IL DISTURBO DISSOCIATIVO DELL'IDENTITÀ: IMPATTI CLINICI, SOCIALI ED ECONOMICI DELLA DIAGNOSI MANCATA O RITARDATA

Costanzo Frau

Introduzione

Nonostante nel corso dei decenni siano emerse numerose critiche riguardo alla validità del disturbo dissociativo dell'identità (DDI), esistono evidenze sempre più robuste che ne supportano l'esistenza e la rilevanza tanto in ambito clinico quanto neuroscientifico (Brand, 2024; Brand *et al*., 2022). Fin dagli anni Ottanta del secolo scorso, questa categoria diagnostica ha suscitato dibattiti, con molti casi di DDI attribuiti a fenomeni come contagio emotivo, suggestione ipnotica o evidenti errori diagnostici (Frankel, 1990; Ganaway, 1995; McHugh, 1995). Tuttavia, i dati epidemiologici provenienti da ricerche condotte tra la fine degli anni 1990 e i primi anni del nuovo millennio indicano che la prevalenza del disturbo nella popolazione generale si aggira attorno all'1,5% (Ross, 1991; Sar, 2011).

Alcune ricerche hanno stimato una prevalenza del DDI nella popolazione psichiatrica compresa tra il 4% e il 18% (Sar, 2006; Sar *et al*., 2007a; Foote *et al*., 2006), senza rilevare differenze significative tra le popolazioni europea e americana (Friedl *et al*., 2000). Uno studio condotto da Vedat Sar, ad esempio, ha evidenziato che la prevalenza del DDI varia dallo 0.4% al 5% tra i pazienti ricoverati, dal 2% al 2,5% tra quelli ambulatoriali e circa il 13% nelle situazioni di emergenza psichiatrica (Sar *et al*., 2007b). Mentre la prevalenza dei disturbi dissociativi nella popolazione generale varia tra il 9% e il 18%, quella del DDI si attesta intorno all'1,5% (Ross, 1991; Sar *et al*., 2007a).

Pertanto, il DDI non è un disturbo raro, ma rappresenta una condizione psicopatologica complessa, influenzata da fattori culturali e di sviluppo, che può essere trattata efficacemente attraverso la psicoterapia (Dorahy *et al*., 2014).

Nonostante la prevalenza del DDI sia relativamente elevata, tale condizione risulta spesso sotto-diagnosticata e frequentemente non riconosciuta. Di conseguenza, molti pazienti non ricevono un trattamento psicoterapeutico adeguato o non ne beneficiano pienamente, in quanto il DDI sottostante viene trascurato. Questo ritardo diagnostico compromette la possibilità di avviare tempestivamente una psicoterapia mirata, la quale potrebbe influire positivamente sull'andamento del disturbo, migliorando la prognosi del paziente (Ellason e Ross, 1997; Brand *et al*., 2016). Una diagnosi errata compromette l'attivazione di interventi terapeutici adeguati e risulta associata a un aumento rilevante dei costi per il sistema sanitario pubblico, principalmente in relazione all'elevata ricorrenza di ricoveri ospedalieri (Ross e Dua, 1993; Lloyd, 2011, 2016).

Nella prima parte dell'articolo viene analizzato il DDI, con particolare attenzione alle sue manifestazioni cliniche, ai criteri diagnostici e alle difficoltà di riconoscimento in ambito clinico. Il lavoro si avvale inoltre di un inquadramento teorico basato sulla letteratura sul trauma e sulla dissociazione, includendo riferimenti a evidenze neuroscientifiche già disponibili, al fine di comprendere le conseguenze della misdiagnosi e del ritardo diagnostico. Vengono infine esaminate

DOI: doi.org/10.36131/psichpsicotera260201
Sottomesso Marzo 2026, accettato Maggio 2026

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

le ricadute cliniche, sociali ed economiche derivanti dall'adozione di trattamenti non specificamente orientati al funzionamento dissociativo.

Nella seconda parte viene presentato un caso clinico caratterizzato da un prolungato mancato riconoscimento del disturbo, attraverso il quale vengono analizzati il decorso clinico, la frequenza dei ricoveri ospedalieri e i costi associati agli interventi precedenti all'avvio della psicoterapia. Il lavoro illustra infine l'impatto dell'introduzione di un trattamento psicoterapeutico a fasi, focalizzato sul trauma e sulla dissociazione, evidenziandone gli effetti sugli esiti clinici, sulla stabilizzazione del funzionamento e sulla riduzione delle crisi e dei ricoveri.

1. Il disturbo dissociativo dell'identità

Cardena & Carlson (2011, pp. 251-252) descrivono i sintomi dissociativi come caratterizzati da: "(a) una perdita di continuità nell'esperienza soggettiva, con intrusioni involontarie e indesiderate nella consapevolezza e nel comportamento (nota come dissociazione positiva); e/o (b) l'incapacità di accedere a informazioni o di controllare funzioni mentali, manifestandosi attraverso sintomi come lacune nella consapevolezza, nella memoria o nell'identità, che sono normalmente accessibili o controllabili (nota come dissociazione negativa); e/o (c) una sensazione di disconnessione esperienziale, che può includere distorsioni percettive del Sé o dell'ambiente."

In questa concezione, Cardena e Carlson integrano il concetto di "compartimentalizzazione" proposto da altri autori, inteso come la perdita di continuità e integrazione tra i processi psicologici. Inoltre, fanno riferimento a forme dissociative definite come "distacco" (*detachment*), una distorsione dell'esperienza del Sé, caratterizzata dall'allontanamento da sé e/o dagli altri (Holmes *et al*., 2005).

La caratteristica essenziale del DDI è «la disregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, [...] essa comprende una marcata discontinuità del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, accompagnata da correlate alterazioni dell'affettività, del comportamento, della coscienza, della memoria, della percezione, della cognitività e/o del funzionamento senso-motorio» (American Psychiatric Association, 2013, p. 292).

Come descritto nel DSM-5, il DDI presenta una manifestazione psicopatologica complessa, riconducibile a una disintegrazione delle principali funzioni cerebrali. Riprendendo il concetto centrale formulato da Pierre Janet, secondo cui la dissociazione rappresenta un deficit nei processi integrativi delle funzioni sovraordinate della coscienza, Scalabrini *et al*. (2020) hanno condotto una revisione delle principali teorie psicologiche e neurofisiologiche sulla dissociazione, integrandole con i modelli neuroscientifici dell'integrazione cerebrale e con dati preliminari ottenuti tramite risonanza magnetica funzionale (fMRI).

Gli autori propongono che, a livello neuronale, la dissociazione sia associata a un fallimento dei meccanismi integrativi su tre distinti livelli: regionale, di rete e globale. Tali disfunzioni neuronali si rifletterebbero, sul piano psicologico, in una compromissione dei processi di integrazione dell'esperienza, dando luogo a fenomeni di compartimentazione, distacco e ad altri sintomi tipici del DDI (Scalabrini *et al*., 2020).

In una revisione della letteratura sui disturbi dissociativi, Sar (2011, p. 2) sottolinea come il DDI sia, contrariamente a quanto comunemente ritenuto, una condizione relativamente frequente:

> "Complessivamente, la prevalenza dei disturbi dissociativi in ambito psichiatrico ospedaliero e ambulatoriale sembra essere circa il 10%, mentre circa la metà di essi (5%) presenta un DDI, la forma più severa di disturbo dissociativo. Questi risultati

> suggeriscono che i pazienti con disturbi dissociativi non solo costituiscono una percentuale considerevole dei pazienti ospedalizzati, ma si rivolgono anche ai Servizi pubblici in situazioni di emergenza richiedendo un intervento per la crisi. Tuttavia, la loro presenza non è limitata ai Servizi psichiatrici di emergenza, bensì un numero relativamente elevato di pazienti con disturbi dissociativi può essere riscontrato all'interno della popolazione clinica che presenta le più gravi condizioni psichiatriche".

Una più recente revisione della letteratura ha analizzato la ricerca sui DDI nel decennio compreso tra il 2011 e il 2021. Sono stati inclusi 56 studi di caso e 104 studi empirici. All'interno di questi ultimi, sono stati identificati circa 1.354 nuovi casi di DDI, con una media di circa 20 partecipanti per studio. Tuttavia, un numero considerevole di studi con campioni ridotti non si è focalizzato esclusivamente sul DDI: circa il 40% degli studi empirici, infatti, non riportava analisi specificamente dedicate a questo disturbo. La maggior parte dei casi di DDI analizzati riguardava pazienti già in trattamento, e gli studi risultano distribuiti geograficamente in decine di Paesi. È emersa, tuttavia, una significativa lacuna nella letteratura: l'assenza di studi epidemiologici o prospettici volti a identificare nuovi casi di DDI prima dell'inizio del trattamento. Gli ambiti di ricerca più frequentemente indagati hanno riguardato le caratteristiche cliniche, la valutazione diagnostica, gli approcci terapeutici e l'eziologia del disturbo. In particolare, le ricerche sull'eziopatogenesi si sono concentrate principalmente sull'esperienza traumatica e su modelli esplicativi di tipo biologico (Boysen, 2024).

Un aspetto di particolare rilevanza clinica concerne la complessità del processo diagnostico del Disturbo Dissociativo dell'Identità, soprattutto nelle fasi iniziali del quadro clinico e in occasione di accessi ospedalieri per episodi dissociativi acuti. In tali contesti, non è infrequente che ai pazienti venga attribuita una diagnosi non corretta o, nel migliore dei casi, una diagnosi di Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato (DDNAS), riformulata nel DSM-5 come Disturbo Dissociativo con Altra Specificazione (DDCAS), con la conseguente mancata identificazione del disturbo dissociativo dell'identità sottostante (Spiegel *et al*., 2011).

