

Ruolo della TCC e suggerimenti di buona pratica clinica per il trattamento delle diverse forme di dissociazione e dei disturbi dissociativi



Benedetto Farina*

*Ricevuto il 30 luglio 2024,
accettato il 13 agosto 2024*

Sommario

La formulazione di precise linee guida per il trattamento dei disturbi dissociativi è ostacolata dalla mancanza di una definizione condivisa di dissociazione. Esiste invece un accordo unanime tra gli esperti sul fatto che con il termine dissociazione vengono impropriamente raggruppate un vasto ed eterogeneo gruppo di manifestazioni psicopatologiche sostenute da processi patogenetici differenti che diffondono in tutti i quadri clinici psichiatrici complicandone il trattamento. Considerato questo limite la rassegna riporta le indicazioni per il trattamento di alcune manifestazioni dissociative della Blue Knot Foundation (2020) del Dipartimento della Salute del governo australiano e le indicazioni per il trattamento del Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI), ovvero il più grave disturbo dissociativo, redatte dall'International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD.

Parole chiave: dissociazione, disturbi dissociativi, buona pratica clinica, psicoterapia cognitiva.

Role of CBT and suggestions for good clinical practice in the treatment of different forms of dissociation and dissociative disorders

Abstract

The formulation of precise guidelines for the treatment of dissociative disorders is hampered by the lack of an agreed definition of dissociation. On the contrary, there is

* Università Europea di Roma, Centro Clinico Janet, via Avezzana 6 – 00193 Roma;
e-mail: benfarina@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18656

unanimous agreement among experts that the term dissociation improperly groups together a vast and heterogeneous group of psychopathological manifestations sustained by different pathogenetic processes that spread throughout psychiatric clinical pictures, complicating their treatment. In view of this limitation, the review reports the guidelines for the treatment of certain dissociative manifestations of the Blue Knot Foundation (2020) of the Australian government's Department of Health and the guidelines for the treatment of Dissociative Identity Disorder (DDI), the most severe dissociative disorder, drawn up by the International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD.

Keywords: dissociation, dissociative disorders, good clinical practice, cognitive psychotherapy.

Premessa e descrizione delle fonti

La redazione di suggerimenti di buona pratica clinica o di linee guida per il trattamento della dissociazione e dei disturbi dissociativi (DD) è ostacolata dal fatto che non esiste una definizione unitaria della dissociazione e delle sue manifestazioni. Esiste, al contrario, un ampio accordo tra gli studiosi esperti nel considerare la dissociazione un vasto e differenziato gruppo di manifestazioni psicopatologiche, sostenute da processi psicopatogenetici differenti anche se molto intrecciati tra loro, attivati sia dal trauma dello sviluppo che dai singoli eventi traumatici (Brown, 2006; 2011; Lynn *et al.*, 2019; Nijenhuis & Van der Hart, 2011; Van der Hart & Dorahy, 2009; Dalembert *et al.*, 2012; Blue Knot Foundation, 2020; Lanius *et al.*, 2020; Lyssenko *et al.*, 2018; Farina & Imperatori, 2023). I sintomi dissociativi che necessitano di trattamento, oltre che caratterizzare i DD, sono presenti in tutti i disturbi psichiatrici e sono considerati elementi di gravità clinica e scarsa risposta al trattamento (Lebois *et al.*, 2021; Lyssenko *et al.*, 2018, Farina & Imperatori, 2023, Semiz *et al.*, 2014), anche nel caso di trattamenti espositivi per il trauma (Bae *et al.*, 2016). Infatti, i sintomi dissociativi caratterizzano alcuni disturbi post traumatici di maggiore gravità e peggiore prognosi come il complex-PTSD descritto nell'ICD-11 e il sottotipo dissociativo del PTSD del DSM-5.

Per l'accertata molteplicità delle forme della dissociazione e dei sottostanti processi patogenetici non esistono linee guida generali sul trattamento della dissociazione né sono presenti nella letteratura scientifica studi d'efficacia basati su dati empirici controllati se non rari studi sul Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI) con pochi casi studiati. Sono invece presenti rare e sparse indicazioni redatte da panel di clinici esperti quando i sintomi dissociativi sono presenti in altri quadri diagnostici (per lo più correlati a traumi),

come per esempio per dissociazione correlata al trauma complesso come nel caso delle linee guida stilate dalla Blue Knot Foundation (2020) ovvero L’Australian National Centre of Excellence for Complex Trauma del Dipartimento della Salute del governo australiano. Sono presenti, infine, indicazioni per il trattamento del Disturbo Dissociativo dell’Identità (DDI), ovvero il più grave disturbo dissociativo, redatte dall’International Society for the Study of Trauma and Dissociation – ISSTD.

