

L'esame delle condizioni mentali (ECM) nell'assessment iniziale: uno strumento indispensabile nella pratica clinica

Introduzione

L'ECM è uno "strumento" (o meglio una fase del processo diagnostico) di imprescindibile importanza nella valutazione dell'*assessment* psicologico o nello *screening* psichiatrico iniziale. Entra in tutto e per tutto a far parte dell'esame obiettivo del paziente. Tuttavia, a monte di questa utilità palese, in molti casi viene sottovalutato dallo stesso psicologo perché reputato troppo medico. In realtà, dovrebbe rappresentare il punto di partenza sul quale costruire un'idea, seppur vaga, del paziente che si ha di fronte. Se eseguito con attenzione, l'ECM è capace di fornire una quantità incredibile di informazioni utili per fare una diagnosi oppure, nel caso la diagnosi sia stata già fatta da un collega o da altro personale medico, a confermarla o a alimentare dubbi legittimi e possibilità terapeutiche. In effetti, sulla base di un buon ECM si può avere più chiara la potenzialità del paziente, al fine di prescrivere degli obiettivi da perseguire in sede psicoterapeutica sufficientemente concreti da essere, auspicabilmente, raggiungibili.

La prassi di esecuzione di un ECM dignitoso deve, come per ogni altra applicazione strumentale, seguire una procedura più o meno rigida, che garantisca una certa standardizzabilità del protocollo, anche alla luce della stesura dello stesso risultato su cartella clinica leggibile dal personale *d'équipe*. Alcuni aspetti dell'ECM possono essere valutati con scale strutturate, altri devono pervenire dalla semplice osservazione del comportamento del paziente.

Come ogni intervista, dal momento che di questo si tratta, l'ECM deve essere condotta in un *setting* privato e protetto, dove il paziente, che, mai come nel caso di un colloquio psicologico, si trova a dover, in certi casi, combattere con tabù di vario genere, possa sentirsi a proprio agio, rilassato (per quanto possibile), e non giudicato. Le domande devono essere poste con grande naturalezza e con un certo grado di "*savoir faire*". L'esaminatore (termine brutto ma effettivamente appropriato in questo caso) deve essere delicato nell'indagare aspetti nevralgici del funzionamento del paziente, per ottenere una doppia fonte di informazioni riguardanti i dati relativi alla fenomenologia del disturbo e quelli relativi al come appare il paziente in seduta. Il tutto deve essere coadiuvato da una sostanziale perfetta conoscenza da parte del clinico delle difese attuabili dal paziente e dei ruoli che si assegnano, in forma inconsapevole, in ogni seduta (cfr. Canestrari, 1995). Queste fonti d'informazioni si devono integrare perfettamente per avere un buon ECM, pesato in relazione alla fenomenologia. Alcuni aspetti dell'ECM, come poi vedremo, appaiono palesi agli occhi, per altri si

dovrà procedere con relativa richiesta al paziente, facendo attenzione alla tipologia del caso presentato. E' risaputa, infatti, la particolare sensibilità a certi argomenti e certe richieste di alcuni tipi di pazienti, nei confronti dei quali sarà necessario approcciare in maniera differente. In questo senso esempi palesi provengono dai pazienti con sospetti tratti di personalità paranoidei, o da quelli istrionici e dagli psicotici (cfr. APA, 2001, Gabbard, 2004). Con tutta probabilità chiedere ad un paziente schizofrenico se abbia mai avuto allucinazioni o abbia sentito voci, difficilmente, porterà, almeno nelle prime battute, ad una risposta affermativa. Sta al clinico, psicologo o psichiatra che sia, avere il tatto e la cura di far uscire i vissuti dalla bocca del destinatario, o la sensibilità di comprenderli dal semplice esame dell'aspetto fisico.

Caratteristiche

Un'analisi delle caratteristiche pragmatiche dell'ECM, con richiami volti all'indicazione delle domande che il clinico dovrebbe porre al paziente o a sé stesso in sede di valutazione renderà il discorso più chiaro. Lo schema generale è tratto dal manuale dei Sadock "Psichiatria clinica" (cfr. Sadock B.J., Sadock V.A., 2004).

Descrizione generale: rappresenta la raccolta delle informazioni di prima linea atte alla stesura di un ECM completo .

