

RIVISTA SPERIMENTALE
DI FRENIATRIA, 136(2),
121-135.

Amnesia dissociativa e trauma: una prospettiva secondo la teoria della dissociazione strutturale

*Dissociative amnesia and trauma: a perspective from the theory
of structural dissociation*

Onno van der Hart*, Mike Matar**

(Traduzione Cesare Secchi)

Riassunto: nel DSM-IV l'amnesia dissociativa è considerata un'entità clinica distinta che può prendere le seguenti forme: amnesia localizzata, amnesia continua, amnesia sistematizzata, amnesia generalizzata e amnesia selettiva. In ambito clinico, tuttavia, essa è più comunemente presente come espressione sintomatica di disturbi più complessi ed estesi, soprattutto i disturbi dissociativi complessi (e spesso in pazienti che hanno subito traumi acuti e cronici). La dissociazione è il risultato di un'integrazione difettosa, che di solito si produce in occasione di esperienze traumatiche, di quei sistemi neuro-bio-psicologici dalla struttura estremamente complessa costituita dalla personalità. Questo difetto comporta una dissociazione della personalità in due o più parti scisse – sottosistemi dinamici e attivi, ma rigidi e relativamente chiusi. In base a questo approccio concettuale, alcune di queste parti dissociate possono contenere ricordi traumatici che, se riattivati, riscatenano certi vissuti e certe messe in atto; nel contempo, il resto della personalità rimane relativamente intatto, preso dalla vita quotidiana, in un atteggiamento fobico nei confronti delle parti implicate nei ricordi traumatici. Quindi, la dissociazione è mantenuta da una serie di fobie che nel corso del trattamento necessitano di una particolare attenzione. La cura prevista è un trattamento mirato alla fase, preceduto da un'indagine neurologica completa e dall'impiego di procedure diagnostiche standardizzate, nonché dalle scale per i disturbi dissociativi. Il difficile processo di esplorazione dei ricordi traumatici e della loro integrazione con gli altri aspetti della personalità richiede una sufficiente capacità integrativa nel paziente. Quindi, lo scopo iniziale non è la risoluzione rapida (e forzata) dell'amnesia, ma viceversa l'instaurarsi di un senso di sicurezza e di stabilità nella vita quotidiana e nella terapia.

* Professore, Department of Clinical and Health Psychology, Utrecht University, Paesi Bassi.

** Psichiatra, Medical School for International Health (MSIH), and Anxiety & Stress Research Unit, Ben-Gurion University PTSD Outpatients Services, Beer Sheva Mental Health Center, Be'er Sheva, Israele.

Parole Chiave: *amnesia, dissociazione, disturbi dissociativi, diagnosi, trattamento.*

Abstract: *in DSM-IV dissociative amnesia is addressed as a discrete clinical entity, which may take the following forms: localized amnesia; continuous amnesia; systematized amnesia; generalized amnesia; and selective amnesia. In the clinical arena, however, it more commonly presents as one of the features of more complex and extensive disorders, primarily of complex dissociative disorders and frequently in acutely or chronically traumatized patients. Dissociation results from faulty integration of the complex and intricately coordinated neuro-bio-psychological systems which constitute the personality, usually developing when traumatizing events are experienced. This deficit entails a dissociation of the personality into two or more dissociative parts of the personality – dynamic and active, but rigid and relatively closed subsystems. Based on this conceptual approach, some of these dissociative parts may contain traumatic memories and, when reactivated, cause re-experiencing and re-enactments, whereas the rest remains relatively intact and is involved in daily living and is phobic of the parts involved in the traumatic memories. Thus, the dissociation is maintained by a series of phobias, that need careful attention in treatment. The standard of care is phase-oriented treatment, preceded by a thorough neurological investigation and the use of standardized diagnostic procedures and scales for dissociative disorders. The difficult challenge of exploring and integrating traumatic memories and further aspects of one's personality requires that the individual's integrative capacity be sufficient. Hence, the initial goal is not the rapid (and forceful) resolution of the amnesia, but rather establishing a sense of safety and stability in daily living and in therapy.*

Key Words: *amnesia, dissociation, dissociative disorders, diagnosis, treatment.*

Amnesia dissociativa e trauma: una prospettiva secondo la teoria della dissociazione strutturale

L'amnesia, l'incapacità di rievocare ricordi esistenti e/o formarne dei nuovi, può derivare da un danno fisico comprovato al tessuto cerebrale che spesso comporta una perdita definitiva dei contenuti mnestici. Tuttavia, nei casi di Amnesia Dissociativa (DA) i contenuti mnestici almeno in via di principio sono recuperabili. Ovviamente, in tutti i casi è indicata un'indagine neurologica completa, ma la presenza di fattori organici non esclude necessariamente la compresenza di una componente funzionale.

Come dice il nome, l'amnesia dissociativa (DA) è una forma di amnesia che ha molto in comune con altri fenomeni dissociativi. La si riscontra il

più spesso come una caratteristica o un sintomo di disturbi dissociativi più complessi o altri disturbi correlati ai traumi, benché possa anche presentarsi come un disturbo distinto. In generale, è quindi prudente un approccio graduale al trattamento della DA e nello schema del regime terapeutico mirato alla fase. Questo garantisce la possibilità di dedicarsi alle questioni più ampie inerenti il disturbo complesso nella sua globalità; inoltre, consente di accertare che il paziente sia idoneo a confrontarsi con i ricordi amnesici recuperati, invece di aggravare la sua condizione con interventi prematuri (a meno che non si abbia a che fare con i rari casi di DA isolata).

Che la DA si manifesti in vari gradi e varie forme di complessità è stato osservato nel tempo. Per esempio, nel 1931 Culpin ([1], p. 26), docente in Psiconevrosi al *London Hospital Medical College*, scriveva a proposito dei soldati traumatizzati nel corso della Prima Guerra Mondiale: "C'era tutta la gamma: da un breve periodo di 'incoscienza' alla perdita di memoria per la vita intera, ma i processi mentali erano del tutto identici". Questi processi mentali comportano una dissociazione della personalità, che è intimamente legata agli eventi traumatici: di fatto, la dissociazione è sempre più riconosciuta come un fattore comune a varie forme di disturbi correlati a traumi [2]. Il criterio B per il PTSD include una risperimentazione dissociativa; la dissociazione caratterizza prevalentemente il PTSD complesso [3], e il CAPS vi dedica numerosi paragrafi; è una prerogativa centrale per la diagnosi di disturbo acuto da stress (ASD) e un fattore chiave di rischio per il successivo PTSD [4]; virtualmente, tutti i casi di disturbo dissociativo di identità (DID) derivano da una traumatizzazione cronica [5].

La seguente discussione sull'amnesia dissociativa e sulla dissociazione in generale è fondata sulla premessa teorica che gli eventi traumatici, la traumatizzazione ricorrente particolarmente grave specie nelle prime fasi della vita, comportino dei deficit nell'integrità strutturale e funzionale delle componenti complesse che formano la personalità: dunque, una dissociazione della personalità [6].

