



SESSIONE VI

IL NEUROLOGO E I QUADRI PSICHIATRICI ACUTI

STATO DISSOCIATIVO

ANDREA STRACCIARI



- Dichiaro di non avere conflitti di interesse/rapporti con aziende farmaceutiche o di presidi\strumenti medicali

Stato dissociativo vs disturbo dissociativo

- Lo **stato dissociativo** (o **esperienza dissociativa**) è un termine descrittivo
- Il termine *dissociativo* nasce nella seconda metà del 1800: ‘Disaggregazione’ dei fenomeni psicologici (Janet) in seguito ad evento traumatico (fisico o psichico). Si diffonde con il termine ‘Dissociazione’ (Freud, James), poi rimane ai margini della nosografia psichiatrica fino alla seconda metà del XX° secolo
- l’inserimento nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) della categoria nosografica dei “**Disturbi Dissociativi**” rioffre dignità a tutta una serie di osservazioni e studi privi, sino ad allora, di un quadro di riferimento teorico

Disturbo dissociativo – DSM 5

- Disconnessione-disgregazione e/o discontinuità nella normale soggettiva integrazione di uno o più aspetti del funzionamento cognitivo ed emotivo:
 - memoria
 - identità personale
 - coscienza
 - percezione
 - emotività
 - controllo motorio
 - rappresentazione corporea

Disturbi dissociativi (DD)

- **Disturbo dissociativo dell'identità** (*'multiple personality disorder'*):
 - Severa alterazione dell'identità, caratterizzata dall'esistenza di due o più personalità distinte
 - ricorrenti 'vuoti' nella memoria quotidiana
 - Disagio clinico e sociale
 - Il disturbo non fa parte di una pratica culturale o religiosa
 - Sintomi non attribuibili a sostanze e/o alterazioni mediche
- **Amnesia dissociativa**
 - Incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, inconsistente con le comuni dimenticanze; gli eventi dimenticati sono in genere traumatici o comunque altamente stressanti
 - Disagio clinico e sociale
 - Esclusione di effetti tossici o condizioni neurologiche (TGA, epilessia, trauma cranico, etc.)
 - Non meglio spiegata da DDI, PTSD, stress acuto, disturbo da sintomi somatici, DNC maggiore o lieve
- **Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione**
 - depersonalizzazione (esperienze di irrealtà, distacco, o sensazione di essere un osservatore esterno rispetto al proprio corpo o ai propri pensieri, sentimenti, sensazioni, azioni)
 - derealizzazione (esperienze di irrealtà o di distacco rispetto a un ambiente)
 - L'esame di realtà rimane integro
 - Disagio clinico e sociale
 - Disturbo non attribuibile a sostanze o altre condizioni mediche
 - Non meglio spiegato da altro DD, schizofrenia, disturbo di panico, depressione maggiore, stress acuto, PTSD

Fonte DSM 5

altri

- **Disturbo dissociativo con altra specificazione**

- Non soddisfa tutti i criteri per DD

- Sindromi croniche e ricorrenti di DD misti
- Disturbo dell'identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa (prigionia, costrizioni)
- Reazioni dissociative acute (ore, giorni, mesi) a eventi stressanti. Possono coesistere dispercezioni e deficit motori
- Trance dissociativa (quando non culturale o religiosa)

- **Disturbo dissociativo senza specificazione**

- Non soddisfa tutti i criteri per DD

- Non vengono spiegati i motivi, spesso per carenza di informazioni (tipicamente in Pronto Soccorso)

Fonte DSM 5

Dissociative Experiences Scale - II (DES-II)

Saggino et al. BMC Psychiatry (2020) 20:8

Stato dissociativo (esperienza dissociativa)

- sonno
 - Pseudocrisi
 - Disordini funzionali del movimento
 - Sindrome di Ganser
 - Disturbi da conversione somatica
 - PTSD
 - Disturbo da stress acuto
 - Schizofrenia
 - Disturbo borderline di personalità
 - ...
- TGA
- Crisi epilettica (assenza, parziale complessa)
- Intossicazione (es. BDZ, ketamina*, sostanze d'abuso)
- Encefalite (infettiva, immunomediata, paraneoplastica)
- Encefalopatia metabolica, tossica e/o carenziale
- (Demenza)

Delirium



* La ketamina deprime il sistema talamo-corticale e stimola il sistema limbico, compreso l'ippocampo.

