



Education Coaching Counseling Psychotraumatology

www.emiitaly.com

infoemiitaly@gmail.com

La dissociazione è un complesso processo neuropsicologico che ha come risultato la perdita (o la riduzione, o l'interruzione) degli aspetti fondamentali della coscienza vigile, come la coscienza di sé (attuale o passata), del tempo e/o delle circostanze esterne. Non è un fenomeno tutto-o-nulla, ma si colloca su un continuum che va dalle normali esperienze quotidiane a disturbi che interferiscono con il normale svolgimento della vita quotidiana. Si può, infatti, immergersi nella lettura di un libro, tanto da perdere la cognizione del tempo o dello spazio, o fare "sogni ad occhi aperti" così vivaci da sembrare veri tanto da perdere momentaneamente il contatto con la realtà, perdere una parte di una conversazione perché assorbiti da altri pensieri o fantasie, ma si può giungere fino alla totale rottura del rapporto con la realtà tanto da non avere più coscienza della propria identità, dei propri ricordi delle proprie emozioni. Dato che il DD si colloca su di un continuum che va dalla normale dissociazione che si può sperimentare nella vita di tutti i giorni alla multi-frammentazione dell'identità del Disturbo Dissociativo dell'Identità, si tende oggi a parlare di "spettro dissociativo".

La dissociazione, soprattutto quando si passa nel versante patologico del continuum, ha una funzione difensiva o di adattamento, nel senso che serve ad allontanare dalla coscienza eventi traumatici che sarebbero, altrimenti, fonte di angosce insostenibili. Il soggetto letteralmente dissocia se stesso da una situazione o da un'esperienza troppo traumatica per essere integrata nel proprio io cosciente.

I bambini tendono a dissociare più facilmente degli adulti e quei bambini che hanno dovuto fare ricorso a questo meccanismo di difesa tendono ad usarlo anche da adulti (più facilmente rispetto a quelli che non vi hanno fatto ricorso) fino a strutturare un vero e proprio Disturbo Dissociativo (DD).

È opinione generale che il DD riconosca alla sua origine esperienze altamente traumatiche e che i sintomi derivino dall'abituale rimozione dei ricordi traumatici. Così, ad esempio, la vittima di uno stupro con amnesia dissociativa può non avere memoria cosciente della violenza, ma può avere depressione, blocchi emotivi, malessere per stimoli ambientali (colori, suoni, odori, eccetera) in qualche modo correlati all'esperienza traumatica: la memoria dissociata, infatti, non è perduta, è viva ed attiva, ma è semplicemente sommersa, nascosta. Anzi, è proprio questa memoria apparentemente

4. Posso fare bene le cose una volta ma poi non sono in grado di farle altre bene tante altre volte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

5. Le persone mi dicono che faccio o dico cose che non ricordo di fare o dire.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

6. Mi sento come se fossi in una nebbia o distanziato e le cose intorno a me sembrano irreali.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

7. Mi confondo sul fatto che io abbia fatto qualcosa o abbia solo pensato di farlo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

8. Guardo l'orologio e mi rendo conto che il tempo è passato e non riesco a ricordare cosa sia successo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

9. Sento voci nella testa che non sono mie.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

10. Quando sono in situazioni scomode mi disconnetto con la mente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

Sono così bravo a mentire e ad agire che ci credo
11. veramente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

12. Mi sorprendo nello "svegliarmi" mentre sto facendo qualcosa.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(mai)

(sempre)

13. Non mi riconosco allo specchio.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

14. Mi ritrovo ad andare da qualche parte o a fare qualcosa e non so perché.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

Mi trovo da qualche parte e non ricordo come ci sono

15. arrivato.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

16. Ho pensieri che in realtà non sembrano appartenermi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

17. Trovo che posso far sparire il dolore fisico.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (always)

Non riesco a capire se le cose sono realmente accadute o se le ho solo sognate o

18. pensate.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

Mi ritrovo a fare qualcosa che so essere sbagliato, anche quando davvero non voglio
19. farlo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

La gente mi dice che a volte mi comporto in modo così diverso da sembrare una persona
20. diversa.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

21. Sembra che ci siano muri all'interno della mia mente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

22. Trovo scritti, disegni o lettere che devo aver fatto ma non ricordo di averlo fatto.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

23. Qualcosa dentro di me sembra farmi fare cose che non mi piace fare.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

24. Trovo che non posso dire se sto solo ricordando qualcosa o se mi sta effettivamente accadendo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

25. Mi ritrovo in piedi fuori dal mio corpo, guardandomi come se fossi un'altra persona.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

26. Le mie relazioni con la mia famiglia e i miei amici cambiano improvvisamente e non so perché.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

27. Mi piace che il mio passato sia un puzzle con alcuni pezzi mancanti.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)

28. Sono così avvolto nei miei giochi o mentre gioco con animali di peluche che sembrano vivi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(mai) (sempre)



