

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/47413325>

Dissociative symptoms in patients with mood and anxiety disorders

Article in *Rivista di Psichiatria* · July 2010

Source: PubMed

CITATIONS

7

READS

970

6 authors, including:



Fernando Espi Forcen

20 PUBLICATIONS 167 CITATIONS

SEE PROFILE



Giuseppe Bersani

Sapienza University of Rome

268 PUBLICATIONS 3,489 CITATIONS

SEE PROFILE

Presenza di elementi dissociativi in pazienti con disturbi dell'umore e disturbi d'ansia

Dissociative symptoms in patients with mood and anxiety disorders

MARIANNA MARGHERITA MOSCARIELLO¹, FLAVIA RATTI¹, ADELE QUARTINI¹,
FERNANDO ESPÍ FORCÉN², JOAQUIN NIETO MUNUERA², GIUSEPPE BERSANI¹

¹Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino

²"Sanatorio Dr. Muñoz", Università di Murcia, Spagna

RIASSUNTO. Scopo. L'obiettivo generale di questo studio è valutare la presenza di sintomi dissociativi in pazienti con disturbi dell'umore o d'ansia e più specificamente la correlazione con elementi sintomatici e dimensionali del quadro psicopatologico e le implicazioni per la risposta al trattamento. **Metodi.** Il campione usato per lo studio è stato arruolato fra i pazienti ambulatoriali (italiani e spagnoli) selezionati in base alla diagnosi, fatta nel corso della prima visita, di un disturbo dell'umore o d'ansia. In totale, il campione arruolato è formato da 40 pazienti (13 maschi e 27 femmine), di cui 22 italiani (55% del campione) e 18 spagnoli (45% del campione). Al termine del colloquio clinico, sono state somministrate al paziente 3 scale di autovalutazione, la Symptom Check-List 90 (SCL 90), la Dissociative Experience Scale (DES) e il Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI), mentre sono state compilate da parte del medico la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) e la Clinical Global Impressions (CGI) per valutare i criteri d'inclusione dei pazienti nello studio (HAM-A e $D \geq 18$, CGI ≥ 3). **Risultati.** Dai risultati ottenuti emerge come i sintomi dissociativi siano relativamente frequenti nei pazienti affetti da disturbi dell'umore o d'ansia; inoltre, i pazienti con diagnosi di depressione sembrano avere livelli di esperienza dissociativa più elevati oltre a un più elevato livello di psicopatologia. I pazienti con esperienze dissociative sono caratterizzati da un più alto grado di sofferenza psicopatologica e da alcune dimensioni caratteristiche di personalità che dovrebbero essere ricercate nella pratica clinica come predittive di scarsa risposta ai trattamenti farmacologici.

PAROLE CHIAVE: dissociazione, depressione, ansia.

SUMMARY. Aim. The objective of this study was to evaluate the occurrence of dissociative symptoms in outpatients affected by mood or anxiety disorder and their potential implication in general psychopathology and treatment response. **Methods.** The sample was recruited at Italian and Spanish psychiatric outpatient services. The sample consisted in 40 (13 Male, 27 Female) outpatients, 22 Italians (55%) and 18 Spanish (45%). Inclusion criteria were the Axis I diagnosis of any DSM-IV-TR mood or anxiety disorder and Clinical Global Impression/Global Severity Index (CGI) baseline scores ≥ 3 and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) baseline scores ≥ 18 . General psychopathology, dissociative symptoms and personality traits were respectively assessed by the self-report symptom inventory Symptom Check-List 90 (SCL-90), the Dissociative Experience Scale (DES) and the Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI). **Results.** Dissociative symptoms emerged as relatively frequent in mood and anxiety disorders. Globally, depression symptoms seem to correlate positively with the dissociative experiences and the severity of global psychopathology. Dissociative symptoms seem to correlate positively with some personality traits and the severity of global psychopathology and should receive further investigation in clinical practice, as might be a predictor of poor response to conventional drug treatment.

KEY WORDS: dissociation, depression, anxiety.

INTRODUZIONE

Nel DSM-IV-TR (1) i sintomi dissociativi sono considerati il fulcro di specifici disturbi psichiatrici, distinti in queste diagnosi: l'amnesia psicogena, la fuga dissociativa, il disturbo dissociativo dell'identità, il disturbo di depersonalizzazione e il disturbo dissociativo non altrimenti specificato.

Tali sintomi sono inclusi anche nei criteri diagnostici per il disturbo acuto da stress, il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo di panico, i disturbi somatoformi, il disturbo borderline di personalità, ma la diagnosi aggiuntiva di disturbo dissociativo non viene formulata se i sintomi dissociativi si manifestano esclusivamente nel corso di uno di questi disturbi (1).

Fra le esperienze dissociative, in senso più ampio, sono compresi fenomeni relativamente comuni nella popolazione non-clinica, le cosiddette "esperienze dissociative non-cliniche" o "sub-cliniche" (2), ma anche fenomeni più rilevanti, quali vissuti di depersonalizzazione e derealizzazione.

Due studi americani hanno riscontrato una prevalenza di sintomi dissociativi di intensità definibile come patologica nel 3,3% e nel 4,4% della popolazione generale (3,4).

In alcuni studi, condotti su popolazioni non-cliniche, si è valutato come i soggetti con elevati punteggi alla Dissociative Experience Scale (DES), lo strumento più largamente utilizzato nella valutazione della sintomatologia dissociativa, presentino anche punteggi più elevati nelle scale che misurano i livelli di depressione, come se esistesse una correlazione tra severità dei sintomi depressivi ed esperienze dissociative (5,6). Inoltre, la tendenza ad avere esperienze dissociative, valutate con la somministrazione della DES, sarebbe stabile nel tempo e correlata anche con più elevata intenzionalità suicidaria; si evidenzia come i soggetti con tali esperienze dimostrerebbero un livello di funzionamento sociale e lavorativo più basso rispetto ai soggetti che mostrano di avere un minor grado di dissociazione (5).

