

SINTOMI E PROCESSI DISSOCIATIVI NEI DISTURBI PSICOPATOLOGICI: UN INDICE DI SEVERITÀ?

Clara Magrin[°], Federica Mansutti^{*°}, Elena Prunetti ^{*°},
Valeria Donisi^{*}, Marco Bateni[°], Giovanni Liotti

* Associazione di Psicologia Cognitiva, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Verona

° Casa di cura Villa Margherita, Vicenza

Riassunto

L'interesse verso i fenomeni dissociativi è in costante crescita negli ultimi anni, sia nell'ambito delle patologie correlate a traumi che nelle riflessioni sui processi mentali implicati in vari quadri psicopatologici. Il presente studio si propone di esplorare la relazione tra la sintomatologia dissociativa e le altre aree sintomatologiche, con l'ipotesi che maggior ampiezza dei fenomeni dissociativi si associ a quadri sintomatologici più vari e gravi. A questo scopo è stata usata la scala DES per la valutazione dei fenomeni dissociativi e le scale SCL-90 R e BDI per la valutazione della psicopatologia generale e degli aspetti depressivi in particolare. Il campione è costituito da 263 pazienti ricoverati in un reparto di psichiatria di una casa di cura, in parte afferenti per problemi depressivi, in parte per difficoltà nella gestione di agiti impulsivi. L'analisi dei dati evidenzia come i pazienti con elevati punteggi alla scala di dissociazione abbiano profili sintomatologici significativamente diversi, più gravi e polimorfi, rispetto a pazienti con livelli dissociativi bassi; si rileva inoltre che questi pazienti arrivino al ricovero più frequentemente per problemi legati ad agiti impulsivi e quadri diagnostici nell'area dei disturbi di personalità.

Parole chiave: dissociazione, gravità psicopatologica, DES, SCL-90 R, disturbi di personalità, depressione

DISSOCIATIVE SYMPTOMS AND PROCESSES IN PSYCHOPATHOLOGY: A SEVERITY INDEX?

Abstract

In recent years interest in dissociative phenomena has been growing steadily, both in the area of pathology related to trauma as well as in the study of the mental processes involved in various psychopathological conditions. This study aims to explore the relationship between dissociative symptoms and other symptom areas. Our hypothesis is that a greater extent of dissociative phenomena is associated with having a larger variety of serious symptoms. To this end, we used the DES scale to measure and assess dissociative phenomena and scales SCL-90 R and BDI to measure the general psychopathology and in particular depressive features. The sample consisted of 263 patients admitted to a psychiatric ward of a nursing home because of problems related to depression and partly due to difficulties in managing their acting out impulse. The data analysis shows that patients with high scores on the scale of dissociation display significantly different symptom profiles, more serious and varied, compared to patients with low scores on the dissociative scale. In addition, we note that these same patients are hospitalized more often

for problems related to impulsive acts and for presenting a diagnostic profile within the parameters of personality disorders.

Key words: dissociation, severity psychopathology, DES, SCL-90 R, personality disorders, depression.

Introduzione

Sintomi e processi dissociativi sono segnalati, da una letteratura in continua crescita, non solo come aspetto centrale dei disturbi dissociativi o come sintomo del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), ma anche come complicanza di diversi altri disturbi psicopatologici, dai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) ai disturbi somatoformi (DS), al Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), ad alcuni sottotipi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), a diversi Disturbi di Personalità, ad alcuni sottogruppi di Schizofrenia e altre Psicosi, (vedi, ad esempio, Bromberg 2001; Ginzburg et al. 2009; Liotti 2000; Moskowitz et al. 2008; Nijenhuis 2009; Vanderlinden et al. 1995)

Da un'altra angolatura, è stato sostenuto che pressoché tutti i pazienti con Disturbi Dissociativi (DD) sono polisintomatici, e dunque presentano spesso i sintomi tipici di altri disturbi oltre a quelli del loro DD (Steinberg 2005, Steinberg e Schnall 2006).

