

Una paziente difficile

SOMMARIO

Questo colloquio si riferisce a una paziente che inizialmente sembra poco motivata a parlare. Le sue risposte troppo brevi non aiutano l'intervistatore a chiarire la psicopatologia e a riconoscere l'origine del problema in modo da poterlo affrontare con tecniche appropriate. Tuttavia, la sua costanza e l'atteggiamento empatico riescono a far emergere, alla fine, il nucleo della sofferenza della paziente e aiutano l'intervistatore a impostare la relazione, che riesce così a raccogliere abbastanza informazioni per avviare un ragionamento diagnostico differenziale, senza però riuscire ad arrivare in modo convincente alla diagnosi principale.

Negli Stati Uniti, l'uomo non si sente strappato dal centro della creazione e sospeso in mezzo a forze ostili. Egli ha costruito il proprio mondo a sua immagine: è il suo specchio. Ma ora non riesce a riconoscersi nei suoi oggetti inumani, né nei suoi compagni. Le sue creazioni, come quelle di un mago incapace, non gli obbediscono più. È solo in mezzo alle sue opere, perso... in un deserto di specchi.

Octavio Paz

Nel capitolo precedente abbiamo descritto un colloquio con un paziente collaborante i cui sintomi, segni e comportamenti non ostacolavano l'andamento del colloquio stesso. La maggioranza dei pazienti ambulatoriali rientra in questa categoria. Tuttavia, nella vostra professione incontrerete anche molti pazienti "difficili". Li troverete in Pronto Soccorso, nei servizi di consultazione e nel vostro studio quando un collega vi chiederà un parere per un caso non chiaro. Il caso che abbiamo scelto per questo capitolo serve ad illustrare alcuni problemi che si incontrano nel colloquio con pazienti difficili. Tali problemi derivano da quattro fattori.

¹ I sintomi e i segni del paziente potrebbero avere un impatto diretto sull'andamento del colloquio e indurre il paziente stesso a distorcere

l'informazione che cercate. Un soggetto di questo tipo potrebbe somatizzare o avere un episodio dissociativo proprio di fronte a voi. L'ansia di evitamento potrebbe impedirgli di raccontare la sua patologia, oppure potrebbe cercare di confondervi con eclatanti sintomi di conversione che sembrano irreversibili, almeno durante il colloquio.

2. Un processo psicologico potrebbe determinare il comportamento del paziente. Può presentarsi mutacico e stuporoso, o attaccarvi perché riconosce in voi uno dei suoi persecutori.

3. Potrebbe essere in atto un deterioramento cognitivo. Il deterioramento e la mancanza di insight nascondono la vera patologia. A meno che non siate esaminando scrupolosamente proprio questo aspetto, potreste non riuscire a rilevarlo. Pur riconoscendo segni di deterioramento cognitivo, potreste pensare che provengono da un altro disturbo difforme e non esplorarli più in profondità.

4. Il paziente potrebbe volervi ingannare intenzionalmente. Nasconde, falsifica o costruisce informazioni inerenti alla sua patologia, o cerca di "tirarvi dentro" nelle sue strategie manipolatorie.

Questo libro non si propone espressamente di guidarvi nell'approccio ai pazienti difficili (vedi anche Othmer, Othmer, 2002). Vi presentiamo comunque una paziente non motivata la cui patologia interferisce con il colloquio. Le strategie di base del colloquio non mettono in luce completamente la natura della sua psicopatologia. Per i primi due terzi della seduta, l'intervistatore cerca di far fronte a una paziente che fornisce risposte superficiali. Soltanto quando lui riesce ad aprirsi alle domande della paziente e al feedback evocato dalle sue osservazioni, l'approccio diventa più efficace. Solo a questo punto l'intervistatore, che ha saputo risvegliare l'interesse della paziente nei confronti del colloquio, può coinvolgerla nel processo diagnostico.

La paziente di questa intervista si chiama Kelly Jasmijn. È una ragazza di 19 anni, bianca, esile. È stata inviata per una valutazione diagnostica da un altro psichiatra. Kelly è seduta in sala d'aspetto ripiegata sulle gambe e non alza lo sguardo quando entra l'intervistatore. È tutta vestita di nero: una camicia a maniche lunghe e pantaloni attillati infilati negli stivali. Porta molte collane con grossi pendenti e anelli molto grandi. I capelli neri sono fissati con delle spille, tinti di rosso sulle punte e rasati intorno alle orecchie. Alza lo sguardo solo quando l'intervistatore le rivolge la parola. Il viso è truccato di bianco e appesantito dal trucco stesso. Le sopracciglia sono strappate fino a formare una linea sottile.

Fase 1: fase introduttiva e indagine preliminare

1. I. Salve, signora Jasmijn. Sono il dottor O. Mi fa piacere che sia venuta questa mattina.
P. Salve.

2. I. (mentre cammina con la paziente verso lo studio) È ancora ricoverata signora Jasmijn?

P. No.

3. I. Ah.

P. (lo guarda in modo ostile)

4. I. Pensavo che fosse ancora ricoverata e che fosse venuta qui con un permesso.

P. No.

5. I. Quindi il dottor A. l'ha dimessa dopo che gli ho parlato l'ultima volta.

P. Mi ha dimessa sabato scorso.

6. I. (entrando nello studio) Prego, entri pure e si accomodi.

P. (si siede senza dire una parola)

7. I. Posso offrirle qualcosa, un caffè?

P. No. (la paziente posa sulla scrivania una lattina di Coca-Cola aperta che teneva in mano da quando era in sala d'aspetto ma di cui l'intervistatore non si era accorto) Posso fumare?

8. I. Prego, qui c'è un posacenere.

P. Grazie.

9. I. Prima di cominciare, come vuole che la chiami?

P. Kelly va bene.

10. I. Il dottor A. ti ha detto il motivo di questa visita?

P. Sì (guarda l'intervistatore con aria assente).

11. I. Cosa ti ha detto?

P. Quello che lei pensa di me. (sguardo vuoto)

12. I. Pensa di... (pausa)? Di che cosa?

P. (risponde velocemente senza cambiare tono) Che mi faccio i tagli.

13. I. Sì, mi ha detto che era preoccupato.

P. (alza le spalle e si guarda le ginocchia)

14. I. Tu cosa ne pensi?

P. (espressione vuota) Niente.

15. I. Vuoi parlarne?

P. (alza le spalle) Va bene.

16. I. Quando è stata l'ultima volta che ti sei tagliata?

P. (alza gli occhi verso l'intervistatore) Mercoledì, il giorno prima di entrare in ospedale.

17. I. Hai voglia di dirmi che cosa è successo il giorno che ti sei fatta i tagli?

P. Ero arrabbiata con me stessa. (nessun cambiamento nell'espressione del viso, nella postura, nei gesti o nell'intonazione) Ero arrabbiata

Arrabbiata...?

P. Sì.

19. I. Arrabbiata per cosa?

P. Per il fatto di non concludere nulla.

20. I. Hmm... Come (pausa)... se ti sentissi bloccata?

P. Sì. (sembra annoiata)

21. I. Puoi dirmi qualcosa di più?

P. Non so. Solo per i miei voti a scuola.

22. I. I tuoi voti a scuola... a quale scuola vai?

P. Al Community College.

23. I. Hmm... qual è il tuo corso di studi?

P. Non ne ho scelto uno.

24. I. Cosa segui?

- P. Scultura (pausa)... pittura (pausa)... scrittura...
25. I: E che voti prendi?
P: A e B.
26. I: Mi sembrano piuttosto buoni.
P: Ho preso C in danza. (abbassa gli angoli della bocca)
27. I: E come ti sei sentita?
P: Bene, penso. (alza le spalle)
28. I: (mostrando sorpresa nella voce e nell'espressione del viso) E cosa pensavi di prendere?
P: All'inizio C va bene. C'è molta tecnica complicata. (nella danza)
29. I: Quindi stai andando bene?
P: (silenzio)
30. I: E allora com'è che ti sei tagliata?
P: Così, in generale.
31. I: Non capisco. Puoi spiegarmi meglio?
P: (nessun cambiamento nella voce o nell'espressione del volto) Ero solo arrabbiata.

• **Relazione.** L'intervistatore nota l'indifferenza e la disattenzione della paziente quando entra nello studio. Decide di non confrontarla con la sua mancanza di interesse chiedendole, ad esempio:

“Come si è sentita rispetto al fatto che il dottor A. le ha chiesto di venire qui questa mattina?”

ma aspetta di avere elementi per decidere se l'indifferenza della paziente dipende dal fatto che si sente a disagio con lui, da un transfert negativo nei suoi confronti, o da un disturbo clinico o di personalità. Anziché fare una confrontazione, prova a scaldare il colloquio riesaminando le circostanze dell'invio. Sfortunatamente, però, non avendo tutte le informazioni, fornisce alla paziente il pretesto per correggerlo, cosa che lei fa con pochissime parole. La relazione non fa progressi quando l'intervistatore le offre un caffè, essendogli sfuggito che la paziente stava già bevendo la sua Coca-Cola. Quindi, la sua offerta rischia di sembrare di routine e non un sincero interesse a metterla a suo agio.

La svista della Coca-Cola e il non essere al corrente che la paziente non è più ricoverata non costituirebbero un problema se Kelly avesse voglia di parlare di sé. Ma non è così. Un obiettivo dell'intervistatore rimane dunque quello di instaurare una relazione rivolgendosi al motivo della sofferenza della ragazza (domande 1-9).

L'intervistatore cerca di capire se la paziente è stata adeguatamente informata sulle ragioni dell'invio (domande 10-12), ma questo argomento non serve a instaurare una relazione. A questo punto l'intervistatore avrebbe potuto chiedere se la paziente era d'accordo con la richiesta del dottor A. di inviarla a lui per una visita. In questo modo avrebbe potuto aiutarla a

esprimere il suo punto di vista sul colloquio in corso, facilitando così una possibile apertura. Invece l'intervistatore presume che il fatto che la paziente si tagli sia il disturbo principale e l'elemento centrale della sua sofferenza. Quindi si concentra sulle emozioni che possono scatenare i tagli. Cerca di rispecchiare le emozioni della ragazza (domanda 19) e fornisce un'interpretazione sommaria (domanda 20). Tuttavia gli affetti della paziente rimangono coartati e la sua elaborazione verbale insufficiente.

L'intervistatore cerca di identificare le situazioni frustranti alla base dei tagli, ma non coglie il bersaglio. Non c'è risposta emotiva. La ragazza fornisce però qualche risposta più articolata, ma non si sposta dalla cronaca. L'intervistatore cerca un feedback positivo dicendole che pensa che i suoi voti siano buoni (domanda 26), ma l'elogio produce soltanto il resoconto della C in danza. In tutta questa parte del colloquio, le risposte esprimono riluttanza, senza che ci siano però aperte resistenze o rifiuto di rispondere.

• **Tecnica.** L'intervistatore svolge le formalità introduttive. Riesamina le circostanze dell'invio e chiede alla paziente come vuole che le si rivolga (domande 1-9). Usa quattro domande aperte (domande 11, 12, 14 e 17), cui la paziente risponde in modo lapidario. Quando la ragazza esprime un sentimento (risposta 17), l'intervistatore cerca di rispecchiarlo secondo la cosiddetta modalità centrata-sul-paziente (domande 18 e 19) e tenta un'interpretazione. Queste tecniche non sviluppano però un flusso libero e spontaneo di informazioni. La domanda aperta 21 produce solo una risposta vaga. Il seguito si risolve in risposte evasive che non spiegano il tagliarsi braccia e polsi. Così, le domande orientate su fatti concreti producono risultati non utili sul piano diagnostico, benché l'intenzione dell'intervistatore sia quella di toccare un argomento che potrebbe aiutare a sviluppare un flusso più spontaneo e produttivo di informazioni. Il feedback positivo (domanda 26) e le due domande aperte (domande 27 e 28) dirette a valutare i sentimenti della paziente su un voto mediocre a scuola, seguite dalla riformulazione dei suoi sentimenti, non fanno progredire la situazione. L'indagine sulle ragioni del procurarsi i tagli (domande 30 e 31) non rivela una causa. Trovandosi al punto di partenza, l'intervistatore tornerà sull'argomento dei tagli senza aver appreso nulla di significativo sulla psicopatologia della paziente.

• **Stato mentale.** L'osservazione dell'abbigliamento suggerisce che la paziente cerca un modo di differenziarsi, e potrebbe trattarsi di una ricerca di identità. Ciò potrebbe indicare problemi a livello del giudizio sociale, o l'appartenenza a una sottocultura dove questa è l'uniforme accettata. I movimenti sul piano psicomotorio sembrano normali, salvo la mancanza di un movimento di risposta – come alzare lo sguardo – quando l'intervistatore entra nella sala d'aspetto.

Nel corso del colloquio è evidente che la ragazza capisce tutte le do-

mande e risponde in modo appropriato, mostrando un adeguato processo di elaborazione dell'informazione e nessun disturbo del pensiero. L'affettività, per come è espressa nell'espressione del viso, nei gesti e nell'intonazione (domande 10-20), sembra coartata. È indifferente all'intervistatore e all'argomento del colloquio, e procede senza coinvolgimento. Arriva all'appuntamento non accompagnata e rievoca il giorno in cui è stata dimessa, cose che fanno pensare a un'assenza di grave ansietà, di eccitamento psicotico incontrollato e di disorientamento spazio-temporale (elenco n. 3).

La paziente è collaborante quanto basta per parlare di sé, il che permette un passaggio dalla conversazione all'esplorazione dei problemi presenti e passati. La produzione verbale mostra risposte povere senza prolungata latenza. C'è ambivalenza: è preoccupata per le votazioni scolastiche, ma poi si contraddice e riporta buoni voti e soddisfazione anche per la C. Tale ambivalenza rivela un aspetto di illogicità nella capacità di giudizio.

Diagnosi. L'aspetto della paziente, insieme alla mancanza di movimento reattivo quando l'intervistatore entra nella sala d'aspetto e alla risposta emotiva coartata nel corso della fase preliminare del colloquio, suggeriscono diversi disturbi psichiatrici (elenco n. 1).

Disturbi clinici

- intossicazione da sostanze o astinenza
- schizofrenia
- disturbo bipolare II, fase depressiva
- disturbo depressivo maggiore
- disturbo dell'adattamento con umore depresso

Disturbi di personalità

- paranoide
- schizoide
- schizotipico
- antisociale
- evitante
- borderline

La riluttanza a fornire informazioni spontanee può suggerire un disturbo di personalità passivo-aggressivo. L'ambivalenza rispetto ai voti scolastici aumenta le probabilità diagnostiche della schizofrenia e/o di un disturbo di personalità del Cluster A del DSM-IV-TR/Si escludono (elenco n. 2):

- disturbo bipolare I, maniacale
- disturbo dell'adattamento con umore depresso
- disturbo dipendente di personalità

Le risposte della paziente non indicano alcun evento stressante che dispone per la diagnosi di disturbo dell'adattamento.

Fase 2: follow-up delle impressioni diagnostiche

- 32. I: Altri sentimenti?
P: No.
- 33. I: Ti sei sentita, in qualche modo, depressa?
P: No.
- 34. I: Altri problemi?
P: Non so.
- 35. I: Come dormivi in quei giorni?
P: Bene.
- 36. I: E l'appetito?
P: Buono.
- 37. I: Hai qualche tipo di problema alimentare?
P: Qualche volta.
- 38. I: Che tipo di problemi?
P: A volte mangio troppo.
- 39. I: Fai qualcosa in questi casi?
P: Per esempio?
- 40. I: Non mangiare affatto.
P: Al massimo per un giorno.
- 41. I: Hai mai cercato di fare altro – come cercare di vomitare?
P: Sì, un paio di volte ma non ha funzionato.
- 42. I: Cosa mangi quando mangi troppo?
P: Cibo piuttosto buono. Molta frutta e verdura.
- 43. I: Quindi quando ti sei fatta i tagli mangiavi bene e dormivi bene.
P: Penso di sì.
- 44. I: Succedeva qualcos'altro?
P: (da un'occhiata all'intervistatore, poi accende una sigaretta)
- 45. I: Con i tuoi amici? O il tuo ragazzo?
P: No, stavamo bene.
- 46. I: A cosa pensavi allora quando ti ferivi?
P: Ero solo arrabbiata. (nessun cambiamento nel tono di voce o nell'espressione del viso)
- 47. I: Arrabbiata? Arrabbiata fino a morire?
P: No. Solo fino a farmi dei tagli.
- 48. I: Hai un'idea del perché lo facevi?
P: Ero arrabbiata.
- 49. I: Per cosa...?
P: Con me stessa.
- 50. I: Quindi ti tagli quando sei arrabbiata con te stessa?
P: Sì, e anche con gli altri.

Relazione. L'intervistatore valuta il quadro clinico che potrebbe spiegare i comportamenti autolesivi. Né l'indagine sui disturbi depressivi e alimentari né l'impiego di domande aperte migliorano la relazione e facilitano la spontaneità del colloquio.

Tecnica. L'intervistatore verifica se i sintomi depressivi sono associati ai tagliarsi. Se fa delle domande aperte orientate sul sintomo, la paziente gli chiede di essere più specifico (domanda e risposta 39), o risponde con un sì o con un no come se fossero domande chiuse (risposte 32, 35, 36 e 45). Le due affermazioni riassuntive (domande 43 e 50) incontrano una vaga approvazione, lasciando in dubbio se sono o meno affermazioni che stabiliscono dei fatti.

- **Stato mentale.** La paziente parla dei tagli alle braccia come di un fatto su cui non c'è molto da dire. La sua affettività sembra attutita e viene esibito un distacco inappropriato per un comportamento così disadattivo. Poi segnala di mangiare troppo e un tentativo di induzione del vomito. Comunque, diversamente da una paziente bulimica, non mangia ciò che capita a tiro, in genere pasticcini di ogni sorta, ma "molta frutta e verdura", fatto piuttosto bizzarro che rende difficile il farsi un'idea delle sue abitudini alimentari.

- **Diagnosi.** La paziente è collaborante ma riluttante e non mostra spontaneità. L'intervistatore decide di verificare o escludere alcune opzioni diagnostiche che possono essere associate con i comportamenti di automutilazione.

1. **Depressione.** Jasmijn nega la maggior parte dei sintomi depressivi; si esclude il disturbo depressivo dalle varie ipotesi.
2. **Bulimia nervosa.** Le domande dalla 36 alla 43 tendono a far escludere questo disturbo.

L'affettività della paziente si associa in modo più consistente alla schizofrenia e/o a un altro disturbo di personalità del Cluster A del DSM-IV-TR.

1. I: Dimmi che cosa fai quando sei arrabbiata.
P: Prendo un rasoio e mi faccio dei tagli.
52. I: E poi?
P: (distaccata) Poi disinfero le ferite.
53. I: Sì...
P: Con l'alcol.
54. I: Sì...
P: A volte metto su dei cerotti.
55. I: Hmm...
P: Oppure mi tiro giù le maniche.
56. I: Cosa provi in quei momenti?
P: Non lo so.
57. I: E dopo provi qualcosa di diverso?
P: (senza mostrare alcuna emozione) Mi sento un po' meglio, forse.
58. I: È come punire te stessa?
P: Scaricare la tensione. unidocs.it - Appunti e dispense per superare i tuoi esami universitari

59. I: E funziona?

P: Un po'.

60. I: Posso vedere le tue braccia?

P: (solleva la manica sinistra e mostra l'avambraccio. Si vedono una cicatrice arrossata e sette o otto vecchie cicatrici attenuate. La paziente indica la cicatrice rossa) Ecco dove mi sono ferita l'ultima volta.

61. I: Hmm... Vedo anche altre cicatrici.

P: Ne ho anche sull'altro braccio. (solleva la manica destra e mostra un avambraccio pieno di cicatrici lunghe 6-7 centimetri)

62. I: Devi sentirti davvero molto tesa, per aver bisogno di tagliarti così spesso.
P: (nessuna risposta e nessun cambiamento nella postura o espressione del viso)

63. I: Cosa ne pensi?

P: (alza le spalle)

64. I: Ogni quanto succede?

P: Più o meno ogni 2 mesi. (il viso rimane inespRESSIVO, il tono della voce non cambia)

65. I: Da quando lo fai?

P: Da 2 anni, da quando ne avevo 17. (ancora inespRESSIVA, racconta le cose come fatti di cronaca)

Relazione. L'intervistatore passa dalla valutazione del motivo per cui la paziente si taglia al fenomeno in sé del tagliarsi. La ricostruzione della paziente non riattualizza però alcuna esperienza di rabbia, dolore, colpa o soddisfazione. Il suo racconto rimane fattuale e privo di emozioni.

- **Tecnica.** L'intervistatore resta sull'argomento del tagliarsi le braccia. Con la tecnica della valutazione continuativa prende in esame il corso di un singolo episodio di *self-mutilation*, la modalità del tagliarsi in un periodo di tempo più lungo e i sentimenti che vi sono associati. Esprime empatia alla fine della valutazione (domanda 62), ma entrambe le tecniche non riescono a indurre elaborazioni spontanee.

Stato mentale. L'affettività della paziente è bloccata: questo dato, preso singolarmente, potrebbe essere interpretato come *la belle indifférence*. Tuttavia mancano una presentazione drammatica degli eventi della vita e altri sintomi solitamente associati a *la belle indifférence*. La paziente non mostra ritardo psicomotorio; parla e si muove in modo normale.

- **Diagnosi.** L'atteggiamento distaccato della paziente è un'espressione autentica di blocco o un'esibizione, appunto *la belle indifférence*, descritta talvolta come caratteristica dell'isteria (disturbo di somatizzazione nel DSM-IV-TR, o disturbo istrionico di personalità). Lo schema del tagliarsi frequentemente le braccia, ogni volta che la paziente si sente frustrata e arrabbiata, supporta la presenza, precedentemente presa in considerazione, di un disturbo borderline di personalità.

66. I: Devi sentirti veramente molto tesa.
P: Una cosa normale.
67. I: Ti sei mai tagliata in seguito a problemi col tuo ragazzo?
P: Sì. Con l'ultimo.
68. I: Quando è successo?
P: Circa nove mesi fa.
69. I: Che cosa era successo?
P: Ci eravamo lasciati.
70. I: Come ti sentivi?
P: Male.
71. I: Chi ha voluto rompere?
P: Lui.
72. I: Perché?
P: Diceva che doveva chiarirsi con se stesso e che non voleva avere la responsabilità di una ragazza.
73. I: Come ti sei sentita quando ti ha detto questo?
P: (senza emozione) Devastata.
74. I: C'è stato qualche altro cambiamento?
P: Dormivo di più.

Relazione. L'intervistatore si dimostra empatico nei confronti di quella che ritiene essere la sofferenza della paziente (domanda 66), ma Kelly rimane distraccata. Fino a questo punto, nessuna delle tecniche usate dall'intervistatore ha permesso l'instaurarsi di una relazione emotiva: domande aperte, spunti per la riflessione, rispecchiamento dei sentimenti della paziente (domande 18-20), feedback positivo (domanda 26) o atteggiamento empatico (domande 62 e 66).

Tecnica. L'intervistatore tenta un leggero passaggio: focalizza l'attenzione sulla relazione della paziente con il suo ragazzo per valutarne l'intensità. Lei sembra provare sentimenti intensi per almeno un fidanzato; comunque la valutazione di questi argomenti emotivamente intenso non produce una maggior verbalizzazione spontanea.

Stato mentale. Né l'atteggiamento empatico né la rievocazione di un evento di vita stressante sciolgono l'affettività coartata della paziente. Non compare però un aumento nella latenza della risposta, cosa che potrebbe indicare ritardo psicomotorio e umore depresso piuttosto che blocco affettivo.

Diagnosi. Seguendo l'ipotesi diagnostica del disturbo borderline di personalità, l'intervistatore si sofferma sulla relazione intensa e instabile con l'ultimo fidanzato. Tale relazione non sembra però caratterizzata dall'ambivalenza emotiva caratteristica del disturbo borderline di personalità. L'opzione precedentemente accantonata del disturbo dell'adattamento si riaffaccia in relazione al periodo della rottura con l'ultimo fidanzato (risposte 73 e 74), anche se non sembra sufficiente a spiegare i comportamenti autolesivi, più riconducibili a un disturbo clinico o di personalità.

75. I: Eri per caso così depressa da sentire cose che non c'erano realmente?
P: (esita)
76. I: Come delle voci ...
P: (fissa lo sguardo verso il basso, batte le palpebre come se si svegliasse) Un paio di volte, forse.
77. I: Puoi descrivermele?
P: Qualcuno mi ha chiamata per nome qualche volta.
78. I: Altre voci?
P: Forse. Non sono sicura. Credo di essere molto intontita quando succede.
79. I: Hmm...
P: Solo pensieri miei.
80. I: Le senti anche adesso?
P: Sono solo nella mia testa.
81. I: Sembrano delle voci?
P: Come la mia voce.

Relazione. Quando parla delle voci, la paziente sembra dissociarsi (domande 76 e 78). Questo disturbo può preservarla da un maggior coinvolgimento emotivo o dall'essere più dettagliata rispetto ai propri problemi.

Tecnica. L'intervistatore indaga eventuali sintomi psicotici associati alla conclusione del rapporto sentimentale. Non prosegue sui segni di dissociazione.

Stato mentale. La paziente ammette di avere dei "fonemi", cioè voci nella sua testa. Sembrano presentarsi solo occasionalmente, senza essere intrusivi, e quando è intontita: un segno di dissociazione.

Diagnosi. L'intervistatore prova a valutare se alla rottura relazionale fosse associata una depressione maggiore. La rottura potrebbe essere stata sia causata da un episodio depressivo sia un fattore precipitante per la depressione. L'intervistatore focalizza la sua attenzione sulle esperienze allucinatorie perché, se presenti, escluderebbero un disturbo dell'adattamento. Infatti, la paziente riferisce esperienze allucinatorie. Non è chiaro se queste esperienze sono associate alla rottura relazionale, indicando dunque un breve episodio psicotico, o alla depressione maggiore, oppure se sono presenti anche in modo più permanente come nella schizofrenia, nel disturbo borderline di personalità o nei disturbi dissociativi. Il relativo criterio del DSM-IV-TR per il disturbo borderline recita: "ideazione paranoide transitoria e legata a situazioni stressanti o gravi sintomi dissociativi" (includere allucinazioni).

82. I: Quando è successo, avevi preso qualche droga?
P: Non di recente.
83. I: E prima? Che cosa avevi preso?
P: Di tutto.
84. I: Giochi universitari

P: Oh, amfe, fumo, calmanti, hashish, cristalli, sonniferi, eroina, cocaina, funghi...

85. I: Ah...

P: Anche un bel po' di alcolici.

86. I: Per quanto tempo?

P: Per qualche mese o giù di lì.

87. I: Quando è stata l'ultima volta che ne hai fatto uso?

P: Fino a quando ho rotto col mio ragazzo. Lui c'era dentro in pieno.

88. I: Ci sono alcune droghe che ti piacciono più di altre?

P: Mi piacciono tutte.

89. I: E le usi anche col tuo attuale ragazzo?

P: No.

Relazione. L'intervistatore insiste con un approccio tipo "raccolta di sintomi", che gli consente di includere ed escludere i vari disturbi senza giovarsi della spontaneità della paziente e di un'espressione affettivamente genuina della sua sofferenza. Si avvale di una modalità paragonabile a quella di un programma di computer che verifica i sintomi e i criteri diagnostici.