Le differenti forme della dissociazione: disintegrazione, dissociazione strutturale e distacco

Il DSM-5 definisce la dissociazione «la sconnesione* e/o la discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. I sintomi dissociativi possono potenzialmente colpire ogni area del funzionamento psicologico» (APA, 2013, p. 291). L’ICD-11, analogamente, la definisce come: «involontaria alterazione o discontinuità della normale integrazione di una o più delle seguenti funzioni mentali: identità, percezione, emozioni, pensieri, memorie, controllo dei movimenti corporei o dei comportamenti. L’alterazione o la discontinuità può essere completa ma più comunemente è parziale e può variare da un giorno a un altro o anche da un’ora all’altra» (WHO, 2020).

Come è evidente da queste definizioni la dissociazione è primariamente intesa come una perdita delle capacità integrative in generale, generando manifestazioni differenti a seconda della funzione mentale non più integrata: pertanto a seconda della funzione colpita sarà necessario un diverso approccio (Farina & Imperatori, 2023; Farina & Meares, 2022). Gli studi neuroscientifici indicano che tanto il trauma dello sviluppo quanto i singoli episodi traumatici interferiscono con il normale sviluppo e l’esercizio dei processi di integrazione mentale generando manifestazioni come improvvise disregolazioni emotive e comportamentali, alterazioni dello stato di coscienza e della coscienza di sé, disturbi della memoria, del controllo volontario dei movimenti, delle sensazioni corporee (Teicher *et al.*, 2016; Terepou *et al.*, 2020). Tali alterazioni psicopatologiche non sono considerate difensive ma espressione di un crollo delle capacità integrative che precludono alla dissociazione vera e propria.

Un vasto consenso tra gli studiosi sostenuto da dati clinici ritiene che la riorganizzazione delle strutture di memorie ripetutamente e lungamente frammentate durante lo sviluppo si possano riorganizzare in “parti” non in-

tegrate tra loro (compartimentazione o dissociazione strutturale) che possono emergere sia come memorie relazionali implicite sia come vere e proprie personalità multiple (van der Hart *et al.*, 2006; Sar, 2017). Questo secondo processo patogenetico è ritenuto difensivo poiché dovrebbe prevenire la dissonanza cognitiva eventualmente causata dalla coesistenza di elementi della personalità non integrate e non integrabili (Liotti, 1992, 2009).

Infine, numerosi studi clinici convergono nell'indicare l'esistenza di un terzo processo patogenetico distinto dai primi due che caratterizza le risposte di distacco della coscienza (detachment) come la derealizzazione, la depersonalizzazione e l'anestesia emotiva (Holmes *et al.*, 2005) estremamente diffusi in molti disturbi psichiatrici, soprattutto d'ansia (Lyssenko *et al.*, 2018). La ricerca neuroscientifica suggerisce che alla base dei sintomi di distacco ci sia il ricorso eccessivo e inappropriato a risposte di difesa arcaica mediate dal nervo vago e da una ipermodulazione frontale del sistema limbico, volte a minimizzare l'esperienza diretta di dolore in situazioni di estrema e di inevitabile minaccia (Lanius *et al.*, 2020).

La letteratura scientifica e la pratica clinica consolidata indicano che i tre processi, benché spesso intrecciati, debbano essere trattati con tecniche e strumenti differenti: la disintegrazione con strategie di prevenzione dell'inesco traumatico, modulazione dell'arousal e neuromodulazione; la dissociazione strutturale tramite il lavoro con le parti dissociate; i sintomi di distacco tramite tecniche di grounding e modulazione dell'arousal.

Elementi generali per il trattamento delle diverse forme di dissociazione traumatica

Il documento più vicino a delle linee guida istituzionali per la dissociazione traumatica (DT) in generale è quello dell'agenzia governativa australiana intitolato "Practice Guidelines for Identifying and Treating Complex Trauma-related Dissociation" (Blue Knot Foundation, 2020).