La presenza di esperienze dissociative definibili "sottosoglia", rilevabili in maniera transnosografica, è stata oggetto di vari studi, per la maggior parte rivolti a indagare la loro presenza nel disturbo borderline di personalità, nel disturbo post-traumatico da stress e nei casi di abusi sessuali (7-16), mentre scarna è la letteratura che abbia indagato in modo specifico popolazioni di pazienti con disturbi dell'umore o di ansia. È stato dimostrato come non sia infrequente incontrare espressioni di tipo dissociativo valutate con la DES in pazienti che soffrono di depressione o attacchi di panico. I pochi studi presenti evidenziano come questo fenomeno esista con una frequenza estremamente varia-

bile, dal 5 al 50% dei pazienti, considerando i vari lavori (17-25).

Si può supporre che tali sintomi siano più frequenti di quanto non venga comunemente riscontrato nella pratica clinica, per un'insufficiente indagine da parte dello psichiatra relativa alla loro presenza nell'ambito di diversi quadri psicopatologici (26).

L'obiettivo generale di questo studio è stato quindi una valutazione della frequenza di sintomi dissociativi in pazienti con disturbi dell'umore o disturbi d'ansia.

Ulteriori obiettivi più specifici sono stati rappresentati da:

1. valutare l'eventuale associazione tra l'intensità dei sintomi dissociativi e gli elementi sintomatici e dimensionali del quadro psicopatologico, come anche con eventuali tratti di disturbo di personalità;
2. analizzare le differenze tra elementi dissociativi e il loro rapporto con altri elementi psicopatologici e di personalità in funzione del sesso e della diagnosi;
3. trasversalmente rispetto alle differenti diagnosi, valutare la possibilità di definire una categoria di pazienti in base alla presenza di sintomi dissociativi e il loro rapporto con elementi psicopatologici di personalità.

METODI

Il campione clinico dello studio è stato arruolato fra i pazienti dell'Ambulatorio della UOD Universitaria di Psichiatria del Polo Pontino, Presidio Ospedaliero Centro "A. Fiorini" di Terracina (LT) e dell'Ambulatorio del "Sanatorio Dr. Muñoz" dell'Università di Murcia (Spagna).

I pazienti sono stati selezionati in base alla diagnosi effettuata nel corso della prima visita secondo i criteri diagnostici del DSM-IV e la valutazione è stata effettuata nei pazienti che presentavano diagnosi di disturbi dell'umore (25 pazienti, equivalenti al 62,5% del campione, con disturbo depressivo maggiore e disturbo bipolare II) o di ansia (15 pazienti, equivalenti al 37,5% del campione, con disturbo d'ansia generalizzato e disturbo da attacchi di panico).

I criteri d'inclusione dei pazienti nel campione sono stati:

1. diagnosi di un disturbo dell'umore o di ansia;
2. età maggiore di 18 anni;
3. HAM-A e HAM-D $\geq$ 18, CGI $\geq$ 3;
4. capacità di comprensione dei test sottoposti.

I criteri di esclusione sono stati:

1. presenza di deficit psicorganici;
2. età maggiore di 75 anni;
3. analfabetismo;
4. comorbidità con disturbi di tipo psicotico in asse I.

In totale sono stati valutati 35 pazienti italiani e 22 spagnoli, per un totale di 57 pazienti. Di questi sono stati esclusi dallo studio 5 pazienti italiani e 4 spagnoli che hanno compilato in modo incompleto le scale di valutazione e 8 pazienti italiani che non sono più tornati a controllo, dopo la prima visita, per ragioni non note.

In totale il campione arruolato è risultato costituito da 40 pazienti, di cui 22 italiani (55% del campione) e 18 spagnoli (45% del campione).

Descrizione delle scale

Gli strumenti psicometrici utilizzati per la valutazione psicopatologica dei soggetti sono stati:

- Dissociative Experience Scale (DES), per la valutazione dei sintomi dissociativi (27);
- Temperament and Character Inventory (TCI), per la valutazione delle variabili personologiche (28);
- Symptom Check List-90 (SCL-90), per la valutazione dei sintomi generali (29);
- Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (30);
- Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (31);
- Clinical Global Impressions (CGI) (32).

Per quanto riguarda la DES, oltre al punteggio globale sono stati utilizzati i punteggi delle 3 sottoscale, Absorption (ABS), Amnesia (AMN) e Depersonalization-De-realization (DEP), che rappresentano i diversi tipi di esperienza dissociativa, da minore (ABS) a maggiore (DEP) espressione patologica.

Nel caso del TCI sono state utilizzate le 7 dimensioni che il test può valutare, cioè:

1. Novelty Seeking (NS) o ricerca della novità;
2. Harm Avoidance (HA) o evitamento del danno;
3. Reward Dependence (RD) o dipendenza dalla ricompensa;
4. Persistence (P) o persistenza;
5. Selfdirectedness (SD) o autodirettività;
6. Cooperativeness (C) o cooperatività;
7. Self-transcendence (ST) o trascendenza.

