

DIMENSIONE DISSOCIATIVA E TRAUMA DELLO SVILUPPO

Benedetto Farina^{*,**} e Giovanni Liotti^{***}

*Università Europea di Roma

** Centro Clinico De Sanctis

***Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

Riassunto

Dissociazione in psicopatologia è un termine che indica sia la categoria diagnostica dei Disturbi Dissociativi, sia i sintomi dissociativi della coscienza, sia alcuni processi psicopatogenetici causati da esperienze traumatiche che interferiscono con l'integrazione delle funzioni psichiche. I processi patogenetici dissociativi generano sintomi dissociativi che a loro volta possono dominare alcuni quadri clinici come i Disturbi Dissociativi, oppure possono presentarsi, in misura variabile, in pressoché tutte le categorie diagnostiche del DSM-IV rappresentando un indice di gravità del quadro clinico. Tale diffusione, unita alle numerose osservazioni cliniche e alle crescenti conferme sperimentali, suggeriscono l'esistenza di una dimensione psicopatologica, legata alle esperienze traumatiche dello sviluppo, che compromette, con le manifestazioni dissociative, la prognosi di molti disturbi nei quali diffonde, e che richiede specifiche competenze per un trattamento appropriato.

Parole Chiave: dissociazione, sviluppo traumatico, attaccamento disorganizzato, DPTS complesso.

DISSOCIATIVE PSYCHOPATHOLOGICAL DIMENSION AND DEVELOPMENTAL TRAUMA

Abstract

Dissociation is a term indicating Dissociative Disorders DSM category, a cluster of symptoms and trauma based psychopathological processes hampering the integration of mental functions. Dissociative processes cause dissociative symptoms that could dominate some disorders like Dissociative Disorders but also spread to other disorders worsening the prognosis. The wide diffusion of dissociative symptomatology in many disorders, clinical observations and supporting experimental data about the effects of childhood adversities, suggest the presence of a dimensional psychopathology associated with developmental trauma worsening therapies outcome and that requires specific skills for an appropriate treatment.

Key-words: Dissociation, developmental trauma, attachment disorganization, complex PTSD.

Introduzione

Il termine dissociazione in psicopatologia è utilizzato essenzialmente per indicare tre concetti differenti ma legati tra loro: 1) una categoria diagnostica, i *Disturbi Dissociativi* (DD) del DSM-IV; 2) un gruppo di sintomi, i *sintomi dissociativi* (SD); 3) alcuni processi patogenetici causati da esperienze traumatiche che interferiscono con l'integrazione delle funzioni psichiche. I processi patogenetici dissociativi generano sintomi dissociativi che a loro volta possono dominare alcuni quadri clinici (i DD per esempio), oppure possono presentarsi, in misura variabile, in pressoché tutte le categorie diagnostiche del DSM-IV rappresentando un indice di gravità del quadro clinico (vedi a questo proposito i contributi in questo numero di Mansutti e coll., La Mela e Maglietta, Liotti e Costantini). Una vasta e crescente mole di letteratura scientifica indica da circa un secolo che i disturbi e i sintomi dissociativi sono correlati con esperienze traumatiche, in particolar modo quelle di tipo relazionale che avvengono durante l'infanzia e per le quali è stato proposto l'uso dell'espressione *trauma dello sviluppo* o *sviluppo traumatico* (*developmental trauma*) (Carlson et al. 2009; Herman 1992a; Lanius et al. 2010a; Liotti e Farina 2011; van der Kolk 2005; van der Kolk et al. 2005). L'adeguata conoscenza dei fenomeni e dei processi dissociativi, dello sviluppo traumatico dal quale spesso dipendono, del loro significato clinico e delle strategie di cura per affrontarli, permette al terapeuta di coglierne per tempo le tracce e prepararsi alle difficoltà che questi pongono in psicoterapia. Per questo motivo è nata l'idea di dedicare un numero di Cognitivism Clinico al tema della dissociazione e del trauma dello sviluppo.

La dimensione dissociativa

Sebbene i fenomeni dissociativi possono presentarsi in tutti i quadri clinici essi sono generalmente più frequenti in alcune categorie diagnostiche tipicamente caratterizzate da una eziopatogenesi traumatica come i DD, il disturbo borderline di personalità (DBP), il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e alcuni disturbi somatoformi (DS) (Classen et al. 2006; Haaland e Landro 2009; Lanius et al. 2010a; Sar et al. 2004).

Anche in altri disturbi non associati *primariamente* a percorsi eziopatogenetici traumatici, la presenza di evidenti manifestazioni dissociative sembra caratterizzare sottogruppi di pazienti con storie di sviluppo traumatiche e risposte insoddisfacenti al trattamento. Ciò sembra essere dimostrato per la schizofrenia, per quasi tutti i disturbi di personalità, per i disturbi dell'umore, per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e per i disturbi d'ansia (Liotti e Farina 2011).

In questo numero di Cognitivism Clinico Liotti e Costantini offrono al lettore una rassegna di contributi teorici, clinici e di ricerca sulla presenza dei sintomi dissociativi in un sottogruppo di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), degli itinerari psicopatogenetici traumatici che possono condurre alla comparsa di processi e sintomi dissociativi nel DOC, delle difficoltà di trattamento che questi implicano. Analogamente il contributo di La Mela e Maglietta tratta la relazione tra dissociazione e DCA, sia attraverso un resoconto aggiornato della letteratura scientifica, sia presentando i risultati di uno studio sulla presenza di sintomi dissociativi in pazienti bulimiche.

Per la diffusione dei fenomeni dissociativi nei più svariati quadri diagnostici, per la loro associazione con storie traumatiche dello sviluppo, per le difficoltà terapeutiche specifiche che essi implicano, alcuni Autori hanno ipotizzato che la dissociazione su base traumatica possa

essere considerata anche una dimensione psicopatologica, la *dimensione dissociativa* oppure *dissociativo-traumatica*, che associandosi ad altri disturbi, ne peggiora la prognosi (Amaral do Espirito Santo e Pio-Abreu 2007; Amdur e Liberzon 1996; Bremner e Brett 1997; Lanius et al. 2010a; Liotti e Farina 2011; Rufer et al. 2006a; Rufer et al. 2006b; Sar et al. 2004; Spitzer et al. 2007; Van der Hart e Nijenhuis 2009; Waller et al. 2001).

