

LA PSICOTERAPIA DEI DISTURBI DISSOCIATIVI: DALLE TECNICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI ALL'APPROCCIO EMDR

Giuseppe Miti* e Antonio Onofri**

- * Psichiatra, Psicoterapeuta SITCC, Operatore EMDR, Docente ARPAS, Responsabile dell'ambulatorio per la psicoterapia breve del Disturbo Post-traumatico da Stress del Servizio Psichiatrico dell'Ospedale San Camillo-Forlanini in Roma, Membro dell'ISST-D e dell'ESTD.
- ** Psichiatra, Titolare dell'Ambulatorio per lo Studio e il Trattamento dei Disturbi da Stress Post-Traumatico del Servizio Psichiatrico dell'Ospedale Santo Spirito in Saxia di Roma, Psicoterapeuta Didatta della SITCC, Supervisore EMDR, VicePresidente della Associazione Italiana per l'EMDR, Socio Fondatore e Membro del Direttivo della SISST, Docente ARPAS, Centro Clinico De Sanctis di Psichiatria e Psicoterapia.

Riassunto

Gli Autori illustrano i principi fondamentali nel trattamento dei Disturbi Dissociativi, nell'ottica della psicoterapia cognitivo-evolutionista. Descrivono la cosiddetta "Terapia per fasi", caratterizzata dalla iniziale ricerca della stabilizzazione del paziente e da una riduzione sintomatologica; quindi da una fase centrale di elaborazione dei traumi relazionali e complessi considerati frequentemente alla base degli stati dissociativi; infine dalla integrazione e ricerca di una "crescita post-traumatica". Gli Autori prendono in esame le diverse strategie e tecniche più frequentemente utilizzate, da quelle legate al lavoro terapeutico sul corpo ai gruppi di mutuo aiuto, dalla psicofarmacologia all'ipnosi. Una parte significativa dell'articolo è dedicata all'uso dell'approccio EMDR nel trattamento degli stati dissociativi.

Parole chiave: dissociazione, disturbi dissociativi, psicoterapia cognitivo-evolutionista, attaccamento disorganizzato, EMDR.

PSYCHOTHERAPY OF DISSOCIATIVE DISORDERS: FROM COGNITIVE-BEHAVIORAL TECHNIQUES TO EMDR APPROACH

Abstract

The Authors show the fundamental principles in the treatment of the Dissociative Disorders, in the perspective of the Cognitive-Evolutionary Psychotherapy. They describe the so called "Staged Therapy", characterized by a starting phase toward the stabilization of the patient and the symptomatology's reduction; by a central phase of processing of the relational and complex traumas often grounding the dissociative states; and then by an integration and a "post-traumatic growing". The Authors examine the different strategies and techniques, most frequently used, from the therapeutical body work till self-help groups, from psychopharmacology till hypnosis. A significant part of the article show the importance of the EMDR approach in the treatment of dissociative states.

Key words: dissociation, dissociative disorders, cognitive-evolutionary psychotherapy, disorganized attachment, EMDR.

Negli ultimi anni sono comparsi molti e rilevanti contributi nel campo della diagnosi, dell'inquadramento psicopatologico e della terapia dei disturbi dissociativi (d'ora in poi, DD), in considerazione anche del notevole lavoro di ricerca e di riflessione teorica avviatosi al fine di comprenderne le cause e i meccanismi patogenetici.

Se molto c'è ancora da fare, possiamo però affermare che al momento attuale almeno i principi di base del trattamento sembrano delinearli con chiarezza tra i clinici esperti di tutti il mondo.

Tuttavia, anche in questo campo, come forse in nessun altro della psicoterapia, sembra valere l'assunto che non c'è un unico trattamento "standard" che possa andare bene per tutti i pazienti che pure condividono la stessa diagnosi. Ogni singola esperienza terapeutica con un paziente affetto da un disturbo dissociativo appare il più delle volte come assolutamente unica ed irripetibile, essendo il trattamento della sintomatologia sempre da "ritagliare" attentamente, e in maniera esclusiva, sul singolo paziente. La terapia dei DD si presenta davvero come un'arte nella quale il terapeuta deve fare affidamento sulla massima ecletticità e creatività, dando fondo a tutte le proprie risorse e capacità.

Nel presente contributo, ricorderemo pertanto diverse tecniche e modalità di trattamento, non perché un bravo terapeuta debba conoscerle o utilizzarle tutte, ma perché più potrà ricorrere a risorse differenti, più sarà in grado di far fronte alle difficoltà che inevitabilmente si presenteranno. Ad esempio, con pazienti che insieme alla sintomatologia dissociativa presentano disturbi nel controllo degli impulsi o comportamenti autolesivi, può essere utile conoscere i fondamenti della Terapia Dialettica Comportamentale di Marsha Linehan (1993). Alcuni terapeuti possono impiegare tecniche ipnotiche per aiutare il paziente a calmarsi, rassicurarlo o rinforzarne alcune competenze. Altri Autori – e noi con loro - sostengono che utilizzare l'EMDR nel lavoro di elaborazione dei traumi con pazienti dissociativi possa costituire una modalità terapeutica spesso più efficace, più protettiva, e che riduce il rischio di reazioni negative permettendo così l'elaborazione di ricordi altrimenti troppo dolorosi (Twombly 2000; Maxfield & Hyer 2002). In altri casi, i pazienti possono giovare di interventi familiari o di coppia. Anche il ricorso alla terapia farmacologica, soprattutto nei momenti di crisi, può divenire una risorsa preziosa.

Disturbi Dissociativi e sintomatologia dissociativa

È appena il caso di ricordare come al fine di mettere a punto una corretta strategia terapeutica, vadano distinti i casi di disturbi appartenenti ad altre aree della nosografia psichiatrica che si presentino *anche* con sintomatologia dissociativa, i disturbi dello spettro post-traumatico complicati da sintomatologia dissociativa e i Disturbi Dissociativi veri e propri, così come essi sono elencati e descritti nel DSM IV-TR.

La loro concettualizzazione e la formulazione di un attento e personalizzato Piano Terapeutico appare sempre più come la premessa fondamentale affinché il trattamento risulti efficace: in alcuni casi la dissociazione costituirà il centro stesso dell'intervento, in altri una sintomatologia emergente da affrontare ricorrendo a tecniche specifiche all'interno di un percorso terapeutico più ampio, in altri ancora un sintomo periferico suscettibile di miglioramento assieme alla scomparsa del problema principale per il quale il paziente ha richiesto l'intervento (Liotti 1993).

Anche se i principi fondamentali della terapia valgono per diverse categorie diagnostiche, vanno tenute ben presenti le differenze significative in termini di gravità e durata dei diversi quadri clinici, soprattutto quando cercheremo di applicare questi principi terapeutici alla elaborazione e al trattamento dei disturbi dissociativi dell'identità.

Memoria e dissociazione traumatica

La letteratura sembra concordare grandemente nel ritenere la dissociazione come la conseguenza di eventi e situazioni traumatiche cui l'individuo sarebbe stato esposto, soprattutto durante lo sviluppo.

Nei pazienti con dissociazione traumatica, i ricordi sono frammentati e scarsamente integrati negli schemi generali della mente del paziente, caratterizzati da sensazioni e affetti frammentati e intensi, spesso con nullo o scarso contenuto verbale (Van der Kolk et al. 2001).

Confrontarsi con questi ricordi traumatici ed integrarli diventa quindi l'obiettivo centrale della terapia: centrale sia perché fondamentale sia perché nel mezzo di un percorso terapeutico, come vedremo più avanti. Tale obiettivo implica il dover imparare a tollerare sempre di più gli affetti associati che tendono a sommergere e sovrastare il paziente con le loro sensazioni corporee, il trovare le parole per descriverle, infine il poterle integrare nel contesto delle normali esperienze e degli schemi mentali preesistenti.