Delirium

- A. Alterazione dell'**attenzione** (ridotta capacità di dirigere, focalizzare, mantenere e spostare l'attenzione) e della **consapevolezza** (ridotta capacità di orientamento nell'ambiente).
- B. L'alterazione si sviluppa in un tempo breve (ore/giorni), rappresenta un cambiamento rispetto al livello di base, tende a presentare fluttuazioni di gravità nel corso della giornata.
- C. Ulteriore modificazione cognitiva (es., di memoria, linguaggio, etc.).
- D. Le alterazioni dei criteri A e C non sono spiegate da un disturbo neuro-cognitivo preesistente, stabile o in evoluzione, e non si verificano nel contesto di un livello di attivazione gravemente ridotto, come il coma.
- E. Evidenza (storia, esame fisico, esami di laboratorio) che
 - il disturbo è causato da condizione medica generale
 - da intossicazione o sospensione di sostanze
 - il delirium ha più di una causa

Amnesia dissociativa

- disturbo dissociativo di solito causato da traumi o stress, che comporta l'incapacità di ricordare consapevolmente importanti informazioni apprese, in genere di natura autobiografica.
- L'amnesia può essere *localizzata, selettiva, generalizzata*.
- occasionalmente è accompagnata da una 'fuga', verso una meta nota o sconosciuta
- Spesso è difficile distinguerla da un disturbo funzionale noto come *amnesia focale retrograda*, la cui patogenesi (organica vs psicogena) è a tutt'oggi controversa.
- In alcuni casi non si può escludere una franca simulazione.

FOCAL RETROGRADE AMNESIA IN NEUROLOGICAL DISEASE: A CRITICAL REVIEW

Narinder Kapur

Cortex, (1993) 29, 217-234

POST-TRAUMATIC RETROGRADE AMNESIA WITH SELECTIVE IMPAIRMENT OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY*

Andrea Stracciari¹, Enrico Ghidoni², Maria Guarino¹, Monica Poletti², Paolo Pazzaglia¹

(¹Servizio di Neurologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna; ²Divisione Neurologica, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia)

Cortex, (1994) 30, 459-468

MEMORY, 2005, 13 (7), 690-699

 Psychology Press
Taylor & Francis Group

Functional focal retrograde amnesia: Lost access to abstract autobiographical knowledge?

Andrea Stracciari

S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy

Katia Mattarozzi

University of Bologna, Italy

Cristina Fonti and Maria Guarino

S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy

Behavioural Neurology 20 (2008) 113-125
DOI 10.3233/BEN-2008-0222
IOS Press

When the past is lost: Focal retrograde amnesia. Focus on the “functional” form

Andrea Stracciari*, Cristina Fonti and Maria Guarino
Neurology Unit, S.Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italy

Dati clinici

A. Stracciari et al. / When the past is lost: Focal retrograde amnesia

11

Table 1
Clinical and neuroradiological characteristics of the sample

Pt	Age	Sex	Neuropsychiatric antecedents	Associated/trigger events	Neuroimaging	Psychiatric interview
1	20	M	-	mild head trauma	CT/MRI: normal SPET: left frontal hypoperfusion	normal
2	30	M	epilepsy ?, migraine	fugue, stress	CT/MRI/SPET: normal	normal
3	24	F	epilepsy	pregnancy, seizure	CT/MRI: left frontal ischemic lacuna SPET: left frontal hypoperfusion	situational depression
4	49	M	behavior disorders, migraine	posttraumatic headache loss of consciousness	CT/SPET: normal	emotive indifference
5	19	F	psychogenic dyspnoea	road accident ?	CT/MRI/SPET: normal	anxiety
6	42	M	motor impairment (multiple sclerosis ?)	BDZ overdose, cerebral hypoxia	CT: normal MRI: diffuse lucencies	depression
7	16	F	-	head injury	CT/MRI: congenital ventricular asymmetry	posttraumatic stress disorder
8	25	F	psychogenic dyspnoea,	mild head trauma	CT/MRI: normal SPET: right frontal hypoperfusion	anxiety, depression
9	39	F	epilepsy	loss of consciousness (seizure?)	CT/MRI/SPET: normal	normal
10	19	F	eating and affective disorders, migraine	migraine attack, loss of consciousness	CT/angioMRI/SPET: normal	somatic anxiety
11	34	F	child abuse, migraine	headache, loss of consciousness	CT/PET: normal	personality disorder
12	43	F	somnambulism, migraine, agoraphobia	migraine attack	CT/SPET: normal	anxiety
13	38	M	depression	sad event	CT: normal	anxiety