Infine, negli studi sopra citati è spesso segnalata l'impressione che la presenza di sintomi e processi dissociativi in pazienti con altre diagnosi sia responsabile di risposte meno favorevoli al trattamento rispetto ai pazienti con le stesse diagnosi ma senza sintomi dissociativi in comorbilità. Se così fosse, la più marcata presenza di dissociazione in pazienti con le più diverse diagnosi psicopatologiche dovrebbe corrispondere ad una maggiore severità del quadro clinico.

In questo studio ci proponiamo di verificare se pazienti con diversi livelli di sintomatologia dissociativa, misurati dalla scala DES II, si differenzino anche per altri aspetti psicopatologici, quali la presenza di una sintomatologia più grave e varia, che vada a interessare diverse aree di funzionamento quali l'umore, il pensiero, l'emotività, come già suggerito dallo studio di Steinberg (2005).

Valuteremo inoltre se pazienti con diversi livelli di dissociazione afferiscano al ricovero prevalentemente per problemi dell'area ansioso-depressiva o per problematiche relative ai Disturbi di Personalità, in particolare nell'area della gestione dell'impulsività.

Campione e strumenti

Il campione è costituito da 263 pazienti, di cui 198 femmine (75,29%) e 65 maschi (24,71%) ricoverati nei primi 6 mesi dell'anno 2009 nel reparto di Psichiatria della Casa di Cura Villa Margherita di Vicenza. L'età media totale è di 38,40 anni (DS = 12,86; min = 17, max = 72). Il 73% del campione totale è al primo ricovero (n = 192), mentre il 27% (n = 71) ha presentato ricoveri precedenti (uno o più ricoveri). I pazienti sono stati suddivisi in due grandi gruppi, in relazione alla diagnosi d'ingresso e allo specifico percorso terapeutico. Il 42,97% del campione (n = 113) appartiene al percorso Disturbi di Personalità (DP) e il 57,03% (n = 150) al percorso Disturbi Ansia e Umore (DAU). I pazienti afferenti al percorso specifico per Disturbi di Personalità vengono inviati prevalentemente per la gestione di problematiche legate all'impulsività. Dal campione sono stati esclusi i pazienti, ricoverati nello stesso periodo, con un'età superiore ai 65 anni, coloro che presentavano un impoverimento cognitivo e pazienti in fase psicotica

acuta, questo al fine di evitare ogni fattore di confondimento legato a concomitanti processi sia di senescenza che di alterazione della capacità di comprensione dei compiti proposti.

Nella tab 1 è sono riportate in percentuale le caratteristiche del campione con particolare attenzione alle diagnosi sia in asse I che in asse II per entrambi i gruppi.

Nella tab. 1 si evidenziano le caratteristiche dei pazienti nei due percorsi. Si osserva una differenza sia per età ($p < 0,001$) che per quadro diagnostico: nel primo gruppo infatti prevalgono le diagnosi in Asse II (spesso in comorbidità con vari disturbi in Asse I), mentre nel secondo sono nettamente prevalenti i Disturbi dell'Umore.

A ciascun paziente, indipendentemente dal tipo di percorso, veniva somministrata la seguente serie di strumenti di valutazione:

Tabella 1. Caratteristiche del campione

	Gruppo 1 (Disturbi di Personalità) (N=107)	Gruppo 2 (Disturbi d'Ansia e dell'Umore) (N=146)	
Età media:	31,11 (ds 9,58)	43,93 (ds 12,29)	t(df258)=-9,09; p<0,001
Sesso:	16,81% Maschi, 83,19% Femmine	30,67% Maschi, 69,33% Femmine	P<0,05
n.ricoveri	75,22% 1° ricovero	70% I° ricovero	P=0,3
Diagnosi asse I			
	Disturbo Depressivo =17,75%	Disturbo Depressivo = 66,67%	
	Disturbo Bipolare =4,67%	Disturbo Bipolare= 21,57%	
	Disturbo del Comportamento Alimentare=16,82%	Disturbo Somatoforme=2%	
	Abuso di Alcol/ Sostanze/Farmaci=8,41%	Dipendenza da alcol/farmaci= 2%	
	Disturbo Post-Traumatico da Stress=2,8%	Psicosi=7,84%	
	Disturbo Dissociativo=3,73%		
	Attacchi di panico=3,73%		
Diagnosi asse II			
	Disturbo Borderline di Personalità e altro Disturbo di Personalità=19,62%		
	Disturbo Borderline di Personalità=34,58%	Presente=16,43% (di cui 5,4% cluster B, 8,3% cluster C, 2,7% NAS)	
	Disturbo di Personalità altro che Borderline= 40,19%	Tratti=6,85%	
	Assente Disturbo di Personalità=5,6%	Assente o non valutabile =76,72%	