Pergamon

Child Abuse & Neglect 28 (2004) 755–769

Child Abuse
& Neglect

Uno studio di validazione del dissociativo adolescenziale Scalabilità delle esperienze

Susan M. Keck Seeley^a, Sandra L. Perosa^{b,*}, Linda M. Perosa^b

^a Marion City Schools, Marion, OH, USA

^b Dipartimento di Counseling, Università di Akron, Akron, OH, USA

Ricevuto 26 March 2001; ricevuto in forma riveduta l'11 dicembre 2003; accettato 8 gennaio 2004

Astratto

Obiettivo: Lo scopo di questo studio era quello di promuovere il processo di convalida della Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES). In questo studio, è stato utilizzato un formato di risposta Likert a 6 elementi con descrittori quando si risponde all'A-DES anziché al formato di risposta a 11 elementi utilizzato nell'A-DES originale.

Metodo: L'affidabilità interna e la validità del costrutto dell'A-DES sono state esaminate analizzando le relazioni tra punteggi A-DES, abusi sessuali e comportamento. Il campione era composto da 65 femmine di età compresa tra 11 e 18 anni che sono state classificate in due gruppi. Trentaquattro adolescenti che non erano in terapia e che negavano una storia di esperienze traumatiche formavano il gruppo non clinico. Trentuno adolescenti abusati sessualmente che stavano attualmente ricevendo la terapia formavano il gruppo clinico. I partecipanti adolescenti hanno completato l'A-DES, il loro genitore o tutore ha completato una misura del comportamento (la Child Behavior Checklist - CBCL) e i terapisti degli adolescenti clinici hanno completato un modulo di storia del trauma.

Risultati: L'A-DES ha discriminato tra gli adolescenti non clinici e clinici abusati sessualmente. Tuttavia, nelle analisi post hoc, l'A-DES non ha discriminato tra gli adolescenti PTSD e quelli con altre diagnosi psichiatriche. Sono state trovate correlazioni moderate significative tra l'A-DES e la scala del problema di comportamento totale CBCL e le scale di internalizzazione ed esternalizzazione.

Conclusioni: Gli elementi A-DES sono internamente coerenti e l'A-DES mostra promesse per lo screening degli adolescenti per la dissociazione patologica.

© 2004 Elsevier Ltd. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Dissociazione; Abuso sessuale; A-DES

Introduzione

Negli ultimi anni, molti studenti hanno esaminato strumenti che valutano i disturbi dissociativi negli adulti. Gran parte di questo lavoro è stato basato sulla Dissociative Experiences Scale (DES), un breve strumento di auto-segnalazione sviluppato da Bernstein e Putnam (1986) per lo screening delle esperienze dissociative negli adulti. Da quando il DES è diventato disponibile, almeno 135 studi hanno utilizzato questo strumento per lo screening degli adulti per i disturbi dissociativi e per migliorare la comprensione della dissociazione negli adulti (van Uzendoorn & Schuengel, 1996). Sfortunatamente, la comprensione dei disturbi dissociativi nei bambini e negli adolescenti è stata ostacolata dall'assenza di misure convalidate per lo screening dei bambini / adolescenti per i disturbi dissociativi (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997). Recentemente, gli studi di convalida sono stati pubblicati sulla Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993), che è stato sviluppato per lo screening della dissociazione nei bambini e sulla Scala delle esperienze dissociative adolescenziali (A-DES; Armstrong et al., 1997), che è stato sviluppato per gli adolescenti che indicano che queste misure possono essere utili per queste fasce d'età.

Negli ultimi anni diversi studi di validazione (Armstrong et al., 1997; Brunner, Parzer, Schuld, & Resch, 2000; Farrington, Waller, Smerden, & Faupel, 2001; Kisiel & Lyons, 2001; Muris, Merckelbach, & Peeters, 2003; Prohl, Resch, Parzer, & Brunner, 2001; Smith & Carlson, 1996; Zoroglu, Sar, Tuzun, Tutkun, & Savas, 2002) hanno confermato che la consistenza interna dell'A-DES è elevata. Ad esempio, le analisi dei dati hanno prodotto coefficienti di affidabilità della metà divisa Spearman-Brown di .94 (Smith & Carlson, 1996), .92 (Armstrong et al., 1997) e .90 (Brunner et al., 2000; Farrington et al., 2001). Smith e Carlson (1996) hanno trovato un'affidabilità di test-retest di .77 nel campione di 60 studenti delle scuole superiori che avevano completato l'A-DES due volte in un periodo di 2 settimane, mentre Zoroglu et al. (2002) hanno riportato un test-retest affidabilità di .91 su un intervallo di 2 settimane per 29 partecipanti nel loro campione turco. Anche i coefficienti alfa di Cronbach per l'intera scala A-DES sono stati elevati. Smith e Carlson (1996) hanno riportato un alfa di .92, e sia Armstrong et al. (1997) che Muris et al. (2003) hanno elencato i coefficienti alfa di Cronbach di .93 per i loro campioni. Infine, Brunner et al. (2000) e Farrington et al. (2001) hanno riportato coefficienti alfa di .94.