Forme di amnesia dissociativa

Il DSM-IV [7] fa riferimento a diversi gradi di complessità nell'espressività dell'amnesia dissociativa, definendola sia come un disturbo a sé stante sia come il sintomo di disturbi dissociativi più complessi. Il DSM-IV definisce così il sintomo (o disturbo) dissociativo negativo dell'amnesia dissociativa: "uno o più episodi di incapacità nel ricordare un'importante informazione personale, solitamente di natura traumatica o stressante, che è troppo estesa per essere spiegata nei termini di una comune dimenticanza" ([7], p. 481). Questa

definizione contiene varie imprecisioni e scorrettezze: è astratta, vaga, non specifica e incompleta [8]. Per esempio, non fornisce al clinico alcun segno o sintomo concreto per determinare la presenza di amnesia; omette di citare l'essenziale caratteristica dell'amnesia dissociativa, che consiste nella sua reversibilità. Anche la formulazione "troppo estesa" è discutibile: ci possono essere molti casi di amnesia dissociativa riferiti a brevi periodi di tempo – per esempio, nel corso dei momenti peggiori delle esperienze traumatiche. E nei pazienti con DID, la prevalenza degli episodi amnesici non concerne direttamente l'esperienza traumatica, ma, al contrario, delle azioni banali, come comprare o scrivere qualcosa [8].

Adottando la classificazione di Pierre Janet per l'amnesia dissociativa [9], il DSM-IV [7] distingue i seguenti tipi (si vedano anche [6],[8],[10],[11]): amnesia localizzata; amnesia generalizzata; amnesia continua; amnesia sistematizzata; amnesia selettiva (non citata da Janet). L'amnesia localizzata consiste nell'incapacità di ricordare tutti gli avvenimenti che sono avvenuti nell'ambito di un periodo di tempo circoscritto. Un esempio fondamentale sarebbe l'amnesia di un avvenimento traumatico specifico come uno stupro; Janet [12] riporta l'amnesia in una giovane donna della morte della madre alla quale essa aveva assistito. L'amnesia generalizzata comporta una perdita dei ricordi dell'intera vita di una persona. Questo tipo di amnesia dissociativa si riscontra a vari livelli di gravità. In alcuni casi sembra che il paziente debba imparare di nuovo tutto ciò che aveva appreso prima e non sembra riconoscere il proprio partner o i membri della propria famiglia ([13],[14]). L'amnesia continua, l'incapacità di ricordare gli eventi successivi a uno specifico periodo di tempo, incluso il presente, viene diagnosticata raramente. Possono essere implicati dei fattori neurologici [15]. L'amnesia sistematizzata riguarda la perdita dei ricordi inerenti certe categorie di informazione. Per esempio, la paziente è amnesica per tutto quello che concerne lei o la sua famiglia. Janet [9] cita una donna, che, dopo il parto, aveva dimenticato non solo la nascita del suo bambino, ma anche i fatti a esso connessi. L'amnesia selettiva, infine, consiste nell'incapacità di ricordare alcuni eventi – ma non tutti – relativi a un determinato periodo. Un esempio su scala minima potrebbe essere quello del ricordo di una violenza sessuale, ma non della sua parte più spaventosa, disturbante, cioè il nucleo patogeno [6] o il punto focale [16]. L'esistenza di questo nucleo patogeno può anche causare un'amnesia dell'intero avvenimento; la risoluzione di tale nucleo è essenziale per il recupero della memoria [17].

Capire la dissociazione

Il DSM-IV definisce la dissociazione "una frattura nelle funzioni solitamente integrate della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione dell'ambiente" ([7], p. 477). Questa la caratteristica fondamentale dei fenomeni clinici della dissociazione – sintomi e disturbi. Tuttavia, la definizione di dissociazione del DSM-IV è discutibile, in quanto non riconosce che queste fratture possono anche riguardare aspetti motori o sensoriali, come è detto nell'ICD-10 in riferimento ai disturbi dissociativi del movimento e della percezione [18].

Nella letteratura sulla dissociazione sembra mancare chiarezza e consenso rispetto ai confini dei fenomeni in questione. A parte la tendenza a trascurare i fenomeni dissociativi somatoformi, nelle descrizioni fenomenologiche di sintomi in apparenza dissociativi, non è chiara, per esempio, la ragione di considerare certi fenomeni come intrinsecamente dissociativi. Per esempio, alcune alterazioni della coscienza, quali il restringimento del campo della coscienza, la condizione assorta o il coinvolgimento immaginativo. Spesso si sorvola sul meccanismo di base dei sintomi che dovrebbero essere chiamati dissociativi. Inoltre, qualche autore etichetta come dissociativi dei sintomi di evitamento nel PTSD e trascura il fatto che la qualità positiva (intrusiva) dei sintomi comporta probabilmente una dissociazione (per esempio, si veda [19]).

In risposta alle imprecisioni rilevate nelle definizioni di dissociazione del DSM-IV e di altre fonti, Nijenhuis e Van der Hart [20] propongono una descrizione più inclusiva e nel contempo più precisa della natura dissociativa di questi disturbi, fondata sul concetto di dissociazione della personalità, qui ripresa con alcune modifiche. La dissociazione indotta da un trauma, dunque, comporta una divisione o una partizione della personalità di un individuo: cioè, del sistema dinamico bio-psicologico, inteso come un tutto che determina le caratteristiche mentali e le azioni socio-comportamentali del soggetto. Questa divisione della personalità costituisce una prerogativa nucleare del trauma: si sviluppa quando l'individuo manca della capacità di integrare esperienze sfavorevoli *in parte o in toto*, benché la cosa possa anche svolgere nel breve periodo un (limitato) ruolo adattivo. La divisione implica due o più sottosistemi dinamici ma non integrati a sufficienza ed eccessivamente stabili. Questi sottosistemi esercitano delle funzioni che comprendono svariatissime azioni mentali e comportamentali. Inoltre, tali sottosistemi e stati mentali possono essere latenti o venire attivati in sequenza o in parallelo. Ogni sottosistema dissociato, cioè, ogni parte dissociata della personalità¹, possiede la propria prospettiva di prima persona, per quanto

¹ Esistono altre categorie per le parti dissociative della personalità impiegate in campo psichiatrico: stati dell'io; stati del sé dissociati o dissociativi; modi, identità e stati di personalità. Ogni termine ha i suoi vantaggi e inconvenienti.

minima e rudimentale. Nell'esprimere ogni parte dissociata il soggetto può interagire, in via di principio, con altre parti dissociate e altri individui. Le parti dissociate conservano quei particolari confini psicobiologici che le tengono divise, ma possono in linea di massima dissolversi. I confini psicobiologici delle parti dissociate sono visti come semipermeabili e non del tutto chiusi, e quindi permettono un'interazione selettiva con altre parti dissociate. In certe condizioni una determinata parte può temporaneamente assumere il controllo globale del funzionamento mentale.

La ricerca sperimentale indica che qualche trasferimento di ricordo può avvenire tra le parti dissociate senza che esse se ne rendano conto (si veda [21]). Da un punto di vista fenomenologico, questa dissociazione della personalità si manifesta nei sintomi dissociativi. Da essa deriverebbero molti dei sintomi usuali correlati ai traumi: i sintomi apparentemente negativi (amnesia, "congelamento", derealizzazione, depersonalizzazione, perdita di certe capacità come la lettura) e quelli apparentemente positivi (irruzioni nella mente sottoforma di ricordi improvvisi o di "voci"). Inoltre, questo approccio fornisce un fondamento logico a varie caratteristiche dei gravi e complessi disturbi traumatici, come i sintomi psichici (amnesia, udire voci, inserimento di pensieri e molti altri sintomi di primo rango di Schneider di influenzamento, in passato considerati sintomi di schizofrenia) ([22],[23]), i sintomi somatoformi (anestesia, tic, risperimentazione di sensazioni corporee) e l'esecuzione di azioni correlate al trauma ([11], [20], [24]).