Anche se sono molto differenti i nomi che sono stati usati nel campo della psicoterapia per descrivere questo processo (abreazione, elaborazione, desensibilizzazione, esposizione, decondizionamento, etc.) i principi essenziali rimangono sostanzialmente gli stessi e nella pratica terapeutica sono molto diffusi approcci tendenzialmente eclettici che utilizzano punti di vista psicodinamici, interpersonali, tecniche cognitivo-comportamentali, l'EMDR (sempre più spesso), l'ipnosi (sempre più di rado) o l'immaginazione guidata. E anche chi fa uso di approcci psicodinamici sembra ormai rifiutare l'idea che il trauma provochi un conflitto intrapsichico a causa della soddisfazione inconscia di paure e desideri inconsci.

Allo stesso modo il sostegno sociale e interpersonale è riconosciuto unanimemente come fondamentale per aiutare il paziente a tollerare le emozioni negative e allo stesso tempo per confrontarsi con differenti punti di vista al fine di rielaborare e riorganizzare i significati attribuiti all'esperienza.

Le tecniche cognitivo-comportamentali possono essere particolarmente utili per il controllo di alcuni sintomi, per esempio per gestire le attivazioni ansiose e le crisi di ira, per ristrutturare i pensieri negativi, o per migliorare la comunicazione interpersonale.

L'immaginazione guidata e l'ipnoterapia offrono la possibilità di accedere ai ricordi e di sperimentare le emozioni frazionando l'esposizione al materiale traumatico.

Un discorso a parte merita infine l'EMDR, riconosciuto sempre più spesso come un approccio innovativo ed elettivo per la terapia degli stati post-traumatici (Chambless et al. 1998), ideato da Francine Shapiro e messo a punto nel 2001, basato su una stimolazione sensoriale bilaterale che avviene contemporaneamente alla esposizione immaginativa alla esperienza traumatica.

Il trattamento del PTSD Complex

Se è vero che la gran parte dei contributi scientifici relativi al trattamento del PTSD esclude dai campioni presi in esame proprio quei casi complicati da sintomatologia dissociativa, emerge invece una certa sovrapposizione tra gli studi di efficacia –sicuramente ancora non molto numerosi – riferiti ai Disturbi Dissociativi e le ricerche cliniche riguardanti i casi che vengono definiti di *PTSD Complex* o di *DESNOS*, cioè Disturbo da Stress Estremo non altrimenti specificato (Herman 1992a; 1992b), per usare diagnosi ormai di grande impiego tra i clinici del settore, ampiamente riconosciute ma non ancora inserite nella nosografia ufficiale, che appunto preve-

dono tra i propri criteri diagnostici una importante dimensione dissociativa, oltre a deficit nel funzionamento e nelle capacità relazionali, che possono interferire grandemente con la possibilità da parte del paziente di elaborare attivamente le proprie memorie traumatiche.

Come vedremo, è infatti necessario innanzitutto porsi l'obiettivo di creare le condizioni affinché il paziente possa ripercorrere gli eventi traumatici, esporsi alle potenti emozioni ad essi collegate, tollerando questi sentimenti e rimanendo quindi funzionale, oltre che impegnarsi nella relazione terapeutica spesso portatrice essa stessa di emozioni in grado di riattivare aspettative e schemi relazionali conseguenti alle esperienze di abuso (Dworkin 2005).

In altre parole, prima di elaborare direttamente le esperienze traumatiche, i pazienti dovranno raggiungere un grado di funzionamento dell'Io che permetta loro di regolare sufficientemente le emozioni e controllare gli impulsi, di impegnarsi con relativa fiducia nella relazione terapeutica e di sviluppare almeno un qualche senso positivo di sé e delle proprie vite.

Tali considerazioni implicano, come vedremo più avanti, la messa a punto di una strategia terapeutica complessa e suddivisa in fasi.

La Psicoterapia dei Disturbi Dissociativi e i trattamenti *evidence-based*

Mentre sono ormai moltissimi gli articoli che presentano meta-analisi degli studi pubblicati nel campo della psicoterapia del PTSD (Bradley et al. 2005; Cloitre 2009), sono decisamente di numero inferiore – sebbene anch'essi numerosi – quelli che prendono in esame i trattamenti per i Disturbi Dissociativi (Brand et al. 2009).

Va del resto segnalato che gran parte dei trattamenti proposti per i Disturbi Dissociativi sono mutuati da quelli validati per la terapia del PTSD.

Tra l'altro, per quanto riguarda quest'ultimo, dalla letteratura non sembrano emergere sempre con la necessaria chiarezza il tipo e il numero dei pazienti esclusi dagli studi. Per questo motivo non appare lecito dedurre *sic et simpliciter* che i trattamenti indicati dalla letteratura come efficaci per il PTSD risultino tali anche per il PTSD Complex o ancor più per i Disturbi Dissociativi, dove l'impatto della sintomatologia sull'intera personalità appare ancor più pervasivo.

Progressi innegabili sono stati compiuti soprattutto nell'applicazione di tecniche cognitive - comportamentali (Martinez-Taboas & Rodriguez-Cay 1997), cognitive-analitiche (Kellet 2005) e nell'approccio EMDR (Young 1994). Dagli studi emerge che i pazienti trattati hanno mostrato grandi miglioramenti, compresa una maggiore integrazione della personalità (Sar et al. 2002; Coons & Bowman 2001). Il trattamento risulterebbe efficace nel ridurre, oltre ai sintomi dissociativi stessi, anche l'ansia, la depressione, le somatizzazioni (Ellason & Ross 2004).

Sebbene l'efficacia mostrata sui Disturbi Dissociativi risulti paragonabile a quella riscontrata su popolazioni di donne con PTSD cronico vittime di abuso sessuale infantile (Brand et al. 2009), resta la necessità di indagarne ulteriormente l'applicazione dei suddetti modelli di intervento nel campo dei disturbi dissociativi e su popolazioni cliniche particolarmente difficili da trattare e complesse come le vittime di abuso prolungato durante l'infanzia o di tortura (Cloitre 2009). Infatti, la maggioranza degli studi continua a presentare sostanziali debolezze metodologiche (campioni esigui, misurazioni non standardizzate etc.).

Riassumendo, i dati disponibili in letteratura indicano che un numero piuttosto consistente di pazienti dissociativi rimane sintomatico anche dopo il trattamento: all'incirca due terzi migliora significativamente, mentre un terzo cronicizza inesorabilmente. L'ideazione suicidaria, i sintomi ansioso depressivi e la *hopelessness* andrebbero incontro ad una più precoce remissio-

ne, grazie al trattamento, che non i sintomi dissociativi stessi (Ellason & Ross 2004).

Appare infine il caso di ricordare che sono in corso studi di validazione di approcci particolarmente innovativi come la psicoterapia senso motoria (Ogden, Minton, Pain 2006) o le terapie che utilizzano la realtà virtuale (Difede et al. 2007; Basoglu et al. 2007) o interazioni audio/video (Frueh et al. 2007). Per una rassegna vedi anche Courtois & Ford (2009).

Le Linee Guida dell'ISST-D

La Società Internazionale per lo Studio della Dissociazione e del Trauma (ISST-D) ha pubblicato nel 2005 la revisione delle linee guida del trattamento dei DD sulla propria rivista ufficiale, il *Journal of Trauma and Dissociation* (2005), proponendo dei principi base certamente condivisibili ed utilizzabili almeno come criteri clinici orientativi in ogni terapia dei disturbi dissociativi.

Nel presente articolo seguiremo le linee guida dell'ISST-D, contaminandole con le procedure della cosiddetta "terapia per fasi" e facendo riferimento alle peculiarità offerte dalla teoria dei sistemi motivazionali (Liotti, Mollon, Miti 2005).