Tecnica. La presenza di sintomi psicotici spinge l'intervistatore a valutare le possibili cause delle allucinazioni. Pertanto indaga i sintomi principali dell'abuso di sostanze e di alcol, ma non prosegue sul disturbo dissociativo.

Stato mentale. Il fatto che la paziente abbia preso diversi tipi di droghe in passato, dal momento che il suo precedente ragazzo abusava di sostanze, ma non ne prenda attualmente, sottolinea la sua dipendenza ambientale e la sua vulnerabilità e suggestionabilità.

Diagnosi. La paziente riferisce un periodo di poliabuso indiscriminato di sostanze. Il precedente ragazzo sembra averla esposta alle droghe, di cui la paziente non ha continuato ad abusare dopo la rottura. Il suo poliabuso è pertanto una sorta di folie à deux e rivela più un tratto di dipendenza e suggestionabilità piuttosto che un disturbo d'abuso "autocionico". Il tagliarsi le braccia non è un fenomeno limitato al periodo dell'abuso di sostanze; perciò, esso non ne è la causa.

90. I: Come va con il tuo attuale ragazzo?

P: Bene.

91. I: Puoi descrivermi la vostra relazione?

P: Ci siamo attaccando troppo.

92. I: Gli vuoi bene?

P: Sì.

93. I: Provi altri sentimenti per lui a parte l'amore?

P: (aspira una boccata di sigaretta)

94. I: Litigate?

P: Discutiamo molto.

95. I: Vi siete mai fatti del male?

P: Non fisicamente.

96. I: Sei gelosa di lui?

P: Solo se è geloso di me.

97. I: Hai detto che siete troppo attaccati?

P: Sì, stiamo sempre insieme. Non vediamo nessun altro.

98. I: E quindi?

P: Adesso stiamo cambiando le cose. Cominceremo a vedere altre persone.

99. I: Di solito hai più di un ragazzo?

P: Sì. Tre o quattro.

100. I: Ci vai anche a letto insieme?

P: No. Solo con il ragazzo più importante. Non credo si debba andare a letto col primo che passa.

101. I: Anche il tuo ragazzo ha altre storie?

P: Di solito no.

102. I: E se lo fa?

P: Mi ferisce un po'... ma niente di più.

103. I: Niente di più?

P: No, io faccio lo stesso.

104. I: C'è un motivo per cui ti piace avere più di un ragazzo?

P: Mi lego troppo se ne ho uno solo. Non riesco a gestirlo.

105. I: Ti sei mai fatta dei tagli per colpa del tuo ragazzo?

P: Sì, due mesi fa.

106. I: Ne vuoi parlare?

P: Veramente no.

Relazione. L'intervistatore parla della relazione della paziente col suo ragazzo. Questo argomento potenzialmente intimo e personale non sembra però coinvolgerla emotivamente. Si noti che la paziente non tratta l'intervistatore come un ascoltatore empatico con cui confidarsi, né come un esperto che può aiutarla quando è in difficoltà. Si relaziona a lui come se fosse un'autorità ostile che la interroga e alla quale deve rispondere.

Tecnica. L'intervistatore sposta il discorso dal passato al presente. La invita a descrivere l'attuale relazione con il ragazzo, ma si ritrova di fronte a risposte laconiche. Frustrato, cerca di evidenziare sentimenti associati a questa relazione servendosi di domande chiuse. A volte, far parlare un paziente di una relazione attuale facilita una comunicazione più carica emotivamente, ma non in questo caso.

Stato mentale. Sembra che la paziente possa diventare molto dipendente dal partner, e sviluppare una relazione intensa. È incapace di gestire l'intensità di tali sentimenti e si rifugia in relazioni sostitutive senza però diventare promiscua.

Diagnosi. La paziente ha un andamento scolastico accettabile. Il suo abuso di sostanze si è limitato, nella durata, soltanto a una passata relazione e non vi è promiscuità sessuale. Questi tre fatti escludono la personalità an-

ti sociale. L'intervistatore cerca di capire se la paziente è prevalentemente coinvolta in relazioni eterosessuali intense ma ambivalenti, che possono deprimere per una personalità borderline. La paziente ammette infatti di legarsi molto ai partner e di arrabbiarsi a tal punto da procurarsi dei tagli. Questo resoconto è comunque ottenuto in modo frammentario; manca quella spontaneità che può testimoniare un'intensa relazione ambivalente. Dunque, rimane dubbio che il comportamento della paziente soddisfi appieno i criteri per il disturbo borderline di personalità.

107. I: Mi sembra che per la maggior parte del tempo ti limiti a rispondere alle mie domande, ma non vuoi parlare spontaneamente.
P: È vero.

108. I: Come ti senti a parlare con me?
P: Un po' tesa e nervosa.

109. I: Lo vedo. C'è qualche motivo per cui ti senti così tesa quando parli di queste cose?
P: Non lo so. Non mi piace, penso.

110. I: C'è qualcosa che ti preoccupa?
P: Sì.

111. I: Che cosa?
P: Non sto concludendo niente. Mi avito su me stessa. Mi taglio. E mi butto giù.

112. I: È questo che ti preoccupa?
P: E mia madre.

113. I: Come va con lei?
P: Bene.

Relazione. L'intervistatore confronta la paziente direttamente con la sua riluttanza a parlare dei propri problemi e cerca di valutare i motivi della resistenza, ma la paziente non fornisce spiegazioni. Da un punto di vista analitico, la sua ammissione di essere tesa e nervosa suggerisce che sono all'opera dei meccanismi di difesa. Da un punto di vista descrittivo, questo potrebbe indicare che un disturbo clinico o di personalità interviene con la relazione (vedi oltre). L'intervistatore cerca di spogliarsi del ruolo di un'autorità che pone continue domande e confronta la paziente con le sue resistenze, sperando di essere accettato come ascoltatore empatico, ma non riesce a compiere questo passaggio.

Tecnica. L'intervistatore confronta la paziente con la sua resistenza a elaborare liberamente (vedi "Relazione").

Stato mentale. La paziente si descrive come tesa e nervosa, fatto che potrebbe aumentare il suo atteggiamento di cautela. Riferisce di essere preoccupata del suo "avvitarsi su se stessa", del ferirsi, dell'aver dei cali di umore, ma subito trasferisce tutte queste preoccupazioni sulla madre, il che mostra che è ambivalente rispetto ai propri problemi, ne possiede solo un parziale insight e li proietta sulla madre.

Diagnosi. I cali di umore della paziente introducono un nuovo elemento diagnostico. Il disturbo depressivo era stato precedentemente escluso come condizione sufficiente per il tagliarsi. Ma il resoconto della paziente riguardo ai cali di umore ripropone la possibilità di stati depressivi indipendenti dagli episodi di self-cutting.

114. I: C'è qualcos'altro che non va?
P: Forse essere giù. Non mi piace essere giù.

115. I: C'è qualcosa che ti ha aiutato quando eri giù?
P: Forse lo Zolof.

116. I: Quando sei giù, in che modo ti senti diversa?
P: Dormo di più. Non ho voglia di fare niente.

117. I: Nient'altro?
P: Nient'altro.

118. I: Ti preoccupi ancora del tuo aspetto quando hai dei cali di umore?
P: Di solito no.

119. I: C'è qualcosa che cambia con i tuoi amici quando sei giù?
P: Non credo.

120. I: Ti allontani da loro?
P: No, direi di no.

121. I: Riesce ancora a piacerti il sesso?
P: Sì.

122. I: Anche quando sei triste?
P: (empaticamente) Mi piace molto. (come se rivivesse un'esperienza sessuale, poi rabbrivisce)

123. I: Riesci a prenderti cura di altre persone quando sei depressa?
P: Sì.

124. I: A chi vuoi più bene?
P: A mia madre, mia sorella, il mio patrigno, e al mio vero padre. (fissa nello vuoto e preme i gomiti sui fianchi)

125. I: Altre persone?
P: (alza le spalle)

126. I: Non hai menzionato il tuo ragazzo.
P: (deglutisce)

127. I: Vedo che hai deglutito.
P: (arrossisce) Volevo stare alla larga da questo discorso.

128. I: Hmm. Come ti senti rispetto a lui ora?
P: Un po' arrabbiata. Ma va bene.

129. I: Come va con il tuo patrigno?
P: Gli sto lontana.

130. I: Hmm.

131. I: Gli sto alla larga. È un alcolizzato e grida molto.
P: (decisa) No, ha solo gridato molto.

132. I: Che mi dici del tuo vero padre?
P: (fissa lo sguardo oltre l'intervistatore... è come allarmata) È ad Austin.

133. I: Quando è stata l'ultima volta che ha vissuto con te?
P: (ha uno sguardo carico di dolore, poi un'espressione piatta, vuota) Ero molto piccola.

134. I: Dici di avere momenti in cui sei giù. C'è qualcun altro in famiglia che ha lo stesso problema?

P: Mia madre.

135. I: Qualcun altro?

P: (alza le spalle)

✗ **Relazione.** L'intervistatore spinge la paziente a esprimersi sul proprio disturbo (domanda 114). Questa domanda produce una risposta articolata in due frasi, con l'ammissione di soffrire di momenti in cui si sente giù di morale. Tuttavia, il seguito del dialogo non induce la paziente a una maggior elaborazione spontanea, né a un maggior coinvolgimento emotivo. Al contrario, la paziente torna alle sue risposte brevi e poco articolate.

Lo scarso coinvolgimento emotivo della paziente suggerisce quattro interpretazioni:

1. L'intervistatore non ha individuato la sofferenza della paziente – forse perché ha confuso l'iniziale resoconto sugli episodi di *self-mutilation* con il vero e principale problema, e quindi non ha ancora accesso a materiale che abbia un rilievo emotivo per la paziente.

2. È possibile che l'argomento dei tagli sia molto carico dal punto di vista emotivo e provochi ansia nella paziente, che pertanto utilizza meccanismi di negazione o isolamento per difendersi da sentimenti che potrebbero altrimenti sommergerla.

3. La paziente ha un disturbo caratterizzato da coartazione affettiva (vedi sotto, "Diagnosi").

4. La paziente è dissociata e ha un accesso solo parziale alla sua sofferenza.

✗ **Tecnica.** L'intervistatore, frustrato dalle risposte brevi della paziente, tenta una domanda aperta (domanda 116) seguita da "Nient'altro?" (domanda 117). Ma la paziente risponde: "Nient'altro". Per avere più informazioni l'intervistatore ricorre a domande *symptom-oriented*, circoscritte anche se aperte. Queste producono risposte brevi, adeguate, ma limitate a un minimo di informazioni, che rendono il colloquio noioso e arido; ogni dettaglio viene indagato fino in fondo. L'intervistatore però non prosegue l'indagine sui segni di dissociazione.

✗ **Stato mentale.** La paziente mostra un movimento emotivo quando risponde che il sesso le piace anche quando è depressa. Allo stesso tempo, sembra dissociata (risposta 122). La stessa cosa quando le si chiede di un eventuale abuso da parte del padre (risposte 124, 132-133). Mostra un cambiamento affettivo anche quando l'intervistatore la confronta con il fatto che non ha menzionato il suo ragazzo tra le persone cui vuole bene.

✗ **Diagnosi.** La paziente riconosce i cali d'umore e di energia, l'ipersonnia, qualche trascuratezza nel vestire e nell'igiene personale, ma non una diminuzione degli impulsi sessuali o ritiro sociale. L'intervistatore non valuta un numero sufficiente di sintomi per poter stabilire una diagnosi differenziale tra depressione maggiore e distimia. Ottiene elementi positivi per una storia familiare di disturbo dell'umore per quanto riguarda la madre della paziente.

136. I: Ti ho fatto molte domande. C'è qualcosa che vuoi chiedere tu a me?

P: (si china in avanti, con aria seduttiva) Sì. Lei o il dottor A. potete fare una diagnosi su di me? (con enfasi e un tono di voce determinato) Voglio conoscere la mia diagnosi. (con aria di sfida) La conoscerete?

137. I: Molto bene... Così vuoi veramente sapere che cosa pensiamo di te. P: (la sua espressione si anima, e con la mano sinistra tamburella sulla scrivania) Oh sì, molto. Può dirmi cosa pensate di me?

138. I: Per ora non ne so abbastanza di te, ma se mi aiuti... Mi hai già detto che hai qualche calo di umore e che non ti piace averli. Non ho idea di quanto durno.

P: (immediatamente) Oh, anche diversi mesi. Sono vere depressioni?

139. I: Non ho idea di quanto ti facciano star male.

P: Piuttosto male. Mi sento stupida, non riesco a fare niente. Non riesco a concentrarmi su niente... Ho provato a suicidarmi due volte e tutt'e due le volte sono finita in Pronto Soccorso – ero in *overdose*.

140. I: Questa noi la chiamiamo depressione. Sembri soffrire di vere depressioni. Ma non so se hai anche dei momenti in cui invece ti senti su di giri, troppo *(su)*.

P: Sì. Durano poco. Sono piena di energia, i pensieri corrono veloci, non riesco a starci dietro e parlo molto in fretta. Dormo poco, ma non mi sento davvero bene. È questo sentirsi troppo "su"?

141. I: "Finto star bene"! Un mio paziente li descrive così: "un finto star bene". Sembra anche il tuo caso.

P: Mi sembra l'espressione giusta, è proprio così.

142. I: Gli specialisti chiamano la tua condizione "disturbo bipolare", cioè quando hai sia "alti" sia "bassi", anche se io non so ancora quando hai questi "alti".

P: Prima e dopo i "bassi".

143. I: Oltre al tuo problema bipolare, o maniaco-depressivo, potrebbe esserci qualcos'altro... Ma ne so ancora poco. Non mi hai detto abbastanza a riguardo... (pausa) I tuoi tagli, i tuoi momenti di grande rabbia, la relazione con il tuo ragazzo, sembrano tutte cose molto intense. Ma non sembra tutta una questione d'amore. Provi altri sentimenti?

P: Sì, il mio ragazzo... lo odio. Odio il fatto di essergli così attaccata.

144. I: Hmm.

P: Non ho controllo sui miei sentimenti. Arrivano e mi fanno fare le cose. Mi fanno fare cose che non voglio fare.

145. I: Da quanto va avanti così?

P: Da sempre.

146. I: Per tornare alla diagnosi, si potrebbe dire che hai anche un problema di personalità, specialmente per quanto riguarda i tuoi tagli.

P: (scuotendo la testa) Ma non sono preoccupata del fatto che mi tagli. Non sono preoccupata. Devo solo smettere.

147. I: Ci riesci?

P: Devo. Il dottor A. mi ha detto che mi farà ricoverare in ospedale se non smetto.

Relazione. L'intervistatore chiede se la paziente ha qualche domanda da fargli. E lei risponde di sì. La sua prima domanda esprime la sua preoccupazione sulla possibilità di ricevere una diagnosi. Questa domanda mostra che la ragazza è in conflitto con una valutazione positiva del suo comportamento. A parte gli episodi depressivi, si vive come "normale", ma la madre la critica e sottolinea le sue caratteristiche patologiche. Questa discrepanza tra l'esperienza che ha di se stessa e le critiche della madre è il vero nucleo della sofferenza. Appena l'intervistatore identifica questo punto, la relazione inizia a cambiare (risposte 112 e 134): la paziente propone elaborazioni spontanee e comincia a fare domande – la relazione sembra finalmente instaurata.

Che cosa è successo? Proviamo a vedere un'osservazione fatta da un insegnante di sci a proposito del lavoro con bambini e adolescenti:

"Non posso insegnare a sciare ai bambini e agli adolescenti finché non si sentono pronti. Mi limito a sciare con loro, ad aiutarli quando cadono, e spero che mi imitino. A un certo punto vedo che cominciano a farmi domande. Come fai ad andare così veloce? Come fai a girare così facilmente? Come fai? Allora so che sono pronti, attenti e aperti all'ascolto, e allora posso insegnargli a sciare."

Le parole di questa insegnante di sci possono essere applicate alla strategia del colloquio: bisogna trovare il loro nucleo di sofferenza. Con la domanda:

"C'è qualcosa che vuoi chiedere tu a me?"

L'intervistatore ha colto il vero nucleo di sofferenza della paziente: "Che cosa non va in me? Sono normale o no?"

Col senno di poi, possiamo dire che l'intervistatore ha considerato le automutilazioni, appena l'argomento si è presentato, come il disturbo principale della paziente, ma ha sbagliato a non cercare di confermare questa sua deduzione con la paziente stessa. Ha confuso la patologia che ha più impressionato lui, ma non lei, per il disturbo principale ed è entrato in una spirale di raccolta dati non corroborata dal coinvolgimento emotivo della paziente.

Per far capire alla paziente che una valutazione diagnostica è possibile solo se anche lei è coinvolta nel processo diagnostico, l'intervistatore inizia ad accompagnare le sue domande con la frase: "Non so abbastanza di

te" (domande 139, 140, 141, 143, 144 e 146). L'umiltà di questo richiamo al suo bisogno di collaborazione permette l'instaurarsi della relazione.

Nei ruoli di paziente e intervistatore è avvenuto un cambiamento. L'intervistatore non è più trattato come un'autorità che interroga alla quale lo psichiatra A., a sua volta contattato dalla madre, ha inviato la paziente, ma come un esperto che può aiutare la paziente a conoscersi meglio. Attraverso il ruolo di esperto, l'intervistatore può anche guadagnarsi quello di ascoltatore empatico.

Tecnica. Spesso gli intervistatori psichiatrici utilizzano la tecnica di chiedere al paziente, alla fine dell'intervista, se ha delle domande da fare. In questo caso, tale tecnica è usata nel mezzo del colloquio per smuovere l'interesse della paziente nei confronti dell'intervista, in modo da rompere il monotono modulo "domanda breve/risposta breve". La tecnica funziona: la paziente inizia a porre domande (risposte 136-138 e 140). Emerge la sua principale preoccupazione, che non è il tagliarsi le braccia, ma l'interrogarsi sulla sua normalità: "Sono o non sono pazzza?".

L'intervistatore riesce a tenerla all'interno di questa modalità di colloquio facendo affermazioni che la riguardano e introducendole con la frase "Non so", che sembra rivitalizzarla. A questo punto il colloquio funziona perché l'intervistatore ha trovato il modo di suscitare l'interesse della paziente e di toccare il suo nucleo di sofferenza. Finalmente riesce a intervistarla dal punto di vista di lei. L'intervistatore tuttavia non riesce a sviluppare il discorso su un possibile abuso sessuale da parte del padre, né riesce a esaminare la sua suscettibilità all'ipnosi e la possibilità che le allucinazioni riferite siano almeno parzialmente un fenomeno dissociativo piuttosto che classicamente psicotico.

Stato mentale. Questa parte dell'intervista mostra che la paziente è capace di un'elaborazione verbale detagliata e finalizzata, senza blocco del pensiero, circostanzialità, o fuga delle idee. Da un momento all'altro inizia a mostrare cambiamenti appropriati nella postura, nella gestualità, nell'espressione del viso e nell'intonazione della voce. Una singola domanda è all'origine di questo cambiamento, il che mostra quanto la paziente sia dipendente dal contesto ambientale. Questa sezione mostra anche che la paziente ha difficoltà d'insight. Riconosce i suoi sbalzi d'umore, ma tende a considerarle come un disturbo solo le fasi depressive. Sembra che la paziente sperimenti un cambiamento di personalità, ma l'intervistatore non riesce a esplorare questo punto.

Diagnosi. La paziente descrive spontaneamente (risposta 139) sintomi depressivi di sufficiente durata (risposta 138) da supportare la diagnosi di depressione maggiore. Inoltre fornisce abbastanza elementi che evidenziano la presenza di mania (risposte 140 e 142), che può precedere o se-

guire un episodio depressivo. Le domande 143-146 suggeriscono la possibilità di un disturbo borderline di personalità data la relazione ambivalente con il suo ragazzo e gli episodi dei tagli. Una spiegazione alternativa per i tagli è che questo gesto rappresenti un disturbo del controllo degli impulsi NAS. Tale ipotesi diagnostica è suggerita dall'affermazione della paziente che sente molti impulsi incontrollabili: tagliarsi sembra essere quella dominante. Finora l'intervistatore ha appreso che la paziente prima di tagliarsi di solito è arrabbiata, che dopo si sente un po' più sollevata, e che l'impulso è egosintomico. Tuttavia, egli non ha messo in luce altri impulsi che la paziente non è in grado di controllare. In alternativa, il self-cutting potrebbe rappresentare uno stato dissociativo.

148. I: Così il fatto che ti tagli le braccia non ti preoccupa. Cosa ti preoccupa allora?

P: (con voce bassa, flebile, come contrattata) Che deliro e ho le allucinazioni.

149. I: Quale tipo di allucinazioni ti preoccupa?

P: Le voci.

150. I: Non so abbastanza sulle tue voci per fare una diagnosi. Prima hai detto che erano solo dei tuoi pensieri... per cui non so.

P: (scuotendo la testa, piegandosi in avanti, sottovoce ma con un'espressione del viso animata) No, no. È come una voce che arriva da dietro la mia testa e mi dice cosa fare e cosa non fare. Sono pazzza?

151. I: Hmm... Ti dice anche di tagliarti?

P: (muove rapidamente gli occhi, si guarda a destra e a sinistra) Sì. Ma è la cosa che mi preoccupa meno. È solo una fra le tante cose. Mi dice tutte le altre cose da fare o non fare.

152. I: E puoi eliminarla?

P: (aggrotta le sopracciglia) No. È sempre presente. Tutto quello che posso fare è cercare di ignorarla, ma non riesco a eliminarla.

153. I: Di solito la gente riesce a eliminare un pensiero. Quindi la tua voce è più di un pensiero? È proprio la tua voce?

P: Sì, perché viene da dentro la mia testa. Ma non suona come la mia voce.

154. I: E com'è allora?

P: Come una voce neutra. Né maschile, né femminile. Non ha sesso né età. Per cui non è veramente la mia voce, no?

155. I: Hmm... La senti in ogni momento della giornata?

P: Sì, quasi sempre.

156. I: C'è più di una voce?

P: A volte. Per cui è come se continuassi a litigare con me stessa. Ma ci sono molte parti e continuano a discutere. Non è da pazzi?

157. I: Non capisco se riesci controllarle.

P: No, semplicemente mi arrivano. Le potrei controllare?

158. I: Ci sono delle volte in cui queste voci ricorrono con più frequenza?

P: Sì, ci sono sempre quando mi sento su di giri.

159. I: E quando sei giù?

P: Mi chiamano per nome una o due volte. Tutto qui.

160. I: Non ho capito se hai altre allucinazioni oltre a queste voci. Vedi anche delle cose? www.unidocs.it

P: Sì.

161. I: Per esempio?

P: (accende un'altra sigaretta) Facce buffe.

162. I: Come ti sembra la mia faccia?

P: Si muove. Fa delle smorfie. Le cose escono fuori. La sua bocca esce fuori. A volte penso di poter vedere gli atomi di tutto e come si muovono. Tutto cambia. Vedo i movimenti. Posso sentire i miei pensieri. Sono come scosse elettriche che mi passano nella testa. È normale?

163. I: Non riesco a capire quanto possa essere brutta questa cosa. Per esempio, hai mai visto uscire sangue dalla faccia delle persone?

P: (dopo una lunga pausa) No, non credo, solo parti del viso che escono fuori.

164. I: Quindi hai delle distorsioni visive. Che cosa succedeva a queste distorsioni quando prendevi le droghe?

P: Con molte droghe diventavano più intense. Specialmente con l'acido. Con l'acido le cose diventano veramente forti e chiare, i colori erano brillanti.

165. I: Hai detto anche che hai avuto dei deliri? Che cosa intendi per deliri?

P: Continuare a pensare che un giorno sarò famosa. Molto famosa. L'ho sempre pensato, da che mi ricordo. Sono sempre stata convinta che un giorno sarei diventata famosa – che ero speciale. Sono convinta di essere un genio. Lei crede che io sia un genio? O è un delirio?

166. I: Perché pensi che sia un delirio?

P: Lo dice mia madre e lo pensa anche il dottor A. Lo pensa anche lei, o pensa invece che io sia un genio?

167. I: Non ti conosco abbastanza. Tu cosa pensi?

P: Non lo so. Ho sempre sentito queste voci; per tutta la vita ho avuto queste visioni. Non so come sarebbe senza.

Relazione. Questa parte del colloquio continua ad andare bene; la paziente va avanti nelle sue elaborazioni spontanee. Rivela le sue esperienze allucinatorie e parla del suo delirio di grandezza, e l'intervistatore si dimostra abile nel fare le domande giuste, cosa che può essere notata o meno dalla paziente. Sembra cominciare ad avere maggiore fiducia nelle capacità dell'intervistatore, come evidenziano le molte domande che gli rivolge. Le domande della paziente e il fatto che abbia abbassato la guardia suggeriscono che ora lo vive come un ascoltatore empatico.

Tecnica. Dal momento che l'interesse della paziente è stato catturato, come mostrano le frequenti domande (risposte 150, 154, 156, 157, 162, 165 e 166), le domande aperte che prima non sortivano alcun effetto ora producono elaborazioni spontanee, così che l'intervistatore può soffermarsi sulle questioni sollevate dalla ragazza. Parla di più delle allucinazioni uditive (domande 149-159) e visive (domande 160-164), e poi del delirio (domande 165-167).

Stato mentale. La paziente ha allucinazioni uditive e illusioni, se non allucinazioni visive. Le allucinazioni non sono congruenti con le fasi depressive.

sive né maniacali, sebbene aumentino durante le fasi maniacali. In mania la paziente sembra avere più esperienze allucinatorie che durante fasi relativamente normali, o depressive. Ha deliri di grandezza congruenti con la mania. Al momento, la paziente non è in mania. Sembra che le allucinazioni e i deliri siano permanenti e non limitati alle fasi del disturbo affettivo. Inoltre, questa sezione mostra il suo parziale insight rispetto alle allucinazioni e ai deliri, che fa fatica ad accettare come parte della malattia. I suoi deliri grandiosi riguardano il suo giudizio e indeboliscono il suo funzionamento sociale e la capacità di fare progetti per il futuro. Le allucinazioni permanenti incongruenti con l'umore possono rappresentare un processo dissociativo (Kluft, Fine, 1993).

Diagnosi. I disturbi maniacali e depressivi dell'umore insieme alle allucinazioni incongruenti con l'umore soddisfano meglio i criteri diagnostici del disturbo schizoaffective, tipo bipolare. Tuttavia, esiste una controverbia se questa diagnosi sia predittiva di un disturbo schizofreniforme più cronico, o di un più episodico disturbo di tipo affettivo. Dal momento che i pensieri bizzarri e le esperienze allucinatorie durano dall'infanzia, un disturbo di personalità può aver preceduto un disturbo schizoaffective.

Uno dei lettori della nostra prima edizione, commentando il colloquio con Kelly Jamin, ha scritto che da un punto di vista diagnostico gli sembra un disturbo dissociativo dell'identità a causa dei seguenti elementi clinici: "automutilazione, voci interne, sentirsi scissa in parti differenti, evasività, sbalzi d'umore, sentirsi pazza, sintomi di disturbo alimentare che non incontrano però i criteri né della bulimia né dell'anorexia, abuso di sostanze, abuso infantile... produzione di scritti o di altre espressioni artistiche sotto terapia, relazioni intense spesso caotiche con altri significativi". Concordiamo con questa valutazione e aggiungiamo il disturbo dissociativo all'elenco diagnostico (vedi anche Othmer, Othmer, 2002).

