consumo di sostanze psicotrope o le realtà virtuali offerte dal computer o dalla televisione⁸⁻¹⁰.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR 2000), utilizzando un approccio descrittivo, evidenzia

la caratteristica principale dei disturbi dissociativi nella "sconnessione delle funzioni, solitamente integrate della coscienza, memoria, identità o percezione dell'ambiente". Il DSM considera quattro disturbi dissociativi: l'amnesia dissociativa (un tempo definita amnesia psicogena), la fuga dissociativa (un tempo definita fuga psicogena), il disturbo dissociativo dell'identità (un tempo definito disturbo da personalità multipla), il disturbo di depersonalizzazione e il disturbo dissociativo non altrimenti specificato¹¹.

L'amnesia dissociativa si riferisce all'incapacità di richiamare importanti informazioni personali, in genere ricollegate ad eventi traumatici o stressogeni, troppo estesa per essere spiegata come una banale dimenticanza, spesso manifestantesi con difficoltà di attenzione e di concentrazione¹².

La fuga dissociativa, che consiste in un allontanamento improvviso da casa o da altri luoghi familiari, alla quale si accompagna un'alterazione della memoria e/o dell'identità¹³.

Il disturbo dissociativo dell'identità (DID), con una prevalenza tra 1% e 3%¹⁴, è caratterizzato dalla presenza di due o più distinte identità o personalità che, ricorrentemente, controllano il comportamento dell'individuo, mostrando il proprio pattern di modalità affettive, percettive, nei confronti di loro stesse e dell'ambiente, spesso in contrasto con le caratteristiche dell'identità primaria¹⁵. Le diverse identità esibite, nominate dal soggetto stesso "altri", in genere si presentano, improvvisamente, con marcati mutamenti nelle espressioni del viso, del tono della voce, diversa terminologia, vocabolario, gestualità, scrittura, affettività, comportamenti ecc.^{16 17}. Questi individui, comunemente, sperimentano anche un ampio range di altri sintomi, quali la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'autoipnosi, sintomi pseudo-psicotici quali, influenza passiva e/o percezione di voci provenienti da altre identità e sintomi somatoformi¹⁴.

Nel disturbo di depersonalizzazione (DPD), il soggetto sperimenta, in modo ricorrente o persistente, la sensazione di percepirsi come distaccato dal proprio corpo o dai propri processi mentali¹⁵. Questo stato, frequentemente, si accompagna alla derealizzazione, ovvero il percepire il mondo esterno come irreali. Secondo vari studi, il DPD e la derealizzazione insorgerebbero contemporaneamente nello stesso sog-

getto, quindi dovrebbero essere classificati insieme, come da ICD-10¹⁸.

Sintomi dissociativi meno comuni, riportati nelle popolazioni orientali, sono le pseudo-convulsioni, gli svenimenti per brevi periodi e movimenti inconsueti, quali lo scuotimento degli arti, l'iperventilazione, i singhiozzi e gli stati d'incoscienza¹⁹.

Molti autori si riferiscono alla dissociazione come ad una condizione unidimensionale, caratteristica frequentemente confermata dai clinici e usano i termini di *dissociazione*, *capacità dissociative* o *continuum dissociativo*, nel descrivere tali sintomi; altri, invece, interpretano la dissociazione da un punto di vista multidimensionale, come i sostenitori della *Multiscale Dissociation Inventory* (MDI)¹⁸.

Come evidenziato dall'ampia variabilità fenomenologica di questi disturbi, i sintomi attribuiti alla dissociazione sono numerosi e variamente considerati. Ulteriori evidenze della variabilità della fenomenologia dissociativa, derivano dai fattori di analisi applicati nella DES (*Dissociative Experiences Scales*, Bernstein e Putnam, 1986)²⁰, come da validazioni maggiormente recenti della DES²¹.

J.C. Nemiah, seguendo un approccio fenomenologico, descrive la dissociazione come l'esclusione dalla coscienza e l'inaccessibilità e/o difficoltà a richiamare eventi conservati nella mente, come memorie, sensazioni, sentimenti, fantasie e attitudini¹³.

