



Disturbi del Comportamento Alimentare e Dissociazione: uno studio caso-controllo

Ester Messina, Daniela Maria Oliani, Tobia Andrea Veglia, Vanna Berlincioni

Department of Brain and Behavioral Sciences, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

Disturbi del Comportamento Alimentare e Dissociazione: uno studio caso-controllo

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono un gruppo di patologie psichiatriche di asse I accomunate da condotte alimentari anomale. Gli studi a nostra disposizione attestano la presenza di fenomeni dissociativi in numerose patologie psichiatriche e ne riconoscono l'influenza sull'outcome delle stesse. In particolare, la letteratura individua nelle pazienti con DCA livelli dissociativi superiori rispetto a quelli della popolazione generale. Scopo di questo studio è stato quello di valutare la dissociazione in un campione di pazienti ambulatoriali e porla a confronto con quella di un gruppo di controllo. I risultati ottenuti si sono rivelati inattesi, essendo i valori di dissociazione statisticamente confrontabili nei due gruppi.

Eating disorders and dissociation: a case-control study

Eating disorders are a class of axis I mental disorders, characterized by abnormal eating behaviour. Many researches highlight the presence of dissociative experiences in several mental disorders and their role in patients' outcome. In particular, scientific literature detect higher dissociative levels in patients with eating disorders than in general population. The aim of this study is evaluating dissociation in a sample of out-patients, comparing it to the one of healthy controls. The results are unexpected, because there are not any statistic differences between the two groups.

Introduzione

Quello della dissociazione è un argomento complesso, come dimostra la molteplicità di significati che questo termine possiede nella letteratura contemporanea. Con dissociazione si intende indicare una normale funzione cognitiva, che consente di separare due processi mentali usuali e paralleli, come accade quando il cervello utilizza la memoria procedurale anziché quella dichiarativa. Un secondo significato è quello della psichiatria fenomenologica, che con dissociazione indica una caratteristica clinica che viene abitualmente misurata mediante scale specifiche. In questo senso essa consiste nella mancata integrazione di aspetti della percezione, della memoria, dell'identità e della coscienza [1]. Infine, la dissociazione è tradizionalmente considerata un meccanismo di difesa intrapsichico [2].

Negli ultimi anni, l'interesse della psichiatria verso la dissociazione è andato aumentando, a causa della grande attenzione suscitata dal Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). Alcuni autori propongono di considerare la dissociazione come l'elemento comune di un continuum che spazia dalle esperienze dissociative normali (il sognare a occhi aperti, l'essere assorti nella visione di un film) fino alla presenza di sindromi complesse e codificate [3]. Queste ultime sono inserite nella nosografia ufficiale nella sezione dei Disturbi Dissociativi, di cui il DSM-IV-TR individua quattro sottotipi: amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo dissociativo dell'identità, disturbo di depersonalizzazione, e disturbo dissociativo non-altrimento-specificato (NAS), comprendente il disturbo dissociativo di trance e la Sindrome di Ganser [4]. La discriminazione tra una dissociazione normale e patologica è da valutare in relazione alla prospettiva culturale, alla durata, alla frequenza e alla rilevanza dei sintomi dissociativi [3].

Il DSM-IV-TR non fornisce dati epidemiologici precisi, ma si limita a segnalare un generale incremento, negli Stati Uniti, di diagnosi di disturbi afferenti a questa categoria [4]. Uno studio europeo ha stimato la presenza di fenomeni dissociativi patologici nella popolazione generale tra lo 0.3 % e il 2.9%; tra il 5.4% e il 12.7% nella popolazione di pazienti psichiatrici [5]. Le esperienze dissociative possono essere riscontrate in un gran numero di patologie psichiatriche [6] e ne influenzano l'outcome [7].

Il rapporto tra dissociazione e DCA venne individuato già da P. Janet alla fine dell'Ottocento [8]. L'interesse per questa relazione riprese solo quasi un secolo dopo, con gli studi di Russel sulle pazienti bulimiche, che egli riteneva mostrassero delle tendenze alla dissociazione [9]. Numerosi studi hanno poi rilevato livelli di dissociazione più alti in campioni di pazienti con diagnosi di DCA, rispetto a quelli dei gruppi di controllo, specie nel sottogruppo bulimico [10]. Sembrerebbe che anche nelle popolazioni non cliniche livelli di dissociazione superiori rispetto alla media siano associati a condotte alimentari poco salutari [11-12].