Fino a qui, il colloquio fornisce elementi diagnostici anche per un disturbo schizotipico e/o borderline di personalità. Le relazioni intime e intense della paziente ci fanno escludere un disturbo schizoide di personalità. L'assenza di gelosia e sospettosità ci permette di escludere anche il disturbo paranoide di personalità. L'iniziale riluttanza della paziente nel comunicare liberamente con l'intervistatore ha anche suggerito l'esistenza di un disturbo evitante di personalità. Ma dal momento che la paziente si è aperta dopo che l'intervistatore ha individuato il nucleo della sofferenza, e dal momento che egli non ha trovato prove che lei avesse paura di essere criticata, la diagnosi di disturbo evitante di personalità è improbabile. L'unico altro disturbo coesistente potrebbe essere il disturbo del controllo degli impulsi NAs, che potrebbe spiegare il tagliarsi le braccia.

168. I: Gli artisti a volte sembrano avere esperienze diverse. Vincent Van Gogh, per esempio, ha dipinto cose come se potesse vederle mentre si trasformano. Forse le ha davvero viste trasformarsi. Era affascinato dai colori chiari e brillanti.

P: Io vedo le cose muoversi, si muovono continuamente. Allora sono un genio?

169. I: Penso che quando riesci a esprimere come vedi le cose al punto che anche gli altri riescono a vederle e possono sentire come senti tu, allora potresti avere della genialità.

P: A volte riesco a esprimerlo. Ma devo imparare di più. Il prossimo semestre faccio il corso di scrittura creativa. Sono molto eccitata per questa cosa.

170. I: Anche Van Gogh si feriva, si è tagliato un orecchio. Ma io credo che ci sia una cosa che ti preoccupa rispetto alle tue esperienze. Non riesci a controllarle. Ti portano a fare cose che non vuoi. E perciò possiamo chiamare alcune delle tue esperienze allucinazioni. I farmaci ti hanno aiutata?

P: Un po'.

171. I: Quale farmaco in particolare?

P: Non so.

172. I: Riesci qualche volta a esprimere le tue visioni e i tuoi sentimenti?

P: A volte sì.

173. I: Come?

P: Con le mie sculture, le mie poesie, e a volte con i quadri.

174. I: Quando senti arrivare la tensione, quando vuoi tagliarti, riesci a scaricare questa tensione su una tela piuttosto che sulle tue braccia?

P: Ci posso provare.

175. I: Mi interessa capire quanto riesci a esprimerti. Puoi portarmi le tue poesie, i tuoi disegni e tutte le cose migliori che pensi di aver fatto, in cui ritieni di aver espresso te stessa?

P: Le porterò.

176. I: Ci sono stati artisti come Van Gogh che hanno avuto depressioni e hanno dovuto andare in manicomio, e ci sono stati anche pazienti psichiatrici, che hanno vissuto in istituti di igiene mentale, che riuscivano a esprimere le loro visioni. Hai mai visto quei quadri?

P: No.

177. I: Ne porterò qualcuno con me e te li mostrerò, se vuoi.

P: Mi piacerebbe molto. (sorride)

178. I: Vorrei sapere di più di te per rispondere alla tua domanda sulla diagnosi. Vuoi che ci rivediamo?

P: Sì. Mi piacerebbe. Vorrei parlare delle mie esperienze e sapere la sua opinione a riguardo.

179. I: Molto bene, Kelly. Sarei contento di vederti ancora.

Relazione. Il rapporto rimane buono, dal momento che la paziente è interessata alle opere d'arte che l'intervistatore menziona verso la fine del colloquio. Egli introduce l'argomento arte nel tentativo di mostrarsi competente nei problemi che interessano Kelly, collegando le sue esperienze al suo bisogno di espressione artistica. Dal momento in cui sente che le sue

allucinazioni e deliri sono parte della sua esistenza come artista, questo argomento inizia a muoversi parallelamente al suo livello di insight. L'intervistatore è in grado di comprendere il punto di vista della paziente. Può adottare un punto di vista vantaggioso che gli permette di intervistarla dal punto di vista *di lei*, anziché da quello di un estraneo che considera quello che la paziente dice comunque come anormale. Dal momento che la paziente ha un interesse nell'espressione artistica, l'intervistatore cerca di canalizzare l'impulso di tagliarsi in un'azione più sublimata: il lavoro artistico.

Alla fine del colloquio la paziente segnala che vorrebbe un altro incontro. L'intervistatore ha trasformato una paziente riluttante – che si era limitata ad assecondare l'indicazione dello psichiatra invitante a farsi visitare da un altro medico – in una paziente coinvolta e collaborante.

Dal punto di vista del ruolo, l'intervistatore tenta di affermare se stesso come uno specialista informato sull'arte e sugli aspetti artistici di esperienze inusuali, aspetto che la paziente sembra accettare. Alla fine della seduta, la relazione è stata instaurata, anche se il colloquio diagnostico non è completo.

In un'intervista, si può rinviare il completamento delle fasi del processo diagnostico a qualsiasi momento, ma non si può posporre l'instaurarsi della relazione, per il semplice fatto che il paziente può non ritornare. Quindi, se incontrate un paziente che mostra resistenze, cercate di stabilire una relazione entro la prima seduta anche se ciò implica la momentanea incompiutezza della vostra valutazione.

Tecnica. L'intervistatore stabilisce un legame tra le esperienze allucinatorie della paziente, il suo bisogno di esprimersi artisticamente e il pittore Van Gogh, il quale ha pure presumibilmente avuto un disturbo dell'umore e/o abuso di sostanze con psicosi (Arnold, 1992). Questa correlazione si adatta all'attuale livello di insight della paziente, che non le permette di considerare le sue voci come espressione di malattia, e in cui non ha una distanza critica dalle sue idee grandiose (vedi "Relazione").

Stato mentale. Questa parte dell'intervista mette in luce il compromesso esame di realtà della paziente, la sua incapacità di giudicare che cosa è un disturbo e che cosa non lo è, e di stimare il suo potenziale creativo. L'abbigliamento e i gioielli vistosi sembrano essere un tentativo di stabilire un'identità come artista. L'ambivalenza espressa all'inizio riguardo all'andamento scolastico riflette i dubbi della paziente sulla sua identità e il suo valore. Probabilmente la paziente compensa la mancata riuscita sul piano della produzione artistica con una "vita da artista".

Diagnosi. La paziente sembra essere collaborante e motivata a sapere di più sulla sua condizione. Questi fattori influenzano positivamente la sua

prognosi. In questa sezione non emergono nuove informazioni diagnostiche; quindi, le considerazioni fornite in precedenza possono bastare.

Epilogo

Dal momento che l'intervistatore ha saputo ottenere un coinvolgimento emotivo della paziente solo nella terza parte del colloquio, questa intervista è incompleta. Le impressioni diagnostiche non sono sostanziate da sufficienti esempi e dettagli. Un punto di vista longitudinale relativamente agli ambiti sociale, medico, e della storia familiare è quasi interamente mancante. Le notizie non sono complete; sono consigliabili test di manualità, attenzione e concentrazione. Il feedback è stato solo sfiorato. Il contratto terapeutico è limitato a un accordo su un secondo appuntamento.

Il colloquio con Kelly Jamin evidenzia il nodo centrale di questo libro: il colloquio è un processo non lineare, molti aspetti si presentano simultaneamente. Le fasi dell'intervista hanno valore euristico, indicano che generi di argomenti devono essere toccati in un colloquio completo. Nell'approfondire questi argomenti, sentitevi liberi di saltare avanti e indietro nel passare in rassegna la storia familiare, valutare il feedback e verificare le impressioni suscitate dalle risposte del paziente.

Non rimanete legati all'idea che l'intervista va completata nel corso della prima visita. Le cose essenziali nel primo colloquio sono stabilire una relazione e individuare chiaramente le necessità di trattamento, specialmente in riferimento alla sicurezza del paziente e di chi gli sta intorno.

La difficoltà di questo colloquio deriva dagli aspetti dissociativi della paziente e dal fatto che l'intervistatore non ha subito identificato questo comportamento e ha lasciato che si sovrapponesse al processo diagnostico.

Interviste per disturbi specifici: disturbi clinici

SOMMARIO

Il capitolo 9 mostra come adattare le strategie di intervista ai diversi sintomi, segni e comportamenti che interferiscono con la relazione, e come ottenere informazioni utili in alcuni disturbi clinici. Queste modifiche potrebbero risultare utili a superare alcuni tipici problemi che emergono di fronte a tali diagnosi.

Il primo passo verso la conoscenza dei sintomi della malattia mentale è la loro localizzazione: a quale organo appartengono i segni di questa patologia? Quale organo è necessariamente e invariabilmente coinvolto in presenza di pazzia? Evidenze psicologiche e patologiche mostrano che questo organo può essere soltanto il cervello.

Wilhelm Griesinger

L'intervista cosiddetta "standard" è utilizzabile in quei pazienti con sufficiente capacità di introspezione nei propri sintomi, da poterli descrivere (capitoli 7 e 8). Quando il paziente è capace di riconoscere tali sintomi come parte di un quadro patologico, generalmente essi non interferiscono con il processo di indagine. Questo tipo di intervista diretta, è dunque praticabile in soggetti affetti da forme lievi di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, somatoformi, correlati ad abuso di sostanze, o disturbi del sonno.
È necessario modificare il tipo di intervista clinica con quei pazienti la cui patologia interferisce con la relazione o con l'iter diagnostico, come, per esempio, in questi casi:

1. Perplexità e problemi di memoria presenti nei disturbi cognitivi.
2. Inganno per esempio nella dipendenza o abuso di alcol.
3. Iperattività nel disturbo bipolare.
4. Sospettosità, caratteristica del disturbo delirante.
5. Condotta di evitamento nella fobia.

6. Incredulità e imbarazzo nel disturbo da attacchi di panico.
7. Idee persecutorie presenti, a volte, nel ritardo mentale.
8. Pigrizia nella narcolessia.

Questi 8 sintomi patologici non sono disturbo-specifici; l'iperattività, per esempio, può manifestarsi in presenza di disturbo bipolare, intossicazione da alcol, uso di amfetamine o disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività. Ciononostante, questi sono nodi centrali, tipici dei disturbi clinici. Analoghi quadri clinici sono presenti anche nei disturbi di personalità. I due capitoli seguenti illustrano le strategie di intervista nei due gruppi di patologie; per i disturbi presi in esame verrà puntualizzato che cosa indagare e quali tecniche particolari utilizzare per stabilire una relazione con il paziente, per valutare lo stato mentale e per procedere senza intoppi con l'intervista e con l'iter diagnostico. La forma scelta per illustrare il nostro metodo è quella di un commentario inserito in punti chiave, al fine di enfatizzare le 4 componenti dell'intervista.

1. PERPLESSITÀ E SOSPETTOSITÀ NELLA DEMENZA

La diagnosi di demenza in stadio avanzato è molto semplice, anche per chi ha poca esperienza. Il paziente appare disorientato, non è in grado di memorizzare una serie di 3 parole, di contare, di elencare al contrario tutti i mesi dell'anno e presenta afasia, aprassia, agnosia o disturbi delle funzioni esecutive (capitoli 4 e 5).

→ Una demenza in fase iniziale (dovuta a lesioni corticali diffuse non gravi, soprattutto a carico dell'emisfero non-dominante) è invece notevolmente più difficile da evidenziare. Uno dei segni "chiave" di queste lesioni è l'aperlessità. Il paziente appare stordito dalle situazioni quotidiane perché non è in grado di capire. Per lui gli eventi di tutti i giorni sono come fotogrammi isolati di un film. Egli, cioè, percepisce le immagini, ma non è in grado di connetterle tra loro né, di conseguenza, di comprendere il fine delle diverse azioni. È in grado di rievocare gli elementi di una situazione senza però integrarli in modo logico. Per esempio, potrebbe non capire che cosa è successo dopo che, al mattino, è uscito di casa con la sua famiglia o dove e perché le cose sono andate in un certo modo; è perplesso dall'aspetto estraneo della sua casa, quando rientra, la sera, e spesso interpreta questa "estraneità" in modo persecutorio:

◦ "Le cose sono strane. Non riesco a capire che cosa sta succedendo. Bisogna che mi guardi le spalle."

Se, dunque, in un paziente anziano evidenziate segni di perplessità o

sospettosità, nell'anamnesi o durante l'intervista, aggiungete la demenza alla rosa delle diagnosi differenziali.

Nell'intervistare un paziente di questo tipo la strategia è quella di riconoscere la sua perplessità e accettare le sue interpretazioni senza contraddirlo. Non spaventatelo e fare attenzione a non suscitare la sua sospettosità. Lasciate che vi descriva le sue osservazioni dettagliatamente e mostratevi interessato. Esplorare, con delicatezza, la sua personale interpretazione degli eventi. Esprimete empatia per i suoi conflitti. Se riuscite a guadagnarvi la sua fiducia, è probabile che sarà meno sospettoso nei vostri confronti. Non dimostratevi dubbioso sui suoi resoconti e sulle sue spiegazioni. Non prendere le distanze dalle sue descrizioni. Per esempio, una domanda come:

◦ "Che cosa significa questo per voi?"

implica che significa qualcosa di diverso per lui, rispetto a voi.

◦ "Come vi sentivate rispetto a questo?"

significa che voi potreste avere delle sensazioni diverse. Questo potrebbe portare a un sentimento di diversità e il paziente potrebbe smettere di col laborare. Chiedete invece:

"Che cosa volevano da voi?"

"Che cosa avete fatto?"

Usate delle frasi brevi, altrimenti il paziente potrebbe non essere in grado di ricordarle. Utilizzate parole semplici e concrete. Usate il suo vocabolario e unite le frasi con transizioni lineari, in modo che possa seguire il vostro discorso senza irritarsi o frustrarsi. Se mostra segni di stanchezza, sospendete l'intervista e continuate più tardi.

La signora M., una vedova afro-americana di 60 anni, viene presentata da un'assistente sociale, preoccupata che la donna possa venire sfruttata dai suoi parenti. La paziente sostiene, infatti, che, in sua assenza, i suoi parenti frugano tra le sue cose, lasciando la casa in disordine e, talvolta, rubando denaro e assegni. La figlia riporta che, negli ultimi 2 anni, è stato sempre più difficile trattare con la madre e che questa ha cominciato ad accusare i membri della famiglia di derubarla. Quando entra nella stanza, la paziente si aggrappa al braccio dell'assistente sociale che la accompagna.

1. I: Buongiorno, signora M., la sua assistente sociale, la dottoressa B., mi ha parlato dei suoi problemi (la paziente guarda l'assistente sociale e sorride).
 P: Oh, ho iniziato circa 9 mesi fa. (l'informazione è corretta) Non ce la facevo più a sopportare mia figlia.

2. I: Ogni quanto è venuta?
P: Una volta alla settimana, circa. (l'informazione è corretta)
3. I: Le è mai capitato di saltare un appuntamento?
P: No, non mi pare; mi ricordo bene dei miei impegni.
4. I: Allora avete una buona memoria. Vi ricordate sempre che giorno è?
P: Certamente.
5. I: Allora ditemi, che giorno è oggi?
P: (dà la risposta giusta)
6. I: Chi vi accompagna alla clinica?
P: A volte vengo da sola, ma il più delle volte mi accompagnano mia figlia o mio genero.
7. I: L'accompagnano loro?
P: Sì.
8. I: Chi gli riferisce dei suoi appuntamenti?
P: Io, gli telefono e glielo dico.
9. I: E loro hanno il tempo di farlo?
P: No, non proprio. Mia figlia deve uscire prima dal lavoro.

Relazione. La presenza dell'assistente sociale rilassa la paziente poiché la considera un'alteata.

Tecnica. Vengono poste delle domande semplici che implicano la memoria recente, su aspetti apparentemente poco importanti della visita clinica, al fine di testare la capacità del paziente di interagire con l'intervistatore. In presenza di un disturbo di memoria, questi può ampliare l'esame di stato mentale e focalizzarsi sull'anamnesi remota. Se la memoria è integra, può indagare problemi più recenti.

Stato mentale. L'intervistatore inizia con frasi brevi che sembrano esplorare solo le circostanze periferiche della visita clinica, in modo che la paziente possa rispondere apertamente, senza sospettosità. Ciò che egli fa, in realtà, è utilizzare la conversazione come metodo di indagine della memoria recente e dell'orientamento (è possibile verificare le date delle visite, dalla cartella clinica). Entrambe le funzioni appaiono intatte. L'intervistatore non approfondisce la risposta 1 (difficoltà con la figlia), poiché si aspetta che questa riemerge successivamente.

Diagnosi. La memoria sostanzialmente intatta della paziente esclude la diagnosi di demenza a uno stadio avanzato (lista n. 2).

10. I: Così, sua figlia l'accompagna qui. Sembra preoccuparsi per lei.
P: Non ne sono sicura. Sembra volersi tenere informata sulle cose che faccio.
11. I: In che senso?
P: Vuole sapere dove vado.
12. I: L'ha sempre fatto?
P: Non lo so. Me ne sono resa conto da poco. L'ho appena scoperto.
13. I: Mi può spiegare che cosa è successo?



- P: Una volta, tornata a casa da una passeggiata, le cose non mi sono sembrate più le stesse. Uno dei rivestimenti del soffitto sembrava essere stato asportato. Qualcuno aveva rovistato nel mio bagno; non l'avevano neppure chiuso; e non ho più trovato i miei soldi. Devono averli presi loro.
14. I: E voi che cosa avete fatto?
P: Ho cercato di nasconderli, in modo che non li potessero più trovare, ma è successo di nuovo.
15. I: Perché sua figlia lo fa?
P: Non lo so.
16. I: Avete altri esempi?
P: Sì. Le cose non sembrano mai le stesse, quando rientro a casa. So per certo che qualcuno rovista tra le mie cose.
17. I: Avete un'idea di chi possa essere?
P: Mia figlia è l'unica ad avere la chiave.
18. I: E voi che cosa avete fatto?
P: Le ho chiesta di restituirmela e di non frugare più tra le mie cose. Lei mi ha guardato in modo strano, e mi ha mentito; lei mente dicendo che non l'ha fatto.

Relazione. La paziente non è sospettosa, né mostra sentimenti di rabbia o vendetta; al contrario si rapporta in modo franco con l'intervistatore e lo rende partecipe delle sue preoccupazioni; contrariamente a ciò che farebbe un soggetto con fantasie persecutorie dovute a un disturbo delirante.

Tecnica. Con una transizione quasi impercettibile, l'intervistatore reintroduce l'argomento della figlia della paziente ma contraddice quest'ultima, sostenendo che la ragazza sembra preoccuparsi per lei, contrariamente a quanto la paziente afferma nella risposta 10. L'intervistatore utilizza questa tecnica al fine di suscitare una risposta carica emotivamente per indagare i suoi sentimenti nei confronti della figlia (domande 11, 13 e 16), e pone domande fattuali: che cosa? come? perché viene fatto? (domande 13 e 15).

Stato mentale. La signora M. appare perplessa e sembra interpretare i fatti in modo sospettoso e con un'alterata percezione. Se la figlia rubasse, effettivamente, del denaro alla paziente, probabilmente non si preoccuperebbe di uscire prima dal lavoro per accompagnarla alla clinica psichiatrica.

Diagnosi. I sentimenti persecutori sono di recente comparsa. Essi non mostrano caratteristiche di uno stato depressivo o maniacale, o di un sistema paranoide strutturato, come la convinzione di essere isolata e discriminata. Al contrario, le idee persecutorie esprimono confusione e una lieve derealizzazione (risposte 13, 16 e 18), che indicherebbero un deficit nel processamento dell'informazione.

Lista n. 1 dei disturbi da prendere in considerazione:
- demenza tipo Alzheimer, a insorgenza precoce con ideazione delirante

- demenza di origine vascolare, con ideazione delirante
- demenza persistente indotta da sostanze
- psicosi dovute a una condizione medica generale, con ideazione delirante
- problemi relazionali genitore/figlio

Lista n. 2 dei disturbi esclusi:

- disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale
- schizofrenia tipo paranoide
- disturbo delirante

19. I.: Ci sono altre cose che stanno succedendo?

P.: Cose strane.

20. I.: Vuole parlarne?

P.: Sì.

21. I.: Ebbene?

P.: Riguarda mio nipote. A lui piace venire a trovarmi a casa: una volta, finita la sua visita, l'ho accompagnato alla porta e ho visto che c'era una macchina gialla. Era ferma proprio all'angolo.

22. I.: Che cosa aveva a che vedere questo con suo nipote?

P.: Ecco, lui si è avvicinato alla macchina e loro hanno cominciato a parlargli.

23. I.: Che cos'altro è successo?

P.: Hanno parlato con lui e l'hanno fatto salire in macchina.

24. I.: Conosceva quelle persone?

P.: No, non le avevo mai viste prima.

25. I.: Poi che cos'è successo?

P.: Ho avuto paura, ho pensato che l'avessero rapito.

26. I.: E voi che cos'avete fatto?

P.: Ho chiamato mia figlia, le ho raccontato quello che era successo e lei si è messa a ridere. Mi sono sentita presa in giro.

27. I.: Hmm.

P.: Più tardi ho richiamato e mi hanno detto che lui era già arrivato a casa: il padre di un suo amico l'aveva accompagnato.

28. I.: Era effettivamente a casa suo nipote?

P.: In qualche modo l'hanno riportato. Devono averlo fatto.

Relazione. La paziente fornisce all'intervistatore un racconto dettagliato, senza censure.

Tecnica. L'intervistatore esplora la percezione e la capacità di interpretare gli eventi quotidiani. La paziente narra la storia a brevi tratti e ha bisogno di essere spronata a elaborare. Tre tipi di domande si rivelano particolarmente utili: quelle correlate al tempo, per esempio: "Poi che cos'è successo?" (domande 23 e 25); domande che mettono in relazione diversi elementi del racconto: "In che modo A è correlato con B?" (domande 22 e 28 e, vedi oltre 32); e quelle che chiedono ulteriori dettagli, per esempio: "Come sembrava?", "Che cosa sa a riguardo?" (tipo la domanda 24).

Queste domande sono in grado di rivelare la capacità della paziente interpretare i fatti come in una catena di cause-effetto. Le più significative riguardano l'interpretazione che fornisce la paziente:

"Perché è successo?"

"Che cosa significa?"

"Che cosa avete fatto?" (domanda 26)

Stato mentale. La paziente non è in grado di comprendere le nuove relazioni sociali di suo nipote. Questo rivela un deficit della memoria recente che non era apparso nella valutazione iniziale della memoria e dell'orientamento. Il soggetto è in grado di riprodurre la sequenza di eventi, ma non ne comprende il significato sociale.

Diagnosi. La compromissione della capacità di comprensione sembra indicare un deficit cognitivo. In un paziente anziano questo potrebbe essere giustificato da un disturbo depressivo, se associato a problemi di concentrazione e attenzione, e se fossero presenti ritardo psicomotorio e ritiro sociale. In assenza di questi sintomi, il sospetto più verosimile è un problema cognitivo.

29. I.: Perché?

P.: Mi hanno fatto parlare con lui (il nipote); ma aveva una voce strana.

30. I.: Strana?

P.: Sì.

31. I.: Questi fatti si sono ripresentati?

P.: Un'altra volta è arrivata la stessa macchina; si è fermata e l'hanno fatto salire.

32. I.: La macchina era ferma ad aspettare?

P.: No, passava di lì.

33. I.: Come facevano a sapere che suo nipote stava uscendo di casa?

P.: Oh, dovevano saperlo senz'altro. Deve averli chiamati lui. Li ho sentiti sbigliare al telefono.

34. I.: Gliel'ha chiesto?

P.: No, non ho voluto. Volevo vedere cosa sarebbe successo; la macchina tornata e l'hanno fatto salire.

35. I.: Che cosa sa di queste persone della macchina?

P.: Nulla, soltanto che c'era un altro ragazzo con loro e che hanno fatto salire anche mio nipote.

36. I.: Poteva essere un amico di suo nipote?

P.: No, non lo conoscevo. Mia figlia sostiene che lo è, ma io non so. Credo che stia succedendo qualcosa.

37. I.: Ha idea di che cosa?

P.: No, non esattamente. È solo molto strano.

38. I.: Pensa che la controllino?

P.: Non so. Potrebbe essere. Ma starò in guardia. Ho messo le sicure alle finestre e dei ganci alle porte.

39. I.: C'è qualche ragione per cui dovrebbero controllarla?

P.: No, io non ho fatto niente.

40. I: A che cosa sono interessati?
P: Forse ai miei soldi.

41. I: Chi sarebbero queste persone?
P: Oh, penso che potrebbero essere mia figlia e le persone della macchina.

Relazione. La paziente si fida dell'intervistatore e gli confida le sue paure, i suoi problemi e la sensazione di insicurezza.

Tecnica. L'intervistatore focalizza il colloquio sull'interpretazione degli eventi da parte della paziente, che rivela l'assenza di comprensione così come il suo pensiero delirante.

Stato mentale. La paziente continua a interpretare gli eventi in modo persecutorio, delirante e non strutturato. Per esempio, non è in grado di spiegare il motivo per cui i genitori sarebbero complici nel rapimento di suo nipote. La paziente insiste sul tema che queste persone e la sua stessa famiglia cercano di impossessarsi del suo denaro.

Diagnosi. La produzione verbale adeguata insieme al deficit della memoria recente e all'incomprensione delle situazioni sociali, e la presenza di un delirio persecutorio non strutturato, suggeriscono una diagnosi di demenza a insorgenza precoce, con ideazione delirante.

Nella fase successiva del colloquio, l'intervistatore ha escluso la presenza di sintomi depressivi, di abuso di alcol e l'assunzione di farmaci che notoriamente interferiscono con le funzioni mentali, quali, per esempio, gli anticolinergici. Un ulteriore esame di stato mentale rivela che la paziente ha difficoltà a interpretare i proverbi, eseguire sottrazioni progressive del numero due e riprodurre un cubo (Fig. 9.1).

Questi risultati, unitamente a ulteriori indagini, quali elettroencefalogramma, TAC, WAIS, Test Shipley-Hartford e Batteria di Test Neuropsicologici di Hallsted-Reitan, che insieme confermano un deficit cognitivo, hanno avallato l'impressione iniziale di:

Asse I:

- 1. **Demenza tipo Alzheimer, senza alterazioni comportamentali, a esordio precoce, DSM-IV-TR 294.10.**
- 2. **Disturbo psicotico dovuto a malattia di Alzheimer, con delirio, DSM-IV-TR 293.81.**

Asse III: Malattia di Alzheimer 331.0

Dato che la diagnosi di demenza dovuta a malattia di Alzheimer viene fatta per esclusione, bisogna aver passato in rassegna gli altri tipi di demenza. Inoltre, nel caso appena presentato la sospettosità mostrata dalla paziente rivela la presenza di alterazioni comportamentali (per esempio, il

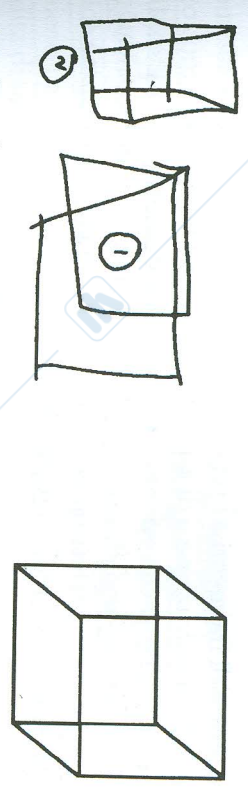


Figura 9.1 Aprassia costruttiva: disegnare un cubo.

bisogno di accusare i parenti), dovute comunque più alla produzione delirante che al processo di demenza; per questo motivo il disturbo è stato codificato come "senza alterazioni comportamentali". Altre patologie fisiche presenti nel soggetto e causa della demenza vengono segnalate in Asse III.