Due studi hanno fornito informazioni sulla struttura fattoriale dell'A-DES in campioni normali. Un'analisi fattoriale dei punteggi A-DES su un campione britannico di 768 adolescenti di età compresa tra 11 e 16 anni ha prodotto un fattore che ha spiegato il 39,1% della varianza sui punteggi A-DES (Farrington et al., 2001). Allo stesso modo, Muris et al. (2003) hanno scoperto che una soluzione a fattore singolo, che rappresentava il 36,6% della varianza sull'A-DES, si adattava meglio al loro campione di 331 adolescenti di una scuola secondaria nei Paesi Bassi. Pertanto, sembra che per gli adolescenti normali gli elementi A-DES non si raggruppino nei quattro domini che riflettono diversi aspetti della dissociazione (ad esempio, amnesia dissociativa; assorbimento e coinvolgimento immaginativo; influenza passiva; e depersonalizzazione e derealizzazione) descritto da Armstrong et al. (1997) Piuttosto, per gli adolescenti non clinici l'A-DES valuta una singola dimensione di dissociazione.

Diversi studi di convalida hanno confermato che la scala A-DES può discriminare tra diversi gruppi di soggetti. Armstrong et al. (1997) hanno scoperto che gli adolescenti con disturbi dissociativi hanno ottenuto punteggi significativamente più alti sull'A-DES rispetto a un gruppo di adolescenti con disturbi psichiatrici generali (ad esempio, controllo degli impulsi, abuso di sostanze, affettivo disturbi, disturbo

oppositivo provocatorio e altri disturbi clinici). Gli adolescenti nel gruppo dei disturbi dissociativi hanno anche ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto al normale gruppo di adolescenti dello studio di Smith e Carlson (1996). Tuttavia, il punteggio medio A-DES per gli adolescenti nel gruppo dei disturbi dissociativi non era significativamente diverso dal punteggio medio A-DES per il gruppo di adolescenti con disturbi psicotici (ad esempio, schizo-affettivo, schizofreniforme, o

disturbo psicotico NOS). Inoltre, Armstrong et al. (1997) hanno scoperto che il punteggio medio A-DES per gli adolescenti che hanno riportato abusi sia fisici che sessuali era significativamente superiore al punteggio medio A-DES per gli adolescenti che non ha segnalato alcun abuso. Kiesel e Lyons (2001) hanno riportato risultati simili per il loro studio su 114 bambini e adolescenti di età compresa tra 10 e 18 anni che vivevano in omi di trattamento residenziale. Quei partecipanti che erano stati abusati sessualmente hanno ottenuto punteggi significativamente più alti sull'A-DES rispetto ai partecipanti che non avevano subito alcun abuso o solo abuso fisico.

Brunner et al. (2000) hanno utilizzato l'A-DES per indagare la relazione tra diversi tipi di trauma infantile e il grado di esperienze dissociative in un campione di 198 pazienti psichiatrici adolescenti tedeschi. Coerentemente con gli studi di cui sopra, hanno scoperto che il gruppo di adolescenti che erano stati abusati sessualmente riportava significativamente esperienze più dissociative rispetto al gruppo di adolescenti senza storia di sessualità. abuso. Uno studio di follow-up su un campione di 41 pazienti psichiatrici adolescenti tedeschi dello stesso centro (Prohl et al., 2001) ha rivelato che il 71% della varianza sui punteggi A-DES era spiegata da malattie psichiatriche e da alcune disfunzioni della memoria. In particolare, punteggi di dissociazione più elevati erano correlati a livelli più gravi di malattia psichiatrica e prestazioni inferiori su compiti che coinvolgevano la memoria dichiarativa (ad esempio, memoria per facts o eventi) e procedurale. Pertanto, questi risultati dimostrano che la dissociazione interferisce con l'elaborazione delle informazioni.

La ricerca di Zoroglus et al. (2002), che ha somministrato l'A-DES a un campione di 330 adolescenti turchi, supporta ulteriormente la validità dell'A-DES. Hanno scoperto che il gruppo di adolescenti con un disturbo dissociativo ha ottenuto un punteggio significativamente più alto sull'A-DES rispetto agli altri gruppi diagnostici (ad esempio, PTSD, disturbo d'ansia, disturbo dell'umore, ADHD), così come il gruppo non clinico. Coerentemente con altri studi, non vi è stata alcuna differenza significativa per genere sui punteggi A-DES.

In sintesi, sebbene l'A-DES sembri essere una misura affidabile e valida della dissociazione, sono necessari ulteriori studi per determinarne l'utilità per gli adolescenti. Gran parte della ricerca esistente sull'A-DES è stata basata su piccoli campioni, la sua struttura fattoriale sottostante non è stata testata con campioni clinici e punteggi di cut-off che prevedono con precisione se un cliente sperimenta non sono stati identificati livelli estremi di dissociazione.