Assessment e processo diagnostico

Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi strumenti psicometrici e clinici per la valutazione dei sintomi dissociativi e per il supporto al processo diagnostico del DDI. Tra gli strumenti di *screening*, la *Dissociative Experiences Scale* (DES) rappresenta uno dei questionari *self-report* più ampiamente utilizzati in ambito clinico e di ricerca. La scala è composta da 28 *item* finalizzati a indagare la frequenza di differenti esperienze dissociative; punteggi più elevati risultano associati a una maggiore probabilità di presenza di un disturbo dissociativo. Tuttavia, l'utilizzo della DES richiede cautela interpretativa, in quanto soggetti con DDI possono presentare punteggi inferiori alla soglia (*cut-off*) comunemente adottata (20), mentre punteggi elevati (ad esempio superiori a 40), indicativi di maggiore gravità dissociativa, non risultano di per sé sufficienti a porre una diagnosi di DDI. All'interno della DES, otto *item* costituiscono la *DES-Taxon (DES-T)*, un indice volto a stimare la probabilità che un paziente presenti un quadro dissociativo dell'identità (Waller e Ross, 1997).

Mentre la DES consente di valutare prevalentemente la dissociazione psicoforme, la dissociazione somatoforme può essere indagata mediante il *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ), uno strumento composto da 20 *item* specificamente orientati all'identificazione delle manifestazioni somatiche della dissociazione.

Per quanto riguarda la valutazione clinica strutturata, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D; Steinberg, 1994), successivamente adattata per il DSM-5, e la *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS; Ross *et al*., 1990) rappresentano due interviste diagnostiche ampiamente utilizzate in numerosi studi internazionali e considerate strumenti di riferimento per la diagnosi dei disturbi dissociativi in contesti clinici e di ricerca (Ross, 2006).

In uno studio del 1985, Richard Kluft analizzò una casistica di pazienti affetti da DDI, evidenziando una varietà di modalità di presentazione clinica. In particolare, il 5% dei pazienti si presentava allo psichiatra con un'autodiagnosi, ma non veniva creduto; il 15% mostrava una sintomatologia dissociativa evidente sia durante la fase di valutazione sia nel corso del trattamento; nel 40% dei casi erano presenti segnali che avrebbero potuto mettere il clinico in allerta circa la possibile presenza di un DDI; infine, il restante 40% mascherava il disturbo, che veniva rilevato solo tramite un protocollo diagnostico strutturato (Kluft, 1985).

Come osservato da Ross (1997), i clinici che affermano di non aver mai incontrato un caso di DDI potrebbero rientrare proprio in quel 5% individuato da Kluft, ovvero quei professionisti che non danno credito alle descrizioni riportate dai pazienti. Tali clinici, non includendo il DDI nella propria diagnosi differenziale, possono trovarsi di fronte a manifestazioni dissociative anche marcate senza riconoscerle come segni del disturbo. Di conseguenza, è probabile che non identifichino mai un DDI nella loro pratica clinica.

Nella **tabella 1** vengono riportati i dati relativi a undici studi in sette nazioni dove è stata indagata la prevalenza del DDI all'interno della popolazione psichiatrica (Ross e Halpern, 2009) mentre nella **tabella 2** viene riassunta la prevalenza dei disturbi dissociativi in differenti setting terapeutici in USA ed Europa.

I soggetti con DDI sperimentano frequentemente un ritardo diagnostico di entità clinicamente rilevante, trascorrendo in media tra i sei e i dodici anni in trattamento prima di giungere a una corretta formulazione diagnostica (Brand *et al*., 2016; Reinders *et al*., 2012). Nel corso di tale periodo, ricevono spesso diagnosi errate multiple e sono sottoposti a interventi terapeutici eterogenei, frequentemente inefficaci e associati a costi elevati, con un impatto significativo sia sul decorso clinico sia sull'utilizzo delle risorse sanitarie (Putnam *et al*., 1986; Spiegel *et al*., 2011; Brand et al., 2014).

Un ulteriore fattore critico riguarda il fatto che i sintomi dissociativi, sia psicoformi che somatoformi, risultano trasversali a numerosi quadri diagnostici, ma vengono spesso insufficientemente esplorati nel corso del processo anamnestico e valutativo (ISSTD, 2011). Sebbene l'impiego di strumenti di screening come la DES sia aumentato nel tempo, il loro utilizzo nei Servizi di salute mentale rimane limitato; ancor più raramente vengono impiegate interviste diagnostiche strutturate, quali la DDIS e la SCID-D.

A titolo esemplificativo, uno studio condotto su 1.405 cartelle cliniche di pazienti afferenti a un centro di salute mentale della Sardegna ha evidenziato che soltanto lo 0,14% del campione (2 pazienti su 1.405) aveva ricevuto una diagnosi di disturbo dissociativo (Frau, 2014). Tale dato risulta in marcato contrasto con le stime di prevalenza riportate dalla letteratura internazionale e appare coerente con l'ipotesi di una persistente sottovalutazione dei disturbi dissociativi e di una valutazione diagnostica non sufficientemente sistematica nei contesti clinici di routine.

Eziologia e fisiopatologia

Il DDI è comunemente correlato a esperienze di trauma infantile grave e cumulativo, spesso di natura cronica e relazionale, che si verificano durante periodi critici dello sviluppo psicoemotivo (ISSTD, 2011; Dalenberg *et al*., 2012).

Tabella 1. *Prevalenza del Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI) in regime ospedaliero in sette diverse nazioni (adattato da Ross, 2004)*

STUDIO	DDI (%)
USA	
Ross 1999 (N=201)	7.5%
Rifkin 1998 (N=100)	1%
Latz 1995 (N=175)	12%
Saxe 1993 (N=110)	3.6%
CANADA	
Horen 1995 (N=48)	6%
Ross 1991 (N=299)	3.3%
TURCHIA	
Tutkun 1998 (N=166)	5.4%
SVIZZERA	
Modestin 1996 (N=207)	0.4%
NORVEGIA	
Knudsen 1995 (N=101)	4.7%
OLANDA	
Friedl e Draijer 2000 (N=122)	1.7%
GERMANIA	
Gast *et al*. 2000 (N=115)	0.9%
TOTALE (N=1.644)	**3.7%**

Tabella 2. *Prevalenza dei disturbi dissociativi in USA e Europa*

	Comunità	Regime Ambulatoriale	Regime di Ricovero
Disturbi Dissociativi	12%	12-29%	8-21%
DDCAS	4.4%	8%	
DDI	0.4-1.5%	6%	2-5%

Nella descrizione del *trauma model of dissociation*, Dalenberg *et al*. (2012) sostengono come la dissociazione sia un importante meccanismo filogenetico collegato alla «risposta psicobiologica alla minaccia e al pericolo, che consente l'automatizzazione del comportamento, l'analgesia, la depersonalizzazione e l'isolamento delle esperienze catastrofiche per migliorare la sopravvivenza durante e dopo questi eventi» (p. 551).

Le personalità *alter* che caratterizzano il DDI rappresenterebbero il risultato dell'incapacità, da parte dei bambini vittime di traumi, di sviluppare e mantenere un senso coerente e integrato del Sé in grado di persistere attraverso differenti stati comportamentali. Tale frammentazione del Sé risulta particolarmente probabile quando l'esperienza traumatica si verifica in età precoce, in particolare prima dei cinque anni (Putnam, 1985). Le esperienze traumatiche associate a figure genitoriali maltrattanti tendono a essere dissociate e isolate in compartimenti separati dalla coscienza ordinaria, al fine di preservare il legame di attaccamento con tali figure in una fase precoce dello sviluppo, periodo della vita in cui il cervello umano dipende fortemente da relazioni di riferimento, anche quando queste risultano disfunzionali o abusanti (ISSTD, 2011).

Alcuni modelli teorici, tra cui il modello sociocognitivo, hanno ipotizzato che DDI possa svilupparsi come esito di una combinazione di variabili sociali e cognitive, quali il ruolo del terapeuta, l'influenza dei *media* e specifici fattori culturali, che contribuirebbero alla costruzione e al mantenimento del quadro clinico (per una discussione critica, si veda Dalenberg *et al*., 2012). Tuttavia, le evidenze empiriche attualmente disponibili tendono a non supportare l'ipotesi secondo cui le identità dissociative siano riconducibili a fenomeni di suggestione, ipnosi o altri meccanismi di condizionamento.

In particolare, studi di *neuroimaging* hanno mostrato che differenti stati di personalità presenti nel DDI possono essere associati a pattern neurofisiologici distinti in risposta a stimoli autobiografici legati al trauma. Tali risultati suggeriscono che il funzionamento cerebrale nel DDI rifletta alterazioni neurobiologiche stabili, riconducibili all'impatto di esperienze traumatiche precoci sui processi di sviluppo e di integrazione cerebrale (Reinders e Veltman, 2021). Coerentemente, ulteriori ricerche hanno evidenziato nei pazienti con DDI specifiche anomalie nei pattern di attivazione cerebrale, tra cui una ridotta attivazione del giro del cingolo, della corteccia insulare e di diverse regioni della corteccia temporale, aree implicate nei processi di integrazione emotiva, interocettiva e mnestica (Lotfinia *et al*., 2020).

