

Letters to the Editor

Gli strumenti di valutazione dei sintomi di depersonalizzazione: una revisione della letteratura

Rating scales for the assessment of depersonalization symptoms: a review

Dear Editor:

Nel DSM-IV-TR il disturbo di depersonalizzazione è situato nell'ambito dei disturbi dissociativi, ed è caratterizzato dalla esperienza persistente o ricorrente di sentirsi distaccato o di sentirsi un esterno osservatore dei propri processi mentali o del proprio corpo. Durante l'esperienza di depersonalizzazione, il test di realtà rimane intatto e il paziente prova un disagio clinicamente rilevante (American Psychiatric Association, 2000).

Sul piano clinico, la caratteristica essenziale dei disturbi dissociativi è rappresentata dalla alterazione delle normali funzioni integrative dell'identità, della memoria e/o della coscienza intesa come coscienza di sé (attuale o passata). Tuttavia, la dissociazione è un processo neuropsicologico complesso che si colloca in un *continuum* di esperienze che vanno dalla normale dissociazione che si può sperimentare nella vita di tutti i giorni (immergersi nella lettura di un libro perdendo la cognizione del tempo, fare "sogni ad occhi aperti", perdere una parte di una conversazione, perché assorbiti da altri pensieri) alla multiframmentazione dell'identità del disturbo dissociativo dell'identità.

Nonostante un recente rinnovato interesse, la depersonalizzazione rimane ancora una condizione scarsamente chiarita e valutata sia in ambito clinico sia di ricerca. La sua esatta prevalenza non è del tutto nota, studi epidemiologici hanno evidenziato che esperienze di depersonalizzazione sono comuni nella popolazione generale, con un tasso di prevalenza *life-time* superiore al 26%, e tra il 31%-66% dopo un evento traumatico. Studi condotti su una casistica di pazienti psichiatrici ambulatoriali hanno invece dimostrato tassi di prevalenza, per disturbo psichiatrico,

compresi tra il 30% del disturbo post-traumatico da stress e il 60% della depressione unipolare, fino al 82.6% del disturbo di panico con o senza agorafobia (Hunter *et al.*, 2004). Nell'ambito dei disturbi affettivi in particolare, sintomi di depersonalizzazione possono rappresentare un indice prognostico negativo, identificando un gruppo di pazienti con resistenza alla terapia farmacologica, maggiore comorbidità e tendenza alla cronicità (Mula *et al.*, 2007). Per questo motivo sarebbe utile disporre di strumenti di valutazione clinica in grado di esplorarla più dettagliatamente di quanto accada nelle comuni scale per l'ansia o la depressione, spesso limitate a un unico item.

In questo articolo è stata eseguita una revisione della letteratura internazionale, mediante ricerca su Medline/PubMed e PsychINFO, riguardo alle scale di valutazione della depersonalizzazione attualmente disponibili. Ciascuno strumento è discusso in termini di caratteristiche psicometriche e di utilità in ambito clinico. Sono stati valutati solo articoli pubblicati su riviste internazionali *peer-reviewed*.

Gli strumenti disponibili per la valutazione della depersonalizzazione sono classificabili in due grandi categorie: quelli che prendono in considerazione la depersonalizzazione nell'ambito dei disturbi dissociativi e quelli creati specificamente per la sua valutazione.

STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEI DISTURBI DISSOCIATIVI

Esistono numerosi strumenti standardizzati per la valutazione dei disturbi dissociativi e tutti prendono in

considerazione la depersonalizzazione o alcuni aspetti di essa. Le principali caratteristiche degli strumenti disponibili sono riassunte nella tabella I mentre nella tabella II sono riportate le proprietà psicometriche. La scelta dello strumento dipende dallo scopo del valutatore: se effettuare un'indagine di *screening*, se porre diagnosi secondo i criteri del DSM di disturbo dissociativo o se utilizzare uno strumento di autovalutazione o meno. Il modo in cui è attribuito il punteggio agli item rappresenta un'altra caratteristica importante. Gli item dicotomi (Sì-No; Vero-Falso) hanno il vantaggio dalla rapidità di compilazione e sono indicati in tutti quei casi, come nelle valutazioni diagnostiche, in cui interessa più la presenza o l'assenza dei sintomi piuttosto che la loro gravità. Al contrario, quando si voglia misurare il livello di psicopatologia, sono da preferire scale semidefinite dove, in pratica, la quantificazione è affidata ad aggettivi o ad avverbi ordinati secondo una scala di gravità crescente (es. mai, quasi mai, qualche volta, talora, spesso, quasi sempre, sempre).