Ricerca sulla dissociazione nell'adolescenza

Due fattori sono stati associati alla dissociazione negli adolescenti: storie di abuso e cambiamenti nel comportamento o difficoltà comportamentali. Ad esempio, in uno studio su 11 adolescenti con disturbo dissociativo dell'identità (DID) di Dell e Eisenhower (1990), il 73% ha riportato abusi sessuali e / o abusi fisici passati e l'82% ha riferito abusi emotivi. Allo stesso modo, lo studio di Coon (1994) su 24 bambini / adolescenti con disturbi dissociativi ha rivelato che il 100% dei soggetti con diagnosi di DID e l'88% dei soggetti con diagnosi di disturbo dissociativo non altrimenti specificato (DDNOS) ha riportato una storia di abusi fisici, abusi sessuali e / o negligenza.

Il secondo fattore legato alla dissociazione è il comportamento, anche se l'esatta relazione tra dissociazione e comportamento necessita di ulteriori studi. I cambiamenti comportamentali associati alla dissociazione negli adolescenti includono fluttuazioni nelle prestazioni scolastiche / lavorative, variazioni nelle capacità sociali, cognitive o fisiche, cambiamenti ricorrenti nei modelli di amicizia e cambiamenti nei modelli di amicizia accento o tono linguistico (Bowman, Blix, & Coons, 1985; Fagan & McMahon, 1984; Peterson, 1990). Altri studi hanno riportato difficoltà comportamentali in bambini/adolescenti con disordini dissociativi (Fagan & McMahon, 1984; Kluft, 1985; Putnam, 1991; Reagor, Kasten, & Morelli, 1992). Ad esempio, molti partecipanti agli studi di Dell ed Eisenhower (1990) e Hornstein e Putnam (1992) hanno mostrato sintomi di disturbo della condotta.

Ricerca che sfida il modello dei tratti della dissociazione

Il modello dimensionale o dei tratti della dissociazione postula che le esperienze dissociative si verifichino lungo un continuum ancorato a un polo da normali tratti dissociativi come l'assorbimento e il coinvolgimento immaginativo, e al altro polo da stati dissociativi patologici come la depersonalizzazione, l'amnesia per stati dissociativi e l'alterazione dell'identità. Pertanto, i sostenitori di questo modello concettualizzano la dissociazione come una variabile o un tratto continuo e quantitativo che è presente in una certa misura in tutti, e che la dissociazione patologica è caratteristica degli individui che segnano nella fascia alta del continuum di dissociazione. Un'altra ipotesi di questo modello è che le esperienze dissociative patologiche non sono qualitativamente diverse dalle normali esperienze dissociative (Waller, Putnam, & Carlson, 1996).

Al contrario, i critici del modello dei tratti propongono che esistano tipi distinguibili di fenomeni dissociativi e che il modello dimensionale o del tratto sia applicabile solo per comprendere le normali esperienze dissociative come l'assorbimento e il coinvolgimento immaginativo. Per gli stati dissociativi patologici come la depersonalizzazione, l'amnesia per gli stati dissociativi e l'alterazione dell'identità, i critici sostengono che un modello tassonomico o tipologico spiega meglio il loro verificarsi. Tre presupposti del modello tipologico sono: (a) che gli stati dissociativi patologici sono manifestazioni di una variabile di classe latente, (b) che queste esperienze dissociative sono categoricamente diverse da normali fenomeni dissociativi, e (c) che gli stati dissociativi patologici sono vissuti solo da una piccola percentuale di individui che appartengono a una classe o taxon dissociativo patologico (Kidwell, 1999; Putnam et al., 1996; Simeon et al., 1998; Waller et al., 1996; Waller & Ross, 1997).

I ricercatori che hanno testato la rilevanza del modello tipologico hanno utilizzato metodi statistici tassometrici di recente sviluppo che distinguono le variabili categoriche (cioè classe latente, tassonomica) da quelle continue o variabili dimensionali. Solo le procedure statistiche tassometriche possono identificare se i fenomeni dissociativi patologici appartengono a una classe qualitativamente distinta (cioè il taxon) o rappresentano un punto end estremo su una dimensione continuamente distribuita (vedi Grove & Meehl, 1993; Meehl, 1973, 1992, 1995; Meehl & Yonce, 1994; Waller & Meehl, 1998; Waller et al., 1996; Waller & Ross, 1997).

