

La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione

Costanzo FRAU
Studio di Psicologia Cognitiva
e Comportamentale (Cagliari)

Abstract

From the first years of the 1900s to the last decades of the century, the concept of dissociation fell into oblivion. It is only after the Vietnam war and the introduction of diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder into DSM III that the interest in trauma and dissociation resurged. The influence of Freud and the psychoanalytic paradigm, as well as the Neo-Kraepelinians' attempt to restrict nosology to biological aspects, eclipsed Pierre Janet's work on dissociation and its influence on the definition of schizophrenia for many years.

Shifting the focus to dissociative phenomenology will allow to reassess many of the DSM-5 diagnostic categories and to improve differential diagnosis between psychiatric disorders.

Key words

Trauma, psychosis, dissociation, diagnosis of Sanluri's Mental Health Center

Riassunto

Dai primi anni del 1900 fino all'ultimo ventennio del secolo, il concetto di dissociazione è finito nell'oblio. Solo dopo la Guerra del Vietnam e l'introduzione nel DSM-III della diagnosi del Disturbo da Stress Post-traumatico rinasce l'interesse per il trauma e la dissociazione. L'influenza di Freud e del paradigma psicoanalitico e il tentativo dei neo-Kraepeliniani di ricondurre la nosologia unicamente agli aspetti biologici, hanno nascosto per tanti anni il lavoro di Pierre Janet sulla dissociazione e la sua influenza sulla definizione di schizofrenia.

Spostare il fulcro dell'attenzione sulla fenomenologia dissociativa permette di rivalutare molte delle categorie diagnostiche fatte dal DSM-5 e di migliorare la diagnosi differenziale tra i diversi disturbi psichiatrici.

Parole chiave

Trauma, psicosi, dissociazione, diagnosi del Centro Salute Mentale di Sanluri

1. Cenni storici sulla diagnosi di schizofrenia e sulla dissociazione

1.1 Bleuler e il concetto di schizofrenia

Quando cento anni fa, Eugen Bleuler pubblicò il suo lavoro *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, il costrutto di *schizofrenia* era influenzato dal concetto di dissociazione¹. Da allora la connessione tra eventi di vita traumatici, processi dissociativi e sintomi psicotici è andata persa.

Se da una parte Bleuler sosteneva che il disturbo avesse una base organica, dall'altra riconosceva i sintomi descritti dai suoi pazienti e li ricollegava alle loro esperienze di vita, utilizzando la psicoterapia nel suo lavoro clinico. In effetti egli propose una prima ipotesi di modello diatesi-stress, nel quale la predisposizione individuale (tendenze dissociative o perdita della funzione associativa) doveva collegarsi ad eventi di vita stressanti, per potersi manifestare nella schizofrenia. Ma, in alcuni suoi scritti, considerava anche la possibilità (condivisa dal collega Carl Jung) che affetti intensi o esperienze traumatiche di per sé potessero condurre al peggioramento e alla "scissione" o "splitting" osservata nella schizofrenia².

Il termine *schizofrenia* fu utilizzato per la prima volta da Bleuler nell'Aprile del 1908 a Berlino durante una conferenza della psichiatria tedesca. Egli sosteneva che il termine *dementia praecox*, utilizzato da Kraepelin non fosse adeguato per definire la schizofrenia. Non erano necessari per questo né un deterioramento mentale, "demenza", né uno sviluppo precoce, "praecox". Nella presentazione di Berlino argomentò «Io definisco la *dementia praecox* "schizofrenia" perché, come spero di dimostrare, la scissione delle differenti funzioni psichiche è una delle sue caratteristiche più importanti»³. Qualche anno dopo, nel 1911, Bleuler scriveva: «se il disturbo è marcato, la personalità perde la sua unità; in differenti momenti sembra che la personalità sia rappresentata da diversi complessi psichici [...], una parte di complessi domina la personalità per un periodo, mentre gli altri gruppi di idee impulsi sono "scissi" e sembrano entrambi parzialmente o completamente impotenti»⁴.

La natura profondamente dissociativa del concetto di schizofrenia, così come venne definito da Bleuler, fu ignorata per molti decenni.

Le idee di Bleuler, così come quelle di Jung, contrariamente a quanto si è sempre creduto, furono influenzate prevalentemente dalla teoria dissociazionista di Pierre Janet. Il concetto di "complesso", utilizzato da Bleuler e da Jung e definito come un «clusters di idee "cementificate", tenute assieme da intensi affetti e accompagnate da innervazioni somatiche», aveva molto in comune con quello janetiano di "idee fisse"⁵. Le "idee fisse" erano state descritte da Janet come «la formazione di nuove sfere di coscienza attorno a memorie di esperienze vissute con una certa attivazione [...], le quali organizzano gli elementi cognitivi, affettivi e viscerali del trauma e nel mentre mantengono questi fuori dallo stato di consapevolezza cosciente»⁶.

Va sottolineato il fatto che, nonostante Bleuler e Jung fossero d'accordo tra loro riguardo al concetto di "perdita di associazioni" o "splitting" nella schizofrenia, si differenziavano notevolmente riguardo alle sue cause. Mentre l'idea di Jung, più vicina a quella di Janet, ruotava intorno al fatto che

¹ ANDREW MOSKOWITZ, Introduction, in A. MOSKOWITZ, I. SCHAFFER, M.J. DORAHY, *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley-Blackwell, London 2008, pp. 2-3.

² EUGEN BLEULER, CARL GUSTAV JUNG, *Komplexe und Krankheitsursachen bei Dementia praecox*, in «Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie», XIX, 1908, pp. 220-227.

³ ID., *The prognosis of dementia praecox: the group of schizophrenias*, in *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept: Translations of Seminal European Contributions on Schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge 1987, pp. 59-74.

⁴ ID., *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, International Universities Press, New York 1950.

⁵ HENRI ELLENBERGER, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* Basic Books, New York 1970.

⁶ BESSEL VAN DER KOLK, OTTO VAN DER HART, *Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma*, in «American Journal of Psychiatry», 146, (12), 1989, pp. 1530-1540.

l'intensità delle esperienze affettive potesse di per sé causare lo splitting, Bleuler sosteneva che ci fosse alla base un indebolimento mentale preesistente con base organica.

Si può sostenere, quindi, che la teoria di Bleuler sulla schizofrenia presenti intrinseche connessioni con le idee di Janet e quindi con gli attuali aspetti di dissociazione e dissociazionismo⁷.

Paradossalmente, verso la fine del 1800, il lavoro di Bleuler rappresentò da una parte l'apice dell'interesse per il legame tra dissociazione e psicosi, dall'altra ne decretò la scomparsa. Con la sua insistenza sulle basi organiche della schizofrenia, lo psichiatra svizzero accelerò la perdita di interesse per i disturbi dissociativi conseguenti al trauma e l'inizio della medicalizzazione della schizofrenia. La medicalizzazione assunse un ruolo centrale nella seconda metà del ventesimo secolo con l'ascesa e la dominanza del paradigma biologico neo-Kraepeliniano, il quale spinse per il ritorno ad una separazione netta tra i vari disturbi mentali, alle basi biologiche e spesso genetiche, e per la discontinuità tra il funzionamento "normale" e "anormale"⁸.

1.2 Pierre Janet: i primi studi sulla "désagrégation"

Il paradigma basato sulla dissociazione ha le sue fondamenta nel lavoro dello psicologo francese Pierre Janet. Nei suoi primi studi clinici descrisse la psicosi isterica come una tipologia di "sogno ad occhi aperti" durante il quale il soggetto non può differenziare tra gli elementi del sogno e la normale percezione⁹.

Egli stabilì, inoltre, che i cosiddetti "sogni ad occhi aperti" erano correlati alle esperienze traumatiche. In accordo con quanto sosteneva Janet, una psicosi potrebbe essere considerata isterica se si può stabilire la sua natura dissociativa. I criteri per questa sono:

- La psicosi include fenomeni dissociativi (come per esempio l'amnesia e l'anestesia);
- La psicosi stessa potrebbe essere uno stato mentale dissociato (il quale potrebbe alternarsi con altri stati mentali o parti della personalità);
- Deve esserci una "separazione" (splitting) o sdoppiamento della mente (divisione della personalità in sottosistemi che sono normalmente integrati, ognuno con il proprio senso di sé);
- Devono sussistere fenomeni subconsci (come espressioni e azioni comportamentali agiti senza coscienza personale);
- Devono essere presenti stati alterati di coscienza.

Janet sosteneva che la psicosi isterica potesse svilupparsi progressivamente¹⁰. Inizialmente certe sequenze di immagini (la riattivazione degli eventi traumatici) dominano la coscienza durante un attacco isterico. Nel tempo, il contenuto traumatico potrebbe intervenire durante gli intervalli tra gli attacchi isterici, trasformando la psicosi isterica in una psicosi cronica. Janet credeva che la psicosi isterica potesse essere trattata con la psicoterapia, dato che la sua natura dissociativa la rendeva soggetta ad ipnosi. L'ipnositerapia era perciò il trattamento d'elezione in questi casi¹¹. Nel suo lavoro scriveva: «l'emozione indotta dal trauma è un fenomeno patologico che porta allo sfinimento

⁷ ANDREW MOSKOWITZ, *Trauma, dissociation, attachment and psychosis: Toward a new paradigm of psychopathology*, (abstract), in *Trauma, dissociation and attachment in the 21st century: where are we heading?* (ESTD 2014 Conference, Copenhagen, 27-29 March 2014), European Society for Trauma and Dissociation, Copenhagen 2014, p. 11.

⁸ G.L. KLERMAN, *The evolution of a scientific nosology*, in *Schizophrenia: Science and Practise*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1978.

