

Impiego della scala per la valutazione rapida dimensionale SVARAD in una popolazione clinica ambulatoriale di 1124 soggetti

Use of the scale for the rapid dimensional assessment SVARAD in a sample of 1,124 psychiatric outpatients

PAOLO PANCHERI, MASSIMO BIONDI, PAOLA GAETANO, ANGELO PICARDI, MASSIMO PASQUINI

III Clinica Psichiatrica, Università di Roma, La Sapienza

RIASSUNTO. Introduzione. La Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale SVARAD, recentemente costruita e validata presso la III Clinica Psichiatrica dell'Università di Roma "La Sapienza", è una scala di valutazione a cinque punti, costituita da dieci items, di semplice e rapida compilazione. Essa permette di effettuare rapidamente una valutazione sufficientemente valida e affidabile delle principali dimensioni psicopatologiche, senza dover ricorrere ad una batteria di scale. **Materiali e metodi.** Vengono qui presentati alcuni dati relativi alla sua applicazione in una popolazione di 1124 soggetti, consecutivamente accettati per una prima visita psichiatrica ambulatoriale, tra i quali risulta rappresentata pressoché l'intera gamma della patologia psichiatrica. **Risultati.** È stata notata la relativa "purezza" dimensionale di alcune categorie, quali ad esempio il disturbo depressivo maggiore e il disturbo di panico, a confronto con altre, tra le quali tipicamente, ma non soltanto, le diagnosi NAS. **Conclusioni.** La possibilità di ricavare profili dimensionali può consentire una lettura dei dati secondo una duplice ottica, sia categoriale che dimensionale. Inoltre, questi risultati preliminari suggeriscono la possibile utilità della scala nel facilitare la formulazione di una diagnosi dimensionale che permetta di ottimizzare l'efficacia di un intervento psicofarmacologico.

PAROLE CHIAVE: dimensioni psicopatologiche, scale di valutazione, SVARAD.

SUMMARY. Introduction. The 'SVARAD' is a 10-item scale for the rapid dimensional assessment that has recently been constructed and validated by the Third Chair of Psychiatry of the University of Rome "La Sapienza". The scale consists of 10 items rated on a 5-point scale, and it has the advantage of being short and easy to complete. With this scale, it is possible to assess the main psychopathological dimensions with sufficient reliability and validity, without having to use a battery of rating scales. **Material and methods.** This paper reports on the use of the scale in a sample of 1,124 consecutive psychiatric outpatients. Among these patients, a wide variety of psychiatric diagnoses were represented. **Results.** A few DSM-IV diagnostic categories, such as panic disorder and major depressive disorder, were characterized by a relatively 'pure' dimensional profile. Other diagnostic categories, typically diagnoses 'Not Otherwise Specified', but also other diagnoses, were found to have 'mixed' dimensional profiles. **Conclusions.** With the aid of the SVARAD, the findings can be interpreted according to both a categorial approach and a dimensional approach, thanks to the possibility of drawing dimensional profiles. The scale might also help the clinician to make a dimensional diagnosis and therefore to optimize drug treatment.

KEY WORDS: psychopathological dimensions, rating scales, SVARAD.

INTRODUZIONE

La classificazione dei disturbi psichiatrici non può far riferimento ai criteri utilizzati per le malattie somatiche, ovvero basarsi sulla eziologia, la patogenesi, la fisiopatologia e le conseguenze cliniche. Le patologie psichiatriche vanno considerate come entità sindromiche, caratterizzate da diverse costellazioni di sintomi (1).

Comunque, la necessità di facilitare la comunicazione tra gli operatori e di uniformare le diagnosi, anche ai fini prognostici e terapeutici, comporta l'acquisizione di sistemi classificatori universalmente riconosciuti. Si è quindi reso indispensabile l'impiego di un approccio diagnostico di tipo categoriale, la cui caratteristica essenziale consiste nel presupposto che esistano entità nosografiche chiaramente distinte e separate. A questo

E-mail: biondi@axrma.uniroma1.it

scopo, vengono impiegati quelli che risultano attualmente essere i principali sistemi classificatori, ovvero il DSM-IV (2) e l'ICD-10 (3). Si deve però riconoscere che l'approccio categoriale alla diagnosi psichiatrica presenta alcuni svantaggi e limiti. Ad esempio, le comuni indagini effettuate su gruppi di pazienti omogenei per diagnosi categoriale rivelano che spesso essi sono ampiamente disomogenei rispetto alla configurazione dei sintomi e al decorso.

Recentemente, un diverso approccio al problema della diagnosi psicopatologica sta riscuotendo interesse: l'approccio dimensionale. Secondo questo approccio, è possibile caratterizzare ogni singolo quadro clinico, a prescindere dal suo inquadramento nosografico categoriale, in funzione del peso relativo assunto dalle varie dimensioni psicopatologiche nel suo contesto. Si intende per dimensione psicopatologica una alterata funzione psichica, espressa fenomenicamente da un insieme di sintomi o di segni che siano indicativi e specifici per la funzione alterata. Idealmente, il modello prevede che ogni dimensione psicopatologica sia correlabile ad un meccanismo patofisiologico specifico, e ad un intervento terapeutico specifico, il che permetterebbe una maggiore flessibilità terapeutica in funzione della variabilità di ciascun quadro clinico (1).

Scopo di questo studio è di valutare la validità e la utilità dell'approccio diagnostico dimensionale su di un ampio campione di pazienti ambulatoriali, e di integrare con le informazioni ottenute da questo tipo di approccio le diagnosi categoriali DSM-IV.

MATERIALI E METODI

Setting e campione

L'indagine è stata condotta su un campione di pazienti consecutivamente accettati per una prima visita, presso l'Ambulatorio del Servizio di Medicina Psicosomatica e Psicofarmacologia Clinica del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica dell'Università "La Sapienza" di Roma. Il campione comprende un totale di 1124 pazienti, aventi una età media di 41,8 anni.

Valutazione psicopatologica

I soggetti sono stati diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV, e sono stati tutti valutati al termine della prima visita mediante la Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale (SVARAD). Questa è una scala di valutazione psicopatologica costruita e validata presso la III

Clinica Psichiatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma (4,5). Si tratta di una scala di eterovalutazione a cinque punti, costituita da 10 item. Le dieci dimensioni psicopatologiche indagate sono le seguenti: Apprensione/Timore, Tristezza/Demoralizzazione, Rabbia/Aggressività, Ossessività/Iterattività, Apatia/Abulia, Impulsività, Distorsione della realtà, Disorganizzazione del pensiero, Preoccupazione somatica/Somatizzazione, Ipertimia/Attivazione. Per ogni dimensione, vengono valutate l'intensità dei sintomi, la frequenza, la pervasività, le eventuali conseguenze sul piano della vita di relazione. Per facilitare la compilazione da parte dell'esaminatore, incluse nella scala vi sono specifiche definizioni di ognuna di queste dimensioni e dei cinque possibili livelli di gravità.

Analisi dei dati

Per valutare la rilevanza delle dimensioni psicopatologiche nell'ambito delle diverse categorie diagnostiche del DSM, è stato calcolato, per ognuna di esse, il punteggio medio di ogni singolo item della SVARAD, in modo da ottenere un profilo dimensionale per ognuno dei principali gruppi diagnostici. Tale procedura permette una valutazione del diverso "peso relativo" di ogni singola dimensione psicopatologica nell'ambito di ciascuna categoria diagnostica del DSM-IV.

Inoltre, sono stati calcolati i punteggi medi di ogni singolo item della SVARAD in funzione della categoria diagnostica di appartenenza. La rappresentazione grafica di questi dati ha permesso di valutare in quali sottogruppi diagnostici una determinata dimensione psicopatologica assuma maggior rilievo.

RISULTATI

I profili dimensionali dei disturbi maggiormente rappresentati nel campione studiato sono illustrati nelle **Figure 1-11**, mentre la **Figura 12** rappresenta il gruppo dei soggetti con assenza di disturbi psicopatologici.