Vi è ampio consenso nell'opinione degli esperti che l'obiettivo del trattamento, dovrebbe essere un funzionamento maggiormente *integrato*. Per *integrazione* si fa riferimento alla necessità di lavorare, nel corso del trattamento, sui processi mentali dissociati. Kluft (1999) definisce l'integrazione come "un processo in divenire nella tradizione psicoanalitica sul cambiamento strutturale, cioè qualcosa che si snoda durante tutto il corso della terapia, prima ancora e anche dopo che ogni separazione sia stata cancellata".

In ogni caso, la terapia degli stati dissociativi è considerata dalla stragrande maggioranza degli specialisti un trattamento lungo, multimodale, relativamente eclettico.

La frequenza minima di sedute è in genere di uno o due incontri a settimana, con molti esperti che ne raccomandano almeno due o più, al fine di compiere un lavoro sufficientemente intenso di elaborazione dei traumi correlati mantenendo al tempo stesso il focus dell'intervento sulla vita quotidiana attuale del paziente.

La terapia in fasi

Diversi autori concordano sulla necessità di individuare una gerarchia di passi e obiettivi terapeutici (Chu 1992b 1998; Courtois 1999; Herman 1992b; van der Kolk et al. 1996): il modello di trattamento a tutt'oggi maggiormente condiviso prevede una strutturazione terapeutica suddivisa in diverse fasi e una particolare attenzione alla relazione terapeutica (Dworkin 2005), ai sistemi di credenze inconse e alla struttura ed esperienza di sé del paziente piuttosto che alla esplorazione degli eventi traumatici di per sé.

Questo modello non è così nuovo come potrebbe sembrare, se già Janet aveva sviluppato l'idea di un trattamento in stadi consecutivi (Van der Hart, Brown & Van der Kolk 1989).

La prima fase del trattamento è dedicata alla costruzione dell'alleanza terapeutica (di una relazione all'interno della quale il paziente possa sentirsi al sicuro), alla stabilizzazione e alla riduzione dei sintomi.

La fase intermedia è focalizzata sull'elaborazione dei ricordi relativi ai traumi subiti.

La terza e ultima fase mira all'integrazione della personalità e alla riabilitazione relazionale, in particolare alla progressiva integrazione delle funzioni mentali dissociate e allo sviluppo

delle capacità relazionali e della cura di sé, e alla crescita personale.

Tale sequenza non è strettamente lineare: sebbene vi sia un orientamento “per fasi” nel trattamento, esso segue piuttosto un andamento a spirale, con un avvicinarsi dei temi delle tre fasi.

In questo senso la conoscenza dello stile di attaccamento disorganizzato (Monticelli et al. 2008) può rivelarsi estremamente utile come guida per lo psicoterapeuta nella scelta dei modi e dei tempi di questa alternanza in accordo alle peculiarità individuali del paziente.

Va comunque ricordato che i migliori risultati si ottengono nei pazienti che si sforzano in ogni modo di mantenere un controllo su di sé e sulle proprie vite e portano avanti il costante tentativo di “normalizzare” la propria esistenza.

Prima fase: costruzione dell'alleanza terapeutica, stabilizzazione e riduzione dei sintomi.

In questa prima fase, volta alla stabilizzazione del quadro, si ricorre spesso ad una impostazione psicoeducazionale, per esempio anche consigliando al paziente delle letture specifiche sull'argomento (Herbert & Didonna 2006), fornendo informazioni e spiegazioni volte alla cosiddetta “normalizzazione” della sua esperienza, in altre parole tese alla comprensione in termini psicologici e di storia di sviluppo, alla formulazione di ipotesi e di un piano terapeutico condiviso attraverso l'individuazione di quelli che possono essere i primi obiettivi del trattamento verso i quali collaborare.

È innanzitutto importante una attenta valutazione del paziente, non solo per quanto riguarda un approfondimento diagnostico, la sintomatologia, il rischio suicidario, l'indicazione per un trattamento farmacologico o per un periodo di ospedalizzazione, la storia di vita e la eventuale familiarità psichiatrica, ma anche le attuali condizioni lavorative, economiche, alloggiative etc. e il sostegno sociale disponibile.

È impensabile iniziare un lavoro terapeutico vero e proprio fin quando sussistono precarietà e grave incertezza delle condizioni di vita, come spesso accade nei casi di vittime di tortura richiedenti asilo o protezione internazionale, rifugiati, profughi provenienti da zone di guerra o di estrema miseria, etc.

Si cerca quanto prima di dare il via a comportamenti di auto-cura da parte del paziente, invitandolo a seguire per quanto possibile una corretta alimentazione e una necessaria idratazione, evitando il ricorso all'alcool o ad altre sostanze di abuso, oltre alla ricerca ove possibile di un contatto sociale di sostegno, di attività ricreative e di svago. Tra queste, Van der Kolk et al. (1996) ricordano l'utilità di instaurare un programma di moderato esercizio fisico e ginnico come risorsa anti stress e di contatto col proprio corpo. Le tecniche cognitive e comportamentali di gestione dell'ansia appaiono particolarmente utili in questa prima fase, così come l'inserimento in gruppi di meditazione come la *mindfulness* (Didonna & Kabat Zinn 2009).

Chu (1992b; 1998) propone l'acronimo SAFER (*Self Care and Symptom Control, Acknowledgement, Functioning, Expression and Relationships*) per ricordare gli obiettivi di questa prima fase del trattamento.

Self Care: L'autoaccudimento e l'attenzione alle proprie necessità anche di tipo fisiologico costituisce, come dicevamo, un obiettivo di primaria importanza nel trattamento, già da questa prima fase.

Symptom Control: la riduzione dei sintomi dissociativi viene ricercata attraverso l'apprendimento da parte del paziente delle cosiddette “tecniche *grounding*”, che consistono essen-

zialmente nella ricerca di stimoli sensoriali forti, attivamente prodotti, in grado di riportare alla realtà e al momento presente il paziente contrastando soprattutto il frequente effetto “*numbing*” tipico dei DD: a questo fine è importante anche in terapia mantenere una adeguata illuminazione della stanza, conservare il contatto oculare, ricorrere ad una attenta osservazione ed etichettamento degli oggetti o dei quadri presenti nella stanza, alla descrizione di immagini, oppure alle tecniche di stimolazione sensoriale e corporea autoprodotta (musiche, odori forti, esercizi corporei di *stretching* etc.). Queste tecniche hanno anche il senso di addestrare il paziente a riconoscere sempre meglio e sempre più precocemente i momenti l’insorgere dei sintomi dissociativi (soprattutto della derealizzazione e della depersonalizzazione) e ad aumentare il suo senso di padronanza rispetto ai sintomi, formulando piani e strategie per i momenti di crisi (Chu 2007).

Acknowledgement: Anche attraverso la psicoeducazione e il lavoro di chiarificazione, si cerca di ottenere il riconoscimento, da parte del paziente, dell’esperienza di abuso – ovviamente ove questo viene ricordato - e una corretta attribuzione della sua importanza e del suo significato nella propria vita, insieme alla consapevolezza delle conseguenze dell’abuso stesso.

Functioning: Con questo termine intendiamo il mantenimento di un sufficiente funzionamento, come antidoto alla regressione. In altre parole, il sottolineare l’importanza per il paziente di mantenere una rete sociale, un impiego, un programma di istruzione, la eventuale partecipazione a gruppi come Alcolisti Anonimi o a programmi di residenzializzazione parziale.

Expression: Spesso i ricordi traumatici vengono sperimentati come “indicibili” in quanto collegati principalmente all’attività non verbale del cervello destro (Schiffer et al. 1995). Con questo termine intendiamo quindi la acquisizione graduale della capacità da parte del paziente di verbalizzare i propri intensi sentimenti e di comunicarli. L’obiettivo è quindi quello di ridurre la *alexitimia* nel paziente.

Relationships: La terapia con un paziente dissociativo comporta quasi sempre una continua rinegoziazione della alleanza terapeutica, aiutando il paziente a sviluppare e perseguire un senso di collaborazione e di cooperazione paritetica.

