

Introduzione ai lavori²

SOMMARIO

Il presente lavoro, creato come introduzione ai lavori della giornata “La dissociazione tra origini antiche e attuali scenari: prospettive teoriche e cliniche in evoluzione”, intende fornire una riflessione sulle possibili declinazioni della dissociazione, intesa come sintomo, come sindrome o come esperienza. Fornisce quindi un panorama aperto, con diversi spunti riflessivi, a partire dall’attuale nosografia proposta dal DSM-5, per approdare a un panorama clinico, incentrato sul vissuto del paziente e sulla portata di un evento tanto comune, quanto estraneo, attraverso la sintonizzazione dell’ascolto del terapeuta. Siamo davvero concordi sulla definizione di dissociazione? Siamo davvero in grado di diagnosticarla? Siamo davvero preparati a questo genere di pazienti? Queste sono alcune delle domande che articolano il contributo, mettendo in luce la delicatezza e la scivolosità di un argomento presente ad oggi in maniera forte nella clinica e nella ricerca, incerto, traballante e ancora poco chiaro nella definizione, nella mente dei professionisti, nelle tecniche di intervento.

Parole chiave: Dissociazione, Trauma, Derealizzazione, Disturbi Dissociativi, Psicopatologia Descrittiva

Il mio compito è quello di aprire i lavori di questa mattinata e, come primo intervento, di introdurre brevemente all’interno di questo argomento, di cui i relatori poi approfondiranno i vari aspetti.

Intanto anticipo subito, anche se immagino che molti di voi saranno già a conoscenza della precisazione che sto per fare, che molti sono i modi in cui è possibile trattare di dissociazione. Quando ne parliamo con qualcuno quindi, la domanda che dovremmo porci a monte è: abbiamo in mente la stessa cosa? Cioè parleremo di sintomo, di sindrome, di processo, di Disturbo dissociativo o di disturbi dissociativi? Un elemento comune però allo stato attuale è presente tra i vari ambiti, ed è quello che, come vedremo, ha riportato l’attenzione sul campo della dissociazione: il trauma. Esso si colloca comodamente in questo vario panorama, come fattore causale, come fattore esplicativo di alcuni sintomi o come elemento anamnastico comune a vari disturbi. Tuttavia non risponde alla domanda posta sopra. Cerchiamo quindi di procedere in modo ordinato.

Un primo modo per rispondere a questa domanda potrebbe essere partire dalla nosografia. Il DSM-5 (APA, 2013) classifica i disturbi per arco di vita, ma anche per “affinità”. I Disturbi dissociativi sono trattati dopo i Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti e il DSM stesso afferma esservi una “stretta relazione esistente tra queste classi diagnostiche” (APA, 2013, p. 335), così come afferma tra i “fattori contribuenti l’insorgenza dei disturbi da sintomi somatici” rientrano le esperienze traumatiche precoci. Si viene a creare così sia una classe diagnostica a sé, sia un *fil rouge* che collega le tre grandi aree: trauma, dissociazione, soma. Il DSM però parla anche di sintomi, quando descrive derealizzazione e depersonalizzazione nella schizofrenia, in alcuni disturbi di personalità, e in altri disturbi ancora. Questa divisione, tanto difficile quan-

¹ Laura Corbelli è Psicologa, Psicoanalista SIPRe, Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino. E-mail: laurac@omniway.sm

² Introduzione al seminario dal titolo *La dissociazione tra origini antiche e attuali scenari: prospettive teoriche e cliniche in evoluzione*, tenutosi a Roma il 21 e 22 maggio 2016.

to vischiosa, dipende chiaramente dalla scelta di descrivere i quadri per gli aspetti fenomenici e per la durata, non per altre affinità come i meccanismi patogenetici ad esempio. E così nemmeno la nosografia pare di molto aiuto nel rispondere alle nostre domande iniziali quando ci confrontiamo sull'argomento: parlo di sintomo, di sindrome, di processo?