Per quanto riguarda la scala SCL-90, oltre al punteggio totale (GSI, Global Severity Index) sono state utilizzate come variabili per l'analisi statistica anche le 9 dimensioni che la compongono, cioè:

1. Somatizzazione (SOM);
2. Ossessività-compulsività (O-C);
3. Sensibilità interpersonale (INS);
4. Depressione (DEP);
5. Ansia (ANX);
6. Collera-ostilità (HOS);
7. Ansia fobica (PHO);
8. Ideazione paranoide (PAR);
9. Psicoticismo (PSY).

La DES, la TCI e la SCL90 sono state consegnate al paziente al termine del colloquio clinico per poi essere riconsegnate compilate alla successiva visita di controllo.

L'HAM-A, l'HAM-D e la CGI sono state invece compilate dal medico per valutare i criteri d'inclusione.

Analisi statistica

L'analisi dei dati è stata effettuata tramite:

- *statistica descrittiva*;
- *statistica inferenziale*: χ^2 -quadro e t-test di Student, per la valutazione di eventuali differenze delle variabili socio-demografiche tra i pazienti arruolati in Italia e quelli arruolati in Spagna; t-test di Student, con *adjust* Bonferroni, per valutare eventuali differenze nelle dimensioni della DES, della SCL-90 [singole dimensioni e punteggio globale (GSI)] e del TCI in funzione della diagnosi (depressione o ansia);
- *statistica multivariata*: *cluster analysis* (metodo *k-means*), con lo scopo di riordinare i soggetti del campione in funzione di una variabile selezionata, così da formare gruppi che siano il più omogenei possibile.

Per l'elaborazione dei dati sono stati utilizzati i software SPSS versione 15 e SYSTAT versione 12.

RISULTATI

Statistica descrittiva

L'insieme delle variabili socio-demografiche prese in esame vengono riassunte nella **Tabella 1**.

Il punteggio delle scale HAM risulta ≥ 18 (punteggio medio HAM-A 18,675, HAM-D 20,50), distribuito equamente nel campione fra i due gruppi italiano e spagnolo, quello del CGI ≥ 3 (punteggio medio 3,85).

Il punteggio minimo e massimo, la media e le deviazione standard delle altre scale utilizzate (DES, SCL-90, TCI) con le loro sottoscale sono riportati nella **Tabella 2**.

Statistica inferenziale

L'analisi non ha mostrato alcuna differenza statisticamente significativa tra le variabili socio-demografiche prese in considerazione all'interno dei due gruppi del campione (italiano, spagnolo).

Emergono alcune dimensioni della DES su cui i livelli di ansia e di depressione influiscono in modo differente. I risultati ottenuti mostrano come la diagnosi categoriale di depressione influisca sia sul punteggio globale della DES sia sulle sottoscale AMN e DEP, rispetto ai pazienti ansiosi ($p < 0,05$) (**Tabella 3**).

Nella SCL-90, le dimensioni che mostrano tra i due gruppi differenze statisticamente significative, con punteggi più alti nei soggetti depressi, sono: INS, DEP, PAR, PSY. Significativa è anche la differenza nel punteggio globale (**Tabella 4**).

Tabella 1. Variabili socio-demografiche					
	Totale	♀	♂	Italia	Spagna
N. pazienti	40	27 (67,5%)	13 (32,5%)	20 ♀ 2 ♂	7 ♀ 11 ♂
Età media	47,25	46	49,7	44,5	50
Diagnosi					
<i>Tot umore:</i>	25 (62,5%)	14 (35%)	11 (27,5%)	11 (27,5%)	14 (35%)
D. depressivo maggiore	19 (47,5%)	12 (30%)	7 (17,5%)	11 (27,5%)	8 (20%)
D. bipolare II	6 (15%)	2 (5%)	4 (10%)	0	6 (15%)
<i>Tot ansia:</i>	15 (37,5%)	13 (32,5%)	2 (5%)	11 (27,5%)	4 (10%)
D. ansia generalizzato	10 (25%)	8 (20%)	2 (5%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)
D. attacchi di panico	5 (12,5%)	5 (12,5%)	0	4 (10%)	1 (2,5%)
DES≥20	14 (35%)	10 (25%)	4 (10%)	8 (20%)	6 (15%)
Abitazione					
Urbana	31 (77,5%)	22 (55%)	9 (22,5%)	16 (40%)	15 (37,5%)
Suburbana	9 (22,5%)	5 (12,5%)	4 (10%)	6 (15%)	3 (7,5%)
Scolarità					
Elementare	5 (12,5%)	5 (12,5%)	0	3 (7,5%)	2 (5%)
Media inf.	10 (25%)	8 (20%)	2 (5%)	7 (17,5%)	3 (7,5%)
Media sup.	12 (30%)	8 (20%)	4 (10%)	7 (17,5%)	5 (12,5%)
Laurea	11 (27,5%)	5 (12,5%)	6 (15%)	5 (12,5%)	6 (15%)
Specializ.	2 (5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0	2 (5%)
Stato civile					
Coniugato	24 (60%)	20 (50%)	4 (10%)	18 (45%)	6 (15%)
Celibe/nubile	7 (17,5%)	2 (5%)	5 (12,5%)	2 (5%)	5 (12,5%)
Separ/divorz	8 (20%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	2 (5%)	6 (15%)
Vedovo	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)
Figli					
Sì	28 (70%)	20 (50%)	8 (20%)	16 (40%)	12 (30%)
No	12 (30%)	7 (17,5%)	5 (12,5%)	6 (15%)	6 (15%)
Occupazione					
Disoccupato	7 (17,5%)	7 (17,5%)	0	7 (17,5%)	0
Lav. indipend	4 (10%)	2 (5%)	2 (5%)	2 (5%)	2 (5%)
Lav. dipend	18 (45%)	13 (32,5%)	5 (12,5%)	13 (32,5%)	5 (12,5%)
Pensionato	11 (27,5%)	5 (12,5%)	6 (15%)	0	11 (27,5%)
Fam. psich.					
Sì	21 (52,5%)	15 (37,5%)	6 (15%)	11 (27,5%)	10 (25%)
D. depressivo maggiore	12 (30%)	9 (22,5%)	3 (7,5%)	8 (20%)	4 (10%)
D. bipolare	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0	0	1 (2,5%)
D. ansia generalizzato	3 (7,5%)	3 (7,5%)	0	0	3 (7,5%)
D. attacchi di panico	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)	0
D. ossessivo-compulsivo	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)
Schizofrenia	2 (5%)	0	2 (5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Abuso di sostanze	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)	0
No	19 (47,5%)	12 (30%)	7 (17,5%)	11 (27,5%)	8 (20%)
Uso farmaci					
Sì	22 (55%)	17 (42,5%)	5 (12,5%)	8 (20%)	14 (35%)
Antidepressivi	10 (25%)	8 (20%)	2 (5%)	4 (10%)	6 (15%)
Benzodiazepine	12 (30%)	9 (22,5%)	3 (7,5%)	4 (10%)	8 (20%)
No	18 (45%)	10 (25%)	8 (20%)	14 (35%)	4 (10%)
Alcool					
Sì	11 (27,5%)	3 (7,5%)	8 (20%)	4 (10%)	7 (17,5%)
No	29 (72,5%)	24 (60%)	5 (12,5%)	18 (45%)	11 (27,5%)
Droghe					
Sì	5 (12,5%)	2 (5%)	3 (7,5%)	2 (5%)	3 (7,5%)
Cocaina (uso pregresso)	2 (5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Cannabis (uso pregresso)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	1 (2,5%)	2 (5%)
No	35 (87,5%)	25 (62,5%)	10 (25%)	20 (50%)	15 (37,5%)