Gli studiosi che applicano queste procedure statistiche stanno accumulando prove coercitive che supportano il modello tipologico di dissociazione. In uno studio seminale, Waller et al. (1996) hanno utilizzato tre metodi statistici tassonomici per analizzare i dati di risposta DES da un campione combinato di 228 controlli normali (cioè soggetti senza diagnosi clinica) e 228 soggetti con diagnosi di Disturbo Multiplo di Personalità (MPD). In primo luogo, hanno identificato 8 elementi che sono indicatori taxon validi per la dissociazione patologica. Questi elementi comprendono la scala DES-T o DES TAXON e indagano sull'amnesia per stati dissociativi, sensazione di depersonalizzazione e derealizzazione e casi di alterazione o confusione dell'identità. Successivamente, utilizzando l'analisi tassonomica, hanno assegnato i 556 soggetti alla classe dei taxon (cioè dissociatori patologici) o alla classe dei taxon non in base ai loro punteggi DES-T e hanno confermato che i membri del taxon (come previsto) secondo il modello tipologico) non sono semplicemente individui che segnano all'estremità (alta) del continuum dissociativo, ma sono individui che sperimentano stati patologici dissociativi che sono categoricamente diversi dai fenomeni dissociativi non patologici. In un'analisi finale, hanno confrontato i punteggi DES e DES-T di 11 campioni clinici e non clinici e hanno scoperto che, come previsto, i punteggi des-T medi sono inferiori ai corrispondenti punteggi DES per tutti i gruppi in cui la dissociazione atologica non era una caratteristica sindromica fondamentale. Particolarmente degno di nota è stato il risultato che il punteggio medio DES-T per il gruppo di controllo normale era vicino a 0, indicando che questi soggetti non sperimentano patologia stati dissociativi. Al contrario, come previsto, entrambi i punteggi DES-T e DES per il gruppo Disturbo di Personalità Multipla (MPD) erano più alti di quelli trovati negli altri gruppi.

Un altro studio di Waller e Ross (1997) in cui hanno analizzato i punteggi DES-T da un ampio campione non clinico ha rivelato che solo il 3,3% della popolazione generale appartiene al taxon di dissociazione patologica.

Altri studi hanno contrastato l'utilità clinica delle scale DES e DES-T in gruppi clinici discriminanti per sintomi dissociativi. I loro risultati indicano che il DES-T è una misura categorica superiore per differenziare la dissociazione all'interno di sottogruppi di pazienti con disturbi alimentari (Waller, Ohanian, Meyer, Everill e Rouse, 2001), così come all'interno di sottogruppi di pazienti con disturbi correlati al trauma (Allen, Fultz, Huntoon, & Brethour, 2002). Tuttavia, la ricerca di Leavitt (1999) che ha esaminato l'accuratezza diagnostica

del DES e del DES-T nella classificazione di sei gruppi di pazienti psichiatrici (ad esempio, due gruppi non dissociativi e quattro gruppi di disturbo della dissociazione), ha sfidato l'opinione che il DES-T sia più accurato del DES nella discriminazione dei disturbi dissociativi. Rather, i suoi risultati hanno indicato che, sebbene sia il DES che il DES-T fossero altamente accurati nell'identificare i pazienti con le forme più estreme di patologia dissociativa (ad esempio, DID e DDNOS), essi erano poveri discriminatori di pazienti con amnesia dissociativa o depersonalizzazione.

Fino a quando non viene sviluppata una scala di taxon per gli adolescenti, poco si può affermare riguardo alla percentuale di ado-lescenti che appartengono al taxon di dissociazione patologica, o come i fenomeni dissociativi si sviluppano nel tempo. Né può essere determinata l'utilità comparativa della scala dei taxon di dissociazione A-DES rispetto a una scala di taxon di dissociazione adolescenziale nella classificazione degli adolescenti con disturbi dissociativi.

Lo scopo del presente studio era quello di valutare la validità interna e costruttiva dell'A-DES. Estendiamo gli studi precedenti sull'A-DES in diversi modi: (1) confrontiamo i punteggi sull'A-DES completati dall'adolescente con i comportamenti segnalati dai genitori / tutori; (2) stabilire punteggi limite per l'A-DES e segnalare i rapporti di sensibilità e specificità; (3) confrontare le valutazioni degli adolescents con le valutazioni dei loro terapeuti su quanto spesso si associano; e (4) utilizzare una scala Likert a 6 punti rivista con ancore descrittive per ogni elemento sull'A-DES.

Quattro ipotesi sono state testate nelle analisi. In primo luogo, al fine di stabilire la validità del criterio, abbiamo esaminato se l'A-DES potesse discriminare tra un gruppo di adolescenti abusati sessualmente con una diagnosi clinica e un gruppo di controllo di adolescenti che non erano in trattamento e che non aveva una storia di abusi. Sulla base di ricerche precedenti, abbiamo previsto che ci sarebbero state differenze significative sull'A-DES tra i due gruppi di adolescenti. Se l'A-DES facesse discriminazioni tra i due gruppi, allora si potrebbero stabilire punteggi di cut-off e si potrebbero determinare rapporti di sensibilità e specificità con i punteggi A-DES che discriminano tra i gruppi.