SINTESI DATI NEUROPSICOLOGICI

- Cognizione generale conservata
- Amnesia anterograda presente, in modo fugace, in 4\13
- ABM sempre colpita, spesso in modo estensivo (tutta la vita)
- Memoria semantica e per eventi\fatti non personali deficitaria\ridotta in 7\13
- Perdita identità personale in 4\13
- Recupero\miglioramento in 12, con 2 modalità:
 - rapida (24 – 72 ore), spontanea
 - graduale (6 mesi), favorita da “relearning”

2 processi di **recupero** dell'informazione

- **Diretto** (= associativo, ippocampale): uno stimolo indirizza verso una specifica rappresentazione episodica contenuta nella MLT, e questa “emerge”;
- **Mediato** (= strategico, frontale): tale rappresentazione può accedere alla coscienza e trasformarsi in **ricordo** solo se legata ad una conoscenza ABM astratta che la contestualizza

TABLE 2

Examples of Crovitz's test performance (Case 2)

Concrete noun

WAVE:

T0: “Big waves with cloudy weather.”

T1: “I remember big waves when I went to the sea. Once, in particular, there was a very bad weather, there was a strong wind, everything was green and the sea was rough, it was marvellous. I and one of my friends plunged into the sea with an airbed and we met some boys. On the days after we plunged into the sea together. Two years ago in Rimini. After the summer we didn't see them anymore.”



Stracciari et al. *Functional focal retrograde amnesia. Lost access to abstract autobiographical knowledge?* *Memory* 2005;13:690-9

Caratteristiche FRA “funzionale”

Sempre presenti

- Precedenti disturbi neuropsichiatrici (minori)
- Eventi scatenanti (eterogenei, fisici e psichici)
- Prevalente compromissione di ABM (fatti ed eventi)
- Assenza di segni o sintomi neurologici focali
- Assenza di lesioni CT\MRI
- Evoluzione favorevole
- Assenza di ricorrenza

Possono essere associati

- Deficit di memoria semantica ed episodica non personale
- Esordio con “fuga”
- Perdita dell’ identità personale

Amnesie transitorie

Primarie (idiopatiche)

- Amnesia globale transitoria (AGT)
- Amnesia parziale transitoria (APT)
 - verbale
 - non verbale
 - topografica
 - procedurale
 - semantica
 - autobiografica
 - FRA funzionale