I punteggi medi di ogni singolo item della SVARAD in funzione della categoria diagnostica di appartenenza sono invece riportati nelle **Figure 13-22**.

DISCUSSIONE

Nei disturbi dell'umore, in particolare nel disturbo depressivo maggiore (**Figura 1**), si conferma una prevalenza della dimensione Tristezza/Demoralizzazione, che presenta un peso relativo maggiore delle altre dimensioni psicopatologiche. A questa fanno seguito le

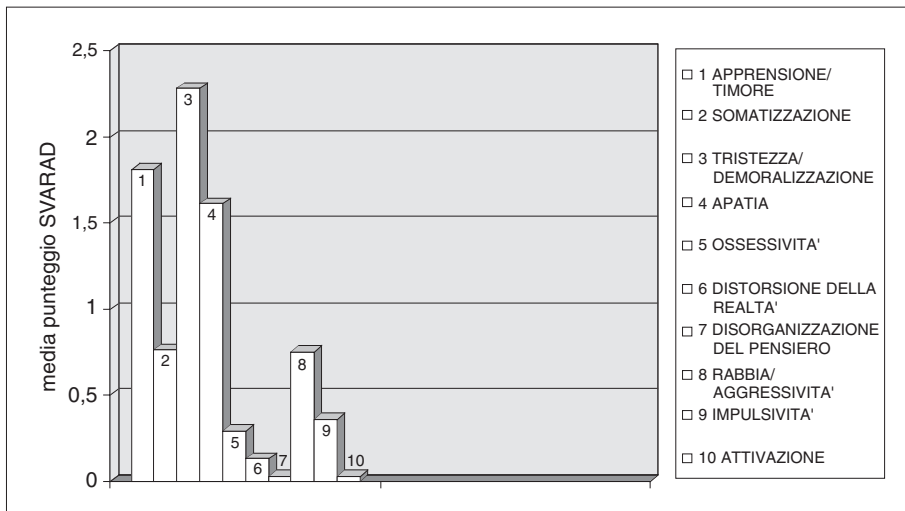


Figura 1. Profilo dimensionale del Disturbo Depressivo Maggiore (n=158)

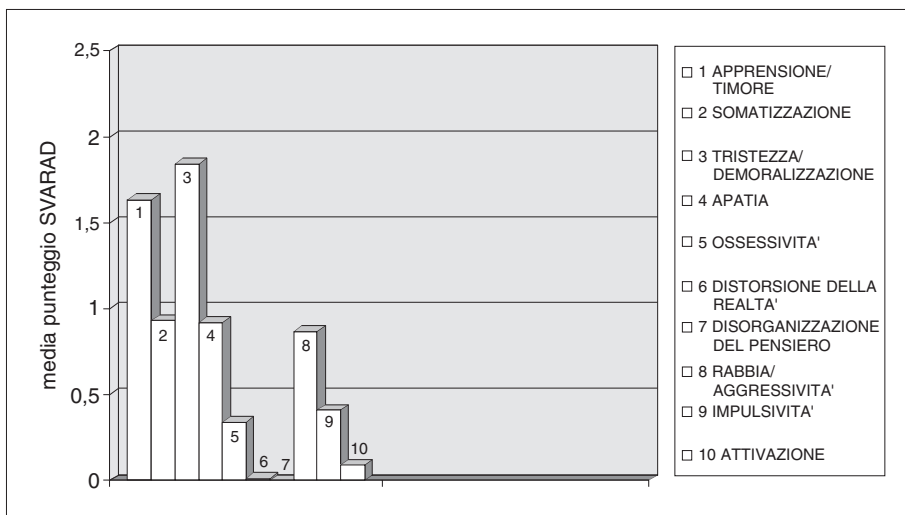


Figura 2. Profilo dimensionale del Disturbo Distimico (n=134)

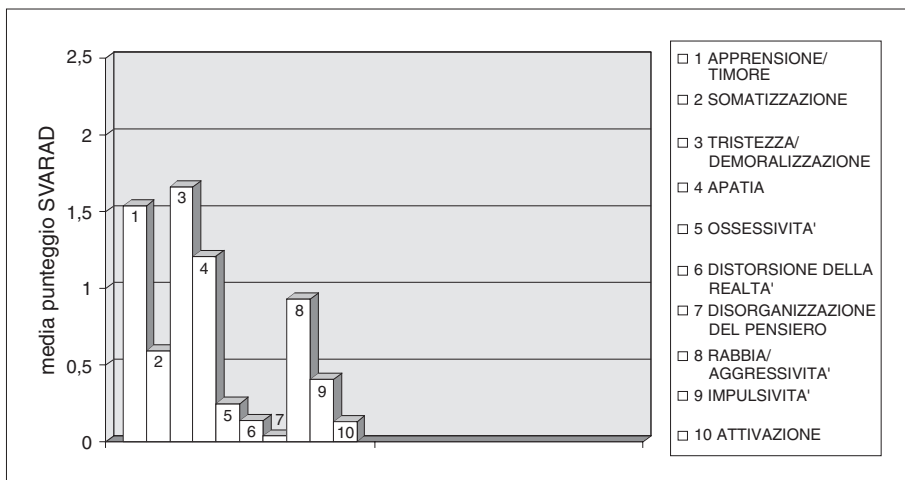


Figura 3. Profilo dimensionale del Disturbo Depressivo NAS (n=56)

Figura 4. Profilo dimensionale del Disturbo di Panico (n=78)

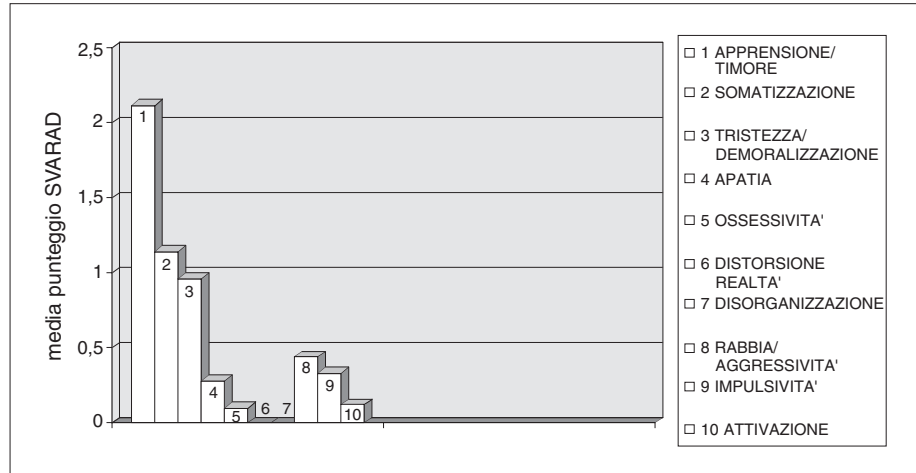


Figura 5. Profilo dimensionale del Disturbo D'Ansia Generalizzato (n=15)