⁹ PIERRE JANET, *Un cas de possession et l'exorcisme moderne*, in «Bulletin de l'Université de Lyon», Dec. 1894-Jan. 1895, pp. 41-57.

¹⁰ ID., *The Mental State of Hystericals*, University Publications of America, Washington (DC) 1977.

¹¹ OTTO VAN DER HART, P. BROWN, BESSEL VAN DER KOLK, *Pierre Janet's psychological treatment of posttraumatic stress*, in «Journal of Traumatic Stress», 2, 1989, pp. 379-395.

dell'individuo, cioè un indebolimento delle sue energie psicologiche, o della forza e tensione mentale. Questo indebolimento della forza e della tensione mentale causa una diminuzione della capacità di sintesi psicologica, facilitando la formazione di idee fisse. Questo processo è chiamato «*désagrégation*»¹².

All'inizio del XX secolo diminuì l'interesse riguardo all'isteria, l'ipnosi e la psicosi isterica. Questo successe fondamentalmente per due motivi. Da una parte l'isteria fu considerata come un disturbo mentale, non più rispettato perché privo di una base organica; di conseguenza i pazienti con psicosi isterica furono trattati come dei simulatori di malattia o come facilmente suggestionabili (tuttora i pazienti con disturbo da conversione vivono in questa zona d'ombra). Dall'altra il concetto di schizofrenia introdotto da Bleuler inglobò al suo interno diversi disturbi mentali, rappresentando la causa principale nel declino della psicosi isterica¹³.

Van der Hart, Witztum e Friedman hanno rietichettato e riconcettualizzato la psicosi isterica come psicosi dissociativa¹⁴. Gli autori hanno analizzato diversi casi storici di psicosi isterica evidenziando come le esperienze traumatiche rappresentassero i principali fattori eziologici. Hanno concluso che questo disturbo può essere riconsiderato come una forma di disturbo traumatico che causa dissociazione strutturale (la quale prevede l'esistenza di parti dissociate della personalità), in poche parole un disturbo dissociativo.

Il sistema diagnostico attuale non prevede dei criteri operazionabili adeguati per identificare la psicosi isterica o il corrispondente attuale, la psicosi dissociativa. Questa è la ragione principale per cui la sua validità non è stata stabilita adeguatamente ed empiricamente.

2. Kraepelin e il paradigma neo-Kraepeliniano sui disturbi mentali

Diversamente da Bleuler, le idee di Kraepelin sulla *Dementia Praecox* erano meno influenzate dalla psicologia. Egli sosteneva che la dissociazione fosse irrilevante per la concettualizzazione diagnostica. Piuttosto, l'approccio di Kraepelin all'analisi dei disturbi mentali fu influenzato fortemente dalla classificazione biologica, come la tassonomia delle piante di Linneo o il sistema di classificazione sviluppato dal fratello, il biologo Karl Kraepelin¹⁵.

Inoltre, il modello sul quale l'autore basava il suo concetto di *Dementia Praecox* era quello di *Paresi Generale del malato di mente*, a volte definita *Demenza Paralitica*. La Paresi Generale, molto diffusa in Europa nella prima parte del XIX secolo, era una condizione terminale che combinava i sintomi psicotici con la paralisi e in ultima istanza con la morte. Il collegamento tra i sintomi della *Paresi Generale* e i disturbi al cervello causati dalla fase avanzata dell'infezione da sifilide, fornirono a Kraepelin l'idea per un nuovo paradigma, un nuovo modello patologico per i disturbi mentali in generale e per la "dementia praecox" in particolare¹⁶.

L'esempio della Paresi Generale, con la concettualizzazione che i disturbi mentali, così come qualsiasi patologia psichica, fossero studiati come un danno a livello cerebrale, non condizionò solo le classificazioni di Kraepelin, ma anche la stesura del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III) e l'ICD-9¹⁷.

¹² G. HEIM, K.E. BUHLER, *Psychological trauma and fixed ideas*, in *Pierre's Janet conception of dissociative disorders*, in «American Journal of Psychotherapy», 60 (2), 2006, pp. 111-129.

¹³ J.M. MALEVAL, *Folies Hystériques et Psychoses Dissociatives*, Payot, Paris 1981.

¹⁴ O. VAN DER HART, E. WIZTUM, B. FRIEDMAN, *From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis*, in «Journal of Traumatic Stress», 2, 1993, pp. 365-378.

¹⁵ M.M. WEBER, E.J. ENGSTROM, *Kraepelin's "diagnostic cards": The confluence of clinical research and preconceived categories*, in «History of Psychiatry», 8, 1997, pp. 375-385.

¹⁶ A. JABLENSKY, *Kraepelin's legacy: Paradigm or pitfall for modern psychiatry?*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 245, 1995, pp. 186-188.

¹⁷ ID., *Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry*, in «History of Psychiatry», 18, 2007, pp. 381-388.

Negli ultimi 40 anni la classificazione dei disturbi mentali è stata dominata da questo approccio, seguito principalmente da un gruppo di psichiatri americani identificatisi come neo-Kraepeliniani. Questo “movimento” cominciò a rivedere il sistema diagnostico dei disturbi psichiatrici nel 1970, raggiungendo il suo obiettivo con la pubblicazione del DSM-III nel 1980. L’idea di base era quella di creare un sistema diagnostico più affidabile rispetto ai precedenti. In realtà i neo-Kraepeliniani erano motivati dalla credenza che questi disturbi fossero di natura medica come qualsiasi altro.

Un gruppo di ricerca tra i neo-Kraepeliniani definì meglio la distinzione tra schizofrenia e la sindrome maniaco-depressiva, una distinzione che secondo loro era stata offuscata dalla categoria generica definita da Bleuler. Fece questo sottolineando con forza i sintomi psicotici nei criteri diagnostici della schizofrenia (in particolare le allucinazioni uditive e i deliri proposti da Kurt Schneider – i cosiddetti sintomi di primo rango) e minando la validità della categoria dei disturbi schizoaffettivi in diversi modi¹⁸.

La dicotomia Kraepeliniana di schizofrenia e disturbi bipolari è stata considerata esplicitamente come la base per una nosologia fondata sulla biologia; infatti, gli attacchi portati ad una chiara differenziazione tra schizofrenia e disturbo bipolare sono stati visti come un pericolo per la validità di tutto il sistema diagnostico¹⁹.

Inoltre il modello neo-Kraepeliniano definì due assunzioni generali che includono: a) i disturbi mentali sono distinti l’uno dall’altro e dalla normalità; b) i progressi nella comprensione dei disturbi mentali si faranno primariamente focalizzandosi sulla neurobiologia²⁰.

In linea con la concezione di “scienza” avanzata da Kuhn²¹, nella sua opera più celebre e conosciuta *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, si può sostenere che la scienza attraversi alcune fasi che sono indicative di come essa operi. L’autore conia il termine “paradigma” per indicare l’insieme di teorie, leggi e strumenti che definiscono una tradizione di ricerca in cui le teorie sono accettate universalmente. Il paradigma può cambiare dopo una rivoluzione scientifica quando sono presenti tre condizioni: a) un periodo di crisi durante il quale si fallisce nel dare adeguate risposte a questioni considerate fondamentali; b) un periodo anomalo durante il quale vengono osservati dei fenomeni non chiaramente compatibili con il paradigma fondamentale; c) un paradigma alternativo che spieghi molti dei risultati precedenti e permetta che molte delle anomalie osservate diventino più chiare. Il paradigma usato dagli scienziati va considerato, secondo Kuhn, come teorico ed è esente da qualsivoglia forma di verifica: ciò che è possibile verificare è solamente una parte del paradigma stesso, un suo specifico elemento.

Sin dalla pubblicazione del DSM-III nel 1980, nel mondo psichiatrico si è imposto il paradigma neo-Kraepeliniano. Esso ha concentrato l’attenzione sulla schizofrenia e messo ai margini l’accettazione dei disturbi dissociativi e il disturbo da stress post-traumatico (DSPT). Questo paradigma è oggi minacciato da più parti, dal suo interno così come da fuori, e ci sono buone ragioni per sostenere che sia un paradigma in crisi.

¹⁸ A. MOSKOWITZ, G. HEIM, *Affect, dissociation, psychosis: Essential components of the historical concept of schizophrenia*, in A. GUMLEY, A. GILHAM, K. TAYLOR, M. SCHWANNAUER (Eds.), *Psychosis and emotion: The role of emotions in understanding psychosis, therapy and recovery*, Routledge, London 2013.

¹⁹ R. E. KENDELL, *Diagnosis and classification of functional psychoses*, in «British Medical Bulletin», 43, 1987, pp. 499-513.

²⁰ G.L. KLERMAN, *The evolution of a scientific nosology*, in J. C. SHERSOW (Ed.), *Schizophrenia: science and practise*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1978, pp. 91-121.

²¹ THOMAS KUHN, *The structure of scientific revolutions*, University of Chicago Press, Chicago (IL) 1970.

3. Il crollo del paradigma neo-Kraepeliniano

Il modello neo-kraepeliniano ha iniziato a vacillare. Il primo colpo arriva paradossalmente dalla stesura del DSM-III (APA, 1980)²². Tra le diverse categorie di disturbi ne furono definite due – il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e il disturbo schizoaffettivo – che ne hanno minato le assunzioni fondamentali. Il DPTS (attualmente considerato da Van der Hart, Nijenhuis e Steele come un disturbo dissociativo) presupponeva che eventi di vita traumatici potessero provocare dei disturbi mentali in assenza di una presunta predisposizione genetica; il disturbo schizoaffettivo faceva crollare il muro divisorio tra schizofrenia e disturbo bipolare, i due pilastri dell'edificio neo-Kraepeliniano²³.