Secondarie

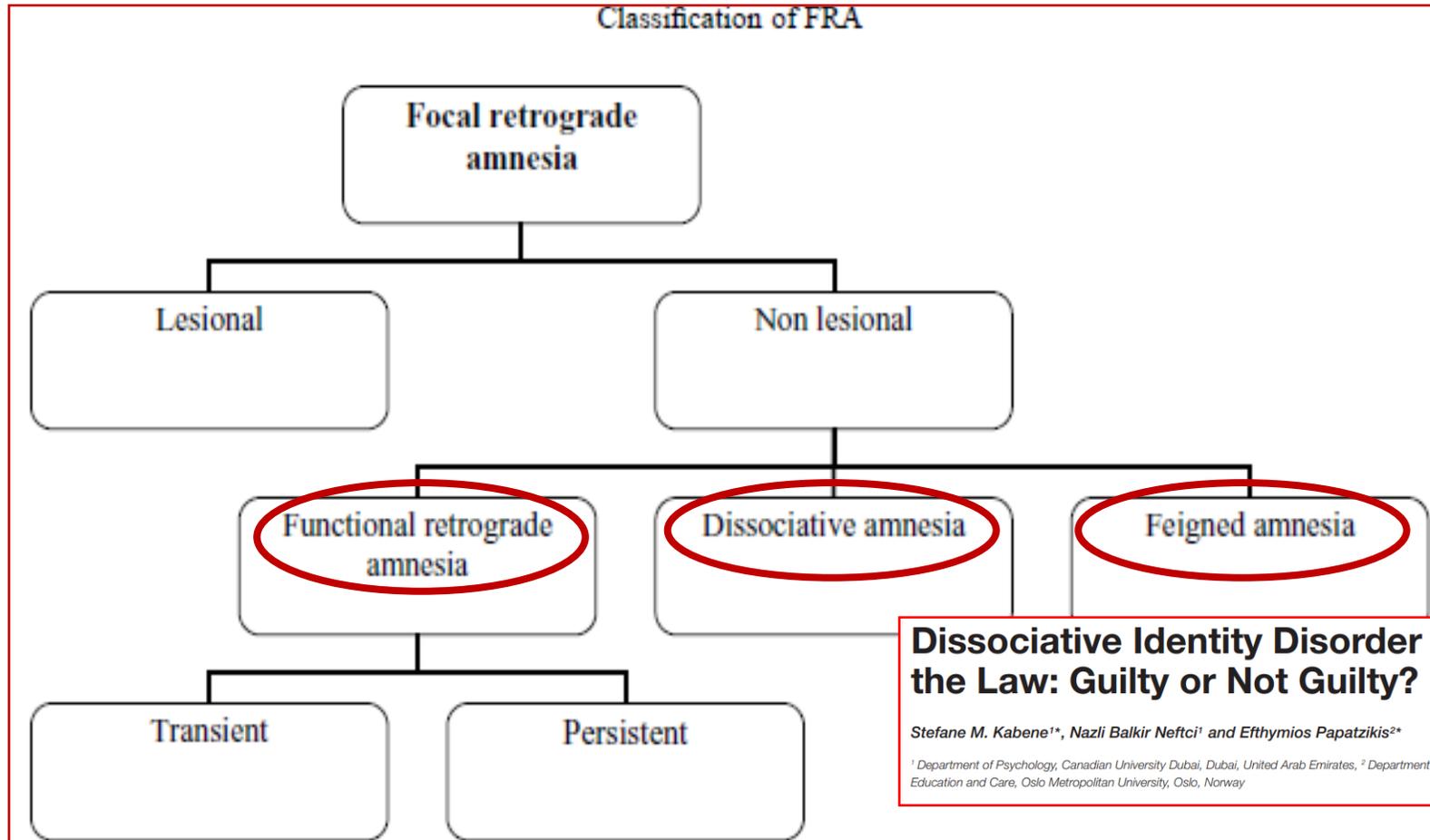
Lesionali

- Stroke (ischemico\emorragico)
- Dissezione vertebrale
- Encefaliti, tromboflebiti
- Neoplasie (“transient tumor attacks”)

Non lesionali

- Traumatiche (TC minore)
- Epilettiche
- Eemicraniche
- Tossiche
- Iatrogene
- Psicogene