2. INGANNO E NEGAZIONE NELL'ABUSO DI ALCOL E NELLA DIPENDENZA DA ALCOL

Le tipologie commesse all'abuso di alcol e all'alcolodipendenza sono varie:

- 1. L'alcolista senza tettero che ammette apertamente il suo problema. Spesso entra in ospedale per disintossicarsi, in cambio di cibo e di ricovero, ma rifiuta di smettere definitivamente di bere. A volte riesce a portare degli alcolici all'interno dell'ospedale e beve di nascosto.
- 2. Il paziente giovane con disturbo antisociale di personalità, la cui anamnesi riporta una storia di numerose assenze da scuola, cattive abitudini a scuola o al lavoro, comportamento violento, furti, bugie, molte frequentanti o denunce. I suoi sintomi sociopatici potrebbero nascondere l'abuso di alcol.
- 3. Il paziente della classe media con disturbi dell'umore e abuso di alcol, che rivela sintomi depressivi ma sottovaluta il bere.
- 4. Il professionista o il dirigente di mezza età che continua a svolgere le sue funzioni sociali, mantiene una vita familiare felice con il coniuge e i figli, e riferisce dello stress che è costretto a sopportare, ma nega di abusare dell'alcol o di essere dipendente dalla sostanza.

Mentre i primi due tipi di soggetti sono semplici da intervistare perché non hanno problemi ad ammettere il consumo eccessivo di alcol, gli altri due hanno un attivo interesse a nascondere la loro dipendenza dall'alcol. Per superare questi ostacoli, dovere, innanzitutto, individuare l'abuso di alcol, nonostante il diniego del paziente. Dovete quindi verificare:

- 1. Una storia familiare di alcolismo, abuso di alcol o dipendenza dall'alcol.

2. Una storia di frequenti e brevi indisposizioni e assenteismo.
3. Segni di intossicazione o di astinenza, durante l'intervista.
4. Esami del sangue che evidenziano alterazione degli indici di funzionalità epatica, elevazione delle gamma-GT (gammaglutamiltransferasi), aumento della CDT (transferina decarbossilata), aumento del volume corporeo medio dei globuli rossi (MCV).

Se sospettate un abuso di alcol, ma il vostro paziente lo nega, insistete spesso e con tatto su questo punto. Tornate continuamente sul problema, finché il paziente arriverà ad ammetterlo.

Fate attenzione a non ferire il suo orgoglio, facendolo sentire umiliato per avere detto una bugia o accusato di portarvi fuori strada. Cercate di comprendere il motivo per cui ha mentito: gli individui che abusano dell'alcol hanno spesso la sensazione di non esserne realmente dipendenti, ma, al contrario, di poter smettere di bere se solo lo volessero davvero; che il loro coniuge, il capufficio o il medico esagerino ed enfatizzano eccessivamente la loro abitudine al bere, in modo dogmatico e ottuso. Potrebbero dirvi che bevono per rilassarsi e compensare tutte le pressioni a cui sono sottoposti in famiglia e sul lavoro.

→ Una volta portato alla luce il problema, discutete i vantaggi e gli svantaggi del bere. Portate il paziente ad ammettere gli effetti positivi e negativi, così da poter indagare a fondo l'impatto dell'alcolismo sulla sua vita. A questo scopo, chiedete se c'è qualche membro della famiglia o qualche collega che lo consideri un alcolista. Il paziente potrebbe ammettere, anche se riluttante, una critica simile. Poi chiedete se la critica parte da un punto di vista corretto. Il paziente, a questo punto, potrebbe arrabbiarsi, mettersi sulle difensive e ripetere frasi tipo: "Quei barboni ubriachi che si vedono in giro! Quelli sono i veri alcolisti!". Per raggiungere un buono stadio di consapevolezza e la conseguente ammissione del problema potrebbe essere necessaria più di una seduta. Persino quando il paziente ammette di essere un alcolista e vi assicura che ha intenzione di affrontare seriamente il problema e di voler interrompere l'assunzione di alcolici, aspettatelo un segreto dimiego. Traducete questi apparente "collaborazione" nel suo vero significato:

"Lei si aspetta che io ammetta di avere dei problemi con l'alcol. Io lo voglio fare, non perché pensi che ha ragione, ma perché non voglio che indaghi ulteriormente. Quando le dico che voglio smettere di bere, intendo dire: 'Mi lasci in pace'. Se dico, invece, 'Smetterò di bere', è solo per tranquillizzarla, ma ciò che farò, in realtà, sarà nascondere meglio, in modo che gli altri non abbiano un'impressione sbagliata."

Se avete raccolto sufficienti prove dell'alcolismo del vostro paziente, è inutile pressarlo per ottenere da lui un'ammissione del problema e una

promessa di astinenza che non è in grado di mantenere. Dovete innanzitutto convincerlo che l'alcol sta rovinando la sua vita.

Il paziente alcolista è estremamente sensibile alla perdita di una persona che lo sostiene. Se tale perdita è imminente usate questo argomento per dimostrarli come l'alcol lo stia danneggiando. Il 25% circa dei suicidi viene commesso da persone dedite all'alcol, come conseguenza della perdita di una persona di supporto (Goodwin, Guze, 1989). Se è vero che il suicidio è un parametro dell'importanza di un sostegno, fate leva, durante l'intervista, su questa persona.

Ripartiamo un'intervista con il signor Harold B., un professore di economia di 58 anni. Il signor B. aveva una storia di grave abuso di alcol, la moglie aveva minacciato di divorziare da lui e il preside della sua facoltà gli aveva fatto sapere che avrebbe perso il posto di insegnante, se non avesse smesso di bere. Secondo quanto riferito dalla moglie, dopo queste minacce, Harold aveva effettivamente smesso per circa un anno. Dopo che ella fu tornata da due settimane di vacanza, che aveva trascorso da sola, lo trovò in uno stato terribile. Egli dovette essere sottoposto a elettroshock, a causa di una sintomatologia depressiva molto grave.

Il paziente sedeva nudo, sul letto; era trasandato, con la barba non fatta e in camera aleggiava un odore rancido.

1. I: Buongiorno signor B. Il dottor A. mi ha chiesto di parlare con lei. (Il dottor A. ha in carico il paziente)
- P: Buongiorno. (Il paziente evita lo sguardo dell'intervistatore e si guarda le mani, verso il basso. Suda. Il suo viso è gonfio e presenta un leggero edema periferico. Gli tremano le mani)
2. I: Il dottor A. le ha detto che ci saremmo incontrati?
- P: Credo... potrebbe avermelo detto.
3. I: Si ricorda che cosa le ha detto?
- P: Detto cosa?
4. I: Del motivo per cui dovevano vederci.
- P: Non so. Forse ha a che vedere con la terapia della depressione. (non c'è aumento della latenza della risposta)
5. I: Quando gliene ha parlato?
- P: Non gliel'ha detto? Dovrebbe saperlo. Non è lei il dottore? Perché mi sta facendo tutte queste stupide domande?
6. I: Per me è importante capire quanto lei riesce a ricordarsi le cose.
- P: Non c'è niente che non va nella mia memoria. Sono solo malato. Non lo vede? Le devo dire io cosa c'è che non va in me? Dovrebbe saperlo lei. (comincia a tremare)
7. I: Deve stare molto male. Ha l'aspetto di una persona che si sente veramente male; anche per il modo in cui parla.
- P: Che cosa intende?
8. I: Sembra preoccupato per il fatto di parlare con me.
- P: No, non c'è problema.
9. I: Sembra irritabile.
- P: Non è a causa sua. È solo che qualunque cosa mi irrita. Stare seduto qui. Nessuno fa niente. Non c'è nessuno che si preoccupi in questo dannato ospedale.

10. I: Dovete stare proprio male.
P: Senta, non sto scherzando. Non ho bisogno delle sue brillanti osservazioni. (arrossisce)

11. I: Lasci che le dia qualcosa per calmarle un po' i nervi?

P: Che cosa mi vuole dare?

12. I: Del Librium e un'iniezione di vitamine. (Il medico chiama l'infermiere e gli chiede 50 mg di Librium e 100 mg di Tiamina. Ascolta il polso del paziente: 108 battiti al minuto) Quando avrà preso questi farmaci, sarà più facile per lei parlare con me. Vuole che torni tra un momento?

P: No, va tutto bene, non fa nessuna differenza: andiamo avanti.

Relazione. Le domande apparentemente periferiche (se e quando il medico che ha in cura il soggetto ha discusso con lui la visita di consultazione, domande 1-4) irritano il paziente (risposte 5-6). Al fine di ottenere una collaborazione, l'intervistatore passa, allora, a delle frasi che esprimono empatia per la sua sofferenza (domande 7-12). Il paziente sembra diventare meno irritato e più disponibile.

Tecnica. Attraverso l'uso di domande aperte, è possibile indagare la memoria recente. Il paziente risponde in modo evasivo e oppone resistenza a questo tipo di intervista e l'intervistatore si trova costretto a rinsaldare la relazione.

Stato mentale. L'aspetto del paziente, così come la scarsa cura personale, suggeriscono una depressione maggiore o, in accordo con i precedenti di alcol dipendenza, una crisi d'astinenza. L'aumento della frequenza del polso, la sudorazione, il gonfiore del volto e la fluenza del linguaggio supportano quest'ultima ipotesi. Quest'impressione è anche rafforzata dal rifiuto irritato del paziente di rispondere alle domande che valutano la sua memoria recente. L'intervistatore ordina, dunque, clordiazepossido (Librium) per superare la crisi d'astinenza, e tiamina (vitamina B₁) al fine di prevenire la sindrome di Wernicke, da deficienza di vitamina B₁.

Diagnosi. Lo stato mentale, unitamente all'anamnesi, depone decisamente per una crisi d'astinenza da alcol. In queste condizioni è molto difficile diagnosticare la concomitante presenza di una depressione sottostante.

13. I: Quando è arrivato?

P: Deve essere stato l'altro ieri.

14. I: Si ricorda a che ora?

P: Credo la sera. (la cartella mostra che il paziente è arrivato la mattina del giorno prima)

15. I: Perché è venuto qui?

P: Mia moglie e mia figlia mi ci hanno portato. Devono avere pensato che stavo male. Avevo mal di stomaco. Non facevo altro che stare seduto. Non sono andato a lavorare per un po'. Loro erano tornate da un viaggio, e mi hanno portato qui.

16. I: Come ha dormito stanotte?

P: Ero stanchissimo, ma non sono riuscito a dormire. Ho continuato a rigirarmi nel letto e mi sono dovuto alzare spesso a bere. Ho bevuto molta acqua.

17. I: Questo è successo solo ieri notte?

P: Forse anche le notti precedenti.

18. I: A che ora si è alzato stamattina?

P: Oh, le infermiere mi hanno fatto alzare per fare colazione, ma io non avevo appetito; ho preso solo un caffè.

19. I: Quanti caffè ha bevuto?

P: Intende oggi?

20. I: Sì.

P: Otto o dieci, non so. (l'infermiere porta il Librium, dell'acqua e la siringa.

Il paziente prende il Librium senza fare alcun commento e lo inghiotte con un po' d'acqua; poi comincia a tirarsi giù i pantaloni per l'iniezione)

21. I: Che cosa fa?

P: Non mi voleva fare un'iniezione?

22. I: Sì. Lei mi sembra un po' debole. Non vuole sapere perché gliela voglio fare?

P: In questo ospedale lei fa quello che vuole. Che senso ha chiedere?

23. I: Be', lasci che glielo spieghi. Ho letto, sulla sua cartella, che ha avuto dei problemi con l'alcol. Io penso che lei abbia ripreso a bere e che, per lei, è molto duro smettere. Questo è il motivo per cui le ho somministrato il Librium.

P: Che cosa ve lo fa pensare? Io non sto più bevendo, ho smesso.

Relazione e tecnica. L'intervistatore fa leva sul miglioramento della relazione per valutare con franchezza la presenza di alcuni sintomi di astinenza da alcol, al fine di preparare il paziente a domande più dirette sul suo problema di alcolismo, che iniziano dalla domanda 23.

Stato mentale. Il paziente mostra un lieve deficit della memoria recente e inquietudine associata a insonnia. Non appare interessato alla terapia e nega di bere.

24. I: Intende dire che non ha bevuto, recentemente?

P: Ho smesso il maggio scorso, il 18 maggio, per la precisione.

25. I: Vuole dire che quel giorno ha bevuto il suo ultimo drink?

P: Sì, è stato quando sono entrato in ospedale.

26. I: Che cosa è successo quando è uscito?

P: Sono stato bene per tutta l'estate. Ma, quando è iniziato il semestre, non mi sono sentito più così bene.

27. I: Che cos'è successo?

P: Mi sono sentito sempre peggio; mia moglie pensa che sia ancora depresso.

28. I: E lei cosa pensa?

P: Che potrebbe avere ragione.

29. I: Così, quando si è sentito di nuovo depresso, ha ripreso a bere?

P: Non riesco a dormire.

30. I: L'alcol l'aiuta a dormire?

P: In passato sì, almeno all'inizio.

31. I: Anche questa volta?

P: Cerco di non bere più.

32. I: Intende dire che ha diminuito?

P: Mia moglie ha minacciato di lasciarmi, se riprendo a bere.

33. I: Allora teme che la lasci?

P: Potrei perdere anche il lavoro. Potrebbero farmi delle domande.

34. I: Che cosa fa quando, durante la giornata, sente il bisogno di bere qualcosa, o quando non riesce a dormire?

P: Cerco di non fare nulla.

35. I: Ok, e se non funziona?

P: A volte vado nel mio studio e dormo lì.

36. I: Nello studio?

P: Sì.

37. I: Dunque si rifugia nello studio? È lì che tiene le bottiglie?

P: Che cosa vuole dire?

38. I: Be', mi ha detto lei che perderà il lavoro e che sua moglie la lascerà se verrà scoperto a bere ancora. Così non ha scelta. Deve nascondertelo.

P: Domo nello studio, così mia moglie non sente l'odore dell'alcol. Ho iniziato a bere vodka. Dicono si senta meno. Ma la bevo solo quando non riesco a dormire; ne ho bisogno per i miei nervi.

Relazione. L'intervistatore esprime interesse per lo stato mentale del signor B. nell'ultimo anno e si mostra empatico con la paura del paziente di perdere il lavoro e la moglie, se viene scoperto a bere di nuovo. Questa preoccupazione aiuta a mantenere la relazione.

Tecnica. L'intervistatore oscilla tra il raccogliere l'anamnesi recente circa il consumo di alcol e l'espressione di interesse per le preoccupazioni del paziente (vedi "Relazione"). Questo approccio fa sì che il paziente continui a parlare e ad ammettere, pian piano, il suo ritorno alla bottiglia.

Stato mentale. Il diniego del paziente viene superato.

Diagnosi. L'intervistatore entra più nel dettaglio del recente abuso di alcol e della dipendenza dalla sostanza.

39. I: Hmm.

P: Non mi crede proprio, vero?

40. I: Sto cercando di capirla. So che quando si comincia a bere si ha bisogno di quantità di alcol sempre maggiori, perché funzioni. E lei mi ha detto che ha ricominciato in agosto, all'inizio del nuovo semestre. Adesso siamo in gennaio. Lei ci è ricaduto ed è andato troppo oltre.

P: Lei è peggio di mia moglie. Può chiederlelo, se vuole. Lei non ha detto niente sul fatto che io beva ancora. Nessuno ha più parlato del fatto che bevo.

41. I: E allora qual è il suo problema più grosso?

P: Il mio problema principale è la depressione. Mi sento malissimo.

42. I: Lo so, ma temo che non le renderemo un buon servizio se non ci occupiamo del suo problema con l'alcol.

P: Io non ho più quel problema, davvero.

43. I: Bene, lei prima mi ha detto che ora nasconde il fatto di bere. Che cosa fa quando è al lavoro e si sente debole e stressato, e non riesce a concentrarsi?

P: Le ho già detto che ho diminuito.

44. I: Lo so, ma che cosa fa quando beve qualcosa la sera, e la mattina dopo si sente peggio?

P: Mi bevo un caffè.

45. I: Va bene, ma se non funziona? Non tiene qualcosa in ufficio, per le emergenze?

P: Non sono mica matto. Non voglio perdere il lavoro. Che cosa pensa che succederebbe se lo trovassero?

46. I: Allora che cosa fa?

P: (silenzio)

47. I: Io posso aiutarla se lei accetta di parlare con me in modo franco, nel frattempo le farò questa iniezione. (Il medico fa l'iniezione) Se non ne vuole parlare con me, perché non ne parla con il dottor A.?

P: Non voglio che nella mia cartella compaia qualcosa che abbia a che fare con l'alcolismo.

48. I: Le prometto che non scriverò niente in cartella. Parlerò soltanto con il dottor A. e gli dirò che la stiamo disintossicando. Tra qualche giorno vorrei che ci incontrassimo di nuovo, per vedere che cosa è rimasto della sua depressione.

P: Lei non mi vuole proprio credere.

49. I: So che lei, in questo momento, si trova sotto pressione, che teme di perdere sua moglie e il suo lavoro. Neanch'io voglio che questo accada. Voglio aiutarla per quanto mi è possibile.

P: Dite tutti così, ma nessuno capisce veramente come mi sento. Nessuno capisce la pressione a cui sono sottoposto.

50. I: So che è sotto pressione...
P: Se mia moglie mi vedesse bere qualcosa, penserebbe subito che sono un alcolista. Lei esagera sempre. Questa è l'unica ragione per cui lo nascondo. Lei non ha più nemmeno accennato al fatto.

51. I: Lo so, ho letto la lettera di ricovero e ho parlato con il dottor A. In quest'ultimo ricovero, sua moglie non ha mai menzionato il problema dell'alcol.

P: Allora non credere nemmeno a lei?

52. I: Non ho avuto modo di parlare con lei direttamente.

P: Perché non la chiama? Le confermerà che non ho più toccato un goccio di alcol.

53. I: Oh, questo lo credo.

P: Che cosa vuol dire?

54. I: Credo che abbia degli ottimi motivi per dirmelo.

P: Perché dovrebbe? Pensa che io riesca a nascondertelo così bene?

55. I: Può darsi; ma potrebbe esserci dell'altro.

P: In che senso?
P: Penso che nemmeno lei voglia che perda il lavoro. Che cosa farebbe se lei venisse licenziato?

P: Perché allora mi avrebbe portato qui?

57. I: Credo che si sia accorta della situazione e che voglia aiutarla senza però nominare il problema "alcolismo". Se lei non si fida di me, non c'è ragione che parli con lei. Anche se...

P: Che cosa dovresti fare?

58. I: Lasciare che mi prenda cura io dei suoi interessi, visto che lei non lo fa. Se veramente vuole collaborare, nascondere i problemi al suo medico non le servirà a niente.

P: Allora cos'altro vuole sapere?

Relazione. L'intervistatore si pone in modo non giudicante ed esprime rispettivamente il desiderio di aiutare il paziente.

Tecnica. L'intervistatore non prende in considerazione né interpreterà i tentativi del signor B. di usare la moglie come alibi della sua dichiarata astinenza, per avallare il fatto che ha diminuito il consumo di alcol. Non si sofferma neppure sui tentativi del paziente di minimizzare il problema dell'alcolismo, ma continua a indagare la storia recente, superando così il suo diniego.

59. I: Vorrei sapere che cosa fa quando è al lavoro e sente il bisogno di qualcosa per calmare i nervi.

P: Ancora con questa storia!

60. I: Se risponde a questa domanda, possiamo senz'altro passare oltre.

P: Le ho già detto che ho diminuito l'alcol.

61. I: Sì, ha diminuito il consumo di alcol, cerca di controllarsi di più, e di nascondersi meglio; allora, mi dica: dove tiene le bottiglie, di giorno?

P: Oh, qualche giorno prima di venire qui, mi era rimasta una sola bottiglia. Non volevo portarla a casa, così l'ho lasciata in macchina.

62. I: Vuole dire che è in macchina, dove tutti possono vederla?

P: Certo che no. L'ho avvolta in uno straccio e l'ho nascosta dove c'è la ruota di scorta.

63. I: Allora nasconde l'alcol nello studio e in macchina.

P: Non proprio. Mia moglie va spesso nello studio, e non c'è spazio sufficiente per nascondere qualcosa.

64. I: Dove lo nascondeva, in passato, quando beveva di più?

P: Allora? Ne avevo un'intera collezione in taverna.

65. I: Intende dire che adesso non c'è più?

P: Oh no; è ancora lì, ma non l'ho più toccata.

66. I: Capisco come si sente e le pressioni a cui è sottoposto. Parlerò con il dottor A. Credo che le daremo qualche giorno di riposo e del buon cibo. Poi vedremo come va la sua depressione. Farò le mie raccomandazioni al dottor A.

Relazione. La tattica di portare alla luce, un passo alla volta, la storia di alcolismo del paziente, evita la rottura della relazione. Anche se, in questo primo colloquio, l'intervistatore non viene accettato come un alleato, ha comunque posto le basi per una futura alleanza terapeutica. Lo scopo è quello di ottenere la consapevolezza del paziente nei confronti del suo problema con l'alcol. Con molte persone decise all'alcol o alle droghe, questo è un obiettivo a lungo termine, che richiede una terapia molto lunga, spesso costellata di ricadute.

La raccolta dell'anamnesi sull'alcolismo pone l'intervistatore in una posizione di autorità, che abbandonerà nel momento in cui il paziente avrà raggiunto un buon grado di consapevolezza e accetterà di disintossicarsi.

Tecnica. Il compito dell'intervistatore è negoziare con il meccanismo di difesa della negazione. In questa intervista, l'iniziale negazione del problema di alcolismo viene sostituita dall'ammissione di concedersi qualche bicchiere, occasionalmente, in situazioni di stress. È evidente che la crisi d'astinenza in cui si trova il paziente contraddice questa affermazione, ma superare questa difesa è un processo molto lungo.

Stato mentale e diagnosi. Per quanto riguarda l'attuale ricovero, la diagnosi differenziale include l'abuso di alcol e il disturbo depressivo maggiore. Nonostante il diniego del paziente, l'intervistatore assume che il paziente abbia bevuto molto ("Non sono andato a lavorare per un po'") durante l'assenza della moglie, ma abbia smesso, tornata quest'ultima, al fine di evitare conflitti familiari. Questo lo ha portato a uno "stato di desolazione". Sono ben evidenti le caratteristiche essenziali di un'iniziale crisi d'astinenza da alcol: nausea ("Non sono stato bene di stomaco"), tremori, iperattività autonoma (sudorazione, tachicardia), depressione, malessere generale, irritabilità, ansia e sonno interrotto e disturbato. Sono inoltre presenti segni di disidratazione e bocca secca ("Ho bevuto moltissima acqua"). Il paziente ammette di nascondere l'alcol in casa e nella sua macchina, per berlo sul lavoro. L'intossicazione da alcol determina, spesso, una sindrome amnestica acuta che, nel nostro caso, potrebbe essere responsabile dell'incapacità del signor B. di ricordare il giorno del ricovero.

Diagnosi

Diagnosi secondo i criteri del DSM-IV-TR: dipendenza da alcol 303.90 e astinenza da alcol 291.81. Abbiamo riportato questa intervista al solo scopo di illustrare come comportarsi di fronte al diniego di un alcolista. Non sono stati indagati altri disturbi più o meno correlati all'alcol. Questa valutazione è facilmente attuabile, dal momento che si può applicare l'intervista standard.

3. IPERATTIVITÀ E IRRITABILITÀ NEL DISTURBO BIPOLARE

Nel paziente affetto da disturbo bipolare, in fase maniacale, l'assenza di critica di malattia, di controllo e di finalità, insieme all'aumento del tono generale, conducono a iperattività con irritabilità, e interferiscono con lo svolgi-

mento dell'intervista clinica. In particolare, l'assenza di critica di malattia rende vano l'utilizzo di argomentazioni razionali e la discussione delle alterazioni dell'umore del paziente. Comportatevi come se aveste di fronte a voi un esplosivo imprevedibile, pronto a scoppiare in qualunque momento.

L'assenza di critica di malattia rende il paziente facilmente distraibile. Un rumore qualsiasi, magari proveniente dal corridoio, potrebbe attirarne l'attenzione. L'arrivo del medico, e il disegno della sua cravatta, potrebbe indurlo a lunghi monologhi, solo per commentare, un attimo dopo, la barba del medico che l'ha preceduto. Dai complimenti potrebbe passare rapidamente agli insulti. Non riesce a concentrarsi su un argomento. Il suo pensiero è imprevedibile ed erratico.

La disinibizione, unitamente all'aumento del tono generale, fa sì che il paziente in fase maniacale parli, gridi, bestemmi o canti. Accettato da questo eccesso di energia, si sente felice, arrabbiato o eccitato, ma, soprattutto, legittimato a seguire qualunque cosa gli venga in mente. Chiunque gli si oppone, è visto come un avversario. Al tempo stesso, ha una vaga sensazione che le cose non vanno nel verso che lui vorrebbe. Questo lo irrita ancora di più. Il soggetto in mania non si rende conto che la sua enorme eccitazione spaventa, confonde o diverte chi gli sta intorno; non ha alcuna consapevolezza del proprio impatto sugli altri.

Come si interviista un paziente di questo tipo?

L'approccio migliore è utilizzare a vostro favore il suo tono elevato. Cerca te di comprendere il suo punto di vista, siate partecipi dei suoi obiettivi e fategli credere che li perseguirete anche voi. Se lo aiuterete a perseguirli, lo manterrete di buon umore. Se gli opporrete resistenza, susciterete in lui rabbia e ostilità, e ne comprometterete la collaborazione. Se mostra la volontà di lasciare l'ospedale, dtegli che lo volete fuori di lì, anche prima, ma permanentemente; se vuole parlare con voi in questo preciso momento, dtegli che volete parlare con lui un'ora fa. In breve, mostratevi sempre d'accordo con lui e dategli corda; non diventate un ostarcolo, non contraddicetelo, non strumentalizzatelo, non opponetevi.

Come raccogliere l'anamnesi?

Il paziente bipolare, in fase maniacale, in mania, è poco introspettivo, ma assolutamente consapevole delle sue azioni. Sa di dormire meno del solito e per questo di ingaggiare facilmente conflitti o discussioni, e si rende conto di essere stato portato da uno psichiatra. Persino dopo la guarigione, parla dei suoi trascorsi maniacali in termini di cambiamenti nel comportamento (non nell'umore). Raramente è in grado di realizzare o ricordare di essere stato decisamente sopra le righe:

"Ho scritto decine di lettere, ho speso più di quanto potevo permettermi. Ho firmato assegni a vuoto, mi sono iscritto a tre palestre contemporaneamente. Ho speso 6.000 dollari in ceramiche per la casa. Ho chiuso con la mia ragazza e sono stato con un'infermiera, una segretaria e una ballerina. Ricordo che gli altri mi dicevano di tacere: evidentemente parlavo più del solito. Non so proprio dire come mi sentissi e cosa pensassi. Non mi sentivo a disagio, né fuori dal controllo."