Dalla fine del ventesimo secolo la costruzione di Kraepelin sembra sempre più instabile.

Non c'è stata finora nessuna evidenza scientifica che abbia supportato l'idea centrale del paradigma neo-Kraepeliniano che ci siano delle chiare basi genetiche o biologiche per la schizofrenia e gli altri disturbi mentali, nessuna prova che questi ultimi siano separati l'uno dall'altro e dalla normale esperienza. La comorbilità di diverse diagnosi, incompatibile con il punto di vista delle diagnosi come categorie nettamente separabili, è stata uno dei principali problemi del DSM-IV. I sintomi psicotici sono stati riconosciuti come comuni a diversi disturbi, oltre che alla schizofrenia, e la loro presenza in una grossa fetta della popolazione senza nessuna diagnosi di disturbo mentale suggerisce che la distinzione tra normalità e patologia non sia così netta²⁴.

Sono state accumulate sempre più evidenze riguardanti la validità del disturbo schizoaffettivo, un cambiamento fondamentale nella dicotomia kraepeliniana. La dimostrazione della presenza, in molti pazienti, di evidenti sintomi schizofrenici ed affettivi, ha inferto un ulteriore colpo alla distinzione netta tra schizofrenia e disturbi bipolari, gettando le basi per un'analisi delle gravi psicopatologie secondo un modello dimensionale, piuttosto che categoriale. Inoltre c'è stato un evidente fallimento delle ricerche basate sulla genetica, nel trovare un collegamento forte tra la schizofrenia e i disturbi bipolari²⁵.

Il modello neo-Kraepeliniano inizia a collassare su sé stesso e un nuovo paradigma sta emergendo. Un elemento centrale, che è stato a lungo trascurato, si sta facendo spazio, assumendo il ruolo di mediatore tra il trauma e la psicosi. In effetti, ad eccezione di qualche ricercatore, come ad esempio Colin Ross, è sempre stata posta poca attenzione al ruolo dei processi dissociativi nello sviluppo dei sintomi psicotici. Lo psichiatra canadese²⁶ ha sostenuto che molti dei casi che Bleuler descriveva come "schizofrenici" potrebbero essere oggi considerati Disturbi Dissociativi d'Identità (DDI). L'autore ha messo in evidenza l'influenza di Pierre Janet e degli altri dissociazionisti sullo sviluppo delle idee di Bleuler.

D'altra parte, l'ultimo decennio ha visto l'emergere di numerose pubblicazioni riguardanti il collegamento fra trauma e psicosi. I sintomi psicotici appaiono collegati al trauma, sia al trauma in età adulta (particolarmente quando sono associati al Disturbo da Stress Post-Traumatico), sia ai traumi interpersonali dell'infanzia²⁷.

²² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1980.

²³ A. MOSKOWITZ, *Trauma, dissociation, attachment and psychosis*, cit., p. 11.

²⁴ J. VAN OS, R. J. LINSKOTT, I. MYIN-GERMEYS, P. DELESPAUL, L. KRABBENDAM, *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness – persistence – impairment model of psychotic disorder*, in «Psychological Medicine», 39, 2008, pp. 179-195.

²⁵ G. THAKER, *Psychosis endophenotypes in schizophrenia and bipolar disorder*, «Schizophrenia Bulletin», 34, 2008, pp. 720-721.

²⁶ COLIN ROSS, *Dissociation, psychosis, and catatonia*, (abstract), in *Trauma, dissociation and attachment in the 21st century: where are we heading?* (ESTD 2014 Conference, Copenhagen, 27-29 March 2014), European Society for Trauma and Dissociation, Copenhagen 2014, p. 19.

²⁷ L. ARSENEAULT, M. CANNON, H. FISHER, G. POLANCZYK, T.E. MOFFITT, A. CASPI, *Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study*, in «American Journal of Psychiatry», 168, 2011, pp. 65-72.

Studi retrospettivi, che hanno dimostrato come pazienti con disturbi psicotici (e disturbi dissociativi) riportassero maggiormente storie di traumi infantili, sono stati integrati con altri studi prospettici che hanno dimostrato un collegamento tra le esperienze infantili sfavorevoli e lo sviluppo di sintomi psicotici²⁸. Questi studi di tipo longitudinale iniziano ad essere ben progettati, controllando meglio le variabili potenzialmente confondenti, come quelle genetiche.

Molti sintomi psicotici, nello specifico i sintomi di primo rango di Schneider sui quali si basa la diagnosi di schizofrenia, sono riscontrati comunemente in persone con disturbi dissociativi, forse in misura maggiore rispetto alla schizofrenia²⁹.

Ancora, è stato dimostrato come il trauma psicologico sia legato allo sviluppo di deliri e allucinazioni e la dissociazione sia un predittore molto forte delle allucinazioni uditive, ma non dei deliri, in una grossa fetta della popolazione³⁰.

I deliri sono stati riscontrati con una certa frequenza nel Disturbo da Stress Post-traumatico, non sempre con evidenti contenuti traumatici. Molti hanno definito questo caso un sottotipo psicotico del DPTS³¹. Una dozzina di studi hanno indagato la comorbidità tra disturbi dissociativi, altre tipologie di Disturbi da Stress Post-traumatico e disturbi psicotici, arrivando a proporre un sottotipo psicotico per il DPTS e un sottotipo dissociativo per la schizofrenia. Nella nuova edizione del DSM-5 dovrebbe essere introdotta la sottocategoria dissociativa del disturbo da stress post-traumatico. Probabilmente fra qualche anno nessuno specialista farà più diagnosi con la categoria semplice, essendo il disturbo da stress post-traumatico un disturbo dissociativo da sempre erroneamente inserito nei disturbi d'ansia.

Infine, cambiamenti nel cervello, a lungo considerati come l'evidenza genetica o biologica del neurosviluppo della schizofrenia, sono stati collegati con esperienze infantili traumatiche o esperienze di stress cronico³².

L'attenzione posta sugli endofenotipi suggerisce che i sostenitori neo-Kraepeliniani siano piano arretrati e mette in evidenza come gli approcci psicologici nella comprensione e nel trattamento dei sintomi psichiatrici, inclusi i deliri e le allucinazioni, abbiano fatto dei passi da gigante. Così il modello neo-Kraepeliniano, un sistema diagnostico categoriale e basato sulla medicina, è chiaramente in uno stato di crisi. Chiaramente, come sostiene Kuhn, un paradigma come quello psicopatologico non può venire abbandonato finché un paradigma alternativo non venga reputato valido per sostituire quello esistente.

4. La diagnosi di schizofrenia

Prima dell'uscita del DSM-5 nel 2013, la vecchia diagnosi di schizofrenia del DSM-IV³³ richiedeva due o più dei cinque sintomi che seguono (ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese):

²⁸ I. JANSSEN, L. KRABBENDAM, M. BAK, M. HANSENN, W. VOLLEBERGH, R. DE GRAAF, J. VAN OS, *Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 109 (1), 2004, pp. 38-45.

²⁹ ANDREW MOSKOWITZ, DIRK CORSTENS, *Auditory hallucination: Psychotic symptom or dissociative experience?*, in «The Journal of Psychological Trauma», 2007, 6 (2/3), pp. 35-63.

³⁰ ANDREW MOSKOWITZ, DIRK CORSTENS, *Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience?*, in S.N. GOLD, J.D. ELHAI (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley, London 2008, pp. 35-49.

³¹ R.D. ALARCON, C.G. DEERING, S.G. GLOVER, D.J. READY, H.C. EDDLEMAN, *Should there be a clinical typology of post-traumatic stress disorder?*, in «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», 31, 1997, pp. 159-167.

³² J. READ, B. PERRY, A. MOSKOWITZ, J. CONNOLLY, *The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model*, in «Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes», 64, 2001, pp. 319-345.

³³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1994.

- Deliri;
- Allucinazioni;
- Eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza);
- Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico;
- Sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia;

o uno solo dei seguenti tre sintomi:

- Deliri bizzarri;
- Allucinazioni consistenti in una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto;
- Due o più voci che conversano tra loro.

È stato dimostrato come le allucinazioni uditive (voci che conversano tra loro e voci che commentano) siano frequenti in pazienti con diagnosi di Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI). La non accurata valutazione delle allucinazioni ha fatto sì che questi criteri portassero a diagnosi errate, diagnosticando molti DDI come schizofrenici. Non è stato mai dimostrato l'assunto che le allucinazioni uditive caratteristiche del disturbo dissociativo differissero da quelle degli psicotici.

Questo vale soprattutto per il criterio di diagnosi differenziale, che nelle precedenti edizioni del DSM attribuiva un'origine esterna alle voci udite degli schizofrenici. Nonostante le successive revisioni del manuale dei disturbi, i clinici hanno continuato a considerare significativo questo criterio. In realtà le voci provenienti dall'esterno (sentite attraverso le orecchie) non differiscono per contenuto o durata dalle voci interne. Inoltre le principali tipologie di voci – ostile, supportiva, sessuale – appaiono consistenti sia nella schizofrenia che nel DDI³⁴.

Non esiste nessun dato di ricerca affidabile che possa quindi distinguere le allucinazioni uditive dei pazienti con disturbi psicotici da quelle dei pazienti con disturbi dissociativi o da quelle di pazienti non ammalati. Potrebbero le voci essere considerate esperienze di uno stato dissociativo collegate ai sintomi psicotici, come per esempio i deliri secondari? Diversi studi si sono interessati a questo collegamento e hanno trovato una più forte correlazione tra allucinazioni e ricordi di traumi infantili rispetto alla correlazione con altri sintomi psicotici. Le allucinazioni sono più comuni nel disturbo dissociativo dell'identità, piuttosto che i deliri o i disturbi del pensiero³⁵.