I gruppi di auto-aiuto

Nel corso di questa prima fase appare indicato anche l’utilizzo di gruppi terapeutici e di auto-aiuto dove i pazienti possano ricevere informazioni sulla propria sintomatologia, confrontare le proprie esperienze e soprattutto contrastare il senso di isolamento ed estraneità che è uno dei sentimenti più diffusi nelle situazioni post-traumatiche e dissociative.

Psicofarmaci e terapia dei Disturbi Dissociativi

La terapia farmacologica non rappresenta un trattamento di elezione per gli stati dissociativi. In genere, infatti, i pazienti dissociati assumono psicofarmaci solo come uno degli elementi che compongono l’intervento (Putnam & Loewenstein 1993).

La valutazione di una adatta terapia farmacologica rientra nell’ottica della ricerca di una stabilizzazione quanto più possibile precoce del paziente che consenta di procedere verso interventi mirati alla elaborazione dei traumi connessi alla dissociazione (Mc Farlane 2001).

Al momento, infatti, non sono disponibili farmaci in grado di agire elettivamente sui sintomi dissociativi. Il ricorso alla terapia farmacologica è però giustificato per ridurre la sintomatologia intrusiva, ansioso-depressiva, l’irritabilità e l’impulsività spesso presenti, l’insonnia, le altera-

zioni dell'umore etc, associate al disturbo principale e per raggiungere una maggiore stabilizzazione emotiva del paziente, aumentando così la sua capacità di aderire al trattamento psicoterapeutico (Farma 2006).

Anche nel caso della terapia farmacologica dei Disturbi Dissociativi, ci si orienta *in primis* verso quei farmaci che hanno mostrato prove di efficacia nel trattamento del PTSD (Stein et al. 2009): antidepressivi SSRI come sertralina e paroxetina, registrati per la terapia del PTSD sia in Europa sia negli Stati Uniti (Penava et al. 1996; Stein et al. 2006), ma anche mirtazapina (Davidson et al. 2003) e venlafaxina (Davidson et al. 2006a; Davidson et al. 2006b), così come anticonvulsivanti con effetto di stabilizzazione dell'umore e antipsicotici di ultima generazione (Stein et al. 2006), come olanzapina (Stein et al. 2003) e risperidone (Bartzokis et al. 2005).

I medici che prescrivono i farmaci suddetti dovrebbero rendere il paziente consapevole – come parte di un consenso informato – che i protocolli di trattamento con psicofarmaci nei disturbi dissociativi sono perlopiù terapie empiriche e sono indicati per affrontare solo determinati sintomi.

Anche nel caso della farmacoterapia, pertanto, appare assolutamente necessario poter disporre in futuro di studi controllati e metodologicamente corretti che indichino precise linee guida per il trattamento psicofarmacologico dei disturbi dissociativi.

Attaccamento Disorganizzato e relazione terapeutica

Fin dall'inizio del trattamento, deve essere posta la massima attenzione allo stabilire un'alleanza terapeutica e alla psicoeducazione del paziente riguardo alle sue difficoltà e allo stesso processo terapeutico. Soprattutto con pazienti affetti da DD gravi o PTSD complesso, le prime sfide riguardano tutti i comportamenti autodistruttivi o parasuicidari. In questi casi, una sorta di contratto di sicurezza deve essere concordato in modo chiaro e diretto e dovrebbe includere: 1) far comprendere al paziente la necessità di sicurezza perché il trattamento sia efficace; 2) identificare tutti i comportamenti che possono nuocere al paziente, chiarendo le connessioni tra gli stati interni e i comportamenti aggressivi, sessuali, alimentari, autolesivi o di gioco d'azzardo; 3) negoziare un accordo su questo punto affinché il paziente rimandi i comportamenti dannosi e/o trovi strategie alternative per la gestione dei problemi; 4) utilizzare strategie di gestione del sintomo come le *grounding techniques*, l'autoipnosi, la *mindfulness*, il ricorso ai farmaci appositamente prescritti per fornire alternative ai comportamenti dannosi; 5) pianificare trattamenti specifici per i disturbi del comportamento alimentare o da abuso di sostanze; 6) convincere il paziente a cercare trattamenti in condizioni di massima sicurezza, incluso il ricovero, per prevenire la possibilità di far del male a sé o ad altri.

Bisogna dire che molti pazienti possono rimanere in questa prima fase del lavoro per molto tempo e talvolta per tutta la durata del trattamento. Possono cioè avere un considerevole miglioramento nella sicurezza personale e nel funzionamento generale, ma non sono in grado di partecipare ad una estesa, emotivamente intensa e dettagliata esegesi della loro storia traumatica di vita.

In generale, i pazienti dissociati tendono ad aspettarsi che coloro che svolgono una funzione accudente nei loro confronti siano soggetti a improvvisi e drammatici cambiamenti del comportamento. Tale aspettativa riflette la loro esperienza di essere stati abusati o abbandonati dai loro *caregiver* primari. Nei termini della teoria dell'attaccamento, tali aspettative, che riflettono la precoce esperienza relazionale di questi pazienti, fanno sì che ogni qual volta il loro sistema di attaccamento si attiva, essi tendono inconsciamente a spostarsi o a cambiare tra modelli ope-

rativi interni reciprocamente dissociati per organizzare la propria esperienza e il proprio comportamento. Liotti (1999) ha ipotizzato che tali spostamenti possano essere letti attraverso il modello del “triangolo drammatico” nel quale tre diverse strutture narrative che rappresentano l’interazione di sé-con-l’altro si alternano vicendevolmente: la prima struttura rappresenta il tema dell’importanza di sé e/o dell’altro (tema della vittima), la seconda struttura narrativa è definita dal tema del persecutore e la terza dal tema del salvatore.

Ogni qual volta il triangolo drammatico interviene per regolare l’esperienza emotiva e la narrativa interiore, le funzioni integrative della mente (l’abilità metacognitiva, la teoria della mente, l’auto-riflessione) sono ostacolate.

La relazione terapeutica è particolarmente adatta a facilitare l’attivazione del sistema di attaccamento. Ciò significa che nel corso della psicoterapia il paziente tenderà con elevata frequenza ad utilizzare il triangolo drammatico per rappresentare sé e lo psicoterapeuta in interazione, con conseguente impedimento delle abilità metacognitive ed autoriflessive.

In altri termini, pazienti e terapeuti facilmente si confrontano con un dilemma relazionale nel quale sembra impossibile ottenere sia auto-protezione sia intimità protettiva (Blizard 2001). In questo tipo di situazione il paziente può oscillare tra una dipendenza abnorme dal terapeuta (vissuto come il salvatore) e una egualmente enorme indipendenza (ad es. quando il terapeuta viene percepito come potenziale persecutore: Steele, Van der Hart & Nijenhuis 2001).

Un’attivazione del sistema di attaccamento troppo precoce, troppo frequente e troppo intensa può eccedere la capacità del paziente di regolare le emozioni interpersonali e di riflettere sull’esperienza interpersonale. È pertanto vitale che la relazione terapeutica sia così ben strutturata da poter contenere l’attivazione del sistema di attaccamento del paziente. Proprio per evitare un’eccessiva attivazione del sistema di attaccamento non è consigliabile, ad esempio, iniziare con una frequenza intensiva di sedute settimanali.

Per la stessa ragione sarebbe bene non incoraggiare all’inizio del trattamento una rievocazione approfondita dei ricordi traumatici: la sofferenza che accompagna il ricordo di tali eventi può indurre una eccessiva attivazione del sistema di attaccamento. Il terapeuta dovrebbe piuttosto facilitare nel paziente l’attivazione del sistema di cooperazione attraverso il quale diviene possibile la costruzione di un’alleanza terapeutica in cui paziente e terapeuta, in maniera esplicita, sentono di condividere un obiettivo comune.