Tra tutti gli strumenti disponibili quelli più estesamente trattati in letteratura sono la *Dissociative Experiences Scale* (DES) (Carlson & Putnam, 1993), per quanto riguarda le scale di autovalutazione, e la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised* (SCID-D-R) (Bremner et al., 1993) per quanto riguarda le interviste strutturate per la diagnosi DSM-IV di disturbi dissociativi. La DES e la sua sottoscala per la depersonalizzazione (DES dp/dr) sono state quasi sempre utilizzate come riferimento per valutare la validità di confronto (relazione esistente fra i risultati forniti da uno strumento ed un criterio esterno generalmente accettato come misura adeguata del fenomeno in esame) delle scale successivamente sviluppate (Tabella II). Tuttavia, i valori soglia proposti per la DES (20; 25; 30) si sono dimostrati validi per l'identificazione di gravi disturbi dissociativi, ma non per individuare pazienti con depersonalizzazione che hanno solitamente punteggi totali molto più bassi. Il punteggio soglia di 13 ha invece dimostrato una sensibilità dell'80%, ma la sua specificità è risultata estremamente bassa, risultando positivi tanti soggetti che avevano altri disturbi dissociativi e non depersonalizzazione (Simeon et al., 1998). Infine, la DES dp/dr esplora solo alcuni sintomi fondamentali, essendo limitata a soli 11 item, con un conseguente rischio di falsi negativi molto alto.

La SCID-D-R è comunemente considerata molto affidabile e valida per la diagnosi DSM dei disturbi dissociativi. Tuttavia, mentre la riproducibilità test-retest (stabilità dei punteggi in somministrazioni successive dello strumento) si è dimostrata accettabile (Tabella II), quella

intervalvatore (concordanza fra più valutatori che valutano lo stesso gruppo di soggetti) è stata eseguita su un gruppo di pazienti ambulatoriali, limitandosi a far ricodificare da più soggetti alcune interviste registrate. In particolare, la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione è stata quella con il grado di concordanza più basso (67%). La validità (in altre parole la capacità di uno strumento di misurare effettivamente ciò che ci si propone di misurare) rappresenta un problema in psichiatria, data la mancanza di criteri esterni oggettivi anatomopatologici o biochimici. Nel caso della SCID-D-R è stato preso in considerazione il giudizio di clinici che conoscevano bene i pazienti ed è stato tenuto conto anche della storia successiva dei pazienti.

Tra gli strumenti per la valutazione dei disturbi dissociativi, l'unica intervista strutturata, oltre alla SCID-D-R, è la *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS) (Ross et al., 1989). La DDIS prende in considerazione anche i sintomi positivi della schizofrenia, abuso di sostanze ed altri aspetti rilevanti ai fini dei disturbi dissociativi come esperienze di abuso o violenza nell'infanzia, *trance*, esperienze di possessione, soprannaturali ed extrasensoriali. Anche in questo caso, però, la diagnosi di disturbo di depersonalizzazione ha mostrato una scarsa validità e bassa riproducibilità intervalvatore, probabilmente dovuta alla presenza di soli tre item.

Tutte le altre scale sono in autocompilazione (Tabella I) e prendono in considerazione l'intera vita del soggetto tranne la *State Scale of Dissociation* (SSD) (Kruger & Mace, 2002) che è stata appositamente sviluppata per valutare l'andamento nel tempo mediante somministrazioni ripetute.

Confrontando tra loro i diversi strumenti, tutti possiedono una coerenza interna accettabile e una buona validità discriminante. Al contrario, la riproducibilità test-retest, che rappresenta un criterio fondamentale per la scelta di una scala di valutazione, è disponibile solo in pochi casi (Tabella II). La DES ha dimostrato una stabilità temporale di 0.93 a quattro settimane, 0.90 a otto e 0.78 dopo un anno. Anche la MID ha mostrato un'ottima riproducibilità test-retest, essendo 0.98 a quattro settimane e 0.97 a otto.

La DES, il *Multidimensional Inventory of Dissociation* (MID) (Dell, 2006) e il *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) (Vanderlinden et al., 1994) sono quelli che mostrano i migliori valori di coerenza interna, riproducibilità test-retest e validità di confronto ma, a parità di caratteristiche psicometriche, la DES rimane lo strumento più rapido da usare per i suoi 28 item invece dei 63 del DIS-Q o dei 218 del MID (Tabella I).