I deliri sono tipicamente considerati i sintomi centrali della psicosi e sono enfatizzati nella diagnosi di schizofrenia. I deliri bizzarri, i primi dei tre sintomi patognomonici della schizofrenia, sono credenze che il contesto culturale della persona potrebbe considerare come “totalmente implausibili”. Al contrario i deliri non bizzarri possono non essere impossibili (per esempio la convinzione che qualcuno possa essere avvelenato, che possa venir spiato dai servizi segreti o che certi gesti, commenti, articoli di giornale siano diretti esplicitamente a lui). In accordo con il DSM-IV i deliri bizzarri comprendono le credenze relative alla perdita di controllo della mente o del corpo. I più comuni includono “il furto del pensiero”, “l'inserzione del pensiero” e “i deliri di controllo”. Questi deliri sono presenti in percentuale molto alta in pazienti con disturbo dissociativo dell'identità. In questi casi essi descriverebbero gli effetti delle altre personalità sulla consapevolezza o il comportamento della personalità più presente³⁶.

³⁴ D. COPOLOV, T. TRAUER, *On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations*, in «Schizophrenia Research», 69, 2004, pp. 1-6.

³⁵ J. READ, N. ARGYLE, *Hallucination, delusion, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse*, in «Psychiatric Services», 50 (11), 1999, pp. 1467-1472.

³⁶ I. SCHAFER, C. ROSS, J. READ, *Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders*, in A. MOSKOWITZ, I. SCHAFER, M.J. DORAHY, *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, cit., pp. 142-143.

Numerose ricerche hanno messo in collegamento i deliri bizzarri con i processi dissociativi. Questa possibilità è supportata dai risultati che evidenziano come pazienti psicotici con deliri di possessione, i quali si sovrappongono ai deliri di controllo, ottengano punteggi più elevati alla DES (Dissociative Experience Scale) rispetto ai pazienti senza questi sintomi³⁷.

I deliri non bizzarri, come la paranoia e i deliri di riferimento, potrebbero avere origine da esperienze tipo “flashback” dissociate, nelle quali la memoria emozionale implicita sarebbe rivissuta in assenza di una memoria autobiografica del trauma o dell’evento stressante. Esiste un filone di ricerca che ha considerato i deliri come la “spiegazione” di “esperienze anomale” e una teoria degli ultimi dieci anni ha sostenuto che essenzialmente tutti i deliri nascono da preesistenti stati affettivi³⁸.

5. Il nuovo paradigma basato sul trauma e la dissociazione

Il fallimento del paradigma neo-Kraepeliniano basato sulla medicina, le evidenti difficoltà nel definire precisamente la categoria diagnostica di “schizofrenia” e l’emergere di un nuovo paradigma focalizzato sulle esperienze di vita sfavorevoli (inclusi i disturbi dell’attaccamento) assieme alla dissociazione, potrebbero essere l’inizio di una rivoluzione scientifica. Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che numerose riviste scientifiche, come per esempio l’«American Journal of Psychiatry» e l’«Archives of General Psychiatry», pubblicano da diversi anni studi che supportano questa nuova teoria³⁹.

Se questo nuovo paradigma emergerà dalla rivoluzione scientifica in corso, sarà un paradigma biopsicosociale. Un modello che metterà in evidenza l’importanza degli aspetti genetici nella predisposizione allo sviluppo della psicopatologia. Esso riconoscerà anche che le esperienze di vita giocano un ruolo significativo, non solo nell’espressione dei sintomi psichiatrici, ma anche nell’espressione dei geni che sono alla base della vulnerabilità ai disturbi mentali. Questo modello dovrà inoltre riconoscere l’esistenza di diverse dimensioni tra le diverse tipologie di disturbi mentali e tra le patologie e la cosiddetta normalità; dovrà mettere in evidenza l’incidenza e la gravità del trauma infantile, una realtà che non è stata per nulla considerata dagli aderenti al modello biomedico. Infine, la presenza di condizioni dissociative dovrà essere presa in considerazione non solo dal punto di vista clinico ma anche nel campo della ricerca, aspetto trascurato dal paradigma corrente.

In linea con queste sfide, dovrebbero essere apportate alcune variazioni al DSM-5⁴⁰. Quella più importante riguarda l’eliminazione dei sintomi di primo rango, considerati come patognomonici nel DSM-IV, nella diagnosi di schizofrenia. Le voci conversanti o che commentano, i deliri riguardanti l’inserzione o il furto del pensiero e il comportamento, non sono più considerati con una specificità diagnostica per la schizofrenia⁴¹. Diventerebbe ora necessaria la presenza di almeno due sintomi del criterio A, tra i quali ci dovrebbe essere necessariamente uno dei sintomi tra deliri, allucinazioni ed elquio disorganizzato.

³⁷ D.C. GOFF *ET AL*, *The delusion of possession in chronically psychotic patients*, in «The Journal of Nervous and Mental Disease», 179, 1991, pp. 567-571.

³⁸ D. FREEMAN, P.A GARETY, *Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations*, in «Behaviour Research and Therapy», 41 (8), 2003, pp. 923-947.

³⁹ L. ARSENAULT, M. CANNON, H. L. FISHER, G. POLANCZYK, T.E. MOFFITT, A. CASPI, *Childhood trauma and children’s emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study*, in «American Journal of Psychiatry», 168, 2011, pp. 65-72.

⁴⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 2013.

⁴¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Schizophrenia*, American Psychiatric Association, Washington (DC) 2013.

Sfortunatamente, nonostante numerose ricerche abbiano dimostrato che i sintomi psicotici non siano presenti solo nella schizofrenia, il DSM-5 continuerebbe ad enfatizzare l'importanza di questi sintomi nella schizofrenia.

6. Analisi delle diverse categorie diagnostiche

In questo studio sono state trascritte le diagnosi psichiatriche fatte dal Centro di Salute Mentale della Asl di Sanluri nel 2011. I dati sono stati recuperati dalle cartelle cliniche e dai certificati rilasciati per quanto riguarda i pazienti afferenti alla sede di San Gavino, dai soli certificati per i pazienti afferenti alla sede di Sanluri. Il totale di pazienti che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica e che sono stati presi in considerazione per questa analisi descrittiva è di 1.405 su 2.425, pari al 58% del totale degli utenti visti almeno una volta nel corso del 2011.

6.1 La diagnosi di disturbo dissociativo

I disturbi dissociativi sono considerati fenomeni abbastanza rari. Gli strumenti di assessment generalmente utilizzati in psichiatria non prevedono una valutazione della dissociazione. Alcuni studi hanno stimato che nel campione clinico l'incidenza di questa patologia si aggira attorno al 10%⁴².

Negli Stati Uniti si parla di percentuali attorno al 15–30% tra i pazienti psichiatrici⁴³. Foote *et al.* riscontrano una frequenza dei disturbi dissociativi in pazienti psichiatrici ambulatoriali del 29%, di cui il 6% presenterebbe un disturbo dissociativo dell'identità.

Sar fa una review di lavori sui disturbi dissociativi in pazienti psichiatrici in paesi quali la Turchia, Svizzera, Germania e Olanda, che indicano una frequenza di questi quadri tra il 4,3 % e il 10,2% in pazienti ospedalizzati, dal 12% al 13,8% in pazienti psichiatrici ambulatoriali e di un 39,5% nelle emergenze psichiatriche. In questi studi sono stati utilizzati la SCID–D (Structured Clinical Interview for DSM–IV Dissociative Disorders di Steinberg) e la DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule), interviste semistrutturate riconosciute a livello internazionale⁴⁴.

Dall'analisi dei diversi disturbi psichiatrici della Asl di Sanluri si rileva che la diagnosi di disturbo dissociativo, fatta secondo il DSM–IV, è pari allo 0,14% (2 diagnosi su 1405), mentre la diagnosi di disturbi somatoformi è pari all'1,07%. Il grafico 6.1 presenta il numero delle diagnosi di disturbi somatoformi al cui interno prevalgono il disturbo algico, il disturbo di somatizzazione e quello di conversione (nell'ICD-10 inserito tra i disturbi dissociativi, contrariamente al DSM–IV che lo inserisce, a torto, tra i disturbi somatoformi). Una grossa fetta dei disturbi somatoformi potrebbe essere considerata a base dissociativa. Indubbiamente, nel quadro di una buona diagnosi differenziale, va sempre valutata la storia del disturbo e l'eventuale presenza di eventi di vita potenzialmente traumatizzanti. Questa categoria di pazienti risulta poco studiata, ma la correlazione del disturbo con eventi di vita traumatici fa ipotizzare una percentuale alta di sintomi dissociativi⁴⁵. Uno studio al riguardo ha dimostrato una sovrapposizione significativa tra sintomi dissociativi misurati con la DES e sintomi somatoformi misurati con la SDQ–20 in un campione clinico e in uno non clinico⁴⁶.

⁴² VEDAT SAR, *Epidemiology of Dissociative Disorders? An Overview*, in «Epidemiology Research International», Vol. 2011 (Article ID 404538), 8 pp.