Nel contesto delle esperienze traumatiche, i pazienti affetti da DDI riportano frequentemente in anamnesi eventi traumatici gravi e ripetuti, comprendenti diverse forme di abuso fisico e sessuale, spesso perpetrate da figure di accudimento o comunque significative nel corso dello sviluppo (Ross, 1997). Tuttavia, evidenze più recenti indicano un ruolo particolarmente rilevante dell'abuso emotivo e della trascuratezza affettiva nell'eziopatogenesi del DDI. Una metanalisi recente ha infatti evidenziato come tali forme di maltrattamento rappresentino le componenti traumatiche maggiormente associate allo sviluppo del disturbo. In particolare, i soggetti con DDI tendono a riportare livelli significativamente più elevati di abuso emotivo e negligenza affettiva rispetto ai gruppi di controllo, pur riferendo anche, sebbene in misura relativamente minore, esperienze di abuso fisico e sessuale (Tang, 2023).

Nel complesso, le evidenze disponibili suggeriscono che l'insorgenza del DDI risulti più frequentemente associata a traumi relazionali precoci e prolungati, in particolare a contesti familiari caratterizzati da persistente trascuratezza emotiva e abuso affettivo, piuttosto che a singoli episodi traumatici isolati. Tali risultati supportano l'ipotesi secondo cui i meccanismi dissociativi si configurino come risposte adattive a condizioni relazionali croniche e pervasive di insicurezza e mancato riconoscimento emotivo, con un impatto significativo sui processi di integrazione dell'identità nel corso dello sviluppo (Raison e Andrea, 2023).

Manifestazione clinica e processo dissociativo

I pazienti affetti da DDI presentano quadri sintomatologici complessi ed eterogenei e manifestano frequentemente comportamenti autolesivi e abuso di sostanze, in particolare in concomitanza con

stati di marcata disregolazione emotiva (Spiegel *et al*., 2013). Il quadro clinico può includere sintomi somatici e di conversione, manifestazioni simil-epilettiche e disturbi gastrointestinali (Coons, 1998), nonché sintomi ansiosi, ideazione paranoide, disturbi del sonno, suicidalità e abuso di sostanze quali alcol e droghe (Gillig, 2009).

Ulteriori manifestazioni comunemente riportate comprendono esperienze di disconnessione dal senso di sé, difficoltà nella modulazione di emozioni intense, rapidi e imprevedibili cambiamenti dell'umore, sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione, alterazioni dei processi di pensiero, difficoltà di concentrazione, compromissione delle funzioni mnestiche e confusione identitaria. In assenza di un adeguato riconoscimento del funzionamento dissociativo sottostante, l'intervento clinico tende frequentemente a focalizzarsi sulle condizioni di comorbilità, con esiti terapeutici generalmente insoddisfacenti (ISSTD, 2011).

Fin dai primi studi condotti negli anni 1980 su ampi campioni clinici, è emerso come i pazienti affetti da quello che all'epoca veniva definito disturbo di personalità multipla presentassero una lunga storia di trattamenti psichiatrici e ricevessero in media tra 2,7 e 3,6 diagnosi differenti prima di giungere a una formulazione diagnostica accurata (Putnam *et al*., 1986; Ross et al., 1989). Per esempio, in uno studio della fine degli anni 1990 Ellason e collaboratori evidenziarono come i tassi di comorbilità tra DDI e altre diagnosi psichiatriche fossero molto alti. Nello specifico su una casistica di 107 pazienti che aveva ricevuto la diagnosi di DDI tramite la DDIS, 98,1% soddisfaceva i criteri per un disturbo dell'umore, 89,7% per un disturbo d'ansia, 74,3% per un disturbo psicotico, 65,4% per un disturbo da abuso di sostanze, 43,9% un disturbo somatoforme e 38,3% un disturbo alimentare (Ellason *et al*., 1996) (vedi **tabella 3**).

Studi più recenti indicano che, tra i soggetti con diagnosi di DDI, una quota significativa – stimata tra il 30% e il 70% - presenta una comorbilità con il Disturbo Borderline di Personalità, evidenziando una sovrapposizione clinica rilevante tra i due quadri diagnostici (Sar *et al*., 2003; Korzekwa *et al*., 2009).

Tabella 3. *Percentuale di comorbilità tra il DDI e altri disturbi del vecchio Asse I (Ellason, Ross & Fuchs, 1996)*

Categoria Diagnostica	% di comorbilità
Disturbo Depressivo Maggiore	97.2
Disturbo da Stress Post-Traumatico	79.2
Disturbo da Attacchi di Panico	69.2
Abuso di Sostanze	65.4
Disturbo Ossessivo-Compulsivo	63.6
Disturbo Borderline di Personalità	56.3
Disturbo Schizoaffettivo	49.5
Fobia Sociale	45.8
Disturbo da Somatizzazione	41.1

Le esperienze traumatiche che non risultano adeguatamente integrate tendono a essere riattivate in modo ricorrente nella memoria del soggetto, il quale manifesta un'incapacità a compiere quel processo psicologico che Janet (1903) definiva come *réalisation*. Tale processo implica la capacità di integrare in modo coerente le esperienze interne ed esterne, consentendo la costruzione di una narrazione unitaria del Sé, del tempo e della realtà. Il fallimento del processo di realizzazione compromette la continuità dell'identità e l'elaborazione mnestica dell'esperienza traumatica,

mantenendo l'evento in uno stato dissociato e privo di una collocazione contestuale (Van der Hart *et al*., 1993).

In questo quadro, la dissociazione può essere concettualizzata come una risposta adattiva di natura sia psicologica sia fisiologica a esperienze soverchianti e potenzialmente minacciose per la sopravvivenza dell'individuo (Van der Hart et al., 2006). Essa consente la separazione funzionale dei diversi elementi che compongono l'esperienza traumatica – quali pensieri, credenze, percezioni sensoriali, emozioni, vissuti corporei e risposte comportamentali – permettendo al soggetto di mantenere tali componenti dissociate tra loro e, in tal modo, maggiormente tollerabili sul piano soggettivo (Temple, 2019).

Nei pazienti con DDI sono frequentemente riscontrabili le seguenti caratteristiche cliniche (Ross, 1997):

– anamnesi positiva per abuso fisico e/o sessuale;
– episodi di amnesia dissociativa o blank spells;
– esperienze uditive interne e altri sintomi di tipo schneideriano;
– frequente soddisfacimento dei criteri per una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità;
– precedenti percorsi psicoterapeutici con esiti limitati;
– comportamenti autolesionistici;
– assenza di disturbo formale del pensiero;
– cefalee ricorrenti.

Oltre ai criteri diagnostici del DSM-5 che indagano la presenza di personalità *alter* e permettono di poter diagnosticare un DDI, altre caratteristiche secondarie dovrebbero essere indagate per poter corroborare o definire la presenza di alter che prendono il controllo del corpo e per le quali la personalità principale (che è in controllo) è amnesica (Ross, 1997).

Il paziente con DDI può sperimentare episodi di amnesia dissociativa, comunemente descritti come blank spells, che possono presentarsi secondo pattern riconoscibili oppure in modo apparentemente casuale. Tali episodi possono essere innescati da stimoli di diversa natura, tra cui situazioni relazionali specifiche (ad esempio l'approccio sessuale o la presenza di determinate persone), stimoli sensoriali apparentemente neutri (come un colore o un contatto fisico) o stati emotivi intensi, quali paura o rabbia. I fattori scatenanti (*trigger*) che conducono allo switching tra stati di personalità risultano clinicamente significativi nella misura in cui possono essere ricondotti a elementi specifici dell'esperienza traumatica infantile, piuttosto che a stimoli contingenti privi di significato autobiografico (Ross, 1997).

Ulteriori manifestazioni frequentemente riportate includono difficoltà nel ritrovare oggetti personali o il rinvenimento di oggetti, come indumenti, la cui proprietà non viene riconosciuta e la cui presenza non è spiegabile dal paziente. Tali fenomeni non risultano riconducibili a normali episodi di dimenticanza, ma si configurano come espressioni di amnesia dissociativa associata ai passaggi tra stati di coscienza distinti (Ross, 1997).

Tra le caratteristiche secondarie del DDI rientrano inoltre gli stati di *trance* e la persistenza di un amico immaginario. Gli stati di *trance* si manifestano come condizioni di marcato estraniamento, in cui il paziente può apparire assente o immerso in una sorta di stato onirico a occhi aperti. L'amico immaginario, pur rappresentando un fenomeno tipico dello sviluppo infantile, nel DDI tende a persistere fino alla tarda adolescenza o all'età adulta; può assumere forme umane o non umane e collocarsi lungo un *continuum* che va dalla fantasia conscia all'allucinazione dissociativa. Tale fenomeno risulta più frequentemente osservabile nei pazienti con DDI rispetto a soggetti affetti da

schizofrenia, disturbi d'ansia o disturbi alimentari (Ross, 1997).

È frequente osservare nei pazienti con DDI la presenza di firme differenti o variazioni nella calligrafia, riscontrabili, ad esempio, in appunti o diari personali. Tali modificazioni possono essere sottili e manifestarsi attraverso errori ortografici, omissioni o inversioni di lettere, riflettendo l'alternanza tra differenti stati di coscienza o configurazioni del Sé (Ross, 1997).

In uno studio condotto da Ross e collaboratori su un campione di pazienti con diagnosi di DDI, sono state identificate quattro tipologie di alter come le più frequentemente riscontrate: alter infantili che mantengono le memorie dell'abuso; alter corrispondenti a differenti età evolutive (adolescenziali, adulte o più avanzate rispetto all'età cronologica del paziente); alter protettori; e alter persecutori (Ross et al., 1989).

Dal punto di vista teorico, le personalità alter possono essere concettualizzate come parti del sistema di personalità che rappresentano configurazioni relativamente autonome e coerenti di stati di coscienza, schemi mnestici, processi affettivi e modalità comportamentali. Tali configurazioni si costituiscono come espressione di una dissociazione strutturale dell'identità, che si sviluppa tipicamente in risposta a esperienze traumatiche precoci o a condizioni di stress psichico prolungato, interferendo con i normali processi di integrazione dell'esperienza e dell'identità (van der Hart et al., 2006).