Focal retrograde amnesia



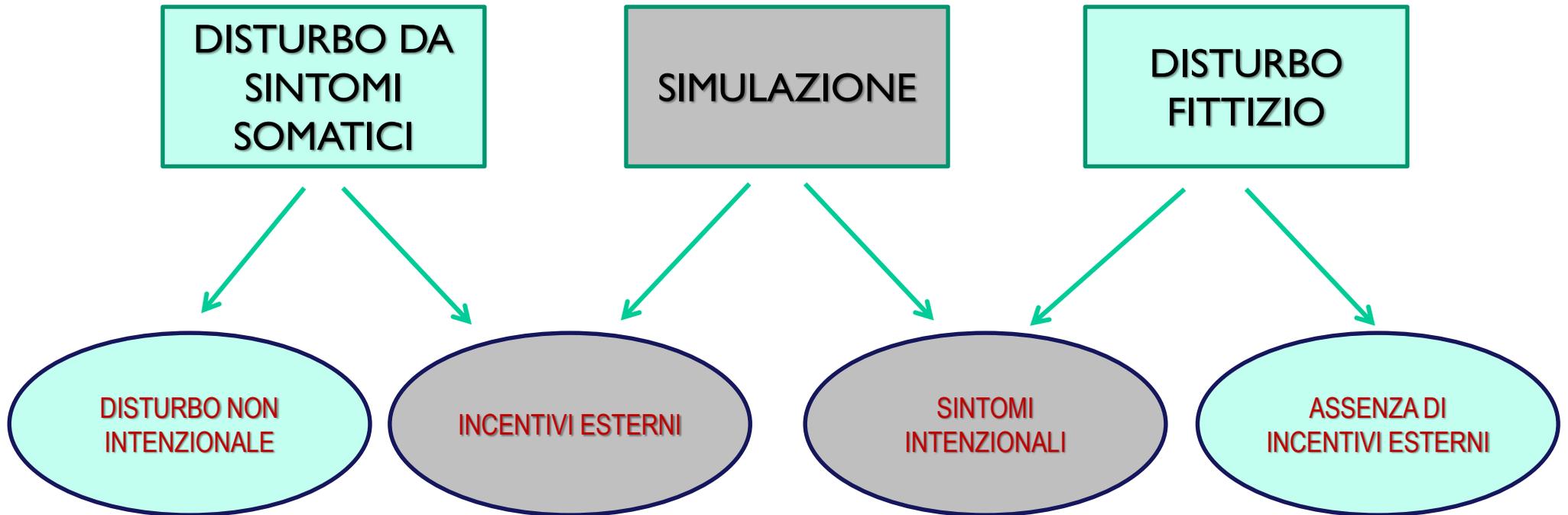
Stracciari et al. *Post-traumatic retrograde amnesia with selective impairment of autobiographical memory*. *Cortex* 1994; 30:459-68

Stracciari et al. *Functional focal retrograde amnesia. Lost access to abstract autobiographical knowledge?* *Memory* 2005; 13:690-9

Stracciari et al. *When the past is lost: focal retrograde amnesia. Focus on the functional form*. *Behav. Neurology* 2008; 20:113-25

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI SIMULAZIONE

Adattato da: Basil, B., Mathews, M., Williams, et al. (2006) . *Primary Psychiatry*, vol. 13, 1.



Il *DSM 5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, dedica una piccola sezione alla Simulazione di Malattia considerata come una condizione non medica.

Perciò la ‘simulazione’ non è un disturbo mentale.

N.B. Da evitare pertanto la dizione ‘diagnosi di simulazione’.



Lo smemorato di Collegno

Bruneri o Canella?



Due famiglie si contendevano il misterioso individuo, credendo ciascuna di riconoscervi un congiunto scomparso.

Chi era veramente? Il professor Giulio Canella, valoroso ufficiale disperso nella Grande Guerra, o l'ex tipografo Mario Bruneri, condannato piú volte per truffa e latitante da anni? Diversi giudici e tribunali furono impegnati per anni nel tentativo di chiudere gli aspetti giuridici che scaturirono dal caso.

Il caso diede non poco impegno a cultori delle scienze psichiatriche, psicologiche, neurologiche e medico-legali che fornirono diagnosi spesso contrastanti (es. il professor Giovanni Mingazzini diagnosticò inizialmente un'*afasia in poliglotta* e successivamente uno *stato crepuscolare protratto su base isterica* → **amnesia psicogena**)

Solo il perito nominato dal tribunale di Torino, professor **Alfredo Coppola**, avvalendosi di strumenti ancora «grezzi» di valutazione neuropsicologica, arrivò a formulare una diagnosi di **amnesia simulata cosciente** sulla base dei seguenti rilievi:

- **Presenza di “Floor effect”**
- **Non congruenza dei profili (perdita “U-shaped” nella curva dell’apprendimento)**
- **Perdita della memoria procedurale**