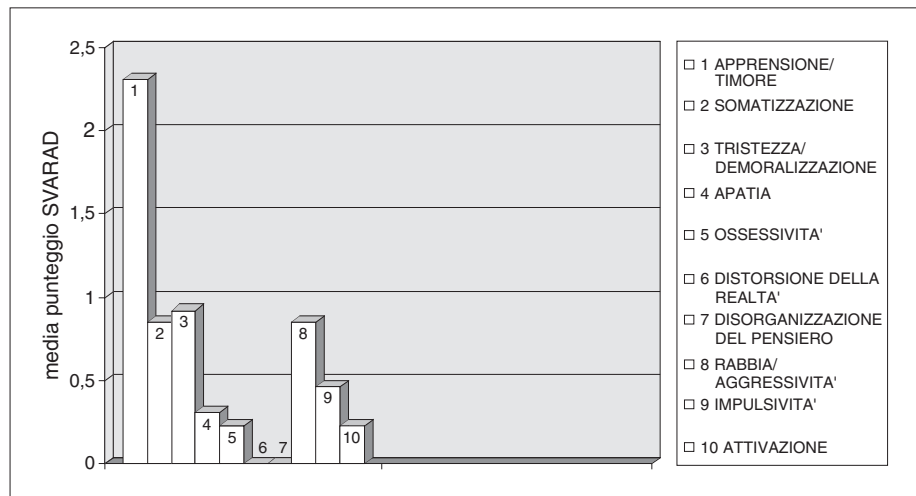
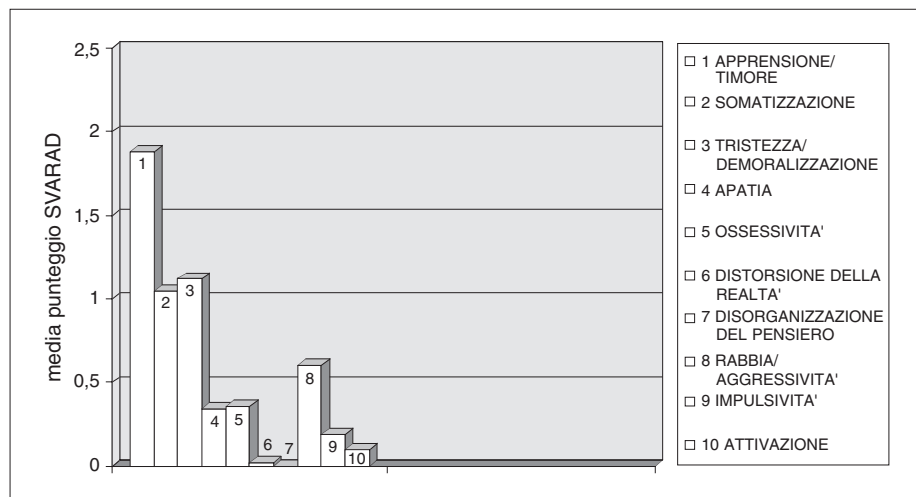


Figura 6. Profilo dimensionale del Disturbo D'Ansia NAS (n=58)



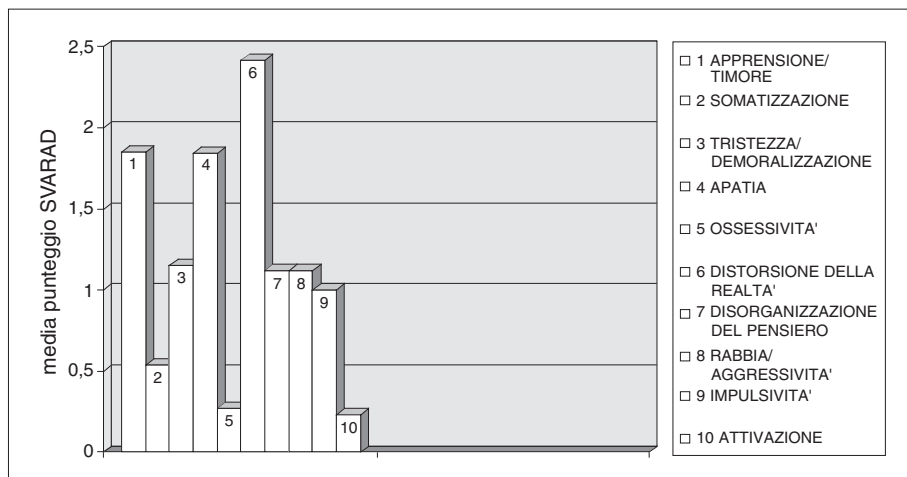


Figura 7. Profilo dimensionale della Schizofrenia Paranoide (n=26)

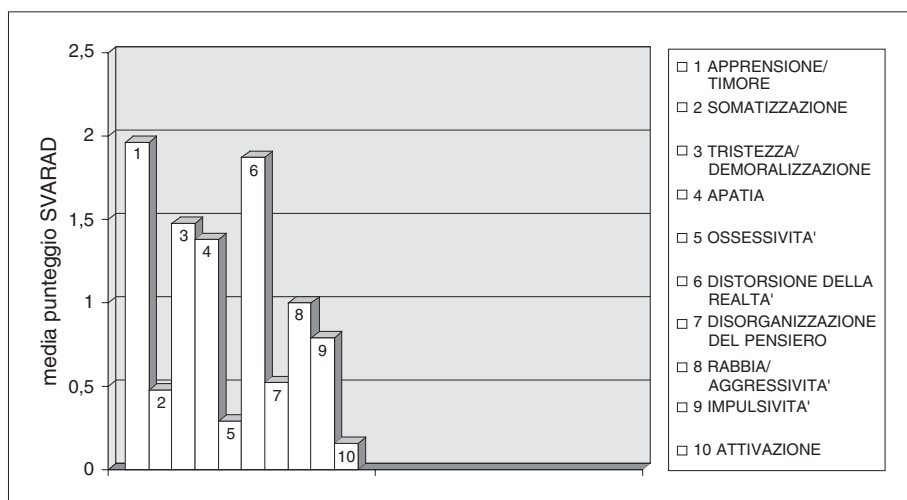


Figura 8. Profilo dimensionale del Disturbo Psicotico NAS (n=25)

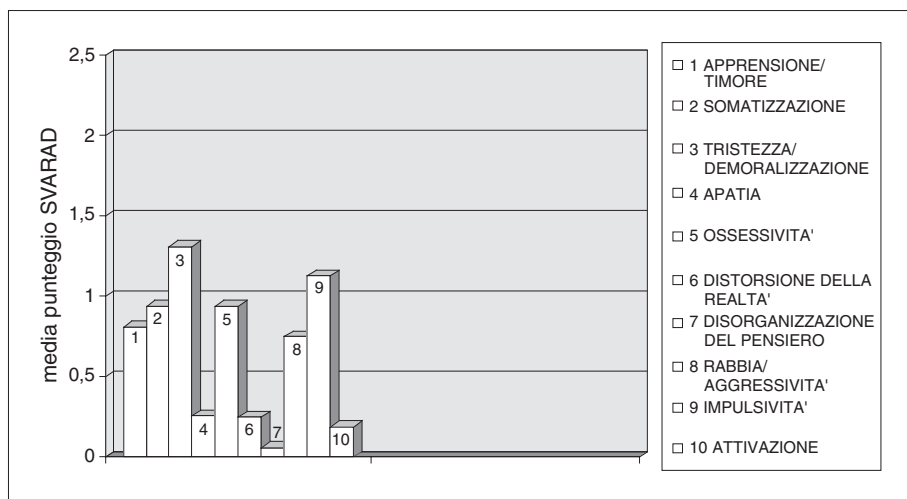


Figura 9. Profilo dimensionale del Disturbo dell'Alimentazione (n=16)

Figura 10. Profilo dimensionale del Disturbo Somatoforme (n=27)

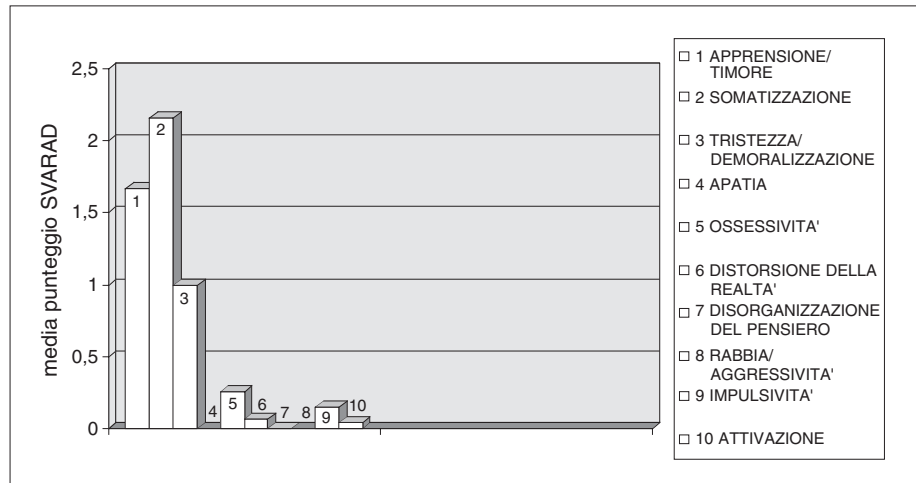


Figura 11. Profilo dimensionale del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (n=20)