2. Terapia del disturbo dissociativo dell'identità

Non è obiettivo del presente articolo fornire una descrizione dettagliata del trattamento del Disturbo Dissociativo dell'Identità; per un approfondimento si rimanda alle linee guida dell'*International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (ISSTD, 2011) e agli studi pubblicati da diversi clinici e ricercatori (si vedano, ad esempio, Ross, 1997, 2009, 2017; Brand, 2001; Brand et al., 2022; Kluft e Fine, 1993).

Come sottolineato da Brand e colleghi, la presunta pericolosità della terapia per il DDI si basa spesso su informazioni parziali prive di fondamento scientifico o su interpretazioni distorte dei dati, nonché sulla persistenza di miti associati alla definizione del disturbo stesso (Brand, et al., 2014; Brand *et al*., 2016). Al contrario, come illustreremo nel prosieguo, i maggiori rischi derivano dal negare ai pazienti l'accesso a un trattamento che si è dimostrato efficace e che gode del supporto della comunità scientifica specializzata (Brand et al., 2014).

In tal senso, diversi studi clinici hanno documentato l'efficacia del modello terapeutico a fasi, sia in setting individuali che di gruppo, per il trattamento di questo complesso disturbo (Ellason e Ross, 1997; Brand *et al*., 2013, 2019; Myrick *et al*., 2014; Ross, 2005; Ross e Burns, 2007; Ross ed Ellason, 2001; Fung *et al*., 2022). Particolarmente rilevanti sono i risultati del Treatment of Patients with Dissociative Disorders (TOP DD) study, uno studio prospettico longitudinale multicentrico, che ha evidenziato come un trattamento orientato per fasi sia associato a una riduzione significativa dei sintomi dissociativi, del distress generale, dei comportamenti autolesivi e suicidari, nonché a un miglioramento del funzionamento globale e della qualità della vita nel tempo (Brand et al., 2013; 2019).

Misdiagnosi e costi sociali

In un articolo del 2014 Dorahy et al. affermano:

> "Ulteriori sfide per la ricerca sul DDI includono i costi della cura per questi pazienti

> complicati ed eterogenei, e la mancanza di fondi per il trattamento e per la valutazione a lungo termine dei risultati della terapia. I costi terapeutici per i pazienti con questo disturbo all'interno dei sistemi sanitari e l'adattabilità del trattamento restano in gran parte al di fuori della consapevolezza dei ricercatori, dei clinici e dei politici. Pertanto, il DDI non è considerato una priorità di ricerca nel campo della salute mentale" (p. 404).

Oltre ai costi sociali derivanti dalla mancata presa in carico del disturbo principale – trattato, nei casi migliori, solo attraverso interventi che mirano alle comorbilità considerandole come principali – si registrano rilevanti costi economici (Lloyd, 2011; Langeland *et al*., 2020; Myrick *et al*., 2017). Evidenze preliminari indicano che una diagnosi precoce, seguita da un trattamento appropriato incentrato sul trauma e sulla dissociazione, può ridurre in modo significativo le spese sanitarie anche nei quadri clinici più complessi, principalmente attraverso la diminuzione dei ricoveri ospedalieri (Ross e Dua, 1993; Myrick *et al*., 2017).

Un primo studio condotto nel Regno Unito da Lloyd (2011) ha mostrato come l'applicazione delle linee guida della *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (ISSTD) nel trattamento del DDI possa risultare economicamente vantaggiosa. Dopo la diagnosi, formulata in presenza, sono stati monitorati tutti i contatti dei pazienti con i Servizi sanitari nel primo anno di terapia. I risultati hanno evidenziato un risparmio medio di 18.797 sterline rispetto al periodo antecedente la diagnosi e l'avvio della psicoterapia, con un andamento di riduzione dei costi mantenuto negli anni successivi.

In un successivo lavoro, lo stesso autore ha riportato la valutazione di due casi clinici, confrontando il periodo antecedente e quello successivo all'inizio della terapia per il DDI (Lloyd, 2016). Come nello studio precedente, è stata analizzata la frequenza dei contatti con i servizi ospedalieri, compresi ricoveri, ambulatori e pronto soccorso. I dati hanno mostrato che, una volta raggiunta la fase di stabilizzazione del trattamento, si è verificata una marcata diminuzione degli accessi ai Servizi di emergenza, con una conseguente riduzione dei costi sanitari individuali. Lloyd (2016) sottolinea come, pur applicando lo stesso modello terapeutico, il ritmo e l'intensità della terapia possano variare tra pazienti. Tuttavia, in entrambi i casi analizzati, la prosecuzione a lungo termine dell'intervento si è rivelata essenziale per ottenere una consistente riduzione degli accessi ospedalieri e un *outcome* clinico favorevole (Lloyd, 2016).

In conclusione, in accordo con quanto sostenuto da Dorahy *et al*. (2014), le principali criticità della ricerca sul DDI riguardano l'elevato onere economico associato alla gestione clinica di pazienti altamente complessi ed eterogenei dal punto di vista diagnostico, nonché la limitata disponibilità di risorse dedicate sia ai programmi terapeutici a lungo termine sia agli studi longitudinali indispensabili per la valutazione degli esiti clinici. L'impatto economico del DDI sui sistemi sanitari, così come la sua sensibilità ai trattamenti disponibili, risultano tuttora sottostimati dalla comunità scientifica, dai professionisti della salute mentale e dai decisori politici. Di conseguenza, il DDI continua a non essere considerato una priorità strategica nell'ambito della ricerca psichiatrica contemporanea (Dorahy *et al*., 2014).

3. Un caso clinico di DID non riconosciuto: implicazioni cliniche e costi sociali

In linea con quanto evidenziato da Lloyd (2016), il presente studio si propone di analizzare la frequenza e le caratteristiche degli accessi in regime di emergenza ai servizi ospedalieri, nonché di delineare in modo generale l'andamento terapeutico di un paziente per il quale la diagnosi di DDI è stata formulata tardivamente.

Il paziente coinvolto nella raccolta dei dati relativi agli esiti del trattamento ha fornito consenso informato alla pubblicazione dei dati in forma anonimizzata, sottoscrivendo il relativo modulo di autorizzazione. Il nome del paziente e ogni informazione potenzialmente identificativa sono stati modificati al fine di garantirne la tutela della *privacy*.

Storia Clinica

Alì (nome di fantasia) presenta una storia traumatica significativa, caratterizzata da gravi esperienze di trascuratezza, abuso fisico e verosimile abuso sessuale. Le informazioni relative all'abuso sessuale non sono state oggetto di verifica formale da parte dei Servizi sociali del Paese di origine e i presunti eventi traumatici potrebbero essersi collocati in un arco temporale antecedente ai 6 anni di età, periodo in cui il paziente è stato adottato dagli attuali genitori. Nel primo periodo successivo all'adozione sono emersi segnali aspecifici di disagio, seguiti, intorno agli 11 anni di età, dalla comparsa di comportamenti oppositivi e disfunzionali clinicamente rilevanti.

Il decorso clinico risulta caratterizzato da una sintomatologia eterogenea e multisfaccettata, come frequentemente osservato nei quadri di trauma complesso (Herman, 1992; van der Kolk, 2005). L'adolescenza rappresenta una fase evolutiva di particolare vulnerabilità, in cui le spinte motivazionali verso l'autonomia e l'appartenenza al gruppo dei pari si intensificano (Erikson, 1968) e interagiscono in modo significativo con pregresse esperienze traumatiche, aumentando il rischio di esiti psicopatologici complessi (Cicchetti e Rogosch, 2002). Nei soggetti con storie di traumi cumulativi, la personalità tende progressivamente a organizzarsi attorno a nuclei traumatici centrali, che influenzano i processi di regolazione emotiva, l'integrazione dell'identità e il funzionamento relazionale, in linea con i modelli che concepiscono il trauma come elemento in grado di impattare sulla struttura di personalità e degli stati del Sé (Bromberg, 1998; Liotti, 2004; van der Kolk, 2005).

Intervento terapeutico tardivo e implicazioni prognostiche

Dalla raccolta anamnestica condotta con i genitori adottivi è emerso che il paziente manifestava, sin dai primi mesi successivi all'adozione, comportamenti provocatori nei loro confronti e significative manifestazioni di disregolazione emotiva, in particolare a carico della rabbia.

All'età di 7 anni, il paziente è stato valutato dal Servizio di neuropsichiatria di riferimento, che ha formulato una diagnosi di disturbo del linguaggio, disturbo dell'adattamento, funzionamento intellettivo limite e presenza di sintomi riconducibili a un disturbo ossessivo-compulsivo. Sulla base di tale inquadramento diagnostico, è stato avviato un trattamento specifico, successivamente interrotto all'età di 9 anni, con indicazione a un monitoraggio clinico periodico presso strutture pubbliche o private ed eventuali interventi riabilitativi da modulare in funzione dell'evoluzione del quadro clinico.

Nel medesimo periodo, il paziente è stato sottoposto a una valutazione neuropsicologica e delle abilità di apprendimento scolastico e strumentale, dalla quale è emersa la presenza di un disturbo specifico dell'apprendimento della scrittura di grado lieve (disortografia e lieve disgrafia), associato a difficoltà nella comprensione del testo, nelle abilità di calcolo e nei processi di elaborazione numerica (discalculia). Il profilo cognitivo risultava caratterizzato da un deficit della memoria di lavoro, una relativa lentezza nei processi di elaborazione e una labilità attentiva. Nel corso dello stesso periodo evolutivo, la disregolazione della rabbia è divenuta progressivamente più evidente, manifestandosi anche attraverso comportamenti di danneggiamento degli oggetti all'interno della propria abitazione.