La validità del costrutto è stata studiata correlando i punteggi A-DES con i punteggi della Child Behavior Checklist (CBCL). [Kisiel e Lyons \(2001\)](#) hanno scoperto che c'era una significativa correlazione positiva ($r = 0,27$) tra le due misure nel loro campione di bambini e adolescenti abusati sessualmente. Inoltre, due studi ([Malinowsky-Rummel & Hoier, 1991](#); [Wherry, Jolly, Feldman, Adam, & Manjanatha, 1994](#)) hanno dimostrato che la misura di Putnam della dissociazione per i bambini più piccoli (cioè CDC) è correlata alla Child Behavior Checklist. La seconda ipotesi prevedeva che ci sarebbe stata una correlazione significativa tra il punteggio A-DES Total e il punteggio Total Behavior Problem T completato dal CBCL. Ha anche previsto che ci sarebbe stata una correlazione significativa tra il punteggio A-DES Total e il punteggio Internalizing Scale T dal CBCL, e tra il punteggio A-DES Total e il punteggio Externalizing Scale T dal CBCL.

La terza ipotesi ha predetto che il punteggio A-DES Total completato dall'adolescente e il punteggio CBCL Total T completato dai genitori combinati avrebbero predetto con maggiore precisione l'appartenenza al gruppo clinico rispetto a quello non clinico rispetto al solo punteggio A-DES Total. Infine, al fine di stabilire concorrenti validità, abbiamo studiato la relazione tra il rapporto di dissociazione degli adolescenti (basato sul punteggio A-DES Total) e la valutazione dei terapeuti dal Trauma History Form che indica quanto spesso l'adolescente si dissocia. La quarta ipotesi prevedeva che ci sarebbe stata una correlazione significativa tra questi punteggi.

Metodo

Strumenti

La scala delle esperienze dissociative adolescenziali (A-DES). L'A-DES è stato sviluppato da [Armstrong et al. \(1997\)](#). Contiene 30 elementi progettati per lo screening degli adolescenti di età compresa tra 11 e 18 anni per la dissociazione patologica. Gli articoli A-DES indagano su quattro domini che riflettono gli aspetti di base della dissociazione: esperienze di amnesia dissociativa, depersonalizzazione / derealizzazione, assorbimento / coinvolgimento immaginativo e passivo influenza. Gli articoli sono valutati dall'adolescente su una scala Likert a 11 punti che va da 0 = "mai" a 10 = "sempre", senza punteggi medi. Il punteggio A-DES totale per lo strumento originale si basa sulla media di tutti i punteggi degli articoli. Un punteggio medio di 4 o superiore sull'A-DES significa dissociazione patologica ([Kisiel & Lyons, 2001](#)).

Prima di iniziare questo studio, cinque dei medici partecipanti che lavorano abitualmente con adolescenti hanno esaminato l'A-DES. Questi medici hanno suggerito che l'utilizzo di una scala Likert con un intervallo di risposta più piccolo che includeva singoli descrittori avrebbe migliorato l'accuratezza della segnalazione dei sintomi per gli adolescenti. Pertanto, abbiamo prima somministrato l'A-DES a un campione pilota di sei adolescenti di età compresa tra 13 e 15 anni utilizzando la scala Likert originale a 11 punti. Dopo aver completato la misura, gli adolescenti sono stati intervistati per accertare il significato che avevano assegnato alla loro valutazione per ciascun articolo. C'era un range nelle loro interpretazioni. Perché [Armstrong et al. \(1997\)](#) avevano avvertito che la ricerca precedente con l'A-DES utilizzando un tradizionale formato Likert a 4 o 5 punti non aveva sufficientemente diffuso le risposte degli adolescenti in modo affidabile distinguendo la dissociazione normale da quella patologica, abbiamo deciso di somministrare l'A-DES utilizzando un formato di scala Likert a 6 punti con descrittori a un altro gruppo di sei adolescenti. Per ogni elemento l'adolescente ha valutato la frequenza con cui l'esperienza descritta gli era accaduta. La risposta per ogni voce è stata: 0 = "non succede mai", 1 = "quasi mai accade", 2 = "più volte all'anno", 3 = "più volte al mese", 4 = "più volte alla settimana" e 5 = "succede ogni giorno, quasi ogni giorno." Quando intervistato, c'era un maggiore accordo nel meaning che questo gruppo di adolescenti aveva assegnato alla loro valutazione per ogni elemento. Questi adolescenti tendevano a utilizzare il descrittore fornito per ogni scelta nel determinare la loro valutazione. Pertanto, abbiamo utilizzato il formato di scala Likert a 6 punti in questo studio. Il punteggio A-DES totale in questo studio era la media di tutti gli elementi e variava da 0 a 5. Un punteggio alto indica una maggiore frequenza di esperienze dissociative.

