

Disturbo dissociativo dell'Identità: una prospettiva neuropsicoanalitica

di Sandra Vannucchi

con la collaborazione del Dott. Giuseppe Rombolà Corsini

Con questo scritto vorrei provare a fornire un quadro sul Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID), con particolare riferimento agli studi neurobiologici.

Freud si era specializzato in neurologia che all'epoca disponeva solo del modello clinico-anatomico. Questo modello viene messo in discussione perché non risolve i problemi di carattere fisiologico di cui non si ha riscontro anatomico, quali le nevrosi. Nel 1922 Lurija introduce il concetto di costellazioni di zone cerebrali, ciascuna delle quali comprende porzioni di strutture corticali di un dato sistema. Nasce la neuropsicologia dinamica che consente di identificare l'organizzazione di quasi ogni facoltà mentale anche molto complessa, localizzando le aree sottese al processo. Nel 1985 M. Solms (psicoanalista e neurologo) ritiene possibile e auspicabile l'integrazione tra i concetti psicologici di derivazione clinica e quelli di origine sperimentale in quanto neuroscienze e psicoanalisi, in fondo, studiano la stessa cosa, solo da punti di vista differenti ed è assurdo che non collaborino condividendo le rispettive scoperte (Solms, 1985). Si sviluppa la neuropsicoanalisi secondo cui la psicoanalisi consiste nell'interpretazione dei sintomi clinici all'interno della propria particolare teoria di riferimento e non viene considerata metodo scientifico. Oggi i metodi scientifici delle neuroscienze stanno chiarendo i meccanismi a monte degli stessi processi mentali descritti da Freud e ci sono sempre più conferme sul legame tra fenomeni cerebrali e processi mentali. La psicoanalisi integra le neuroscienze con il suo metodo euristico: permette di sviluppare un numero maggiore di ipotesi sui processi mentali di quante non se ne possano formulare tramite la sola osservazione del comportamento (con inferenze che permettono, ad esempio, la spiegazione di sintomi positivi).

Queste ipotesi vanno poi esaminate con metodi scientifici, ad esempio con esperimenti di neuropsicologia o analisi dei processi psichici per mezzo di tecniche di neuroimaging, basate sulla visualizzazione delle attività del cervello: quelle verificate diventano scientificamente provate (dando scientificità al metodo psicoanalitico).

1. *Dissociative Identity Disorder (DID)*

Quando si parla di *personalità multipla*, o per meglio dire di *disturbo dissociativo di identità*, il pensiero comune converge subito verso l'idea che di questo fenomeno ci siamo creati grazie alle numerose produzioni, sia letterarie che cinematografiche, il cui fulcro sfrutta l'originalità del disturbo per sviluppare storie dal fascino misterioso. Un esempio su tutti è "*Lo strano caso del Dottor Jekyll e di Mister Hyde*", che dapprima sotto forma di racconto, poi di produzione cinematografica, ha non solo sconvolto i lettori/spettatori, ma soprattutto ha stimolato, in tutta l'opinione pubblica, una sorta di morbosa curiosità. Il suo fascino risiede probabilmente nel fatto che il grande pubblico lo consideri come un fenomeno paranormale, permeato quasi da stregoneria e ricco di lati oscuri, che ne accrescono l'attrattiva. Quello che poi è l'aspetto principale della dissociazione dell'identità sembra trovarsi spesso, per certi versi, in secondo piano. Le radici di uno sdoppiamento di personalità risiedono non in chissà quale diavoleria, bensì in una reale, quanto inquietante, patologia psichiatrica.

In accordo con il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994, p. 487), il DID è caratterizzato da:

1) Presenza di due o più identità o stati della personalità distinti (ciascuno con la sua modalità relativamente stabile di percepire, relazionarsi e considerare l'ambiente e il Sé);

2) Almeno due di queste identità o stati della personalità assumono alternativamente il controllo del comportamento della persona;

3) L'incapacità a ricordare importanti informazioni personali è decisamente eccessiva per poter essere spiegata come una normale dimenticanza;

4) Non è causata dagli effetti diretti di sostanza (ad esempio amnesie temporanee o comportamento caotico durante l'intossicazione alcolica).