- **Aspetto fisico.** Come il paziente si propone agli occhi del clinico? Quali sono le sue condizioni igieniche personali e quanta cura ha nel vestirsi?. Sono, questi, importanti indicatori di Eutimia, carenti negli stati ascrivibili ad una brusca caduta del tono dell'umore sul polo depressivo.
- **comportamento e attività psicomotoria.** Vi è eccentricità nel comportamento? Vi sono o vi sono stati episodi di eccitamento maniacale?. Come appare il paziente dal punto di vista psicomotorio? Ha particolari Tic, vi sono segni obiettivi di lesioni organiche cerebrali (atassia, distonia, discinesia...)?
- **Comportamento verso l'operatore.** Come si pone il paziente di fronte a me che lo sto valutando? Collabora o è remissivo, si oppone in parte o del tutto al lavoro?. La tendenza a collaborare è in generale un fattore prognosticamente favorevole dal momento che rappresenta un buon indicatore di Insight del paziente nei confronti del proprio stato. Occorre, tuttavia, non generalizzare troppo, dal momento che in alcuni casi l'eccessiva collaborazione, non è uno strumento a favore della relazione sincera tra paziente e operatore. Si pensi in questo caso ai soggetti istrionici o borderline (cfr. Gabbard, 2004).

Umore e affettività: sono componenti chiave nella valutazione iniziale, per mezzo delle quali, l'operatore, può avere informazioni più dettagliate sulle relazioni che il paziente intrattiene con l'ambiente esterno.

- **Umore.** Su che polo si può situare il tono dell'umore? E' un aspetto che, una volta integrato con i dati dell'obiettivo fisico, offre spunti preziosi per una diagnosi o ipotesi diagnostica.
- **Affettività.** Quali sono le reti di relazioni affettive che il paziente intrattiene con l'ambiente?. E' un punto importante per capire la natura delle relazioni e la presenza di una affettività normale.
- **Appropriatezza dell'affettività.** Il paziente presenta un'affettività appropriata?. E' un ottimo indicatore di quadro clinico benigno. L'affettività coartata o l'ottundimento emotivo-affettivo sono, generalmente, aspetti che fanno propendere verso una patologia di tipo psicotico, con prognosi, senza dubbio più sfavorevole. Il secondo aspetto si collega, spesso, ad un più scarso insight della situazione ed a una forza e strutturazione dell'lo deficitarie.

Linguaggio: valutando il linguaggio si ottengono informazioni su eventuali deficit cognitivi del paziente o su marker di tipo psicotico. Si valuta, in generale, la fluenza dell'eloquio, l'espressione, la ricchezza del vocabolario e la correttezza sul piano sintattico-semantiche delle frasi del paziente, nonché l'uso appropriato dei vocaboli stessi. Si valuta la presenza di indicatori tipici come balbuzie, ecolalia, schizofasia e deragliamenti. Come si esprime il paziente? E' fluente o tartaglia?

Disturbi della percezione: sono indicatori precisi di condizioni particolari di natura prognosticamente più sfavorevole. Sono presenti o ci sono state allucinazioni e illusioni? Ha di recente assunto farmaci o sostanze d'abuso e ha avuto allucinosi?. Nel caso si riscontri un'effettiva presenza di queste forme, il clinico, deve valutarne l'intensità, il tipo e la frequenza.

Contenuti del pensiero: con la valutazione dei contenuti del pensiero, il clinico, può farsi un'idea sull'esposizione ideativa del paziente. Vi sono attualmente contenuti deliranti? Vi sono stati deliri in passato? Vi sono inserzioni, tangenzialità o deragliamenti del treno ideativo?

Sensorio e capacità cognitive: valuta la presenza di indicatori utili alla comprensione iniziale di una possibile causa organica alla base del disturbo o alla possibilità che vi siano compromissioni o deficit a livello cognitivo.

- **Vigilanza e livello di coscienza.** Il livello di vigilanza appare palese agli occhi del clinico. Vi sono evidenti stati alterati di coscienza (sopore, sonnolenza...) ?