Dissociazione della personalità come fallimento integrativo

Gran parte della letteratura considera la dissociazione un meccanismo di difesa. Nondimeno, come Janet [25] aveva già affermato e come indica la definizione sopra proposta, la dissociazione e quindi i disturbi dissociativi implicano primariamente un deficit integrativo indotto da un trauma, che il soggetto dissociativo può successivamente utilizzare come difesa ([6],[26]). Tale dissociazione della personalità persiste ed è attivamente mantenuta da parte della personalità che ha la responsabilità del funzionamento quotidiano al fine di tenere a distanza le parti dissociate coinvolte nella registrazione e nella ripetuta messa in atto dei ricordi traumatici. In altre parole, la dissociazione della personalità è mantenuta da una serie di fobie verso le esperienze interne che necessitano di essere attentamente prese in carico e alla fine superate nel corso delle terapie [6].

Nei termini della teoria della dissociazione strutturale della personalità [6], si possono distinguere due principali categorie di parti dissociate. Un primo tipo tende a funzionare prevalentemente nella vita di tutti i giorni

evitando i ricordi del trauma, mentre l'altro è prevalentemente fissato alle varie difese (attacco, fuga, congelamento, finta morte, collasso), come era avvenuto al momento del trauma. Un singolo evento traumatico può causare una divisione della personalità in due parti dissociate: la cosiddetta parte apparentemente normale della personalità (ANP), e la parte emozionale della personalità (EP) ([6], [27]), ciascuna delle quali con una propria prospettiva di prima persona. L'ANP predomina generalmente nella vita quotidiana e si sforza di evitare i ricordi traumatici, mentre l'EP resta legata al momento del trauma, rivive le esperienze traumatiche e si impegna in difese primitive, qualora tali esperienze siano attivate. L'ANP può avere un'amnesia per i ricordi traumatici che invece l'EP ha registrato e a cui resta fissata, oppure l'ANP può avere consapevolezza dell'evento traumatico, ma senza un senso di personale appartenenza ("È successo ma non a me") [6].

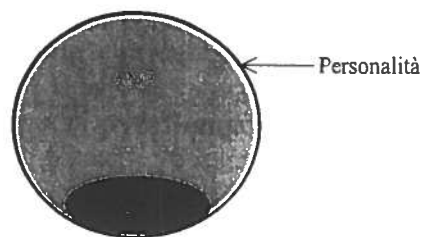
Livelli di dissociazione della personalità

La divisione della personalità in una singola ANP e una singola EP è chiamata dissociazione primaria della personalità, tipica dei disturbi post-traumatici dissociativi semplici: è il caso del PTSD semplice e della semplice amnesia dissociativa come disturbo a sé stante. La dissociazione continua tra ANP e EP può avere un certo grado di scopo adattativo quando viene meno il necessario sostegno sociale o la capacità di integrare le esperienze traumatiche. Il concetto di dissociazione della personalità fornisce un fondamento logico alla presenza sia dei sintomi dissociativi positivi (le ricorrenti irruzioni di ricordi traumatici, i movimenti ripetitivi come i tic, i sintomi di Schneider) sia di quelli negativi (la depersonalizzazione, un qualche grado di amnesia dissociativa e di anestesia).

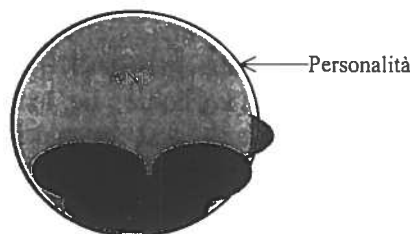
Quando il soggetto si trova di fronte ad avvenimenti traumatici cronici o prolungati, specialmente nel corso dell'infanzia (dove la capacità integrativa è naturalmente più bassa per i limiti evolutivi), la dissociazione diviene più complessa e cronica. Anche tale dissociazione secondaria della personalità comporta una singola ANP, ma più d'una EP. Il prodursi di EP multiple può dipendere dall'integrazione fallita tra difese relativamente distinte (l'attacco, la fuga, il congelamento, il collasso) e certe esperienze affettive intollerabili, come la vergogna o la solitudine. Ogni EP può avere differenti manifestazioni "fisiche". Per esempio, un'EP può essere tesa e ipervigile, mentre un'altra può essere immobile o addirittura collassata [28]. La dissociazione secondaria della personalità caratterizzerebbe il PTSD complesso (cfr. [3]), il disturbo borderline di personalità correlato a trauma e il sottotipo 1 del DDNOS, cioè il sottotipo maggiormente simile al DID.

Infine, la dissociazione terziaria della personalità implica non solo più di una EP, ma anche più di una ANP. Questa disgiunzione e divisione dell'ANP si riscontra quando le esperienze quotidiane fanno scattare ricordi traumatici e/o divengono soverchianti per l'ANP, dando luogo a ulteriori divisioni dissociative. La personalità del paziente si scinde ancora di più nel tentativo di mantenere un funzionamento che eviti i ricordi traumatici. Ciò sembra tipico dei pazienti con DID. In pazienti con DID a basso funzionamento molte ANP ed EP possono sembrare apparentemente indistinguibili le une dalle altre e avere tutte dei ricordi traumatici [6]. Si veda la Figura n. 1 per una rassegna dei livelli di dissociazione della personalità.

Dissociazione strutturale primaria



Dissociazione strutturale secondaria



Dissociazione strutturale terziaria

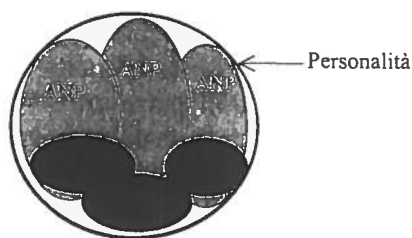


Figura n. 1. Livelli di dissociazione della personalità

L'amnesia dissociativa e i livelli di dissociazione della personalità

I vari tipi di amnesia dissociativa possono, in linea di massima, corrispondere agli effetti dei tre livelli di dissociazione della personalità, riportati nella Figura n. 1. Quindi, il paziente, in quanto parte dissociata della personalità (l'ANP), non ricorda o piuttosto non sa quello che è ricordato da un'altra parte dissociata (l'EP). Un esempio è il fenomeno della fuga dissociativa che il DSM-IV considera una specifica categoria diagnostica. In questa condizione l'individuo, nella parte dissociata diversa dall'ANP, all'improvviso decide di partire per un viaggio non previsto lontano da casa e dal posto di lavoro, con un'incapacità di ricordare il proprio passato [7]. Presto o tardi l'ANP riaffiora e riassume il controllo esecutivo del funzionamento mentale, restando di solito sconcertata dalle circostanze sconosciute nelle quali il soggetto si trova. Alcuni pazienti presentano l'amnesia dissociativa nella sua forma pura senza altri fenomeni dissociativi [29]. Tuttavia, la manifestazione più comune dell'amnesia dissociativa è quella dove costituisce un aspetto nel contesto di una più complessa dissociazione della personalità accanto ad altri sintomi dissociativi. Le amnesie sono di solito più diffuse rispetto ai loro contenuti e più reattive rispetto agli avvenimenti scatenanti. In altre parole, esse non riguardano soltanto le esperienze traumatiche. Per esempio, pazienti con DID possono riportare lacune temporali nella vita quotidiana, che vanno da intervalli molto brevi di pochi minuti – magari riferiti a parti di sedute terapeutiche – a ore o perfino a parecchi giorni consecutivi. Durante questi periodi di tempo amnesici altre parti della personalità hanno assunto il controllo esecutivo. In certi pazienti portatori di DID può esistere un'ANP con un'amnesia generalizzata per la vita del paziente precedente a un determinato evento; da cui si inferisce che questa parte dissociata sia entrata in campo nel corso di quell'evento o appena dopo di esso. Un esempio è quello di una donna adulta con una storia di gravi abusi sessuali e correlato parto traumatico: rimasta volontariamente incinta nel suo matrimonio, essa durante il parto, a causa del riaffiorare di queste particolari esperienze traumatiche, ha prodotto una nuova parte dissociata, la Madre ANP. Tale ANP era tanto lontano dalle parti EP che conservavano i ricordi traumatici da essere in grado di adempiere ai compiti di accudimento del suo bambino.