Tabella I. – Descrizione delle principali scale di valutazione dei sintomi dissociativi e di depersonalizzazione.

	Sigla scala	N° di item	Valutatore	Attribuzione punteggio	Intervallo di tempo	Domini o sottoscale	Referenza
Scale dissociative	DDIS	131	Etero	Scala dicotoma + semidefinita	Lifetime	Diagnosi DSM-IV dei cinque disturbi dissociativi, disturbo di somatizzazione, borderline di personalità, episodio depressivo maggiore	Ross <i>et al.</i> , 1989
	DES	28	Auto	Scala percentuale	Lifetime	Amnesia, Depersonalizzazione e derealizzazione, Assorbimento	Carlson & Putnam, 1993
	DIS-Q	63	Auto	Scala semidefinita	Lifetime	Confusione della identità, Perdita del controllo, Amnesia, Assorbimento	Vanderlinden <i>et al.</i> , 1994
	MDI	30	Auto	Scala semidefinita	Lifetime	Separazione, Dissociazione dell'identità, Costrizione emozionale, Disturbo della memoria, Depersonalizzazione, Derealizzazione	Briere <i>et al.</i> , 2005
	MID	218	Auto	Scala semidefinita	Lifetime	Problemi di memoria, Depersonalizzazione, Derealizzazione, Flashbacks, Sintomi somatoformi, Trance, Confusione dell'identità, Voci, Esperienze di alterazione del Sé, Esperienze dell'Io alieno, Trasformazione del Sé, Evidenze non note delle proprie azioni, Discontinuità del tempo, Manifestazioni secondarie	Dell, 2006
	PAS	27	Auto	Scala semidefinita	Lifetime	Modificazioni affettive, Modificazioni del controllo, Modificazioni cognitive	Sanders, 1986
	QED	29	Auto	Scala dicotoma	Lifetime	Non sottoscale	Eiley, 1988
	SCID-D-R	276	Etero	Scala dicotoma + semidefinita	Lifetime	Diagnosi DSM-IV dei cinque disturbi dissociativi	Bremner <i>et al.</i> , 1993
	SSD	56	Auto	Scala semidefinita	Stato attuale	Derealizzazione, Depersonalizzazione, Confusione dell'identità, Alterazione dell'identità, Conversione, Amnesia, Ipernesia.	Kruger & Mace, 2002
	DDS	12	Auto	Scala dicotoma	Ultimi 12 mesi	No	Dixon, 1963
Scale depersonalizzazione	JBS	25	Auto	Scala semidefinita	Ultimi 12 mesi	Inautenticità, Autonegazione, Auto-oggettificazione, Derealizzazione, Distacco corporeo	Jacobs & Bovasso, 1992
	CDS	29	Auto	Scala semidefinita	Ultimi 6 mesi	No	Sierra & Berrios, 2000
	SDS	15+12	Auto		Stato attuale	No	Steinberg & Schnall, 2000
	FDS	35		Scala semidefinita	Ultimo mese	No	Fewtrell, 2000
	DSS	6	Etero	Scala semidefinita	Stato attuale	No	Simeon <i>et al.</i> , 2001

Legenda Tabella I

DDIS = Dissociative Disorders Interview Schedule; DES = Dissociative Experiences Scale; DIS-Q = Dissociation Questionnaire; MDI = Multiscale Dissociation Inventory; MID = Multidimensional Inventory of Dissociation; PAS = Perceptual Alteration Scale; QED = Questionnaire of Experiences of Dissociation; SCID-D-R = Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders Revised; SSD = State Scale of Dissociation; DDS = Dixon's Depersonalization Scale; JBS = Jacobs and Bovasso's Depersonalization Scale; CDS = Cambridge Depersonalization Scale; SDS = Steinberg Depersonalization Scale e Steinberg Derealization Scale; FDS = Fewtrell Depersonalization Scale; DSS = Depersonalization Severity Scale.

STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLA DEPERSONALIZZAZIONE

La *Dixon's Depersonalization Scale* (DDS) (Dixon, 1963) è uno dei primi strumenti specificamente sviluppati per esplorare sintomi di depersonalizzazione (Tabella I). Tuttavia, esplora solo due particolari dimensioni del fenomeno: la derealizzazione (sentimento di irrealtà del mondo esterno, stranezza dell'ambiente circostante) e la depersonalizzazione somatopsichica (estraneità del pro-

prio corpo o di parti di esso), senza prendere in considerazione alcuni importanti aspetti cognitivi della depersonalizzazione come la sensazione di assenza di pensieri, cambiamenti soggettivi nelle funzioni mnestiche, l'incapacità di evocare immagini familiari, distorsioni nella percezione del tempo e dello spazio. La validità della DDS è stata messa in discussione anche per la presenza di item che esplorano caratteristiche cliniche che non fanno parte della nosografia classica. Ad esempio, "È come se stessi per ricevere una grande rivelazione o una

Tabella II. – Caratteristiche psicometriche dei vari strumenti di valutazione della depersonalizzazione e dissociazione.