C. Albasi, seguendo un approccio nosologico, chiarisce come le sindromi dissociative comprendono stati alterati delle funzioni integrative, che includono: la coscienza, la memoria, la percezione ed il senso dell'identità. I processi dissociativi sono funzioni strutturali appartenenti alla mente umana utilizzati, spesso, per gestire circostanze traumatiche e stati patologici. Ogni individuo, nella propria quotidianità, ha un proprio senso di coerenza interna, di continuità dell'esperienza personale ma, contemporaneamente, sperimenta anche stati di discontinuità. La molteplicità, come esperienza di percepirsi più o meno diversi, pur rimanendo sempre se stessi, fa parte delle società moderne. Spesso, è sperimentata dagli individui, in funzione dei diversi ruoli, contesti, relazioni interpersonali, nelle quali si trova ad agire: ora lavoratori, ora impegnati sportivi, ora in famiglia, ora ancora, in vacanza o a casa, padri o madri²².

F.W. Putnam, P.M. Coons, D. Spiegel ed altri illustri autori, pur condividendo un analogo concetto di dissociazione, hanno proposto una classificazione nosologica alternativa a quella definita nel DSM-IV-TR, dotata di maggiore validità, attendibilità e applicabilità, suddividendo i disturbi dissociativi in: Disturbo Dissociativo Semplice (con almeno tre sottotipi), Disturbo Dissociativo Generalizzato, Disturbo Dissociativo Maggiore (con due sottotipi) ed i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati²³.

TRAUMA E DISSOCIAZIONE

Secondo M.R. Barlow e J.J. Freyd, la dissociazione può essere suddivisa in due branche, la dissociazione "normale", che è transitoria e non consegue ad un evento traumatico, come si ha nell'ipnosi, nella fantasia, nelle alterazioni volontarie dell'identità (per esempio i rituali religiosi) e la dissociazione conseguente al trauma, come si presenta nella depersonalizzazione, nella confusione e nelle alterazioni involontarie dell'identità e nei sintomi somatoformi²⁴.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un grande sviluppo del riconoscimento dell'alta incidenza e diffusione del trauma infantile e delle strette correlazioni con lo sviluppo dei fenomeni dissociativi.

La sintomatologia frequentemente esibita da bambini e adolescenti esposti a traumi ripetuti e/o cronici, prolungati, quali gli abusi, fisici o sessuali, le guerre, le violenze ed i maltrattamenti in ambito comunitario e/o familiare, è rappresentata da: disturbi e deficit mnemonici, amnesie, depersonalizzazione, derealizzazione, frammentazione dell'identità²⁵ e, ancora, incubi notturni, pensieri intrusivi, flashback, ipervigilanza²⁶.

Nel secondo gruppo proposto dalla Freyd, la dissociazione si presenta come una strategia per allontanare ricordi insostenibili e gestire, così, situazioni soverchianti per l'individuo. In modo particolare, quando un bambino subisce l'abuso da un genitore o da un parente, si trova di fronte ad un conflitto: da un lato il desiderio di allontanare tale persona, dall'altra la necessità di mantenere un'ideale relazione di accudimento. In tale contesto, il minore sembrerebbe divenire cieco nei confronti del traditore, non essendo più in grado di ricordare gli eventi connessi all'abuso^{24 27}.

Secondo la teoria "Betrayal trauma", la risposta amnestica e/o dissociativa si sviluppa non per evitare il dolore,

ma al fine di mantenere la relazione di attaccamento. L'abuso commesso dal genitore o da un altro caregiver, risulta indurre dissociazione, con maggiore probabilità, rispetto ad un abuso perpetrato da un estraneo²⁴ e, inoltre, nella prima evenienza, la gravità del sintomo sarebbe maggiormente rilevante²⁸. Secondo altri studi, la severità dell'abuso sessuale non sarebbe, invece, associata alla dissociazione o ad altre psicopatologie²⁹.

La difesa dissociativa si presenta, quindi, come una modalità fondamentale di adattamento ad un evento traumatico. Nella pratica si attuerebbe tramite: l'automatizzazione del comportamento, per esempio una ridotta capacità di giudizio, pianificazione e organizzazione degli intenti o per mezzo della compartimentalizzazione delle memorie e dei sentimenti dolorosi, oppure tramite il distacco dalla consapevolezza emotiva e da se stessi³⁰.

Le informazioni, quindi, possono essere celate alla coscienza in varie modalità, prima tra tutte l'amnesia dissociativa o anche indicata come *knowledge isolation*³¹.

Diversi studi hanno messo in evidenza come, i soggetti con disturbi dissociativi, sviluppati in seguito ad un trauma, quale l'abuso in infanzia o adolescenza, sono maggiormente a rischio di soccombere in nuove vittimizzazioni²⁴, altre tipologie di trauma, oltre alla possibilità di presentare disturbi dell'attaccamento e della sfera affettiva³⁰.