Amnesia dissociativa versus ipermnesia

I sintomi dissociativi negativi e positivi sono per così dire le due facce della medaglia. Perciò, come Janet [12] ha già sottolineato, mentre alcune parti, specialmente le ANP, possono avere un'amnesia per le esperienze

traumatiche, altre parti (le EP) si caratterizzano per l'iperamnesia delle stesse esperienze: hanno, cioè, ricordi traumatici tipicamente vividi. Quando questi ricordi traumatici (e le EP coinvolte) sono riattivati, essi vengono sperimentati dall'ANP come intrusioni disturbanti. Nondimeno, nel corso di "episodi flashback dissociativi" ([7], p. 428) o di rivissuti (parziali o totali), l'ANP e certe EP si scambiano i ruoli, con le EP che assumono il controllo esecutivo. Nel corso del rivissuto l'ANP può trovarsi in uno stato latente, non presente all'esperienza, e, di conseguenza, può non avere conoscenza di quanto accaduto, quindi manifestare amnesia dissociativa per il rivissuto traumatico. Van der Hart e coll. [30] hanno riscontrato che pazienti con DID possono manifestare iperamnesia anche rispetto ad avvenimenti non traumatici. La ricerca sperimentale con questi pazienti portatori di DID ha mostrato che quando l'ANP ha consapevolezza di certe esperienze traumatiche, questa consapevolezza ha una qualità noetica: cioè, non attribuisce a questi ricordi alcun senso di appartenenza personale (diversamente dalle EP) e ciascuno vi risponde di conseguenza. Alcuni studi dimostrano che le differenti parti dissociate implicano non solo differenti reazioni soggettive, ma altresì diversi modelli di risposte cardiovascolari e di attivazione cerebrale (fMRI) alla sequenza di registrazione del ricordo traumatico [31].

Diagnosi

La diagnosi di DA richiede un approccio sistematico e completo. Devono essere indagati i disturbi che causano una disfunzione del sistema nervoso centrale, specialmente i disturbi neurologici e i traumi cerebrali (come i processi neuro-vascolari o i processi espansivi, e la lesione cerebrale traumatica minima, inclusa quella dall'onda d'urto di un'esplosione). Da notare, comunque, che i fattori organici e quelli funzionali non dovrebbero esser visti come reciprocamente escludentisi.

Si raccomanda l'utilizzazione standardizzata degli strumenti di screening per i disturbi dissociativi, come il DES [32] e il SDQ-20 [33], e degli strumenti di valutazione diagnostica, come lo SCID-D [34] o il DDIS [5]. In generale, la consapevolezza della possibile presenza di un disturbo dissociativo è finora insufficiente. È importante rendersi conto che si incontra comunemente la DA nell'ambito di disturbi dissociativi più estesi e/o di altri disturbi correlati a traumi e vi è spesso co-morbidità con la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi alimentari e i disturbi di personalità. Nei pazienti che presentano sintomi prevalenti appartenenti a questi disturbi l'amnesia dissociativa passa frequentemente inosservata. Questi pazienti possono ricevere differenti diagnosi psichiatriche con relativo trattamento destinato a fallire, se la

sottostante dissociazione della personalità non viene riconosciuta. Inoltre, la natura dell'amnesia complica l'indagine diagnostica, poiché i pazienti non sono consci dei loro periodi amnestici ([1],[9],[35]), cioè di quei periodi in cui le altre parti dissociate della personalità prendono il sopravvento senza un'ANP che se ne renda conto. Quando glielo si chiede specificamente, una volta che sia cominciato l'idoneo trattamento per la dissociazione, i pazienti divengono più consapevoli delle lacune e delle perdite di periodi di tempo nella loro vita attuale e così dell'amnesia per avvenimenti precedenti.

Trattamento

Di fatto, lo scopo del trattamento dovrebbe essere la risoluzione dell'amnesia dissociativa, seguita dalla presa d'atto dell'esperienza traumatica come un avvenimento del passato, da ricollocare al giusto posto nella propria "autobiografia". Tuttavia, il processo di riportare alla coscienza i contenuti amnesici dovrebbe essere affrontato con attenzione, assicurandosi per prima cosa che il paziente sia attualmente in grado di sopportarlo, specialmente se la DA si presenta nel contesto di un disturbo complesso (o dove questa possibilità non sia stata pienamente indagata). Utilizzando un modello trauma-dissociazione, Myers ha teorizzato rispetto alla dissociazione primaria della personalità il processo terapeutico nel seguente modo:

"Togliere all'EP il suo carattere patologico, turbato, senza controllo, ed effettuare la sua riunione con l'ANP finora ignara delle esperienze emotive in questione. Quando tale reintegrazione si è instaurata, diviene subito evidente che l'ANP si discostava ampiamente nell'aspetto fisico e nel comportamento, così come mentalmente, dalla personalità completamente normale alla fine ottenuta" ([27], p. 69).

Il compito principale del trattamento è l'esplorazione dell'EP e la risoluzione del ricordo traumatico, mentre si alleggeriscono le fobie dell'ANP nei confronti di entrambi. Il clinico dovrebbe riconoscere che tali fobie possono comportare non solo una forte paura di confrontarsi con i ricordi traumatici (per esempio, il timore di andare in pezzi o di diventare matti) e con i contenuti emotivi legati all'evento (come il terrore, il disgusto, la vergogna o l'impotenza), ma anche la paura di rendersi conto che l'orribile avvenimento ha avuto realmente luogo. In tutto ciò il paziente ha un grande bisogno della comprensione e dell'accoglienza del terapeuta. L'utilizzazione ragionevole, garbata e tollerante dell'ipnosi può essere un importante accessorio nel trattamento. Comunque, questo richiede uno speciale addestramento clinico ed è indispensabile una consapevolezza dei potenziali effetti suggestivi

dell'intervento ipnotico rispetto al contenuto del ricordo traumatico [36].

Una volta in più è importante sottolineare che quando l'amnesia dissociativa è parte di un disturbo più ampio, basato, cioè, su di una storia di traumatismo interpersonale cronico, che implica un più grave livello di dissociazione strutturale, dovrebbe essere scrupolosamente evitata un'intempestiva esplorazione, mentre sarebbe indicato l'approccio del trattamento mirato alla fase ([6], [17], [36]). La prima fase è dedicata a stabilire un senso di sicurezza e stabilità, alla riduzione dei sintomi e all'addestramento delle capacità. Lo scopo è quello di raggiungere gradualmente la capacità integrativa del paziente che è essenziale per il compito di affrontare le sfide importanti della fase successiva. Una parte fondamentale della prima fase del trattamento consiste nell'aiutare il paziente a sviluppare relazioni di empatia e collaborazione con le parti dissociate [6]. Quando sia stata raggiunta quella capacità integrativa del paziente che lo metta in grado di mantenere una consapevolezza più o meno stabile nel presente della (o delle) ANP e della (o delle) EP chiave e sia in grado di sperimentare un certo livello di empatia e di collaborazione, così come di regolare le emozioni e le correlate azioni mentali, si comincia il secondo trattamento. Questa fase si occupa dell'esplorazione e dell'integrazione dei ricordi traumatici. Spesso questa indagine non comporta un'esortazione all'ANP di cercare uno specifico ricordo traumatico, ma piuttosto l'invito alle EP coinvolte a condividere questa esperienza con l'ANP in un modo strutturato, che prevenga il sovraccarico. La terza fase del trattamento comporta ulteriori integrazioni della personalità e nuove connessioni alla vita abituale, senza il sintomo. Nei casi complessi il trattamento orientato alla fase tende naturalmente ad assumere una forma a spirale, con periodici ritorni a una precedente fase di trattamento. Ciascuna di queste fasi può essere descritta nei termini del superamento delle specifiche fobie connesse al trauma, che, tutte assieme, mantengono la dissociazione della personalità e quindi impediscono la risoluzione dell'amnesia dissociativa [6]. Ovviamente, non tutti i pazienti riescono a completare le fasi citate: alcuni di essi dovrebbero essere aiutati a convivere con la loro amnesia e ricevere soltanto il trattamento della fase 1.