A questo proposito i risultati della ricerca condotta da Mansutti e collaboratori presentati in questo volume sembrano confermare l'ipotesi che la sintomatologia dissociativa sia correlata con un quadro clinico peggiore, indipendentemente dalla diagnosi principale.

Dissociazione come dis-integrazione funzionale

Sul significato del termine “dissociazione” non esiste un consenso univoco, tuttavia i clinici e i ricercatori contemporanei sembrano concordare su un elemento comune: la dissociazione è la perdita della capacità della mente di integrare alcune sue funzioni superiori (Dutra et al. 2009, Waller et al. 1996). Secondo il DSM-IV la caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi (DD) è la disgregazione (*disruption*) “*delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione dell'ambiente.*” (APA 2000). Similmente secondo l'ICD-10: “*il tema comune condiviso dai disturbi dissociativi è la perdita parziale o completa della normale integrazione tra i ricordi del passato, la consapevolezza dell'identità, delle sensazioni immediate e del controllo dei movimenti corporei*” (WHO 1992). Questa concezione comune deriva direttamente dal concetto di *désagrégation* (disgregazione) introdotto da Pierre Janet all'inizio del secolo proprio per intendere un disturbo a carico della capacità integrativa che comporta una frammentazione mentale su più livelli: dal deficit del campo della coscienza sino a compromettere l'unità stessa della personalità dell'individuo (van der Hart et al. 2006)¹. Contrariamente all'ipotesi difensiva ipotizzata da Freud, Janet riteneva che la dissociazione implicasse lo scollegamento dei livelli funzionali normalmente sovrapposti ed integrati delle funzioni mentali a causa di un *cedimento strutturale* indotto dalle emozioni violente provocate dalle esperienze traumatiche (van der Hart e Dorahy 2006). Negli ultimi venti anni circa le teorie di Janet, dopo esser state sepolte dalla psicoanalisi freudiana (Ellenberger 1970), sono tornate ad essere considerate, soprattutto nel mondo psicanalitico, le più importanti basi per comprendere il trauma psichico e la dissociazione (Meares 1999). Un esempio della diffusione tra gli studiosi contemporanei della concezione di Janet è offerto dall'affermazione di Meares: “... la dissociazione è la manifestazione di una sottile disorganizzazione del funzionamento cerebrale ingenerata dall'effetto dirompente delle emozioni associate con l'evento traumatico. Non è in tale occasione una difesa.” (Meares 2000). Più recentemente la psicanalista Elizabeth Howell ha affermato che “Janet è il teorico più importante sul quale si fondano i concetti per lo studio sulla dissociazione” (Howell 2005). Una semplice e suggestiva prova dell'effetto dissociante delle forti emozioni è stata descritta sulle pagine dell'*American Journal of Psychiatry* nel 1994, quando alcuni ricercatori della Stanford University riportarono le reazioni psichiche di 18 giornalisti che avevano assistito all'esecuzione capitale di un pluriomicida. Più della metà di essi ricordava che al momento dell'esecuzione si era sentito estraniato o distaccato dalle altre persone, che le cose intorno gli erano sembrate irreali e come in sogno, che

¹ Per conservare intatto il significato di inversione dell'integrazione sarebbe appropriato utilizzare le espressioni *dis-integrazione* oppure disgregazione, ma per conformità alla letteratura scientifica corrente continueremo a utilizzare il termine dissociazione.

aveva perduto il senso del tempo. Un terzo di loro aveva sentito se stesso come un estraneo, si era sentito distaccato dai suoi stessi pensieri e lontano dalle sensazioni corporee e aveva sperimentato confusione mentale e disorientamento spaziotemporale (Freinkel et al. 1994).

Il contributo di Hughlings Jackson alla comprensione della dissociazione

Le tesi di Janet e la gran parte degli attuali modelli esplicativi dei processi dissociativi sono basati sulla concezione dell'organizzazione delle funzioni mentali ipotizzata alla fine dell'ottocento dal neurologo John Hughlings Jackson (Mearns 1999; Schore 2009). L'opera di Jackson ha esercitato una grande influenza sul pensiero di Janet e di Freud, sulla psicopatologia dei primi del novecento e anche sulle più recenti concezioni del funzionamento mentale normale e patologico (Berntson e Cacioppo 2008; Farina et al. 2005; Porges 2001; Siegel 1999).

Il nucleo essenziale dell'opera di Jackson è che la mente, radicata nel mondo naturale del corpo, consiste in un'organizzazione gerarchica di diverse funzioni che, riflettendo la storia evolucionistica della specie, integra livelli sempre più complessi in coordinazione tra loro. Ogni livello superiore modula e si coordina con quelli inferiori costruendo le loro rappresentazioni, e, "ai livelli più alti, la mente rappresenta se stessa integrando l'attività delle sue componenti inferiori" (Ey 1975). Rappresentando se stessa la mente produce la coscienza che si esprime, ad i suoi livelli più alti (gli "*highest levels*" per Jackson), con opere e funzioni come il *Sé* di William James e la *sintesi personale* di Janet, ovvero con la capacità di rappresentare in maniera unificata e coerente le parti del proprio corpo, le memorie di sé. È possibile ipotizzare che la rappresentazione che la mente fa di se stessa coincida, almeno in parte e in alcuni aspetti con i moderni concetti di mentalizzazione e metacognizione, compromessi anche loro dallo sviluppo traumatico (Allen et al. 2008; Fonagy et al. 2002; Fonagy e Target 2008; Liotti e Farina 2011; Liotti e Prunetti 2010). La modernità della concezione della mente in Jackson è, inoltre, testimoniata dalla sua natura evolucionistica e relazionale. Come ha sottolineato Ey:

Jackson ha saputo immaginare e proporci un modello di strutturazione gerarchizzata del sistema nervoso centrale che non è tanto il modello di architettura della colonna vertebrale, quanto piuttosto quello dell'ontogenesi dell'autonomia della vita di relazione (...)...una gerarchia funzionale dei livelli di integrazione della vita di relazione che si organizza non solo nel ma anche mediante il sistema nervoso centrale (Ey 1975).

