

Indici di gravità psicopatologica e sintomatologia dissociativa in una popolazione di pazienti ambulatoriali non psicotici

Psychopathological severity index and dissociative symptomatology in a group of non-psychotic outpatients

F. Macrì, M. Salviati, A. Provenzano, C. Melcore, S. Terlizzi, S. Campi, M.M. Moscariello, M. Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Unità di Psichiatria Psicofarmacologia Clinica, S.P.D.C. Policlinico "Umberto I", Sapienza Università di Roma

Summary

Dissociative symptoms are a set of symptoms frequently encountered in clinical practice, but they are often underestimated by many clinicians, who in the routine assessment of the patient underestimate or not diagnose, emphasizing instead the importance of more classic and obvious symptoms, such as those related to the sphere of mood, anxiety or psychosis. In this way, dissociative symptoms often lose their descriptive complexity, although purely psychopathological, of the very complex clinical status that often underlie dissociative symptoms and dissociative dynamics. For these reasons, this study assessed psychopathological dimensions of mood and anxiety disorders in a transnosographic

way. The purpose of the study is to demonstrate that dissociative symptoms, although placed in the diagnostic category of dissociative disorders, have a common thread that correlates with the main manifestations detected in routine clinical practice, and that they may be susceptible to intervention by the physician, even in a nonspecific way on the main symptom, not dissociative, that is treated.

Key words

Dissociative disorders • Dissociation • Anxiety • Depression • Bipolar disorder • Obsessive-compulsive disorder • Stress

L'area diagnostica dei disturbi dissociativi, inteso come gruppo di entità nosografiche categoriali indipendenti, è stata inserita originariamente nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III* nel 1980; precedentemente la sintomatologia dissociativa era compresa nell'insieme dei fenomeni psicopatologici ascrivibili all'isteria¹. La caratteristica essenziale dei disturbi dissociativi, secondo il DSM-IV-TR, è la sconnessione delle funzioni (fisiologicamente integrate), della coscienza, della memoria, della identità o della percezione². Il termine dissociazione è stato introdotto da James nel 1890 come traduzione del termine francese *désagrégation* coniato da Pierre Janet nel 1889; con tale termine, l'autore francese, individuava il fallimento dell'integrazione mentale di "esperienze" (percezioni, memorie, pensieri, emozioni) normalmente concatenate tra loro nel flusso di coscienza¹. La dissociazione conduce a una frammentazione del senso unitario del sé da parte di chi la esperisce, ovvero alla risoluzione dell'unitarietà cronologica, biografica, percettiva, identitaria, di cui normalmente ogni individuo dispone³. Negli studi sull'isteria (1893-1895), Freud elaborò una teoria psicodinamica della dissociazione

(contrapposta a quella psicopatologica di Janet, legata a un passivo deficit dell'Io) basata sulla rimozione attiva, da parte del soggetto affetto, del materiale traumatico nell'ambito di un conflitto psicodinamico. In entrambi i modelli, la dissociazione appare intimamente legata alla presenza di un evento traumatico¹. Studi recenti mettono in evidenza come l'aspetto etiologico post-traumatico degli episodi dissociativi individui una parte della sintomatologia dissociativa (circa il 50%), ma non la totalità delle rappresentazioni dello spettro dissociativo⁴. Lo spettro dissociativo (Fig. 1) è costituito dal continuum sintomatologico dissociativo lungo un gradiente di gravità¹.

Tale spettro comprende, secondo alcuni autori, anche i disturbi dell'area somatoforme e si declina in tre sezioni:

- *le esperienze dissociative non cliniche o subcliniche*, come l'essere assorti così profondamente nella contemplazione di un film o immersi nei propri pensieri, da non rendersi conto di ciò che avviene intorno (assorbimento);
- *i fenomeni dissociativi transitori in risposta a eventi esterni* (traumi, stati di trance indotti);
- *i fenomeni dissociativi clinicamente rilevanti*, sia in corso di altri disturbi psichiatrici (nel PTSD, per esem-

Correspondence

Francesco Macrì, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, Roma, Italia • E-mail: francesco.macri_md@libero.it