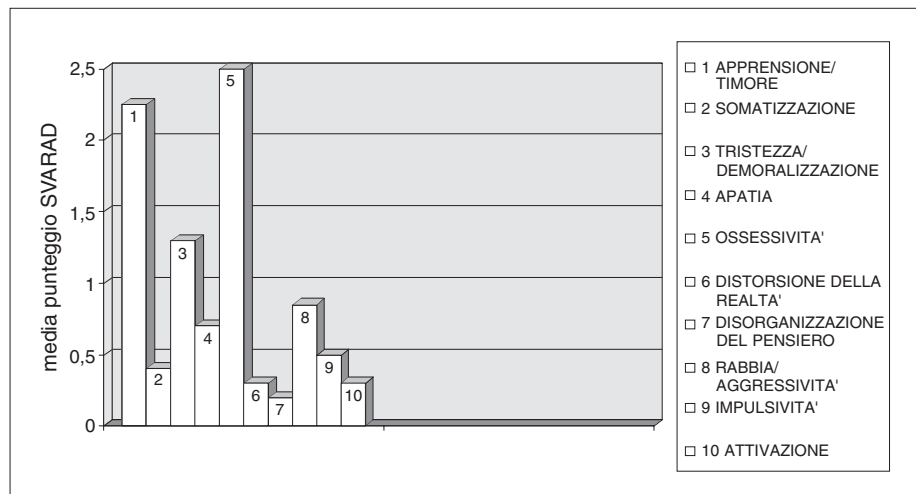
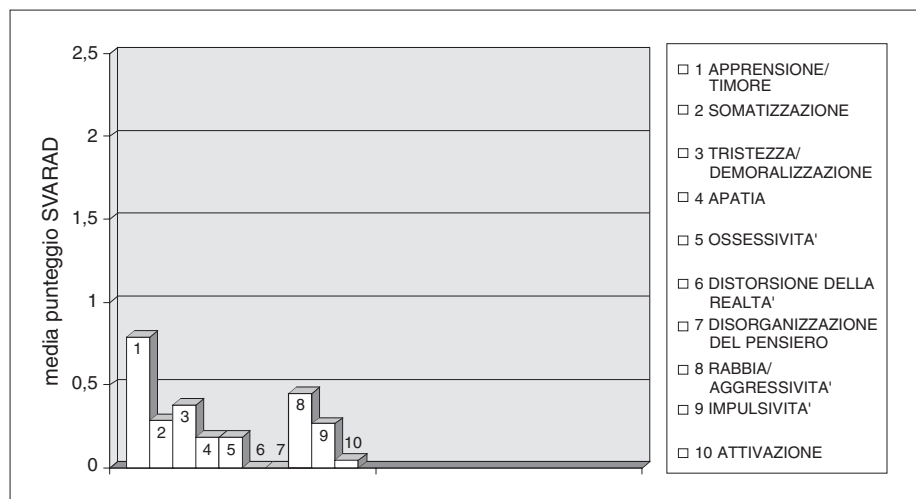


Figura 12. Profilo dimensionale dei soggetti con assenza di disturbi psicopatologici (n=42)



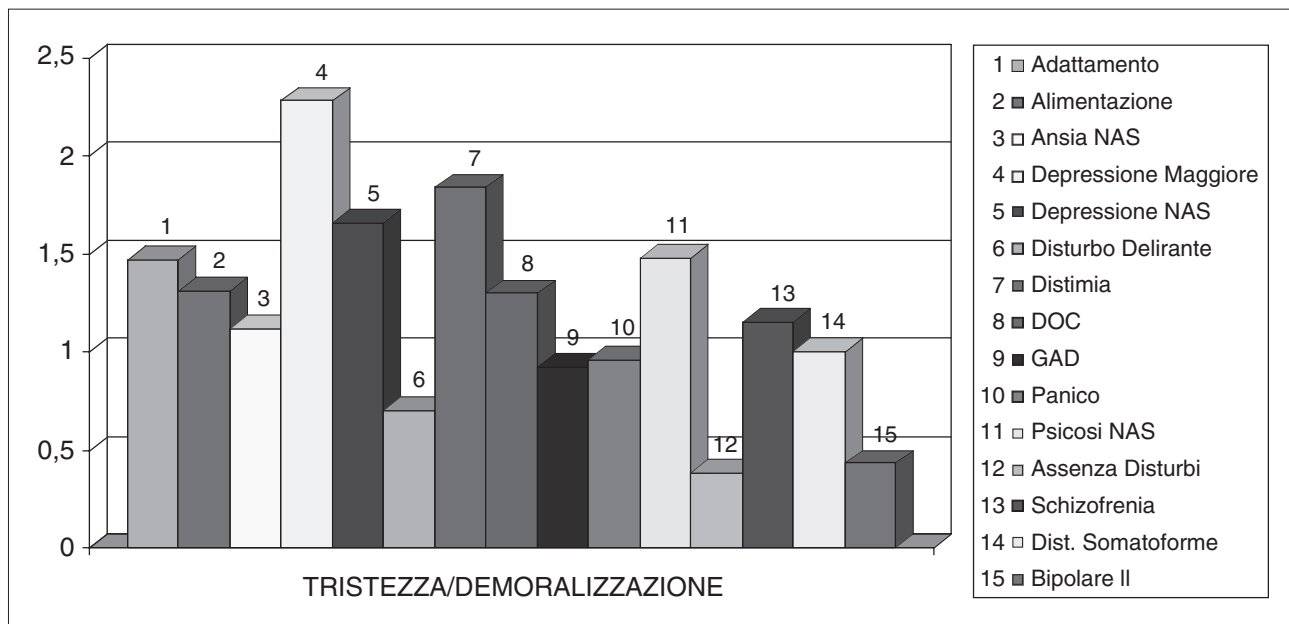


Figura 13. Punteggi medi dell'item Tristezza/Demoralizzazione in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

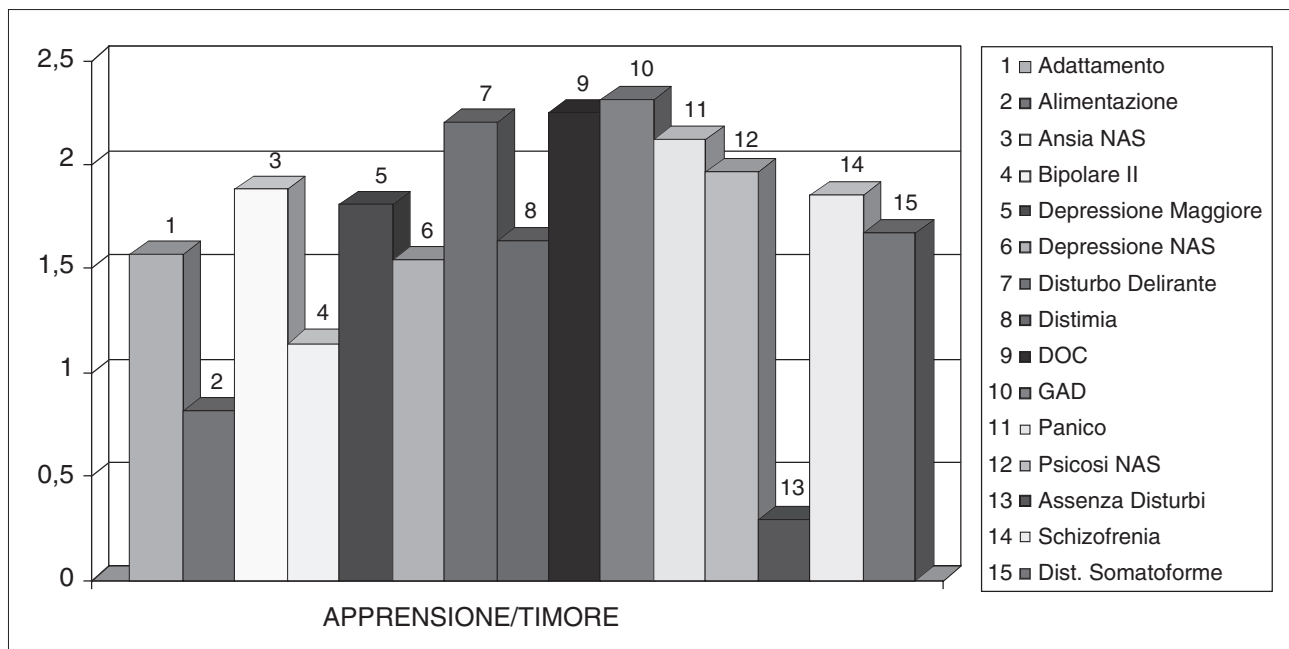


Figura 14. Punteggi medi dell'item Apprensione/Timore in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