In esso ritroviamo alcune raccomandazioni di carattere generale così riassumibili:

- Avere conoscenza delle svariate forme di DT e porsi in uno stato di sintonizzazione con esse sin dal primo incontro con il paziente e integrare i diversi approcci terapeutici agli aspetti della dissociazione così come vengono descritti nei punti seguenti.
- Saper porre le giuste domande per far emergere le svariate forme della DT. Poiché spesso la DT non è pienamente compresa dai pazienti stessi

(per esempio è possibile non sapere di essere amnestici) è necessario saper individuare amnesie, derealizzazioni e depersonalizzazioni, disregolazioni emotive e comportamentali improvvise, ecc.

- Tenere presente che stati di iperattivazione emotiva possono innescare stati dissociativi. Ciò implica che è necessario monitorare lo stato di attivazione emotiva e vegetativa in modo costante.
- Utilizzare tecniche di grounding e sviluppare skills per la gestione degli stati di distacco.
- Le tecniche di grounding e di imagery devono essere rimodulate nel DDI o nei pazienti con forti fluttuazioni degli stati dell'io non integrati.
- Differenziare tra esperienze spiacevoli e insopportabili. Aiutare il paziente a riconoscere e differenziare le esperienze spiacevoli ma sopportabili da quelle insopportabili legate al trauma complesso.
- Saper riconoscere la frammentazione degli stati di sé, sia attraverso le espressioni di perdita della coerenza autobiografica, la presenza di parti non integrate della personalità ma anche attraverso i cambiamenti del linguaggio non verbale e le fluttuazioni dell'arousal.
- Accettare l'incoerenza del paziente, la comparsa di parti di sé non integrate e la funzione difensiva della compartimentazione dei diversi stati di sé.
- Introdurre e utilizzare l'uso del concetto delle parti di sé sia nel linguaggio con il paziente sia nelle procedure terapeutiche indipendentemente dall'approccio utilizzato.
- Tenere presente che il concetto di "resistenza al trattamento" è spesso inadeguato con pazienti dissociativi.
- Lavorare sui confini della relazione terapeutica tenendo presente che nei pazienti con dissociazione traumatica essi sono molto più labili.
- Tenere presente che le memorie implicite traumatiche possono emergere nella relazione terapeutica tramite l'attivazione dell'attaccamento traumatico.
- Tenere in considerazione l'uso coordinato di tecniche di rilassamento e di neuromodulazione.

Trattamento del Disturbi Dissociativo dell'Identità

L'International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) nel 2011 ha pubblicato la terza revisione delle linee guida pratiche per il trattamento del DDI e del Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato (not otherwise specified, DDNOS) sulla base non di dati empirici controllati ma di una consesus conference di clinici esperti.

Il DID e il DDNOS hanno una prevalenza tra l'1 e il 3% nella popolazione generale. Tuttavia essi sono ampiamente sotto-diagnosticati sia per la scarsa preparazione dei clinici che per le difficoltà dei pazienti nel riportare i sintomi principali del disturbo. Il DDI e il DDNOS sono caratterizzati dalla dissociazione strutturale della personalità, ovvero dalla compartimentazione degli elementi della personalità.

Le linee guida pratiche riportano raccomandazioni riassumibili nei seguenti punti:

- Obiettivi terapeutici e raccomandazioni generali. Il clinico deve riconoscere la natura adattativa della molteplicità delle parti di sé del paziente ma non deve incoraggiarne la frammentazione. Il trattamento deve avere l'obiettivo di integrare le parti di sé in modo armonico e la comunicazione tra esse promuovendo un funzionamento mentale ed esistenziale integrato.
- Promuovere la consapevolezza e la comunicazione delle parti è uno degli obiettivi terapeutici tenendo conto di non escludere le parti e le personalità disfunzionali ma accogliendole. Un obiettivo realistico talvolta non è la completa integrazione ma il dialogo tra le parti. Dati empirici indicano che tra il 16 e il 33% dei pazienti ottiene una completa integrazione e che i fattori predittivi sono le caratteristiche del paziente, l'intensità del trattamento e l'uso di diverse strategie
- Il lavoro deve essere condotto secondo un approccio basato su fasi. Le fasi sono: 1. Messa in sicurezza, stabilizzazione e riduzione dei sintomi; 2. Confronto e integrazione delle memorie traumatiche; 3. Integrazione dell'identità e riabilitazione.
- Setting e contesto della terapia. L'intensità del trattamento dipende dalla gravità del paziente e può variare da una volta a settimana sino a tre volte o al trattamento intensivo in regime di ricovero nel caso di pazienti con atti autolesivi o parasuicidari. Prevedere quindi ospedalizzazione anche parziale in strutture residenziali.
- Tipi di intervento. Sono raccomandate la terapia psicodinamica individuale e la TCC solo se integrate ad altre tecniche e approcci. Tra le più appropriate: EMDR, ipnosi, DBT, sensorimotor, tecniche espositive per il trauma con imagery e rescripting, nonché strategie specifiche per i disturbi frequentemente correlati (abuso di sostanze, disturbi alimentari, ecc.). Il trattamento può prevedere interventi di gruppo e familiari.
- Instaurare trattamenti integrati che coinvolgano differenti figure professionali.
- La terapia farmacologica può essere necessaria e raccomandata per i sintomi intercorrenti e focalizzata su di essi (insonnia, depressione, controllo