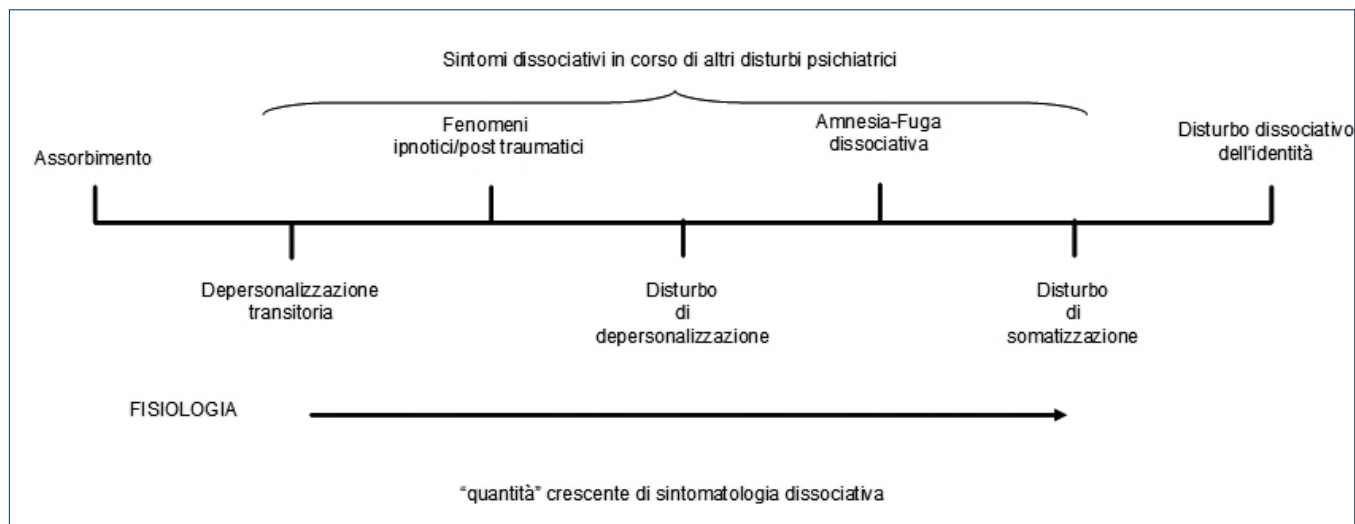


FIGURA 1.

Continuum della sintomatologia dissociativa e relativi disturbi dissociativi. *Continuum of dissociative symptomatology and related dissociative disorders.*

pio), che come categorie nosografiche definite (disturbo da depersonalizzazione, amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo dissociativo dell'identità e disturbo dissociativo non altrimenti specificato).

Secondo alcuni Autori, la prevalenza dei disturbi dissociativi in ambito clinico, sarebbe sottovalutata, soprattutto a causa del mancato inserimento dei criteri diagnostici per i disturbi dissociativi nell'algoritmo dell'*Intervista Clinica Strutturata per la Diagnosi* dei disturbi in Asse I secondo il DSM-IV (SCID-I) sia per la mancanza di ampi studi di popolazione³; attualmente la prevalenza stimata dei disturbi dissociativi nella popolazione generale si attesta su una percentuale oscillante fra 5,6 e il 10%¹

Allo stesso tempo esistono alcune evidenze relative all'associazione della sintomatologia dissociativa con alcune dimensioni psicopatologiche, (in particolare con l'ossessività⁵, la depressione e l'ansia⁶, i sintomi psicotici^{7,8} e con la gravità del disturbo psichiatrico⁵). Inoltre si è evidenziato che nei pazienti affetti da disturbi dissociativi presentano livelli di psicopatologia (valutati con SCL90-R) significativamente superiori ai pazienti psichiatrici *non dissociatori*¹⁰. Alla luce di tali evidenze lo scopo del nostro studio è stata di indagare la relazione esistente fra la sintomatologia dissociativa, dimensioni psicopatologiche (valutate con SCL90-R) e gravità clinica in una popolazione di pazienti ambulatoriali

Materiale e metodi

Ad uopo sono stati reclutati, nel corso di 18 mesi, 83 pazienti (su 213 contattati) afferenti all'ambulatorio di psicofarmacologia clinica del Policlinico Umberto I, duran-

te la prima visita. I criteri di inclusione nello studio erano i seguenti: diagnosi di disturbi d'ansia, dell'umore, somatoformi e dell'adattamento; punteggio > 17 ad almeno una delle scale di Hamilton (A o D). I criteri di esclusione riguardavano: i disturbi dell'area psicotica, analfabetismo, mancata comprensione dei questionari, presenza di una malattia neurodegenerativa, concomitante diagnosi di epilessia, attuali problematiche di *addiction*.

Il protocollo dello studio prevedeva la somministrazione di un questionario relativo ai dati anagrafici, l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili, scale di valutazione compilate da parte del clinico (*Clinical Global Impression [CGI]*, *Hamilton Anxiety Rating Scale [HAM-A]*, *Hamilton Depression Rating Scale [HAM-D]*); scale di valutazione autocompilate relative alla sintomatologia psichiatrica generale (*Symptom Checklist-90-Revised-SCL90-R*) e alla sintomatologia dissociativa (*Dissociative Experiences Scale [DES]*).