Amnesia dissociativa: neuroimaging funzionale

Psychiatry Research: Neuroimaging 174 (2009) 32–39



Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research: Neuroimaging

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychresns



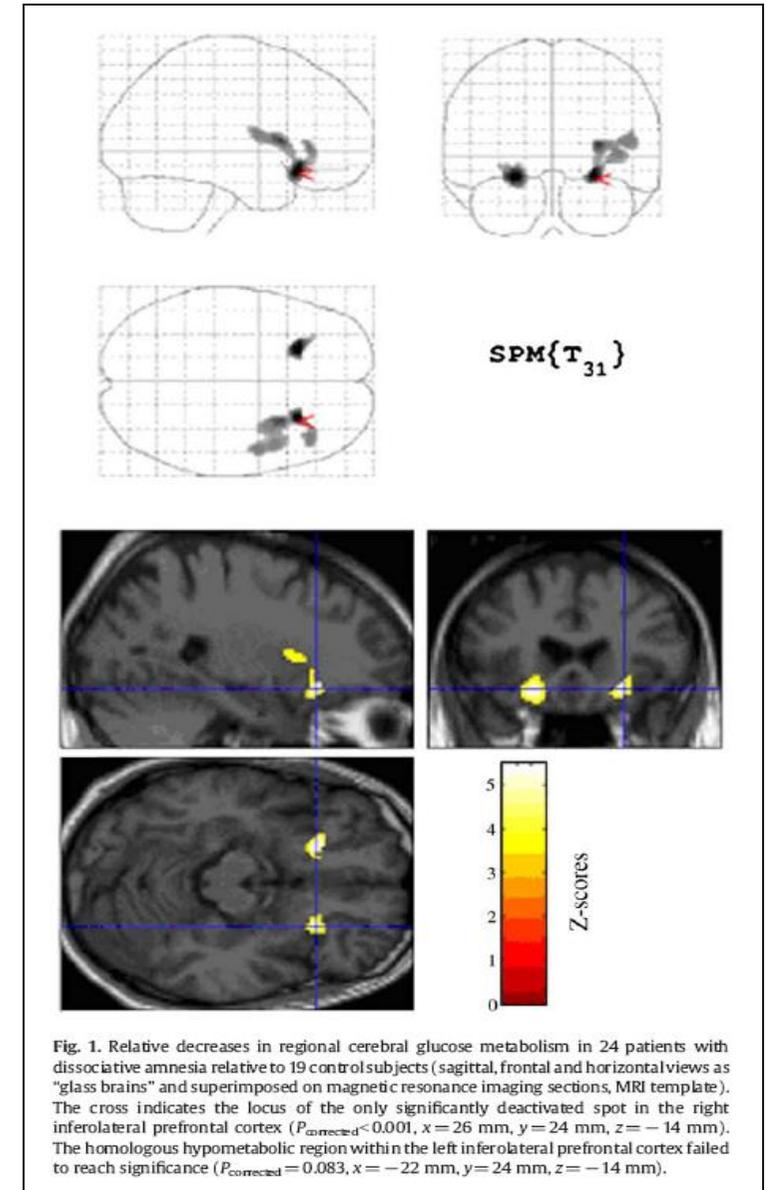
Functional brain imaging in 14 patients with dissociative amnesia reveals right inferolateral prefrontal hypometabolism

Matthias Brand^{a,*}, Carsten Eggers^b, Nadine Reinhold^a, Esther Fujiwara^c, Josef Kessler^b, Wolf-Dieter Heiss^b, Hans J. Markowitsch^a

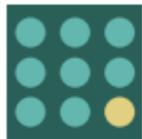
^aDepartment of Physiological Psychology, University of Bielefeld, P.O. Box 100131, 33501 Bielefeld, Germany

^bDepartment of Neurology, University of Cologne, Kerpener Str. 62, 50937 Cologne, Germany

^cDepartment of Psychiatry, Walter Mackenzie Centre, University of Alberta, Edmonton, Canada AB T6G 2R7



Disturbo dissociativo. Neuroimaging funzionale



Journal of
*Personalized
Medicine*

2022, 12, 1405

Systematic Review

Functional Neuroimaging in Dissociative Disorders: A Systematic Review

Martina Nicole Modesti ¹, Ludovica Rapisarda ¹, Gabriela Capriotti ² and Antonio Del Casale ^{3,*} 

Soggetti

- 51 DID
- 28 depersonalizzazione
- 24 amnesia dissociativa
- 6 altri

Metodi

- PET
- fMRI

Risultati:

- corteccia prefrontale
- n. caudato
- giro del cingolo
- corteccia parietale, temporale, insula, aree sottocorticali