Tabella 2. Punteggi, media e deviazione standard nella DES, nella SCL-90 e nella TCI

Scale utilizzate	Punteggio minimo	Punteggio massimo	Media	Deviazione standard (DS)
DES				
DES tot	0,710	75,710	17,025	16,101
AMN	0	72,222	14,336	16,786
ABS	1,667	70	23,417	19,560
DEP	0	85	13,313	17,178
SCL-90				
SOM	0,083	3,833	1,544	0,943
O-C	0,100	3,600	1,765	0,971
INS	0,111	3,667	1,550	1,105
DEP	0,308	3,923	2,110	1,103
ANX	0	3,900	1,800	0,900
HOS	0	4	1,267	1,073
PHO	0	2,714	0,873	0,763
PAR	0	3,833	1,488	1,061
PSY	0,100	3,700	1,295	0,962
GSI	0,267	3,363	1,5162	0,830
TCI				
NS	17,5	82,857	52,293	14,392
HA	37,143	97,143	69,509	13,238
RD	18,750	84,667	55,936	13,872
P	25,000	100	59,254	21,797
SD	18,182	88,636	56,347	14,476
C	35,714	92,857	71,480	13,356
ST	18,182	83,704	47,897	16,961

Tabella 3. Differenze nella DES in funzione della variabile “diagnosi”

Dimensione	Depressione (media ± DS)	Ansia (media ± DS)	p
DES	20,868 18,567	10,621 7,803	*
AMN	18,267 19,312	7,785 8,486	*
ABS	27,167 22,292	17,167 12,120	ns
DEP	17,900 20,058	5,667 5,667	*

* p<0,05; ns= non significativo

Nel TCI le uniche variabili influenzate dalla diagnosi, in maniera statisticamente significativa, sono: NS (depressione>ansia, p<0,01) e la SD (depressione<ansia, p<0,05).

Una successiva analisi, sempre effettuata tramite t-test di Student, ha confrontato il campione, dividendolo in pazienti con DES<20, quindi “non dissocianti” (26, pari al 65% del campione) e pazienti con DES≥20, quindi “dissocianti” (14, pari al 35% del campione) rispetto alle scale SCL-90 e TCI.

Tabella 4. Differenze nella SCL-90 in funzione della variabile “diagnosi”

Dimensione	Depressione (media ± DS)	Ansia (media ± DS)	p
DSOM	1,737 1,024	1,222 0,708	ns
O-C	1,948 0,893	1,460 1,048	ns
INS	1,836 1,057	1,074 1,048	*
DEP	2,535 0,978	1,400 0,940	**
ANX	1,900 0,876	1,633 0,947	ns
HOS	1,487 1,104	0,900 0,942	ns
PHO	0,928 0,705	0,783 0,869	ns
PAR	1,827 1,014	0,922 0,908	**
PSY	1,624 0,875	0,747 0,866	**
GSI	1,804 0,768	1,159 0,794	**

* p<0,05, ** p<0,01; ns= non significativo

Nella SCL-90, i pazienti con ≥ 20 presentano punteggio più elevato rispetto ai pazienti con $DES < 20$ nel GSI ($p < 0,05$) e nelle dimensioni SOM, DEP, ANX, PAR e PSY ($p < 0,05$).

Nel TCI le dimensioni che hanno riportato differenze statisticamente significative nei due gruppi sono: HA (66,187 nei pazienti con $DES < 20$ e 75,677 nei pazienti con $DES \geq 20$, $p < 0,05$) e SD (60,804 nei pazienti con $DES < 20$ e 48,068 nei pazienti con $DES \geq 20$, $p < 0,01$).