Conclusioni

Dei deficit nel funzionamento integrato della personalità sottendono l'amnesia dissociativa che può esistere isolatamente o fare parte di una più estesa dissociazione della personalità. Nella DA certe parti dissociate della personalità possono prendere temporaneamente il controllo esecutivo del funzionamento mentale e registrare gli avvenimenti successivi, negando questa conoscenza ad altre parti della mente. Questo approccio teorico alle basi

della DA fornisce un fondamento logico alle sue caratteristiche cliniche, alle complessità diagnostiche associate (spesso trascurate), al globale approccio alla terapia e spiega la possibilità del recupero dei contenuti amnesici.

Bibliografia

- [1] Culpin M. Recent advances in the study of the psychoneuroses. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co; 1931.
- [2] Şar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology* 2011; 2: 5622 – DOI: 10.3402/ejpt.v20.5622 .
- [3] Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2005; 18: 413-424.
- [4] Lensvelt-Mulders G, Van der Hart O, Van Ochten JM, Van Son MJM, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 1138-1151.
- [5] Ross CA. Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. New York: Wiley; 1997.
- [6] Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *Fantasma nel sé: trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: R. Cortina; 2011 (Original publication: *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co; 2006).
- [7] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author; 1994.
- [8] Dell PF. Understanding dissociation. In Dell PF, O'Neil JA, ed. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge; 2009, p. 709-825.
- [9] Janet P. *The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents*. New York: G.P. Putnam's Sons; 1901.
- [11] Van der Hart O, Brom D. When the victim forgets: Trauma-induced amnesia and its assessment in Holocaust survivors. In: Shalev A, Yehuda R, McFarlane AC, ed. *International handbook of human response to trauma*. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2000, p. 233-248.
- [12] Janet P. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie* 1904; 1: 417-453.
- [13] Van der Hart O, Nijenhuis ERS. Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic, and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 589-600.
- [14] Witztum E, Margalit H, Van der Hart O. Combat-induced dissociative amnesia: review and case example of generalized dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation* 2002; 3(2): 35-55.

- [15] Berrios GE, Hodges JR, ed. Memory disorders in psychiatric practice. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000.
- [16] Brewin CR. Posttraumatic stress disorder: malady or myth? New Haven, CT: Yale University Press; 2007.
- [17] Loewenstein RJ. Dissociative amnesia and dissociative fugue. In: Michelson LK, Ray WJ, ed. Handbook of dissociation. New York: Plenum; 1996, p. 307-336.
- [18] World Health Organization. ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Author; 1992.
- [19] Lanius RA, Vermetten W, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, Spiegel D. Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry* 2010; 164: 640-647.
- [20] Nijenhuis ERS, Van der Hart O. Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation* 2011; 12: 416-445.
- [21] Huntjens RJC, Peters ML, Woertman L, Van der Hart O, Postma A. Memory transfer for emotionally valenced words between identities in dissociative identity disorder. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45: 775-789.
- [22] Kluft, RP. First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy* 1987; 144: 293-298.
- [23] Ross CA. Schizophrenia: innovations in diagnosis and treatment. New York: Haworth Press; 2004.
- [24] Van der Hart O, Nijenhuis, ERS, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38: 906-914.
- [25] Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Alcan; 1889.
- [26] Steele K, Van der Hart O, Nijenhuis ERS. The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. In: Dell PF, O'Neil JA, ed. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. New York: Routledge; 2009, p. 239-258.
- [27] Myers CS. Shell shock in France 1914-1918. Cambridge: Cambridge University Press; 1940.
- [28] Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York: W. W. Norton & Co; 2006.
- [29] Ross CA. Dissociative amnesia and dissociative fugue. In: Dell PF, O'Neil JA, ed. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. New York: Routledge; 2009, p. 429-444.
- [30] Reinders AAT, et al. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry* 2006; 60: 730-740.
- [31] Van der Hart O, Bolt H, Van der Kolk BA. Memory fragmentation in patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation* 2005; 6 (1): 55-70.

- [32] Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174: 727-735.
- [33] Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 688-694.
- [34] Steinberg, M. Structured clinical interview for the DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
- [35] Kluft RP. The dissociative disorders. In: Talbot JA, Hale RE, Yudofsky SC, ed. The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1988, p. 557-58.
- [36] Brown D, Schefflin AW, Hammond DC. Memory, trauma treatment, and the law. New York/London: Norton; 1998.

Per corrispondenza:

Prof. Onno van der Hart
Sinai Center for Mental Health
Laan van de Helende Meesters 2
1186 AM Amstelveen
Paesi Bassi
Tel. +31 (20) 5457200
Fax +31 (20) 5457201
E-mail: o.yanderhart@uu.nl

Paper intended for *Revista Sperimentale di Freniatria*

Dissociative Amnesia and Trauma: A Perspective from the Theory of Structural Dissociation

Onno van der Hart, PhD

Department of Clinical and Health Psychology,
Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

Mike Matar, MD

Medical School for International Health (MSIH),
and Anxiety & Stress Research Unit, Ben-Gurion University
PTSD Outpatients Services, Beer Sheva Mental Health Center,
Be'er Sheva, Israel

Mailing address:

Onno van der Hart, PhD

Sinai Center for Mental Health

Laan van de Helende Meesters 2

1186 AM Amstelveen, The Netherlands

Tel. +31 (20) 5457200

Fax +31 (20) 5457201

Email: o.vanderhart@uu.nl

Abstract

In DSM-IV dissociative amnesia is addressed as a discrete clinical entity, which may take the following forms: localized amnesia; continuous amnesia; systematized amnesia; generalized amnesia; and selective amnesia. In the clinical arena, however, it more commonly presents as one of the features of more complex and extensive disorders, primarily of complex dissociative disorders and frequently in acutely or chronically traumatized patients. Dissociation results from faulty integration of the complex and intricately coordinated neuro-bio-psychological systems which constitute the personality, usually developing when traumatizing events are experienced. This deficit entails a dissociation of the personality into two or more dissociative parts of the personality – dynamic and active, but rigid and relatively closed subsystems. Based on this conceptual approach, some of these dissociative parts may contain traumatic memories and, when reactivated, cause re-experiencing and re-enactments, whereas the rest remains relatively intact and is involved in daily living and is phobic of the parts involved in the traumatic memories. Thus, the dissociation is maintained by a series of phobias, that need careful attention in treatment. The standard of care is phase-oriented treatment, preceded by a thorough neurological investigation and the use of standardized diagnostic procedures and scales for dissociative disorders. The difficult challenge of exploring and integrating traumatic memories and further aspects of one's personality requires that the individual's integrative capacity be sufficient. Hence, the initial goal is not the rapid (and forceful) resolution of the amnesia, but rather establishing a sense of safety and stability in daily living and in therapy.