Questa posizione *naturalista e relationalista* anticipa in parte le teorie della psicologia e della psichiatria moderne, e risuona chiara nella Teoria dell'Attaccamento, riflettendosi nel contributo alla comprensione della natura intersoggettiva della dissociazione basata sul concetto di *attaccamento disorganizzato* (Liotti 2009) cui torneremo nei prossimi paragrafi.

La dissociazione secondo le teorie derivanti da Jackson e Janet consiste nella perdita dell'integrazione tra i livelli gerarchici. Le conseguenze di tale dis-integrazione si manifesteranno in maniera duplice: da una parte con l'assenza della funzione di integrazione (per esempio con la perdita del senso di unità di sé di uno stato di depersonalizzazione), dall'altra con l'emergere incontrollato delle funzioni inferiori precedentemente intergrate (per esempio l'affiorare involontario di una memoria traumatica, oppure un'improvvisa perdita del controllo delle emozioni)².

² È interessante notare che l'espressione "psicopatologia della disintegrazione" in Italia è stata utilizzata da Bini e Bazzi nel 1954 proprio per indicare le teorie patogenetiche basate sul lavoro di Jackson formulate

Deachment e Compartmentalization

Recentemente un gruppo di studiosi provenienti dalle università di Londra, Cambridge, Manchester e Sheffield ha proposto una classificazione dei fenomeni dissociativi diversa ma per molti aspetti sovrapponibile a quella di Jackson e Janet (Brown 2006; Holmes et al. 2005). I ricercatori britannici ipotizzano che la dissociazione si possa esprimere con due forme differenti: i fenomeni da *detachment* (letteralmente distacco) e quelli di *compartmentalization* (letteralmente compartimentazione). I primi corrispondono alle esperienze di distacco da sé e dalla realtà e consistono nei sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'anestesia emotiva transitoria (*emotional numbing* nella letteratura anglosassone), déjà vu, esperienze di autoscopia (*out of body experiences*). Queste esperienze sono tipicamente attivate da emozioni dirompenti provocate da esperienze minacciose ed estreme (Lanius et al. 2010a). I secondi emergono invece dalla compartimentazione di funzioni normalmente integrate come la memoria, l'identità, lo schema e l'immagine corporea, il controllo delle emozioni e dei movimenti volontari e corrispondono a sintomi come le amnesie dissociative, l'emersione delle memorie traumatiche, la dissociazione somatoforme (sintomi da conversione, sindromi pseudoneurologici, dolori psicogeni acuti, dismorfofobie), l'alterazione del controllo delle emozioni e dell'unità dell'identità (personalità multiple alternanti). I sintomi da compartimentazione (diversamente da quelli di distacco che possono essere esperiti da chiunque in situazioni estreme) sono tipicamente conseguenze dello sviluppo traumatico e sembrano alterare la struttura stessa della personalità dell'individuo (Chu 2010; Classen et al. 2006; Lanius et al. 2010a; Liotti e Farina 2011). Per questo motivo alcuni Autori hanno proposto di riunire i fenomeni da compartimentazione con l'espressione *dissociazione strutturale della personalità* (van der Hart et al. 2006).

Secondo la gran parte degli studiosi contemporanei la perdita di integrazione che lo stato dissociativo comporta si dovrebbe estendere, infatti, oltre che allo stato di coscienza e alla coscienza di sé, anche al controllo delle emozioni e degli impulsi, all'appiattimento emotivo post-traumatico, allo schema e all'immagine corporea, alla capacità di riflettere sui propri ed altrui stati mentali, alla coerenza nelle visioni di sé e nelle narrazioni autobiografiche (Carlson et al. 2009; Chu 2010; Lanius et al. 2010a; Lanius et al. 2010b; Liotti e Farina 2011; van der Hart et al. 2006; van der Kolk et al. 2005).

Dissociazione e Trauma

Per trauma in psicopatologia si intende un'esperienza minacciosa estrema, insostenibile e inevitabile, di fronte alla quale l'individuo è impotente (Herman 1992b; Krystal 1988; van der Kolk 1996). Il rapporto tra dissociazione e trauma non è stabilito solo da studi epidemiologici e dall'esperienza clinica che da più di cento anni associano i due fenomeni, ma anche dal fatto che il trauma per definizione produce un'azione di disconnessione e dis-integrazione. L'espressione deriva infatti dall'estensione metaforica di un termine medico che indica lesioni caratterizzate da discontinuità e frammentazione funzionale.

da Monakow, Mourgue e da Ey. Tuttavia, a causa dello scarso interesse per il trauma e per l'imperare di una psicologia pulsionale che divideva mente e cervello, il termine è caduto in disuso (Bini e Bazzi 1954/1975, p. 118).

Alcune recenti teorie ipotizzano che le esperienze traumatiche, soverchiando le capacità di difesa dell'individuo, avvicinano le usuali risposte difensive di attacco e fuga sostenute dall'attivazione simpatica adrenergica (le reazioni fisiologiche tipiche alla paura) con un'arcaica risposta vagale troncoencefalica evolutasi con lo scopo di offrire protezione di fronte a condizioni estreme dalle quali non è possibile fuggire. L'attivazione di questa risposta vagale provoca l'immobilità cataplettica e la disattivazione delle connessioni cerebrali superiori al fine di proteggere l'individuo da un inevitabile dolore e offrirgli l'ultima disperata difesa tramite uno stato di morte apparente (Clerici e Veneroni 2011; Porges 1997; Porges 2001)³. Secondo diversi studiosi l'attivazione di questo sistema di difesa arcaico provoca la disconnessione tra i diversi livelli funzionali della mente (soprattutto tra gli *highest levels* jacksoniani producendo i sintomi dissociativi di distacco), impedisce l'integrazione dell'evento traumatico nella vita psichica e causa nella discontinuità e frammentazione della coscienza e della memoria (Nijenhuis et al. 1998; Putnam 1997; Schore 2009). Un'altra ipotesi sviluppata sulla base delle ricerche condotte con tecniche di neuroimaging sostiene che il processo patogenetico che causa il distacco consisterebbe in una eccessiva modulazione da parte della corteccia sul sistema limbico, ovvero che la dis-integrazione abbia un'origine top-down piuttosto che bottom-up (Lanius et al. 2010a). In ogni caso entrambe le ipotesi, che a nostro avviso non sono incompatibili e potrebbero riguardare due fasi diverse del processo dissociativo, prevedono un fallimento dell'integrazione funzionale tra livelli gerarchici della mente.