Esistono altre proposte di classificazione, che suggeriscono la differenza tra due tipi di dissociazione (ad es. Holmes *et al.*, 2005), basandosi sulla peculiarità dei sintomi di queste esperienze e identificano ad esempio dissociazione con sintomi da *compartimentazione* e dissociazione con sintomi da *distacco* (DDI e Amnesia dissociativa rientrerebbero grosso modo nella prima, derealizzazione, depersonalizzazione, deaffettività nell'altra). Altri ancora invece si sono occupati della dissociazione somatoforme, di cui i sintomi da conversione appaiono essere i più caratteristici, mostrando che anche in queste forme, la compartimentazione e il distacco sono assai presenti e che uno dei punti nodali (se non il punto di maggior rilievo) risiede nell'origine traumatica.

Ma, se ci sganciassimo per un attimo dalle classificazioni nosografiche, e affrontassimo la questione da professionisti che incontrano un paziente sofferente nel loro studio o nella loro attività, necessariamente affronteremmo l'argomento e la domanda iniziale da tutt'altro punto di vista. Credo che saremmo tutti concordi nel dire che il primo elemento comune a queste esperienze, lo cercheremmo nelle descrizioni dei vissuti dei pazienti, nei loro racconti e nelle loro vicende. In cosa li rende unici e in cosa sono accomunabili ad altri pazienti con altre storie ed altri racconti. E se parlassimo con un collega, per capirci sulla categoria a cui appartiene tale esperienza, parleremmo esattamente di ciò che ci ha raccontato, racconteremmo le sue parole.

Come possiamo allora sederci su una coperta comune, o meglio come posso io accompagnarvi ad una coperta su cui sederci insieme, per avviare i lavori di oggi?

Credo sia possibile seguire due tra le molte strade per arrivare al nostro ipotetico prato dove si trova la coperta: vi sto proponendo, stravolgendo a modo mio un'espressione mutuata dal filosofo Betti, di occuparci della questione seguendo la via del *significato*, e quella della *significatività*.

Prima via: il significato

Partendo dall'iniziale classificazione del DSM-5 (2013) citata precedentemente, il significato dei fenomeni osservati risiede nella presenza o assenza, per un determinato periodo di tempo, di alcune caratteristiche. Quali sono le caratteristiche comuni nei disturbi dissociativi? La sconnessione e/o discontinuità non voluta della integrazione presente normalmente tra coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. Esplicita il DSM: "i sintomi dissociativi possono colpire potenzialmente ogni area del funzionamento psicologico. Non sono esperienze "volute dal soggetto", spesso compare imbarazzo, confusione e desiderio di nasconderli" (p.335).

Abbiamo quindi un serie di informazioni, di specifici mattoncini, che affiancati per un tempo predeterminato, formano una strada contrassegnata da buche, tortuosità, disagio, esperienze sgradevoli.

Questa stessa tortuosità è la medesima che si riscontra in tutto il panorama nosografico storico riguardante la dissociazione, in particolare nella sua forma di Disturbo da personalità multipla, oggi DDI (avremo poi il contributo della dottoressa Maura Silvestri che tratterà approfonditamente il panorama storico della questione). L'oscillazione tra chi la disconosceva come fenomeno, sintomo o categoria e chi invece non solo ne sosteneva fortemente l'esistenza, ma si impegnava a darne dimostrazioni con pretesa di oggettività sfociava in una evidente lotta combattuta a colpi di pubblicazioni, seminari, smentite, rifiuto di fare tale diagnosi. Fino agli anni '90, non era insolito l'uso in seminari dedicati all'argomento delle personalità multiple, di veri e propri "casi umani". Ipnostisti, psichiatri e psicologi che con tecniche suggestive e di ipnosi regressi-

va, facevano emergere in pazienti o persone selezionate tra il pubblico varie personalità, mettevano in scena uno spettacolo assai frequentato. Chiaramente per chi dall'altra parte riteneva il disturbo da personalità multipla una costruzione, questi fenomeni venivano tacciati di essere mero condizionamento e molti eminenti medici e studiosi iniziarono un movimento contrario, nel tentativo di eliminare del tutto questa diagnosi. Ancora oggi troviamo autori che esprimono dichiaratamente scetticismo, quando descrivono la categoria nosografica inerente la dissociazione. Può esserne un esempio Allen Frances (2013) che, nel capitolo 17 di *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*, apre la descrizione dei disturbi dissociativi con un riquadro denominato "Avvertenza" dal titolo "Allerta moda diagnostica" e prosegue per ciò che riguarda la diagnosi di DDI (Disturbo Dissociativo dell'Identità) con queste parole: "In realtà consiglio di evitarla del tutto" (p. 190).