Il nuovo termine Disturbo Dissociativo dell'Identità, rispetto al precedente Disturbo della Personalità Multipla, sottolinea che il problema sta nella mancata integrazione dei vari aspetti dell'identità, della memoria e della coscienza; la personalità del paziente rappresenta in realtà la somma di tutte le personalità (Coons, 1984; Kluft, 1984; Putnam, 1989). Il DSM-IV non dice nulla sulle origini delle identità diverse (chiamate *alter*), comunque molti clinici assumono che sia il risultato di seri e ricorrenti esperienze traumatiche infantili (Ross, 1997). Il DID fa parte dei Disturbi Dissociativi, quindi bisogna capire il significato del termine dissociazione per comprenderne le origini. Il DSM-IV definisce la dissociazione come "una distruzione della normale integrazione tra funzioni della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione" (pag. 519).

2. Dissociazione. Un po' di storia

Il fenomeno della dissociazione fu descritto per primo da Janet nel tardo 1800. Egli suggerì che le persone esposte a forti traumi possono provare una spaccatura nella psiche. Freud ha spinto generazioni di clinici ad osservare la fenomenologia presentata dall'esperienza di lavoro con i pazienti a partire da concetti cardine come quelli di conflitto, difesa, inconscio. In quest'ottica, il paziente si trova in uno stato di sofferenza in quanto nella sua mente un intenso conflitto non permette soluzioni difensive adeguate. Il paradigma di difesa che regge questa concezione è quello della rimozione: un meccanismo psichico che allontana dalla coscienza desideri, pensieri o residui mnestici considerati inaccettabili e insostenibili dall'Io, e la cui presenza provocherebbe dispiacere. La rimozione tuttavia va considerata come una modalità universale dello psichismo la cui finalità è proprio quella di difendere l'ideale dell'io (o Super-io) in cui ci si rispecchia. A sostegno della rimozione vanno accumulandosi numerosi casi clinici. Una ricerca condotta da Ramachandran (1994) su pazienti anosognosici (lesione parietale destra provoca l'inconsapevolezza di un handicap fisico) dimostrò che tali pazienti, in seguito a stimolazioni emisferiche

artificiali, erano in grado di riconoscere i propri deficit avendoli registrati inconsciamente. Ciò lo convinse della realtà della rimozione. Fenomeni analoghi sono stati dimostrati anche in persone con il cervello integro (Conway, 2001). Freud sosteneva la sua teoria basandosi principalmente su due ordini di osservazione: il primo consisteva nella netta distinzione che i pazienti mostravano tra gli stati di coscienza vigile e quelli di *trance* indotta dall'ipnosi, che lui assimilava poi a quelli dello stato onirico. Il secondo ordine di osservazione, connesso con il primo, era rappresentato dalla continuità presente tra i due diversi stati e dalla loro incomunicabilità. Quando si trovavano in stato di veglia i pazienti ricordavano perfettamente quello che era accaduto nello stato vigile precedente, mentre erano completamente dimentichi dello stato ipnotico. Viceversa, quando erano di nuovo in *trance*, si riconnettevano facilmente con lo stato ipnotico precedente ma restando del tutto estranei a quanto si era svolto durante la veglia. Da queste constatazioni Freud deduceva che tra conscio e inconscio esistesse un netto divario e per questo pensava a una barriera che aveva lo scopo di salvaguardare la coscienza dai contenuti inconsci, da lui definiti regressivi in quanto, essendo da lui assimilati al pensiero onirico, esprimevano un funzionamento mentale più primitivo (Bordi, 1998). Freud, inoltre, introduce il concetto di resistenza. Il termine indica opposizione, contrasto ad una forza, ad un volere altrui. Per Freud la resistenza è un ulteriore meccanismo psichico che impedisce ai contenuti una volta rimossi di tornare nuovamente coscienti. Scopo della psicoanalisi secondo Freud è quello di diminuire la forza di queste resistenze e permettere all'Io di tornare in possesso del materiale rimosso, in modo da porre fine alla sua funzione patogena. Breuer ipotizzava accanto alla rimozione di Freud, che crea una *scissione orizzontale* tra conscio e inconscio per cui il materiale è trasferito nell'inconscio dinamico, il meccanismo di dissociazione proposto da Janet, per cui si crea una *scissione verticale* così che i contenuti mentali esistono in una serie di coscienze parallele.