In questo tipo di interventi è importante evitare ogni violazione dei confini terapeutici (ad es. attraverso un eccessivo coinvolgimento protettivo o attraverso la collusione con la fantasia del paziente di aver trovato colui che lo salverà amorevolmente da tutte le sofferenze). Mentre sporadici e prudenti attraversamenti dei confini terapeutici possono risultare utili ai pazienti dissociativi (de Conberg 2000), la violazione dei confini è per questo tipo di pazienti particolarmente dannosa.

La violazione dei confini della relazione terapeutica infatti ripete e conferma violazioni strutturalmente simili a quelle esperite nella relazione con il genitore abusante. Utili indicazioni in tal senso ci provengono dalla letteratura sui sistemi motivazionali interpersonali, dall’uso dell’AIMIT (Liotti & Monticelli 2008), dagli studi riguardanti le abilità metacognitive interpersonali (Semerari 1999) e dall’approccio EMDR (Dworkin 2005).

In termini di sistemi motivazionali interpersonali, nelle situazioni psicopatologiche dissociative si assiste spesso ad una perdita di coerenza e organizzazione delle diverse motivazioni, che appaiono a volte avvicinarsi in maniera caotica e disarmonica, vicariando un sistema gli obiettivi di un altro sistema (la sessualità potrebbe essere “al servizio” della soddisfazione almeno parziale dei bisogni di protezione e vicinanza tipici dell’attaccamento, come il sistema agnostico potrebbe attivarsi cronicamente al fine di inibire la ricerca di conforto e aiuto; esempi

clinici in tal senso possono essere letti in Liotti & Monticelli 2008). Una relazione terapeutica sufficientemente salda diventa allora il presupposto per un lavoro sul trauma che permetterà di acquisire una maggiore consapevolezza meta cognitiva delle attivazioni dei propri sistemi motivazionali legate a specifici stimoli di attivazione, una migliore regolazione delle emozioni in gioco, una più ampia coerenza narrativa (Onofri & Tombolini 2006) e un maggiore margine di libertà comportamentale.

A proposito di relazione terapeutica appare importante ricordare come tale lavoro meta cognitivo sulla relazione stessa e sulle sue “alleanze e riparazioni” possa spesso essere portato avanti più facilmente all’interno di un contesto di co-terapia, secondo il modello proposto proprio per le situazioni psicopatologiche più difficili da Liotti et al. (2005), che propone una stretta collaborazione una piena comunicazione tra due diverse figure terapeutiche (con obiettivi eventualmente differenziati), per permettere a una delle due figure di commentare e aiutare l’elaborazione delle immancabili difficoltà di relazione che si presentano con l’altra figura terapeutica.

Fase intermedia: l’elaborazione dei traumi e l’inizio del processo di integrazione (rivivere in condizioni di sicurezza)

Vi è largo consenso nel ritenere che in questa fase del trattamento bisogna trattare con estrema prudenza i ricordi traumatici del paziente per ottenere l’integrazione delle strutture mentali dissociate (sia che si tratti di franchi abusi, sia che si tratti di sottili traumi relazionali occorsi negli attaccamenti precoci).

Sono state descritte tre principali situazioni riguardanti lo status dei ricordi traumatici dei pazienti dissociati.

Nella prima il paziente ha accesso ai ricordi traumatici fin dall’inizio del trattamento ma non li ha svelati a nessuno per via di profondi sentimenti di vergogna, di colpa e di lealtà nei confronti della famiglia.

Nella seconda situazione il paziente non ha accesso ai ricordi all’inizio del trattamento (e questi affiorano nel corso della terapia).

Nella terza situazione il paziente non ha la certezza della veridicità dei ricordi, tuttavia sospetta di aver subito un abuso nell’infanzia.

E comunque, lo status dei ricordi traumatici è ulteriormente complicato dai processi dissociativi a causa dei quali ciò che è conosciuto in uno stato di coscienza può essere non conosciuto in un altro stato di coscienza.

Nella prima fase del trattamento, i terapeuti, anche se sospettano fortemente la presenza di traumi infantili, devono tollerare l’inconsapevolezza o la chiusura del paziente ed evitare ogni forma di pressione a ricordare o a svelare.

Nella seconda fase, il terapeuta dovrebbe non solo ascoltare empaticamente il racconto spontaneo del paziente, ma anche indagare attivamente sui ricordi traumatici.

L’ipotesi di un trauma o di un abuso infantile non dovrebbe tuttavia essere suggerita o proposta esplicitamente nel processo di esplorazione delle esperienze infantili per il rischio della creazione di falsi ricordi.

L’esplorazione ha come obiettivo non la mera abreazione, ma la scoperta del significato: il terapeuta dovrebbe indagare in modo empatico sul duplice versante del significato per il paziente della esperienza ricordata e dell’esperienza stessa del ricordarla (Mollon 2002 a, 2002 b).

In ogni caso, anche con una pianificazione terapeutica attenta e cauta, poiché i ricordi veicolano con sé anche emozioni, affetti e sentimenti che sono stati anch’essi dissociati e che

possono, con l'improvviso riemergere, destabilizzare il paziente, riattivando immagini di sé irrealistiche e nocive, vissute al momento del trauma ("È colpa mia; me lo sono cercata; avrei dovuto fermarlo; ho fatto in modo che accadesse, etc."), è necessario intervenire utilizzando i processi di metacognizione e di *distancing* adulti del paziente per ricontestualizzare gli eventi e i significati degli eventi in modo più realistico e comprensibile.

L'obiettivo di questa fase della terapia è ricordare, tollerare, riconsiderare e integrare gli eventi che fino ad allora travalicavano le possibilità dell'individuo.

Dopo aver acquisito un certo senso di padronanza attraverso il lavoro della prima fase, si può finalmente procedere con cautela verso il lavoro esplorativo, abreativo, e di ristrutturazione che è proprio di questa fase centrale della terapia.

Infatti la riconsiderazione e l'integrazione delle esperienze traumatiche può essere particolarmente doloroso ma grazie al lavoro della prima fase i pazienti dovrebbero ora essere in grado di tollerare i sentimenti disforici che spesso si accompagnano a questo e di non mettere in atto impulsi disfunzionali.

Se da alcuni autori (per esempio Liotti 2001; Liotti et al. 2005), la dissociazione è vista come l'effetto diretto e primario del trauma, da altri continua a essere considerata come una estrema difesa di evitamento (per esempio Knipe 2005; 2007), che viene quindi trattata prima di affrontare qualsiasi ricordo traumatico. La regola terapeutica principale che guida questo modello sembra infatti essere quella di affrontare i traumi in modo da mantenere sempre la sicurezza emotiva, soprattutto nei pazienti a rischio di abreazioni dissociative. Knipe indica pertanto la necessità di valutare attentamente la capacità del paziente di restare orientato al presente durante la elaborazione dei traumi e di sentirsi in condizioni di sicurezza. Per raggiungere questo scopo indica l'utilità di ricorrere a descrizioni visive, disegni, procedure di tranquillizzazione, immaginazione, etc. per combattere la dissociazione. A tale scopo utilizza interazioni con il paziente improvvise e particolarmente stimolanti e "giocose" (un esempio tra tutti, il reciproco lancio di cuscini) per riportare il paziente al "qui e ora" della realtà presente, nei momenti in cui compaiono un eccessivo "assorbimento" nelle memorie traumatiche o sintomi dissociativi. Attraverso questi esercizi il paziente dovrebbe via via imparare a gestire per tempi progressivamente maggiori i ricordi dolorosi senza che questo comporti l'ingresso in uno stato mentale di tipo dissociativo.

I teorici degli stati dell'Io (van der Hart et al. 2004), invece, non combattono la dissociazione prima della elaborazione dei traumi, ma propongono un modello piuttosto complesso e sofisticato in cui proprio attraverso una dissociazione "controllata" diventa possibile un lavoro terapeutico di integrazione.