C Dissociative Experience Scale — DES II. È uno strumento di autovalutazione, composto da 28 item, che misura il livello e il tipo di esperienza dissociativa. Tale strumento usa una scala percentuale a 11 punti (dallo 0% al 100%) su cui il paziente colloca la propria esperienza.

Il punteggio della scala è dato dalla somma dei punteggi dei singoli item diviso il numero degli item (28), collocandosi quindi da 0 a 100: punteggi inferiori a 30 sono di frequente riscontrati nei controlli sani e anche in pazienti psichiatrici in generale, punteggi superiori a 30 sono associati, in genere, alla presenza di sintomi dissociativi significativi e superiori a 40 ad una diagnosi di DD e PTSD secondo il DSM-IV. (Carlson e Putnam 1997, 2001)

C Symptom Check List - SCL-90. Questa scala composta da 90 item, è stata creata per l'autovalutazione della psicopatologia generale. Il paziente fornisce, per ogni item, una valutazione da 0 a 4 secondo la Scala Likert. I risultati individuano dieci dimensioni sintomatologiche ovvero: somatizzazione, ossessioni, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, rabbia-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoidea, psicoticismo. Oltre ai punteggi relativi alle singole scale è possibile calcolare l'indice globale di gravità (GSI Global Severity Index) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test. (Derogatis 1977)

C Beck Depression Inventory – BDI. Si tratta di un questionario auto-somministrato composto da 21 item e misura le manifestazioni comportamentali della depressione espresse in forma *Cognitiva* (primi 13 item) e *Somatica* (ultimi 8 item). Si considera di interesse clinico un punteggio superiore a 16, considerando successive fasce di gravità. Il punteggio complessivo del test è un indice di stato e non di tratto. (Beck 1978)

Metodo

Sono state condotte analisi per la descrizione del campione totale. Il campione è stato poi diviso in tre gruppi in base al punteggio ottenuto alla Dissociative Experience Scale (DES II) considerando i seguenti valori soglia: punteggio minore di 30, punteggio maggiore o uguale a 30 e minore di 40, punteggio maggiore o uguale a 40. Sono state quindi condotte analisi di confronto delle medie ottenute nelle scale e sottoscale cliniche disponibili utilizzando il test di Kruskal-Wallis e analisi correlazionali (ρ di Spearman) tra le diverse scale cliniche. È inoltre stata confrontata la distribuzione di frequenza di questi tre gruppi nei due percorsi DP e DAU. Le analisi dei dati sono state effettuate con STATA 9.0 (STATA 2005).

Risultati

La tabella 2 riporta i valori ottenuti dai pazienti all'entrata in Casa di Cura al Beck Depression Inventory (BDI), alla Dissociative Experience Scale (DES II) e alla Symptom Check List (SCL 90) sia per le dieci dimensioni che per il Global Severity Index.

All'entrata, il campione totale presenta un punteggio medio al BDI di 29,15; esso risulta di interesse clinico (punteggio superiore a 16) nel 83,97% dei casi che hanno compilato il questionario ($n = 199$); è presente un punteggio di gravità sintomatologica generale (GSI) medio di 1,57 ad indicare in media un livello di gravità psicopatologica moderata. Osservando i punteggi ottenuti nelle sottoscale SCL-90, il campione in media risulta avere una gravità sintomatologica di intensità moderata per le sottoscale ansia, ossessioni-compulsioni e sensibilità interpersonale e di intensità grave per la sottoscala depressione. Infine, il campione all'entrata presenta un punteggio medio alla Dissociative Experience Scale (DES II) pari a 24,26.