Anche Ferenczi concepisce la dissociazione come una scissione verticale tra parti del Sé. Egli parla della dissociazione come di una reazione specifica al trauma, legando fortemente questi due concetti tra di loro. Afferma che: "non c'è trauma né spavento che non abbia come conseguenza un accenno di scissione della personalità" (Ferenczi, 1932). Il dolore traumatico interdice la possibilità

di mantenere in rapporto dialettico le diverse rappresentazioni del Sé in un funzionamento unitario della soggettività, al punto tale da far pensare che sia proprio in questa "assenza di nessi" che si annida in realtà l'unica vera forma di sopravvivenza del soggetto. Ferenczi e i suoi collaboratori hanno gettato le basi per la comprensione relazionale contemporanea del fenomeno della dissociazione, nella quale si inserisce il pensiero di Stern, per cui la dissociazione è un canale o una corrente lungo la quale alcuni significati possono fluire e altri no. Dissociare è semplicemente restringere le interpretazioni che una persona fa dell'esperienza. Nella mente di persone che hanno subito traumi infantili è come se ci fossero più organizzazioni interne di significato che non entrano in contatto fra loro a causa della dissociazione. Goldberg (1995) ritiene che il processo dissociativo consiste in un ritiro della mente dall'apparato sensoriale in modo da consentire all'individuo di affrontare adattivamente le minacce all'esistenza del proprio Sé. Tra i più importanti autori che si sono occupati in modo sistematico del tema della dissociazione spicca Bromberg (1998) per il quale la dissociazione è un complesso processo neuropsicologico che ha come risultato la perdita (o la riduzione, o l'interruzione) degli aspetti fondamentali della coscienza vigile, come la coscienza di Sé (attuale o passata), del tempo e/o delle circostanze esterne (Putnam, 1997). E' un mezzo attraverso il quale un essere umano mantiene la continuità personale, la coerenza e l'integrità del senso del Sé. Si colloca su un continuum che va dalle normali esperienze quotidiane a disturbi che interferiscono con il normale svolgimento della vita quotidiana. Quando questa illusione di continuità diviene troppo pericolosa per essere mantenuta, nel momento in cui emozioni e percezioni tra di loro incompatibili richiedono di essere elaborate all'interno di una stessa relazione e questo processo va oltre le capacità dell'individuo di contenerle in un'esperienza unitaria, allora ad una di esse viene negato l'accesso alla coscienza.

3. Dissociazione e DID

Un bambino vittima di violenze usa il suo naturale istinto alla dissociazione per scindere le emozioni contrastanti che prova. Eventi troppo dolorosi vengono conservati lontano dalla normale consapevolezza, ma non vengono mai del tutto cancellati. Si tratta di una forma di dimenticanza che chiamiamo rimozione. Se la violenza continua la dissociazione diventa indispensabile e si formano gli *“alter ego”*. Col passaggio dall'adolescenza all'età adulta questi alter si concretizzano per ovviare situazioni difficili. Le altre personalità non sono altre persone, bensì delle rappresentazioni stereotipate e schematiche di un conflitto interiore, delle emozioni, memorie e cognizioni che sono state dissociate allo scopo di sopportare sofferenze altrimenti intollerabili (Miti, 1992). Ciò che inizia come meccanismo di difesa diventa patologia. Davies afferma che la dissociazione è un meccanismo difensivo che protegge il mondo interno dal ricordo di memorie traumatiche relative ad abusi subiti durante l'infanzia e dalle fantasie regressive innescate da esse.

L'esperienza di Ferenczi con pazienti traumatizzati lo ha portato per via empirica a ipotizzare il meccanismo dissociativo alla base della psicopatologia della personalità multipla. Il bambino che subisce maltrattamenti non può scappare fisicamente, e così lo fa mentalmente, adottando come meccanismo di difesa la dissociazione. Sembrerebbe che la dissociazione abbia un valore adattivo come risposta a gravi traumi, e, soprattutto nei bambini, consentirebbe una via di fuga da una situazione altamente conflittuale. La dissociazione funzionerebbe, quindi, da protezione per la salvaguardia di un nucleo sano del Sé, messo a repentaglio da una situazione o da eventi traumatici, che possono andare da singoli e gravi traumi fino ad un costante fallimento delle relazioni familiari. I processi dissociativi concorrono ad organizzare la soggettività in ambiti di significato distinti; se i confini tra questi ambiti si irrigidiscono, i processi dissociativi possono dare vita a sintomi o a psicopatologia, sia, ad un primo livello, creando un'impossibilità di comunicazione tra diversi significati della propria esperienza di Sé e delle relazioni, sia, ad un secondo livello, nel rendere impossibile l'accesso ad alcuni significati troppo angoscianti e

mortificanti che quindi, oltre a non essere in comunicazione con altri aspetti del funzionamento mentale, rimangono primitivi e grezzi.