Lasciate che il paziente in mania vi descriva il suo comportamento, ma non aspettatevi che ammetta che, in lui, c'è qualcosa che non va. Egli si sente bene come non lo è mai stato. Servitevi della sua distraibilità per riportarlo sull'argomento che volete, ogni volta che vi trovate in difficoltà. Non fategli domande e non cercate di persuaderlo; semplicemente, distraetelo...

Nell'esempio che segue il paziente insiste sulla dimissione. L'intervistatore si mostra d'accordo, ma ritorna in continuazione sul fatto che potrà essere dimesso solo quando si saranno verificate determinate condizioni. Potrebbe dirgli che vorrebbe fare di più, per lui, che non semplicemente dimmetterlo: non vuole che venga ricoverato di nuovo, e gli ricorda che, tutte le volte che è stato dimesso prematuramente, ha dovuto essere ricoverato ancora. Se il paziente ha un accesso di rabbia nei confronti della polizia o degli amici che, secondo lui, l'hanno tradito, o del medico che gli ha giocato un brutto tiro, l'intervistatore si mostrerà d'accordo e ribadirà che questo non dovrà capitare mai più. A questo scopo gli dice:

"Voglio aiutarla ad affrontare meglio gli altri e a non essere il loro zimbello. Vede, lei ha urlato, gridato; ha spintonato e persino aggredito una persona. Questo è il motivo per cui è finito all'ospedale. Io desidero aiutarla, così che non sarà più costretto a urlare e spingere, e vedrà che quelle persone non le daranno più fastidio."

Come già menzionato, una descrizione come "ha urlato e spintonato" è preferibile a "lei si sente inquieto, arrabbiato ed eccitato, dobbiamo tranquillizzarla", poiché il paziente potrebbe non avere la sensazione di essere inquieto, arrabbiato ed eccitato. Ma ricorda sicuramente di avere urlato e spintonato.

Il signor Brendan R., un paziente di 38 anni, bianco, sposato, venne trasferito alla guardia psichiatrica da un altro ospedale, dove aveva preso a pugni un medico. Aveva le fascette a mani e piedi. Nel foglio di accompagnamento, il paziente era stato diagnosticato come schizofrenico. Venivano menzionati "azioni bizzarre" e "delirii persecutori", ma mancavano descrizioni più dettagliate dei comportamenti.

Stabilire la relazione

- 1. I: Che cosa le è successo?
- P: (silenzio, sguardi arrabbiati, respiro affannoso)
- 2. I: Che cosa è successo? Perché è legato?

- P: Mi sleghi. Voglio uscire di qui. Non sto parlando con lei. Dio non lo tolererà. Voglio aiutare l'umanità, voglio liberare tutti, noi siamo creature libere, siamo uguali a Dio. Dio libererà le creature. Noi siamo come Dio. Dio vedrà tutto. Vedere è credere. Io vedo! Io vedo! Fatemi uscire! Adesso, adesso, adesso; adesso è adesso, e adesso è sempre. Adesso non è mai (tira le fascette)
3. I: Io non voglio tenerla qui. Voglio anch'io farla uscire, dopo che avrà smesso di gridare e tirare calci.
- P: Fatemi uscire. Toglietemi questi lacci, toglietemi, via, via, via! Puttana! (urlando)
4. I: Vorrei toglierteli anch'io, ma non voglio essere costretta a rimmetterglieli. Allora, quando avrà smesso di gridare potremo toglierli.
- P: Allora toglietemi, toglietemi adesso!
5. I: Glieli toglierò se non dovrò rimmetterglieli.
- P: Voglio uscire!
6. I: Anch'io voglio che lei esca. Capisce? Potrà uscire quando parlerà con calma. Voglio sapere che cosa ha fatto sì che le mettesero questi lacci.
- P: Non voglio parlare con te, donna. Voglio uscire.
7. I: Va bene. La farò uscire. Ma mi dica: innanzitutto, perché l'hanno legata?
- P: L'ho colpito. Ho colpito quel dottore perché mi ha detto che non potevo uscire. Non lo può fare, non lo può fare, non lo può fare.
8. I: Lei uscirà, ma sta facendo troppo rumore. Non sta parlando, sta gridando.
- P: (abbassa la voce) Io posso parlare. Mi toglia i lacci. (tira i lacci)
9. I: Io glieli vorrei togliere, ma non voglio doverglieli rimettere. Voglio essere sicura che non perderà di nuovo il controllo.
- P: Allora lo faccia.
10. I: Va bene, ma prima la devo aiutare a parlare più tranquillamente.
- P: Tranquillamente? Mi hanno legato. È per questo che sto gridando.
11. I: Le farò un'iniezione, così possiamo togliere le fasce e lei smetterà di gridare e potrà parlare con me.
- P: Non ho bisogno di nessuna iniezione, nessuno ha bisogno di iniezioni. Sono inchiodato alla croce... Il figlio di Dio è stato inchiodato a una croce. Gesù è stato il nostro salvatore.
12. I: Io la voglio staccare dalla croce. Lasci che l'aiuti. Ecco l'iniezione, così la posso staccare dalla croce.
- P: Va bene, si muova. Voglio uscire. (il medico inietta 50 mg di clorpromazina al paziente, che non obietta)

Relazione. Il medico riesce a stabilire una relazione con il signor R., morstandosi d'accordo con lui sul fatto di togliere i legacci. Dato che il paziente non riesce a interpretare la sua eccitabilità come un sintomo patologico, l'intervistatore non manifesta alcuna empatia con lo stato di eccitazione del paziente. Per questo motivo l'approccio con un paziente irritable dev'essere dal secondo punto, descritto nel capitolo 2. Frasi come "Deve essere terribile essere legati" suonerebbero sarcastiche al paziente e aumenterebbero la sua ostilità, invece che sviluppare una relazione empatica.

Tecnica. Il medico è d'accordo con l'obiettivo del paziente, ma a condi-

zione che questi smetta di gridare; non gli pone questa condizione come una restrizione, ma come una sicurezza che non verrà più legato. Evita, inoltre, di parlare con il paziente del suo stato mentale, del quale lui non ha alcuna consapevolezza, ma fa riferimento soltanto al comportamento, nel quale lui è in grado di riconoscersi, anche se, contrariamente all'intervistatore, lo percepisce come legittimo.

Stato mentale. Il paziente è vigile e mostra un'eccitamento ostile con accellerazione del pensiero e perseverazione tematica.

Diagnosi. Tutti i disturbi caratterizzati da uno stato di eccitazione devono essere considerati:

- demenza, dovuta a condizioni mediche generali
- intossicazione da PCP, cocaina, amfetamina
- delirium indotto da sostanze o dovuto a una condizione medica generale
- disturbo bipolare tipo I, episodio maniacale recente
- schizofrenia, tipo paranoide
- disturbo schizofreniforme
- disturbo schizoaffettivo, tipo bipolare

Esclusione di demenza e delirium

13. I: Quando è arrivato?
- P: Troppo tempo fa. Due albe fa.
14. I: Domenica?
- P: (ride) Era un martedì, non la domenica piena di sole. Due giorni fa era martedì, perché oggi è giovedì.
15. I: Di che mese?
- P: Di che mese, di che mese? Non sono mica idiota. Voglio restare solo.
16. I: Me ne andrò, ma mi dica il mese, prima. Prima mi ha dato il giorno.
- P: Io non le do niente. Io le do tutto. Dare, dare, dare. Dio dà e perdona.
17. I: Il mese?
- P: Il mese, mese, mese! Che mese è? Non luglio, non settembre, ma il mese in mezzo, questo è quello che ricordo. (corretto)
18. I: Quando ha cominciato ad essere così instancabile?
- P: Non riuscivo a dormire. Dio voleva che predicassi. Voglio predicare. (fissa il medico) Anche lei è legato.
19. I: Quando ha cominciato a predicare?
- P: Una settimana e mezzo fa. Ho aiutato tutti; tutta l'umanità; ma mi hanno preso. I soldati di Ponzio Pilato mi hanno preso.
20. I: Ha mai predicato prima?
- P: Due anni fa. Ero in un ospedale. Mi hanno detto che mi tenevano lì perché ero schizofrenico, o qualcosa del genere. Ho speso tutti i miei soldi per un'invenzione. Ho costruito dei finti polsini e dei colletti. Toglietemi questi lacci. (l'intervistatore dà ordine di liberarlo)

Relazione. L'intervistatore riesce a coinvolgere il paziente in brevi discorsi e ottiene collaborazione.

Tecnica. L'intervistatore indaga la memoria recente, con una tecnica descritta come parte dell'esame di stato mentale.

Stato mentale. Il signor R. è orientato, e la sua memoria recente è intatta. Mostra la tendenza a fare giochi di parole e a perseverare su alcune parole. Il contenuto del pensiero mostra una preoccupazione religiosa. L'invenzione in un'invenzione, in cui ha perduto tutto il suo denaro, mostra una capacità di giudizio errata.

Diagnosi. Le risposte del signor R. escludono la presenza di demenza o delirium e suggeriscono un disturbo psichiatrico ricorrente, verosimilmente un disturbo bipolare e, con meno probabilità, un'intossicazione periodica da sostanze psicoattive.

Esclusione dell'abuso di sostanze

21. I: Facciamo un giro. Le mostrerò il posto. Andiamo.

P: Doc, lei è simpatica. Andiamo a fare un giro.

22. I: Sì, andiamo. Vorrei sapere qualcosa in più su di lei. Mi dica, quando pre-dica, assume qualche farmaco?

P: Non prendo mai farmaci. Non li prendevo neanche quando me li dava il dottore. Voglio essere pulito. Non voglio essere dopato. Dopidopidoo. (comincia a ballare e a cantare) Dopidopidoo.

23. I: Lei beve?

P: Non ho bisogno di bere. Mi sento benissimo anche senza. Mi sento così bene, così bene, così bene. (ridacchia in modo isterico)

24. I: Che cosa faceva prima di venire qui?

P: Facevo il sarto. Guadagnavo un sacco di soldi. Ma posso fare di meglio.

25. I: Che cosa vuole fare quando uscirà di qui?

P: Voglio aiutare l'umanità, con le mie invenzioni. Nessuno dovrà più com-prarsi delle magliette. Indosseranno solo un colletto e dei polsini.

DOMANDE
APERTE
Dopo,
mhm

Relazione. L'intervistatore si offre di fare un giro con il paziente, dandogli la possibilità di sentirsi meno costretto, cosa che il paziente apprezza molto.

Tecnica. L'intervistatore valuta i sintomi in modo diretto. Una modalità più "aperta" non sarebbe di alcuna utilità, considerata la distraibilità e l'accelerazione del pensiero del signor R..

Stato mentale. Il paziente continua a mostrare accelerazione del pensiero, con giochi di parole. Dopo la rimozione delle fascette, l'irritabilità viene sostituita da "buon umore", che dimostra la mutevolezza dell'umore a seconda della situazione. Il contenuto del pensiero mostra grandiosità. I progetti per il futuro rivelano una scarsa capacità di giudizio.

Diagnosi. Quanto detto esclude la diagnosi di intossicazione da sostanze, e supporta ulteriormente l'ipotesi di disturbo bipolare, in fase maniacale.

Conferma della diagnosi di disturbo bipolare

26. I: Adesso ha grandi progetti. Si è mai sentito scoraggiato?

P: Se mi sono sentito giù, giù, giù? Oh, sì. Quando ho cominciato a lavorare alla mia invenzione, mi sono sentito così giù; stavo a letto tutto il giorno; non mi volevo muovere. Mi sentivo così male. (comincia a piangere)

27. I: Va tutto bene, ora non vi sentite male.

Diagnosi. La risposta 26 conferma la diagnosi di disturbo bipolare tipo I. A questo punto è possibile ottenere ulteriori informazioni seguendo il modello di intervista standard.

Diagnosi

Diagnosi secondo il DSM-IV-TR: disturbo bipolare tipo I, episodio maniacale in atto, grave, senza caratteristiche psicotiche 296.43.

4. SOSPETTOSITÀ NEL DISTURBO DELIRANTE

Il paziente con delirio persecutorio tende a vivere tutti i fatti della vita e gli accadimenti quotidiani come diretti contro di lui. Sospetta di essere perseguitato a causa delle sue "particolari conoscenze" o "capacità".

Due sono le principali difficoltà che si incontrano nell'intervistare un soggetto di questo tipo: innanzitutto egli si mostra sospettoso nei vostri confronti, per il fatto che ogni vostra osservazione, gesto o espressione può suscitare in lui la sensazione che anche voi lo stiate perseguitando. Il paziente potrebbe essere convinto che voi comunicate e collaborate con i suoi nemici, che siete membro di una setta segreta che vuole fargli del male. Se decide che siete anche voi parte di "loro", diventerà spaventato o ostile e smetterà di collaborare. Il paziente paranoide potrebbe non lamentarsi apertamente della vostra partecipazione al complotto contro di lui; al contrario, potrebbe celare i suoi sospetti per non farvi scoprire che vi ha smascherato.

L'altra grossa difficoltà è dovuta al fatto che questi soggetti temono, generalmente, che pensiate che sono pazzi. Potrebbero, quindi, mostrarsi guardingo e reticenti. Si mostreranno evasivi, vi seguiranno attentamente con lo sguardo, vi daranno risposte brevi (vaghe ed evasive) esprimendo ostilità, oppure ribatteranno con altre domande.

SOSPETTOSITÀ IN 2

Azioni

Deposizione

Come si intervista un paziente di questo tipo?

La strategia di base nell'intervistare questo tipo di soggetti è non mostrare sorpresa per le loro idee persecutorie, ma condividere la sofferenza che queste causano loro e cercare di simpatizzare con la loro angoscia. Trattare le loro interpretazioni deliranti come fossero reali e provare a guardarle non dal punto di vista di un osservatore, ma del paziente stesso.

L'intervistatore con poca esperienza troverà questo compito molto difficile; si sentirà più a suo agio con un approccio "esterno" che, però, funziona meglio con pazienti che hanno avuto dei deliri in passato, ma che al momento non si trovano in fase acuta. Domande come:

"Ha la tendenza a essere sospettoso?"

"Si sente facilmente irritato?"

"È paranoico?"

vi lasceranno senz'altro a mani vuote con un paziente in fase delirante. Inoltre, affermazioni neutrali, quali:

"Secondo voi, da quanto tempo i vostri vicini vi attaccano?"

"In quali altre situazioni pensate di avere subito un'ingiustizia?"

potrebbero suscitare rabbia, e portare a delle obiezioni:

"Che cosa volete dire con 'secondo me'? Non credere che sia vero? Non ci posso credere: è successo davvero!"

Una tale risposta è comprensibile, considerando che il paziente è abituato a essere trattato con scetticismo, incredulità e a essere messo in ridicolo dalla famiglia e dagli amici, tutte le volte che dà voce ai suoi sospetti. Perciò, se riuscirete a convincerlo che siete dalla sua parte, vi darà fiducia. Se sentirà la vostra empatia, diventerà più collaborante e mostrerà il bisogno di condividere con voi i suoi problemi. Domande in cui vengono presi implicitamente sul serio i suoi sospetti, possono assicurarvi la sua collaborazione:

"Come vi hanno trattato gli altri?"

"Siete mai stato attaccato, trattato ingiustamente, o discriminato?"

"Avete l'impressione che le persone siano diverse da voi?"

"Siete mai stato umiliato?"

"Chi altri ha commesso delle ingiustizie contro di voi?"

Questa strategia può fallire se il paziente si sente manovrato o lusingato e se ha l'impressione che prendiate le sue difese in modo ipocrita, con il solo fine di estorcergli informazioni e prendervi gioco di lui.

Alcuni intervistatori mostrano delle resistenze a prendere le parti del paziente, poiché, corroborandone lo scarso senso di realtà, hanno la sensazione di rinforzarne il delirio e di violare la loro integrità professionale. Se anche voi avete questi scrupoli, ricordate che i deliri sono convinzioni false e dogmatiche che non possono essere corrette da argomentazioni logiche; queste ultime avrebbero, infatti, l'unico risultato di evocare l'antagonismo del paziente e distruggere la relazione.

I deliri persecutori, come gli altri deliri, si possono eliminare con l'utilizzo dei neurolettici, o si dissolvono spontaneamente con il tempo. È possibile misurarne l'intensità attraverso i cinque stadi della consapevolezza (capitolo 4, "Inchiesta"). Adattate lo stile della vostra intervista al livello di consapevolezza del paziente. Allo Stadio V, il paziente agisce in accordo con i suoi deliri. Trattate questi ultimi come se fossero reali. Dite al paziente che la terapia ha lo scopo di ridurre la tensione che prova in conseguenza di questi "attacchi".

Quando il soggetto non agisce in base ai suoi deliri, ma ne parla soltanto (Stadio IV) o si rifiuta di parlarne ancora (Stadio III), o, ancora, dichiara che erano reali in passato, ma al presente non lo sono più (Stadio II), mostrate il medesimo distacco dal delirio. Infine, se il paziente considera i suoi passati deliri come fattuali e li riconosce come parte di un quadro patologico (Stadio I), esprimete lo stesso punto di vista e discutetene con lui la natura patologica.

Esempi. Un paziente potrebbe chiedervi:

"Credete davvero che i miei vicini mi controllino, o pensate che sia frutto della mia fantasia?"

A questo punto avete varie possibilità di risposta. Se pensate che il paziente non nutra dubbi sul suo delirio e vi sia soltanto sottoponendo a una prova, rispondetegli in questo modo:

"La cosa più importante è che lei sia convinto che i vicini la controllino, e questa convinzione è assolutamente reale anche per me. Sto parlando seriamente. Voglio aiutarla a gestirla e a trovare un po' di sollievo."

Se avete la sensazione che il vostro paziente stia cominciando ad avere dei dubbi sul suo delirio e sia sul punto di liberarsene, potete procedere in questo modo:

"Perché mi fa questa domanda? Ha forse dei dubbi? Mi piacerebbe saperne di più. Si sente in modo diverso, ora, rispetto al passato?"

A questo punto dovete aiutare il vostro paziente ad accettare la realtà e

L'INTERVISTA CLINICA CON IL DSM-IV-TR
a riconoscere il suo trascorso delirio, come patologico. Continuate, però, a tenerlo sotto controllo, perché le ricadute sono frequenti. Ditegli:

“Non è sempre facile stabilire se uno è stato realmente trattato in modo ingiusto, o se tende a esagerare perché si sente ferito. Perciò, vorrei che discutesse con me queste sensazioni, tutte le volte che si presentano, così che possiamo comprenderle meglio.”

L'intervista che segue è stata condotta con la signora Frances S., una paziente ambulatoriale di 52 anni, bionda. Fu presentata dall'assistente sociale che voleva escludere la presenza di disturbi psichiatrici. Secondo quanto riportato da lui, la paziente si era scoraggiata progressivamente, a causa della difficoltà a trovare un lavoro come segretaria. Come l'assistente sociale, anche il medico curante non era sicuro se fosse presente un problema di ordine psichiatrico. Le lamentele della paziente erano state piuttosto vaghe. Aveva detto che “tutto era contro di lei” e si rifiutava di discuterne.

1. I: Signora S., ho sentito dal dottor A. (assistente sociale) e dal dottor B. (medico curante) che ha avuto dei problemi a trovare lavoro. Mi rendo conto che si sia molto scoraggiata.
P: Sì, sembra che niente vada bene.
2. I: Come riesce a provvedere al suo sostentamento?
P: Ho dei risparmi. Basteranno per altri 2 o 3 mesi, poi sarò finita.
3. I: Che cosa farà?
P: Sarò finita. Non posso farci niente.
4. I: È davvero terribile.
P: Lo è.
5. I: Quando dice che è finita, che cosa intende?
P: Non so. Sarà tutto finito.
6. I: Ha fatto dei progetti, a questo proposito?
P: Ci ho pensato.
7. I: Tipo?
P: Tipo buttarmi giù dalla finestra. Eliminarli.
8. I: È già a questo punto?
P: Non ancora. Ma lo sarò tra 2 mesi, se le cose non cambiano.
9. I: È una cosa molto triste.
P: Be', lo è. Sto continuando a lottare, ma ho la sensazione di avvicinarmi alla fine.
10. I: E ovviamente non riesce a pensare ad altro.
P: È così.

Relazione. L'intervistatore approfitta di tre opportunità (risposte 1, 4, 10), per esprimere la propria empatia e guadagnarsi la fiducia della paziente.

Tecnica. La cosa principale di cui si lamenta la signora S. (l'impossibilità di trovare un lavoro) suggerisce un problema occupazionale che può essere affrontato indagando i motivi per cui si è verificato e quali potrebbero essere i risvolti possibili. L'intervistatore decide di esplorare le aspettative

ti.scopiun.www
della paziente e i suoi progetti futuri, al fine di farsi un'idea di qual è la sua capacità di giudizio.

Stato mentale. Le aspettative della paziente per il futuro sono pessimistiche e la sua capacità di giudizio appare compromessa, dato che il suicidio non è considerabile una soluzione razionale.

Diagnosi. Bisogna prendere in considerazione tutti i disturbi caratterizzati da comportamenti o ruminzazioni suicidarie (lista n. 1, capitolo 6), quali:

- episodio depressivo maggiore
- disturbo bipolare tipo II, episodio depressivo
- abuso di alcol
- altri disturbi conseguenti ad uso di sostanze
- disturbo di somatizzazione
- disturbo dipendente di personalità
- disturbo borderline di personalità

11. I: Questo incide sul suo sonno?
P: Il mio sonno è ok. Quando dormo dimentico tutto.
12. I: E l'appetito?
P: Tiro un po' la cinghia perché ho pochi soldi, ma mangiare mi piace.
13. I: Bene, sono certo che il dottor A. potrà aiutarla a trovare il modo di ottenere assistenza dalla *Social Security* o dal *Welfare Office*.
P: Davvero?
14. I: Ciò di cui lei ha veramente bisogno è un lavoro.
P: Già.

Diagnosi. Nelle donne di mezza età, i disturbi dell'umore sono la patologia psichiatrica più comune. Perciò, l'intervistatore indaga i sintomi neurovegetativi di depressione, ma ne esce a mani vuote.

15. I: Mi dica che cosa è successo durante il suo ultimo colloquio di lavoro.
P: Mi sono presentata all'appuntamento e la segretaria è stata molto gentile. Ma avevo la sensazione che non avrebbe funzionato.
16. I: Deve essere terribile sapere già che non funzionerà, ma provarci lo stesso.
P: Sì, lo è.
17. I: Come sono riusciti a rovinarla?
P: Non mi hanno dato il lavoro.
18. I: Ha qualche idea del perché non gliel'hanno offerto?
P: No, non esattamente, non lo so.
19. I: Qual è la sua sensazione? Sta forse succedendo qualcosa?
P: Non so, mi sembra che stia accadendo troppo spesso.
20. I: Vuole dire che continua a succedere?
P: Sì.
21. I: In questo caso, ammire la sua tenacia.
P: Be', sì, spero che qualche datore di lavoro potrebbe non sapere e mi assuma.

22. I: Ha detto: "potrebbe non sapere"?

P: Hmm.

23. I: Mi può spiegare meglio?

P: Be', non so, ma penso che abbia a che fare con i computer.

24. I: Che cosa intende?

P: Be', sono ovunque; se prendi un autobus, mettono il tuo nome in un computer. Quando prendi un biglietto aereo, mettono il tuo nome in un computer. Raccolgono tutte le informazioni su di te in un computer.

25. I: Hmm.

P: Hanno (con enfasi) tutto in un computer.

26. I: E perché non l'assumono?

P: Perché so dei loro computer... che è il loro modo di controllarmi.

27. I: Questo la mette in una terribile posizione. Lei sa di loro, ma ha bisogno che le diano un lavoro.
P: Sì.

Relazione. L'intervistatore esprime ancora empatia con la situazione della paziente, in modo da mantenere la relazione (domande 16, 21, 27). Quando si imbatte in pensieri persecutori, si mette nei suoi panni e cerca di raccogliere ulteriori dettagli (domande 17, 19, 24, 27).

Tecnica e stato mentale. L'intervistatore esplora i dettagli del colloquio di lavoro della paziente e la invita a ipotizzare i motivi del fallimento (capitolo 3, "Pazienti collaboranti"). Dato che l'intervistatore esprime rammarico per la sua situazione, la paziente sente di potere rivelare le sue interpretazioni deliranti. Diversamente, avrebbe potuto essere più reticente, essendo i soggetti deliranti spesso oggetto di scherno e incredulità, e quindi abituati a nascondere le loro convinzioni.

Diagnosi. Il delirio persecutorio si aggiunge all'elenco dei disturbi inclusi (lista n. 1, capitolo 6):

- ① demenza tipo Alzheimer, a insorgenza precoce, con ideazione delirante
- ① disturbo psicotico dovuto a una condizione medica generale
- ① schizofrenia, tipo paranoide
- ① disturbo delirante

L'intervistatore ha escluso un'altra possibilità, precisamente la presenza di depressione associata a delirio persecutorio, verificando l'assenza di sintomi neurovegetativi di depressione (domande 11 e 12).

28. I: Bisogna sempre riempire un modulo, che poi viene messo in computer, quando si fa un colloquio. Così sanno tutto di te. Mi dica, quando l'ha notato la prima volta?

P: Oh, è successo quando abitavo a Junction City. Avevo un colloquio, ma non ho ottenuto il lavoro. Avevano già saputo di me.

29. I: Quella è stata la prima volta?

P: Sì.

30. I: Allora tutto andava bene finché non è andata a Junction City. Dove abita ora prima di trasferirsi lì?

P: Eravamo in Arizona, a Phoenix.

31. I: Successe qualcosa a Phoenix? A quel tempo ero ancora sposata.

P: No, tutto andava bene.

32. I: E aveva un buon lavoro?

P: No, assolutamente.

33. I: Ma ne aveva trovato uno?

P: Non esattamente. Forse è cominciato tutto a Phoenix. È stato 18 anni fa.

34. I: Me ne vuole parlare?

P: Quando mi trasferii a Phoenix, ottenni un colloquio di lavoro, ma quando arrivai, il capo non c'era nemmeno.

35. I: Era fuori ufficio?

P: Sì, e tutt'a un tratto mi resi conto che stava succedendo qualcosa di strano, e da allora questa sensazione non mi ha più abbandonata.

36. I: Prima che tutto questo cominciasse, viveva con suo marito?

P: Sì.

37. I: Com'era il suo matrimonio?

P: Non andava molto bene. Lui era molto influenzato da sua madre.

38. I: Viveva a Phoenix anche lei?

P: No, questo succedeva in Illinois. Prima di andare a Phoenix, abbiamo abitato nell'Illinois, con i suoi genitori.

39. I: Che cosa successe?

P: Sua madre era sempre contro di me. Non diceva nulla, ma io lo sentivo. E un giorno le dissi che lo sapevo. Così non funzionò più, e mio marito ed io ci trasferimmo a Phoenix.

40. I: Ed è lì che sono cominciati i problemi con il lavoro?

P: Sì. Tutte le volte che mi proponevo per un lavoro, loro trovavano il mio nome in computer e scoprivano chi ero e che sapevo tutto dei loro computer. Così non mi assumevano mai.

Relazione. Dato che l'intervistatore continua a interloquire con la signora S., ponendosi dal suo punto di vista, senza aspettarsi un atteggiamento critico nei confronti delle sue interpretazioni fallaci, riesce a mantenere un buon rapporto.

Tecnica. L'intervistatore si avvale di tecniche di prosecuzione e transizione graduale per indagare le circostanze in cui ha avuto inizio il pensiero delirante della paziente, riuscendo a ricostruirne la storia, fino a 18 anni prima o più.