Inoltre, è stato mostrato come gli individui, con un'anamnesi positiva per abuso in infanzia, nel caso in cui incombono in un nuovo evento traumatico da adulti, presentano una sintomatologia più eclatante³². Come abbiamo dedotto da questi ed altri studi, il trauma può determinare l'esordio di disturbi dissociativi, ma è possibile anche il contrario.

I sintomi dissociativi possono condurre al trauma: attraverso una riduzione dei livelli di vigilanza e allerta, per esempio, gli individui con sintomi dissociativi possono essere maggiormente vulnerabili alla violenza interpersonale^{24 30 33}.

Sebbene la dissociazione è, spesso, descritta come una risposta ad un evento traumatico, l'attuale associazione statistica, tra l'esposizione al trauma e i sintomi dissociativi, è sorprendentemente bassa³³. Il trauma è una condizione molto importante, ma non sufficiente a determinare l'insorgenza della sintomatologia dissociativa.

La relazione esistente tra il trauma e la sintomatologia dissociativa è, probabilmente, influenzata da altre variabili, quali gli alti livelli di stress post traumatico¹ e le ridotte capacità individuali di regolare gli affetti, fattori che possono determinare se l'esposizione al trauma conduce a livelli clinicamente significativi di dissociazione³³.

Uno studio, condotto da J. Macfie ed altri, su bambini in età pre-scolare, mostra come i bambini maltrattati, in particolare i piccoli vittima di abuso fisico e/o sessuale, manifestano maggiore sintomatologia dissociativa, rispetto ai pari non maltrattati³⁴.

Alcune ricerche evidenziano, nelle influenze genetiche^{27 28} ed in alcune alterazioni biologiche, quali la riduzione del volume ipocampale^{14 15 26 30} o l'incremento dell'attività nel lobo temporale sinistro¹⁷, fattori rilevanti nel determinare l'insorgenza della dissociazione.

Un significativo fattore di rischio per lo sviluppo di depersonalizzazione è la presenza, in anamnesi o attuale, di altri disturbi psichiatrici, quali depressione, ansia e attacchi di panico¹⁸.

Altri precursori importanti nell'evoluzione, verso l'esordio di una sintomatologia dissociativa, sono i pattern di dinamiche comunicative, tra genitori e figli e, in modo peculiare, le condotte evidenziando uno stile di attaccamento di tipo insicuro¹³ o disorganizzato^{35 36}. Gli studi, condotti da Lyons-Ruth e Dutra, evidenziano come, la mancanza di coinvolgimento materno nella cura del piccolo, tra le mura domestiche nel primo anno di vita e un'interruzione nella comunicazione affettiva, nei laboratori di studio, ad un anno e mezzo e l'attaccamento disorganizzato contribuiscono significativamente a predire lo sviluppo di sintomi dissociativi in giovane età³⁷.

Secondo studi più recenti, le interazioni tra genitori e figli e la dimensione delle cure materne, più dell'entità dell'attaccamento disorganizzato, rappresenterebbero forti predittori della dissociazione in giovane età, specialmente quando il caregiver mostra un ritiro dal contatto emotivo, insensibilità alle richieste, comportamenti contraddittori o disorientati³⁷.