degli impulsi, aspetti psicotici) prevedendo l'uso di tutte le classi di farmaci (BDZ, AD, stabilizzatori, antipsicotici)

Bibliografia

- Bae H., Kim D. & Park Y.C. (2016). Dissociation predicts treatment response in eye-movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1): 112-130. DOI: 10.1080/15299732.2015.1037039.
- Brown R.J. (2006). Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4): 7-28. DOI: 10.1300/J229v07n04_02.
- Brown R.J. (2011). Commentary on “Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations” by Nijenhuis and Van der Hart. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4): 450-453. DOI: 10.1080/15299732.2011.570237.
- Farina B. & Meares R. (2023). The traumatic disintegration dimension. In Dorahy M.J., Gold S.N. & O’Neil J.A. (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future* (II ed., pp. 50-65). London: Routledge.
- Farina B. & Imperatori C. (2024). Are Traumatic Disintegration, Detachment, and Dissociation Separate Pathogenic Processes Related to Attachment Trauma? A Working Hypothesis for Clinicians and Researchers. *Psychopathology*, 57(3): 236-247. DOI: 10.1159/000535191.
- Farina B., Liotti M. & Imperatori C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Frontiers in Psychology*, 10: 933. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00933.
- Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W., Fearon R.P., Hunter E.C., Frاسquilho F. & Oakley D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1): 1-23. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2): 188-212. DOI: 10.1080/15299732.2011.537248.
- Kezelman C.A. & Stavropoulos P.A. (2020). *Practice Guidelines for Identifying and Treating Complex Trauma-Related Dissociation*. Blue Knot Foundation.
- Lanius R.A., Terpou B.A. & McKinnon M.C. (2020). The sense of self in the aftermath of trauma: lessons from the default mode network in posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1): 1807703. DOI: 10.1080/20008198.2020.1807703.
- Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4): 196-204.
- Lynn S.J., Maxwell R., Merckelbach H., Lilienfeld S.O., Kloet D.V.H. & Miskovic V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical Psychology Review*, 73: 101755. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101755.
- Lyssenko L., Schmahl C., Bockhacker L., Vonderlin R., Bohus M. & Kleindienst N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1): 37-46. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010025.
- Nijenhuis E.R. & van der Hart O. (2011). Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4): 416-445. DOI: 10.1080/15299732.2011.570592.

- Şar V. (2017). Parallel-Distinct Structures of Internal World and External Reality: Disavowing and Re-Claiming the Self-Identity in the Aftermath of Trauma-Generated Dissociation. *Frontiers in Psychology*, 8: 216. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00216.
- Semiz U.B., Inanc L. & Bezin C.H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8): 1287-1296. DOI: 10.1007/s00127-013-0787-7.
- Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M. & Ohashi K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews. Neuroscience*, 17(10): 652-666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111.
- Terpou B.A., Densmore M., Théberge J., Frewen P., McKinnon M.C., Nicholson A.A. & Lanius R.A. (2020). The hijacked self: Disrupted functional connectivity between the periaqueductal gray and the default mode network in posttraumatic stress disorder using dynamic causal modeling. *NeuroImage: Clinical*, 27: 102345. DOI: 10.1016/j.nicl.2020.102345.
- van der Hart O. & Dorahy M. (2009). History of the Concept of Dissociation. In Dell P. & O'Neil J.A. (eds.), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-5 and beyond*. London: Routledge.