È possibile ritenere che il ricorso continuato a processi dissociativi di distacco durante lo sviluppo, per il ripetersi di condizioni di minaccia insostenibile, insieme ad altri meccanismi patogenetici, possa ostacolare in maniera permanente le capacità integrative dell'individuo provocando i sintomi da compartimentazione e la dissociazione strutturale della personalità (Liotti e Farina 2011; van der Hart et al. 2006).

Da un punto di vista cognitivo un'altra caratteristica del potere dis-integrante dell'esperienza traumatica è la difficoltà o l'impossibilità di dare a essa un significato unitario e coerente. L'esperienza traumatica, poiché dissociante, non riesce a essere collocata nel sistema ordinato di memorie, e non riesce a integrarsi con le altre informazioni e significati di cui un individuo normalmente dispone e che compongono il senso di sé, la sua identità o, come la chiamava Pierre Janet, la sua *sintesi personale* (Liotti e Farina 2011; van der Hart et al. 2006). Altre volte lo stato dissociativo scompone la memoria degli eventi traumatici nelle sue diverse componenti (somatica, sensoriale, cognitiva, emotiva) impedendone una registrazione unitaria⁴.

Infine numerose prove sperimentali dimostrano che anche altri processi patogenetici traumatici, oltre agli stati di distacco e incoerenza cognitiva, compromettono le capacità integrative e provocano la frammentazione di attività mentali delle strategie comportamentali, delle memorie autobiografiche e procedurali e del senso di sé (Schore 2009). Una parte di questi dipende da predisposizioni genetiche e dalle interazioni che queste hanno con l'ambiente (epigenetica), altri dagli effetti neuropatogeni degli ormoni e dei mediatori biologici dello stress intenso e continuato sulle strutture cerebrali (Andersen et al. 2008; De Bellis 2005; Lanius et al. 2010b). Studi clinici e neurobiologici dimostrano infatti che l'effetto negativo delle esperienze trauma-

³ L'articolo di Tagliavini in questo numero offre una dettagliata descrizione di questi meccanismi.

⁴ È noto che esperienze emotive traumatiche possono causare nell'adulto amnesie globali transitorie accompagnate da un temporaneo edema dell'ippocampo (Della Marca et al. 2010). È lecito immaginare che nel bambino possa accadere lo stesso e che il ripetersi di simili condizioni durante lo sviluppo possa portare danni permanenti alle sue strutture di memoria.

tiche infantili si produce tipicamente sulle funzioni mentali che maggiormente dipendono dallo sviluppo e dal funzionamento di ampie reti associative (come lo stato di coscienza e la coscienza di sé) o dall'integrazione di aree cerebrali diverse tra loro (come il controllo delle emozioni o la memoria autobiografica) (Chu 2010; Lanius et al. 2010b; Teicher et al. 2010; Tononi e Koch 2008). Funzioni che normalmente trovano il completo sviluppo dopo la nascita e vengono protette e promosse dalle esperienze relazionali di cura e protezione durante l'infanzia (Bob e Svetlak 2010; Carlson et al. 2009; Schore 2009)⁵.

I meccanismi patogenetici appena descritti possono produrre, oltre ai classici sintomi dissociativi, un'ampia gamma di alterazioni psicopatologiche che possono complicare svariati quadri clinici. Nella vita adulta, stati emotivi e significati personali dissociati dalle memorie degli eventi che li hanno prodotti provocano, circolarmente, emozioni improvvise e intense che si manifestano in maniera caotica e incongrua come paure e attacchi d'ansia non padroneggiabili, scoppi d'ira immotivati, interpretazioni drammatiche e malevole. Le capacità metacognitive, già scarsamente sviluppate per le esperienze relazionali precoci traumatiche, possono essere rese ulteriormente deficitarie dagli stati mentali problematici appena descritti (Fonagy e Target 2008; Liotti e Prunetti 2010). Inoltre queste manifestazioni di sofferenza possono compromettere le già spesso negative visioni di sé e le fragili relazioni interpersonali.

Come ha scritto Bessel van der Kolk, "*the body keeps the score*", ovvero il trauma lascia il proprio segno anche nel corpo (van der Kolk 1994). Infatti la dis-integrazione delle funzioni psichiche correlata al trauma usualmente provoca anche disturbi somatoformi: somatizzazioni, dismorfismi, sintomi pseudo-neurologici (paralisi motorie, deficit delle funzioni sensitive, pseudo attacchi epilettici), sindromi dolorose in assenza di lesioni organiche, disfunzioni sessuali (Brown et al. 2007; Farina et al. in print; Harden 1997; Nijenhuis 2009; Nijenhuis et al. 2003; Sar et al. 2004; Spinhoven et al. 2004). È stato ipotizzato che i meccanismi che causano la dissociazione somatoforme possano dipendere sia dalla deficitaria regolazione dell'attivazione corporea (*arousal* in inglese) durante gli stati emotivi caotici e disregolati, sia dalla compartimentazione delle rappresentazioni mentali relative al corpo (schema corporeo), sia, infine, dai significati drammaticamente negativi che il trauma lega all'immagine corporea. Per questo motivo, come è descritto in modo dettagliato da Tagliavini in questo numero, dagli anni ottanta in poi i clinici esperti di trauma hanno sempre più diretto il loro interesse verso le tecniche terapeutiche mirate alla regolazione delle funzioni neuro-vegetative alterate dallo sviluppo traumatico e focalizzate sui sintomi somatoformi e le convinzioni negative sul corpo (Fisher e Ogden 2009; Ogden et al. 2006; van der Kolk 1994).