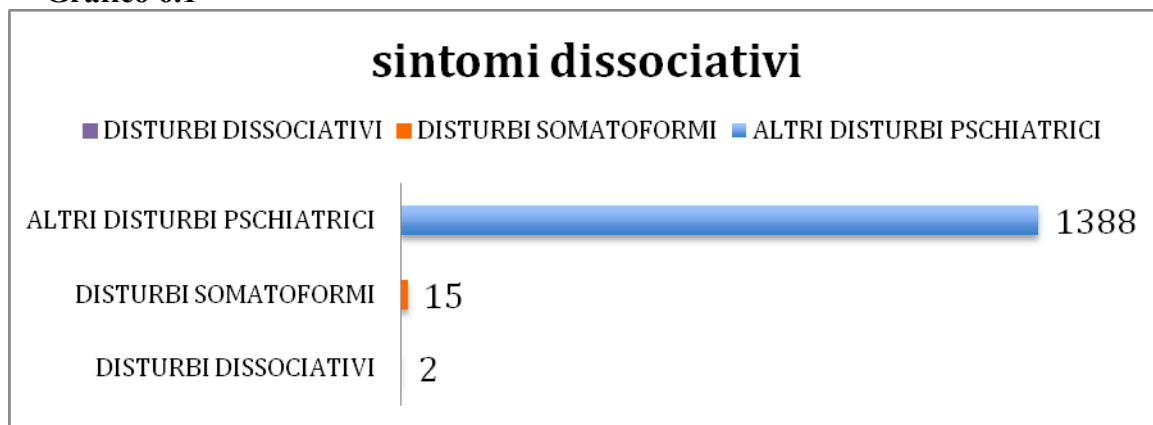
⁴³ B. FOOTE, Y. SMOLIN, M. KAPLAN, M.E. LEGATT, D. LIPSCHITZ, *Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients*, in «Am J Psychiatry», 163 (4), 2006, pp. 623–629.

⁴⁴ ANABEL GONZALEZ VAZQUEZ, *I disturbi dissociativi, diagnosi e trattamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2013, pp. 29.

⁴⁵ OTTO VAN DER HART, ELLERT R.S. NIJENHUIS, KATHY STEELE, *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, W.W. Norton, New York 2006.

⁴⁶ BENEDETTO FARINA, EVA MAZZOTTI, P. PASQUINI, ELLERT R.S. NIJENHUIS, MASSIMO DI GIANNANTONIO, *Somatoform and psychoform dissociation among students*, in «J Clin. Psychol.», 67 (7), 2011 Jul., pp. 665–672.

Grafico 6.1



6.2 Schizofrenia e disturbi dissociativi

I sintomi Schneideriani della schizofrenia, come per esempio le allucinazioni uditive, l’inserimento del pensiero, il prelievo del pensiero, pensiero a voce alta, trasmissione del pensiero, sono comuni nei disturbi dissociativi dell’identità⁴⁷. Come descritto sopra, le allucinazioni uditive sono più frequenti nei Disturbi Dissociativi dell’Identità che nella Schizofrenia. D’altronde nessuno studio ha dimostrato una differenza quantitativa o qualitativa tra le allucinazioni uditive “dissociative” e quelle “psicotiche”⁴⁸.

Visto il contenuto trauma-correlato di molte allucinazioni e il loro carattere intrusivo, vari autori sostengono che molte allucinazioni psicotiche potrebbero essere simili alle memorie intrusive riportate in molti disturbi traumatici⁴⁹.

Le ricerche che seguono il modello trauma-dissociazione per le psicosi mettono in evidenza come molti pazienti che ricevono la diagnosi di schizofrenia potrebbero rispondere positivamente alla psicoterapia. La diagnosi differenziale tra schizofrenia e disturbo dissociativo dell’identità (DDI) si basa su un’analisi approfondita dei sintomi positivi e negativi. Nei DDI le allucinazioni, spesso descritte come pensieri, possono rappresentare il dialogo tra i diversi stati di personalità non integrati; i deliri bizzarri e paranoidei si riferirebbero invece agli effetti delle altre personalità sulla consapevolezza o il comportamento della personalità più presente. I sintomi negativi sono generalmente assenti nei DDI; questi pazienti mantengono l’esame di realtà intatto e l’impoverimento nel funzionamento sociale e lavorativo è temporaneo, con un ritorno ai livelli di funzionamento pre-morboso; la durata dei sintomi nei DDI può essere intermittente.

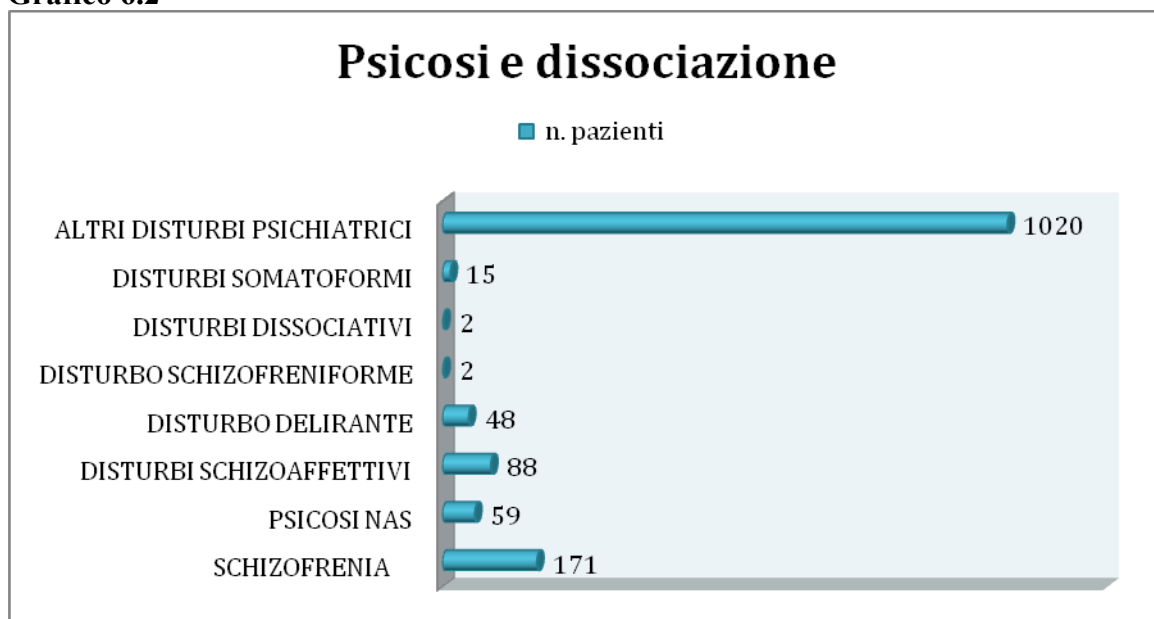
⁴⁷ C. ROSS, *Dissociative Identity Disorders: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*, John Wiley and Sons Inc., New York 1997.

⁴⁸ MOSKOWITZ, CORSTENS, *Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience?*, cit., pp. 35-49.

⁴⁹ J. READ, *Child abuse and psychosis: a literature review and implications for professional practise*, in «Professional Psychology: Research and Practise», 28 (5), 1997, pp. 448-456.

I dati analizzati al Centro di Salute Mentale (grafico 6.2) evidenziano un 12,1% (171 pazienti su 1405) di diagnosi di schizofrenia sul totale delle diagnosi psichiatriche. Considerato che il DSM-IV ha definito sufficienti per la diagnosi di schizofrenia i deliri bizzarri o le allucinazioni uditive (criterio A) e che questi possano essere presenti anche nei disturbi dissociativi, è possibile che molte delle diagnosi di schizofrenia fatte negli anni appartenessero allo spettro dei disturbi dissociativi.

Grafico 6.2



6.3 Dissociazione e altri disturbi psicotici

Come ho descritto sopra, il disturbo schizoaffettivo ha rappresentato una novità importante nella edizione del DSM-III. La sua introduzione ha rappresentato il crollo della barriera netta tra schizofrenia e disturbo bipolare, così come era stata concepita dal modello neo-Kraepeliniano. In base ai criteri diagnostici elencati dal DSM-IV il disturbo schizoaffettivo è caratterizzato da: a) un periodo ininterrotto di malattia durante il quale, in un certo momento, vi è un Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale, o Misto concomitante a sintomi che soddisfano il criterio A per la Schizofrenia; b) durante lo stesso periodo di malattia, vi sono stati deliri o allucinazioni per almeno due settimane, in assenza di sintomi rilevanti dell'umore; c) i sintomi dell'umore sono presenti per un periodo considerevole della durata totale della malattia, (questo criterio non dovrebbe essere più necessario nella nuova diagnosi del DSM-V); d) i sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio cocaina) o ad una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo o epilessia del lobo temporale)⁵⁰.

La coesistenza di deliri e allucinazioni con un episodio depressivo, maniacale o misto è un aspetto che si può ritrovare facilmente nei DDI. La diagnosi di schizofrenia del DSM-IV dice: – nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo – (punto d). Questo criterio dovrebbe permettere una diagnosi differenziale tra schizofrenia e disturbi dell'umore. La possibilità di ritrovare deliri e allucinazioni in concomitanza con i sintomi che

⁵⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., cit.

soddisfano i criteri per un episodio di alterazione dell'umore nel DDI, costringe i professionisti della salute mentale ad una maggiore conoscenza di questo disturbo psichiatrico, il quale può nascondersi facilmente dietro ad un'altra diagnosi. Potrebbero essere fatte altrettante considerazioni riguardo alla possibilità di una diagnosi di DDI o DDNAS in quadri diagnosticati come Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico non Altrimenti Specificato.

Nel campione psichiatrico analizzato (grafico 6.3), tra il totale delle altre diagnosi di psicosi esclusa la schizofrenia, risulta che il 29% (59 pazienti su 206) hanno una psicosi NAS, il 43% presenta un disturbo schizoaffettivo (88 pazienti su 206) e il 23% presenta un disturbo delirante (48 pazienti su 206).