Keywords: Amnesia, dissociation, dissociative disorders, diagnosis, treatment

Dissociative Amnesia and Trauma: A Perspective from the Theory of Structural Dissociation

Amnesia, the inability to retrieve existing memories and/or to form new ones, may stem from clear-cut physical damage to brain tissue and the memory-contents may thus often be irretrievable. However, in cases of Dissociative Amnesia (DA), the memory-contents are retrievable, at least in principle. Clearly, a thorough neurological investigation is indicated in all cases, but the presence of organic factors does not necessarily rule out the co-existence of a functional component.

As its name implies, dissociative amnesia (DA) is a form of amnesia that has much in common with other dissociative phenomena. DA is most frequently encountered as a feature or symptom of more compound dissociative or other trauma-related disorders, although it may also manifest as a discrete disorder. In general, it is thus prudent to approach the treatment of DA gradually and in the framework of a phase-oriented treatment regimen. This ensures addressing the broader issues stemming from the compound disorder as a whole and ascertaining that the patient is indeed fit to cope with the retrieved amnesic memories, rather than aggravating the patient's condition by premature actions, unless one is dealing with one of the rare cases of isolated DA.

That DA may come in various forms and degrees of complexity has been observed over time. For instance, in 1931 Culpin [1, p. 26], Lecturer in Psychoneuroses at the London Hospital Medical College, wrote in regard to traumatized World War I combat soldiers: “[T]here was every gradation between a short period of ‘unconsciousness’ after a shell-burst and the loss of memory for a lifetime, but the mental processes were identical throughout.” These mental processes involve a dissociation of the personality, which is intimately associated with traumatizing events, and dissociation is in fact increasingly recognized to be a common feature in various trauma-related disorders [2]. Criterion B for PTSD includes dissociative re-experiencing; dissociation features predominantly in Complex PTSD [3], and the CAPS devotes numerous sections to it; it is a pivotal diagnostic feature of acute stress disorder (ASD) and a key risk factor for subsequent PTSD [4]; and virtually all cases of dissociative identity disorder (DID) stem from chronic traumatization [5].

The following discussion of dissociative amnesia, and of dissociation in general, is based on the understanding that traumatizing events, especially recurrent severe traumatization and even more so in early life, involve integrative failures in the structural and functional integrity of the complex components which form the personality, i.e., a dissociation of the personality [6].

Forms of Dissociative Amnesia

The DSM-IV [7] refers to possible degrees of complexity in the presentation of dissociative amnesia, defining it as a dissociative disorder in its own right and as a symptom of more complex dissociative disorders. The DSM-IV defines the negative dissociative symptom (or disorder) of dissociative amnesia as “one or more episodes of inability to recall important personal information, usually of a traumatic or stressful nature, that is too extensive to be explained by ordinary forgetfulness” [7, p. 481]. This definition contains a number of inaccuracies and inadequacies, including being overly abstract, vague, nonspecific, incomplete [8]. For instance, it gives clinicians no concrete signs or symptoms with which to determine the presence of amnesia; it omits any mention of the essential feature of dissociative amnesia, i.e., its reversibility. The inclusion of the expression “too extensive” is problematic: there can be many instances of dissociative amnesia with regard to brief periods of time—for instance, during the most threatening

moments of traumatic experiences. And in patients with DID, most episodes of amnesia do not directly involve traumatic experiences, but rather apparently mundane actions such as buying something or writing something [8].

Adopting Pierre Janet's categorization of dissociative amnesia [9], the DSM-IV [7] distinguishes the following types (see also [6,8,10,11]): localized amnesia; generalized amnesia; continuous amnesia; systematized amnesia; and, not mentioned by Janet, selective amnesia. Localized amnesia pertains to the inability to recall all events that occurred during a circumscribed period of time. A basic example would be amnesia for a specific traumatizing event such as a violent rape; Janet [12] reports a young woman's amnesia for the death of her mother that she witnessed. Generalized amnesia consists in the failure to recall encompasses the person's entire life. This type of dissociative amnesia may occur in various degrees of severity. In some cases, it seems that the patient has to learn over again all that she or he had learned before and doesn't seem to recognize his or her partner and family members [13,14]. Continuous amnesia, the inability to recall events subsequent to a specific time to and including the present, is rarely diagnosed. Neurological factors might be involved [15]. Systematized amnesia pertains to the loss of memory for certain categories of information. For instance, the patient is amnesic for everything that related to her or his family. Janet [9] mentioned a woman who, after confinement, forgot not only the birth of her child, but also the facts connected with it. Selective amnesia, finally, pertains to the inability to recall some, but not all, of the events during a circumscribed period of time. On a micro-scale this might, for instance, pertain to remembering a rape, but not the most threatening part of it, i.e., the pathogenic kernel [6] or "hot spot" [16]. The existence of this pathogenic kernel also may have caused amnesia to develop for the entire event; the resolution of this kernel then is essential in the recovery of the memory [17].

Understanding Dissociation

The DSM-IV defines dissociation as "a disruption in the usually integrated functions of consciousness, memory, identity, or perception of the environment" [7, p. 477]. It is the essential feature of dissociative clinical phenomena – symptoms and disorders. However, the DSM-IV definition of dissociation is problematic, in that it does not acknowledge that these disruptions may also pertain to motor and sensory modalities, as is stated in the ICD-10 with regard to the dissociative disorders of movement and sensation [18].

In the general literature on dissociation, there seems to be a lack of clarity and consensus regarding the phenomena to which it pertains. Apart from the trend to overlook somatoform dissociative phenomena, in the phenomenological descriptions of apparently dissociative symptoms, for instance, it remains unclear why certain phenomena are regarded as dissociative in nature. Examples are alterations of consciousness such as narrowing of consciousness, absorption, and imaginative involvement. Often the mechanism underlying symptoms that should be called dissociative is glossed over. Furthermore, some authors label avoidance symptoms in PTSD as dissociative and overlook the fact that its' positive (intrusive) symptoms likewise involve dissociation [e.g., 19].

In response to the inaccuracies they perceived in the definitions of dissociation in DSM-IV and other sources, Nijenhuis and Van der Hart [20] proposed a more inclusive and simultaneously more precise description of the dissociative nature of these disorders, based on the concept of dissociation of the personality, which is reproduced here with some changes. Trauma-related dissociation, then, entails a division or partition of an individual's personality, that is, of the dynamic, bio-psychological system as a whole that determines his or her characteristic mental and behavioural/social actions. This division of personality constitutes a core feature of trauma. It evolves when the individual lacks the capacity to integrate adverse experiences in part or in full, although it may also play a (limited)

adaptive role in the short term. The division involves two or more dynamic but insufficiently integrated and excessively stable subsystems. These subsystems exert functions, and can encompass any number of different mental and behavioural actions. These subsystems and states can be latent, or be activated in sequence or in parallel. Each dissociative subsystem, that is, dissociative part of the personality¹, minimally includes its own, at least rudimentary first-person perspective. Manifesting as each dissociative part, the individual can interact with other dissociative parts and other individuals, at least in principle. Dissociative parts maintain particular psychobiological boundaries that keep them divided, but they can in principle dissolve. The psychobiological boundaries of the dissociated parts are seen as being semi-permeable, rather than completely closed, and thus enable selective interaction with other dissociative parts. Under certain conditions a certain part may temporarily assume overall executive control of mental functioning.

Experimental research has indicated that some memory transfer may occur among dissociative parts without them realizing it ([e.g., 21]. Phenomenologically, this dissociation of the personality manifest in dissociative symptoms. Many familiar trauma-related symptoms can be seen as stemming from this, including seemingly negative symptoms (such as amnesia, “freezing”, derealisation, depersonalization, and the loss of certain skills such as reading) and positive symptoms (such as intrusions in the form of flashbacks or of “voices”). Moreover, this approach provides a rationale for various feature of severe, complex trauma-related disorders, such as psychoform symptoms (such as amnesia, hearing voices, thoughts being “put in one’s mind,” and many other Schneiderian first rank symptoms of passive influence that were previously considered to be symptoms of schizophrenia [22,23], somatoform symptoms (such as anaesthesia or tics, the reexperiencing of bodily sensations) and performing actions related to the trauma [11,20,24].