L'eccessiva focalizzazione sugli aspetti del funzionamento cognitivo e dell'apprendimento,

a discapito di una valutazione approfondita del funzionamento psicopatologico, unitamente alla tendenza all'iperdiagnosi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), rischia di fornire indicazioni limitate sui meccanismi di funzionamento sottostanti ai quadri clinici complessi (van der Kolk, 2014; Timimi e Taylor, 2004). Tale impostazione valutativa tende, infatti, a privilegiare una descrizione fenomenologica di dimensioni aspecifiche, frequentemente riscontrabili nei quadri psicopatologici conseguenti a traumi dello sviluppo, contribuendo a spostare il *focus* clinico dalla complessità dei processi dissociativi e dall'organizzazione emergente del DDI.

Un'impostazione di questo tipo sembra aver caratterizzato anche il presente caso clinico, con ricadute significative in termini prognostici e con rilevanti costi economici e sociali, come illustrato nella **tabella 4**.

In particolare, dopo ripetute valutazioni cliniche orientate prevalentemente all'analisi del funzionamento cognitivo, nel periodo compreso tra i 12 e i 13 anni di età è emersa una progressiva compromissione del funzionamento comportamentale ed emotivo. Tale compromissione si è manifestata attraverso una marcata difficoltà di adesione alle regole della vita famigliare, comportamenti oppositivi persistenti, irritabilità, nonché frequenti esplosioni di rabbia con aggressività eterodiretta (lancio di oggetti, spintoni, minacce con armi da taglio). Questi episodi risultavano spesso associati alle difficoltà nell'esecuzione, pianificazione e organizzazione dei compiti scolastici e del materiale di studio.

Contestualmente, si osservava la comparsa di interessi pervasivi per tematiche politiche e legate alla morte, con un significativo investimento del tempo libero in ricerche su genocidi, carestie e disastri nucleari. Venivano inoltre rilevati comportamenti bizzarri e rigidità comportamentali, quali il rifiuto di indossare abiti adeguati alle condizioni climatiche e una marcata sensibilità ai cambiamenti della *routine* quotidiana, insieme a un progressivo ritiro sociale e famigliare. Infine, si segnalavano atteggiamenti sessualizzati nei confronti della madre e della sorella, indicativi di una significativa alterazione dei confini relazionali e affettivi.

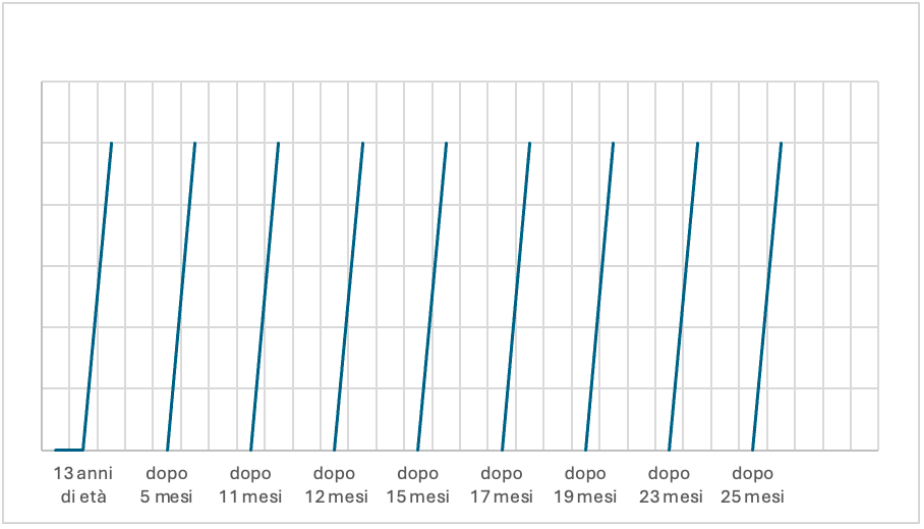
Il quadro clinico ha mostrato un progressivo aggravamento, culminato in un primo ricovero ospedaliero all'età di 13 anni, cui hanno fatto seguito numerosi ulteriori ricoveri (vedi **figura 1**). Parallelamente, è stata avviata una terapia farmacologica di significativa intensità e, dopo alcuni mesi, l'inserimento in percorsi comunitari a carattere riabilitativo, tuttora in corso.

Diagnosi clinica e trattamento

Il paziente ha intrapreso il percorso focalizzato sul trauma e la dissociazione all'età di 17 anni, a séguito di un ricovero presso il Servizio di neuropsichiatria di riferimento per una crisi dissociativa. Dopo una fase iniziale di valutazione clinica, comprensiva di colloqui individuali e di una raccolta anamnestica con i familiari, è stata formulata una diagnosi di DDI. Tale inquadramento diagnostico è stato successivamente confermato mediante la *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS) (Ross, 1997) somministrata a distanza di circa due anni dall'inizio del trattamento, in una fase in cui il paziente aveva raggiunto un maggiore livello di integrazione e mostrava un più ampio accesso ai propri stati interni e al mondo affettivo.

Il trattamento valutato fino a questo momento, della durata di quasi quattro anni e avviato, come si è detto, all'età di 17 anni in seguito a un ricovero per crisi dissociativa, ha incluso complessivamente circa 189 sedute. Nel primo periodo del trattamento, la frequenza era pari a due-tre sedute settimanali, comprendenti sia il lavoro psicoterapeutico diretto con il paziente sia attività di consultazione e supervisione clinica rivolte al personale sanitario coinvolto nel progetto terapeutico integrato; nelle fasi successive, la frequenza è stata progressivamente ridotta fino a una seduta settimanale.

Figura 1. *Distribuzione temporale degli eventi di ricovero nel periodo precedente alla psicoterapia focalizzata sul disturbo dissociativo dell'identità (DDI). L'asse delle ascisse rappresenta i mesi trascorsi dall'inizio della sequenza di ricoveri. I tratti verticali indicano i singoli episodi di ospedalizzazione*



Questo intervento si è posto come obiettivo generale la stabilizzazione del funzionamento psicologico, mirando alla riduzione delle crisi dissociative e dei ricoveri ospedalieri, al miglioramento della regolazione emotiva, al potenziamento delle capacità di tolleranza degli affetti e degli stati interni, allo sviluppo di competenze di *grounding* e di gestione dei *trigger* traumatici, nonché al rafforzamento della cooperazione tra le parti dissociative e del senso di sicurezza interna ed esterna, in linea con le raccomandazioni delle linee guida internazionali per il trattamento a fasi dei disturbi dissociativi complessi (ISSTD, 2011; Ross, 2018).

4. Valutazione dell'intervento psicoterapeutico e del decorso clinico

Non rientra tra gli obiettivi del presente articolo un'analisi sistematica del funzionamento dei Servizi per l'emergenza, né della gestione delle crisi o dell'impostazione dei trattamenti. Tali aspetti, pur rappresentando elementi critici nel processo di cura dei pazienti con disturbi dissociativi complessi (Şar e Ross, 2006), vengono qui richiamati esclusivamente nella misura in cui incidono sul decorso clinico del caso esaminato.

Anche successivamente alla diagnosi di DDI, il paziente non è stato trattato in modo coerente con tale inquadramento diagnostico. Ciò è avvenuto sia a causa di una comunicazione frammentaria tra i diversi Servizi coinvolti, sia per una persistente riluttanza a considerare il DDI come diagnosi primaria, nonostante le evidenze cliniche disponibili. In linea con una prassi ancora diffusa in ambito psichiatrico, le manifestazioni psicopatologiche – in particolare gli episodi di crisi – sono state attribuite a fattori secondari, senza un'adeguata considerazione dell'elemento centrale del funzionamento dissociativo, ovvero le transizioni ("*switch*") tra stati di personalità.

L'intervento tipico della psichiatria emergenziale appare sostanzialmente standardizzato

e poco sensibile alla specificità del quadro clinico. Tale approccio prevede generalmente l'attivazione degli operatori sul posto a séguito di una segnalazione e, qualora il paziente venga valutato come disregolato, il ricorso al ricovero coatto. Questo modello di intervento è stato applicato ripetutamente nel corso degli anni anche nel caso di Alì, incluso l'ultimo ricovero, nonostante il paziente avesse raggiunto un livello più elevato di integrazione. In tale occasione, nessun intervento specialistico ha preso in considerazione il disturbo dissociativo per l'attivazione di strategie specifiche di gestione della crisi *in loco*.

Anche nella fase successiva al ricovero, l'unico intervento attuato è consistito in un incremento significativo della sedazione farmacologica, sulla base dell'assunto implicito che il trattamento farmacologico possa risolvere la crisi e che, pertanto, debba essere mantenuto a dosaggi elevati anche dopo la sua risoluzione. Tale impostazione non trova un solido riscontro nelle evidenze scientifiche disponibili (Moncrieff, 2013). Sebbene l'intervento farmacologico possa essere indicato nella fase acuta per la gestione della crisi qualora altri interventi risultino inefficaci e il paziente presenti una condizione di potenziale pericolosità, esso dovrebbe essere limitato nel tempo e progressivamente ridotto nei giorni successivi.

Un ulteriore aspetto raramente considerato nei contesti di emergenza psichiatrica riguarda lo stato di blocco fisiologico indotto da interventi coercitivi. Le pratiche di costrizione fisica finalizzate al ricovero e le misure di contenzione ancora adottate in alcuni Servizi possono riattivare i meccanismi neurofisiologici alla base della psicopatologia dissociativa, in particolare risposte tronco-encefaliche di resa e immobilizzazione. Tali risposte risultano familiari a pazienti con storie di traumi cumulativi, inclusi abusi sessuali e fisici ripetuti.