Scopo del lavoro

Data l'abbondante letteratura relativa ad elevati livelli di dissociazione nelle pazienti con DCA e l'influenza di essi sull'outcome clinico, un gruppo di pazienti ambulatoriali è stato sottoposto a dei test di valutazione dei livelli di dissociazione. I risultati sono poi stati messi a confronto con quelli di un gruppo di controllo, per evidenziare eventuali differenze.

Materiali e metodi

Strumenti

La misurazione dei livelli di dissociazione è stata eseguita attraverso la somministrazione di due questionari: la Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) e il Dissociation Questionnaire (DIS-Q).

La DES-II è stata messa a punto da Bernstein e Putnam, nel 1986, come test di screening per la valutazione di una dissociazione intesa come mancanza di integrazione di pensieri, sentimenti ed esperienze nel flusso di coscienza e memoria. Il questionario, autosomministrato, è costituito da 28 items, rappresentanti situazioni che possono essere inserite nel continuum dissociativo, per ciascuno dei quali il paziente deve indicare, in una scala da 0 a 100, la propria personale rispondenza, ossia la frequenza con la quale ogni situazione si presenta, in assenza di influenza di alcool o droghe [13]. La DES-II è indicata come usuale strumento di screening per la dissociazione [14] ed è stata standardizzata in Italia nel 1996 [15].

Il Dissociation Questionnaire (DIS-Q) è stato messo a punto da Vanderlinden et al. nel 1993 [16]. Si tratta di un questionario autosomministrato costituito da due parti: la prima per la valutazione di alcune notizie anamnestiche (età, sesso, titolo di studio), nonché della presenza di storia di trauma; la seconda parte indaga invece le esperienze dissociative. Quest'ultima si compone di 63 items, per ciascuno dei quali il paziente deve indicare la frequenza con cui le situazioni indicate gli si manifestano, in una scala da 1 a 5. Il punteggio viene poi calcolato complessivamente, ma anche per ogni area della dissociazione individuata dagli autori: frammentazione dell'identità, perdita del controllo, amnesia e assorbimento [8]. L'analisi italiana della validità dello strumento sembra aver dato risultati positivi, indicandone una buona coerenza interna [17].

Il campione e il gruppo di controllo

I questionari sono stati consegnati ad un campione di pazienti ambulatoriali, afferiti, dal febbraio al luglio 2012, alle seguenti strutture:

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Psichiatria, Laboratorio di Psichiatria, Cultura e Ambiente, sotto la responsabilità della Prof.ssa V. Berlincioni;
2. Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Scienza dell'Alimentazione, Laboratorio di Nutrizione Clinica, sotto la responsabilità della Prof.ssa H. Cena;
3. Unità Operativa Complessa di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Dipartimento di Prevenzione Medica, ASL di Pavia, con referenti Dott.ssa C. Torti e Dott.ssa M. Mondani.

I criteri di inclusione nello studio sono stati:

1. diagnosi di DCA, eseguita da un medico abilitato, conformemente ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR. Sono stati presi in considerazione pazienti affetti da AN, BN, BED e DCA-NAS, con diagnosi non antecedente al 2006.
2. Assenza di patologie psichiatriche concomitanti di grado severo.
3. Maggiore età.
4. Consenso alla partecipazione allo studio in oggetto.

In totale sono stati inclusi 17 pazienti, tutti di sesso femminile (età media: 41.73 ± 14.19 anni) con la seguente provenienza: 11 dal Laboratorio di Psichiatria, Cultura e Ambiente, 5 dal Laboratorio di Nutrizione Clinica, e 1 dalla ASL. Il gruppo di controllo è stato costituito attraverso la consegna casuale dei questionari ad un gruppo di donne, prive di diagnosi di tipo psichiatrico, con scolarità, stato civile ed età simili a quelli del campione (età media 43.11 ± 13.20 anni), previa firma del consenso alla partecipazione allo studio. In totale sono stati reclutati 18 controlli.

Risultati

I risultati relativi ai questionari sono riassunti nelle tabelle 1 e 2.

Per quanto riguarda la DES-II, tra i punteggi medi riportati nei due gruppi non risultano differenze statisticamente significative (secondo t-test, $p=0.06$). In entrambi i gruppi il punteggio medio è inferiore rispetto ai cut-off indicati in letteratura [18].

Relativamente al DIS-Q, l'analisi della differenza tra i punteggi medi riportati nei due gruppi ha rivelato che l'unica significativa è quella riscontrata nella sottoscala dell'amnesia (secondo t-test, $p=0.008$), che però si mantiene al di sotto del cut-off [8].