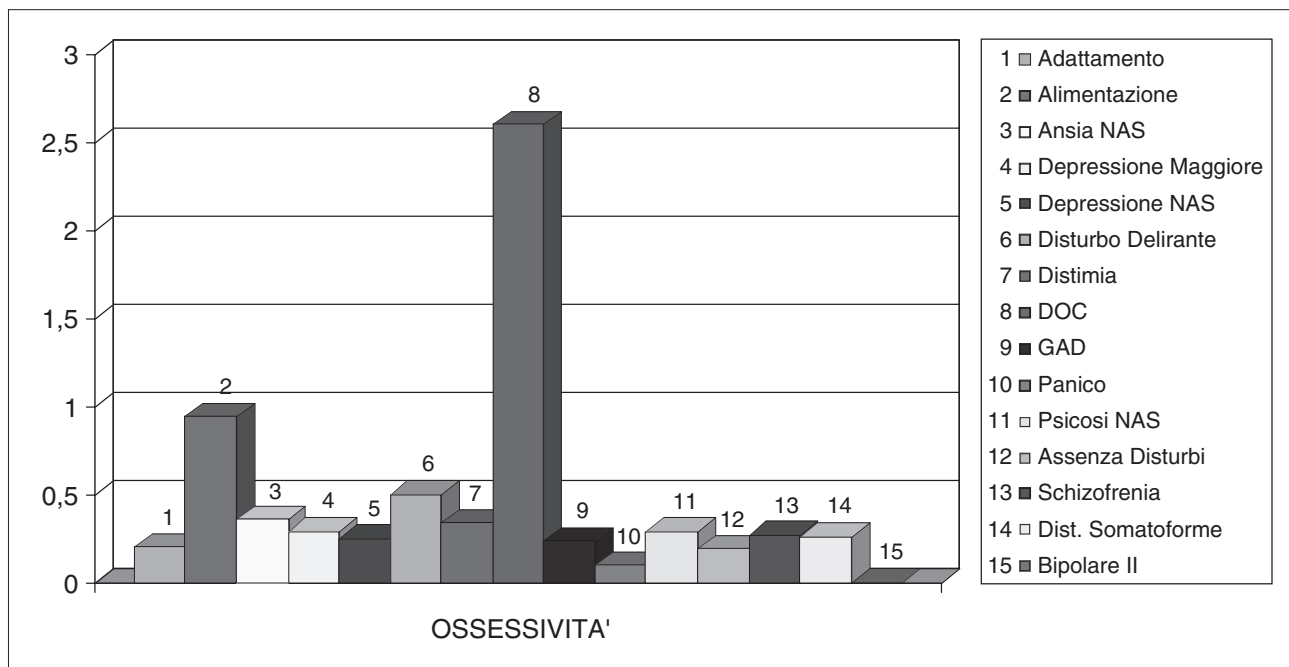


Figura 15. Punteggi medi dell'item Ossessività in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

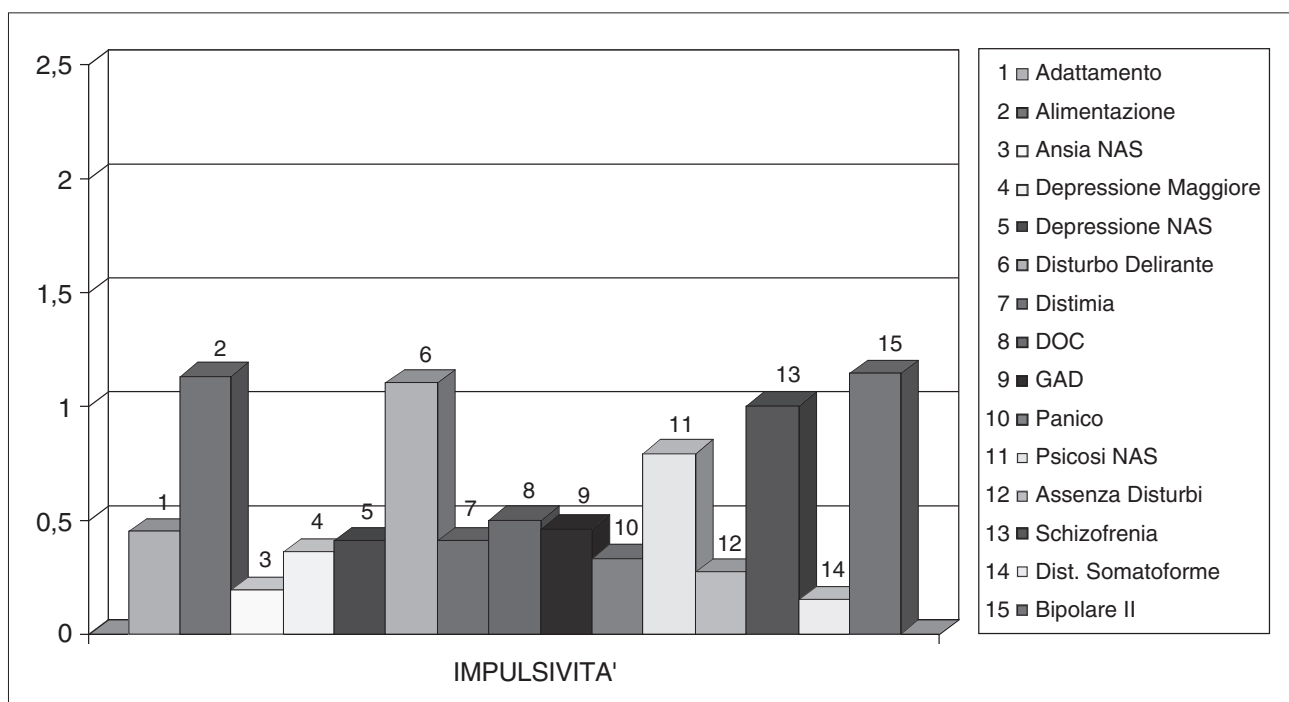


Figura 16. Punteggi medi dell'item Impulsività in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