La ricerca empirica pare dimostrare che la popolazione generale soffre con frequenza di sintomi dissociativi, mentre le diagnosi vere e proprie di disturbi dissociativi non siano poi frequenti. Tuttavia alcuni autori sostengono che occorra approfondire il campo d'indagine inerente l'eziologia, poiché la grande associazione tra trauma, dissociazione e fenomeni correlati, sempre più documentata, porterebbe alla luce come spesso i clinici non trovano ciò per cui in realtà *non hanno* domande da fare, apponendo diagnosi errate e arrivando solo per esclusione a quella corretta. Personaggi come Van der Kolk, Roth, Van der Hart, Vasquez e altri hanno lavorato a questo per proporre la classificazione di Disturbi da Trauma Complesso e da stress estremo. Intanto comunque, alcuni dati smontano un luogo comune su questi fenomeni, che storicamente e implicitamente erano e sono spesso legati alla suggestionabilità, alla conversione sul corpo (sebbene vi sia anche un filone di ricerche empiriche molto forti sulla dissociazione somatoforme) e alla melodrammaticità (quindi vecchia isteria o al disturbo istrionico), dimostrano come questa associazione non appaia valida (ad es. Dell, 1998). È invece empiricamente fondato il legame con l'evitamento, l'autolesionismo, il borderline, il DPTS e le scale Pa, Pt e Sc dell'MMPI-2 (Dell, 1998; Allen e Coyne, 1995; Elhai *et al.*, 2003).

Abbiamo allora un'altra serie di mattoncini, a fianco di quelli posti con il DSM, legati all'eziologia nelle esperienze traumatiche.

Inizieremo ora a esplorare la seconda via. Ma permettetemi di introdurvi all'argomento tramite una piccola digressione.

Personalmente il mio interesse è sempre stato molto vivo per quelli che comunemente si definiscono *sintomi* dissociativi, in relazione alle esperienze normali (è infatti assodato dalla ricerca che, in particolari condizioni di stress, la maggior parte della popolazione ha sperimentato almeno una volta sintomi del genere), e in relazione alla schizofrenia. Umanamente, da clinica e da psicoanalista, mi ha sempre colpito la grossa portata che questo genere di esperienza ha nella vita delle persone, il suo portato di grande dolore ed estraneità. Tuttavia quello per i Disturbi dissociativi, intesi come classe diagnostica a se stante e in particolare per il DDI, nasce quando ancora ero specializzanda e, una mia amica appassionata di misteri e delitti, con la quale poi mi iscrissi effettivamente ad un master in Criminologia e scienze forensi, mi mostrò la trasmissione "Chi l'ha visto?". Era l'aprile del 2009 e la puntata trattava lo stano caso dello "Smemorato di Collegno. Vittima o impostore?"

Il 6 febbraio del 1927 comparve sulla Domenica del Corriere una fotografia, corredata dalla seguente didascalia: «Ricovertato il giorno 10 marzo 1926 nel Manicomio di Torino (Casa di Collegno). Nulla egli è in condizione di dire sul proprio nome, sul paese d'origine, sulla professione. Parla correntemente l'italiano. Si rileva persona colta e distinta dell'apparente età di anni 45». Il signore in questione era stato accompagnato al manicomio dalle forze dell'ordine, le quali dopo vari tentativi, non erano riuscite a ottenere nessuna informazione utile. Egli anzi pareva confuso in particolar modo proprio sulla propria identità, fino a non riuscire a dire nemmeno il suo nome. Tralascierò di narrare tutta la vicenda o di occuparmi dell'identità riconosciuta, ma mi focalizzerò solo su alcuni elementi utili alla nostra prima via. Dopo un anno i medici asserisco-

no che il soggetto è nella piena capacità di intendere e volere, eccezion fatta per questa forma di amnesia che gli impedisce di ricordare di sé. Se spinto o forzato a ricordare, si innervosiva o aveva sbalzi d'umore, a volte compiva atti autolesionistici. L'iniziale vagare confuso non si era ripresentato, salvo appunto la confusione sull'identità. Tutto questo aprì un caso giudiziario, durato più di 20 anni, giocato su chi sosteneva simulazione e chi invece adduceva dissociazione, tanto da chiedere in aula per la prima volta il parere di quello che poi sarebbe diventato in campo legale un CTU (Consulente tecnico d'ufficio). Ora se vogliamo camminare sulla prima via, possiamo facilmente riconoscere elementi comuni alla diagnosi di amnesia dissociativa: incapacità a ricordare importanti informazioni autobiografiche, vagare senza meta o comunque confuso, amnesia generalizzata per la propria identità, comportamenti autodistruttivi, forte disagio quando stimolato al ricordo. L'origine è sconosciuta, nell'impossibilità di far diagnosi, tuttavia molto probabile che vi sia un aspetto traumatico (DSM-5, 2013).