Nel disturbo dissociativo dell'identità, infatti, il rientro nella finestra di regolazione emotiva è determinato principalmente dalla presenza o meno dello stato dissociativo che veicola l'affetto disregolato – come la rabbia – piuttosto che dall'intensità della sedazione farmacologica. L'esito più frequentemente osservabile di un approccio prevalentemente farmacocentrico è uno stato di sedazione protratta nel periodo post-ricovero, accompagnato da un incremento del vissuto di costrizione, in particolare per le parti infantili della personalità durante la degenza. Nei pazienti con disturbi dissociativi complessi, un approccio al ricovero prevalentemente focalizzato sulla gestione farmacologica, in assenza di interventi clinici specificamente orientati al funzionamento dissociativo, sembra offrire benefici limitati sul piano del percorso terapeutico e può essere associato a esiti clinici non ottimali, come illustrato dal caso presentato.

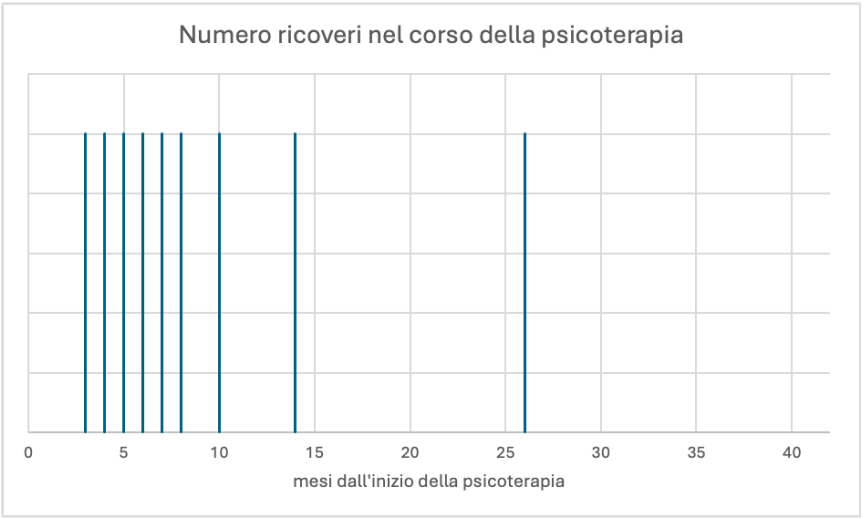
Infine, ulteriori criticità sono emerse in occasione del trasferimento del paziente da una comunità terapeutica ad un'altra. Tale passaggio ha evidenziato numerose problematiche legate alla mancata condivisione del precedente percorso terapeutico e all'inserimento in un contesto in cui gli operatori, non adeguatamente formati nel trattamento dei disturbi dissociativi, hanno riproposto in modo reiterato gli stessi interventi disfunzionali già messi in atto nelle strutture precedenti.

Malgrado le criticità sopra descritte, il trattamento di psicoterapia individuale e il lavoro condotto con l'*équipe* curante della prima comunità terapeutica ha portato al raggiungimento della fase di stabilizzazione e ad un decremento significativo delle crisi e dei ricoveri ospedalieri dopo 3 anni e mezzo di trattamento (42 mesi di psicoterapia) (**vedi figura 2**).

Come illustrato in **figura 2**, il paziente è stato sottoposto a un numero complessivo di 9 ricoveri nel corso del periodo considerato. La durata dei singoli ricoveri risulta eterogenea: ad esempio, i primi due episodi di ospedalizzazione hanno avuto una durata di circa una settimana ciascuno, mentre il terzo si è limitato a un solo giorno.

Nel presente lavoro, il numero totale di giorni di ricovero non viene considerato una variabile determinante ai fini della valutazione dell'esito terapeutico. Tale scelta metodologica si fonda

Figura 2. *Distribuzione temporale degli eventi di ricovero nel corso del percorso psicoterapeutico. I tratti verticali indicano il momento di ciascun ricovero in relazione alla durata della psicoterapia (mesi) fino al follow-up considerato*



sull'osservazione che la durata delle degenze non appare direttamente correlata all'andamento del processo psicopatologico, risultando piuttosto influenzata da fattori contingenti e decisionali, generalmente attribuibili alla valutazione clinica del medico psichiatra responsabile.

A titolo esemplificativo, il ricovero identificato come n. 9, avvenuto a distanza di circa due anni dall'inizio del percorso terapeutico, è stato attivato su richiesta volontaria del paziente in risposta a uno stato di agitazione psicomotoria. In tale occasione non sono state osservate manifestazioni di crisi pantoclastica comparabili a quelle riscontrate nei precedenti episodi di ospedalizzazione. Nonostante l'assenza di sintomatologia acuta sovrapponibile, la degenza si è protratta per un periodo di circa due settimane, accompagnata da un incremento del regime farmacologico, non chiaramente giustificato dalla presentazione clinica osservata. Al termine del ricovero è stata rilevata una modificazione del funzionamento clinico del paziente, caratterizzata da marcata sedazione e da un aumento dei fenomeni dissociativi. Nelle settimane successive si è inoltre verificata una nuova fase di scompenso psicopatologico, che tuttavia non ha comportato un ulteriore ricovero ospedaliero.

Dal punto di vista dell'organizzazione delle cure, l'episodio evidenzia come la gestione ospedaliera possa talvolta svilupparsi in modo relativamente autonomo rispetto agli interventi territoriali e psicoterapeutici in corso. La letteratura ha ampiamente documentato come la continuità assistenziale (*continuity of care*) rappresenti un elemento cruciale nei percorsi di trattamento dei disturbi mentali complessi, contribuendo a una maggiore coerenza degli interventi e a esiti clinici più stabili nel lungo periodo (Burns *et al*., 2009). In tale contesto, si osserva l'assenza di un coordinamento strutturato tra il servizio ospedaliero, lo psicoterapeuta di riferimento e gli operatori della comunità terapeutica, configurando una discontinuità assistenziale. Tale frammentazione del percorso di cura appare associata a un rallentamento del processo terapeutico e a un maggiore impiego di risorse sanitarie, in particolare in relazione ai costi della degenza ospedaliera.

Il numero dei ricoveri è rimasto alto nei primi 15 mesi di terapia (8 ricoveri su 9) per poi decrescere in modo importante nella seconda parte del periodo valutato con un solo ricovero (ricovero n. 9).

Rispetto al processo psicoterapeutico sono stati presi in considerazione due indicatori di cambiamento. Le difficoltà di regolazione emotiva sono state valutate mediante la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz e Roemer, 2004), uno strumento multidimensionale che misura diversi aspetti della disregolazione emotiva. Nella presente analisi sono stati considerati sia il punteggio totale sia le sotto-scale, coerentemente con la letteratura che evidenzia cambiamenti differenziati delle componenti della regolazione emotiva nel corso del trattamento (Giromini *et al*., 2012). Parallelamente, è stata utilizzata il Progress in Treatment Questionnaire (PITQ) come strumento di monitoraggio del progresso della terapia con i disturbi dissociativi (Schielke et al., 2017).

Le valutazioni psicometriche sono state avviate 13 mesi dopo l'inizio della terapia e successivamente ripetute a intervalli regolari nel corso del periodo di trattamento preso in considerazione, con finalità di monitoraggio clinico.

Nel corso del trattamento psicoterapeutico, i punteggi alla scala DERS hanno mostrato un andamento variabile nel tempo, con oscillazioni clinicamente significative piuttosto che una riduzione lineare delle difficoltà di regolazione emotiva (**figura 3**). Questo è indicativo di come, nei quadri dissociativi, incrementi transitori dei punteggi alla scala DERS nel corso del trattamento possono riflettere un aumento del contatto con stati emotivi precedentemente dissociati e una maggiore consapevolezza delle difficoltà di regolazione emotiva, spesso associati al lavoro sulla fobia degli stati interni, piuttosto che un effettivo peggioramento del funzionamento clinico. La variabilità osservata nelle sotto-scale della DERS appare coerente con un approccio terapeutico *trauma-focused* e orientato alle fasi, in cui alcune dimensioni della regolazione emotiva (ad esempio consapevolezza o accettazione emotiva) possono temporaneamente intensificarsi prima di una successiva riorganizzazione del funzionamento emotivo complessivo.

Analogamente, i punteggi alla PITQ (%) hanno evidenziato variazioni nel corso del trattamento, suggerendo cambiamenti dinamici nei processi psicologici monitorati (**figura 4**). Nel complesso, tali andamenti risultano coerenti con un monitoraggio longitudinale intra-trattamento in un quadro clinico complesso, in cui i punteggi sembrano riflettere un funzionamento adattivo sensibile alle fasi di maggiore instabilità clinica e mostrano una tendenza a una maggiore stabilizzazione nella fase più avanzata della terapia, in concomitanza con la riduzione delle crisi dissociative.

5. Impatto sociale ed economico del mancato riconoscimento dei disturbi dissociativi

Il mancato riconoscimento dei disturbi dissociativi comporta rilevanti costi sociali ed economici, che si manifestano attraverso un utilizzo intensivo e spesso inefficace dei Servizi sanitari, un aumento dei ricoveri ripetuti, trattamenti farmacologici prolungati e una significativa compromissione del funzionamento personale e sociale dei pazienti (Sar e Ross, 2006; ISSTD, 2011).