Tabella 2. *Punteggi ottenuti nelle scale cliniche all'entrata per il campione totale*

	N	Media	DS	range
BDI	237	29,15	12,15	1-62
DES	253	24,26	18,93	0,36-87,14
SCL-90	238	1,57	0,74	0,06-3,37
GSJ				
SOM		1,39	0,88	0-3,58
O-C		1,96	0,92	0-4
INT		1,51	0,94	0-3,67
DEP		2,12	0,93	0-3,92
ANS		1,78	0,93	0-3,9
HOS		1,01	0,85	0-3,67
PHOB		1,06	0,83	0-3,43
PAR		1,45	0,95	0-4
PSY		1,24	0,78	0-3,5

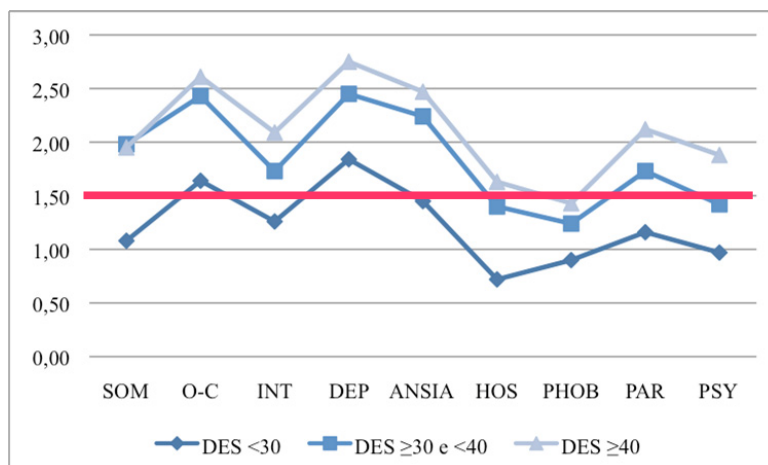
Emerge una correlazione statisticamente significativa ($p < 0,001$) tra i punteggi ottenuti alle tre scale di valutazione. In particolare, l'indice di gravità dell'SCL (GSJ SCL-90) è in relazione positiva con un coefficiente di correlazione elevato ($r = 0,77$) con i punteggi BDI e con i punteggi DES II ($r = 0,61$), nonostante nel punteggio di gravità psicopatologica non vi sia nessuna sottoscala volta a misurare il livello di dissociazione; più modesto risulta il coefficiente di correlazione tra DES II e BDI ($r = 0,44$).

Il punteggio DES II è disponibile per 253 pazienti del campione totale, per questo motivo 10 pazienti (3,8% del totale) sono stati esclusi dalle analisi successive che confrontano tre subcampioni generati in base al punteggio DES II. Nello specifico, il campione è stato diviso in base al punteggio ottenuto alla DES II in tre gruppi: punteggio DES II < 30 ($n = 168$; 66,40%), punteggio DES II ≥ 30 e < 40 ($n = 26$; 10,28%) e punteggio DES II ≥ 40 ($n = 59$; 23,32%). Il primo gruppo DES II < 30 presenta un punteggio medio DES II di 12,90 che indica in media l'assenza di sintomi dissociativi significativi (DS = 8,35; range = 0,36-29,93), il secondo di 33,82 (DS = 3,01; range = 30-38,57) e il terzo gruppo di 52,40 che in media indica la presenza di sintomi dissociativi marcati (DS = 11,5; range = 40,36-87,14). Il gruppo DES II < 30 presenta un'età media di 40,26 (DS = 12,99) significativamente maggiore ($p < 0,05$) rispetto al gruppo con DES II > 40 che presenta un'età media di 34,90 (DS = 11,42), mentre non emergono differenze tra i tre gruppi per quanto riguarda il numero di ricoveri ($\chi^2 = 32,64$; $p = 0,9$).