Ma, detto questo, indipendentemente dall'origine, che cosa sappiamo *davvero* di questa persona e di ciò che significava per lui "essere turbato" dai tentativi di riconoscimento, "essere confuso", "non ricordare" chi fosse?

Ecco allora come possiamo mettere a fuoco altro, iniziando a percorrere la seconda via.

La seconda via: la significatività

Ritornero ora, sperando di avervi mostrato in modo leggero alcuni pezzetti della prima via per arrivare alla coperta, la seconda via proposta in partenza. Di cosa stiamo parlando? La significatività. È stato dimostrato come fenomeni dissociativi non solo siano trasversali alle varie patologie, ma siano anche esperienza comune della popolazione non clinica. Quindi non è poi così difficile incontrarli o averli noi stessi sperimentati, in particolare le esperienze di distacco (derealizzazione, depersonalizzazione, deaffettività). Come professionista e come psicoterapeuta, non posso non occuparmi di diagnosi e di linguaggio comune con i colleghi. Tuttavia, per lo stesso motivo, credo che la diagnosi, intesa come presenza/assenza di alcuni fenomeni, focalizzi troppo su tutti gli elementi "tecnici" per trovare l'etichetta utile, giusta per tutti, a discapito del racconto della vita della persona che si presenta nel nostro studio. Sebbene essa ci debba riguardare eccome, ci fa poi dimenticare l'organo che più ci dovrebbe essere caro: l'orecchio. Esso ci permette di avvicinarci all'esperienza dell'altro, fornendogli quella "casa relazionale" per dirla con Stolorow, di cui troppo spesso dimentichiamo la portata (Stolorow, 2007). È in questo senso che propongo una deviazione: passare dalla via "significato" alla via "significatività", piuttosto che dimenticarci dell'una o dell'altra. Aspettare, esserci e lasciar parlare, in ogni modo le sia possibile, l'esperienza. "Il suo sollievo nel trovare qualcuno preparato ad ascoltare, e *forse* (corsivo mio) anche a comprendere, è spesso enorme" (Sims, 1995, p. 246).

Allora, secondo la logica indicata all'inizio, ci riproponiamo la stessa domanda: partendo dai racconti, quali sono le caratteristiche comuni in questi disturbi?

Ciò che "osserviamo": i racconti.

"non saprei...mi dicono che ho fatto questo, ma non me lo ricordo ... come se ci fosse un buco, perché prima avevo pensato di farla finita, mettermi la corda al collo, poi mi sono ritrovato il giorno dopo a terra mentre la deponevo e tutti mi chiedevano se ero impazzito" (mio paziente), "è stato terribile, vedevo la mia mano muoversi mentre prendeva la forchetta, eppure era come se non fosse mia" (paziente di un collega); "giravo la chiave dell'auto per venire qui, ho alzato gli occhi e tutto era strano, come se fosse più patinato. Il rumore della macchina non lo sentivo come se fosse il rumore solito, giravo la chiave e quel gracchiare era strano, lontano e mi spaventava. Tutto mi spaventava" (mia paziente); "è come stare in una sfera di cristallo dentro il mio corpo" (paziente descritta da Vazquez, 2013, p.14).

Ciò che risulta comune e ci dovrebbe da subito colpire sono tre cose: la non piacevolezza dell'esperienza vissuta (l'esperienza è terrificante, fa paura, è strana e inquietante, è avulsa dal contesto); il vissuto di alienazione, ogni persona descrive l'esperienza a suo modo, ma essa ha sempre il carattere del "come se", che compare quasi sempre nella descrizione stessa; la sospensione del normale svolgersi delle cose (un tempo che si allarga, si stacca dal tempo "vero" e resta sospeso).