Benché il Disturbo Dissociativo d'Identità (DID) sia riconosciuto come un disturbo psichiatrico, le controversie sono molte. Nella letteratura il DID è considerato solo negli ultimi duecento anni, ma i sostenitori ne ritrovano traccia in tutta la storia, ad esempio nel resoconto di possessioni demoniache e spiritiche. Pochi fenomeni hanno diviso la comunità psichiatrica come quello del DID. Sono molti gli studiosi che si domandano quanto è lecito credere alle manifestazioni di questo disturbo, quanto queste siano frutto della fantasia del paziente o comunque il sintomo di una più generica patologia psichiatrica. I sostenitori hanno sperato di poter trovare nel cervello dei pazienti differenze da un'alter all'altro, in modo da chiarire la questione una volta per tutte. Infatti il cervello, come vedremo, può mostrarsi molto diverso da una personalità all'altra.

4. Traumi infantili e DID

Secondo il Prof. J. Chu “ *Un'esperienza come una violenza sessuale infantile è la causa di reazioni fisiologiche tali da indurre la trasformazione di un avvenimento in qualcosa di diverso, e a conservarlo nella memoria separatamente dalla coscienza abituale*”. Nei casi peggiori i pazienti credono che il tutto sia capitato a qualcun altro. Questo costituisce la genesi del fenomeno definito personalità multipla, e che, secondo Chu, è un fenomeno reale e documentabile. C'è ormai un consenso generale nel riconoscere la violenza sull'infanzia come evento causale preminente nei disturbi dissociativi e nel DID in particolare (Kluft, 1985; Ross, 1989, in Gabbard).

Gli eventi traumatici infantili correlati ai disturbi dissociativi dell'età adulta sono rappresentati da gravi maltrattamenti emotivi, fisici e sessuali ad opera dei genitori o di fondamentali figure di riferimento (Kluft et al., 1985). I maltrattamenti a cui il bambino è sottoposto ad opera di un membro della famiglia sono spesso accompagnati da occultamento più o meno deliberato dell'accaduto. Il bambino è talora costretto a non rivelare ad altri la violenza di

cui è stato vittima. Si instaura così un clima di sistematica falsificazione dell'esperienza e di menzogna che può contribuire a mantenere dissociate, nella comunicazione intrafamiliare oltre che nelle strutture mnestiche del soggetto, le memorie degli eventi traumatici dalle altre memorie che è possibile condividere con tutti i membri della famiglia (Spiegel, 1991, in Gabbard).

Ma perché si parla di abusi familiari? Molti bambini che hanno sofferto traumi per lungo tempo, molti sopravvissuti all'olocausto non dimenticano gli abusi di cui sono stati vittime, eppure non sviluppano il DID. E allora, in cosa si differenziano gli abusi familiari? Bisogna ricordare che le torture subite nei campi di concentramento non sono avvenute nell'intimità familiare, ma in gruppo. Non ci sarebbe stata la possibilità di denegare l'accaduto in quanto gli altri compagni di sofferenze erano testimoni. Le esperienze di abuso in ambiente familiare entrano in contraddizione con il desiderio del bambino di mantenere una buona immagine della persona che ha compiuto l'abuso, perché questa persona può essere la stessa che si prende cura di lui. Nello sviluppo del bambino se il Sé non è coerente con l'esperienza l'integrazione non avviene. Il bambino sviluppa separatamente un'idea di "buono" e "cattivo", e sviluppa una separazione fra nutrice ed abusatore. Questo molteplice e incompatibile modello procede dissociato, e interferisce con le funzioni integrative della memoria, della coscienza e dell'identità. Col passare del tempo questa rappresentazione viene elaborata in stati del Sé multipli, o altre personalità (Liotti, 1999).

5. Ruolo dell'ippocampo nella memoria e nella dissociazione

Molti psicoterapeuti pensano alla memoria umana come un vasto archivio, dove nessun ricordo viene mai perduto. Alcuni ricercatori pensano che i meccanismi della rimozione e della dissociazione risiedano in questa piccola parte del cervello che ha un ruolo fondamentale nell'integrazione della memoria.