Secondo questi autori (Forgash & Copeley 2007), nello sviluppo normale emergono vari stati dell'Io che rispondono a bisogni specifici che rimangono co-coscienti e controllati da uno stato dell'Io "centrale". Nello sviluppo che consegue a situazioni di abuso e grave trascuratezza, invece, tendono a svilupparsi tipi diversi di stati dell'Io separati (uno è in genere il cosiddetto "Stato dell'Io apparentemente normale", che mantiene il rapporto con gli altri ed esegue le attività della vita quotidiana. Le difese di evitamento e di idealizzazione impediscono l'accesso cosciente allo Stato dell'Io traumatizzato del "bambino interiore". Ne consegue un modello terapeutico teso ad attivare e ad accedere – all'interno di stati dissociativi facilitati nel *setting* terapeutico – proprio a quegli Stati dell'Io generatisi nelle situazioni traumatiche.

In ogni caso, al di là dei differenti approcci proposti, il lavoro con i traumi complessi appare un processo progressivo che necessita di tempo.

Spesso si assiste a delle fasi comuni che si susseguono cronologicamente durante questo processo (Chu 2007): in un primo momento a un aumento della sintomatologia, in particolar

modo di quella appartenente al *cluster* della intrusività, e a un intensificarsi dei conflitti interni (consistenti soprattutto nelle attribuzioni di colpe e responsabilità a sé o agli altri). Solo in un secondo momento si potrà verificare un maggior senso di accettazione e di cordoglio, così come nella fase finale si potrà assistere a quel raggiungimento di un senso accresciuto di forza personale più volte auspicato dai clinici.

È infatti grazie al lavoro di preparazione precedentemente illustrato che i pazienti potranno ora essere in grado di utilizzare meglio il sostegno che possono ricavare dagli altri, di tenere conto dei diversi punti di vista e quindi di guardare agli eventi da una prospettiva adulta piuttosto che continuare a considerarli solo dalla prospettiva del bambino abusato e impotente. Del resto, è proprio questo lavoro che sembra spesso accompagnarsi ad una riattivazione dei conflitti interni relativi all'autocolpevolizzazione e al sentirsi responsabili degli abusi subiti.

Quando i sopravvissuti ad esperienze traumatiche estreme o complesse cominciano infatti a cogliere davvero le conseguenze che quelle esperienze hanno comportato nella propria vita e nella propria personalità, sperimentano in genere intensi sentimenti di cordoglio e di dolore via via che prendono in esame tutti gli aspetti della propria vita e attribuiscono loro nuovi e più appropriati significati.

L'esito è spesso quello di una trasformazione del rapporto interno con le figure abusanti: chi sembrava un gigante malevolo diventa di frequente più piccolo e meno potente e anche gli eventi più terribili vengono finalmente collocati nel passato piuttosto che rivissuti di continuo nel presente.

Il paziente acquisisce così non solo il senso di una maggiore padronanza di sé ma anche quello di una diversa capacità di autoprotezione di fronte ad eventuali accadimenti futuri.

Viene pertanto acquisita una capacità narrativa del tutto nuova (Onofri & Tombolini 2006), frutto della comprensione ora raggiunta riguardante il come essi sono diventati quello che sono, perché sentono quel che sentono, perché si comportano come si comportano e di come possono procedere con le loro vite.

Ulteriori rassegne sull'argomento sono reperibili in: Brown et al. 1997; Courtois 1988, 1999; Davies and Frawley 1994; Herman 1992b; van der Kolk et al. 1996.

Per quanto riguarda le tecniche utilizzate per questa fase centrale di elaborazione dei ricordi traumatici, una rassegna piuttosto ampia si può trovare in Giannantonio (2009): vale la pena citare tra tutte la focalizzazione sugli aspetti corporei, l'ampio uso in questo settore clinico di procedure immaginative, e infine le cosiddette "tecniche schermo", particolarmente utilizzate (si tratta di immaginare le scene traumatiche poste come su uno schermo sulle cui diverse componenti visive, uditive etc. è possibile imparare a intervenire al fine dell'acquisizione di una padronanza emotiva sempre maggiore) insieme all'approccio denominato "delle scatole cinesi" (Giannantonio 2008), che propone l'analogia secondo la quale l'accesso alle emozioni da parte del paziente diventa possibile solo quando avrà aperto, una dopo l'altra, le scatole progressive all'interno delle quali sono "racchiuse" le emozioni. Il fine delle tecniche suddette rimane sempre quello di mettere in contatto progressivo il paziente con le parti dissociate di sé al fine di integrare quei processi dissociativi strutturali e radicati, alla base di disturbi dissociativi e della personalità particolarmente gravi.

Steinberg & Snall (2001) invitano ad accompagnare le diverse strategie terapeutiche dall'approccio delle "quattro C": consolazione, comunicazione, cooperazione, connessione, proponendo anch'essi una modalità terapeutica strutturata "per fasi".

Tornando invece alla terapia cognitivo-comportamentale standard del PTSD, immancabile punto di riferimento anche per il lavoro sugli stati dissociativi di natura post-traumatica, appaiono le diverse tecniche di esposizione e abituação, in vivo o immaginative, accompagnate da

procedure di rilassamento e di gestione dell'ansia e le metodiche che utilizzano una narrazione ripetuta (ma sempre più "vissuta al tempo presente e in prima persona") degli eventi traumatici in grado di produrre e al tempo stesso ridurre gli stati dissociativi che rimangono centrali per il lavoro terapeutico.

L'ipnosi

L'ipnosi è stata utilizzata nel trattamento dei DD ed in particolare del DID sin dal 1800 (Ellenberger 1970; Miti 1993) e dopo un consistente uso alla fine del secolo scorso è stata accantonata soprattutto per il rischio di indurre false memorie nei pazienti. Infatti, i pazienti con DD sembrano essere non solo facilmente ipnotizzabili o comunque decisamente pronti ad entrare in stati alterati di coscienza, ma possono essere anche "fantasy prone", cioè agevolmente propensi a fantasticare e quindi spesso a confondere la fantasia con la memoria reale.

Va detto, comunque, che l'ipnosi in questo campo, e forse anche in generale, deve essere considerata un ausilio all'interno di una terapia diversamente strutturata e non una terapia di per sé. Negli ultimi anni è stata rivalutata, se utilizzata da clinici esperti sia nel suo uso sia nella conoscenza dei DD. Può essere impiegata per rinforzare le risorse dell'Io, per indagare meglio dei sintomi, per tranquillizzare il paziente, per costruire delle risorse cognitive e delle abilità nel paziente.

Alcuni autori ritengono che essa possa essere utilizzata anche all'interno di una impostazione teorica basata sull'attaccamento, prestandosi particolarmente - rispetto ad altre forme di psicoterapia - ad un lavoro di modificazione attiva di ricordi negativi o traumatici ed alla creazione di realtà ipnotiche che consentono l'esperienza diretta di nuove relazioni di attaccamento (Giannantonio 2009). L'accesso alle memorie del paziente attraverso la modificazione dello stato di coscienza consentirebbe inoltre una gestione più efficace e controllata (da parte del terapeuta, ma innanzitutto da parte del paziente) dei meccanismi di esclusione di informazioni come descritto da Bowlby e permetterebbe di implementare le risorse psicosomatiche necessarie per affrontare, neutralizzare ed integrare emozioni potenzialmente destabilizzanti (Giannantonio 2000).

L'approccio EMDR

Ci sono numerose evidenze scientifiche che dimostrano come l'EMDR sia un trattamento efficace del PTSD, soprattutto da evento singolo, mentre ci sono meno dati riguardo il trattamento del PTSD complesso e dei DD. Anche per questa tecnica valgono le considerazioni appena espresse a proposito dell'ipnosi e che sono peraltro inserite nel protocollo stesso dell'EMDR: non vi può essere nessuna certezza della veridicità di ciò che può apparire come un ricordo emergente grazie all'applicazione della tecnica.