Un'ulteriore analisi è stata condotta utilizzando la sottoscala maggiormente patologica della DES, quella che rileva il grado di depersonalizzazione-derealizzazione, andando a confrontare i punteggi alle scale SCL-90 e TCI nei pazienti con $DEP < 20$ e in quelli con $DEP \geq 20$.

Nella SCL-90 i pazienti con $DEP \geq 20$ presentano punteggio più elevato rispetto ai pazienti con $DEP < 20$ nel GSI ($p < 0,05$) e nelle dimensioni SOM ($p < 0,01$), DEP ($p < 0,01$), ANX ($p < 0,05$), PAR ($p < 0,05$) e PSY ($p < 0,05$).

Nel TCI le dimensioni che hanno riportato differenze statisticamente significative nei due gruppi sono: SD (59,861 nei pazienti con $DEP < 20$ e 45,805 nei pazienti con $DEP \geq 20$, $p < 0,01$) e ST (44,063 nei pazienti con $DEP < 20$ e 59,401 nei pazienti con $DEP \geq 20$, $p < 0,05$).

Statistica multivariata: analisi di cluster

Per quanto riguarda l'analisi di cluster, i risultati sono stati ottenuti utilizzando le variabili DES, SCL-90 e le sette dimensioni del TCI.

Nella **Figura 1** possiamo osservare la distribuzione del punteggio medio delle variabili ottenuto con l'analisi di cluster a due gruppi. Il gruppo 1 contiene 27 casi (67,5% del totale). Si caratterizza per un punteggio basso nelle scale DES e GSI della SCL-90. Il gruppo 2 conta 13 casi (32,5% del totale). Si caratterizza per punteggi alti della DES e del GSI.

Nella **Figura 2** possiamo osservare la distribuzione del punteggio medio delle variabili ottenuto con l'analisi di cluster a tre gruppi. Il primo gruppo ha 20 casi (50% del totale). Questo gruppo ha il punteggio basso nelle scale DES e GSI. Il gruppo 2 ha 12 casi (30% del totale). Presenta punteggi alti alla DES e al GSI. Il gruppo 3 contiene 8 casi (20% del totale). Presenta punteggi intermedi della DES e del GSI.

DISCUSSIONE

Considerando la letteratura presente su questo argomento, questo studio è il primo tentativo di analisi di un campione di pazienti italiani e spagnoli.

L'affinità culturale tra queste due nazioni è rilevante per la comparabilità dei risultati, considerando l'influenza che la cultura esercita sull'espressione dell'esperienza dissociativa; difatti, dati riportati in letteratura descrivono come l'esperienza dissociativa sia condizionata anche da fattori etnici e culturali (4).

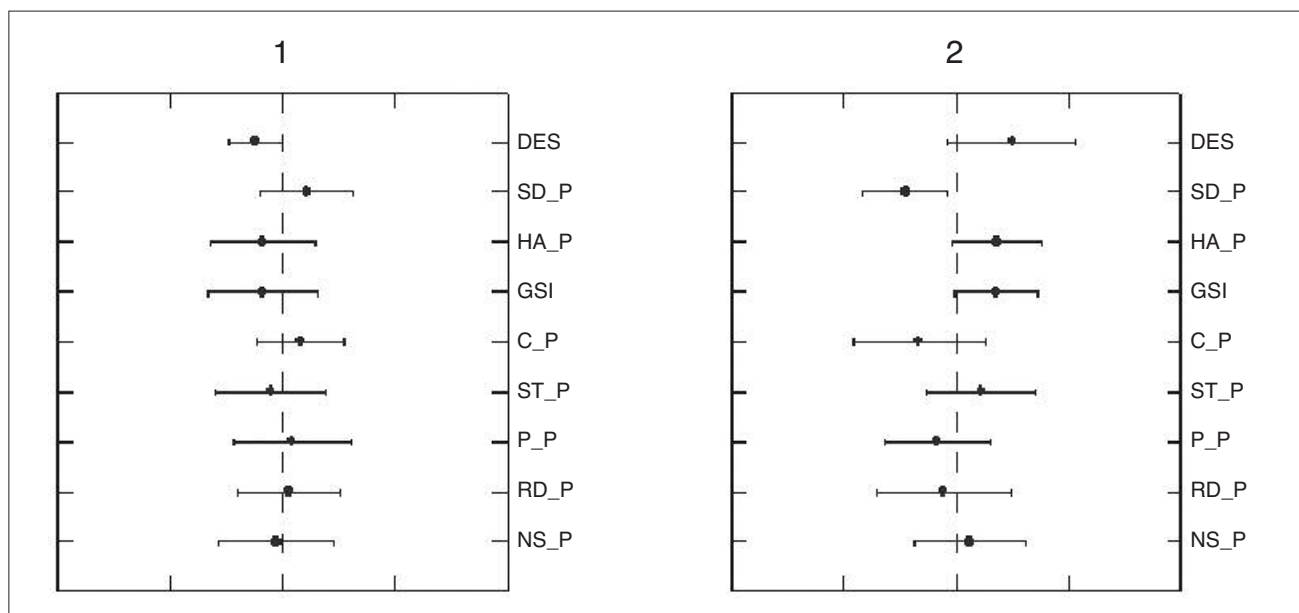


Figura 1. Cluster profile plots a due gruppi.