Disorganizzazione dell'attaccamento, trauma relazionale precoce e sviluppo traumatico: l'epidemia nascosta.

Una grave mancanza di protezione (fisica o emotiva) da parte dei genitori (*neglect* nella letteratura anglosassone) oppure maltrattamenti e abusi durante l'infanzia, soprattutto se perpetrati proprio da figure di attaccamento (FdA), costituiscono esperienze traumatiche in quanto determinano per il bambino esperienze ripetute di minaccia soverchiante da cui è impossibile

⁵ Ultimamente alcuni studi di neuroimaging hanno dimostrato che le lesioni neurologiche dei traumi nello sviluppo dipendono, *tra l'altro*, anche dalle finestre temporali in cui accadono (prima infanzia, seconda infanzia, adolescenza) (Andersen et al. 2008).

sottrarsi. Quando infatti il bambino è privo della indispensabile protezione dei genitori o delle altre FdA⁶, oppure quando la loro presenza si trasforma da fonte di protezione a fonte di allarme e pericolo, si determina una situazione di *paura senza sbocco* (Main e Hesse 1990) e quindi di esperienza traumatica ripetuta. La paura senza sbocco determinata dall'interazione con un genitore gravemente trascurante, maltrattante, a sua volta dissociato o semplicemente spaventato impedisce al bambino di organizzare in maniera coerente i normali comportamenti di attaccamento (Liotti 1994/2005; Main e Hesse 1990). È stato ipotizzato, e in parte dimostrato con prove empiriche, che la disorganizzazione dell'attaccamento durante l'infanzia è sostenuta da processi patogenetici dissociativi e favorisce la comparsa di disturbi e sintomi della dimensione dissociativa, sia nel bambino e nell'adulto (Classen et al. 2006; Dutra et al. 2009; Liotti 1992, 2004, 2009; Lyons-Ruth e Jacobvitz 2008; Main e Hesse 1990; Ogawa et al. 1997; Schore 2009).

Se le condizioni di minaccia interpersonale nelle relazioni di cura, che sono state indicate anche con i concetti di *attaccamento traumatico*, *trauma complesso* o più semplicemente di *trauma relazionale precoce*, si verificano in maniera ripetuta durante l'infanzia e l'adolescenza (o non si combinano a particolari fattori di protezione) determinano uno sviluppo traumatico e, come abbiamo visto, possono causare disturbi della dimensione dissociativa e un'ampia vulnerabilità psicopatologica e fisica (Carlson et al. 2009; Chu e Dill 1990; Classen et al. 2006; Cloitre et al. 2006; Felitti 2009; Lanius et al. 2010b; Liotti 1994/2005; Schore 2009).

Oltre a favorire la dimensione dissociativa, la disorganizzazione dell'attaccamento e il trauma relazionale precoce possono causare altre alterazioni dello sviluppo. Se normalmente le relazioni precoci di attaccamento possono fornire le basi attraverso le quali si costruiscono stabili e positive rappresentazioni di sé e del proprio valore, il senso di efficacia, la fiducia in sé e negli altri, d'altra parte le esperienze relazionali traumatiche possono gravemente alterare queste strutture di significato, causando immagini negative e frammentate di sé e degli altri, generando un profondo senso di impotenza e di sfiducia nel prossimo che impediscono la formazione dell'alleanza terapeutica e compromettono l'esito delle terapie (Carlson et al. 2009; Fonagy e Target 2008; Liotti 1994/2005).

Recenti studi epidemiologici danno la misura del problema legato allo sviluppo traumatico e alle sue conseguenze cliniche. Secondo i dati del Dipartimento della Salute degli Stati Uniti l'1,06% dei bambini negli USA subisce maltrattamenti e abusi; il 60% di essi è vittima di neglect, il 13% di maltrattamenti multipli, il 10% di abusi fisici e il 7% di abusi sessuali (Fairbank e Fairbank 2009). Le conclusioni di un ampio studio epidemiologico pubblicato nel 2010 su Archives of General Psychiatry rivelano che il 44% circa dei disturbi che esordiscono nell'infanzia e circa il 30% di quelli che esordiscono nella vita adulta riconoscono come fattori causali principali eventi avversi durante lo sviluppo (Green et al. 2010). In particolare i risultati di un studio prospettico indicano che il neglect e la violenza verbale durante l'infanzia sono le esperienze traumatiche maggiormente associate allo sviluppo di disturbi e sintomi dissociativi nell'adulto (Dutra et al. 2009).

⁶ È appena il caso di ricordare che la protezione della prole e la disposizione innata a cercare cura, aiuto e conforto da un membro del proprio gruppo sociale in situazioni di pericolo, dolore fisico o mentale, sono considerate le spinte motivazionali che caratterizzano l'evoluzione dei mammiferi e che alla qualità di queste relazioni di cura e protezione durante l'infanzia sono attribuite traiettorie di sviluppo normale e patologico (Bowlby 1969, Liotti 1994/2005, Carlson et al. 2009).

La clinica dello sviluppo traumatico: dissociazione, somatizzazione e alterazione della regolazione emotiva

L'inquadramento nel 1980 del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) nel DSM-III ha formalmente reintrodotta nei sistemi diagnostici internazionali la relazione tra eventi traumatici e disturbi psichici. Relazione che per molti anni era stata sottovalutata se non addirittura clamorosamente negata (Ellenberger 1970; Herman 1992b). Pur disponendo finalmente di una categoria diagnostica legata al trauma psichico clinici e ricercatori ne sperimentarono immediatamente alcuni limiti, il principale dei quali è che il DPTS, concepito per descrivere le reazioni psicopatologiche ad uno o limitati eventi traumatici, circoscritti nel tempo, mal si adatta a descrivere le forme psicopatologiche con cui si manifestano i traumi ripetuti nel tempo come lo sviluppo traumatico. All'inizio degli anni novanta la responsabile del Trauma Center della Harvard Medical School di Boston, Judith Herman, propose di differenziare la diagnosi dei disturbi da stress e di introdurre una nuova categoria diagnostica che descrivesse la complessa e fluttuante sintomatologia che proviene dai traumi prolungati di tipo interpersonale: il Disturbo Post-Traumatico da Stress *complesso* (Herman 1992a, 1992b). Nello stesso periodo gli studi di verifica della validità dei sintomi del DPTS, promossi dall'American Psychiatric Association per la stesura del DSM-IV, portarono i ricercatori di Harvard e della Columbia University di New York alle medesime conclusioni: il trauma complesso produce un quadro clinico differente da quello descritto nel DPTS per i singoli eventi traumatici (van der Kolk et al. 1996).