Figura 3. *Andamento del punteggio totale alla scala Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) nel corso della psicoterapia. I punti rappresentano le singole rilevazioni effettuate durante il trattamento; l'asse delle ascisse indica i mesi di psicoterapia calcolati a partire dall'inizio del trattamento*

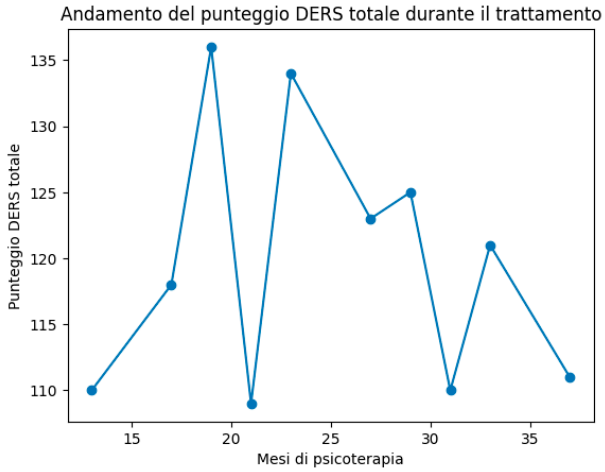


Figura 4. *Andamento del punteggio PITQ (%) nel corso della psicoterapia, rilevato a diversi time-point durante il trattamento*

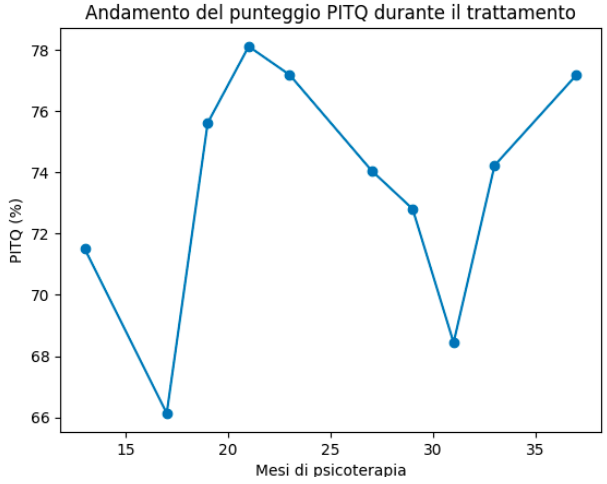


Tabella 4. *I costi stimati sostenuti dal sistema sanitario pubblico e dalla famiglia del paziente a partire dall'età di 13 anni, in relazione ai principali interventi clinico-assistenziali attivati nel corso del trattamento*

	***Percorsi in Comunità Terapeutiche**	****Ricoveri Ospedalieri**	**Spese Legali**	*****Psicoterapia non focalizzata sul DDI**	******Psicoterapia focalizzata sul DDI**
Costi sostenuti dallo Stato	293.150 euro	155.100 euro			
Costi sostenuti dai familiari			6.570 euro	3.174 euro	18.512 euro

** I costi relativi ai percorsi in comunità terapeutiche fanno riferimento a quattro differenti inserimenti comunitari, collocati nel periodo compreso tra i 14 e i 18 anni di età del paziente, includendo il primo anno di psicoterapia specificamente focalizzata sul disturbo dissociativo dell'identità (DDI).*

*** I costi dei ricoveri ospedalieri si riferiscono al periodo compreso tra i 13 e i 17 anni di età, antecedente all'avvio della psicoterapia focalizzata sul DDI.*

**** La voce "psicoterapia non specificamente focalizzata sul DDI" include i trattamenti psicoterapeutici precedentemente intrapresi, orientati prevalentemente alla gestione dei sintomi cognitivi, comportamentali e dell'apprendimento.*

***** La voce "psicoterapia focalizzata sul DDI" comprende i costi relativi a 189 sedute di psicoterapia condotte secondo il modello di trattamento a fasi raccomandato dalle linee guida dell'*International Society for the Study of Trauma and Dissociation *(ISSTD) per i disturbi dissociativi complessi, nonché le attività di supervisione clinica e consultazione continuativa rivolte al personale sanitario della comunità terapeutica coinvolto nel trattamento integrato e* trauma-informed *del paziente.*

I costi associati al mancato avvio di un trattamento adeguato al DDI risultano rilevanti. In particolare, il ricovero del paziente presso quattro differenti comunità terapeutiche – considerando, per l'ultima struttura, esclusivamente il periodo corrispondente all'intervallo temporale analizzato ai fini della valutazione del trattamento – ha comportato una spesa complessiva per il sistema sanitario pubblico pari a 293.150 euro**.**

Alla luce di tali dati, è plausibile ipotizzare che un intervento precoce, strutturato e conforme alle linee guida specifiche per il trattamento del DDI, avrebbe potuto ridurre significativamente la frequenza delle crisi e, conseguentemente, il ricorso ripetuto a contesti residenziali differenti, limitando il numero di comunità terapeutiche coinvolte nel corso del tempo.

Un ulteriore elemento di rilievo riguarda la tipologia di intervento clinico fornita dalle diverse comunità terapeutiche. Sulla base delle informazioni disponibili e della documentazione diagnostica esaminata, tali interventi non sembrano aver seguito un modello di trattamento strutturato e coerente con l'approccio descritto nel presente lavoro. In assenza di un protocollo terapeutico organizzato secondo un modello a fasi e allineato alle linee guida internazionali per il DDI, l'efficacia degli interventi risulta, nella migliore delle ipotesi, limitata e solo marginalmente comparabile ai risultati potenzialmente ottenibili attraverso un percorso terapeutico specificamente progettato per quadri dissociativi complessi.

Dai dati recuperati dai famigliari del paziente, il numero complessivo dei giorni di ricovero ammonta a circa 141, con un costo totale stimato pari a 155.100 euro. Considerando che solo una quota limitata di tali giornate risulta essere stata dedicata a interventi coerenti con il modello terapeutico attualmente riconosciuto come maggiormente efficace per il trattamento del DDI, una parte sostanziale di questa spesa appare riconducibile a interventi con un impatto terapeutico potenzialmente ridotto.

Tale dato assume ulteriore rilevanza se inserito in una prospettiva più ampia, in cui una quota non trascurabile di pazienti con disturbi dissociativi complessi è annualmente sottoposta a percorsi caratterizzati da ricoveri ospedalieri ripetuti e da successive ammissioni in differenti comunità terapeutiche (Sar *et al*., 2007b; Burns *et al*., 2009). In assenza di una sistematica rivalutazione diagnostica e di un monitoraggio strutturato degli esiti in relazione ai percorsi terapeutici intrapresi, tali *iter* assistenziali rischiano di determinare un utilizzo subottimale delle risorse sanitarie disponibili.

I ricoveri ospedalieri sono descritti come eventi frequenti nei pazienti con DDI in particolare nei contesti caratterizzati da un accesso limitato a trattamenti strutturati e a interventi specialistici specificamente orientati ai disturbi dissociativi complessi (Sar *et al*., 2007b; ISSTD, 2011).

Nonostante le complessità intrinseche alla progettazione e all'implementazione di interventi terapeutici per quadri clinici di elevata complessità, i dati relativi agli episodi di ricovero (cfr. **figura 2**) suggeriscono che l'adozione di un trattamento conforme alle linee guida internazionali per il trattamento del DDI (ISSTD, 2011) possa essere associata a una progressiva stabilizzazione del funzionamento clinico e a una riduzione significativa della frequenza dei ricoveri nel lungo periodo. Tale andamento appare inoltre rilevante anche in termini di ottimizzazione dell'impiego delle risorse sanitarie e di potenziale riduzione dei costi a carico del sistema sanitario pubblico.

Considerazioni conclusive

Il disturbo dissociativo dell'identità (DDI) non rappresenta una condizione rara, bensì un disturbo ampiamente sottodiagnosticato. La letteratura indica infatti una prevalenza nella popolazione psichiatrica compresa tra il 4% e il 18% (Sar, 2006). Tuttavia, le valutazioni cliniche condotte in ambito ospedaliero e nei Servizi deputati al trattamento dei disturbi psichiatrici complessi non includono, nella maggior parte dei casi, strumenti specifici per l'identificazione dei disturbi dissociativi. Inoltre, gli operatori sanitari risultano spesso insufficientemente formati nel riconoscimento e nel trattamento di questa tipologia di psicopatologia.

La conseguente mancata diagnosi appropriata comporta un ricorso reiterato ai ricoveri ospedalieri e a trattamenti farmacologici prolungati nel tempo, con significativi costi sociali ed economici a carico del sistema sanitario. Tali interventi, nella migliore delle ipotesi, determinano una cronicizzazione del quadro clinico senza produrre un miglioramento sostanziale del funzionamento psicologico del paziente.

Alla luce di queste criticità, i Servizi di salute mentale dovrebbero prevedere programmi di formazione specifica finalizzati al riconoscimento della sintomatologia dissociativa, a un più accurato inquadramento diagnostico e all'implementazione di interventi psicoterapeutici *evidence-based*, in linea con le linee guida internazionali elaborate dagli esperti nel campo della dissociazione traumatica.

Riassunto

Parole chiave: disturbo dissociativo dell'identità, misdiagnosi e ritardo diagnostico, costi sanitari, psicoterapia focalizzata sul trauma, esiti clinici, evidenze empiriche

Il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI) rappresenta una condizione psicopatologica complessa e frequentemente sottodiagnosticata, nonostante una rilevante prevalenza nella popolazione clinica. Il presente contributo esamina le principali caratteristiche cliniche ed eziopatogenetiche del disturbo, con particolare riferimento al ruolo del trauma relazionale precoce e dei processi di dissociazione strutturale della

personalità. Vengono inoltre analizzate le criticità del processo diagnostico, il ritardo nella formulazione della diagnosi e le conseguenze della misdiagnosi, tra cui l'implementazione di interventi terapeutici inefficaci, l'elevata frequenza di ricoveri e la tendenza alla cronicizzazione del quadro psicopatologico. Attraverso la presentazione di un caso clinico, si evidenzia l'impatto di un riconoscimento diagnostico tardivo sul decorso clinico e sui costi sociali ed economici. Il caso illustrato mostra come l'adozione di un trattamento psicoterapeutico a fasi, focalizzato sul trauma e sui processi dissociativi, sia associata a una significativa riduzione delle crisi e dei ricoveri. I risultati sottolineano la necessità di un potenziamento della formazione clinica e dell'implementazione di interventi evidence-based, al fine di migliorare gli esiti terapeutici e ottimizzare l'impiego delle risorse sanitarie.