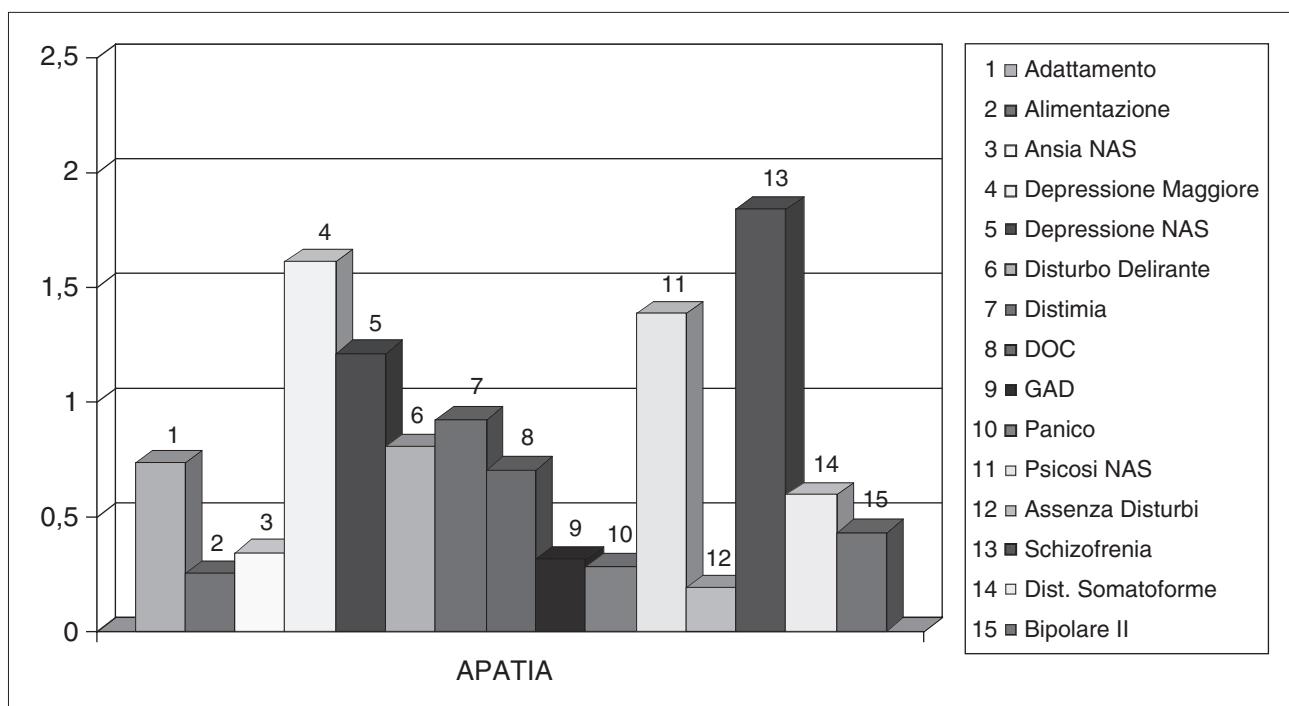


Figura 17. Punteggi medi dell'item Apatia in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

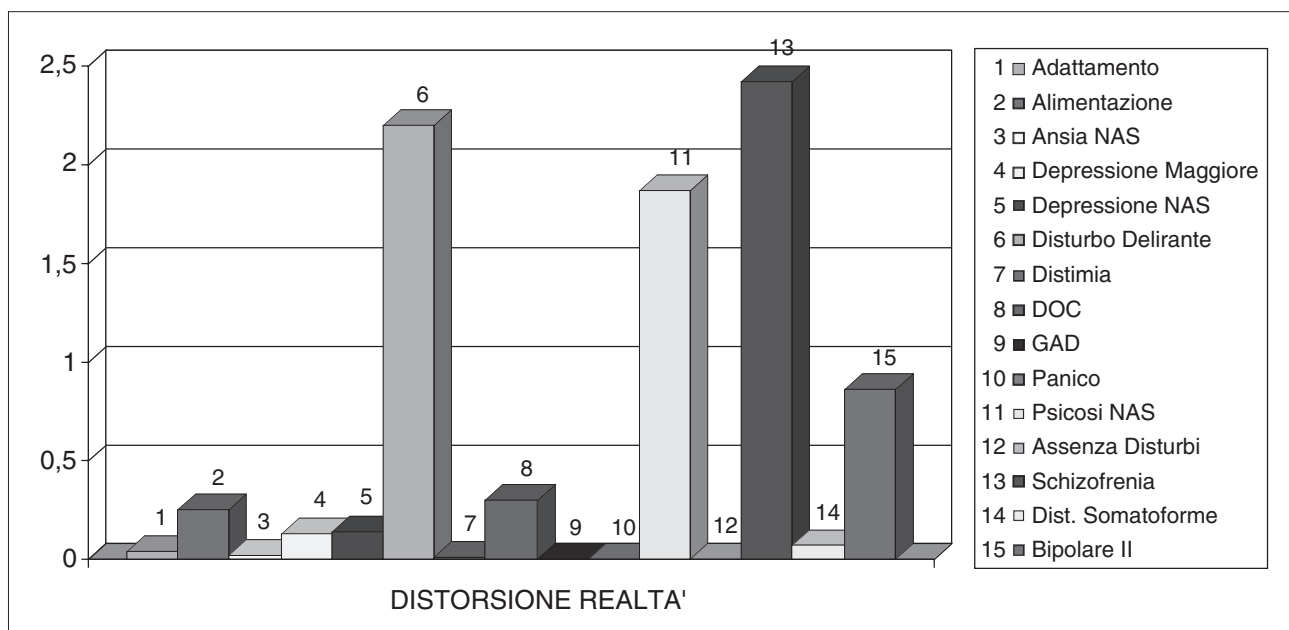


Figura 18. Punteggi medi dell'item Distorsione della Realtà in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

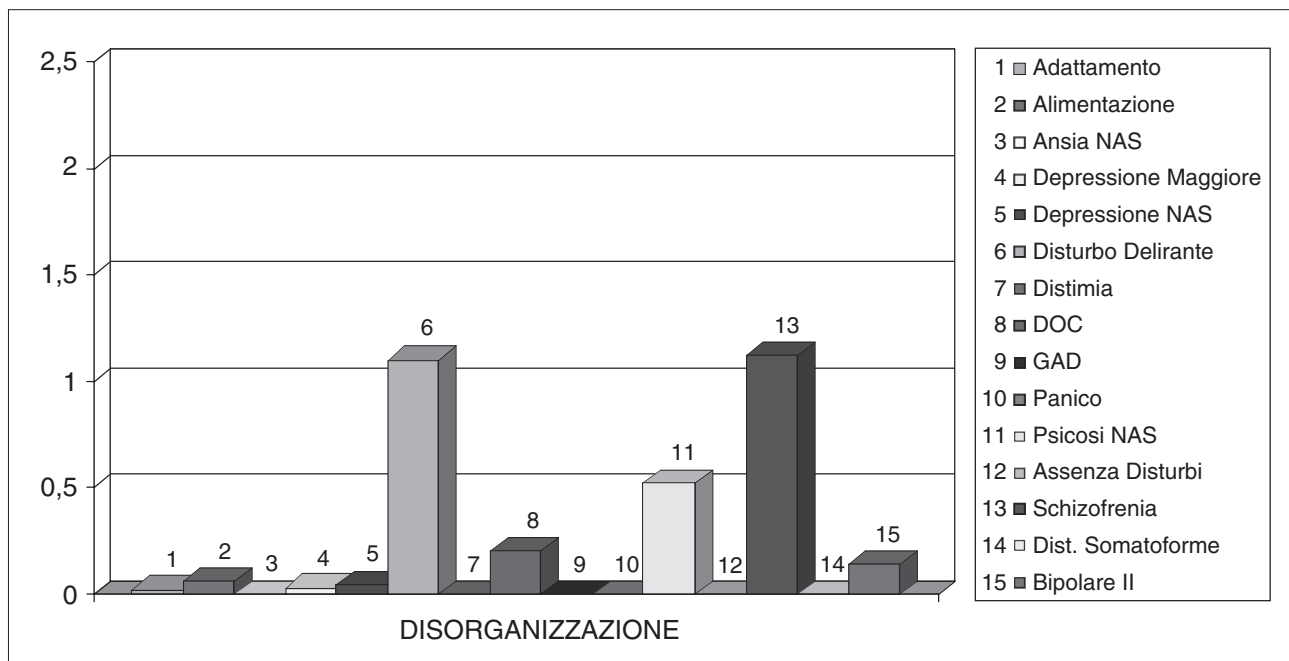


Figura 19. Punteggi medi dell'item Disorganizzazione in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