Il trauma, quindi, è probabilmente una condizione importante, ma non sufficiente, per condurre all'esordio di una sintomatologia dissociativa: oltre a quelli analizzati, ulteriori fattori di rischio sono coinvolti quali, l'abuso di sostanze, l'ipersensibilità allo stress, ridotte capacità di regolare gli stati affettivi negativi³³.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Kaplan R. *Dissociative identity disorder*. Serendip 2008.
- 2 West IJ. *Dissociative reaction*. In: Freedman AM, Kaplan HI, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Second Edition. Baltimore: Williams and Wilkins 1967, pp. 885-899.
- 3 Hilgard ER. *The hidden observer and multiple personality*. *Int J Clin Exp Hypn* 1984;32:248-53.
- 4 Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan 1889.
- 5 Spiegel D, Maldonado JR. *Dissociative Disorders*. In: Bourgeois JA, Hales RE, Young JS, Yudofsky SC, eds. *Board Review Guide for Psychiatry*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2009.
- 6 Van Der Hart O, Nijenhuis ERS, Steel K. *Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex PTSD*. *J Trauma Stress* 2005;18:2-15.
- 7 Steinberg M, Schnall M. *The Stranger in the Mirror: Dissociation*. New York: Harper Collins 2000.
- 8 Butler LD. *Normative Dissociation*. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29:45-62.
- 9 Jones DE. I, *Avatar: Constructions of Self and Place in Second Life and the Technological Imagination*. *Journal of Communication, Culture & Technology* 2006;6:1-32.
- 10 Toronto E. *Time out of mind: Dissociation in the virtual world*. *Psychoanal Psychol* 2009;26:117-33.
- 11 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- 12 Becker-Blease KA, Deater-Deckard K, Eley T, et al. *A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence*. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:522-32.
- 13 Briere J, Weathers FW, Runtz M. *Is Dissociation a Multidimensional Construct? Data From the Multiscale Dissociation Inventory*. *J Trauma Stress* 2005;18:221-31.
- 14 Vermetten MD, Schmahl C, Lindner S, et al. *Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder*. *Am J Psychiatry* 2006;163:1-8.
- 15 Ray AB, Johnson A, O'Hagen S, et al. *Dissociative identity disorder and the brain: a brief review*. *alpha.fdu.edu/psychweb* 2003;16-17:11-8.
- 16 Swartz A. *Dissociative Identity Disorder*. *AllPsych Journal* 2001.
- 17 Sheehan W, Sewall B, Thurber S. *Dissociative identity disorder and temporal lobe involvement: replication and a cautionary Note*. *Priory.com* 2006.
- 18 Baker D, Hunter E, Lawrence E, et al. *Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases*. *Br J Psychiatry* 2003;182:428-33.
- 19 Prabhuswamy M, Jairam R, Franz P, et al. *A systematic chart review of inpatient population with childhood dissociative disorder*. *Ment Health* 2006;2:72-77.
- 20 Bernstein EM, Putnam FW. *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-34.
- 21 Santo HE, Abreu JLP. *Portuguese validation of the Dissociative Experiences Scale (DES)*. *J Trauma Dissociation* 2009;10:69-82.
- 22 Albasi C. *Psicopatologia per psicologi. Una breve introduzione*. Roma: Fioriti 2006.
- 23 Dell Paul F, Cardena E, Coons PM, et al. *Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. Commentaries. Author's reply*. *J Trauma Dissociation* 2001;2:7-72.
- 24 Barlow MR, Freyd JJ. *Adaptive dissociation: Information processing and response to betrayal*. *Critical Issues* 2007;25:5-7.
- 25 Van Der Kolk BA. *Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. *Psychiatric Annals* 2005;3:401-8.
- 26 Bremner JD. *The lasting effects of psychological trauma on memory and the hippocampus*. *Psychiatry and the Law, Annual Meeting, Boston MA, Oct. 25, 2001*. www.lawandpsychiatry.com/html/hippocampus.htm
- 27 Becker-Blease KA, Deater-Deckard K, Eley T, et al. *A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence*. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:522-32.
- 28 Hexell M, Wiesnagrotzki S, Sonneck G. *Psychiatric disorders and traumatic life events*. *German J Psychiatry* 2004;7:28-34.
- 29 Kisiel CL, Lyons JS. *Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents*. *Am J Psychiatry* 2001;158:1034-9.
- 30 Cook A, Spinazzola J, Ford J, et al. *Complex trauma in children and adolescents*. *Psychiatric Annals* 2005;35:390-8.
- 31 Freyd JJ, De Prince AP, Gleaves DH. *The state of betrayal trauma theory: reply to McNally-Conceptual issues and future directions*. *Memory* 2007;15:295-311.
- 32 Dalenberg CJ, Paresh OG. *Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in Russian college students*. *Science Direct* 2004;28:461-74.

- ³³ Briere J. *Dissociative symptoms and trauma exposure: specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress.* J Nerv Ment Dis 2006;194:78-82.
- ³⁴ Macfie J, Cicchetti D, Toth SL. *The development of dissociation in maltreated preschool-aged children.* Dev Psychopathol 2001;13:233-54.
- ³⁵ Lyons-Ruth K. *Dissociation and the parent-infant dialogue: a longitudinal perspective from attachment research.* J Am Psychoanal Assoc 2003;51:883-911.
- ³⁶ Thomas PM. *Dissociation and internal models of protection: psychotherapy with child abuse survivors.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2005;42:20-36.
- ³⁷ Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, et al. *From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?* Psychiatr Clin North Am 2006;29:63-88.

Corrispondenza: C. Colombini, via Pietro Mengoli 23, 00146 Roma - Tel. +39 06 5574892 - E-mail: dafnecol@alice.it