Stato mentale. Il delirio persecutorio sembra ben strutturato e di vecchia data. Nel corso della conversazione, la paziente non mostra segni di disturbo formale del pensiero. Se non si trattasse di un delirio, tutto ciò che dice sarebbe assolutamente logico.

Diagnosi. Questa parte del colloquio rivela una sospettosità nei confronti

della suocera della paziente. La lunga durata del delirio suggerisce che la causa non è da ricercarsi in un disturbo dell'umore. La natura persistente esclude anche i disturbi di personalità sopra menzionati, essendo questi ultimi non in grado, di per sé, di produrre deliri o allucinazioni.

41. I: Ha vissuto un'esperienza molto dolorosa. Deve essere terribile sapere che non ti daranno nessuna chance. Il suo umore non ne risente mai?
- P: Mi arrabbio, ma cerco di non mostrarli che hanno questo potere su di me.
42. I: Li sente mai parlare di lei?
- P: No, ma so che sono lì.
43. I: Ci sono stati dei periodi in cui l'hanno lasciata stare?
- P: No, è sempre così; io cerco di fare finta di niente, ma sembra che non riesca proprio a ottenere il lavoro che dovrei.
44. I: Perché non raccontare tutto al dottor B.?
- P: Be', non volevo che pensasse che sono paranoica.
45. I: È questo che gli altri pensano di lei?
- P: Sì, pensano che io sia pazza.
46. I: E lei che cosa pensa?
- P: Io credo di no, so che è tutto vero, e che sono loro che sbagliano. È solo che non riescono a capirlo. Lei è la prima persona che sembra credermi. Non parla con me come se fossi pazza.

Relazione e tecnica. L'intervistatore usa una sottile transizione tra le domande 40 e 41. Ancora, esprime empatia per la difficile situazione che sta vivendo la paziente (domanda 41), al fine di mantenere la relazione ed evitare di diventare parte del suo delirio.

Stato mentale. L'intervistatore esclude la presenza di allucinazioni uditive (domanda 42) e documenta ulteriormente l'assenza di consapevolezza di malattia.

Diagnosi. L'assenza di allucinazioni e di un disturbo formale del pensiero permettono all'intervistatore di escludere la schizofrenia, tipo paranoide.

47. I: Grazie. Mi fa piacere che lei senta che comprendo la sua situazione.
- P: Davvero?
48. I: Quando era sottoposta a questo forte stress, si è mai sentita sollevata o rilassata dopo aver assunto un farmaco o magari bevuto qualcosa?
- P: Perché me lo chiede? Crede che sia un'alcolista?
49. I: No, non credo affatto che lei sia un'alcolista. Ma quando una persona è sottoposta ad uno stress come il suo, talvolta, cerca di porvi rimedio, magari bevendo un bicchiere di vino per rilassarsi.
- P: Non mi piace l'alcol.
50. I: Ha mai preso dei farmaci?
- P: Ad esempio?
51. I: Qualunque tipo di farmaco, per qualsiasi problema.
- P: Può darsi un aspirina per il mal di testa, o cose così.
52. I: Ci sono stati dei periodi in cui ha dovuto prendere qualcosa per stare sveglia?

- P: No, posso aver bevuto una tazza di tè; il caffè non mi piace.
53. I: Ha mai avuto problemi di peso e preso qualcosa per risolverli?
- P: Intende amfetamine o cose del genere?
54. I: Per esempio.
- P: Non mi piacciono i farmaci, ok? E non mi piacciono neanche le sue domande. Non mi piace essere accusata!

55. I: Ha ragione, ne ha già passate troppe, senza che mi metta anch'io a farla stare peggio. Ma non intendeva accusarla. Se ho dato questa impressione, me ne scuso.
- P: Non capisco perché pensa che io abusi dell'alcol o di eccitanti. Non so dove vuole arrivare.
56. I: Forse, mi potrebbe dire perché queste domande la preoccupano in questo modo.
- P: Lei pensa che io sia paranoica per avere bevuto troppo o peggio.
57. I: È vero, quando si prendono regolarmente degli eccitanti, questi possono rendere più sensibili al rifiuto e più sospettosi.
- P: Pensa che io sia paranoica e sospettosa?
58. I: Lei mi ha detto che le persone con le quali ha avuto i colloqui di lavoro erano già contro di lei prima che li incontrasse, attraverso i computer. Talvolta gli eccitanti possono dare sensazioni di questo tipo.
- P: Io non prendo nessun eccitante. Ciò che sento è reale.
59. I: Le credo. Credo che quello che ha passato le debba sembrare assolutamente reale. Credo anche che non assuma nessun farmaco e che abbia avuto dei momenti molto difficili; la voglio aiutare.
- P: Allora, la smetta di accusarmi.

Relazione. Quando l'intervistatore indaga l'abuso di alcol o di sostanze, la relazione comincia a deteriorarsi. La gradualità della transizione non evita che la paziente sospetti che l'intervistatore interpreti i suoi problemi come risultanti dall'abuso di alcol o di sostanze. Lei si rende conto che lui non crede alle sue spiegazioni deliranti. Questo suscita rabbia e sfiducia. La sicurezza dell'intervistatore nella relazione che ha instaurato con lei si dimostra fallace. Quando non si tiene in sufficiente conto lo stadio di consapevolezza e si esprimono, direttamente o indirettamente, dei dubbi sulle sue percezioni, la sospettosità del paziente affetto da un disturbo delirante può riemergere in qualsiasi momento. Se, come è successo all'intervistatore dell'esempio precedente, sbagliate, cercate di salvare la situazione, rassicurando il paziente sul fatto che gli credete, che siete dalla sua parte e che volete aiutarlo.

Per quanto riguarda l'esempio che abbiamo riportato, un intervistatore più accorto avrebbe sfruttato il sistema di delirio della paziente, per indagare l'abuso di alcol o di sostanze. Sostituiamo la domanda 48 con la seguente:

48. I: Tutte queste persone sembrano controllarla attraverso il computer. C'è qualcosa, in quel computer, che potrebbe danneggiarla?
- P: Ci deve essere, altrimenti perché non mi dovrebbero assumere?
49. I: Ha qualche idea rispetto a che cosa potrebbe essere?

P: No. Ma forse è qualcosa che ha a che fare con quello che so sui computer... che non posso essere presa in giro... che potrei essere pericolosa per loro.

50. I: Non ci potrebbe essere qualcosa altro? Qualcosa per cui potrebbero parlare male di lei? Per esempio, pensare che lei fa uso di cocaina o altre droghe, o l'abuso di alcool?

P: Non potrebbero farlo, sarebbe una menzogna. Per me è raro persino prendere un'aspirina; inoltre non reggo nessun liquore.

51. I: C'è qualche possibilità che possano avere preso spunto vedendola bere un bicchiere di vino o acquistare pillole per dimagrire?

P: Assolutamente no. In nessun modo; nessuno ci crederebbe. Io non prendo niente.

A questo punto vi trovate di fronte a un dilemma etico. Una cosa è accertare il delirio come una realtà del paziente, altra è usarlo a scopo diagnostico. Se, per il paziente, può essere un beneficio e non un rischio, allora potete utilizzare il pensiero delirante per ottenere informazioni cliniche che potrebbero rivelarsi di estrema utilità; in caso contrario, potreste discutere con un esperto di etica medica.

Stato mentale. La prima versione delle domande comprese fra la 47 e la 59 dimostra come sia facile suscitare la sospettosità di un paziente e la rapidità con cui questi si può rivoltare contro di voi. Un paziente può apparire poco interessato a qualunque argomento e mostrare per tutta l'intervista una reattività molto debole, ma reagire in modo molto forte ogni qualvolta i suoi deliri vengano messi in dubbio: il delirio è connotato emotivamente.

Diagnosi differenziale (DSM-IV-TR)

1. Schizofrenia, tipo paranoide 295.30 versus disturbo delirante 297.1.

L'età della paziente all'esordio della patologia (circa 34 anni) è comparabile sia con la schizofrenia, tipo paranoide, sia con il disturbo delirante. L'esordio del disturbo schizofrenico avviene, generalmente, durante l'adolescenza o all'inizio dell'età matura, prima dei 25 anni nei maschi e dopo i 25 anni nelle femmine. La schizofrenia, tipo paranoide, tuttavia, tende a esordire un po' più tardi (mezza età o verso la fine dell'età adulta), esattamente come il disturbo delirante. Nel disturbo delirante, il pensiero chiaro e razionale è meglio conservato, rispetto a quanto avviene nella schizofrenia paranoide. I deliri della paziente non presentano i caratteri di bizzarria comuni ad altri sottotipi schizofrenici; sono isolati e sistematizzati, e non frammentari, multipli e intrusivi in ogni attività del paziente, caratteristiche, queste, di altri tipi di delirio. Inoltre, non vi è alcuna evidenza di allucinazioni, incoerenza o allentamento dei nessi associativi o presenza di sintomi negativi. In base a quanto detto, possiamo dunque scartare la diagnosi di schizofrenia, sottotipo paranoide, in favore del disturbo delirante.

2. Disturbo depressivo grave con caratteristiche psicotiche 296.34 versus disturbo delirante 297.1. Il delirio di persecuzione è comune a entrambi i disturbi. Quello del paziente depresso contiene, generalmente, un elemento di colpa. La persecuzione è vissuta come il risultato di fallimenti o peccati commessi in passato. Nell'esempio che abbiamo riportato, la paziente chiama in causa la sua conoscenza dei computer per spiegare la sua persecuzione, fatto che ha caratteristiche più grandiose che depressive. Raramente le depressioni durano più di 2 anni. La differenza fondamentale tra i due disturbi è però la presenza, nella depressione maggiore, di sintomi di tipo affettivo, assenti nel disturbo delirante. La nostra paziente non presenta sintomi affettivi, e dunque una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, associato a delirio, non appare giustificata.

3. Disturbo paranoide di personalità 301.0 versus disturbo delirante 297.1. Una sospettosità facilmente provocabile è frequente sia nel disturbo delirante che nel disturbo paranoide di personalità. Entrambi i disturbi si possono manifestare in assenza di un'alterazione dell'umore, ciononostante sintomi psicotici quali la presenza di ideazione delirante non rientrano nelle caratteristiche del disturbo paranoide di personalità. Anche tale diagnosi è perciò esclusa.

4. Disturbo psicotico dovuto a una condizione medica generale con ideazione delirante 293.81 versus disturbo delirante 297.1. La diagnosi di un disturbo psicotico dovuto a una condizione medica generale richiede l'identificazione di un disturbo organico che possa essere responsabile dello sviluppo di ideazione delirante. Ulteriori indagini nell'anamnesi della paziente che suggeriscano la presenza di segni o sintomi focali di tipo neurologico, esami di laboratorio e una TAC cerebrale non hanno prodotto alcuna evidenza in questa direzione. Pertanto, per esclusione, la diagnosi posta è quella di disturbo delirante.

Diagnosi finale (DSM-IV-TR)

Disturbo delirante, tipo persecutorio 297.1.

Epilogo. La paziente è stata trattata con neurolettrici. Dopo 6 settimane di terapia era ancora convinta di essere controllata con i computer, ma era in grado di tenere a bada in pubblico il suo delirio. Ne parlava soltanto al suo psichiatra e all'assistente sociale. Successivamente ha trovato impiego come segretaria e funzionava in modo adeguato, continuando ad assumere il neurolettrico.

5. EVITAMENTO NELLA FOBIA

Le difficoltà che si incontrano nell'intervistare soggetti affetti da agorafobia e fobia sociale derivano sia dall'imbarazzo del paziente che teme che la sua paura sia assurda, sia dalle resistenze a discutere il problema.

È possibile superare queste resistenze in due modi: 1) scalfendole attraverso domande brevi (specifiche, spesso chiuse, soprattutto una volta verificato che quelle aperte favoriscono l'evasività del paziente, oppure 2) cercando di far sentire il paziente a suo agio, per mezzo di frasi che esprimono sostegno e accettazione, in modo da ridurre l'ansia e l'evitamento. Riportiamo un esempio nel quale l'intervistatore si avvale di domande chiuse e brevi.

La signora Brenda P., una giovane donna bianca di 23 anni, fu inviata da uno psichiatra che aveva lasciato l'attività di terapeuta di gruppo con pazienti ambulatoriali. La sua cartella riportava informazioni piuttosto vaghe: venivano menzionati sentimenti persecutori, ma una diagnosi non era ancora stata emessa. La ragazza era stata trattata con 50 mg di tioridazina (Melleril) 3 volte al giorno, ma senza risultati apprezzabili.

1. I: È stata in terapia dal dottor V., per un certo tempo, e le è stato prescritto il Melleril che però non sembra averla aiutata.
P: Sì, forse mi sono sentita un po' più calma, ma non ha fatto molta differenza.
2. I: Mi vuol dire, per prima cosa, perché ha deciso di andare da uno psichiatra?
P: Non so, è colpa degli altri. (la paziente guarda verso il basso)
3. I: Gli altri?
P: Sì. (lungo silenzio)
4. I: Che cosa c'è che non va con gli altri?
P: Non so. Forse è il mio patrigno. (continua a evitare lo sguardo dell'intervistatore)
5. I: Il suo patrigno?
P: Sì, non riesco a parlare quando c'è lui.
6. I: Perché non riesce a parlare?
P: Mi sento inibita, non riesco a dire nemmeno una parola. (rivolge altrove lo sguardo)
7. I: Non riesce a parlare con lui?
P: Ho paura che mi ferisca.
8. I: Le ha mai fatto del male?
P: No, è sempre stato gentile con me. Non ho ragione di... Probabilmente lui pensa che io sia un po' strana.
9. I: Da quanto tempo è il suo patrigno?
P: Dagli ultimi due o tre anni.
10. I: Ha mai avuto problemi con altre persone prima?
P: Sì.
11. I: Che cosa pensa che le possano fare?
P: Che mi faranno del male.
12. I: Del male?
P: Sì.

13. I: In che modo?

P: Semplicemente mi feriranno.

14. I: E questo come la fa sentire?

P: Non so. Non mi va di parlarne. Cerco soltanto di starci lontano.

15. I: Vogliono davvero farle del male?

P: Non so. Mi sembra di essere pazza. Ma non posso farci niente. (guarda di fianco)

16. I: Hanno mai complottato contro di lei?

P: Oh no, non complottano contro di me. Non sono una paranoica. Ho soltanto...

17. I: Soltanto?

P: Paura. È stupido, e davvero non voglio pensarci.

Relazione. Superficialmente, la relazione appare adeguata. La signora P. non è ostile né spaventata, ma piuttosto evasiva, il che potrebbe indicare che nasconde qualcosa.

Tecnica. L'intervistatore usa frasi brevi, molto focalizzate, alle quali lei risponde altrettanto brevemente ma in modo evasivo. Inoltre, egli fa eco alle sue risposte (risposte 3, 5, 6, 7, 12), per fare sì che lei si apra di più, ma con scarsi risultati. L'intervistatore prova, allora, con domande chiuse, finalizzate all'individuazione dei sintomi (domande 15 e 16), per valutare se le sue reticenze sono dovute a sentimenti persecutori. Le risposte della paziente rivelano che la sua condotta di evitamento è dovuta a una paura inspiegabile, piuttosto che a sentimenti persecutori. Considerando con più attenzione l'intervista, è evidente come l'intervistatore, dopo la risposta 8, si sia lasciato sfuggire l'opportunità di individuare una paura infondata e irrazionale, che suggerisce la presenza di un disturbo fobico. Invece di porre la domanda 9, avrebbe potuto chiedere:

"Il suo patrigno è gentile, ma lei ha paura di lui e trova che questo sia assurdo?"

La sua risposta avrebbe potuto escludere una paura da delirio di persecuzione, in favore di una paura fobica.

Dopo la risposta 4, l'intervistatore avrebbe potuto portare la paziente a confrontarsi con la sua tendenza ad essere breve ed evasiva o provocarla, esprimendo la convinzione che gli sia nascondendo qualcosa. Questo avrebbe potuto abbreviare il colloquio, portando direttamente il discorso sull'evitamento fobico. Ma avrebbe comportato anche il rischio di attivare le difese della paziente.

Stato mentale. La signora P. è vigile; fornisce risposte finalizzate ma brevi e vaghe, senza latenza di risposta. Non ci sono segni di un disturbo formale del pensiero. Le ragioni della sua vaghezza non risiedono né nella presenza di sentimenti persecutori, né nell'incapacità di esprimersi, ma nella tendenza ad evitare la sua ansia fobica che lei stessa definisce stupida.

Diagnosi. La signora P. presenta una paura infondata e irrazionale (domande 8 e 15), della quale preferisce non parlare. La sua piena consapevolezza è tipica dei disturbi d'ansia.

Lista n. 1 dei disturbi da prendere in considerazione:

- fobia sociale
- disturbo da attacchi di panico, con agorafobia
- agorafobia senza disturbo da attacchi di panico
- disturbo da attacchi di panico, senza agorafobia
- disturbo di evitamento di personalità

Lista n. 2 dei disturbi esclusi:

- schizofrenia, tipo paranoide
- disturbo delirante
- disturbo paranoide di personalità

Il fine è ora quello di scoprire lo stimolo fobico, se presente:

18. I: Vorrei capire che cosa la fa soffrire.
P: (guarda altrove) Sto bene, quando sono da sola.
19. I: Vuole dire che si sente a disagio soltanto quando ci sono altre persone?
P: Sì.
20. I: Ci sono delle persone in particolare, di cui ha paura?
P: (lancia un'occhiata all'intervistatore) Non mi pare. È sempre così. (guarda verso il basso)
21. I: E per quanto riguarda me?
P: (arrossisce) Temo che possa ridere di me e pensare che mi sto rendendo ridicola.
22. I: Io?
P: (guarda l'intervistatore negli occhi) Sì.
23. I: È questo ciò di cui ha paura?
P: (mantiene il contatto dello sguardo) Sì.
24. I: E per quanto riguarda tutti gli altri?
P: Mi fanno paura. Non oso dire niente. (guarda ancora l'intervistatore)
25. I: Fa qualche differenza chi ha di fronte?
P: No.

Relazione. L'intervistatore esprime empatia per la sofferenza della paziente (domanda 18), ma lei la rifiuta e sottolinea che, quando è sola, non soffre (domanda 18). Dopo che l'intervistatore ha potuto valutare fino a che punto lui stesso rappresenta, per lei, uno stimolo fobico, la relazione ha un netto miglioramento. La paziente risponde in modo più specifico alle domande, e mantiene il contatto degli sguardi.

Tecnica. L'intervistatore indaga, attraverso domande chiuse, l'oggetto del-

la fobia (domande 19 e 21), finché la paziente rivela la sua paura: quella di essere messa in ridicolo dagli altri.

Stato mentale. In precedenza, la paziente ha cercato di nascondere la sua ansia e ha evitato il contatto visivo. Dopo essersi confrontata con il disagio che la presenza dell'intervistatore le provoca (domande 21-23), esprime la sua ansia sociale.

26. I: O quanti sono?
P: Più persone ci sono, peggio è. Mi sento persa e stordita. Il mio cuore sembra impazzire e divento tutta sudata.
27. I: Come fa sul lavoro?
P: Oh, cerco di stare da sola il più possibile.
28. I: E per quanto riguarda l'andare al bar?
P: Non ci vado. Mi porto qualcosa da casa e mangio alla mia scrivania.
29. I: Intende dire che non può uscire a pranzo?
P: No. Non sono mai uscita negli ultimi anni.
30. I: Va mai al cinema?
P: No, ci vado raramente. Quando capita, faccio in modo di arrivare in ritardo e scivolo dentro quando la sala è già buia.

Tecnica. L'intervistatore propone un elenco di stimoli potenzialmente fobici, che Brenda riconosce come rilevanti per lei.

Diagnosi. La risposta 26 mostra che la paziente potrebbe essere affetta da attacchi di panico. Data la sua tendenza a evitare i luoghi affollati, sembra cominciare a delinearsi la diagnosi di disturbo da attacchi di panico con agorafobia.

31. I: Quando è iniziato tutto questo?
P: Oh, è cominciato quando andavo ancora a scuola. Non ho nemmeno potuto terminare la scuola superiore. Terminare le vacanze estive ho avuto paura di tornarci. Non potevo sopportare l'idea. Così non ho terminato gli studi.
32. I: Perché non ne ha parlato con nessuno?
P: Avevo timore. E così stupido che pensavo che avrebbero riso di me e avrebbero pensato che sono pazza.

Diagnosi. La risposta 31 indica che la paziente ha sofferto di un disturbo d'ansia da separazione, a insorgenza insolitamente tardiva, anche se non è escluso che tale disturbo fosse già presente prima di quel momento, in forma più lieve. L'intervistatore decide, però di non approfondire questo punto.

33. I: Questo ha mai influenzato il suo umore?
P: Mi sento sempre piuttosto giù.
34. I: E per quanto riguarda il sonno?
P: In genere dormo bene.

35. I: E che cosa mi dice dell'appetito?
 P: No, il mio appetito è normale.

Diagnosi. L'intervistatore esclude la presenza di un disturbo dell'umore.

36. I: Quando è spaventata, le capita mai di avere una sensazione di panico così intensa da non riuscire più a respirare?
 P: Mi è successo una volta. Mi sentivo tutta sottosopra. Non riuscivo neppure a respirare ed ero tutta sudata.

37. I: Sentiva battere il cuore?

P: Sentivo il cuore in gola e mi faceva male il petto. Pensavo che sarei morta. Successo improvvisamente, una domenica mattina.

38. I: Quante volte le è capitato?

P: Solo quella volta, ma mi sono terribilmente spaventata.

L'intervistatore prosegue ora con un colloquio standard.

Relazione. Continua a essere adeguata.

Diagnosi. L'intervistatore cerca di indagare la presenza e la frequenza degli attacchi di panico. Ma la paziente riporta un solo episodio (risposta 38), anche se le affermazioni della risposta 26 sembrano suggerire che, probabilmente, forme più lievi si verificano con maggior frequenza.

Diagnosi

Diagnosi secondo il DSM-IV-TR 1. Fobia sociale 300.23. La signora P. esprime la paura nei confronti degli altri e, per questo motivo, cerca di evitarli (criterio A della fobia sociale). Ella riconosce, inoltre, che la sua paura è eccessiva e irrazionale, ma, ciononostante, non riesce a superarla (criterio C della fobia sociale). La parte di colloquio che abbiamo proposto non permette all'intervistatore di indagare la presenza di un disturbo di evitamento di personalità (301.82). Se la paziente evitasse performance ed esposizione in pubblico per il timore di essere disapprovata o di sentirsi imbarazzata, se non avesse nessun amico, o ne avesse molto pochi, esclusi i parenti stretti, e ingigantisse le difficoltà a eseguire delle attività di routine, questo potrebbe suggerire la concomitante presenza di questo disturbo di personalità. Questo aspetto non viene indagato oltre.

2. Agorafobia senza disturbo da attacchi di panico 300.22. La paziente evita i ristoranti e i cinema (criterio A) e si trova isolata (criterio B). Non ci sono evidenze che suggeriscano che evita i luoghi pubblici per il timore di avere degli attacchi di panico, ma riferisce un solo attacco spontaneo. In accordo con il DSM-IV-TR, la diagnosi di disturbo da attacchi di panico con agorafobia richiede la presenza, per almeno un mese, di ricorrenti e inattesi attacchi di panico, accompagnati dalla paura della loro insorgen-

za. L'intervistatore, in questo caso, però non indaga se la paziente, dopo il primo attacco, ha mostrato una paura persistente. Perciò non è in grado di stabilire questa diagnosi.

Non ci sono evidenze di depressione maggiore, disturbo di personalità paranoide o schizofrenia. In questa parte dell'intervista non è stata indagata la presenza del disturbo ossessivo-compulsivo.

Follow-up. La paziente, con diagnosi di fobia sociale e agorafobia senza una storia di attacchi di panico, è stata trattata con paroxetina, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). Dopo 6 settimane si sentiva molto meglio. Aveva meno paura di parlare con singoli individui, anche se evitava ancora la folla. Era, inoltre, in grado di interpretare le sue sensazioni come paure irrazionali e non come idee di persecuzione. L'intervistatore ha sviluppato una strategia per decondizionare l'agorafobia della paziente; e lei si è dimostrata disponibile a frequentare regolarmente centri commerciali, cinema e ristoranti affollati, con una permanenza di almeno un'ora.

6. INCREDULITÀ E IMBARAZZO NEL DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO

Da un punto di vista clinico, il disturbo da attacchi di panico presenta gli stessi sintomi del disturbo d'ansia generalizzata: tensione motoria, iperattività neurovegetativa, attesa apprensiva e ipervigilanza. In base ai dati presenti nel DSM-IV-TR, la comorbidità tra disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di panico varia dal 15 al 30%. Se tali sintomi d'ansia influenzano il funzionamento quotidiano del paziente, questi accetterà la diagnosi e si sottoporrà alla terapia (anche se potrebbe dichiarare di non essere un vero paziente psichiatrico).

Al contrario, i pazienti affetti dal disturbo d'attacchi di panico, non associato ad ansia generalizzata tra un attacco e l'altro, pensano, generalmente, di avere avuto un attacco di cuore, e sono convinti dell'origine somatica del loro malessere. Hanno piena consapevolezza della natura patologica dei loro attacchi, ma mostrano difficoltà ad accettarne l'origine psichica. Tale convinzione potrebbe essere d'ostacolo allo stabilirsi della relazione e, conseguentemente, alla formulazione della diagnosi.

Adattare la vostra tecnica d'intervista alle convinzioni del paziente:

1. Ditegli che i suoi attacchi sono di natura metabolica e hanno una componente genetica. Rassicuratelo che non sono soltanto frutto della sua mente o l'espressione di una debolezza del carattere.

2. Alternare affermazioni di tipo esplicativo, con l'esplorazione dei sinto-

mi. Al fine di guadagnare la fiducia del paziente, dimostrategli che siete un esperto di questo tipo di disturbi.

3. Alternate affermazioni di sostegno, per aiutarlo a rilassarsi.
4. Ditegli che il suo malessere può essere risolto con una terapia farmacologica.

“Sono contento che sia venuto da me e che possiamo finalmente capire che cosa le sta succedendo. Sono sicuro che potrà aiutarla a superare il suo malessere.”

Il signor Christian X. è un giovane di 23 anni, che pesa 85 chili, muscoloso, alto 1 m e 80 cm. Ha accettato di avere un colloquio soltanto con il direttore della clinica in persona.

1. I.: Buongiorno, mi chiamo dottor O. Mi hanno detto che ha esplicitamente chiesto di vedere me.

P.: Sì.

2. I.: La mia segretaria mi ha riferito che non acconsentiva a vedere nessuno, ad eccezione del direttore della clinica.

P.: Esatto.

3. I.: C'è qualche ragione particolare per avere chiesto espressamente di me?

P.: Sì.

4. I.: (osserva il paziente con attenzione e tranquillità)

P.: Be', ho pensato che fosse il più bravo.

5. I.: Hmm.

P.: Volevo essere certo di avere il parere più qualificato.

6. I.: Hmm.

P.: Ho pensato che deve essere il migliore, altrimenti non sarebbe diventato il direttore della clinica.

7. I.: Deve essere molto importante per lei il fatto di ricevere l'opinione più qualificata.

P.: Esatto.