Discussione

Dall'analisi statistica, i risultati ottenuti nel corso di questo studio contrastano con la letteratura sul legame tra DCA e dissociazione [10-14]. Un possibile motivo di questa discrepanza può essere ricercato nel fatto che la maggior parte delle pazienti incluse nello studio (11) sono in trattamento psicoterapico di gruppo. Sebbene attualmente non possa essere dimostrata l'efficacia, da un punto di vista strettamente statistico, della psicoterapia, gli studi finora condotti confortano l'idea per cui terapie di questo tipo migliorino i livelli di dissociazione dei pazienti che vi si sottopongono [19]. Non solo: G.O. Gabbard sottolinea la necessità di solide basi fondate sui principi della psicoterapia psicodinamica perché vi possa essere un trattamento efficace dei disturbi dissociativi [1]. Altre plausibili interpretazioni dell'inatteso risultato sono da ricercare nella eventuale mancanza di sincerità dei rispondenti: essendo questi questionari autosomministrati, non esiste la possibilità di discutere e indagare la veridicità di quanto risposto dal soggetto. Infine è da sottolineare la modesta dimensione del campione.

Studi futuri potrebbero contribuire a chiarire questi aspetti attraverso un'impostazione differente: si potrebbero somministrare DES-II e DIS-Q a tutte le pazienti con una diagnosi di DCA prima dell'inizio della terapia psicodinamica e durante la stessa, ad intervalli di tempo opportuni, per monitorare eventuali modificazioni della dissociazione.

Tabelle e figure

Tabella 1. Punteggi ottenuti alla DES-II.

Pazienti		Controlli	
Media	ds	Media	ds
9.05	7.38	16.40	12.81

Tabella 2. Punteggi ottenuti al DIS-Q considerando le singole sottoscale.

Variabili	Pazienti		Controlli	
	Media	ds	Media	ds
<i>Identità</i>	1.68	0.66	1.69	0.44
<i>Controllo</i>	2.07	0.61	2.37	0.69
<i>Amnesia</i>	1.29	0.40	1.68	0.52
<i>Assorbimento</i>	2.81	0.83	2.49	0.77
<i>Totale</i>	1.77	0.48	1.86	0.66

Bibliografia

1. Gabbard GO. *Psichiatria Psicodinamica*. IV edizione. *Raffaello Cortina*, Milano, Italia, 2007.
2. Dell PF, O'Neil JA. *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond*. *Routledge*, New York, USA, 2009.
3. Di Fiorino M, Del Debbio A. Sintomi dissociativi nei disturbi della condotta alimentare. *Psichiatria e territorio* 2008;25(2):23-28.
4. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. IV edizione. *Masson*, Milano, Italia, 2001.
5. Spitzer C, Barnow S, Grabe HJ et al. Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *J Trauma Dissociation* 2006;7:51-62.
6. Horen SA, Leichner PP, Lawson JS. Prevalence of dissociative symptoms and disorders in adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 1995;40:185-191.
7. Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ. Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:682-687.
8. Vanderlinden J, Vandereycken W. *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. *Astrolabio-Ubaldini*, Roma, Italia, 1998.
9. Russel G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-448.
10. Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken E et al. Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993;13:187-193.
11. Valdiserri S, Kihlstrom JF. Abnormal eating and dissociative experiences. *Int J Eat Disord* 1995;17:373-380.
12. Meyer C, Waller G. Dissociation and eating psychopathology: gender differences in a nonclinical population. *Int J Eat Disord* 1998;23:217-221.
13. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(12):727-735.
14. Biondi M, Carpiello B, Muscettola G et al. *Manuale di Psichiatria*. *Elsevier*, Vicenza, Italia, 2009.
15. Fabbri Bombi A, Bertin I, Cristante F et al. Un contributo alla standardizzazione della Dissociative Experiences Scale (DES) di Bernstein e Putnam. *Bollettino di psicologia applicata* 1996;219:39-46.
16. Vanderlinden J, Vandereycken W, van Dyck R et al. Dissociative experiences and eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993;13(2):187-193.
17. Santonastaso P, Favaro A, Olivotto MC et al. Dissociative experiences and eating disorders in a female college sample. *Psychopathology* 1997;30(3):170-176.
18. Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D. Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *Am J Psychiatry* 1991;148:1050-1054.
19. Brand BL. What we know and what we need to learn about the treatment of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 2012;13:387-396.