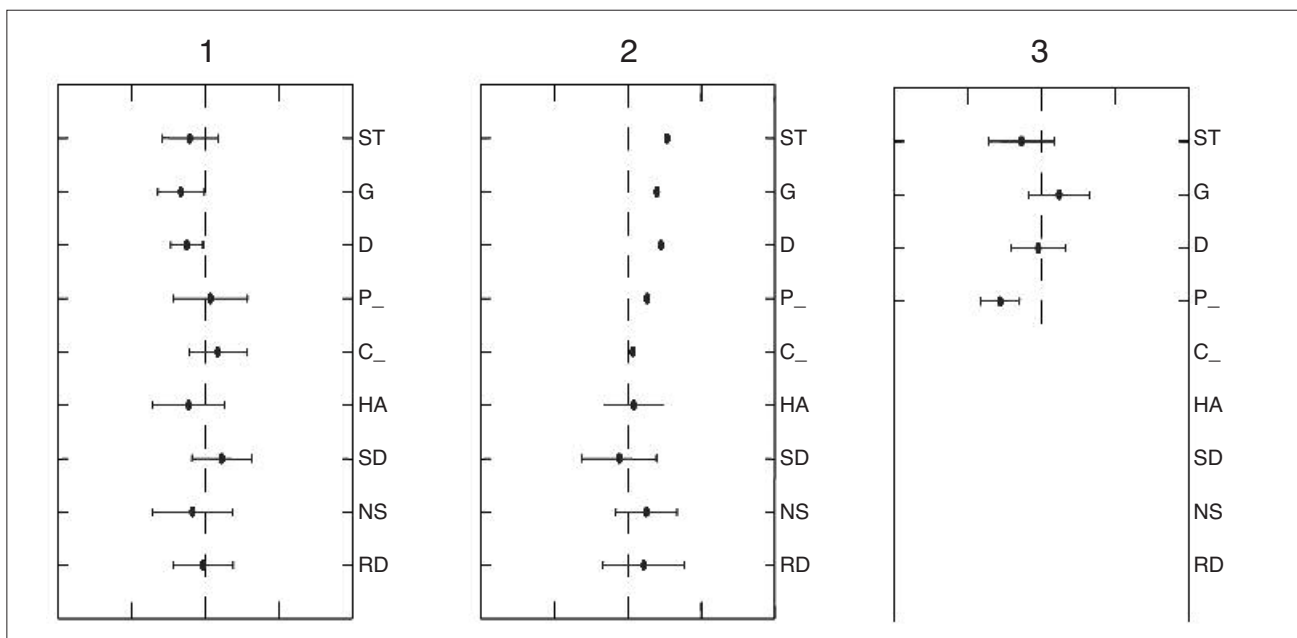


Figura 2. Cluster profile plots a tre gruppi.

Inoltre, i due gruppi sono risultati omogenei sia rispetto all'analisi delle variabili socio-demografiche sia riguardo alla diagnosi categoriale e alle caratteristiche anamnestiche cliniche.

Analizzando i punteggi ottenuti alla scala che misura il livello di dissociazione, si può evidenziare come il nostro campione presenti un punteggio medio alla scala DES di 17,1 al di sotto del punteggio considerato patologico (cut-off: $DES \geq 20$). Ciononostante il 35% del campione presenta uno spiccato stile dissociativo con $DES \geq 20$, concordemente a quanto rilevato in letteratura (33).

Anche l'andamento delle sottoscale della DES riflette questo risultato, come descritto nella **Tabella 2**.

Da questo primo risultato si evidenzia come, in questo campione di pazienti, ai quali è stata fatta diagnosi categoriale di un disturbo dell'umore o d'ansia, la percentuale di pazienti che ha esperienze dissociative è molto elevata.

Nei risultati della SCL-90, l'indice di severità (GSI) indica nel campione un livello di psicopatologia elevato. Nel complesso, la dimensione preponderante è quella depressiva, verosimilmente in rapporto al fatto che il campione è composto da una percentuale maggiore di pazienti con disturbo dell'umore (62,5%, contro il 37,5% di pazienti con disturbi d'ansia), seguita dalla dimensione ANX, che è la scala che al suo interno contiene anche un item per la ricerca della dissociazione ("sensazione che le cose più comuni siano estranee o irreali").

Per quanto riguarda i risultati ottenuti nelle varie dimensioni del TCI, quelle che hanno ottenuto un punteggio medio maggiore sono la cooperatività (C) e l'evitamento del danno (HA). Quest'ultimo si riferisce a una tendenza a rispondere intensamente a segnali di stimoli avversi e ad apprendere a inibire il comportamento per evitare la punizione, la novità, la frustrazione e concorda con quanto studiato in letteratura circa la correlazione positiva esistente con i disturbi dell'umore o di ansia (34).

Per quanto riguarda la cooperatività, in letteratura è stata trovata una correlazione negativa con la presenza di disturbi d'ansia (35,36), mentre sono invece incerti i risultati per i disturbi dell'umore (37,38). Una possibile spiegazione a questa discordanza fra i risultati dello studio presentato e quelli della letteratura potrebbe derivare da influenze ambientali e culturali.

Per quanto riguarda l'analisi condotta dividendo il campione per diagnosi (disturbi dell'umore o disturbi d'ansia), un primo interessante risultato è che i pazienti depressi mostrano livelli medi più alti di esperienza dissociativa, in maniera statisticamente significativa. Questo risultato concorda con quanto presente in letteratura (5,39), delineando una possibile sovrapposizione (*comorbidity*) tra disturbo depressivo e sintomi dissociativi.

Nella scala SCL-90 sono stati trovati punteggi statisticamente più elevati nei pazienti depressi rispetto

agli ansiosi nelle sottoscale DEP, PAR, PSY, GSI (con $p < 0,01$) e INS (con $p < 0,05$).

Questi dati concordano con i dati presenti in letteratura che mostrano come esista una associazione tra queste sottoscale e i disturbi depressivi (40).

Analizzando il TCI, i pazienti ansiosi hanno ottenuto punteggi medi significativamente più alti nella dimensione autodirettività (SD).