- ✗ **Relazione.** Ogni volta che un paziente fa delle richieste particolari, indagare: potrebbero fornirvi degli elementi importanti. La richiesta del signor X. rivela sia apprensione per una diagnosi sbagliata, sia la difficoltà ad accettare la natura psichiatrica del suo disturbo.

- ✗ **Tecnica.** La richiesta “Voglio vedere il direttore della clinica” viene chiarita e interpretata (domanda 7).

- ✗ **Stato mentale.** Le risposte comprese tra la 4 e la 7 rivelano apprensione e una probabile mancanza di fiducia.

- ✗ **Diagnosi.** Apprensione e sfiducia sono compatibili con:

- tutti i disturbi d'ansia
- disturbi dell'umore
- disturbi dell'adattamento con ansia riguardo alla possibilità di avere una malattia fisica

- disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
- disturbo dipendente di personalità

8. I.: Innanzitutto vorrei che mi spiegasse che cosa l'ha portata qui.

P.: Io non volevo venire; è stato il mio medico a mandarmi.

9. I.: Sembra che lei non sia d'accordo con il suo medico.

P.: Infatti non lo sono.

10. I.: Posso chiederle chi è il suo medico?

P.: Il dottor H.

11. I.: Il cardiologo?

P.: Sì.

12. I.: Le ha spiegato perché ha voluto che io la vedessi?

P.: Non proprio... forse sì.

13. I.: Davvero non si ricorda?

P.: No. Non è questo; è che ero così fuori di me che non ho ascoltato quello che mi stava dicendo.

14. I.: Va bene, penso sia meglio cominciare dall'inizio.

P.: Ero arrabbiato e fuori di me. Mi sono sentito come se fossi pazzo. Non riuscivo ad ascoltare. Non ricordo una sola parola. Ricordo che deve avere detto qualcosa sul fatto che lei è più qualificato per risolvere il mio problema, quindi, se volevo guarire avrei dovuto parlare con lei. Allora mi sono detto: proviamo. Io devo guarire perché voglio continuare a giocare in squadra e non posso essere malato.

15. I.: Che cosa l'ha fatta arrabbiare così tanto? Ha detto che si è sentito come se fosse matto?

P.: Sì. Ho pensato che il dottor H. abbia creduto che sono pazzo, che mi immagino le cose, che è tutto frutto della mia fantasia. Ma io non sono un tipo così. Sono uno che, se vuole, prende a botte anche i guardalinee. Non ho certo bisogno di immaginarmi le cose.

16. I.: Ciò che le ha detto il dottor H. deve aver ferito profondamente il suo orgoglio.

P.: È vero. Mi sono sentito come se mi avessero preso a pugni e fatto perdere la lucidità, come se mi prendessero in giro dicendo che sono una femminuccia.

Relazione. Il signor X. mostra una scarsa consapevolezza. Non è chiaro se neghi di essere malato, ma è lampante che rifuta l'idea di avere un problema psichiatrico, e, dunque, non vede la ragione di fare un colloquio con uno psichiatra. Anche lui, come gran parte delle persone, è convinto che tutti i pazienti psichiatrici siano “matrì e si immaginino le cose”. Per guadagnarsi la fiducia del paziente e la sua collaborazione, questa concezione errata andrà corretta, ma, al momento, l'intervistatore sa ancora troppo poco delle sue condizioni, per fare questo intervento educativo. Tuttavia, il paziente è molto motivato ad arrivare a una diagnosi e fornisce sufficienti informazioni: non c'è bisogno di forzarlo ad accettare la natura psichiatrica della sua condizione.

Stato mentale. Il paziente è reso, e mostra una lieve accelerazione del pensiero nelle domande 15 e 16.

Tecnica e diagnosi. In due occasioni l'intervistatore cerca di raccogliere l'anamnesi (domande 8 e 14), ma fallisce poiché il paziente mostra resistenza a consultare uno psichiatra, perché troppo arrabbiato. Allora, invece di forzarlo a fornire delle informazioni di significato anamnestico, gli permette di dare libero sfogo ai sentimenti suscitati in lui dalla necessità di vedere uno psichiatra. Si avvale di tecniche di chiarificazione e interpretazione (domande 15 e 16), che aiutano il paziente a liberare le tensioni.

17. I: Proviamo ancora a ripartire daccapo. Qual è il motivo che l'ha portata a consultare il dottor H.?

P: Ok, cominciamo da qui. È successo durante gli allenamenti primaverili. Era il nostro primo incontro e, improvvisamente, ho avvertito quel dolore. Mi sono sentito soffocare e ho cominciato a sudare. Tremavo e il cuore sembrava impazzito. Ho pensato di avere un attacco di cuore. Ho pensato che sarei morto. È stato terribile.

18. I: Intende dire che successe durante l'allenamento?

P: No, questa è la cosa più imbarazzante e spaventosa. Non avevamo ancora iniziato e già mi sentivo distrutto.

19. I: Che cosa successe poi?

P: Mi hanno dato dell'ossigeno, in campo, e mi hanno portato in ospedale, dove mi hanno prelevato del sangue e fatto un elettrocardiogramma (ECG). L'ECG non mostrava nulla di strano, ma mi hanno detto che era meglio ricoverarmi in un reparto di terapia intensiva, perché, talvolta, i cambiamenti si manifestano più tardi. In seguito mi hanno detto che i miei esami del sangue erano a posto e che non avevo avuto un attacco di cuore.

Relazione. La relazione è stata stabilita, e il paziente fornisce una descrizione dettagliata dell'accaduto.

Stato mentale. Il paziente fa una descrizione colorita e drammatica degli eventi, sufficientemente dettagliata da escludere un deficit della memoria recente.

Diagnosi. Il paziente descrive un attacco di panico. Tali attacchi si possono manifestare nei seguenti casi:

- astinenza da alcol
- intossicazione da amfetamine e caffeina
- disturbo depressivo maggiore
- schizofrenia
- disturbo di somatizzazione
- disturbo da attacchi di panico

Oltre all'alcolismo e alla depressione, bisogna prendere in considerazione altre condizioni mediche generali:

Di origine cardiaca:

- tachicardia atriale parossistica
- angina pectoris
- prolasso della valvola mitralica

Di natura endocrinologica:

- ipertiroidismo
- feocromocitoma
- iperparatiroidismo
- ipoglicemia

Di altra natura:

- disfunzioni vestibolari
- disturbi di area epilettica

Associate a condizioni mediche generali:

- asma
- broncopneumopatia cronica ostruttiva
- sindrome del colon irritabile

20. I: Allora il dottor H. le ha consigliato di andare da uno psichiatra?

P: No, non proprio. Ha detto soltanto che avrebbe voluto avere il parere di uno psichiatra.

21. I: E?

P: Gli ho risposto che se l'avesse fatto avrei firmato e sarei uscito.

22. I: Ha ferito il suo orgoglio fino a questo punto?

P: Il solo fatto che non abbiano trovato niente non significa che è tutto nella mia testa e che mi immagino le cose!

23. I: Sono d'accordo con lei. Ma il dottor H. le ha detto proprio così? Che lei si immagina le cose?

P: No, ma lo ha pensato. Altrimenti perché mi avrebbe chiesto di consultare uno psichiatra?

24. I: Così lei pensa che andare da uno psichiatra significa immaginarsi le cose?

P: Non è forse vero?

25. I: Be', non è esattamente così. Allora si è rifiutato di sottoporsi a una visita psichiatrica e di consultare uno psichiatra, una volta uscito dall'ospedale?

P: Assolutamente!

Relazione. Attraverso la domanda 20, l'intervistatore continua la ricostruzione della storia del paziente, ma introduce di nuovo l'argomento del disturbo psichiatrico. La domanda 22 dà un'interpretazione, mentre le domande 23 e 25 rassicurano Christian sul fatto che i disturbi psichiatrici non sono immaginari. Tali affermazioni hanno lo scopo di sottolineare il fatto che il paziente è affetto da un problema assolutamente "rispettabile". Questo permette all'intervistatore di superare il disagio e di costruire

un'allenza. Inoltre, prepara il paziente ad accettare una diagnosi psichiatrica e a intraprendere il trattamento, se accetterà il ruolo di esperto e l'autorità dell'intervistatore.

26. I: Che cosa le ha fatto cambiare idea? Ora lei è qui.

P: Be', è successo un'altra volta, improvvisamente, 5 giorni fa. Stavo guardando la televisione ed è ricominciato.

27. I: Così ha deciso di chiamare qui e di prendere un appuntamento con me? P: Be', in parte è stata mia madre a spingermi a farlo. Inoltre, ho pensato che sarebbe stata la fine della mia carriera, se la mia squadra di football avesse scoperto che sono un po' strano.

28. I: Mi fa piacere che sia venuto.

P: (si osserva le mani)

29. I: (aspetta) C'è qualcosa che la fa sentire a disagio?

P: Be', credo che dovrebbe sapere che non ho chiamato subito qui. Ci stavo solo riflettendo.

30. I: Ma adesso è qui.

P: La cosa strana è che... È stato lunedì notte, anzi, no, martedì mattina. Mi sono alzato presto...

31. I: Sì?

P: È successo di nuovo, allora ho pensato che non potevo più vivere così. Posso sopportare lo stress di quello che pensavo, nella mia squadra, se mi cacciano ok. Ma non posso continuare ad avere quegli attacchi e a sentirmi come se stessi morendo. Non posso. È stato allora che ho chiamato la sua clinica.

32. I: Perché non ha consultato un altro cardiologo?

P: Be', dicono che il dottor H. sia il migliore della città. E mi era già successo prima, quando ero ancora al college. Ma anche allora non trovarono nulla che non andasse. Allora ho pensato di fare un tentativo.

33. I: Sono contento che sia venuto qui da noi. Dunque, quando ha avuto questi tre attacchi si è molto spaventato?

P: Sì, ho davvero pensato di morire.

34. I: E che spiegazione si dà ora? P: Penso ancora che potrebbero essere stati degli attacchi di cuore. Forse non li hanno semplicemente visti.

Relazione. Le risposte 27 e 31 rivelano l'imbarazzo di Christian e come soltanto la frequenza degli attacchi l'ha potuto convincere a consultare uno psichiatra, senza, però, liberarsi delle sue resistenze nei confronti di questo passo (domanda 34). L'intervistatore fornisce al paziente un sostegno (domande 28 e 33) per incoraggiarlo a collaborare ulteriormente.

Diagnosi. La risposta 32 rivela che gli attacchi di panico potrebbero essere cominciati prima di quanto riferito inizialmente dal paziente.

35. I: Mi vuole parlare ancora dell'attacco che ha avuto nel campo d'allenamento?

P: Mi sentivo come un novellino; c'erano le selezioni per la squadra. Ed è allora che è successo; tutti a un tratto il mio cuore è impazzito, mi sentivo soffo-

care, non riuscivo a respirare, mi mancava l'aria e avevo un dolore terribile al petto. Mi sembrava tutto sfuocato; sudavo e tremavo. Devono avere pensato tutti che avessi un attacco di cuore; poi scopro che non è niente. Cosa diranno quando scopriranno che ho le visioni? (nasconde il viso nelle mani)

36. I: È per questo che ha fatto alcune centinaia di chilometri, da Kansas City, per venire qui?

P: No, i miei genitori vivono qui. Quando sono uscito dall'ospedale, il mio allenatore ha voluto che mi prendessi una breve vacanza.

37. I: Quanto tempo fa è successo?

P: Circa 2 settimane fa.

Diagnosi. La risposta 35 descrive i principali sintomi di un attacco di panico. Gli ultimi 3 attacchi si sono verificati nelle ultime 2 settimane (risposta 37).

38. I: Prima di quell'attacco, era successo qualcosa?

P: Tipo?

39. I: Ha qualche altro problema?

P: Non capisco che cosa vuole dire.

40. I: Allora, lasci che le faccia alcune domande. Il suo appetito è sempre lo stesso?

P: Certo, mangio sempre come un lupo. Soltanto quando sono esausto, allora preferisco bere soltanto.

41. I: Bere?

P: No, non intendevo alcolici, soltanto acqua o bibite. L'alcol non mi interessa particolarmente.

42. I: E cosa mi dice del sonno?

P: È piuttosto buono. Non ho mai avuto problemi. Ma la notte prima della prova, mi sono girato e rigirato nel letto. Ero preoccupato di non farcela.

43. I: Si sentiva giù o depresso?

P: No, anzi ero molto eccitato perché facevo la selezione per una squadra fantastica, entrarci significherebbe molto per me.

44. I: Prende qualche farmaco?

P: No. Qualcuno dei miei compagni prende qualcosa, sa quello che si dice dei calciatori. Ma io ho cercato di starne fuori. Ho provato qualcosa quando ero al college, ma ho chiuso anche con quello.

45. I: E non beve nemmeno alcolici?

P: No, posso farmi due birre con i ragazzi, ma non bevo mai roba più forte.

Tecnica. Le domande aperte (domande 38 e 39) non sembrano funzionare con questo paziente. Quelle chiuse producono, al contrario, delle risposte attendibili e non monosillabiche.

Diagnosi. Questa parte del colloquio si focalizza su altre possibili cause di attacchi di panico:

— disturbo depressivo maggiore

— abuso di alcol

— uso di sostanze

46. I: Qualcuno della sua famiglia ha mai avuto dei problemi tali da consultare uno psichiatra?
P: No.
47. I: Qualcuno ha mai avuto un attacco di cuore?
P: Per la verità non lo so. Mi sembra che mio padre abbia parlato di qualcosa del genere.
48. I: Mi sa dire qualcosa di più?
P: Dunque, vediamo, quando mio padre era più giovane aveva problemi con l'alcol; credo che una volta abbia menzionato di aver avuto un attacco di cuore, ma i medici non trovarono niente.
49. I: Capisco.
P: Che cosa ha a che fare questo con me? Le ho già detto che io non ho problemi con l'alcol.
50. I: Però ha gli stessi attacchi.
P: Credo che mio padre pensasse che erano dovuti al bere.
51. I: E cosa mi dice di sua madre: ha avuto anche lei problemi di alcolismo o attacchi?
P: No.
52. I: Ha mai consultato uno psichiatra o uno psicologo?
P: Non credo; non che io sappia.
53. I: Ha fratelli o sorelle?
P: Un fratello più grande e due sorelle più giovani di me; ma loro stanno bene; sono solo io.
54. I: Capisco; voglio che sappia che questi attacchi spesso riguardano più di un membro della famiglia.
P: Intende dire che sono genetici?
55. I: Non lo si sa ancora, esattamente. Ma è possibile che lei sia nato con questa predisposizione. L'esercizio intenso può favorire la slattentizzazione. E qualcosa che ha a che fare con la produzione di acido lattico nel sangue. E questo accade spesso nell'esercizio molto intenso. Esistono molti farmaci che possono aiutarla. Quello che lei ha avuto si chiama attacco di panico. Questi attacchi sembrano reali perché sono reali.
- P: Ha detto che i farmaci possono aiutarmi? Vuole dire che dovrò prendere delle medicine per il cuore, per tutta la vita?
56. I: Quelli di cui lei ha bisogno non sono esattamente farmaci per il cuore, ma piuttosto minorilassanti e ansiolitici, o ancora, un cosiddetto antidepressivo. E ce n'è un altro, che potrebbe essere definito un farmaco per il cuore. Si chiama propranololo o Inderal, e anche questo potrebbe essere utile, nella sua situazione. Lei si definirebbe una persona ansiosa?
P: Be'... quando ero più giovane... mia madre diceva sempre che ero ipertensivo e una testa dura. Sì, ricordo che diceva sempre: "Sei apprensivo". Penso che apprensivo sia la parola giusta.
57. I: Credo che possiamo aiutarla a superare entrambi i problemi: gli attacchi di panico e l'apprensività. Ora, parliamo di alcune esperienze che può avere avuto quando era bambino o ragazzo.

Relazione. La domanda 55 spiega al paziente la natura del suo disturbo, facendo in modo che gli risultati più accettabili e che il paziente accetti la terapia. Nella domanda 56 vengono enfatizzati i trattamenti per i disturbi

somatici. Il paziente, ora, si descrive come "generalmente ansioso". La relazione è stata definitivamente stabilita. Il signor X. accetta la figura dell'intervistatore come la più appropriata e autorevole per il trattamento dei suoi disturbi.

La restante parte del colloquio si svolge con le modalità di un'intervista standard.

× **Tecnica.** L'intervistatore informa il paziente sulla natura e le caratteristiche del suo disturbo, alternando domande che, in caso di risposta affermativa, confermano la diagnosi. Questa strategia riduce l'apprensione del paziente e gli permette di descrivere i "sintomi imbarazzanti".

Diagnosi. L'anamnesi familiare rivela abuso di alcol e presenza di attacchi di panico, nel padre del paziente. La descrizione di ansia generalizzata è compatibile con la diagnosi di disturbo da attacchi di panico. L'iter diagnostico si conclude con ulteriori indagini volte a escludere alcune delle succitate condizioni mediche generali.

Il signor X. riporta le caratteristiche principali del disturbo da attacchi di panico: episodi critici di dispnea ("Mi sentivo soffocare"), palpitazioni ("Il mio cuore sembrava impazzito") e malessere significativo ("avevo dolori al petto"), sensazione di soffocamento, sudorazione e tremori. Egli descrive 7 dei 13 sintomi del disturbo da attacchi di panico; per fare diagnosi ne sono richiesti solo 4, in un attacco. Non sono menzionati gli altri sintomi: confusione, derealizzazione, parestesia, vampate di calore o brividi di freddo, svenimento, nausea, paura di morire e paura di impazzire. La diagnosi secondo il DSM-IV-TR prevede la presenza, per almeno un mese, di attacchi di panico ricorrenti e inattesi, con preoccupazione per quelli futuri. Il nostro calciatore soddisfa pienamente questi criteri. Presenta un esordio in fase adolescenziale e un'anamnesi familiare positiva.

Non soddisfatta, al contrario, i criteri diagnostici di altri disturbi mentali, quali depressione e disturbo da somatizzazione, e non vi è alcun segno di agorafobia. L'unico sintomo correlato che il paziente riporta è l'apprensività.

Diagnosi finale (DSM-IV-TR)

Disturbo da attacchi di panico, senza agorafobia 300.01. X

7. SENTIMENTI PERSECUTORI NEL RITARDO MENTALE

Intervistare un paziente affetto da ritardo mentale non è difficile: il soggetto formula frasi molto semplici e utilizza parole concrete. Se sospettate un ritardo mentale, potete convalidare la vostra impressione avvalendovi di alcu-

ni test (capitolo 5). Nel caso, però, di pazienti mentalmente ritardati od ottusi, ma consapevoli del loro deficit, la diagnosi può diventare un compito più difficile di quanto ci si potrebbe aspettare: tali soggetti potrebbero, infatti, cercare di superare e nascondere il loro problema. Si tratta, solitamente, di soggetti molto sensibili alle allusioni riguardanti il loro deficit, che tendono a sviluppare una sospettosità e un'ipersensibilità auto-protettive.

Questi pazienti si trovano in una situazione cronica di stress. Gli accadimenti quotidiani li portano a confrontarsi di continuo con i loro limiti e li costringono all'adattamento continuo dell'"ottuso tra gli intelligenti". Al fine di apparire più intelligente di quanto non sia nella realtà, un paziente di questo tipo potrebbe frequentare svariate scuole, fino al fanatismo; acquisire un vocabolario particolarmente ampio, e imitare comportamenti, gusti e temi di conversazione di persone che considera brillanti. Cercherà, inoltre, di nascondere la propria incapacità di pensare in modo astratto, al di là di frasi imparare a memoria, ingannando facilmente chi gli sta intorno. Gli psichiatri tedeschi e svizzeri hanno coniato il termine *Verbalmissblödsinn*, per descrivere questi soggetti. Questa parola indica che gli obiettivi del paziente sono sproporzionati alle sue effettive capacità (intelligenza). Generalmente, questi pazienti arrivano alla visita psichiatrica quando cominciano a manifestare sintomi quali disforia, ansia o sospettosità. Talvolta, può risultare difficile identificare se si tratta di un disturbo indipendente d'ansia generalizzata, un disturbo dell'umore, un disturbo delirante o di sintomi legati alla situazione di pressione cui sono sottoposti in modo cronico.

Quali sono le caratteristiche di questi pazienti? Si tratta, generalmente, di soggetti che, per traumi perinatali o per motivi sconosciuti, hanno mostrato uno sviluppo intellettuale ritardato. Non sempre questi disturbi interessano tutte le funzioni mentali allo stesso modo; raramente influiscono sull'ambizione e sul desiderio di successo.

Nel nostro ambulatorio, gli specializzandi, gli assistenti sociali e gli psicologi spesso non sono in grado di diagnosticare questa condizione ed emettono diagnosi di disturbo dell'umore, stupendosi poi del fatto che gli antidepressivi non diano l'effetto sperato. May è una di questi pazienti; era stata invitata a una riunione che aveva come argomento la diagnosi, a cui partecipavano cinque dei nostri specializzandi. Lo psichiatra che l'aveva in cura aveva diagnosticato una depressione resistente alla terapia con farmaci antidepressivi comunemente utilizzati come SSRI, bupropione, triciclici e IMAO.

La signora May M., una donna bianca di 30 anni, single, di bassa statura, con l'aspetto di un ragazzo e con lineamenti molto affilati, entra nella sala riunioni. Ha i capelli raccolti, è vestita in modo casual: blue jeans e un giubbotto beige. L'impressione è quella di uno studente universitario. La donna guarda, con aria di sfi-

da, l'intervistatore che si alza dal tavolo al quale siede con cinque colleghi, e le si avvicina. La paziente lo raggiunge e gli dà la mano.

1. I: Mi chiamo dottor O. Sono il direttore dell'ambulatorio. Lei è May M., vero? Prego, si sieda. Le è già stato spiegato l'argomento dell'incontro?

P: (si siede, rigida, sulla sedia che le è stata offerta, con le spalle indietro e il viso con un'espressione arrogante; fissa l'intervistatore con sguardo penetrante) Sì, so che mi farete un sacco di domande e mi darete qualche consiglio.

2. I: (avvicina la sua sedia a quella della signora M., in modo da poterle toccare il braccio, in caso necessitasse di rassicurazioni) Bene, questa è la nostra riunione settimanale con gli specializzandi. A ogni riunione viene invitato uno dei pazienti, in modo da poterne verificare i progressi. Il fatto di parlare davanti a un gruppo di persone la preoccupa?

P: (risponde rapidamente, rivolgendosi solo all'intervistatore) Dottor O., sono 2 settimane che aspetto questo momento.

3. I: Ha mai incontrato uno di questi medici, prima d'ora?

P: (si guarda intorno esaminando attentamente i presenti) Questi due. Prima vedevo un'altra dottoressa, ma credo che sia andata via.

✗ **Relazione.** All'inizio del colloquio, il linguaggio del corpo della paziente rivela un confitto: lei dà la mano e cerca il contatto dello sguardo, ma, attraverso la postura, esprime un atteggiamento chiuso, fino all'ostilità. Accortosi che la signora M. evita lo sguardo degli altri presenti, l'intervistatore la invita a osservarli, coinvolgendo, così, anche loro nell'intervista.

✓ **Tecnica.** L'intervistatore include il gruppo, in modo da ridurre la tensione della signora M. e permetterle di parlare spontaneamente.

✗ **Stato mentale.** La concretezza e la semplicità della prima risposta della signora M. potrebbero indicare una difficoltà con il pensiero astratto. La brevità e la rapidità della seconda, unitamente all'evitamento degli sguardi degli altri componenti del gruppo, indicano l'ansia quale emozione predominante. La signora M. non ha problemi a ricordare il nome dell'intervistatore; questo potrebbe indicare una buona memoria a breve termine, o il fatto che l'ha provato più volte, prima dell'intervista, per evitare brutte figure. La paziente riconosce i medici che l'hanno avuta in cura precedentemente, dimostrando una memoria recente intatta. E in grado, inoltre, di sedere, relativamente rilassata, davanti a un gruppo di persone, il che rivela l'assenza di un rilevante evitamento sociale.

✗ **Diagnosi.** La signora M. interragisce col gruppo, non mostrando condotte di evitamento, presenti nei soggetti fobici, o sospettosità, caratteristica dei pazienti affetti da delirio di persecuzione, o ancora un tipo di interazione basata sullo scherzo, che si rileva nei soggetti in fase maniacale.

Lista n. 1 dei disturbi da prendere in considerazione:

- disturbo d'ansia generalizzata

Lista n. 2 dei disturbi esclusi:

- disturbo bipolare, episodio maniacale
- schizofrenia, tipo paranoide
- disturbo delirante
- fobia sociale
- disturbo paranoide di personalità
- disturbo evitante di personalità

Procediamo alla diagnosi

4. I.: Da quanto tempo frequenta la nostra clinica?

P.: Da circa un anno.

5. I.: Qual era il problema che l'ha spinto a venire qui la prima volta?

P.: (si irrigidisce) Che cosa intende con "problema"? Crede che io abbia un problema?

6. I.: (le tocca il braccio e la guarda negli occhi finché lei si rilassa) Forse avrei dovuto dire "motivo", per il quale è venuta qui, la prima volta.

P.: (appare attonita, ruota gli occhi in modo sarcastico) Il dottore è lei, è lei che dovrebbe sapere cosa c'è che non va in me.

7. I.: Mi vuole dire come posso aiutarla?

P.: (indignata) Io non avevo bisogno di nessun aiuto; la mia insegnante di matematica, è lei che è convinta che abbia bisogno di aiuto.

8. I.: La sua insegnante di matematica?

P.: (in modo più gioviale) Già, stavamo facendo una partita a tennis, e lei mi viene a dire: "May, tu non parli più delle tue cose". Io le rispondo: "No?", e lei dice: "Hai bisogno di parlare con qualcuno". Così, eccomi qui.

9. I.: Lei era d'accordo? Ha notato anche lei un cambiamento, al college?

P.: Be', sì, perché ho cominciato a prendere dei brutti voti.

10. I.: Questo è stato un cambiamento rispetto alla scuola superiore?

P.: Un cambiamento? Certo che è stato un cambiamento! Alle superiori devo tutti A e B.

11. I.: Era uno studente modello, alle superiori?

P.: No.

12. I.: Che voti prendeva, allora, in inglese?

P.: Inglese? La odiavo questa materia, avevo avuto C, alla fine del corso, e mi ero impegnata così tanto.

13. I.: E in matematica?

P.: (con crescente ostilità) In che anno?

14. I.: Nell'ultimo anno.

P.: Be', ci ho speso un sacco di tempo, ma l'insegnante mi odiava, così mi ha dato solo C. (guarda in basso, verso le ginocchia, con un'espressione arrabbiata)

15. I.: E che cosa mi dice delle altre materie, per esempio la storia?

P.: (guarda l'interrogatore con ostilità) Questo è il corso peggiore. Gran parte delle storie non hanno alcun senso. Leggo un sacco di libri. Ho odiato quel

corso più di ogni altro. Alla fine ho avuto D (si morde il labbro inferiore respira affannosamente).

Passiamo alla relazione

16. I.: Ho notato che le mie domande la preoccupano.

P.: Esatto. Perché deve proprio insistere sui miei punti deboli? Non può essere gentile per un momento?