Il CGI valuta la gravità clinica generale del paziente secondo una scala che va da 0 a 7 (0 = Non è stato valutato, 1 = Normale, assenza di malattia psichica, 2 = Solo marginalmente ammalato, 3 = Lievemente ammalato, 4 = Moderatamente ammalato, 5 = Notevolmente ammalato, 6 = Gravemente ammalato, 7 = È tra i pazienti più gravi); le due scale di Hamilton, valutano rispettivamente la sintomatologia ansiosa (un punteggio ≥ 18 viene considerato patologico) e quella depressiva (punteggi ≥ 25 = depressione grave, compresi tra 18 e 24 = depressione moderata, tra 8 e 17 = depressione lieve; punteggi ≤ 7 assenza di depressione).

La scala SCL 90-R valuta 9 dimensioni psicopatologiche (*somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità in-*

terpersonale, depressione, ansia, rabbia-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo) inoltre, sulla base del punteggio totale ai 90 items, si può calcolare l'indice di gravità globale (*Global Severity Index [GSI]*), per tale indice valori superiori a 0,566 vengono considerati indicativi di un livello di psicopatologia clinicamente rilevante. Attraverso l'utilizzo della scala DES, è stata valutata dimensionalmente e transnosograficamente, la sintomatologia dissociativa nel nostro campione. La DES è una scala di autovalutazione che misura il livello e il tipo di esperienza dissociativa presente (il periodo di valutazione riguarda la vita, in generale) senza entrare nel merito della diagnosi; di rapida compilazione ed elaborazione è composta da 30 domande che prevedono un grading di risposta che va da 0 a 100 lungo una scala a base 10; punteggi globali medi superiori a "20" risultano indicativi della presenza di un disturbo dissociativo⁹.

Tramite intervista diagnostica, per ogni paziente, è stata formulata una diagnosi categoriale in accordo ai criteri DSM IV-TR².

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma SPSS 13 e la distribuzione delle varianze è stata studiata tramite il test Kolmogorov-Smirnov.

In ragione dei risultati relativi alla distribuzione delle variabili quantitative (alcune come la CGI e l'età, non avevano una distribuzione normale), è stata condotta un'analisi statistica, non parametrica.

Le correlazioni fra le variabili quantitative sono state valutate con il test Rho di Spearman. È stato arbitrariamente individuato il livello di significatività per valori di $p < 0,05$.

Risultati

Il periodo di raccolta del campione in esame è stato di circa diciotto mesi. Alla fine di tale periodo la numerosità del campione risultava essere di 83 pazienti reclutati, con una età media di 46,75 ($\pm 15,33$) anni (*range* 17-82) di cui 51 femmine e 32 maschi.

La prevalenza dei disturbi in accordo ai criteri DSM-IV TR, riassunti per motivi di sintesi in aree diagnostiche, è riportata in Tabella I.

Nel campione reclutato erano rappresentati in proporzione soprattutto disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (42,17 e 38,55% rispettivamente)

Dall'analisi descrittiva delle variabili psicometriche valutate (Tab. II) si evince che il nostro campione presenta valori medi dei livelli di dissociazione nell'ambito della norma ($DES < 20$), livelli medi eterovalutati di ansia e depressione di significato clinico ($HAM-D$ e $HAM-A > 17$), moderati livelli clinici di malattia eterovalutati (CGI medio = 4); il livello di psicopatologia derivante dalla auto-somministrazione del test SCL90-R (GSI) risulta clinicamente significativo ($GSI > 0,566$)

TABELLA I.

Stratificazione del campione in funzione delle aree diagnostiche DSM IV-TR. *Stratification of the sample according to diagnostic area.*

Area diagnostica	N	%
Disturbi d'ansia	32	38,55
Disturbi dell'umore (monopolari)	18	21,69
Disturbi dell'umore (bipolari)	17	20,48
Disturbi dell'adattamento	11	13,25
Disturbi somatoformi	5	6,03

Le dimensioni psicopatologiche SCL90-R maggiormente rappresentate risultano essere depressione, ossessività-compulsività, ansia, somatizzazione, ideazione paranoide, sensibilità interpersonale. Gli indici di gravità psicopatologica auto-(GSI) ed etero-(CGI), valutati risultano significativamente correlati al grado sintomatologia dissociativa (DES).

Ogni dimensione psicopatologica indagata attraverso il test SCL90-R si correla direttamente al punteggio della sintomatologia dissociativa ($p < 0,001$).

Le scale cliniche di Hamilton non presentano una significativa correlazione con grado di dissociazione.