Considerando un gruppo di pazienti con $DES \geq 20$, definiti come “dissocianti”, e un gruppo con $DES < 20$, “non dissocianti”, relativamente ai punteggi della SCL-90, sembra evidente come a un maggior grado di dissociazione corrisponda un livello globale sintomatologico più grave. Tale risultato si conferma se analizziamo i punteggi medi dei pazienti con $DEP \geq 20$, che si mantengono più elevati nelle stesse sottoscale. Nei gruppi discriminati in base alla $DEP \geq 20$ o $DEP < 20$, questi risultati vengono in parte confermati. Qui la HA non ha rilevanza statistica, pur mantenendosi più alta nel gruppo con $DEP \geq 20$, mentre la SD rimane più alta in modo statisticamente significativo nei pazienti che presentano più rilevanti fenomeni di depersonalizzazione e derealizzazione. Questo gruppo ha anche punteggio medio più alto alla ST, scala che descrive una tendenza alla fantasticheria e al “sogno a occhi aperti”, contro una tendenza a una maggior aderenza al senso di realtà che caratterizza il gruppo dei non dissocianti.

Questo dato concorda con uno studio presente in letteratura (41), che ha valutato, in un campione di pazienti psichiatrici, i punteggi della SCL-90 e delle sue sottoscale, riscontrando un aumento globale dei punteggi nei pazienti che presentavano un disturbo dissociativo, oltre a una diagnosi già presente in Asse I.

Si può evidenziare come, nel campione considerato, si possa individuare l'attuazione di uno stile dissociativo legata ad alcune dimensioni psicopatologiche, quali:

- la somatizzazione, che esprime la sofferenza derivante dalla percezione di disfunzioni somatiche;
- la depressione, intesa come perdita di interesse in generale, demotivazione, diminuzione del tono dell'umore e perdita di energia;
- l'ansia, che comprende nella SCL-90 anche i sintomi dissociativi;
- l'ideazione paranoide, che descrive caratteristiche quali l'ostilità, il sospetto, l'egocentrismo, la proiezione, la grandiosità e la perdita di autonomia;
- lo psicoticismo, che in un gruppo di pazienti con disturbo dell'umore o di ansia indica una particolare gravità del quadro, con la presenza di ideazione a carattere delirante di colpa, rovina o ipocondriaco e appiattimento affettivo con ritiro sociale.

In merito ai punteggi medi del TCI, differenze statisticamente significative si ritrovano nei punteggi medi dell'evitamento del danno (HA), maggiore nei pazienti che mostrano un più spiccato stile dissociativo, e nella autodirettività (SD), maggiore, viceversa, nei pazienti che utilizzano meno meccanismi dissociativi. La SD più alta si ritrova, come detto in precedenza, anche nel raggruppamento per diagnosi nei pazienti ansiosi. Questo potrebbe essere letto come conferma dell'ipotesi che siano i pazienti depressi a utilizzare una più spiccata difesa dissociativa, avendo meno risorse per affrontare le difficoltà.

L'ultima analisi condotta, quella di cluster, ha avuto lo scopo di formare dei gruppi di osservazione omogenei di pazienti “dissocianti” e “non dissocianti”.

La caratteristica fondamentale del gruppo dei “non dissocianti” è che in questo cluster si situano i pazienti con minor gravità psicopatologica (come si evince dal punteggio basso ottenuto alla GSI), con bassa HA, quindi provvisti di maggior energia ed estroversione rispetto agli altri, e soprattutto con alta SD e C, che sono le dimensioni che rendono conto maggiormente dell'adattabilità al mondo esterno, della buona autostima, della capacità di provare empatia e della capacità di trovare strategie per affrontare le difficoltà.

I profili che si ottengono per il gruppo dei “dissocianti” sono due.

Il primo identifica pazienti con livelli intermedi non solo nel punteggio della DES, ma anche del GSI. Analizzando il TCI, si tratteggiano soggetti poco empatici, più rivolti verso se stessi, con la tendenza alla colpevolizzazione dell'altro, concreti e con bassa tendenza alla fantasticheria. Potrebbero rientrare nella definizione di “nevrotici”, cioè soggetti che, pur non distaccandosi completamente dalla realtà oggettuale, hanno perduto gran parte del proprio interesse per essa, con maggior attenzione rivolta verso se stessi e il proprio corpo, e che non riescono a intraprendere un autentico rapporto con gli altri (42).

Il secondo profilo identifica i pazienti dissocianti più gravi. In base al TCI, si denota una maggior tendenza alla fantasticheria, ma anche alla sospettosità, all'auto-referenzialità e all'appiattimento affettivo (a punteggi più elevati di DES e DEP corrisponde anche un punteggio più elevato di PAR e PSY della SCL-90).

CONCLUSIONI

Nonostante alcuni limiti dello studio, quali la non elevata numerosità del campione clinico e l'assenza di un campione di soggetti non clinici di confronto, i risultati offrono alcuni spunti di riflessione e delineano al-

cune prospettive di ulteriori futuri approfondimenti dell'indagine, in un'area in cui le evidenze sperimentali risultano ancora carenti rispetto alle osservazioni della clinica.

È interessante considerare come l'approccio diagnostico categoriale, che attualmente segue i criteri del DSM-IV-TR, è sicuramente di utile impiego nella clinica e nella ricerca, ma "avendo come obiettivo primario l'individuazione dei sintomi previsti dai criteri diagnostici, non è in grado di cogliere l'intero spettro delle manifestazioni sottosoglia e atipiche associate al disturbo come pure i casi che si pongono al confine tra diverse patologie" (43). Il mancato riconoscimento di questi elementi può costituire un limite sul piano clinico-terapeutico.