Elenco di controllo comportamento figlio. L'elenco di controllo del comportamento dei bambini (CBCL; [Achenbach & Edelbrock, 1983](#)) è un metodo standardizzato per valutare le competenze sociali e i problemi comportamentali nei bambini di età compresa tra 4 e 18 anni. I genitori rispondono a 118 domande riguardanti problemi comportamentali. Il CBCL è stato progettato per identificare le differenze tra le popolazioni cliniche, nonché per confrontare un child con i livelli normativi di coetanei di età simile. Lo strumento fornisce punteggi a banda larga per Problemi di comportamento totale, Problemi di comportamento di internalizzazione e Problemi di comportamento di esternalizzazione. Il CBCL è psicometricamente solido. I coefficienti alfa di Cronbach per le tre scale a banda larga vanno da .90 a .96 ([Achenbach Edelbrock, 1983](#)). La validità del costrutto e la validità predittiva sono state stabilite in numerosi stdi.

La forma storica del trauma. Il Modulo di storia del trauma sviluppato per questo studio ha utilizzato un formato di lista di controllo per renderlo il più opportuno possibile per il terapeuta dell'adolescente da completare. Sul modulo di storia del trauma al terapeuta è stato chiesto di fornire una diagnosi DSM-IV e di answer se l'adolescente si è dissociato e, in caso affermativo, con quale frequenza (cioè 1 = "occasionalmente", 2 = "a volte", 3 = "frequentemente", 4 = "molto spesso", 5 = "quotidiano"). Per rendere operativa la dissociazione, ai terapeuti è stato chiesto di rispondere a cinque affermazioni specifiche che descrivono diversi sintomi dissociativi. Al terapeuta è stato anche chiesto di rispondere a una domanda riguardante i diversi tipi di abuso / trauma vissuti dall'adolescente, tra cui: negligenza, maltrattamento emotivo, esposizione alla violenza familiare, all'abuso fisico, all'abuso sessuale e alla testimonianza di un altro evento traumatico (ad esempio, disastri naturali o violenza della comunità). Se l'adolescente ha riferito di abusi sessuali, al terapeuta è stato quindi chiesto di rispondere a descrittori dettagliati sul tipo e la gravità del contatto sessuale, uso della coercizione o della forza, relazione del bambino con l'autore, frequenza e durata dell'abuso.

Scala delle esperienze adolescenziali-dissociative (A-DES)

Elenco di riferimento degli articoli che utilizzano l'A-DES

1. (1996). Appendice A: Strumenti di valutazione. In J.L. Silberg (Ed.), *Il dissociativo bambino: diagnosi, trattamento e gestione* (pp. 331-340). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
2. Armstrong, J.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1990). *Le esperienze dissociative adolescenziali scalano A-DES*. Los Angeles: Dipartimento di Psicologia della University of Southern California.
3. Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z., & Smith, S.R. (1997). Sviluppo e validazione di una misura di dissociazione adolescenziale: la Scala delle Esperienze Dissociative Adolescenziali. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-7.
4. Bonanno, G.A., Noll, J.G., Putnam, F.W., O'Neill, M., & Trickett, P.K. (2003). Prevedere la volontà di rivelare l'abuso sessuale infantile da misure di coping repressivo e tendenze dissociative. *Maltrattamento dei minori*, 8(4), 302-318.
5. Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Sintomatologia dissociativa e fattori traumatogeni nei pazienti psichiatrici adolescenti. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 188 (2), 71-7.
6. Eisen, M.L., Goodman, G.S., Davis, S.L., & Qin, J. (1999). Differenze individuali nella memoria e nella suggestionabilità dei bambini maltrattati. In L.M. Williams, & V.L. Banyard (Eds.), *Trauma e memoria* (pp. 31-46). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
7. Eisen, M.L., Qin, J., Goodman, G.S., & Davis, S.L. (2002). Memoria e suggestionabilità nei bambini maltrattati: età, eccitazione da stress, dissociazione e psicopatologia. *Giornale di psicologia infantile sperimentale*, 83 (3), 167-212.
8. Farrington, A., Waller, G., Neiderman, M., Sutton, V., Chopping, J., & Lask, B. (2002). Dissociazione nelle ragazze adolescenti con anoressia: relazione con la psicopatologia comorbida. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 190 (11), 746-51.
9. Farrington, A., Waller, G., Smerden, J., & Faupel, A.W. (2001). La scala delle esperienze dissociative adolescenziali : proprietà psicometriche e differenza nei punteggi tra i gruppi di età. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 189 (10), 722-7.
10. Fehon, D.C., Grilo, C.M., & Lipschitz, D.S. (2001). Differenze di genere nell'esposizione alla violenza e nel rischio di violenza tra i pazienti adolescenti ricoverati. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 189 (8), 532-540.
11. Fehon, D.C., Grilo, C.M., & Lipschitz, D.S. (2001). Correlati dell'esposizione alla violenza della comunità negli adolescenti ospedalizzati. *Psichiatria completa*, 42 (4), 283-290.
12. Fehon, D.C., Grilo, C.M., & Lipschitz, D.S. (2005). Un confronto tra pazienti adolescenti ricoverati con e senza una storia di violenza perpetrata: impulsività, PTSD e rischio di violenza. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 193 (6), 405-411.
13. Federico, W.N. (2002). *Valutazione psicologica dei bambini vittime di abusi sessuali e delle loro famiglie*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
14. Friedrich, W.N., Gerber, P.N., Koplin, B., Davis, M., Giese, J., Mykelbust, C., & Franckowiak, D. (2001). Valutazione multimodale della dissociazione negli adolescenti: ricoverati e giovani autori di reati sessuali. *Abuso sessuale*, 13(3), 167-77.
15. Hoch-Espada, A.L., *Stress post-traumatico, dissociazione e comportamento antisociale negli adolescenti del centro città [tesi]*. 1997, Università di Pace.