Dissociation of the Personality as an Integrative Failure

Much of the literature addresses dissociation as a defense mechanism. However, as Janet [25] already argued and the definition presented above indicates, dissociation, and thus the dissociative disorders, primarily involve a trauma-induced integrative deficit, which the dissociative individual subsequently may use as a defense [6,26]. This dissociation of the personality persists, and is actually actively maintained, by the actions of that part of the personality which takes the responsibility for daily-life functioning, in order to keep at a distance the dissociative parts involved in storing and re-enacting the traumatic memories. In other words, dissociation of the personality is maintained by a series of phobias of inner experiences, that need to be carefully addressed and eventually overcome in the course of therapy [6].

In terms of the theory of structural dissociation of the personality [6], two main categories of dissociative parts can be distinguished. One type tends to function primarily in daily life while avoiding reminders of the trauma, while the other is primarily fixed in various defenses (fight, flight, freeze, “feigned death” or collapse), as they were at the time of the trauma (frozen in time). A single traumatizing event may cause a division of personality into two dissociative parts - one being the so-called apparently normal part of the personality (ANP) [6,27], and the other the emotional part of the personality (EP) [6,27], each with its own first-person perspective. The ANP generally

¹ There are other labels for dissociative parts of the personality that are also used in the field, such as ego states, dissociated or dissociative self-states, personality states, modes, identities, modes, alters: each with their specific disadvantages and advantages.

predominates in daily life while trying to avoid traumatic memories, while EP remains stuck in trauma-time: reliving traumatic experiences and engaged in animal defenses when triggered. The ANP may have amnesia for the traumatic memories that the EP has stored and remains engaged in, or it may have knowledge of the traumatizing event, albeit without a sense of personal ownership (“It happened, but not to me”) [6].

Levels of Dissociation of the Personality

The division of the personality into a single ANP and a single EP is called primary dissociation of the personality, which characterizes simple posttraumatic dissociative disorders, including simple PTSD and simple dissociative amnesia as a discrete disorder. The ongoing dissociation between ANP and EP may serve an adaptive purpose to some degree when the necessary social support or capacity to integrate traumatic experiences and memories are lacking. The concept of dissociation of the personality provides a rationale for the presence of both negative dissociative symptoms, such as depersonalization and a degree of dissociative amnesia and anesthesia, as well as positive dissociative symptoms, such as recurrent intrusions of traumatic memories, repetitive movements (such as tics) and Schneiderian symptoms.

When an individual faces chronic or prolonged traumatizing events, especially during childhood where the integrative capacity is naturally lower due to developmental limitations, the dissociation can become more complex and chronic. This secondary dissociation of the personality also involves a single ANP, but more than one EP. The creation of multiple EPs may be based on the failed integration among relatively discrete defenses, such as fight, flight, freeze and collapse, as well as intolerable affective experiences such as shame or loneliness. Each EP might have different physical manifestations. For instance, one EP may be tense and hypervigilant, while another may be immobile or even be collapsed [28]. Secondary dissociation of the personality might characterize Complex PTSD (cf. [3]), trauma-related Borderline Personality Disorder and DDNOS-subtype 1, i.e., the subtype most similar to DID.

Finally, tertiary dissociation of the personality involves not only more than one EP, but also more than one ANP. This disjunction and division of the ANP may occur when daily-life experiences become triggers for traumatic memories and/or become overwhelming for ANP, and result in further dissociative divisions. The patient’s personality becomes increasingly divided in an attempt to maintain functioning while avoiding traumatic memories. This seems to be characteristic of patients with DID. In low-functioning DID patients, many ANPs and EPs may seem virtually indistinguishable from each other, and all of them appear to have traumatic memories [6]. See Figure 1 for an overview of the levels of dissociation of the personality.

Dissociative Amnesia and the Levels of Dissociation of the Personality

The various types of dissociative amnesia can, in principle, be related to the effects of these three (underlying) levels of dissociation of the personality (see Figure 1). Thus, the patient as one dissociative part of the personality, say the ANP, does not remember, or rather does not know, what is remembered by another dissociative part, say an EP. A specific example is the phenomenon of a dissociative fugue, which the DSM-IV considers to be a specific diagnostic category. In this condition, the individual as a dissociative part different from the ANP, suddenly engages in unexpected travel away from home or a place of work, with an inability to recall the individual’s past [7]. Sooner or later the ANP re-emerges and resumes executive control, and is usually bewildered by the unknown circumstances he or she is in. Some patients may present with dissociative amnesia in its pure form, without other dissociative phenomena [29]. However, the more common presentation of dissociative amnesia is as a part of a more complex dissociation of the personality, alongside other dissociative symptoms. The amnesias are usually more

widespread in terms of their contents and more reactive to triggering events. In other words, they do not pertain to traumatic experiences only. For instance, DID patients may report time gaps in daily life, ranging from very short periods of a few minutes — which may also involve parts of therapeutic sessions - , to hours and up to several days in a row. All these amnesic periods refer to periods of time at which other parts assumed executive control. In some DID patients, an ANP may exist that has generalized amnesia for the patient's life before a certain event; this may imply that this dissociative part came into existence during or right after that event. An example is the adult woman with a history of severe sexual abuse and related traumatic childbirth. In her marriage, she got voluntarily pregnant and during the delivery—a powerful trigger of these particular traumatic experiences, developed a new dissociative part, i.e., the Mother ANP. This ANP was mentally so far away from the EPs keeping the traumatic memories, that she was able to fulfill the caretaking tasks with regard to her baby.

Dissociative Amnesia versus Hypermnesia

Negative and positive dissociative symptoms are two sides of one coin, so to speak. Thus, as Janet [12] already pointed out, whereas some parts, especially ANP(s), may have amnesia for traumatic experiences, other parts (EPs) are characterized by hypermnesia for the same experiences, i.e., they have characteristically vivid traumatic memories. When these traumatic memories, and the EPs involved, are reactivated, they are experienced by the ANP as distressing intrusions. However, during “dissociative flashback episodes” [7, p. 428] or reenactments (partial or complete), the ANP and certain EPs have switched roles, with these EPs assuming executive control. During the reenactment, ANP may be in a dispositional (latent) state and not witness the reenactment and subsequently have no knowledge of what happened, thus manifesting dissociative amnesia for the traumatic reenactment. Van der Hart and colleagues [30] found that DID patients may also experience hypermnesia with regard to non-traumatizing events. Experimental research with DID patients has shown that when ANP has knowledge of certain traumatic experiences, this knowledge has a noetic quality, i.e., lacking a sense of personal ownership of these memories (contrary to the EP) and each responds accordingly. Studies demonstrate that different dissociative parts involve not only different subjective reactions, but also distinct cardiovascular responses and cerebral activation (fMRI) patterns in response to a trauma- memory related script [31].

Diagnosis

The diagnosis of DA requires a systematic and thorough approach. Disorders causing CNS dysfunction, especially neurological disorders and traumatic brain injuries (such as neurovascular or space occupying processes, and minimal TBI, including blast wave injuries) must be investigated. Note, however, that organic and functional factors should not be seen as mutually exclusive.