L'ippocampo si trova localizzato nella regione ventrale del cervello. Oltre a svolgere un ruolo fondamentale nella regolazione endocrina e negli stati emozionali, esso riveste un importante ruolo anche nella fase di consolidamento della memoria, nell'apprendimento e nel recupero dei ricordi. L'ippocampo può

essere considerato la struttura che svolge un ruolo fondamentale nell'apprendimento spaziale, nonché il momentaneo "deposito" per la memoria a lungo termine, cioè per quella parte della memoria che rimane confinata nelle aree corticali pertinenti per tutta la vita. Queste due funzioni sono connesse tra loro, poiché l'*apprendimento* è l'acquisizione di nuove conoscenze, mentre la *memoria* è il processo con cui conserviamo nel tempo queste conoscenze. L'ippocampo è un tramite che elabora le informazioni provenienti dai nostri sensi e che media la memoria cosciente, dichiarativa o esplicita. Una volta che il ricordo è stato consolidato non è rimovibile da una lesione all'ippocampo. Questo è stato dimostrato grazie all'ormai famoso paziente H.M., un ragazzo a cui fu rimossa la porzione centrale dei lobi temporali, area dov'è presente l'ippocampo, per curare l'epilessia. Il paziente migliorò, ma accusò una perdita della capacità di formare nuovi ricordi a lungo termine, conservando, però, quelli precedenti all'operazione, a dimostrazione del passaggio dei ricordi ad altre strutture cerebrali, dopo un'organizzazione a livello dell'ippocampo.

Nei processi di memorizzazione sembra svolgere un ruolo determinante l'*acetilcolina (Ach)*, che rafforza le connessioni nervose già esistenti. L'Ach non è l'unico neurotrasmettitore coinvolto nei processi mnemonici, fondamentale è l'attività del *glutammato*. Questo neurotrasmettitore viene rilasciato dalle cellule ippocampali e determina il cosiddetto *potenziamento a lungo termine (LTP)*, una facilitazione postsinaptica prolungata che determina la modificazione delle sinapsi durante il procedimento di memorizzazione. Il blocco del recettore del GLU impedisce l'LTP che causa danni nella memoria a lungo termine. L'ippocampo è l'organo bersaglio dei glucocorticoidi, ormoni steroidei liberati in situazioni stressanti dalla ghiandola surrenale con effetto antinfiammatorio. Quindi, in situazioni stressanti, l'input sensoriale prima di arrivare all'ippocampo passa attraverso talamo, amigdala, ipotalamo, ipofisi, ghiandola del surrene.

Il ripetuto e repentino aumento degli ormoni, causato da ripetute e durature esperienze stressanti, può arrestare lo sviluppo dell'ippocampo, in quanto alti livelli di glucocorticoidi possono distruggere le cellule nervose (Rosenzweig, 2001). Il risultato è una memoria frammentata, rimossa, dissociata. L'ippocampo presenta un aspetto rilevante, quello del danno che esso subisce in condizioni di

stress prolungato (Bordi, 1999). Come si può facilmente immaginare, troviamo qui un chiaro esempio in cui l'elaborazione mentale incide in concreto sul substrato fisico (Le Doux, 1996). Recenti contributi della neurobiologia ci consentono di capire meglio i processi che governano la recezione, l'apprendimento e lo stoccaggio mnemonico delle situazioni di pericolo: ricorderò i lavori di Le Doux (1996) e di Perry (1999) sulle vie che regolano il processamento fisiologico di queste situazioni. In base a queste ricerche siamo in grado di farci un'idea più precisa sul perché, ad esempio, una reazione di fuga si verifichi ancor prima che si sia avuta una percezione precisa della natura del pericolo dal quale si fugge. Ci sono due vie: una alta, che fa tutto il giro (dallo stimolo emotivo, al talamo, alla corteccia, all'amigdala e infine ai sistemi periferici incaricati della risposta emotiva), e una bassa, più breve, che dallo stimolo va direttamente al talamo e dal talamo all'amigdala e, quindi, alle risposte emotive, senza passare dalla corteccia cerebrale.

Il vantaggio evolutivo è più che evidente: dal punto di vista della sopravvivenza è meglio reagire a delle circostanze potenzialmente pericolose *come se lo fossero davvero* piuttosto che non reagire affatto, ed è questo che siamo programmati a fare (Le Doux, 1996).