16. Keck Seeley, S.M., *Studio preliminare di convalida della scala delle esperienze dissociative adolescenziali [tesi]*. 1998, Università di Akron.
17. Keck Seeley, S.M., Perosa, S.L., & Perosa, L.M. (2004). Uno studio di convalida della scala delle esperienze dissociative adolescenziali. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 755-769.
18. Kisiel, C.L., & Lyons, J.S. (2001). Dissociazione come mediatore della psicopatologia tra i bambini e gli adolescenti abusati sessualmente. *American Journal of Psychiatry*, 158 (7), 1034-1039.
19. Lipschitz, D.S., Mayes, L.M., Rasmusson, A.M., Anyan, W., Billingslea, E.M., Gueorguieva, R., & Southwick, S.M. (2005). Risposte di startle acustiche al basale e modulate in ragazze adolescenti con disturbo da stress post-traumatico. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (8), 807-814.
20. Martínez-Taboas, A., Shrout, P.E., Canino, G.J., Chavez, L.M., Ramirez, R., Bravo, M., Bauermeister, J.J., & Ribera, J.C. (2004). Le proprietà psicometriche di una versione abbreviata della Scala delle Esperienze Dissociative adolescenziali spagnole. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(4), 33-54.
21. Martínez-Taboas, A., Canino, G.J., Wang, M.Q., García, P., & Bravo, M. (2006). Prevalenza e vittimizzazione correlate della dissociazione patologica in un campione comunitario di giovani. *Giornale di stress traumatico*, 19 (4), 439-448.
22. Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., & Peeters, E. (2003). I legami tra la scala delle esperienze dissociative adolescenziali (A-DES), la propensione alla fantasia e i sintomi dell'ansia. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 191 (1), 18-24.
23. Nemzer, E.D. (1996). Interventi psicofarmacologici per bambini e adolescenti con disturbi dissociativi. In J.L. Silberg (a cura di), *Il bambino dissociativo: diagnosi, trattamento e gestione* (pp. 235-270). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
24. Noll, J.G., Horowitz, L.A., Bonanno, G.A., Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (2003). Rivittimizzazione e autolesionismo nelle donne che hanno subito abusi sessuali infantili: risultati di uno studio prospettico. *Giornale della violenza interpersonale*, 18 (12), 1452-1471.
25. Prohl, J., Resch, F., Parzer, P., & Brunner, R. (2001). Relazione tra sintomatologia dissociativa e memoria dichiarativa e procedurale nei pazienti psichiatrici adolescenti. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 189 (9), 602-7.
26. Prohl, J.r., Resch, F., Parzer, P., & Brunner, R. (2001). Relazione tra sintomatologia dissociativa e memoria dichiarativa e procedurale in pazienti psichiatrici adolescenti. *Giornale di malattie nervose e mentali*, 189 (9), 602-607.
27. Putnam, F.W. (1997). *Dissociazione nei bambini e negli adolescenti: uno sviluppo prospettivo*. (Vol. viii). New York: Guilford Press.
28. Sadowski, C.M., & Friedrich, W.N. (2000). Proprietà psicometriche della Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) con adolescenti ospedalizzati psichiatricamente. *Maltrattamento di minori*, 5(4), 364-72.
29. Sayar, K., Kose, S., Grabe, H.J., & Topbas, M. (2005). Alessitimia e tendenze dissociative in un campione adolescente della Turchia orientale. *Psichiatria e neuroscienze cliniche*, 59 (2), 127-134.
30. Silberg, J.L. (1996). Appendice A: Strumenti di valutazione. In *Il bambino dissociativo: diagnosi, trattamento e gestione* (pp. 331-340). Lutherville, Maryland: Sidran Press.

31. Yoshizumi, T., Murase, S., Honjo, S., Kaneko, H., & Murakami, T. (2004). Esperienze allucinatorie in una comunità Campione di bambini giapponesi. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 1030-1036.
32. Zoroglu, S.S., Sar, V., Tuzun, U., Tutkun, H., & Savas, H.A. (2002). Affidabilità e validità della versione turca della scala delle esperienze dissociative adolescenziali . *Psichiatria e neuroscienze cliniche*, 56 (5), 551-6.