La definizione di una categoria di pazienti, effettuata basandosi sulla presenza di sintomi dissociativi e di elementi psicopatologici di personalità, trasversalmente rispetto alle differenti diagnosi, potrebbe essere di aiuto per adottare strategie terapeutiche più efficaci. Dal punto di vista farmacologico, sarebbe sconsigliata la prescrizione di benzodiazepine, che possono favorire i sintomi dissociativi, in particolare amnesici. L'uso di stabilizzatori del tono dell'umore, in aggiunta agli antidepressivi, potrebbe rivelarsi una strategia più appropriata, visto anche che l'intenzionalità suicidaria, in questa tipologia di pazienti, non sembra recedere con trattamento antidepressivo (5). Tenendo presente che non esiste una terapia farmacologica rivelatasi specificamente efficace per i sintomi dissociativi, nella formulazione di un progetto terapeutico sarebbe indicata una terapia integrata, che comprenda trattamenti di tipo farmacologico e psicoterapico.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Kihlstrom JF. Dissociative disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 227-53.
3. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 499-510.
4. Seedat S, Stein MB, Forde DR. Prevalence of dissociative experiences in the community sample. Relationship to gender, ethnicity, and substance use. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 115-20.
5. Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, et al. The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 269-74.
6. Ellason JW, Ross CA. Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 832-9.
7. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 363-8.
8. Johnson DM, Pike JL, Chard KM. Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 179-98.
9. Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, Vance K, Kao TC, et al. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1808-10.
10. Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 482-8.
11. Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB. Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1081-8.
12. Frueh BC, Gold PB, de Arellano MA. Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD: differentiation on the basis of compensation seeking status. *J Pers Assess* 1997; 68: 369-84.
13. Dancu CV, Riggs DS, Hearst-Ikeda D, Shoyer BG, Foa EB. Dissociative experiences and post-traumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress* 1996; 9: 253-67.
14. Lawrence KJ, Cozolino L, Foy DW. Psychological sequelae in adult females reporting childhood ritualistic abuse. *Child Abuse Negl* 1995; 19: 975-84.
15. Frueh BC, Mirabella RF, Chobot K, Fossey MD. Chronicity of symptoms in combat veterans with PTSD treated by the VA mental health system. *Psychol Rep* 1994; 75: 843-8.
16. Loewenstein RJ. An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 567-604.
17. Mula M, Pini S, Preve M, Masini M, Giovannini I, Cassano GB. Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009; 115: 252-6. Epub 2008 Sep 11.
18. Oedegaard KJ, Neckelmann D, Benazzi F, Syrstad VE, Akiskal HS, Fasmer OB. Dissociative experiences differentiate bipolar-II from unipolar depressed patients: the mediating role of cyclothymia and the Type A behaviour speed and impatience subscale. *J Affect Disord* 2008; 108: 207-16. Epub 2008 Feb 20.
19. Bob P, Fedor-Freybergh PG, Susta M, Pavlat J, Jasova D, Zima T, et al. Depression, prolactin and dissociated mind. *Neuro Endocrinol Lett* 2007; 28: 639-42.
20. Michal M, Kaufhold J, Grabhorn R, Krakow K, Overbeck G, Heidenreich T. Depersonalization and social anxiety. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 629-32.
21. Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K. Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 755-60.
22. Lipsanen T, Korkeila J, Peltola P, Järvinen J, Langen K, Lauerma H. Dissociative disorders among psychiatric patients. Comparison with a nonclinical sample. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 53-5.
23. Lipsanen T, Saarijärvi S, Lauerma H. Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia: overlapping or independent constructs? *Psychopathology* 2004; 37: 200-6.
24. Pastucha P, Prasko J, Grambal A, Latalova K, Sigmundova Z, Svkorova T, et al. Panic disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett* 2009; 30: 774-8.
25. Molina-Serrano A, Linotte S, Amat M, Souery D, Barreto M. Dissociation in major depressive disorder: a pilot study. *J Trauma Dissociation* 2008; 9: 411-21.
26. Coons PM. The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 637-48.
27. Bernstein EB, Putnam FW. Dissociative Experience Scale (DES). 1986.
28. Cloninger CR, Prybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1994.

29. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. Self-Report Symptom Inventory-Revised. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1970.
30. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50.
31. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
32. Psychopharmacology Research Branch (PRB) del NIMH, Clinical Global Impressions (CGI), USA.
33. Hunter ECM, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 9-18.
34. Pelissolo A, Corruble E. Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale* 2002; 28: 363-73.
35. Marteinsdottir I, Tillfors M, Furmark T, Anderberg UM, Ekselius L. Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 29-35.
36. Allgulander C, Cloninger CR, Przybeck TR, Brandt L. Changes on the Temperament and Character Inventory after paroxetine treatment in volunteers with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 165-6.
37. Bayon C, Hill K, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *J Psychiatr Res* 1996; 30: 341-52.
38. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 490-96.
39. Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, et al. Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 387-94.
40. Kennedy BL, Morris RL, Pedley LL, Schwab JJ. The ability of the Symptom Checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q* 2001; 72: 277-88.
41. Steinberg M, Barry DT, Sholomskas D, Hall P. SCL-90 symptom patterns: indicators of dissociative disorders. *Bull Menninger Clin* 2005; 69: 237-49.
42. Sarteschi P, Maggini C. *Manuale di Psichiatria*. Bologna: Ed SBM, 1982.
43. Cassano GB, Tundo A. *Lo spettro dell'umore*. Milano: Elsevier, 2008.