The standard use of screening instruments for dissociative disorders, such as the DES [32] and the SDQ-20 [33], and of diagnostic assessment instruments, such as the SCID-D [34] or the DDIS [5], is recommended. In general, awareness of the possible presence of a dissociative disorder is insufficient to date. It is important to be aware that DA is commonly encountered within the context of broader dissociative disorders and/or other trauma-related disorders, and is often co-morbid with depression, anxiety disorders, eating disorders and personality disorders. Patients often present with predominant symptoms belonging to these disorders and the dissociative amnesia is often missed. These patients may receive different psychiatric diagnoses with a related treatment approach that is bound to fail if the underlying dissociation of the personality remains unrecognized. Furthermore, the nature of amnesia complicates the diagnostic inquiry since patients are unaware of their periods of amnesia [1,9,35], i.e., the periods during which other

dissociative parts of the personality took over executive control without ANP being aware of it. When they are specifically asked, and more so once they commence treatment appropriate for their dissociation, patients may become more aware of gaps and time losses in their present life and of amnesia for earlier life events.

Treatment

The goal of treatment should indeed be the relief of the dissociative amnesia, followed by realization of the traumatic experience as an event of the past, receiving its proper place in own's "autobiography". However, the process of bringing the amnesic contents into awareness should be approached with care, ensuring first that the patient is currently capable of enduring this, especially where DA presents in the context of a more compound disorder (or where this possibility has not been fully investigated). Using a trauma-dissociation model, Myers [27] conceptualized the process as follows with regard to primary dissociation of the personality:

[to] deprive the [EP] of its pathological, distracted, uncontrolled character, and [to] effect its union with the [ANP] hitherto ignorant of the emotional experiences in question. When this re-integration has taken place, it becomes immediately obvious that the [ANP] differed widely in physical appearance and behavior, as well as mentally, from the completely normal personality thus at last obtained. (p. 69)

The main task of the treatment is the exploration of the EP and resolution of its traumatic memory, whilst easing the ANP's phobias of both. Clinicians should recognize that such phobias may involve not only intense fear of confronting the traumatic memories (for instance, of disintegrating and going crazy) and the event-related emotional contents such as terror, disgust, shame, rage or helplessness, but also the fear of realizing that the horrible event really took place. In all this, the patient is in great need of the therapist's understanding and acceptance. The judicious, gentle and permissive use of hypnosis may be an important adjunct in treatment. However, this requires special clinical training, and an awareness of the potential suggestive effects of hypnotic interventions with regard to content of the traumatic memory is essential [36].

Once again, it is important to note that when dissociative amnesia is part of a more encompassing disorder based on a history of chronic interpersonal traumatization, i.e., probably entails a more severe level of structural dissociation, premature exploration should be diligently avoided and the application of a phase-oriented treatment approach is indicated [6,17,36]. The first phase is oriented toward establishing a sense of safety and stability, symptom reduction, and skills training. The aim is to gradually raise the patient's integrative capacity, which is imperative for the task of facing the momentous challenges of the next phase. An essential part of the first treatment phase is helping the patient to develop empathic and cooperative relationships with dissociative parts [6]. When the integrative capacity of the patient has been raised such that he or she is able to maintain a more stable awareness of ANP(s) and key EP(s) in the present and to experience a degree of internal empathy and cooperation, as well as regulate emotions and related mental actions, the second treatment is initiated. This phase is dedicated to the exploration and integration of traumatic memories. Often this exploration does not involve encouraging the ANP's search for a specific traumatic memory, but rather the invitation to the EPs involved to share this experience with ANP in a structured manner, preventing overload. The third treatment phase involves further personality integration and reconnection to ordinary life, away from trauma. In complex cases, the phase-oriented treatment naturally tends to take the form of a spiral, with a periodical return to a previous treatment phase. Each of these phases can also be described in terms of overcoming specific trauma-related phobias, that, together, maintain the dissociation of the personality and thus

prevent the resolution of the dissociative amnesia [6]. Naturally, not all patients are capable of completing all of these phases: some of them should be supported in living with their amnesia and receive only phase 1 treatment.

Conclusion

Faults in the integrated functioning of the personality underlie dissociative amnesia, can exist in its own right or be part of a more encompassing dissociation of the personality. In DA certain dissociative parts of the personality may temporarily take over executive control of mental functioning and retain the record of subsequent events, withholding this knowledge from other parts. This conceptual approach to the underpinnings of DA provides a rationale for its clinical characteristics, the frequently overlooked associated diagnostic complexities and the overall approach to treatment, and explains the possibility of retrieval of the amnestic contents.

References

- [1] Culpin M. Recent advances in the study of the psychoneuroses. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co, 1931
- [2] Şar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology* 2011; 2: 5622 – DOI: 10.3402/ejpt.v20.5622
- [3] Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 413-424
- [4] Lensvelt-Mulders G, Van der Hart O, Van Ochten JM, Van Son MJ M, Steele K, Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008;28: 1138-1151
- [5] Ross CA. Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. New York: Wiley, 1997
- [6] Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *Fantasma nel sé: trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: R. Cortina, 2011. (Original publication: *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co, 2006]
- [7] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author, 1994
- [8] Dell PF. Understanding dissociation. In Dell PF, O'Neil JA (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, 709-825
- [9] Janet P. *The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents*. New York: G.P. Putnam's Sons, 1901
- [11] Van der Hart O, Brom D. When the victim forgets: Trauma-induced amnesia and its assessment in Holocaust survivors. In Shalev A, Yehuda R, McFarlane AC (eds). *International handbook of human response to trauma*. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2000, pp. 233-248
- [12] Janet P. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie* 1904; 1: 417-453
- [13] Van der Hart O, Nijenhuis ERS. Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic, and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 589-600
- [14] Witztum E, Margalit H, Van der Hart O. Combat-induced dissociative amnesia: review and case example of generalized dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation* 2002; 3(2): 35-55

- [15] Berrios GE, Hodges JR (eds). *Memory disorders in psychiatric practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000
- [16] Brewin CR. *Posttraumatic stress disorder: malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press
- [17] Loewenstein RJ. Dissociative amnesia and dissociative fugue. In Michelson LK, Ray WJ (eds), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum, 1996, 307-336
- [18] World Health Organization. *ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Author, 1992
- [19] Lanius RA, Vermetten W, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, Spiegel D: Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry* 2010; 164: 640-647
- [20] Nijenhuis ERS, Van der Hart O. Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation* 2011; 12: 416-445
- [21] Huntjens RJC, Peters ML, Woertman L, Van der Hart O, Postma A. Memory transfer for emotionally valenced words between identities in dissociative identity disorder. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45: 775-789
- [22] Kluft, R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 144, 293-298
- [23] Ross CA. *Schizophrenia: innovations in diagnosis and treatment*. New York: Haworth Press, 2004
- [24] Van der Hart O, Nijenhuis, ERS, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 38: 906-914
- [25] Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan, 1889
- [26] Steele K, Van der Hart, Nijenhuis ERS. The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. In Dell PF, O'Neil JA (eds). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, 239-258
- [27] Myers CS. *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press, 1940
- [28] Ogden P, Minton K, Pain C. *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Co, 2006
- [29] Ross CA. Dissociative amnesia and dissociative fugue. In Dell PF, O'Neil JA (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, 429-444
- [30] Reinders AAT et al. Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry* 2006; 60: 730-740
- [31] Van der Hart O, Bolt H, Van der Kolk BA. Memory fragmentation in patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation* 2005; 6(1): 55-70.
- [32] Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174: 727-735
- [33] Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 688-694
- [34] Steinberg, M. *Structured clinical interview for the DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

[35] Kluft RP. The dissociative disorders. In Talbot JA, Hale RE, Yudofsky SC (eds). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1988, 557-58

[36] Brown D, Schefflin AW, Hammond DC. *Memory, trauma treatment, and the law*. New York/London: Norton, 1998