	Sigla scala	Riproducibilità test-retest	Coerenza interna	Validità discriminante	Validità di confronto
Scale dissociazione	DES	0.93	0.96	Disturbi dissociativi	0.78 (SCID-D); 0.85 (SDQ20)
	DDIS	0.68	0.95	Disturbi dissociativi	0.78 (DES)
	QED	n.v.	0.77	Disturbi dissociativi	0.91 (DES)
	DIS-Q	0.94	0.96	Disturbi dissociativi	0.85 (DES)
	SSD	n.v.	0.97	Disturbi dissociativi	0.81 (DES)
	MID	0.98	0.98-0.99	0.58 (TEQ)	0.94 (DES); 0.83 (DIS-Q); 0.78 (SCID-D-R)
	SCID-D-R	0.92	0.95	Disturbi dissociativi	0.78 (DES); 0.78-0.93 (MID)
	PAS	n.v.	n.v.	n.v.	0.83 (DES)
	MDI	n.v.	0.74-0.96	0.39-0.49 (PAI)	a
Scale depersonalizzazione	DDS	n.v.	0.53-0.84	0.11 (MAS) uomini 0.48 (MAS) donne	0.49 (DES dp/dr); 0.47 (DES)
	JBS	n.v.	0.78-0.84	n.v.	0.44 (DES dp/dr); 0.71 (DES)
	CDS	n.v.	0.89	0.15 (BDI); 0.03 (ZAS)	0.80 (DES dp/dr); 0.49 (DES)
	SDS	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
	FDS	n.v.	n.v.	0.55 (BAI)	0.71 (DES); 0.77 (DES dp/dr)
	DSS	0.98	0.59	0.24 (HAM-D); 0.25 (HAM-A)	0.63 (DES dp/dr); 0.59 (DES)

Legenda Tabella II

TEQ = Traumatic Experiences Questionnaire; MAS = Manifest Anxiety Scale; BDI = Beck Depression Inventory; ZAS = Zung Anxiety Scale; HAM-D = Hamilton Depression Scale; HAM-A = Hamilton Anxiety Scale; PAI = Anxiety Scale - Personality Assessment Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; n.v. = non valutata.

^aMDI DP/DR vs. DES multiple regression analysis $F = 86.17$ $p < 0.01$

consapevolezza mistica” sembra più appartenere agli stati pre-deliranti che alla dimensione dissociativa.

La *Jacobs and Bovasso's Depersonalization Scale* (JBS) (Jacobs & Bovasso, 1992) è costituita da 5 domini: Inautenticità (esplora la difficoltà nella capacità di provare emozioni e il comportamento inautentico), Autonegazione (perdita della propria capacità di percepire gli eventi), Auto-oggettificazione (riflette un grossolano stato di disorientamento e l'esperienza del sé come inanimato), Derealizzazione, Distacco corporeo (fa riferimento alla depersonalizzazione somatopsichica). Ogni esperienza viene valutata nella sua frequenza durante gli ultimi 12 mesi su una scala a cinque punti (0-4) ed il punteggio finale è dato dalla sommatoria dei singoli item. La JBS ha dimostrato una coerenza interna accettabile e sembra distinguere facilmente i soggetti con disturbo di depersonalizzazione dai controlli sani. Anche se l'indice di correlazione con la DES è migliore di quello della DDS, quello con la DES dp/dr non è superiore a quella della DDS, suggerendo che i due strumenti non differiscono nella valutazione della depersonalizzazione (Tabella II).

Le *Steinberg Depersonalization Scale* e la *Steinberg Derealization Scale* (SDS) (Steinberg & Schnall, 2000) sono due scale per la valutazione della depersonalizzazione e derealizzazione, costituite da una serie di item derivati dalla SCID-D a cui sono stati aggiunti tre che esplorano il funzionamento sociale del soggetto. Queste scale non hanno un valore diagnostico e non sono state sottoposte ai comuni procedimenti di validazione.