Tabella 3. *Punteggi ottenuti nelle scale cliniche dai tre gruppi*

	DES<30		DES≥30 E >40		DES≥40	
	media	DS	media	DS	media	DS
BDI	26,21	12,33	33,77	8,44	35,32	10,08
GSI-SCL90	1,30	0,64	1,93	0,56	2,15	0,65

Figura 1. *Punteggi medi ottenuti nelle sottoscale SCL-90 nei tre gruppi*



Valori medi figura 1:

	SOM	O-C	INT	DEP	ANSI A	HOS	PHOB	PAR	PSY
DES <30	1,08	1,64	1,26	1,84	1,45	0,72	0,90	1,16	0,97
DES ≥30 e <40	1,98	2,43	1,73	2,45	2,24	1,40	1,24	1,73	1,42
DES ≥40	1,95	2,61	2,09	2,75	2,47	1,63	1,43	2,12	1,88

Tabella 4. Distribuzione di frequenza e percentuale dei punteggi ottenuti alla scala DES II nei due percorsi

Punteggio DES II	DP		DAU	
	N	%	N	%
<30	50	46,73	118	80,82
≥30 e >40	16	14,95	10	6,85
≥ 40	41	38,32	18	12,33
Totale	107	100	146	100

Se confrontiamo i punteggi medi ottenuti dai tre gruppi nelle scale cliniche, emerge una differenza significativa sia per quanto riguarda il punteggio BDI sia per il punteggio di gravità globale SCL-90 ($p < 0,001$). Nello specifico, entrambi i gruppi con punteggi DES II più elevati (in generale DES II ≥ 30) a differenza del gruppo con DES II < 30 presentano sia aspetti depressivi che un livello di gravità psicopatologica più marcato.

Le differenze tra i punteggi medi ottenuti nelle sottoscale SCL-90 dai tre gruppi risultano significative ($p < 0,001$). Come si può notare dal grafico in Figura 1 e come emerge da un'analisi *post hoc* di Bonferroni, il gruppo con punteggio DES II < 30 presenta punteggi medi significativamente inferiori ($p < 0,001$) in tutte le sottoscale SCL-90 rispetto agli altri gruppi con punteggi DES II di maggior gravità (DES II ≥ 30 e < 40 e DES II ≥ 40); fa eccezione la sottoscala relativa ad ansia fobica (PHOB), per la quale il valore medio del gruppo DES II ≥ 30 e < 40 non è significativamente diverso rispetto al gruppo DES II < 30 , mentre la differenza si conferma significativa per tale sottoscala tra il gruppo con DES II ≥ 40 e il gruppo DES II < 30 . Inoltre, dal *post hoc* di Bonferroni emerge come per la sottoscala PSY il gruppo con DES II ≥ 40 presenti un punteggio significativamente maggiore rispetto anche al gruppo con DES II ≥ 30 e < 40 ($p < 0,05$).

Confrontando la distribuzione di frequenza di questi tre gruppi nei due percorsi DP e DAU (tabella 4) emergono differenze statisticamente significative ($\chi^2 = 32,64$; $p = 0,000$). In particolare si osserva che i pazienti con punteggio DES II ≥ 30 appartengono in misura significativamente maggiore al percorso DP e si nota come il 38,32% dei pazienti del percorso DP presenti un punteggio DES II estremamente elevato (≥ 40) criterio utilizzato in letteratura come cut-off per ipotizzare la presenza di un Disturbo Dissociativo. Diversamente, la gran parte (80,82%) dei pazienti del percorso DAU presentano punteggi DES II < 30 .

Discussione

I risultati ottenuti sembrano confermare la presenza di una relazione significativa tra aspetti dissociativi e gravità del quadro clinico, intesa sia come maggiore intensità degli aspetti sintomatici che come maggiore varietà degli stessi. Nel prosieguo del lavoro ci proponiamo di verificare se questa relazione sia presente anche quando parliamo di sintomi nell'area della personalità, analizzando l'andamento dei criteri soddisfatti alla SCID II di pazienti con diversi livelli di dissociazione.

La correlazione fra misura di dissociazione e misura della gravità tanto del quadro clinico globale quanto dei sintomi non dissociativi, che emerge dall'analisi dei nostri dati, invita certamente alla replica e all'approfondimento dell'indagine che abbiamo preliminarmente intrapreso e di cui abbiamo presentato i primi risultati. Se confermati, questi risultati avrebbero infatti implicazioni assai rilevanti nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi psicopatologici.