Proprio su questi vorrei soffermarmi. Questo tipo di esperienze interrompono il filo unificante dell'immediatezza e della temporalità, così tanto che la persona si trova intrappolata in un qui ed ora che però ha perso le normali caratteristiche del qui ed ora (del presente), scollegato dal passato da ciò che è conosciuto e dalla possibilità di protendersi verso il futuro. È un'esperienza senza parole, che deve avvalersi del "come se" (Van der Kolk avrebbe dimostrato la cecità dell'area di Broca nei flashback, quindi l'impossibilità anche concreta di avere parole, ad es.), poiché corporea e incorporea al tempo stesso.

Se la normalità è nell'essere uno, proprio sé (Mitchell parla della pellicola cinematografica che viene vissuta come un film e non come un'insieme di fotogrammi), questo tipo di esperienza crea la perdita "dell'ingenuità" (inteso come immediatezza) dell'esistere. Se queste esperienze risultano ripetute e continue, questa perdita equivale alla catastrofe (lo Tsunami bromberghiano, 2012). In questo senso mi piace la lettura della dissociazione di Stolorow, come "disorganizzare e riorganizzare il proprio senso di essere nel tempo" (Stolorow, 2007). Bromberg stesso afferma che il trauma è qualcosa su cui puntare il faro quando interrompe o minaccia di interrompere la continuità dell'esperienza (p. 13).

Vorrei però in questo caso "insabbiare" il primato della parola. Tutto il trauma è preverbale (sto seguendo Van der Kolk, ma molti autori e ricercatori lo sostengono oltre a lui), così come lo è la dissociazione stessa. Damasio (2000) ha dimostrato che rievocare un evento passato negativo, riattiva le stesse sensazioni viscerali vissute durante quell'evento. Siamo allora davvero preparati ad oggi clinicamente per questo tipo di persone? (Gli interventi della dottoressa Loiacono e del dott. Fontana ci accompagneranno nel mondo della clinica). Non mi addentrerò sulla questione del sé unitario o multiplo, che lascio volentieri all'intervento della dottoressa Olga Spagnuolo. Ma vi spingo a notare come ci ritroveremo a discutere sull'esistenza o meno di sindromi, di quadri più o meno inclusivi, di eziopatogenesi traumatica ed è importantissimo, ma rifletteremo più faticosamente su cosa implica come terapeuti stare, ascoltare e fare qualcosa con queste persone portatrici di un disagio tanto vicino e tanto lontano. Ingenuamente affermerei: è poi così strano che davanti ad un pericolo imminente, sia esso di natura fisica, ambientale o relazionale, consapevolmente o no, si usino tutti i bottoni a disposizione per spegnere "le viscere", bottoni quali dissociazione, freezing, derealizzazione, depersonalizzazione, deaffettività? Ma chiaramente la questione è ben più articolata. Per cui, se avessero chiesto a me un titolo per questa giornata, forse in difficoltà avrei semplicemente sottolineato che vi sono molte, moltissime domande aperte, ma avendomi chiesto un'introduzione, spero di essere riuscita nell'intento di avervi accompagnato altrettanto aperti a dubbi e domande, alla coperta di cui si occuperanno i successivi relatori.

BIBLIOGRAFIA

- Allen J.G., Coyne L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience. The Dissociative Experiences Scale and the MMPI-2. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 183, 10: 615-622.
- APA - American Psychiatric Association (2013). Trad. it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Bromberg P.M. (1998). Trad. it. *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
- Bromberg P.M. (2012). Trad. it. *L'ombra dello tsunami*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Bromberg P.M. (2006). Trad. it. *Destare il sognatore*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009.
- Damasio A., Grabowski T.G., Bechara A., et al. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*. 3, 10: 1049-1056.

- Dell P.F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 352-356.
- Frances A. (2013). Trad. it. *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Holmes E.A., Brown R.J. Mansell W., et al. (2005). Are there two qualitatively distinct form of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1: 1-23.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sims A. (1995). Trad. It. *Introduzione alla psicopatologia descrittiva. Seconda edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1997.
- Stolorow R. D. (2007). Trad. it. *Trauma ed esistenza umana*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2013.
- van der Kolk (2014). Trad. it. *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015.
- Vasquez A.G. (2010). Trad it. *I disturbi dissociativi. Diagnosi e trattamento*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2013.