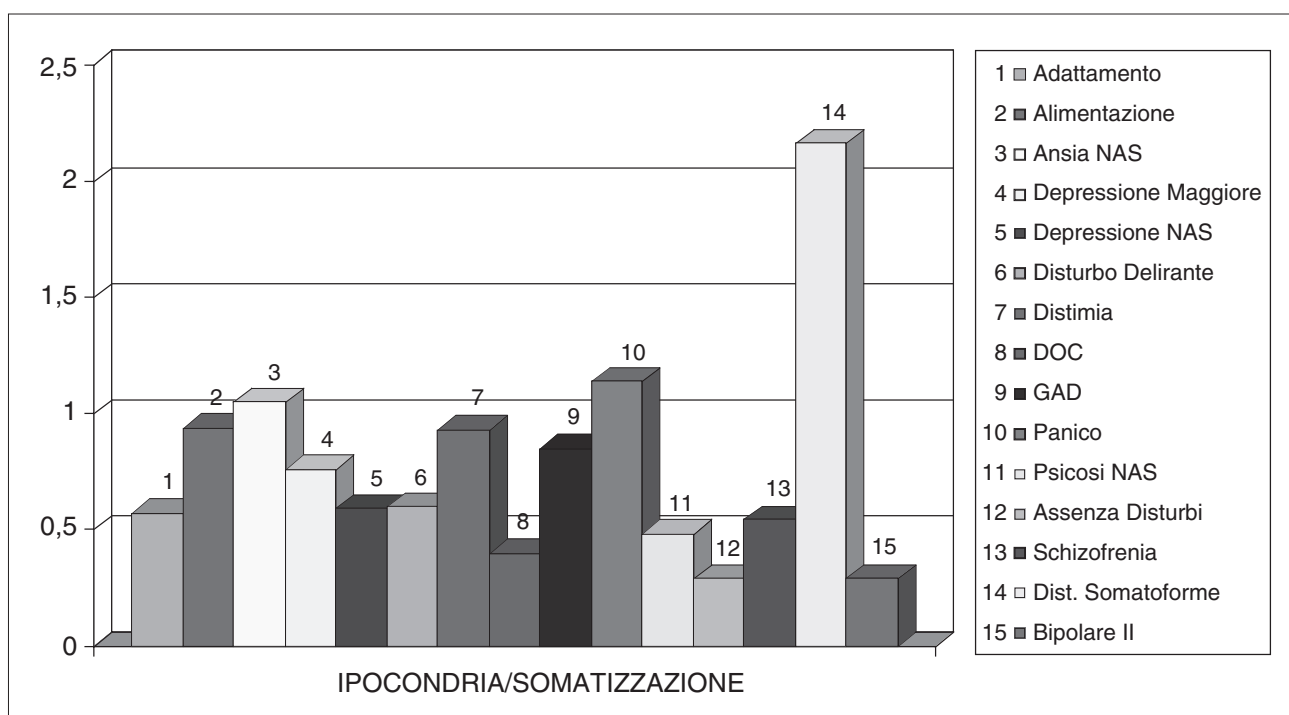


Figura 20. Punteggi medi dell'item Ipocondria/Somatizzazione in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

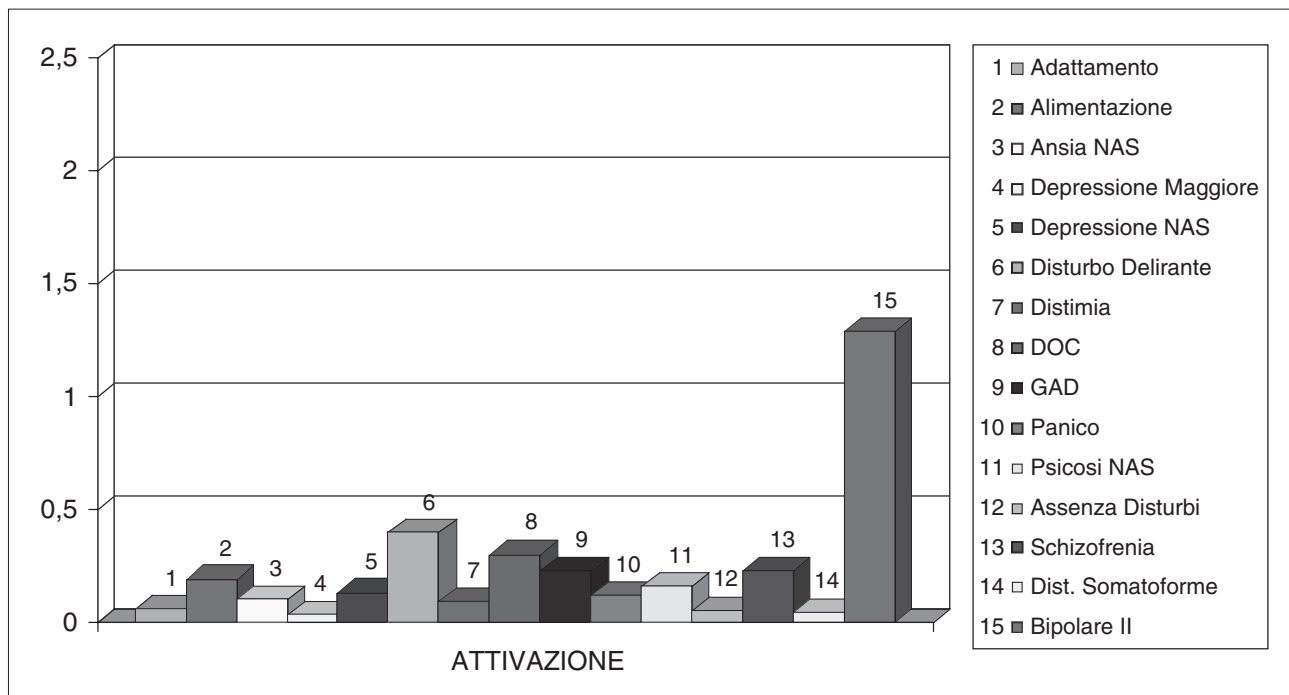


Figura 21. Punteggi medi dell'item Attivazione in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

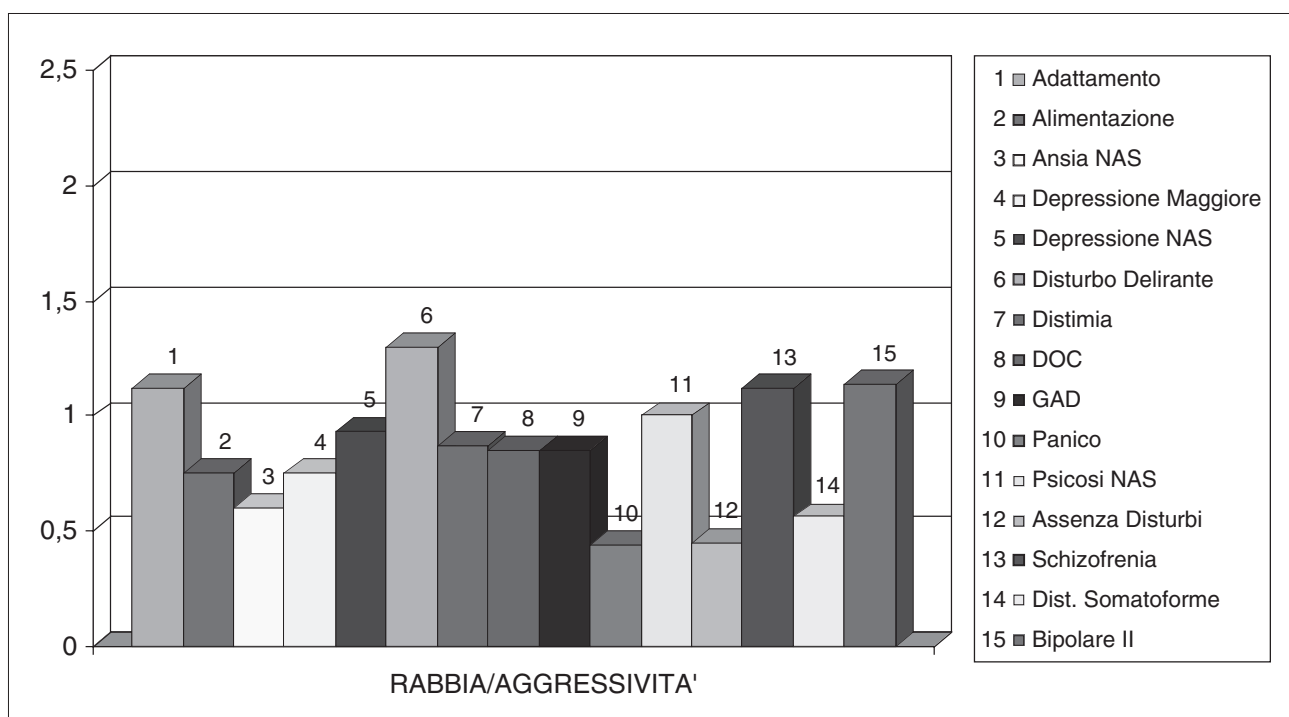


Figura 22. Punteggi medi dell'item Rabbia/Aggressività in funzione della categoria diagnostica di appartenenza.

alterazioni della dimensione Apprensione/Timore e della dimensione Apatia/Abulia.