La prima implicazione è che la diagnosi degli aspetti dissociativi eventualmente concomitanti a un qualsiasi disturbo di personalità, ma anche a non pochi casi di disturbi d'ansia e d'umore, dovrebbe essere oggetto di particolare attenzione diagnostica. La gravità del disturbo, indipendentemente dalla categoria diagnostica in cui rientra, e quindi la sua risposta agli usuali trattamenti potrebbe infatti essere ricondotta alla presenza di sintomi e processi dissociativi. Questa attenzione diagnostica non sembra attualmente diffusa fra i clinici tanto quanto i nostri risultati fanno ritenere desiderabile.

La seconda implicazione è che, nei protocolli di trattamento dei disturbi di personalità e dei disturbi d'ansia e umore più gravi, dovrebbe essere reso disponibile al clinico un insieme di interventi miranti a gestire gli eventuali sintomi e processi dissociativi così diagnosticati. Il compito di mettere a punto interventi mirati sulla dissociazione non è certo facile, e l'impegno necessario per formularli e vagliarne i risultati richiede la preliminare certezza che essi siano rilevanti per l'esito positivo del trattamento.

Al fine di esplorare se questa sia o meno una reale necessità nei casi dei disturbi in cui la presenza della dissociazione complica il quadro clinico di un disturbo di personalità o di un disturbo d'ansia o dell'umore, ci proponiamo uno studio successivo in cui misure di esito del trattamento verranno correlate a misure del punteggio DES II al termine della cura, da confrontare col punteggio iniziale. Se l'ipotesi vagliata in questa nostra indagine preliminare fosse corretta, ci si dovrebbe attendere che le misure di esito positivo siano correlate alla riduzione del punteggio DES II. Il passo ancora successivo dovrebbe essere uno studio di processo, che mostri quali interventi abbiano permesso la riduzione del punteggio DES II: interventi usuali nel trattamento del disturbo, non specificamente mirati alla dissociazione, oppure interventi diretti proprio a facilitare il superamento del processo dissociativo in atto nel paziente?

Bibliografia

- Beck AT, Ward J (1972). Beck Depression Inventory (BDI). In *Depression: causes and treatment*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, PA. Tr. it. *La depressione*. Boringhieri, Torino 1978.
- Bromberg PM (2001). The Gorilla Did It: Some Thoughts on Dissociation, the Real, and the Really Real. *Psychoanal. Dial.* 11, 385-404.
- Bromberg PM (2001). Treating Patients with Symptoms—and Symptoms with Patience: Reflections on Shame, Dissociation, and Eating Disorders. *Psychoanal. Dial.* 11, 891-912.
- Carlson EB, Putnam FW (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 6, 16-27.

- Carlson EB, Putnam FW (2001). Dissociative Experience Scale II. In FW Putnam *Dissociation in children and adolescents*. Guilford Press, New York. Tr. it. Scala delle esperienze dissociative II (DES-II). In FW Putnam, *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti*, pp 381-384. Casa Editrice Astrolabio, Roma 2005.
- Derogatis LR (1977). SCL-90 Administration Scoring and Procedures Manual. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Medicine.
- Ginzburg K, Butler LD, Saltzman K, Koopman C (2009). Dissociative reactions in PTSD. In PF Dell e JA O'Neil (a cura di), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*, pp. 457-469, Routledge.
- Liotti G (2000). *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Moskowitz A, Schafer I, Dorahy MJ (2008). *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Wiley and Sons, Chichester, West Sussex.
- Nijenhuis ERS (2008). Dissociation and self-consciousness. International Society for the Study of Dissociation and Trauma, Members' Clinical Corner. October.
- Stata Corporation (2005). Stata Statistical Software: Release 9. Stata Corporation LP: College Station, TX.
- Steinberg M, Schnall M (2001). *The stranger in the mirror. Dissociation – the hidden epidemic*. Harper Collins, New York. Tr. it. *La Dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- Steinberg M (2005). SCL-90 symptom patterns: Indicators of dissociative disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic* 69, 3, 237-249.
- Vanderlinden J, Vandereycken W, Pobst M (1995). Dissociative symptoms in eating disorders: A follow-up study. *European Eating Disorders Review* 3, 174-184.