L'uso dell'EMDR per l'elaborazione dei ricordi traumatici di pazienti che soffrono di un DD si fonda su una duplice assunzione: che i ricordi traumatici debbano essere prima "disintossicati" per procedere nella loro integrazione e che il paziente debba essere protetto dal rischio di venire sopraffatto dalle emozioni nel corso della loro elaborazione. Nell'EMDR ci si avvicina al dolore in condizioni di sicurezza e tale condizione permette la disattivazione temporanea del sistema di attaccamento e quindi l'attivazione del comportamento esplorativo e della collaborazione con il terapeuta.

Il terapeuta dovrebbe cercare di strutturare il lavoro intorno a uno specifico aspetto di un evento traumatico discreto (“*fractioned trauma work*”). Questo approccio presenta due vantaggi: innanzitutto, maggiore è la precisione con cui è definito il target del lavoro, minore è il rischio che un affetto spontaneo e schiacciante interferisca con il processo di elaborazione; inoltre, il lavoro che si focalizza su un target discreto piuttosto che complesso è più probabile che pervenga ad una completa soluzione e ciò risulta più “gratificante” per il paziente aumentando la sua percezione di una maggiore padronanza.

Tra i tanti specialisti che utilizzano l’approccio EMDR nella cura dei disturbi dissociativi, Knipe (2005; 2007) ha proposto un modello particolarmente interessante e complesso, che procede contrastando la dissociazione con tecniche specifiche e affrontando gli evitamenti e i sentimenti di vergogna particolarmente diffusi tra i pazienti dissociati.

L’approccio EMDR (Parnell 2006) si caratterizza sempre più come un approccio particolarmente volto alla formulazione del c.d. piano terapeutico - rispetto al quale gli operatori abilitati all’EMDR ricevono ormai una specifica formazione - al fine di raccogliere una anamnesi dettagliata della storia di attaccamento e delle situazioni traumatiche relazionali vissute nel corso del ciclo di vita, ad individuare le difese messe in atto, i sintomi dissociativi, i nuclei tematici particolarmente critici per il paziente, i sentimenti coinvolti e a ipotizzare fin dalle prime fasi le possibili difficoltà che si incontreranno nella relazione terapeutica (Dworkin 2005).

Gli aspetti della memoria legati a differenti forme di dissociazione

Se è vero, come è stato già detto, che esistono differenti tipi di dissociazione, cioè per es. quelli legati al *detachment* e quelli connessi con la *compartmentalization* che sembrano avere diversi meccanismi di attivazione e processo, ne consegue che non può esistere un unico tipo di trattamento, almeno nella fase centrale della terapia, dove si affrontano i problemi legati alla memoria, ma anche nelle altre fasi dove si ha a che fare con gli aspetti sintomatici.

Se la *compartmentalization* si riferisce ad una mancanza di integrazione di informazioni all’interno del sistema cognitivo, il trattamento dovrebbe tendere al recupero e all’integrazione degli elementi dissociati.

Nel caso del *detachment*, connesso all’esperienza di uno stato di disconnessione da sé o dall’ambiente, la terapia dovrebbe puntare a prevenire gli eventi che innescano lo stato di *detachment* e ad interromperlo se è già iniziato. In questo caso, sono stati proposti, per es., l’*Attention Training* (Wells 1990; Wells, White, & Carter 1997) o il *Task Concentration Training* (Bögels, Mullens, & de Jong 1997) che aiutano il paziente a sviluppare un maggior controllo sui propri processi di attenzione, diminuendo il grado di attenzione interna, focalizzata sul sintomo, e aumentando quella orientata all’esterno, consentendogli quindi di migliorare la connessione percepita con l’ambiente circostante.

Soprattutto, però, sembra evidente che se l’amnesia per alcuni fatti fosse legata ad un deficit di codifica avvenuto al momento (*encoding*), come nel caso del *detachment*, non sarà possibile recuperare quei ricordi completamente perché non sono mai stati memorizzati efficacemente. Al contrario, nel caso della *compartmentalization*, dove i problemi amnesici sono un riflesso del deficit del recupero intenzionale di informazioni che in ogni caso sono stati immagazzinate (*retrieval*), possono essere tentate le tecniche e le strategie mirate al recupero dei ricordi, se possibile e consigliabile.

Il trattamento del Disturbo Dissociativo dell'Identità

Un discorso a parte merita infine il trattamento del Disturbo Dissociativo dell'Identità. Su questo argomento è disponibile ormai una ampia letteratura (International Society for the Study of Dissociation 2005; Kluft 1999, 2001; Nijenhuis 1999; Putnam and Loewenstein 2000; Ross 1997; Miti 1992).

Il Disturbo Dissociativo dell'Identità deve essere trattato come un unico insieme: le identità o personalità che si alternano non sono entità indipendenti, bensì rappresentazioni di componenti dell'esperienza, degli affetti, delle sensazioni e delle identità personali del paziente stesso (Chu 2007).

In ogni dato momento della terapia con questo tipo di pazienti, il terapeuta dovrebbe lavorare con un numero relativamente piccolo di identità che rappresentano i temi attuali da risolvere. Le identità particolari attive nella terapia cambieranno via via che i vari nodi problematici vengono affrontati e risolti e che il lavoro terapeutico procede (Chu 2007).

Terza fase: l'integrazione della personalità, la riabilitazione relazionale, la crescita personale

In questa ultima fase i pazienti possono trarre ulteriori vantaggi da una maggiore coordinazione ed integrazione interna, e di solito iniziano ad acquisire un senso più stabile e solido di chi sono realmente e di come possono relazionarsi con gli altri e col mondo esterno, prendendosi maggiormente cura di se stessi. Imparano a sviluppare la capacità di nutrire fiducia nelle relazioni interpersonali e a raggiungere quelle abilità relazionali necessarie sia per auto-protegersi che per stabilire legami.

È in questa fase che alcuni pazienti dicono frasi come: *“È come se adesso riuscissi a vedere quello che è successo, ma collocato in un tempo cronologicamente esatto”*.

Molte delle tecniche e delle strategie utilizzate in questa fase sono simili a quelle che si usano con pazienti che soffrono di altri disturbi, ma i pazienti dissociati hanno maggiore necessità di imparare, *ex novo* diremmo, a gestire i problemi della vita di ogni giorno, in un modo non dissociativo. A tale scopo, anche in questa fase, appaiono particolarmente utili i protocolli EMDR finalizzati alla cosiddetta “installazione di risorse positive” (Parnell 2006).

L'ultima fase della terapia consiste quindi nel consolidare i risultati raggiunti e nell'aumento delle interazioni sane con il mondo esterno. La diminuzione della sintomatologia e della disforia rende infatti il paziente più capace di impegnarsi nelle attività e nei rapporti interpersonali, il cui miglioramento rappresenta l'obiettivo finale di questa ultima fase del trattamento.

Bibliografia

- Bartzokis G, Lu PH, Turner J (2005). Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder, *Biological Psychiatry*, 57, 474-479.
- Basoglu V, Salcioglu E, Livanou M (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator, *Psychological Medicine*, 37, 203-213.
- Blizard RA (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caregiver, *Journal of Trauma & Dissociation*, 2: 37-58.