La *Cambridge Depersonalization Scale* (CDS) (Sierra & Berrios, 2000) valuta la presenza, frequenza e durata dei sintomi di depersonalizzazione negli ultimi 6 mesi. Durata e frequenza vengono valutate separatamente secondo una scala a 4 punti per la prima (1= alcuni secondi 4= più di un giorno) e a 7 per la seconda (0= mai 6= sempre). Il punteggio totale della scala deriva dalla sommatoria dei singoli punteggi relativi a frequenza e durata di ciascun item. Nel lavoro originale di validazione, la CDS si è dimostrata in grado di differenziare pazienti con disturbo di depersonalizzazione dai disturbi d'ansia e dall'epilessia del lobo temporale. I punteggi totali presentavano un'elevata correlazione con la sottoscala per la depersonalizzazione della DES (Tabella II).

La *Depersonalization Severity Scale* (DSS) (Simeon et al., 2001) è uno strumento di valutazione della gravità dei sintomi di depersonalizzazione costituito da 6 domande in eterosomministrazione. Gli item derivano dalle 13 domande sulla depersonalizzazione della SCID-D e dai 6 item della sottoscala DES per la depersonalizzazione. L'intervistatore valuta ciascuna risposta su una scala a 4 punti (0-3), considerando la frequenza e l'intensità di ciascun sintomo. Il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi grezzi dei 6 item. La coerenza interna è particolarmente bassa e non ha mostrato modificazioni significative eliminando alcuni item, mentre la correlazione con la DES, la DES dp/dr, la JBS e la DDS sono risultate soddisfacenti (Tabella II). La DSS ha dimostrato una riproducibilità test-retest a due settimane di 0.98.

La *Fewtrell Depersonalization Scale* (FDS) (Fewtrell, 2000) è uno strumento di autovalutazione costituito da 35 domande che valutano la presenza e gravità della depersonalizzazione nell'ultimo mese. Il questionario è suddiviso in 4 domini, definiti dall'autore: Depersonalizzazione, Derealizzazione, Desomatizzazione e Deaffettualizzazione (questi ultimi corrispondono alla depersonalizzazione somatopsichica e affettiva). La gravità dei sintomi viene valutata su una scala a 5 punti (0-4) e il punteggio totale è dato dalla sommatoria dei singoli punteggi fino ad un massimo di 140. Nel suo lavoro originale, Fewtrell (2000) aveva proposto un punteggio soglia di 62 per differenziare i pazienti con depersonalizzazione da un gruppo di pazienti psichiatrici di controllo. Questo valore ha, però, dimostrato una bassa sensibilità (45.2%) suggerendo come valore ottimale 37/38, associato a una sensibilità del 85.7% e una specificità del 92.3%.

Confrontando tra loro i diversi strumenti, gran parte delle scale per la depersonalizzazione non mostrano una buona coerenza interna (Tabella II). Questo può essere in parte legato alla complessità e multidimensionalità del fenomeno da valutare, ma anche ai differenti approcci teorici nei confronti della depersonalizzazione che si sono succeduti negli anni. A questo proposito, Sierra & Berrios (2001) hanno dimostrato, confrontando un campione storico valutato prima della II guerra mondiale con uno attuale secondo i criteri DSM-IV, che la fenomenologia della depersonalizzazione è, in realtà, piuttosto stabile soprattutto per quanto riguarda alcuni elementi essenziali come la derealizzazione, le alterazioni della esperienza corporea, il distacco emozionale e i cambiamenti nella esperienza soggettiva del sé. Ne deriva che uno strumento sufficientemente sensibile e specifico da essere impiegato nella moderna ricerca clinica e neurobiologica non dovrebbe prescindere dalla valutazione di queste dimensioni. In questo ambito abbiamo recentemente sviluppato la *Structured Clinical Interview for Depersonalization-Derealization Spectrum* (SCI-DER). Questa è un'intervista strutturata che esplora la presenza di sintomi di depersonalizzazione in un intervallo di tempo che copre l'intera vita del soggetto e fa riferimento alle dimensioni riportate nello studio di Sierra & Berrios e quelle descritte nella nosografia classica (da Jaspers a Mayer-Gross a Sir. Martin Roth) come nucleo primario del fenomeno. La SCI-DER è composta di 49 domande suddivise in 4 domini: Derealizzazione (Item 1-9); Depersonalizzazione somatopsichica (Item 10-25); Depersonalizzazione autopsichica (Item 26-41) (sentimento di estraneità, automatismo o indipendenza della propria attività psichica); Depersonalizzazione affettiva (Item 42-49) (sentimento per la perdita del sentimento). Gli item derivano dalla unione e rielaborazione della CDS, SDS e DES dp/dr, e ognuno viene valutato secondo una scala dicotoma (Presenza-Assenza).