Nel disturbo distimico (**Figura 2**) la gravità dei sintomi appare globalmente inferiore, mentre maggiore risulta il polimorfismo sintomatologico. Il disturbo depressivo NAS (**Figura 3**) si colloca in una posizione intermedia fra i primi due.

Questi dati inducono a ritenere che esista una discreta omogeneità delle manifestazioni sintomatiche nell'ambito della categoria dei disturbi depressivi, e che le principali differenze consistano essenzialmente nella gravità della sintomatologia. Ad ogni modo, il disturbo depressivo maggiore sembra l'unico caratterizzato da un profilo dimensionale relativamente "puro" e più facilmente identificabile.

In tutti i disturbi d'ansia (**Figure 4, 5, 6**), la dimensione Apprensione/Timore ha il maggior peso relativo. Tuttavia, soltanto nel disturbo di panico i suoi valori assoluti superano quelli presenti nel disturbo psicotico NAS (**Figura 8**). Inoltre, va notato come nel disturbo d'ansia NAS la dimensione Preoccupazione somatica/Somatizzazione assuma scarso rilievo, a differenza di quanto accade negli altri disturbi d'ansia. Tra tutti i disturbi d'ansia, il disturbo di panico è l'unico a presentare un profilo dimensionale relativamente "puro" e ben distinto.

I dati più interessanti riguardano i profili dimensionali dei disturbi psicotici, che presentano dei valori indicativi di maggiore gravità e di maggior polimorfismo sintomatologico. Nella schizofrenia (**Figura 7**) prevale la dimensione Distorsione della realtà, seguita, nell'ordine, dalle dimensioni Apatia/Abulia, Disorganizzazione del pensiero, Apprensione/Timore. Va notato come la dimensione Tristezza/Demoralizzazione non sia risultata molto rilevante, mentre è stata riscontrata un'alterazione della qualità dell'affettività e della progettualità pari a quella rilevata nel disturbo depressivo maggiore. Sembra quindi che l'item "Apatia/Abulia" della SVARAD non sia in grado, se considerato isolatamente, di discriminare l'apatia dall'anedonia, l'afinalismo dalla mancanza di spinta vitale.

Nel disturbo psicotico NAS (**Figura 8**), la dimensione Apprensione/Timore presenta il maggior peso relativo, seguito dalle dimensioni Rabbia/Aggressività, Tristezza/Demoralizzazione e Impulsività. Le dimensioni "psicotiche" non sembrano a prima vista assumere un ruolo predominante, ma confrontando questi dati con quelli di altri disturbi non psicotici appare chiaro che i valori raggiunti da tali dimensioni sono comunque rilevanti. Inoltre, tutte le altre dimensioni appaiono in qualche misura alterate. I pazienti con disturbo psicotico NAS sembrano essere i più "disorganizzati", anche se si tratta di evidenze da considerarsi come preliminari, data l'esiguità del campione esaminato.

Nei disturbi dell'alimentazione, la dimensione Rabbia/Aggressività risulta avere il maggior peso relativo (**Figura 9**). Inoltre, compaiono valori significativi anche per le dimensioni Impulsività e Preoccupazione somatica/Somatizzazione. Questi dati confermerebbero quanto ampiamente descritto in letteratura circa la reattività e l'oppositività di questi soggetti, nonché l'eccessiva preoccupazione per l'immagine corporea e le percezioni sensoriali (6,7).

Nei disturbi somatoformi (**Figura 10**), prevalgono le dimensioni Apprensione/Timore, Preoccupazione Somatica/Somatizzazione e Tristezza/Demoralizzazione, per cui il profilo dimensionale di questi disturbi sembra sovrapponibile a quello di alcuni disturbi dello spettro ansioso.

Per quanto riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo, il polimorfismo sintomatologico con cui esso si presenta spesso clinicamente viene confermato dal profilo dimensionale (**Figura 11**), che è caratterizzato non soltanto dalle dimensioni Ossessività/Iteratività ed Apprensione/Timore, ma anche dalle dimensioni Tristezza/Demoralizzazione, Rabbia/Aggressività ed Impulsività.

Per quanto concerne infine i soggetti con assenza di disturbi psicopatologici in atto, la presenza di punteggi bassi ma non nulli ad alcuni item della SVARAD testimonia semplicemente come lo strumento, proprio per il suo carattere dimensionale, valuti alterazioni del funzionamento psicosociale che, nei gradi lievi, possono non assumere un carattere patologico ma rappresentare normali modalità di reazione a eventi o situazioni di vita.

In generale, l'esame dei profili dimensionali evidenzia che i disturbi con maggior polimorfismo sintomatologico sembrano essere i disturbi psicotici ed i disturbi dell'alimentazione, mentre i disturbi che presentano una maggiore omogeneità di caratterizzazione psicopatologica sono i disturbi dell'umore e il disturbo di panico. In particolare, per il disturbo depressivo maggiore e per il disturbo di panico emerge una netta prevalenza di una dimensione su tutte le altre e una relativa "purezza" del profilo dimensionale, il che potrebbe indicare una maggiore specificazione del disturbo ed una maggiore validità della relativa diagnosi sindromica.

Per quanto riguarda la rilevanza delle dimensioni indagate dalla SVARAD nei diversi sottogruppi diagnostici (**Figure 13-22**), risulta evidente come alcune dimensioni siano quasi specifiche di alcuni disturbi, nei quali prevalgono nettamente sulle altre dimensioni: ad esempio, si possono indicare la dimensione Ossessività/Iteratività nel disturbo ossessivo-compulsivo, oppure le dimensioni Distorsione della realtà e Disorganiz-

zazione del pensiero nei disturbi psicotici. Lo stesso non si può dire per altre dimensioni come Apprensione/Timore, Tristezza/Demoralizzazione, Apatia/Abulia, Rabbia/Aggressività e Preoccupazione somatica/Somatizzazione, che sembrano essere presenti “transnosograficamente”, seppure con diversa intensità, in quasi tutte le categorie diagnostiche studiate.

BIBLIOGRAFIA

1. Pancheri P: Approccio dimensionale e approccio categoriale alla diagnosi psichiatrica. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 1995, 1, 8-23.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. IV. Washington, APA, 1994.
3. Organizzazione Mondiale della Sanità: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, Geneva 1992.
4. Pancheri P, Biondi M, Gaetano P, Picardi A: Costruzione della “SVARAD”, una scala per la valutazione rapida dimensionale. *Rivista di Psichiatria*, 1999, 34, 72-83.
5. Pancheri P, Picardi A, Gaetano P, Pasquini M, Puzella A, Di Fabio F, Biondi M: Validazione della scala per la valutazione rapida dimensionale “SVARAD”. *Rivista di Psichiatria*, 1999, 34, 84-93.
6. Bruch H: *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books Inc., New York, 1973.
7. Guidano VF: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. Trad. it. *La complessità del sé*. Boringhieri, Torino, 1988.