Grafico 6.3

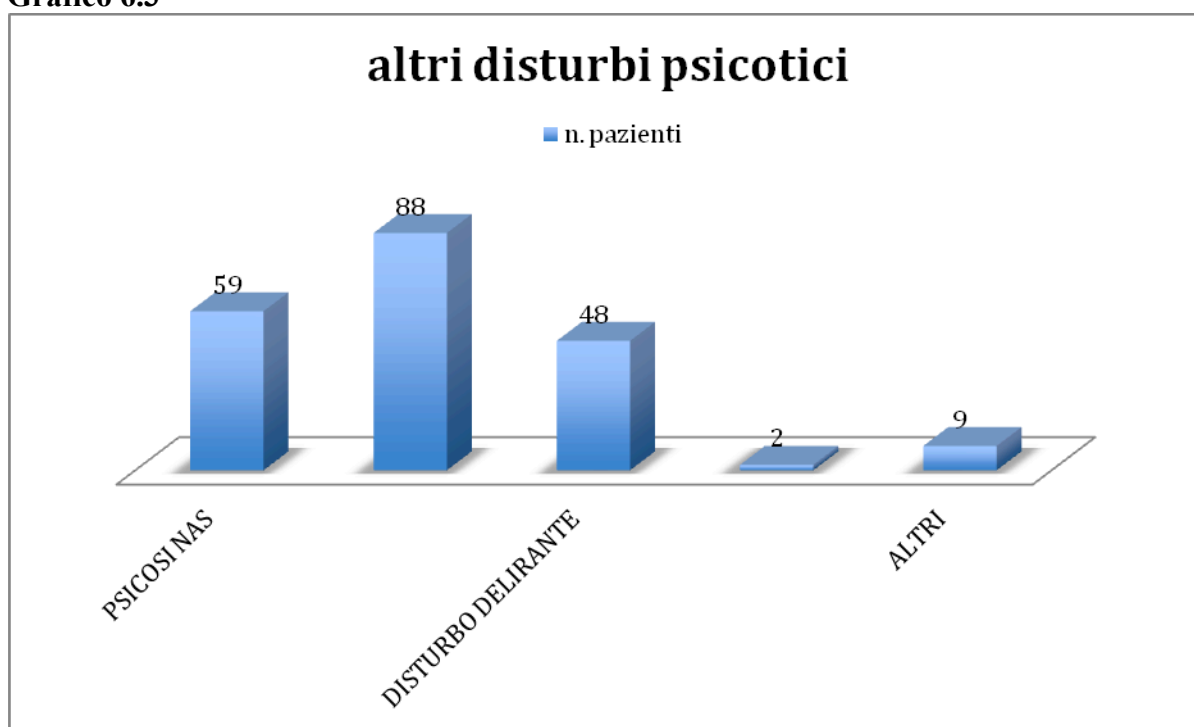
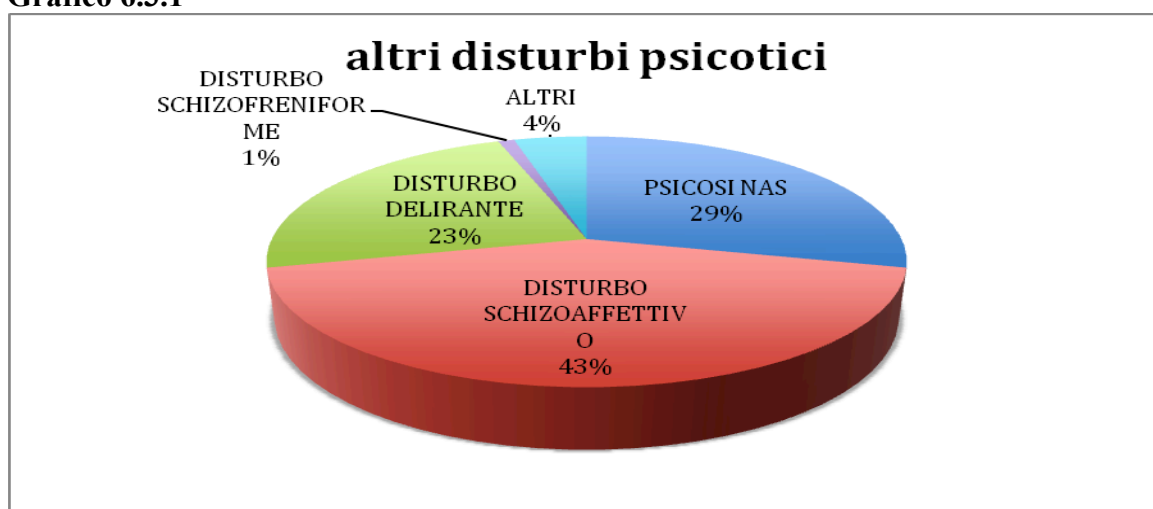


Grafico 6.3.1



6.4 Psicosi, dissociazione e altri disturbi psichiatrici

6.4.1 Disturbo da stress Post-traumatico complesso e disturbo dissociativo non altrimenti specificato

I sintomi psicotici si riscontrano in molti disturbi dissociativi, anche se non in tutti. Questi si possono presentare nel disturbo dissociativo dell'identità (DDI) e nel disturbo dissociativo non altrimenti specificato (DDNAS); quest'ultimo fa parte della categoria tradizionalmente definita come "disturbi dissociativi complessi"⁵¹.

Esistono però pazienti che sperimentano allucinazioni con una base dissociativa, qualche volta combinate con la depersonalizzazione e l'amnesia dissociativa, ma in assenza di distinti stati di personalità caratteristici del DDI⁵². Inoltre, molti pazienti possono sperimentare degli stati dissociativi transitori, caratterizzati da allucinazioni uditive e visive, le quali potrebbero combinarsi con sintomi di conversione. Anch'essi sarebbero classificati tra i DDNAS.

Molti quadri psicopatologici caratterizzati da sintomi ansiosi e depressivi, i quali rispetterebbero i criteri per una diagnosi di disturbo dell'umore o un disturbo d'ansia, nascondono un disturbo di personalità più complesso in cui, tra diversi sintomi, hanno un ruolo determinante i sintomi dissociativi. Nei primi anni 90 Judith Herman propose di chiamare questo disturbo, risultato di eventi traumatici multipli ripetuti e prolungati nel tempo, *complex post-traumatic stress disorder* (cPTSD; DPTS complesso)⁵³. Purtroppo questa diagnosi non è mai stata inserita nel DSM-IV, nonostante moltissime ricerche ne abbiano dimostrato l'utilità nel definire bene gli esiti psicopatologici di pazienti provenienti da storie di sviluppo traumatiche o altre storie traumatiche di natura interpersonale.

I disturbi dissociativi, secondo molti autori, troverebbero una giusta collocazione in un asse traumatico dissociativo, lungo il quale si collocherebbero in base allo stato di integrità e coesione dell'Io. In questo caso il disturbo dissociativo dell'identità sarebbe una forma più grave di cPTSD⁵⁴. Molti pazienti con disturbi dissociativi presentano sintomi ansioso-depressivi. Secondo Alvi e Minhas sarebbero l'89%⁵⁵.

6.4.2 Dissociazione e disturbi dell'umore

I disturbi diagnosticati come disturbi dell'umore possono presentare sintomi dissociativi importanti. In moltissimi casi nella diagnosi di disturbo dell'umore si trascurava quella di disturbo di personalità, dove l'umore depresso, con tutto l'insieme di sintomi ad esso collegato, rappresenterebbe uno stato psicofisico non integrato.

⁵¹ R.J. LOEWENSTEIN, *An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder*, in «Psychiatric Clinics of North American», 14 (3), 1991, pp. 567-604.

⁵² VEDAT SAR, A. KOYUNCU, ERDINC OZTURK, *Dissociative disorders in the emergency psychiatric ward*, in «General Hospital Psychiatry», 29 (1), 2007, pp. 45-50.

⁵³ JUDITH L. HERMAN, *Complex PTSD: "A syndrome in survivors of prolonged and repeated of trauma"*, in «Journal Traumatic Stress», 5 (3), 1992, pp. 377-391.

⁵⁴ C. SCHARFETTER, *Ego-fragmentation in schizophrenia: A severe dissociation of self-experience*, in *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, Wiley-Blackwell, London 2008, pp. 51-64.

⁵⁵ T. ALVI, F.A. MINHAS, *Type of presentation of dissociative disorder and frequency of co-morbid depressive disorder*, in «J Coll Physician Surg pak», 19 (2), 2009, pp. 113-116.

Tra i disturbi depressivi, un gruppo importante presenta sintomi dissociativi. Queste percentuali sono variabili: alcuni studi riferiscono che il 7% dei pazienti con un disturbo depressivo maggiore ha anche un disturbo dissociativo⁵⁶.

Anche il disturbo bipolare è oggetto di valutazione e necessita di un'attenzione particolare nel momento della diagnosi. In effetti, sia nei DDI che nel disturbo bipolare si possono riscontrare evidenti cambiamenti nel comportamento, e nel disturbo bipolare con manifestazione psicotiche possiamo generalmente riscontrare allucinazioni uditive, caratteristiche anche del disturbo dissociativo come più volte ricordato. In generale in quest'ultimo troviamo spesso una storia di trauma precoce e gli switch dell'umore sono dipendenti da circostanze ambientali, piuttosto che da una variazione endogena. E' stato riscontrato un maggior tasso di trauma precoce nel gruppo di persone con disturbo bipolare a cicli rapidi, rispetto al resto dei pazienti bipolari, e un inizio precoce del disturbo bipolare, maggior gravità, comorbilità psichiatrica, limitazione funzionale e tentativi di suicidio gravi⁵⁷. Dall'analisi delle diverse diagnosi psichiatriche presso il Centro di Salute Mentale di Sanluri emerge che il 20% del campione analizzato abbia la diagnosi di disturbo depressivo, il 14% di disturbo bipolare e il 17% di un disturbo d'ansia (vedi Grafico 6.4) .