Le conclusioni degli studi dei ricercatori di Harvard nel 1996 furono riassunte nell'articolo di rassegna pubblicato nel 1996 sull'American Journal of Psychiatry con un titolo eloquente, *"Dissociation, Somatization and Affective Dysregulation: the complexity of adaptation to trauma"*, nel quale si afferma che la clinica dei traumi complessi (ovvero quelli cumulativi di natura interpersonale) differisce da quello del singolo evento traumatico per una serie di alterazioni psicopatologiche che si possono diffondere nella personalità stessa dell'individuo e per la presenza di una triade sintomatologica rappresentata da sintomi dissociativi della coscienza, somatizzazioni e alterazioni della regolazione emotiva (van der Kolk et al. 1996).

Nonostante le prove fornite dai dati sperimentali e delle ripetute osservazioni cliniche, la commissione per il DSM ha sempre rifiutato l'introduzione della nuova diagnosi proposta da Herman di *DPTS complesso*, successivamente riformulata da van der Kolk e collaboratori in *Disturbo da Stress Estremo non Altrimenti Specificato* (in inglese con l'acronimo DESNOS, Disorder of Extreme Stress Non Otherwise Specified) (van der Kolk et al. 2005). Il motivo principale di questo rifiuto è stato che la classificazione di questa nuova diagnosi all'interno delle categorie del DSM avrebbe rappresentato un problema. La sua collocazione sarebbe stata incerta e problematica in quanto ugualmente adatta a essere inserita tra i disturbi d'ansia, tra quelli dissociativi, quelli somatoformi e quelli di personalità (Chu 2010; Herman 2009)⁷. Tuttavia, grazie soprattutto agli sforzi dei colleghi Harvard, nella descrizione del DPTS nel DSM-IV è stato aggiunto che in caso di "eventi stressanti di tipo relazionale (per es., abuso fisico e sessuale nell'infanzia, violenze domestiche, essere presi in ostaggio, prigionia, ...)" il quadro clinico si può manifestare in maniera diversa da quello tradizionale e comprendere:

⁷ Sono ben comprensibili le difficoltà di collocazione in un sistema diagnostico categoriale di un disturbo connotato da una precisa eziopatogenesi, che si diffonde in maniera dimensionale in quadri clinici diversi. Non sorprende anche che la dimensione traumatico-dissociativa obblighi i clinici a iperboliche doppie e triple diagnosi.

Tabella 1. *Criteri diagnostici per il DPTS complesso o DESNOS*

1. Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento:	a) Alterazione nella regolazione delle emozioni; b) difficoltà di modulazione della rabbia; c) Comportamenti autolesivi; d) Comportamenti o preoccupazioni suicide; e) Difficoltà nella modulazione del coinvolgimento sessuale; f) Tendenza eccessiva a comportamenti a rischio (scarsa capacità autoprotettiva)
2. Disturbi della Coscienza e dell'Attenzione:	a) Amnesia; b) episodi dissociativi transitori, depersonalizzazione
3. Somatizzazioni:	a) Disturbi al sistema digerente; b) Dolori cronici; c) Sintomi cardiopolmonari; d) Sintomi da conversione e) Sintomi da disfunzioni sessuali
4. Alterazioni della percezione di sé:	a) senso di impotenza e scarsa efficacia personale; b) sensazione di essere danneggiati; c) senso di colpa e di responsabilità eccessivi; d) vergogna pervasiva; e) idea di non poter essere compresi; f) minimizzazione
5. Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti:	a) tendenza ad assumere la prospettiva dell'altro; b) idealizzazione del maltrattante; c) timore di danneggiare il maltrattante
6. Disturbi Relazionali:	a) Incapacità o difficoltà ad avere fiducia negli altri; b) Tendenza ad essere rivittimizzato; c) Tendenza a vittimizzare gli altri
7. Alterazioni nei significati personali:	a) disperazione e senso di inaiutabilità; b) visione negativa di sé; c) perdita delle convinzioni personali

(van der Kolk et al., 2005)

“compromissione della modulazione affettiva, comportamento autolesivo e impulsivo, sintomi dissociativi, vergogna, disperazione, perdita della visione del futuro, sentirsi irrimediabilmente danneggiati, perdita delle convinzioni precedentemente sostenute, ostilità, ritiro sociale, sensazione di minaccia costante, compromissione delle relazioni con gli altri, oppure un cambiamento delle caratteristiche delle precedenti della personalità” (APA 1994).

Questi elencati dal DSM-IV sono proprio i sintomi del quadro clinico del DPTS *complesso*, o DESNOS (Tab. 1). Dal 2009 un'ampia rappresentanza di studiosi nel mondo sta cercando di far inserire la diagnosi del DESNOS con l'espressione più appropriata di “*Disturbo Traumatico dello Sviluppo*” nel DSM-V tra i disturbi a esordio nell'infanzia e nell'adolescenza.