- **Orientamento e memoria.** I dati che provengono dall'orientamento spazio-temporale del paziente, se alterati, sono indicativi di condizioni di compromissione neurologica di diversa entità che l'operatore, psicologo o psichiatra, non può non considerare nella valutazione del funzionamento di base. Vi è deterioramento mnestico? Voi sono dimenticanze, confabulazioni evidenti, tilt?
- **Concentrazione e attenzione.** In genere è un aspetto che viene valutato in concomitanza con quello della memoria. Non sempre vi è la necessità di chiedere al paziente se vi siano nel quadro problemi mnestici o attentivi. Più spesso, è palese dall'osservazione diretta che qualche deficit di questo genere sia presente. Il deterioramento mnemonico-attentivo tende a crescere con l'età e per questo, l'operatore, deve aver ben chiaro dove finisca la normalità e dove inizi la patologia, per evitare di attribuire etichette fuorvianti ad un paziente sostanzialmente sano. Vi è capacità di dirigere l'attenzione su di uno stimolo? Vi è capacità di spostare l'attenzione da uno stimolo all'altro?
- **Capacità di leggere e scrivere.** Sono elementi che danno informazioni, sia sul livello culturale, che su quello psicomotorio. Deficit organici spesso conducono a disgrafia e dislessia secondaria.
- **Pensiero astratto.** La possibilità che il paziente sappia utilizzare una forma di pensiero metaforica o astratta lascia intendere una maggiore tendenza benigna del quadro clinico. Generalmente negli stati psicotici sostenuti da una certa gravità fenomenica il paziente perde la capacità metacognitiva e per questo palesa difficoltà più o meno sostenute nel ragionare per analogie, metafore e con costrutti non adeguatamente ancorati alla realtà tangibile. Il paziente è capace di ragionare in forma non concreta?
- **Patrimonio di informazioni e intelligenza.** Si tratta di aspetti che saggiavano il livello di conoscenza che il paziente ha dell'ambiente esterno. Si valuta, per sommi capi, la capacità intellettuale del paziente e la sua possibilità di problem solving. Anche in questo caso entrano in gioco le strategie metacongnitive.

Controllo degli impulsi: in questo senso si ottengono informazioni sulla forza dell'io del paziente e sulla possibilità di contenere gli insulti ambientali senza esplodere. Si saggia, sottoforma di racconto di vissuti, la capacità di trattenere gli impulsi aggressivi. Come reagisce alle situazioni frustranti?

Capacità di giudizio e insight: è un punto che si deduce in gran parte dalle informazioni pregresse. E' importante che il clinico si faccia un'idea sulla consapevolezza del disturbo da parte del paziente

per poter avviare un percorso terapeutico adeguato. Che consapevolezza ha, il paziente, del suo stato? E' preoccupato o sembra indifferente?

Attendibilità: quanto sono attendibili le informazioni date dal paziente?

Conclusioni

Detto ciò, alla luce di tutto, è comunque bene sottolineare che lo schema dato non è da leggersi in chiave assolutistica. Ogni operatore, in primo luogo per effetto della formazione personale e professionale e in secondo luogo per effetto delle situazioni mutevoli di colloquio possibili, è libero di adattare l'ECM a proprio piacimento, chiaramente, senza sconvolgere il senso di fondo per il quale lo stesso esame viene messo in pratica, ossia, quello di offrire il maggior numero possibile di informazioni utili per una diagnosi e per un progetto terapeutico basato su obiettivi raggiungibili, da integrare, ovviamente, con la restante fetta dell'esame obiettivo e con le diverse forme di anamnesi possibili. Saranno, poi, le successive sedute e il lavoro psicoterapeutico o di consulenza che l'operatore farà a confermare i dati tratti dall'analisi dell'ECM.

Riferimenti bibliografici essenziali

Sadock B.J., Sadock V.A. (2003), Trad.it *Psichiatria clinica:Kaplan & Sadock's pocket handbook*, CSE, Torino, 2003

Canestrari R. (1995), *Psicologia generale e dello sviluppo*, Clueb, Bologna

Gabbare G.O. (2004), trad.it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Crocina Ed., Milano

American Psychiatric Association (2001), Trad.it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione Text Revision (DSM-IV TR)*, Masson, Milano-Parigi-Bacellona

CAGLIARI, 30.10.2006

Dr. ANTONIO LUCHICCHI