6.4.3 Dissociazione e abuso di sostanze

La sintomatologia dissociativa è molto frequente nei pazienti che fanno abuso di alcol e di altre droghe. L'Adverse Childhood Experience Study, studio retrospettivo e longitudinale condotto negli Stati Uniti D'America su una coorte di 17.000 pazienti, ha dimostrato una correlazione molto forte tra traumi infantili e abuso di alcol e droghe in età adulta⁵⁸. La letteratura scientifica che si occupa della dimensione traumatico-dissociativa dibatte sul fatto che la dissociazione sia connessa al trauma in modo unifattoriale oppure sulla necessità di un modello multifattoriale della dissociazione. In questo caso la memoria traumatica, valutata con i self-report, e la dissociazione sarebbero almeno in parte indipendenti fra loro nell'esercitare la propria azione patogena⁵⁹. In questo secondo caso la dissociazione comparirebbe in assenza di traumi evidenti, rappresentando comunque la sintomatologia nascosta su cui potrebbe essere evidente, come in una matriosca, solamente il disturbo di dipendenza da alcol o da droghe.

Tamar-Gurol et al. hanno studiato un gruppo di pazienti ricoverati per dipendenza d'alcol, il quale aveva in anamnesi un tasso più elevato di tentativi di suicidio, sono stati maggiormente abbandonati o abusati emotivamente e sessualmente durante l'infanzia. Tra questi pazienti, il 27% presentava un tasso significativo di sintomi dissociativi, un 9% soddisfaceva invece i criteri per un disturbo dissociativo.

Gli stessi autori hanno messo in evidenza come esista una relazione molto forte tra consumo di droghe e disturbi dissociativi. Nel campione da loro analizzato, al quale era stata somministrata la SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders), il 26% dei pazienti con dipendenza da sostanze avevano un disturbo dissociativo. Questi erano più giovani, con una storia di tentativi di suicidio e di maltrattamento emotivo nell'infanzia. La cosa interessante è che nella valutazione psicopatologica la maggioranza di questi pazienti tossicodipendenti con diagnosi di disturbo dissociativo (59,3%) affermava di presentare la problematica prima dell'abuso di sostanze.

⁵⁶ GONZALEZ VAZQUEZ, *I disturbi dissociativi*, cit., p. 84.

⁵⁷ Ivi, p. 85.

⁵⁸ VINCENT J. FELITTI, *Adverse childhood experiences and adult health*, in «Academic Pediatrics», 2009, pp. 131-132.

⁵⁹ GIOVANNI LIOTTI, BENEDETTO FARINA, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Cortina Editore, Milano 2011, pp. 126-127.

Questi pazienti erano anche quelli che, confrontati agli altri senza disturbo dissociativo, abbandonavano prima il trattamento⁶⁰.

Dall'analisi delle diverse diagnosi emerge come il 2% del campione analizzato nel Centro di Salute Mentale (25 pazienti su 1405) faccia abuso di alcol e droghe. Si tratta di una percentuale molto bassa, poiché i pazienti con dipendenze da sostanze vengono seguiti dal Servizio Dipendenze (SERD), un servizio specifico all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze al quale afferisce questa categoria di pazienti (cfr. Grafico 6.4 e 6.4.1).

La tendenza a separare il disturbo da dipendenza, concentrandosi su quest'ultima e tralasciando il quadro di personalità patologico, fa sì che molti di questi pazienti vivano in un limbo. In effetti, se una grossa fetta di questi avesse in comorbidità un disturbo dissociativo, l'intervento centrato unicamente sulla dipendenza senza un adeguato trattamento per il disturbo dissociativo, risulterebbe inutile, nonché iatrogeno.

6.4.4 Dissociazione e disturbo borderline di personalità

I sintomi dissociativi sono molto frequenti nel disturbo borderline di personalità (DBP). Diversi autori fanno notare come due terzi dei pazienti con DBP presenti questa sintomatologia⁶¹. Il quadro clinico del borderline, caratterizzato da gravi difficoltà relazionali, dipendenza, impulsività, deficit nella regolazione delle emozioni e problemi riguardanti la propria identità, è stato collegato al trauma relazionale precoce e al successivo sviluppo traumatico. La correlazione tra questo disturbo di personalità e storie infantili traumatiche di abuso sessuale e maltrattamento si aggira tra il 70% e il 90%⁶². La letteratura scientifica evidenzia anche una correlazione molto alta tra DBP e disturbo da stress post-traumatico. La comorbidità tra questi due disturbi viene stimata in alcuni studi pari al 60%⁶³.

D'altro lato il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) descritto dal DSM-IV presenta molte similitudini con il Disturbo da Stress Post-traumatico complesso (DSPTc). Entrambi mostrano una disregolazione emotiva per quanto riguarda tutte le emozioni e un discontrollo degli impulsi, hanno delle relazioni affettive molto instabili, presentano sintomi dissociativi e un'identità instabile. Sperimentano un forte senso di sfiducia, temono esageratamente di essere danneggiati o di poter danneggiare gli altri e riferiscono tutta una serie di convinzioni negative su di sé e sugli altri. Inoltre, sia il DBP che il Disturbo da Stress Post-traumatico complesso hanno un'alta comorbidità con i disturbi d'ansia, con quelli dell'umore e con l'abuso di sostanze; riportano tassi più elevati di suicidio e il loro percorso terapeutico è caratterizzato da elevati tassi di ricadute⁶⁴. Molti autori hanno considerato i due quadri assimilabili, altri sostengono che debbano rimanere separati poiché nel DBP, a differenza del DSPTc, la storia traumatica di sviluppo non è un criterio costitutivo. Questa considerazione deriva dal fatto che nella valutazione del trauma vengono prese in considerazione solamente le forme riguardanti l'abuso sessuale o fisico. Se si considerasse "traumatico" anche il

⁶⁰ D. TAMAR GUROL, V. SAR, F. KARADAG, C. EVREN, M. KARAGOZ, *Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey*, in «Psychiatry Clin Neurosci», 62 (5), 2008, pp. 540-547.

⁶¹ M.I. KORZEKWA, P.F. DELL, C. PAIN, *Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians*, in «Curr Psychiatry Rep», 11 (1), 2009, pp. 82-88.

⁶² S. WATSON, R. CHILTON, H. FAIRCHILD, P. WHEWELL, *Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder*, in «Australia and New Zealand Journal of Psychiatry», 40, 2006, pp. 478-481, J.G. GUNDERSON, *Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a diagnosis*, in «American Journal of Psychiatry», 166 (5), 2009, pp. 530-539.

⁶³ M.C. ZANARINI, *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 155, 1998, pp. 1733-1739.

⁶⁴ K.L. LEWIS, B.F. GRENYER, *Borderline personality or complex post-traumatic stress disorder? An update on the controversy*, in «Harvard Review of Psychiatry», 17, 2009, pp. 322-328.

neglect o il trauma relazionale precoce (considerando anche le relazioni con caregivers svalutanti), l'itinerario psicopatologico delle due diagnosi potrebbe essere molto vicino.

La diagnosi di Disturbo di Personalità nel campione analizzato è pari al 4,56% del totale, mentre la diagnosi specifica di Disturbo Borderline di Personalità è dello 0,9%

Vista la tendenza generale a valutare il disturbo borderline come un disturbo bipolare atipico o a causa di diverse *misdiagnosis*, la reale prevalenza potrebbe essere notevolmente superiore.