Conclusioni

L'intento del nostro lavoro era indagare la relazione esistente tra gravità delle manifestazioni psicopatologiche e sintomatologia dissociativa. Dal nostro studio emerge che l'intensità dei sintomi dissociativi appare direttamente proporzionale alla gravità del quadro psicopatologico sia auto (GSI) che etero (CGI) valutata. Emerge, inoltre, che il grado di dissociazione appare correlato alla gravità di ogni singola dimensione psicopatologica indagata con il test SCL90-R. In precedenti studi era stata evidenziata la relazione fra alcune dimensioni psicopatologiche e sintomatologia dissociativa in popolazioni di pazienti selezionati per disturbo categoriale⁵⁻⁸. Altresì era stato dimostrato che nei pazienti affetti da disturbi dissociativi, le dimensioni psicopatologiche del SCL90-R risultavano significativamente più elevate rispetto ai pazienti psichiatrici non affetti da disturbo dissociativo¹⁰. I dati emergenti dal nostro campione ci permettono di arguire l'esistenza, in maniera transnosografica, di uno stretto legame fra gravità del quadro psicopatologico e livello di dissociazione. Da un punto di vista clinico, tali risultati dovrebbero condurre, a nostro avviso, a considerare la rilevazione della sintomatologia dissociativa nel corso di una visita psichiatrica come uno strumento per la messa in atto di approcci terapeutici integrati e personalizzati. Rileggendo i disturbi psichiatrici in chiave odologica, ov-

TABELLA II.Statistica descrittiva e correlazioni. *Descriptive statistics and correlations.*

Statistica descrittiva			Correlazioni DES	
Variabile psicometrica	Media	DS	Coefficiente di correlazione Rho di Spearman	Sig (2 code)
DES	13,800	14,900	1,000	–
Ham-A	18,870	4,420	- 0,075	0,533
Ham-D	16,980	4,670	0,117	0,326
CGI	4,000	0,563	0,233	0,049
GSI	1,286	0,687	0,757	0,000
Somatizzazione	1,302	0,787	0,497	0,000
Ossessività/compulsività	1,575	0,949	0,677	0,000
Sensibilità interpersonale	1,172	0,871	0,716	0,000
Depressione	1,703	0,878	0,603	0,000
Ansia	1,514	0,809	0,540	0,000
Collera/ostilità	0,873	0,802	0,655	0,000
Ansia fobica	0,775	0,920	0,396	0,000
Ideazione paranoidea	1,196	0,964	0,616	0,000
Psicoticismo	0,892	0,761	0,725	0,000

vero come le manifestazioni di una disconnessione funzionale fra diverse aree del cervello, come suggerito da Ffytche¹⁰, i risultati del nostro studio appaiono suggestivi della possibilità che la sintomatologia dissociativa rappresenti la manifestazione quantitativa dell'alterazione dei circuiti cerebrali; al contempo le dimensioni psicopatologiche individuerebbero qualitativamente le aree disconnesse. Tale visione odologica della psicopatologia, in ultima analisi, ci riconduce alla definizione dei disturbi dissociativi come manifestazione della *désagrégation* delle funzioni cerebrali descritta originariamente da Janet. Ulteriori studi, su campioni più ampi, integrando tecniche di neuroimaging, strumenti per la valutazione neurofisiopatologica e appositi reattivi mentali, dovrebbero essere condotti per valutare la consistenza dei nostri risultati e della loro interpretazione.

Bibliografia

- Dell PF, O'Neil JA, editors. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge 2009.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson 2001.
- Steinberg M, Schnall M. *La dissociazione. Cinque sintomi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.
- Isaac M, Chand PK. *Dissociative and conversion disorders: defining boundaries*. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:61-6.
- Belli H, Ural C, Vardar MK, et al. *Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder*. *Compr Psychiatry* 2012;53:975-80.
- Moscariello MM, Ratti F, Quartini A, et al. [*Dissociative symptoms in patients with mood and anxiety disorders*]. *Riv Psichiatr* 2010;45:234-43. Italian.
- Perona-Garcelán S, Cuevas-Yust C, García-Montes JM, et al. *Relationship between self-focused attention and dissociation in patients with and without auditory hallucinations*. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:190-7.
- Modestin J, Hermann S, Endrass J. *Schizoidia in schizophrenia spectrum and personality disorders: role of dissociation*. *Psychiatry Res* 2007;153:111-8.
- Conti, L. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, 3 voll. + CD ROM. Firenze: SEE Editrice 2002.
- Steinberg M, Barry DT, Sholomskas D, et al. *SCL-90 symptom patterns: indicators of dissociative disorders*. *Bull Menninger Clin* 2005.;69:237-49.
- Ffytche DH. *The hodology of hallucinations*. *Cortex*. 2008;44:1067-83.