Esiste una tendenziale separazione tra l'apprezzamento emotivo e quello cognitivo, una separazione che nel bambino piccolo è anche più marcata. Difatti la sicurezza del bambino non è tanto garantita dalla pianificazione della risposta più adeguata alla natura del pericolo, quanto piuttosto dal raggiungere al più presto la sua "base sicura". In lui pertanto risulta assai minore l'attivazione dei processi di ipervigilanza che invece si verifica nell'adulto, compresa l'attivazione della catena ortosimpatica e la focalizzazione attenzionale sulla fonte del pericolo. Se però, perché assente o perché indisponibile in quanto a sua volta in preda a paura, la figura d'attaccamento non può garantire la sicurezza, allora si attiva un'altra catena di reazioni, che comprende il parasimpatico e il reclutamento delle endorfine, che allontanano il pericolo attraverso un ottundimento della risposta e una preparazione alla resa. L'esito è l'immobilizzazione - il terrore - che può giungere allo svenimento, per la contemporanea azione adrenergica e colinergica, al distacco dall'evento, al

restringimento di coscienza e al difetto d'appartenenza al Sé dell'esperienza in corso, vale a dire la serie dei fenomeni di tipo dissociativo (Bordi, 1997).

E' interessante notare come recenti ricerche dell'International Psychoanalysis Society stanno confermando il modello mentale proposto da Freud nel 1933. Il Super Io reprime le pulsioni istintuali (l'Es), impedendo la compromissione del pensiero razionale. Anche la maggior parte dei processi razionali (l'Io) è automatica e inconscia, e quindi solo una piccola parte dell'Io è libera di gestire l'esperienza cosciente, strettamente legata alla percezione.

Le recenti mappe del cervello sono correlabili in linea di massima alle idee di Freud.

La parte centrale del tronco cerebrale e il sistema limbico (le aree che presiedono agli istinti ed alle pulsioni), corrispondono grossomodo all'Es di Freud. La regione ventro-frontale, che controlla l'inibizione selettiva, la regione dorso-frontale, che controlla il pensiero auto-cosciente, e la corteccia posteriore, che rappresenta il mondo esterno, corrispondono all'Io ed al Super-Io (Solms, 2007).

6. Ippocampo e DID

Come abbiamo visto l'ippocampo svolge un ruolo chiave nel recupero dei ricordi, e alcuni ricercatori hanno ipotizzato che le difficoltà mnemoniche presenti nella dissociazione siano legate a un danno a livello di questa regione cerebrale (Spiegel, 1997; Allen et al., 1999; Le Doux, 1996, in Gabbard, 2002). I dati che si vanno accumulando suggeriscono che tra coloro che mettono in atto processi dissociativi e coloro che non lo fanno, esistono differenze fisiologiche (Gabbard, 2002). Le persone con elevata tendenza alla dissociazione mostrano una soppressione delle risposte fisiologiche mediate dal sistema nervoso autonomo.

Neurobiologi e neuroscienziati hanno cercato di identificare il ruolo dell'ippocampo nel DID. E' stato segnalato un volume ippocampale più piccolo in molti disturbi psichiatrici stress relati, compreso il DID. In uno studio riportato dall' American Psychiatric Association (APA) nell'Aprile del 2006 (Vermetten, Schmahl, Lindner, Loewenstein, Bremner. "*Hippocampal and Amygdalar Volumes*

in *Dissociative Identity Disorder*”) gli autori hanno utilizzato la Risonanza Magnetica funzionale (fMRI) per misurare il volume dell'ippocampo in pazienti con DID e in soggetti sani o con altri disturbi psichiatrici allo scopo di evidenziarne le differenze. I risultati mostrano che il volume ippocampale è più piccolo del 19,2% nei pazienti con DID rispetto agli altri soggetti.

Un'altro studio (Heide, K. M., Solomon, E. P., 2006. *“Biology, childhood trauma, and murder”*. International Journal of Law and Psychiatry, 29 220–233) ha dimostrato che traumi psichici provocano cambiamenti nello sviluppo neurofisiologico di bambini, in particolare del sistema nervoso ed endocrino.

Si sono evolute due linee di ricerca che cercano di delucidare gli stati degli alter nel DID: studi di performance di memoria (Eich, E., Macaulay, D., Loewenstein, R. J., Dohle, P. H., 1997b. *Memory, amnesia, and dissociative identity disorder*. Psychological Science, 8, 417–422) e studi sulle reazioni fisiologiche (Adler, 1999, Tsai, Candie Wu, Chang, 1999 con fMRI. Larmore, Ludwig, Cain, 1994 con PET). I risultati degli studi sulla memoria (Eich et al., 1997) suggeriscono che la “barriera mnemonica” tipica dei pazienti con DID riguarda la memoria esplicita, cioè la rievocazione conscia che una persona fa di determinate esperienze, e non la memoria implicita, ossia le modificazioni comportamentali sollecitate da un evento che non può essere ricordato (Kihlstrom, 1994). Se la memoria implicita non fosse intatta non si potrebbe svolgere una terapia in quanto in un paziente con DID la scissione è a carico della coscienza, una coscienza per ogni personalità, mentre l'inconscio è unico per tutti gli alter. La psicoterapia può portare il paziente ad integrare tutte le coscienze, in modo da avere una scissione orizzontale tra conscio e inconscio, quindi una regressione a nevrosi, termine sempre più in disuso nella nosografia psichiatrica, che indica un insieme di disturbi psichici senza causa organica (ansia, fobia, compulsioni, ecc.) i cui sintomi sono un'espressione dei conflitti psicologici la cui origine è rintracciabile nell'intera storia di vita del soggetto.