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER: CLINICAL, SOCIAL, AND ECONOMIC IMPLICATIONS OF UNDERDIAGNOSIS AND DELAYED DIAGNOSIS

Abstract

Key words: dissociative identity disorder, misdiagnosis and diagnostic delay, healthcare costs, trauma-focused psychotherapy, clinical outcomes, empirical evidence

Dissociative Identity Disorder (DID) is a complex and frequently underdiagnosed psychopathological condition, despite its significant prevalence in clinical populations. The present paper examines the main clinical and etiopathogenetic features of the disorder, with particular emphasis on the role of early relational trauma and structural dissociation of the personality. The study further analyzes the critical issues in the diagnostic process, delays in diagnosis, and the consequences of misdiagnosis, including the implementation of ineffective therapeutic interventions, high rates of hospitalization, and the tendency toward chronicity of the psychopathological condition. Through the presentation of a clinical case, the paper highlights the impact of delayed diagnostic recognition on clinical course as well as on social and economic costs. The case illustrates how the adoption of a phase-oriented psychotherapeutic treatment, focused on trauma and dissociative processes, is associated with a significant reduction in crises and hospitalizations. The findings underscore the need to enhance clinical training and to implement evidence-based interventions in order to improve treatment outcomes and optimize the use of healthcare resources.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Boysen, G. A. (2024). Dissociative identity disorder: A review of research from 2011 to 2021. *Journal of Nervous and Mental Disease, 212*(3), 174–186.

Brand, B. L. (2001). Establishing safety with patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*(4), 133–155.

Brand, B. L. (2024). *The concise guide to the assessment and treatment of trauma-related dissociation*. Washington, DC: American Psychological Association.

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Loewenstein, R. J., Classen, C. C., Lanius, R. A., Pain, C., & Putnam, F. W. (2013). A longitudinal, naturalistic study of dissociative disorder patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(4), 301–308.

Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. *Psychiatry, 77*(2), 169–189.

Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 24*(4), 257–270.

Brand, B. L., Schielke, H. J., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Loewenstein, R. J., Myrick, A. C., Jepsen, E. K. K.,

Langeland, W., Steele, K., Classen, C. C., & Lanius, R. A. (2019). An online educational program for individuals with dissociative disorders and their clinicians: 1-year and 2-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress, 32*(1), 1–11.

Brand, B. L., Schielke, H. J., Schiavone, F., & Lanius, R. A. (2022). *Finding solid ground: Overcoming obstacles in trauma treatment*. New York, NY: Oxford University Press.

Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Analytic Press.

Burns, T., Catty, J., White, S., Clement, S., Ellis, G., Jones, I. R., Lissouba, P., McLaren, S., Rose, D., & Wykes, T. (2009). Continuity of care in mental health: Understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychological Medicine, 39*(2), 313–323.

Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 245–267.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6–20.

Coons, P. M. (1998). The dissociative disorders: Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America, 21*(3), 637–648.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin, 138*(3), 550–588.

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(5), 402–417.

Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1997). Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(6), 832–839.

Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry, 59*(3), 255–266.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 623–629.

Frankel, F. H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry, 147*, 823–829.

Frau, C. (2014). La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: Analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione. *Ammentu, Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo, 4*, 91–111.

Friedl, M. C., Draijer, N., & de Jonge, P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric inpatients: The impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(6), 423–428.

Fung, A. H. W., Chau, A. K. C., Lam, S. K. K., Ho, G. W. K., Ross, C. A., Wong, M. Y. C., Wang, E. K. S., Chien, W. T., & Wong, J. Y. (2022). Group treatment for complex dissociative disorders: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1–12.

Ganaway, G. K. (1995). Hypnosis, childhood trauma, and dissociative identity disorder: Toward an integrative theory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 43*, 127–144.

Gillig, P. M. (2009). Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry (Edgmont), 6*(3), 24–29.

Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., & Zavattini, G. C. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of Clinical Psychology, 68*(9), 989–1007.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? *Clinical Psychology Review, 25*, 1–23.

ISSTD. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*(2), 115–187.

Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Felix Alcan.

Kluft, R. P. (1985). The natural history of multiple personality disorder. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality disorder* (pp. 197–238). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P., & Fine, C. G. (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*(3), 346–367.

Langeland, W., Jepsen, E. K. K., Brand, B. L., Kleven, L., Loewenstein, R. J., Putnam, F. W., Schielke, H. J., Myrick, A. C., Lanius, R. A., & Heir, T. (2020). The economic burden of dissociative disorders. *Psychological Trauma, 12*(7), 730–738.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 472–486.

Lloyd M. (2011). How investing in therapeutic services provides a clinical cost saving in the long term. Retrieved from http://tinyurl.com/74sefbz

Lloyd, M. (2016). Reducing the cost of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(3), 362–370.

Lotfinia, S., Soorgi, Z., Mertens, Y., & Daniels, J. (2020). Structural and functional brain alterations in dissociation. *Journal of Psychiatric Research, 128*, 5–15.

McHugh, P. R. (1995). Dissociative identity disorder as a socially constructed artifact. *Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health, 1*, 158–166.

Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills: The troubling story of antipsychotic drugs*. Palgrave Macmillan. (Trad. it. *Le pillole più amare: La storia inquietante dei farmaci antipsicotici*. Giovanni Fioriti Editore, 2020).

Myrick, A. C., Chasson, G. S., Lanius, R., Leventhal, B., & Brand, B. L. (2014). Treatment of complex dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation, 15*, 51–67.

Myrick, A. C., Webermann, A. R., Langeland, W., Putnam, F. W., & Brand, B. L. (2017). Treatment of dissociative disorders and cost estimates. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(1), Article 1375829.

Putnam, F. W. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality disorder* (pp. 65–97). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*(6), 285–293.

Raison, A., & Andrea, S. (2023). Childhood trauma in patients with dissociative identity disorder: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation, 7*(1), Article 100310.

Reinders, A. A. T. S., & Veltman, D. J. (2021). Dissociative identity disorder: Out of the shadows at last? *British Journal of Psychiatry, 219*(2), 413–414.

Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? *PLoS ONE, 7*(6).

Ross, C.A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, *14*(3), 503–517.

Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.

Ross, C. A. (2005). A proposed trial of dialectical behavior therapy. *Psychological Reports, 96*, 901–911.

Ross C.A. (2006). *The Trauma Model: A Solution to the Problem of Comorbidity in Psychiatry*. Richardson, Texas: Manitou Communications.

Ross, C.A. (2018). *Treatment of Dissociative Identity Disorder: Techniques and Strategies for Stabilization*. Richardson, Texas: Manitou Communications (trad. it.: *Come curare il disturbo dissociativo dell'identità: Lavorare con le parti di sé e altre tecniche di stabilizzazione per i pazienti con discontinuità della coscienza*. Roma: Apertamenteweb).

Ross, C. A., & Burns, S. (2007). Acute stabilization in a trauma program. *Journal of Psychological Trauma, 6*, 21–28.

Ross, C. A., & Dua, V. (1993). Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy, 47*(1), 103–112.

Ross, C. A., & Ellason, J. W. (2001). Acute stabilization in an inpatient trauma program. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*, 83–87.

Ross, C.A., Halpern, N. (2017). *Trauma Model Therapy. Trattamento per il trauma, la dissociazione e le comorbilità complesse*. Roma: Giovanni Fioriti Editore).
Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule. *Dissociation, 2*, 169–189.
Ross, C.A., Heber, S., Anderson, G. (1990). The Dissociative Disorders Interview Schedule. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12): 1968–1969.
Sar, V. (2006). The scope of dissociative disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 227–244.
Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders. *Epidemiology Research International*, Article 404538.
Sar, V., Akyüz, G., Doğan, O. (2007a). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, *149*(1–3), 169–176.
Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L.I., Kundakci, T., Yazici, A., Kuskonmaz, E., Aksüt, D. (2007b). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 45–50.
Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I.L., Tutkun H., Bakim B., Bozkurt O., Özpulat T., Keser V., Özdemir Ö. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(1), 119–136.
Sar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *The Psychiatric clinics of North America*, *29*(1), 129–ix.
Scalabrini, A., Mucci, C., Esposito, R., Damiani, S., & Northoff, G. (2020). Dissociation as a disorder of integration. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry, 101*, 109928.
Schielke, H. J., Brand, B. L., & Marsic, A. (2017). Assessing therapeutic change. *European Journal of Psychotraumatology, 8*, 12.
Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 824–852.
Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 299–326.
Steinberg, M. (1994). *Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Tang Y. (2023). A meta-analysis on childhood trauma involved in dissociative identity disorder. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 16: 284–291.
Temple, M. J. (2019). Understanding severe dissociative disorders. *BJPsych Advances, 25*(1), 14–25.
Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *184*, 8–9.
Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. New York, NY: W. W. Norton.
Van der Hart O., Steele K., Boon S., Brown P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(2–3): 162–180.
Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401–408.
Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* Viking.
Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(4), 499–510.

Costanzo Frau
Studio di Psicoterapia e Ricerca Trauma & Dissociazione
Manchester Metropolitan University
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4400-5092

Corrispondenza
psicoterapiaricercatd@gmail.com