Viene inoltre chiesto al paziente di specificare se i sintomi si sono presentati spontaneamente o in corso di assunzione di droghe o alcool. Il punteggio deriva dalla sommatoria dei valori degli item risultati positivi. La risposta "solo con alcool o droghe" vale zero. È possibile ottenere un punteggio globale ed un punteggio relativo ai singoli domini.

CONCLUSIONI

Nell'ambito dei sintomi dissociativi, la depersonalizzazione rappresenta una dimensione di particolare interesse perché trasversalmente presente in diverse patologie psichiatriche. Tuttavia, non sono ancora disponibili strumenti standardizzati per una sua corretta valutazione clinica. Gran parte di quelli descritti presentano numerose limitazioni in termini di coerenza interna e di sensibilità ed i pochi specifici valutano un arco temporale spesso limitato.

La DES rappresenta uno strumento di *screening* affidabile e ben noto, ma non è specifico per la valutazione della depersonalizzazione. La CDS e DSS possono essere impiegate nel monitoraggio della risposta terapeutica, ma non nella valutazione di *screening*.

Per quanto riguarda la disponibilità dei singoli strumenti in lingua italiana, solo un numero limitato di scale sono state tradotte (DES, QED, DDIS), senza, però, essere state validate. Una versione italiana del MID è stata sviluppata alla Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Milano Bicocca. Il nostro gruppo ha tradotto la DSS, DDS, JBS e la CDS, di cui è in corso la validazione della versione in lingua italiana.

La possibilità di avere, in futuro, strumenti affidabili e validi per la valutazione di questo fenomeno aprirà la strada nei confronti di nuovi ambiti di ricerca nelle neuroscienze cliniche fino ad ora relegati in secondo piano.

Marco Mula*

Stefano Pini*

Giovanni Battista Cassano*

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia,
Farmacologia e Biotecnologie,
Università di Pisa,
via Roma 67, 56100 Pisa (Italy)

Fax: +39-050-21581

E-mail: marcomula@yahoo.it

Declaration of Interest: The authors report no conflicts of interest

Received 18.01.2007

Revised version received 26.03.2007

Accepted on 09.04.2007

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed, Text Revision. American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Bremner J.D., Steinberg M., Southwick S.M., Johnson D.R. & Charney D.S. (1993). Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150, 1011-1014.
- Briere J., Weathers F.W. & Runtz M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress* 18, 221-231.
- Carlson E.B. & Putnam F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation* 6, 16-27.
- Dell P.F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): a comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation* 7, 77-106.
- Dixon J.C. (1963). Depersonalization phenomena in a sample population of college students. *British Journal of Psychiatry* 109, 371-375.
- Eiley K.C. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 449-450.
- Fewtrell W.D. (2000). *Fewtrell Depersonalization Scale (FDS)*. APT Press: Leicester.
- Hunter E.C., Sierra M. & David A.S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 9-18.
- Jacobs J.R. & Bovasso G.B. (1992). Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *Journal of Personality Assessment* 59, 352-365.
- Kruger C. & Mace C.J. (2002). Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychology and Psychotherapy* 75, 33-51.
- Mula M., Pini S. & Cassano G.B. (2007). The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: A critical reappraisal. *Journal of Affective Disorders* 99, 91-99.
- Ross C.A., Heber S., Norton G.R., Anderson D., Anderson G. & Barchet P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation* 2, 169-189.
- Sanders S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis* 29, 95-102.
- Sierra M. & Berrios G.E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research* 93, 153-164.
- Sierra M. & Berrios G.E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189, 629-636.
- Simeon D., Guralnik O., Gross S., Stein D.J., Schmeidler J. & Hollander E. (1998). The detection and measurement of depersonalization disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 536-542.
- Simeon D., Guralnik O. & Schmeidler J. (2001). Development of a Depersonalization Severity Scale. *Journal of Traumatic Stress* 14, 341-349.
- Steinberg M. & Schnall M. (2000). *The Stranger in the Mirror - Dissociation: The Hidden Epidemic*. Harper Collins: New York.
- Vanderlinden J., Van Dyck R., Vandereycken W. & Vertommen H. (1994). The Dissociation Questionnaire (Dis-G): development, reliability and validity of a new self-reporting Dissociation Questionnaire. *Acta Psychiatrica Belgica* 94, 53-54.