Gli studi sulle reazioni fisiologiche annunciano che “la personalità multipla emerge dal cervello” (Tsai et al. 1999). Immagini del cervello di pazienti con DID e di soggetti normali in risposta a lampi di luce hanno mostrato come nei primi la reazione di ogni personalità è diversa. Al contrario, nei pazienti normali non avvengono cambiamenti dello stesso tipo.

Ulteriori studi con PET (Larmore, Ludwig, Cain, 1977) hanno registrato i potenziali evocati in pazienti con quattro alter. La media dei potenziali evocati visivi per ogni personalità era diversa da ogni altra.

7. Riflessioni e conclusioni

In accordo con quanto afferma Eric Kandel, è avvincente pensare che nella misura in cui la psicoanalisi ha successo nel produrre mutamenti persistenti negli atteggiamenti, nelle abitudini e nel comportamento conscio e inconscio lo fa producendo mutamenti strutturali nel cervello. Siamo di fronte all'interessante possibilità che man mano che si perfezioneranno le tecniche di imaging cerebrale, queste tecniche saranno utili non solo per diagnosticare i vari disturbi nevrotici, ma anche per monitorare il progresso della psicoterapia.

Quella di sentirsi frammentati è un'esperienza comune nella nostra epoca, che può essere riscontrata in patologie gravi ben definite. Il DID è un disturbo dell'identità molto complesso di cui è difficile capirne le cause nonché le conseguenze. Questa difficoltà proviene anche dal fatto che questo disturbo non è diagnosticato da tutti i clinici e il dibattito sulla sua veridicità è tutt'ora aperto. I sostenitori affermano che il DID deve essere considerato un problema mentale, come la schizofrenia, i cui sintomi sono reali in quanto i pazienti percepiscono realmente le esperienze delle diverse personalità (Ross, 1997). Gli scettici sostengono che i sintomi di tale disturbo sono indotti da psicoterapie precedenti in quanto i pazienti sono altamente ipnotizzabili. Studi che servivano a diagnosticare questo disturbo indicano che l'1% della popolazione possiede le caratteristiche tipiche di tale diagnosi. Ma tutti concordano, sostenitori e non, che solo una frazione di questi ha difficoltà a gestire la propria vita.

Il DID è un disturbo dissociativo provocato da uno *sdoppiamento* della coscienza di un individuo in risposta a gravi traumi, spesso abusi sessuali infantili. Per capire come avviene questo *sdoppiamento* bisogna tener presenti le osservazioni di carattere psicodinamico relative allo sviluppo del Sè in contesto familiare e le considerazioni di carattere neurobiologico che si basano sul concetto di "sopravvivenza" (mi riferisco alle vie di fuga di Le Doux). Tali studi

neurobiologici hanno messo in evidenza il ruolo dell'ippocampo nella memoria e nella dissociazione e le conseguenze, chimiche e anatomiche, che gravi traumi possono avere sul cervello. Ulteriori ricerche hanno evidenziato le anomalie cerebrali dei pazienti con DID, ippocampo più piccolo e attivazioni corticali diverse per ogni diverso stato di personalità. Agli stessi soggetti sono stati evidenziati anche i conseguenti deficit di memoria.

Freud, nella sua epoca, non aveva le possibilità di trovare i correlati neurali dei vari disturbi, ma oggi, grazie alle tecniche di neuroimaging, si possono riscontrare i correlati di qualunque facoltà cognitiva. La conferma della psicologia dinamica non è arrivata dalla psicoanalisi, ma da neurobiologi e comportamentisti. Oggi parlare di psicologia dinamica significa parlare di cose concrete. Le indagini sul funzionamento del cervello hanno riportato risultati che coincidono con le teorie freudiane. Ma più che soffermarsi sul confermare o meno la psicologia dinamica gli studi in atto vertono al completamento dell'opera di Freud.