- Bögels S M, Mulkens S, & De Jong P J (1997). Task concentration training and fear of blushing, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251–258.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD, *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brand BL, Classen CC, McNary SW, Zavery P (2009). A review of Dissociative Disorders Treatment Studies, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 9, 646-654.
- Brown D, Schefflin AW, Hammond DC (1997). *Memory, Trauma Treatment and the Law*, VW Norton, New York.
- Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al (1998). Update on empirically validated therapies, II, *Clinical Psychology*, 51:3-16.
- Chu JA (2007). Treatment of Traumatic Dissociation, In Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D (Eds), *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Chu JA (1992b). The therapeutic roller coaster: dilemmas in the treatment of childhood abuse survivors, *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 1:351-370.
- Chu JA (1998). *Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Posttraumatic and Dissociative Disorders*, Wiley, New York.
- Cloitre M (2009). Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: a Review and Critique, *CNS Spectr*, 14, 1, 32-43.
- Coons PM, Bowman ES (2001). Ten-year follow-up study of patients with dissociative identity disorder, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 73-89.
- Courtois CA (1988). *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy*, VW Norton, New York.
- Courtois CA (1999). *Recollections of Sexual Abuse: Treatment Principles and Guidelines*, VW Norton, New York.
- Courtois CA, Ford KD (eds) (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorder. An evidence-Based Guide*, Norton, New York.
- Davidson JRT, Weisler RH, Butterfield MI (2003). Mirtazapine vs placebo in posttraumatic stress disorder. A pilot trial, *Biological Psychiatry*, 53, 188-191.
- Davidson J, Rothbaum BO, Tucker P (2006a). Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder. A sertraline and placebo controlled study, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26, 259-267.
- Davidson J, Baldwin D, Stein DJ (2006b). Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine – extended release. A 6-month randomized controlled trial, *Archives of General Psychiatry*, 63, 1158-1165.
- Davies JM, Frawley MG (1994). *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*, Basic Books, New York.
- Didonna F, Kabat Zinn J (Eds) (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*, Springer, New York.
- Difede J, Cukor J, Jayasinghe N (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder following september 11, 2001, *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1539-1647.
- Dworkin M (2005). *EMDR and the Relational Imperative*, Taylor & Francis. Tr. It.: *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010.
- Ellason JW, Ross CA (2004). SCL-90-R Norms for Dissociative Identity Disorder, *Journal of Trauma and Dissociation*, 5, 85-91.
- Farma T (2006). In M Balbo (a cura di), *EMDR. Uno strumento di dialogo tra psicoterapie*, McGraw Hill, Milano.
- Forgash C, Copeley M (Eds) (2007). *Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy*, Springer, New York.
- Frueh B, Mennier J, Yim E (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder,

Journal of Telemedicine and Telecare, 13, 142-147.

- Giannantonio M (2008). L'integrazione impossibile: accedere alle emozioni attraverso strategie immaginative e corporee, *II Congresso Nazionale EMDR " Applicazioni cliniche dell'EMDR "*, 7-9 Novembre 2008, Milano.
- Giannantonio M (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Nuova Edizione Aggiornata, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Giannantonio M (2000). Attaccamento e psicoterapia ipnotica, *Rivista Italiana di Ipnosi e Clinica e Psicoterapia Ipnotica*, 1: 10-20.
- Herbert C, Didonna F (2006). *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*, Erickson, Trento.
- Herman JL (1992a). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, *Journal of Trauma and Stress*, 5:377-391.
- Herman JL (1992b). *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- International Society For The Study OF Dissociation (2005): Guidelines for the treatment of dissociative identity disorder in adults, *Journal of Trauma and Dissociation*, 6:69-149.
- Kellett S (2005). The treatment of dissociative identity disorder with cognitive analytic therapy: Experimental evidence of sudden gains, *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 55-81.
- Kluft RP (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder, *American Journal of Psychotherapy*, 53: 289-319.
- Kluft RP (2001). Dissociative Identity Disorder, In GO Gabbard (Ed), *Treatment of Psychiatric Disorders vol. 2*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Knipe J (2005). Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love, codependence, avoidance and procrastination. In: R Shapiro (Ed), *EMDR solutions*, Norton, New York.
- Knipe J (2007). Loving eyes: procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In: C Forgash & M Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma*, Springer, New York.
- Liotti G (a cura di) (1993). *Le discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Franco Angeli, Milano.
- Liotti G (2001). *Le Opere della coscienza, Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G, Farina B, Rainone A (2005). *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*, Laterza, Milano.
- Liotti G, Mollon P & Miti G (2005). Dissociative disorders. In Gabbard, G, Beck, J & Holmes, J (Eds) *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press, pp. 205-213.
- Liotti G, Monticelli F (a cura di), (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Martinez-Taboas A, Rodriguez-Cay JR (1997). Case study of a Puerto Rican woman with dissociative identity disorder, *Dissociation*, 10, 141-147.
- Maxfield & Hyer (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD, *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- McFarlane AC (2001). *Dual diagnosis and treatment of PTSD*. In: Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD, *Treating psychological trauma and PTSD*, Guilford, New York, 237-254.
- Miti G (1992). *Personalità multiple, uno studio sui disturbi dissociativi*, Carocci, Roma.
- Miti G (1993). L'ipnoterapia nel trattamento delle personalità multiple: storia e principi generali. In: G Liotti (a cura di) *Le discontinuità della coscienza*, Franco Angeli, Milano.
- Monticelli F, Pancheri L, Ardovini C, Liotti G (2008): Dinamiche motivazionali e psicopatologia: dall'attaccamento disorganizzato alle strategie controllanti. In: G Liotti & F Monticelli (a cura di), *I sistemi*

- motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Nijenhuis ERS (1999). *Somatiform Dissociation: Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues*, Van Gorcum, Assen, The Netherlands.
- Ogden P, Minton K, Pain C (2006). *Trauma and the body. A Sensorimotor approach to Psychotherapy*, Norton, New York.
- Onofri A, Tombolini L (2006). Pensare la mente. EMDR e Psicoterapia cognitivo-evoluzionista. In: M Balbo (a cura di), *EMDR, uno strumento di dialogo terapeutico*, Mc-Graw Hill, Milano.
- Parnell L (2006). *A Therapist's Guide to EMDR: Tools and Techniques for Successful Treatment*, Karnak, New York.
- Penava SG, Otto MW, Pollack MH, Rosebaum JF (1996). Current status of pharmacotherapy for PTSD: an effect size analysis of controlled studies, *Depression and Anxiety*, 4, 240-242.
- Putnam FW, Loewenstein RJ (1993). Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.
- Putnam FW, Loewenstein RJ (2000). Dissociative identity disorder, In HI Kaplan, BJ Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry vol. 7*, Williams & Wilkins, Baltimore MD.
- Ross CA (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*, Wiley, New York.
- Sar V, Ozturk E, Kindakci T (2002). Psychotherapy of an adolescent with dissociative identity disorder: change in Rorschach patterns, *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 81-95.
- Semerari A (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Roma.
- Shapiro F (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 2nd Edition, Guilford, New York.
- Steele K, Van Der Hart O, Nijenhuis ERS (2001). Dependency in the treatment of complex post-Traumatic Stress disorder and dissociative disorders, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2 (4), 79-116.
- Stein MB, Kline NA, Matloff JA (2003). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD. A double blind placebo controlled study, *American Journal of Psychiatry*, 159, 1777-1779.
- Stein DJ, Ipser JC, Seedat S (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD), *Cochrane Database System Review*, 1, CD002795.
- Stein DJ, Ipser J, Mcanda N (2009). Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder: a review of Meta-analyses and Treatment Guidelines, *CNS Spectr*, 14:1, 25-31.
- Van Der Hart O, Brown P, & Van Der Kolk BA (1989). Pierre Janet's psychological treatment of posttraumatic stress, *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-95.
- Van Der Hart O, Steele K, Boon S, Brown P (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van Der Kolk BA, Mcfarlane AC, Weisaeth L (Eds) (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, Guilford, New York. Tr. It.: *Stress Traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Magi, Roma, 2004.
- Van Der Kolk B, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, Mcfarlane A, Herman JL (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma, *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Van Der Kolk BA, Hopper JW, Osterman JE (2001). Exploring the nature of traumatic memory: combining clinical knowledge with laboratory methods, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 4:9, 31.
- Wells A (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment, *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells A, White J, & Carter K (1997). Attention Training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social

La psicoterapia dei disturbi dissociativi

phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226–232.

Young WC (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality disorder. *Dissociation*, 8, 129-133.

Autore per la corrispondenza: Antonio Onofri, a.onofri@ccds.it