Grafico 6.4

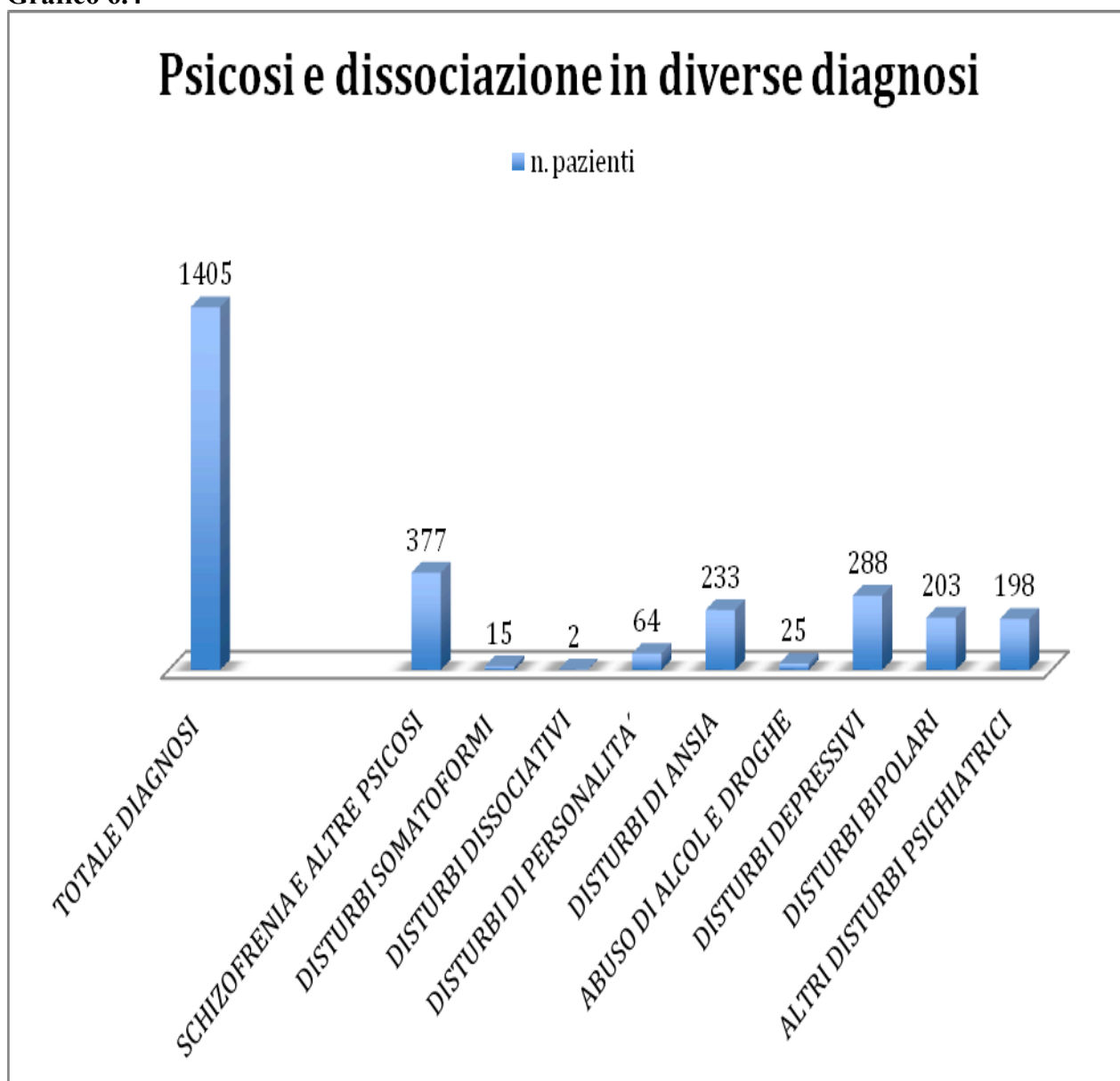


Grafico 6.4.1

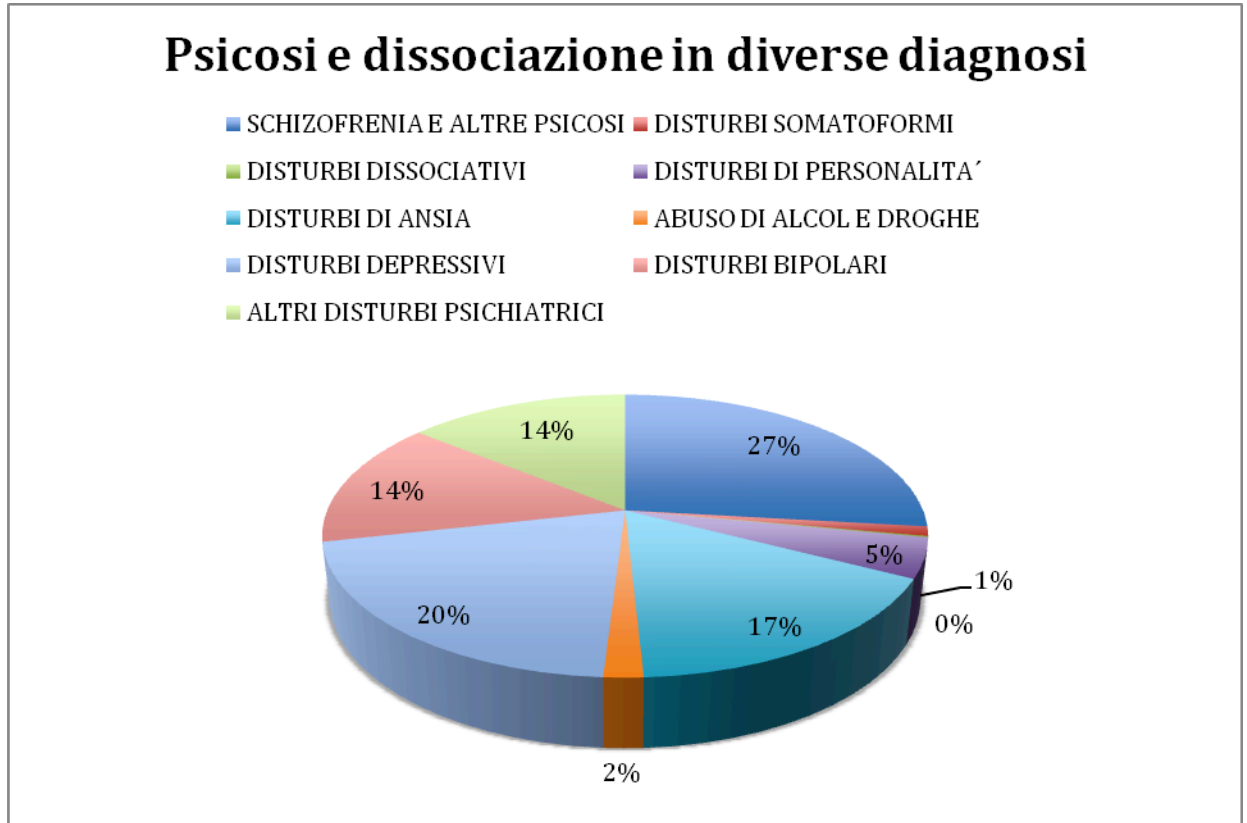
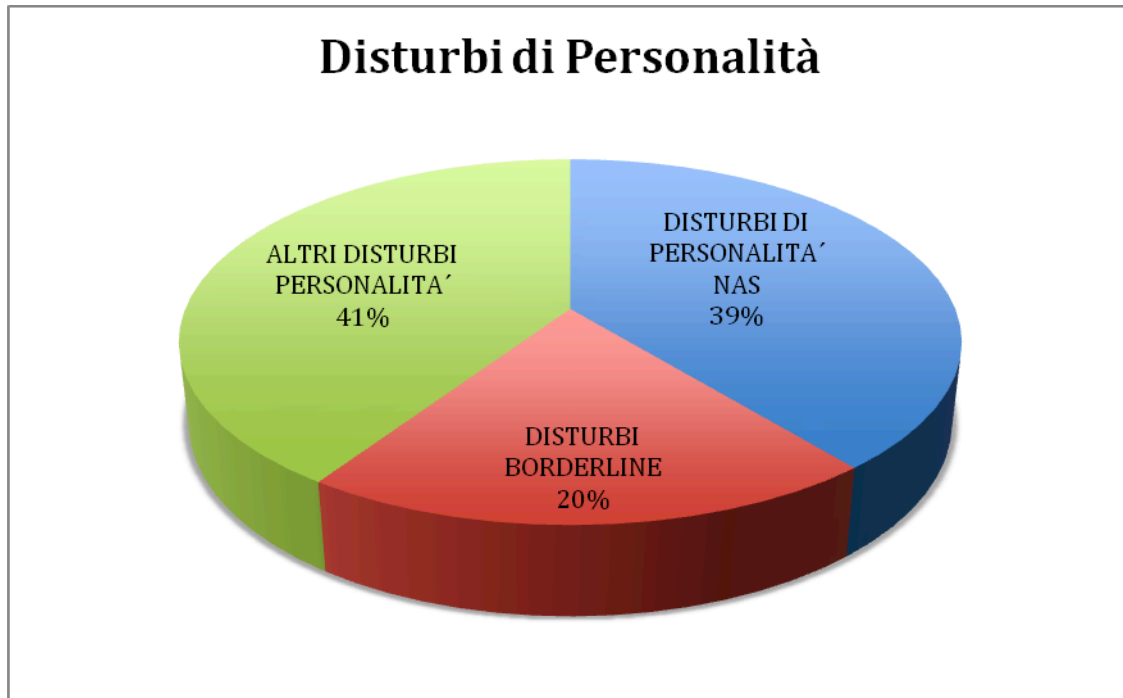


Grafico 6.4.2



6.5 Considerazioni conclusive

I sintomi psicotici possono presentarsi non solo nella schizofrenia, ma anche nei disturbi dissociativi. La relazione tra dissociazione e psicosi può essere considerata in tre domini: sintomi dissociativi che si riscontrano nei disturbi psicotici, sintomi psicotici presenti nei disturbi dissociativi, e la psicosi dissociativa. Quest'ultima, considerata un disturbo dissociativo acuto con caratteristiche psicotiche, una volta chiamata psicosi isterica, è stata documentata in molti casi di pazienti traumatizzati che ricevevano o la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico o quella di disturbo dissociativo⁶⁵.

La testistica generalmente utilizzata nei Centri di Salute Mentale non si avvale di strumenti di valutazione della dissociazione, nonostante la prevalenza dei disturbi dissociativi si attesti intorno al 10% nella popolazione clinica. I fenomeni dissociativi, così come i sintomi psicotici di un quadro dissociativo, non vengono riconosciuti, portando ad una diagnosi non corretta o consentendo che il paziente fluttui tra una diagnosi e l'altra senza mai ricevere il trattamento più adeguato. Ecco che molti di questi pazienti sono etichettati dagli specialisti come *non responder*, non ponendosi mai il dubbio che si possa trattare di un paziente che non ha ricevuto il trattamento più efficace. I disturbi dissociativi li troviamo in comorbidità con diverse diagnosi dell'Asse I. Si presentano con moltissimi dei problemi evidenti ai nostri occhi, quali i comportamenti parasuicidari, le aggressioni esterne e le dipendenze dalle droghe, rappresentando un problema nascosto e dimenticato nella salute pubblica. Un tempestivo e miglior riconoscimento dei disturbi dissociativi farebbe aumentare la consapevolezza dell'impatto del trauma sulla salute dell'individuo e permetterebbe di intervenire più precocemente, con esiti più favorevoli nel trattamento.

⁶⁵ VAN DER HART, R.S. NIJENHUIS, STEELE, *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, cit.