I clinici che si occupano del trauma continuano a denunciare l'inadeguatezza della attuale classificazione del DSM e della necessità di una diagnosi per il trauma dello sviluppo anche nell'adulto. A questo proposito, nell'editoriale che ha aperto il numero di giugno 2010 dell'American Journal of Psychiatry, Chu ha affermato che “per molti motivi il DSM-IV e le proposte per il DSM-V non sono in grado di affrontare la complessità della realtà clinica [del trauma complesso, n.d.r.]” (Chu 2010). La riflessione di Chu scaturisce dal commento di un articolo di rassegna apparso sullo stesso numero della rivista, in cui Ruth Lanius e altri sei tra i maggiori studiosi del trauma e della dissociazione (provenienti dalle università statunitensi di Atlanta, Baltimora e Stanford e da altre università e centri di ricerca in Canada, Germania, Olanda) passando in rassegna i dati provenienti dalle ricerche cliniche e neurobiologiche degli ultimi anni, propongono di inserire un sottotipo “dissociativo” per il DPTS legato a “traumi cronici di tipo psicologico, sessuale e fisico che includono anche la trascuratezza emotiva come

l'indisponibilità psicologica dei genitori" (Lanius et al. 2010a). Gli Autori di questa rassegna, concordemente con altri studiosi, affermano inoltre che l'identificazione del sottotipo dissociativo del DPTS ha importanti implicazioni terapeutiche che potrebbero migliorare la prognosi del disturbo e che i clinici devono essere preparati a riconoscere i segni della dimensione dissociativa e applicare le tecniche specifiche che consentono di superare gli ostacoli creati dai meccanismi patogenetici dissociativi legati al trauma.

La Terapia della Dimensione Dissociativo-Traumatica

Il principale problema clinico associato alla presenza delle conseguenze psicopatologiche della dimensione dissociativo-traumatica è infatti che queste concorrono a complicarne il trattamento, siano esse riunite in un DD o nel DPTS complesso, siano esse associate a un'altra diagnosi. Il senso di sfiducia e di impotenza, le memorie traumatiche legate alle interazioni di cura che determinano la fobia dell'attaccamento, rappresentano ostacoli alla formazione dell'alleanza terapeutica necessaria a qualsiasi forma di terapia. Le alterazioni della continuità della coscienza, dell'identità e della memoria, e la difficoltà a modulare le emozioni, rendono difficile, se non addirittura impediscono, l'uso efficace di tecniche e strategie terapeutiche sviluppate per la cura dei vari disturbi quando questi non siano associati al trauma (vedi a questo proposito Liotti e Costantini in questo numero). La terapia dei pazienti dissociati e con disturbi traumatici dello sviluppo è complessa e deve poggiare su un programma a più fasi dove il primo scopo è superare le difficoltà relazionali e quelle legate alla modulazione delle emozioni di arousal (vedi a questo proposito l'articolo di Tagliavini).

Molto recentemente l'American Journal of Psychiatry ha dedicato un altro editoriale proprio alla complessità terapeutica delle conseguenze del trauma dello sviluppo (Bryant 2010). Bryant, autore dell'editoriale, commentando i risultati delle ricerche empiriche condotte sull'efficacia della CBT nel trattamento del trauma complesso (Cloitre et al. 2010), ha sottolineato l'importanza di una formazione che permetta al clinico di riconoscere i segni degli sviluppi traumatici e di aggiungere la conoscenza delle specifiche strategie da aggiungere alle terapie convenzionali per superare le difficoltà create dal trauma e dalla dissociazione.

La descrizione dei principi generali e delle principali tecniche di intervento nella dimensione dissociativo-traumatica è affidata all'articolo di Miti e Onofri che conclude e completa questo numero di *Cognitivism Clinico*.

Conclusioni

Certamente alcune delle tesi esposte in questo articolo attendono ancora una conferma definitiva dagli studi empirici, tuttavia è importante riassumere che le osservazioni cliniche e i dati provenienti dalla ricerca mostrano da più di un secolo che:

- a) esperienze traumatiche di tipo interpersonale soprattutto nelle prime relazioni di cura determinano una specifica vulnerabilità psicopatologica causata da processi patogenetici dissociativi
- b) sintomi e processi dissociativi dominano alcuni quadri clinici e sono presenti in maniera variabile in pressoché tutte le categorie diagnostiche, rappresentando un indice di prognosi negativa e di resistenza alle terapie convenzionali.

Per questi motivi si ritiene utile che i clinici (anche coloro che non si occupano specifica-

mente di disturbi traumatici o dissociativi) abbiamo nel loro bagaglio tecnico gli strumenti per riconoscere e affrontare le conseguenze della dimensione dissociativo-traumatica.

Bibliografia

- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano, 2010: Raffaello Cortina.
- Amaral do Espirito Santo HM, Pio-Abreu JL (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Rev Bras Psiquiatr*, 29 (4), 354-358.
- Amdur RL, Liberzon I (1996). Dimensionality of dissociation in subjects with PTSD. *Dissociation*, 9(2), 118-124.
- Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 20(3), 292-301.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association. Trad. It. *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano, 1996.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association. Trad. It. *DSM-IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Masson, Milano, 2002
- Berntson GG, Cacioppo JT (2008). The neuroevolution of motivation. In Shah J, Gardner W (Eds.), *Handbook of motivation science* (pp. 188-200). New York: Guilford.
- Bini L, Bazzi T (1954/1971). *Psicologia Medica*. Vallardi, Milano.
- Bob P, Svetlak M (2010). Dissociative states and neural complexity. *Brain Cogn*.
- Bowlby J (1969) *Attaccamento e Perdita, Vol 1*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1974.
- Bremner JD, Brett E (1997). Trauma-related dissociative states and longterm psychopathology in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 10 (1), 37-49.
- Brown RJ (2006). Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *J Trauma Dissociation*, 7(4), 7-28.
- Brown RJ, Cardena E, Nijenhuis E, Sar V, van der Hart O (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics*, 48(5), 369-378.
- Bryant RA (2010). The complexity of complex PTSD. *Am J Psychiatry*, 167(8), 879-881.
- Carlson EA, Yates TM, Sroufe LA (2009). *Dissociation and the Development of the Self*. In Dell P, O’Neil JA (Eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- Chu JA (2010). Posttraumatic stress disorder: Beyond DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 167(6), 615-617.
- Chu JA, Dill DL (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 147(7), 887-892.
- Classen CC, Pain C, Field NP, Woods P (2006). Posttraumatic personality disorder: a reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 29(1), 87-112, viii-ix.
- Clerici CA, Veneroni L (2011). *Ipnosi animale: immobilità tonica e basi biologiche di trauma e dissociazione*. Aracne, Roma.
- Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC (2006). *Treating survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York, Guilford.
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, Gan W, Petkova E (2010).

- Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 167(8), 915-924.
- De Bellis MD (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreat*, 10(2), 150-172.
- Dutra L, Bureau JF, Holmes B, Lyubchik A, Lyons-Ruth K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation. *J Nerv Ment Dis*, 197(6), 383-390.
- Ellenberger HF (1970). *La scoperta dell'inconscio*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1976.
- Ey H (1975). *La Teoria Organodinamica della Malattia Mentale*. Trad. It. Astrolabio, Roma, 1977.
- Fairbank JA, Fairbank DW (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Curr Psychiatry Rep*, 11(4), 289-295.
- Farina B, Ceccarelli M, Di Giannantonio M (2005). Henri Ey's neo-jacksonism and the psychopathology of disintegrated mind. *Psychopathology*, 38(5), 285-290.
- Farina B, Mazzotti E, Pasquini P, Mantione MG (in print). Somatoform and Psychoform Dissociation among Women with Orgasmic and Sexual Pain Disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*.
- Felitti VJ (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Acad Pediatr*, 9(3), 131-132.
- Fisher J, Ogden P (2009). Sensorimotor Psychotherapy. In CA Courtois, JD Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: The Guilford Press*, New York - London.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EJ, Target M (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Fonagy P, Target C (2008). Attaccamento, trauma e psicoanalisi: dove la psicoanalisi incontra le neuroscienze. In Jurist EL, Slade A, Bergner S (Eds.), *Da mente a mente*. Trad. It. Raffaello Cortina, Milano.
- Freinkel A, Koopman C, Spiegel D (1994). Dissociative symptoms in media eyewitnesses of an execution. *Am J Psychiatry*, 151(9), 1335-1339.
- Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Haaland VO, Landro NI (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 119(5), 383-392.
- Harden CL (1997). Pseudoseizures and dissociative disorders: a common mechanism involving traumatic experiences. *Seizure*, 6(2), 151-155.
- Herman JL (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman JL (1992b). *Guarire dal Trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad. It. Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.
- Herman JL (2009). Foreword. In C. Courtois J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders* (pp. xiii-xvii). Guilford Press, New York.
- Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter EC, Frasquilho F, Oakley DA (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 25(1), 1-23.
- Howell EF (2005). *The Dissociative Mind*. Hillsdale, NJ, USA: The Analytic Press.
- Krystal H (1988). *Affetto, Trauma, Alessitimia*. Roma 2007: Edizioni Scientifiche MaGi.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, Spiegel D (2010a). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Lanius RA, Vermetten E, Pain C (2010b). *The impact of early relational trauma on health and disease. The hidden epidemic* (2009/05/12 ed.). Cambridge University Press, Cambridge, UK.

- Liotti G (1992). Disorganized attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*(5), 196-204.
- Liotti G (1994/2005). *La Dimensione interpersonale della Coscienza* (II Ed. ed.). Roma: Carocci.
- Liotti G (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training.*, 41, 472-486.
- Liotti G (2009). Attachment and Dissociation. In P. Dell J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- Liotti G, Farina B (2011). *Sviluppi Traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensone dissociativa.*: Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G, Prunetti E (2010). Metacognitive deficits in trauma-related disorders: contingent on interpersonal motivational contexts? . In Dimaggio G, Lysaker PH (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*. London: Routledge.
- Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In Cassidy J, Shaver P (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 666-697). Guilford Press, New York.
- Main M, Hesse E (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cichetti M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Meares R (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *Am J Psychiatry*, 156(12), 1850-1855.
- Meares R (2000). *Intimità e Alineazione*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Nijenhuis ER (2009). Somatoform Dissociation and Somatoform Dissociative Disorders. In P. Dell JA O'Neil (Eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. Routledge, New York.
- Nijenhuis ER, Spinhoven P, Vanderlinden J, van Dyck R, van der Hart O (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory imminence and injury. *J Abnorm Psychol*, 107(1), 63-73.
- Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, Mourits MJ, Spinhoven P, van der Hart O (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24(2), 87-98.
- Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical samples. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Ogden P, Pain C, Fisher J (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatr Clin North Am*, 29(1), 263-279, xi-xii.
- Porges SW (1997). Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Ann N Y Acad Sci*, 807, 62-77.
- Porges SW (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*(42), 123-146.
- Putnam F (1997). *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Trad. It, Astrolabio, Roma, 2005.
- Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I (2006a). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. A replication study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 146-150.
- Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I (2006b). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom*, 75(1), 40-46.

- Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2271-2276.
- Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Ozturk E, Ertem-Vehid H Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33-40.
- Schore AN (2009). Attachment trauma and the Developing of Right Brain: origin of Pathological Dissociation. In P Dell, JA O'Neil (Eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. Routledge, New York.
- Siegel DJ (1999). *La Mente Relazionale*. Trad. it, Raffaello Cortina, Milano, 2001
- Spinhoven P, Roelofs K, Moene F, Kuyk J, Nijenhuis E, Hoogduin K, Van Dyck R (2004). Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry Med*, 34(4), 305-318.
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(8), 682-687.
- Teicher MH, Rabi K, Sheu YS, Serafine SB, Andersen SL, Anderson CM, Choi J, Tomoda A (2010). Neurobiology of childhood trauma and adversity In Lanius RA, Vermetten E, Pain C (Eds.), *The impact of early relational trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Tononi G, Koch C (2008). The neural correlates of consciousness: an update. *Ann N Y Acad Sci*. (1124), 239-261.
- van der Hart O, Dorahy M (2006). Pierre Janet and the concept of dissociation. *Am J Psychiatry*, 163(9), 1646.
- Van der Hart O, Nijenhuis E (2009). Dissociative Disorders. In B. P. a. M. T (Ed.), *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York (USA), Oxford (UK): Oxford University Press.
- van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2006). *I Fantasm nel sè*. Trad. It. Raffaello Cortina, Milano, 2011.
- van der Kolk BA (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van der Kolk BA (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- van der Kolk BA (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. In van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. pp. 182-213). Guilford Press, New York.
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83-93.
- van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*, 18(5), 389-399.
- Waller G, Ohanian V, Meyer C, Everill J, Rouse H (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *Br J Clin Psychol*, 40(Pt 4), 387-397.
- Waller NG, Putnam FW, Carlson EB (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.