17. I.: Ha ragione. Dovrei proprio chiederle quali erano i suoi corsi preferiti alla scuola superiore?

P.: (con un sospiro di sollievo) Mi piacevano soprattutto il basket e il canto

Relazione. La signora M. si sente attaccata da parole quale, per esempio "problema" (domanda 5). L'interrogatore sostituisce allora quella parola con il termine "motivo" e le tocca il braccio per rassicurarla, ma senza alcun risultato. Quando può cominciare a raccontare la sua storia, la paziente cambia immediatamente atteggiamento, mostrando che la sua irri-tazione non è legata a deliri persecutori (domanda 8). L'atteggiamento ostile ricompare quando May si sente braccata dalle domande riguardanti i suoi voti (domande 11-15). L'interrogatore passa, allora, dalla raccolta dell'anamnesi, alla relazione, confrontandosi con la sua ostilità (domanda 16). Soltanto quando sposta il discorso sui suoi punti di forza, riesce a ristabilire la relazione.

Tecnica. Le domande chiuse, direttive e che deliberatamente evidenziano i suoi punti deboli, provocano, nella signora M., rabbia e tensione. L'interrogatore, allora, passa a domande aperte, che consentono alla signora M. di sceglierne l'argomento.

Stato mentale. La signora M. dà un'interpretazione molto concreta delle parole "problema" e "aiuto", considerandole delle accuse. Il rapido cambiamento del suo atteggiamento, da ostile a fiducioso, nel momento in cui le viene consentito di raccontare la sua storia, rivela che la sua sospettosità ostile non era di natura delirante, ma, piuttosto, auto-protettiva, in un contesto vissuto come minaccioso. Questa incomprendibile del vero significato delle parole mette in evidenza la sua incapacità di astrarre. Il suo pensiero concreto riaffiora quando, invece di riassumere il dialogo con la professoressa di matematica, lo ripete parola per parola, come farebbe un bambino, senza andare oltre il significato puramente letterale delle parole (risposta 8). La paziente, inoltre, segue in modo poco convinto il consiglio dell'insegnante, indice, anche questo, di scarsa intelligenza.

Diagnosi. L'errata interpretazione delle parole, cui segue ostilità, e la scarsa capacità di astrazione, rivelano la presenza di pensiero concreto con idee persecutorie. Data la giovane età della paziente, questo potrebbe indicare un lieve ritardo mentale. Considerato che le sue idee persecutorie o

di insicurezza risalgono ai tempi della scuola superiore, l'ipotesi più verosimile è la presenza di un disturbo di personalità. Il ritiro sociale (notato dall'insegnante di matematica) potrebbe indicare sia un disturbo d'adattamento con umore depresso, sia un disturbo depressivo maggiore.

Lista n. 1 dei disturbi da considerare:

- demenza non altrimenti specificata (NAS)
- ritardo mentale
- disturbo d'ansia generalizzata
- disturbo di personalità NAS
- disturbo d'adattamento con umore depresso
- disturbo depressivo maggiore

Lista n. 2 dei disturbi esclusi (è la stessa presentata sopra).

Ritorniamo alla diagnosi

18. I: Come erano i rapporti con gli altri studenti della scuola superiore?
P: Ottimi: mi cercavano tutti.
19. I: Vi prendevate in giro tra di voi?
P: (con orgoglio ed enfasi) Ero io che prendevo in giro tutti.
20. I: Mi può raccontare qualcosa dei suoi amici?
P: Be', (pausa) Non ne ho molti. Forse uno o due.
21. I: Com'è potuto succedere?
P: Perché io odio le persone. Sono insopportabili e alla prima occasione ti tradiscono. Ho rotto molte amicizie nella mia vita.
22. I: Mi può dire qualcosa di alcune delle rotture peggiori?
P: (compiaciuta) Ha tutto il giorno a disposizione? (ride) Be', eccome una. Al college ero amica del professore di inglese e, un giorno, mentre giocavamo a tennis, mi disse che avrei dovuto frequentare il suo corso, e così feci. All'inizio prendevo tutti A e B, ma, alla fine del corso, mi diede una D. Non capisco, nell'ultimo compito mi diede una D, mentre un'amica a cui l'avevo fatto copiare prese una A, e l'insegnante disse che era il miglior compito che avesse mai letto. Allora, è stata un'esperienza terribile o no?

Passiamo al rapporto

23. I: Sembra proprio di sì. Deve essersi sentita proprio male. La sua amica prende una A e un elogio per il miglior compito, mentre lei per la stessa cosa prende una D. Posso capire la sua rabbia e la sua delusione.
P: Sì, e lasci che le dica un'altra cosa. Una volta avevo un'amica e le avevo confidato che mi piaceva un ragazzo; in men che non si dica, lei ci va a letto.
24. I: Le ha confidato un segreto e lei ne ha approfittato. Questo deve averla distrutta.
P: Mi deve credere: non parlerò mai più con quella puttana. Ho chiuso per sempre con lei.

Indaghiamo lo stato mentale

25. I: Crede che ci sia qualche ragione dietro tutte queste rotture?
P: Tipo?
26. I: C'è forse qualcuno che ce l'ha con lei?
P: Che cosa intende?
27. I: Qualcuno a cui lei non sta simpatica, e che complotta alle sue spalle.
P: Può darsi, ma per me è solo una questione di fortuna.

Torniamo alla diagnosi

28. I: C'è qualche altra brutta esperienza di cui vorrebbe parlarci?
P: Sì. Una volta lavoravo per la polizia, nel Dipartimento per la difesa degli animali, e successe che, siccome l'ufficiale ~~mi odia~~ mi odia, mi disse di andare in una casa e portare via dei cani. Io ci andai e li portai via. Più tardi lui mi chiamò e disse: "May, perché l'hai fatto? Sei andata nel cortile di un signore e gli hai portato via i cani?". Ma questo è esattamente quello che mi aveva detto di fare, e glielo dissi, ma lui mi rispose: "Vai al diavolo, sei licenziata!".
29. I: C'è qualcos'altro che vorrebbe raccontarmi?
P: Potrei stare qui 20 anni a raccontarle delle mie brutte esperienze, perché mi succedono continuamente. La mia macchina si è appena rotta e io non ho soldi. I miei genitori mi odiano e le mie sorelle ce l'hanno sempre con me. Mi sento così giù. Non mi va più bene niente.
30. I: Signora M., ha dovuto sopportare tante brutte situazioni? Mi chiedo se hanno mai avuto delle ripercussioni sul suo appetito.
P: Sì, un po' di tempo fa ci sono state settimane in cui non volevo mangiare niente.
31. I: Ha perso peso?
P: Credo di sì, perché i jeans mi stavano larghi.
32. I: E come dormiva?
P: Non dormivo. Neanche lei dormirebbe se avesse così tante cose per la testa.
33. I: Allora si sentiva davvero male. Aveva qualche amico con cui parlarne?
P: No, merda. Non volevo parlarne con nessuno.
34. I: Aveva un fidanzato, in quel periodo?
P: Mi sta prendendo in giro? Non avevo nessun interesse per i ragazzi o per il sesso.
35. I: Adesso come vanno il sonno e l'appetito?
P: Molto meglio da quando prendo quelle pillole per la depressione. Ora mangio e dormo addirittura troppo. Ma gli altri continuano a non interessarmi.

Passiamo all'esame di stato mentale

36. I: (pausa) Le piacerebbe rispondere ad alcune domande che ci possono aiutare a valutare il suo pensiero?
P: (indignata) Dottor O., non sono qui per il mio pensiero. Sono qui per avere il suo aiuto. Perché cerca di svalutarci, come tutti gli altri?

perché fino ad ora questo caso non sembrava migliorare. Lo stato mentale di May e la natura dei suoi problemi scolastici e psicosociali rivela un deficit nel pensiero, nella risoluzione di problemi pratici e nella capacità di giudizio.

8) PIGRIZIA NELLA NARCOLESSIA

Alcuni disturbi psichiatrici sono piuttosto rari. I disturbi del sonno, come la narcolessia, appartengono a questo gruppo. La prevalenza della narcolessia nella popolazione generale viene stimata intorno allo 0,02-0,16% (DSM-IV-TR), ma viene diagnosticata molto più raramente. Come gli specialisti, anche i pazienti mancano, generalmente, di consapevolezza e comprensione rispetto al problema. Da ciò deriva che, talvolta, la presentazione del problema da parte dello stesso paziente è fuorviante, circostanziale, e confonde l'intervistatore, soprattutto se questi non ha sufficiente esperienza della moltitudine di forme che i disturbi del sonno possono assumere. In questo caso il paziente e lo specialista rimangono bloccati, perché nessuno dei due sa di che cosa stanno parlando.

Di fronte a un disturbo del sonno, come la narcolessia, è importante che l'intervistatore conosca sia i criteri dei disturbi psichiatrici sia le loro diverse manifestazioni cliniche (DSM-IV-TR); la forma clinica che assume non può essere appresa soltanto con l'esperienza diretta. Ripartiamo il caso del signor Cassius W.

Il signor Cassius W., un afro-americano di 25 anni, si presenta al Pronto Soccorso, accompagnato dalla moglie (M), dal padre (PD), dalla madre (MD) e dal figlio di 5 anni (F).

1. I: Buongiorno. Sono il dottor B. (guardando l'intera famiglia e il foglio di ammissione). Chi di voi è Cassius W.? (guardando l'uomo più anziano)

M: È lui. (indicando il giovane in tuta blu)

2. I: Buongiorno signor W., le dispiacerebbe seguirmi?

P: Mi chiami pure Cass. (continuando a rimanere seduto)

3. I: Le farebbe piacere che qualcuno della sua famiglia l'accompagnasse nella sala visite?

M: Sarebbe meglio che venissimo tutti. Potrebbe non divi esattamente che cosa sta succedendo. (seguono tutti l'intervistatore nella sala visite e si siedono)

4. I: Bene, signor W.

P: (con aria annoiata) Sono Cass, ok?

5. I: Cass, che cosa succede? Che cosa vi ha fatto venire tutti qui stasera?

P: (scuotendo le spalle) Non lo so. Credo di avere avuto qualcosa che non andava.

M: (eccitata) Qualcosa che non andava. Santo cielo! Ha preso la pistola! Questi uomo si voleva sparare!

F: (si alza e corre in mezzo alla stanza) Papà ha una pistola grandissima. Bang! Bang! Bang!

MD: Su, vieni qui, Rodney. Siediti qui con me. Scusi, dottore.

F: Ha una pistola grandissima, grandissima.

MD: (alzandosi in piedi e afferrando il bambino per una mano, trascinandolo dietro di sé) Zitto, Rod!

6. I: Bene Cass, sembra che lei abbia fatto qualcosa di sconvolgente.

P: Adesso non lo farei più. Quando ho impugnato la pistola, Lakeisha mi ha detto che mi amava. Mi ha detto che per adesso starà con me.

7. I: Voleva lasciarla?

P: (ignorando la domanda) E poi è arrivato papà e mi ha detto che mi vuole bene e non mi dirà mai più una cosa così in tutta la sua vita. (comincia a piangere)

PD: E vero, sono stato duro con Cass. (rivolgendosi a Cass) Scusami, figlio mio. (al medico) Gli ho dato del filo da torcere. Non sapevo cosa fare con lui. Era troppo pigro. Kinda voleva svegliarlo in qualche modo, farlo reagire.

8. I: (al paziente) Allora ha avuto dei problemi con suo padre e Lakeisha voleva lasciarla? Che cosa stava succedendo?

P: Vede dottore, ho perso il mio nuovo lavoro; sono stato licenziato. E avevo appena lasciato il lavoro precedente. (indicando la madre) I miei genitori mi avevano dato i soldi per comprare un camion; così da poter fare le consegne per la ditta.

M: (intervenendo) Mi sono molto arrabbiata con lui. Non riesce a mantenere nessun posto di lavoro. Io lavoro per tutti e due. Oltre alla mia regolare occupazione, lavoro come infermiera, per una agenzia di assistenza. Non posso lavorare più di così. Se lui non si mette a lavorare non potremo restituire i soldi del camion.

P: Mi dispiace. (si prende la testa tra le mani, singhiozzando, cadendo improvvisamente in avanti)

M: Vede? Lo sta facendo di nuovo! Tutte le volte che sente qualcosa che non gli piace, cade giù.

9. I: Allora, che cosa sta succedendo?

P: (sedendosi) Mi dispiace; mi sento debole e non dovrei, non dovrei.

10. I: Debole? Sì, anche adesso. Ogni tanto ho questa sensazione. Ho solo bisogno di un po' di caffè.

11. I: Mi dica qualcosa di più di questi attacchi di debolezza. Si sente confuso?

P: No, non proprio. (indicando la sua famiglia) Forse hanno ragione loro a dire che sono solo pigro.

12. I: Soltanto pigro? Che cosa intende? Me lo può spiegare?

P: Be', oggi sono stato licenziato. Il mio capo mi ha sorpreso mentre dormivo. Ero nel camion. Ha detto: "Non posso lavorare con un fannullone come te, che fa aspettare i clienti per farsi un pisolino". E poi mi ha detto una brutta parola. E un vero razzista. E sono come impazzito. So che non dovevo farlo. E la mia fine.

13. I: Mi dispiace. Che cosa la rende così stanco?

P: Deve essere stato il pranzo. Oggi ho mangiato una confezione di pollo da nove pezzi.

14. I: Le è mai successo, prima d'ora, di addormentarsi così?

P: Sì. Sono già stato licenziato. Questa volta, quando l'ho detto a mia moglie, era fuori di sé. Ha detto che mi avrebbe lasciato. E quando l'ho sentito, ho deciso di farla finita.

M: Non è soltanto questo. Lui gridava. Lo fa sempre. Gli è anche costato la carriera nell'esercito.

15. I: (a Cass) La carriera nell'esercito? Che cos'è successo?

P: Il tenente mi faceva impazzire. Mi dava i calci e mi chiamava fannullone. Allora ho preso quel figlio di... be', non dovrei dirlo, ma anche lui mi ha detto delle cose molto brutte. Ed è nero anche lui.

16. I: Allora, che cos'è successo?

P: Eravamo in missione nel deserto e gli iracheni avrebbero potuto arrivare e farci prigionieri tutti quanti.

17. I: E lei si è addormentato mentre era di guardia?

P: Sì. Mi succede così, ma quella era solo la seconda volta che capitava.

M: Io gli dico sempre di non mangiare così tanto. Anche quando andava a scuola dormiva sempre per colpa di tutto quel cibo. Già allora pesava quasi 100 chili, e non è poi così alto.

18. I: Insomma, ha sempre questa sonnolenza...

P: (mettendosi a sedere diritto) Adesso dimagrirò, andrò in palestra e berro più caffè. Ne voglio uscire.

Relazione. Al Pronto Soccorso capita spesso di avere a che fare con tutti i membri della famiglia di un paziente, convinti che lui non sia in grado di gestire da solo la situazione. In queste occasioni, l'intervistatore deve decidere se fare partecipare al colloquio solo il paziente o l'intera famiglia. Se il paziente è stressato, i familiari potrebbero dargli sicurezza e stabilità durante l'intervista, renderlo più trattabile e contribuire alla raccolta di informazioni. L'aspetto negativo è che la famiglia potrebbe distrarre dall'obiettivo, imbarazzare il paziente, impedire all'intervistatore di seguire una certa linea di domande, presentare i loro problemi all'intervistatore e fornire le loro interpretazioni dei problemi del paziente. Se cominciano a dominare i fattori negativi, l'intervistatore può decidere di escludere gli altri membri della famiglia dal colloquio.

Tecnica. Nel nostro caso, i familiari forniscono informazioni utili circa la lunga storia di sonno e pigrizia del paziente, pur offrendo una personale interpretazione dei suoi problemi (risposte 7 e 17). L'apporto della famiglia si rivela utile e l'intervistatore riesce a isolare il problema principale: sono e accessi di debolezza.

Stato mentale. Il paziente dimostra di avere una memoria recente adeguata, poiché la storia che riferisce è in accordo con le osservazioni dei suoi familiari. Sembra mostrare, inoltre, una certa labilità psichica, in quanto ammette di perdere il controllo, con conseguenze molto gravi. Durante l'intervista, il paziente ha un accesso di debolezza.

Diagnosi.

1. Epilessia. L'accesso di debolezza potrebbe essere una convulsione tipo assenza.

2. Sincope. Il paziente potrebbe andare incontro a episodi di ipotensione.
3. Disturbo di personalità antisociale. Il paziente potrebbe non essere motivato e in mala fede, come sembra credere la moglie.

4. Disturbo depressivo maggiore con ipersonnia, che potrebbe determinare non solo sonnolenza, ma anche irritabilità.

5. Disturbo da episodica perdita del controllo degli impulsi, per gli accessi di rabbia.

6. Uso di sostanze. Il paziente potrebbe assumere dei tranquillanti e sviluppare sonnolenza. Oppure potrebbe abusare di cocaina o di altri eccitanti ed essere esausto.

7. Narcolessia, perché il paziente presenta accessi di sonno e di debolezza, che potrebbero essere attacchi di cataplessi.

Diagnosi psichiatrica

19. I: Ditemmi qualcosa di questa sonnolenza.

P: Be', mi hanno congelato, ma me ne sono andato in modo onorevole.

20. I: È stato visto da un medico o da uno psichiatra, prima di congelarsi?

P: Sì. Mi ha detto che non aveva nessuna intenzione di aiutare persone che si fingono malate, per non fare il loro dovere, e che è troppo pericoloso avere intorno degli irresponsabili. E ha anche scritto qualcosa sul fatto che sono antisociale.

21. I: Mi dica qualcosa di più su quegli attacchi di sonno. C'è qualcosa che li provoca?

P: No, solo la mia pigrizia. Non posso guardare la televisione. Mi capitava di avere veramente sonno, persino quando dovevo guidare la jeep in quel deserto bollente.

M: Non vuole nemmeno guidare! Dice che gli dà sonnolenza. Allora all'inizio io non ero d'accordo quando ha deciso di fare quelle consegne con il camion.

P: Guadagnavo bene! Se riesco a farmi un sonnellino, sto bene per le tre ore successive.

22. I: Da quanto tempo ha questo problema?

P: Credo che mamma abbia ragione. Ce l'avevo già quando andavo a scuola, alle superiori; mi addormentavo in classe.

23. I: Da allora, ha notato un peggioramento?

P: Non so.

24. I: Succede qualcosa di particolare quando si addormenta?

P: (sobbalzando, si inumidisce le labbra, appare ansioso) Tipo?

25. I: Vede o sente delle cose?

P: (molto spaventato) Che cosa intende? Non sono mica pazzo. Prima sono digiuno, adesso anche pazzo! Ma dottore!

26. I: Non si preoccupi Cass. Non credo affatto che lei sia pazzo. Ma in alcune persone, questi accessi di sonno sono preceduti da una sorta di sogni.

27. I: Perché è così preoccupato, Cass?

P: Perché questo è quello che disse lo psichiatra, quando eravamo nel deserto.

Mi disse che, prima di tutto dovevo raccontargli tutto quello che mi passava per la testa, e io gli dissi che dovevo dei cammelli con le ali. Poi mi disse che dovevo darci un taglio. Non mi avrebbe dato un congedo per problemi di schizofrenia, se era questo che stavo cercando. Disse che si sarebbero liberati di me con un congedo generico.

28. I: Che cosa vuol dire?
P: Mi congedarono con onore, ma mi diedero l'articolo 15. E, quando chiesi di entrare in polizia, non mi presero.

29. I: Ha ancora quelle visioni, prima di addormentarsi?

P: A volte.

30. I: Anche prima dei sonnellini pomeridiani?

P: Qualche volta.

31. I: Anche quando si sveglia?

P: Faccio dei brutti sogni, che continuano anche quando mi sveglio.

32. I: Ci sono altre situazioni in cui vede delle cose?

P: Intende quando non mi sto addormentando, né svegliando?

33. I: Sì.

P: No, mai. Soltanto quando mi addormento o quando mi risveglio da un sogno.

34. I: Come si sente fisicamente quando ha quegli incubi?

P: Be', proprio l'altra sera ho letto di quel doberman che ha ucciso il bambino di 2 anni. Poi ho sognato che mi stava inseguendo. Quando mi sono svegliato non riuscivo a muovermi. Ero terrorizzato.

35. I: È successo altre volte?

P: Che cosa intende? A volte mi sento debole, quando mi sveglio.

36. I: Prima, stava cadendo, mentre era seduto qui.

P: A volte quando rido forte o faccio il matto, sento una specie di debolezza.

Abuso di sostanze

37. I: Prende qualcosa?

P: Mio padre è un battista del Sud. A volte predica persino. Io non prendo mai farmaci.

38. I: E cosa mi dice dell'alcol?

P: Se bevo anche una sola birra, mi sento immediatamente stanco.

39. I: Ha mai preso eccitanti o ansiolitici?

P: Non ho bisogno di ansiolitici. Dormo benissimo senza. Una volta, durante la missione "Desert Storm", ho provato della cocaina. Ma mi sono spaventato. Non potevo nemmeno fumare la marijuana, perché anche quella mi dà sonnolenza.

MD: Beve un'enorme quantità di caffè. Ma riesce a dormire comunque.

40. I: E che cosa mi dice degli eccitanti?

P: Dopo la coca mi sono spaventato e non ne ho più presi.

41. I: Ha mai sniffato qualcosa? Come colla o benzina? Qualcosa del genere?

P: Assolutamente no.

Anamnesi familiare

42. I: Qualcun altro della sua famiglia ha mai avuto attacchi di sonnolenza o accessi di debolezza?

PD: (intervienendo) Nessuno nella mia famiglia! Anch'io sono stato nell'esercito. Non avrei mai osato addormentarmi. Dormire sul lavoro? Ah, mi caccerebbero dopo un secondo, alle poste.

43. I: (al padre del paziente) E quelle visioni? Ne ha mai avute?

PD: Oh, io sogno. Ma non ho accessi di debolezza.

MD: Ha solo quel tic, che mi fa impazzire. È come se la mandibola cadesse verso il basso e sembra veramente stupido.

PD: Oh, stai zitta. Non lo faccio mica apposta. È un tic nervoso.

44. I: (al padre del paziente) Le cade la mandibola?

PD: Non è strano? Se entro in un argomento che mi sta particolarmente a cuore, la mia mandibola cade giù. Sembro quasi ubriaco.

45. I: Bene, suo figlio ha lo stesso problema, solo molto più grave. Entrambi avete una malattia che si chiama narcolessia. (al padre) Cass è più grave di lei. (a Cass) La buona notizia è che si può curare. Penso che non perderà più il lavoro a causa degli attacchi di sonno.

Relazione. La relazione non è un problema, se non per il fatto che il paziente non comprende i suoi sintomi e vuole nascondersi agli altri perché gli suscitano imbarazzo. L'esperienza e la familiarità dell'intervistatore, con questo tipo di disturbi, aiutano il signor W. a superare il suo imbarazzo e a confidargli i suoi problemi.

Tecnica. La tecnica di cui si avvale l'intervistatore è diretta e finalizzata alla valutazione della tetrade classica della narcolessia: attacchi di sonno, allucinazioni ipnogogiche e ipnopompiche, paralisi da sonno e accessi catlettici. Questi segni caratterizzano una normale fase onirica REM, durante la quale tutti gli individui sperimentano paralisi e hanno delle immagini visive. Una volta che avete capito la fisiologia del sonno e del sogno, e il meccanismo per cui quest'ultimo può essere forzatamente attivato, in modo parziale o totale, anche durante lo stato di veglia, siete in grado di fare diagnosi.

Stato mentale. Lo stato mentale del signor W. è caratterizzato da labilità emotiva e, apparentemente, anche instabilità dell'umore. Ha un attacco catalettico durante il colloquio. È in grado di descrivere i suoi sintomi, ma non ne comprende la natura.

Diagnosi differenziale (DSM-IV-TR)

1. **Narcolessia 347.** L'intervistatore stabilisce la presenza di questa sindrome. Il padre del paziente presenta sintomi di catalessia, la cui presenza supporta e conferma la diagnosi posta al figlio, dato che il 5-15% dei pazienti di primo grado degli individui con catalessia presenta narcolessia e il 25-50% presenta insonnia primaria.

A supporto della diagnosi, il terapeuta ha richiesto il test di valutazione della latenza in fasi diverse del sonno, che ha mostrato addormentamento

Interviste per disturbi specifici: disturbi di personalità

dopo 5 minuti (sonnolenza patologica) e movimenti oculari rapidi (REM) all'addormentamento in almeno due dei cinque intervalli monitorati. Inoltre, la tipizzazione del sistema di istocompatibilità umano (HLA) ha dimostrato la presenza dell'antigene HLA-DBQ1*0602 in quasi tutti gli individui con catalessia e narcolessia, rispetto a una prevalenza dello stesso antigene nella popolazione generale pari al 20-25%. La tipizzazione HLA dimostra la presenza dell'antigene citato nel 40% degli individui con narcolessia senza catalessia.

2) **Disturbo esplosivo intermittente 312.34.** Quando viene fatto oggetto di critica per il suo disturbo, il paziente manifesta irritazione ed esplosioni di aggressività. Non è segnalata in anamnesi la presenza di gravi azioni violente eterolesive né di gesti tesi alla distruzione di proprietà private.

3) **Disturbo depressivo maggiore.** La diagnosi è supportata dalle tendenze suicidarie del paziente.

4) **Disturbo antisociale di personalità 301.7.** Sarebbe bene indagare la presenza di tale disturbo. Il signor W. manifesta scoppi di rabbia nei confronti di figure che detengono l'autorità. È stato escluso l'abuso di sostanze, ma è possibile che il paziente lo nasconda perché non vuole che la famiglia lo sappia, in particolar modo il padre religioso e punitivo.

Oltre ai principali disturbi psichiatrici, anche i disturbi di personalità possono creare delle difficoltà nella valutazione iniziale. Nel capitolo successivo vedremo come intervistare i pazienti affetti da disturbi della personalità.

SOMMARIO
Il capitolo 10 illustra come instaurare una relazione, adattare le proprie tecniche di colloquio e modificare il proprio metodo di valutazione dello stato mentale, quando ci si trova a dover formulare una diagnosi di disturbo di personalità.

È peggio essere malati nell'anima che nel corpo, perché i malati nel corpo soffrono e basta, i malati nell'anima oltre a soffrire edificano il loro male.

Plutarco

I disturbi di personalità destano vivo interesse in psicologi, operatori sociali e psichiatri, anche se a tutt'oggi è difficile trovare un punto d'accordo sia su quali siano i disturbi di personalità codificati in modo valido e universalmente riconosciuti, sia sul modo di valutarli.

Per quanto riguarda l'assessment dei disturbi di personalità, clinici e ricercatori oscillano tra un approccio dimensionale, come quello per esempio di cui si avvale il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), e un approccio categoriale, come quello teorizzato dal DSM-IV-TR. Questo non prevede l'esistenza di tipi di personalità mutualmente escludentisi, ma ne accetta la possibile copresenza, permettendo dunque di utilizzare i criteri trasversalmente a più disturbi e di fare eventuale diagnosi di disturbo di personalità non altrimenti specificato (NAS).

La tabella 10.1 riassume i 10 disturbi di personalità, come presentati dal DSM-IV-TR, con un elenco di 30 criteri che caratterizzano i disturbi. Per i primi 8 criteri si utilizzano anche i loro contrari (riportati tra parentesi). Il segno *più* (+) e il segno *meno* (-) indicano la presenza di un determinato criterio (+) o, rispettivamente, la presenza del suo opposto (-), in un dato disturbo di personalità. Uno spazio bianco indica che, in circostanze normali, quel criterio non deve essere necessariamente presente.

I primi 8 criteri sono caratteristici di più disturbi di personalità, anche