L'integrazione di più approcci per capire e curare i disturbi psicologici può essere utile per avere un quadro quanto più completo possibile di una determinata patologia. Ne è prova la neuropsicoanalisi che integra l'interpretazione di sintomi clinici all'interno di una teoria di riferimento ai meccanismi cognitivi sottostanti ai processi mentali. In tal modo si possono sviluppare ipotesi maggiori verificabili successivamente con metodi scientifici, ossia con tecniche di neuroimaging. Psicoanalisi, psicologia cognitiva e neuroscienze possono confluire fra di loro influenzando ognuna il pensiero delle altre e sviluppando una scienza più efficace del comportamento umano.

La psichiatria di domani promette di dare ai pazienti un aiuto fondato su una conoscenza integrata del funzionamento della mente umana (Kandel, 2007).

8. Riferimenti Bibliografici

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV ed.* (DSM-IV). Masson, Milano 1996.

BALCONI, E., (2003). *Le nuove psicoterapie. Cure tradizionali e terapie naturali.* Xena, Milano.

BORDI, S., (1999). "Trauma ed abusi infantili: teorie della dissociazione e teorie della rimozione". *Setting*, 7: 8-25.

DOUGLAS BREMNER, J. D., VYTHILINGAM, M., VERMETTEN, E., SOUTHWICK, S. M., MCGLASHAN, T., NAZEER, A., KHAN, S., VACCARINO, L. V., SOUFER, R., GARG, P. K., NG, C. K., STAIB, L. H., DUNCAN, J. S., & CHARNEY, D. S. (2003). "MRI and PET Study of Deficits in Hippocampal Structure and Function in Women With Childhood Sexual Abuse and Posttraumatic Stress Disorder". *American Journal Psychiatry* ; 160:924–932.

EICH, E., MACAULAY, D., LOEWENSTEIN, R. J., & DIHLE, P. H. (1997b). "Memory, amnesia, and dissociative identity disorder". *Psychological Science*, 8, 417–422.

FREUD, S., DIE VERDRÄNGUNG (1915), in "*Theoretische Schriften*". Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1931.

GABBARD, G.O., (1995). *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV.* Cortina, Milano.

GRAZIANI, G., & GORI-SAVELLINI, S., (1999). *Ricordare Janet. La dissociazione ieri e oggi.* Laterza, Bari.

KAPLAN-SOLMS, K., & SOLMS, M., (2002). *Neuropsicoanalisi. Un'introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo.* Cortina, Milano.

LE DOUX, J., (1996). *Il cervello emotivo, alle origini delle emozioni*. Baldini Castaldi Dalai editore.

LE DOUX, J., (2002). *Il sé sinaptico*. Cortina, Milano.

LEWIS, D.O., YEAGER, A., SWICA, Y., PINCUS, J. H., & LEWIS, M. "Objective Documentation of Child Abuse and Dissociation in 12 Murderers With Dissociative Identity Disorder". *American Journal Psychiatry*, 154:1703-1710, Dicembre 1997.

MCLEWIN, L. A., & MULLER, R. T. (2006). "Childhood trauma, imaginary companions, and the development of pathological dissociation". *Aggression and Violent Behavior*, 11, 531–545.

MERCKELBACHA, H., DEVILLYC, G. J., & RASSIN, E. (2002). "Alters in dissociative identity disorder. Metaphors or genuine entities?". *Clinical Psychology Review*, 22, 481–497.

ROSENZWEIG, M. R., LEIMAN, A. L., & BREEDLOVE, S. M. (2001). *Psicologia biologica. Introduzione alle Neuroscienze comportamentali, cognitive e cliniche*. Ambrosiana, Milano.

SILBERG, J., (2003). *Guida di riferimento per la valutazione ed il trattamento dei sintomi di Dissociativi in bambini e in Adolescenti*.

SOLMS, M., "Il ritorno di Freud". *Mente & Cervello*, N. 25, anno V, Gennaio 2007.

STERN, D.N., (2005). *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Cortina, Milano.

TSAI, G.E., CONDIE, D., WU, M.T., & CHANG, I.W., (1999). *Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder*.

VERMETTEN, E., SCHMAHL, C., LINDNER, S., LOEWENSTEIN, R.J., & BREMNER, J. D. "Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disordr". *American Journal Psychiatry*, 163:630-636, Aprile 2006.