



LABORATORIO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA MULTIDIMENSIONALE

PROF. MARIO FULCHERI
GIÀ ORDINARIO DI PSICOLOGIA CLINICA
PRESIDENTE EMERITO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA
CLINICA E DELLA SALUTE
UNIVERSITÀ "G. d'ANNUNZIO" DI CHIETI-PESCARA

L'ESAME PSICOLOGICO-CLINICO

Esame psichico diretto

Esame dello stato mentale del soggetto, ovvero la **valutazione clinica preliminare/iniziale** che riflette le **osservazioni e le impressioni dell'esaminatore in relazione alle funzioni mentali complessive e ai risvolti psicologici e psicopatologici** al momento del colloquio.

L'esame psichico diretto riguarda fundamentalmente le seguenti aree riportate in Tabella:

Atteggiamento
Aspetto generale e Psicomotricità
Eloquio e linguaggio
Stato di coscienza, così come Attenzione e concentrazione
Memoria e Percezione
Pensiero, umore e affettività
Impulsi
Critica e coscienza di malattia

Atteggiamento

Nel corso del colloquio, il clinico deve innanzitutto esaminare l'atteggiamento generale del paziente nei confronti della situazione, la sua disponibilità al colloquio e la disposizione verso l'esaminatore.

Il paziente può mostrarsi disponibile, sintonico e adeguato, collaborativo, così come, in altri casi, apparire diffidente e irrispettoso di ogni regola formale, manifestare aggressività e ostilità verso il clinico.

Altre volte ancora, il paziente può apparire ostile durante una particolare fase del colloquio.

Ogni dato clinicamente rilevante va, in questo senso, attentamente osservata ed, eventualmente, ulteriormente approfondita.

Aspetto generale

L'aspetto esteriore fornisce indicazioni diagnostiche di primaria importanza.

Facciamo riferimento alla cura di sé e all'abbigliamento. Si deve osservare se il paziente si presenta pulito, curato o al contrario in scarse condizioni igieniche, trascurato.

La trascuratezza, per esempio, così come la scarsa igiene personale, possono essere indicative della presenza di un disturbo depressivo, di un disturbo psicotico, di un decadimento intellettivo o di una disagiata condizione sociale.

Bisogna prestare attenzione all'abbigliamento del paziente, se di tipo stravagante, bizzarro, di frequente riscontro in presenza di schizofrenia, elevazioni patologiche del tono dell'umore, come nella mania.

Psicomotricità

La psicomotricità consiste nell'espressione, a livello motorio, della vita di relazione e del mondo affettivo-pulsionale dell'individuo.

Questo ambito comprende l'esame psichico della: **mimica, gestualità e motilità.**

Mimica: *espressione non verbale determinata dai movimenti del volto.*

Consente di ottenere informazioni sullo stato d'animo del paziente.

Risulta difficilmente dissimulabile.

Fornisce indicazioni sulle **capacità attentive** del paziente.

L'espressione dell'ansia è facilmente riconoscibile attraverso la mimica: **il paziente ansioso si guarda intorno con circospezione, compie con lo sguardo una panoramica completa dell'ambiente circostante, osserva attentamente l'interlocutore.**

Psicomotricità

Mimica: il paziente depresso presenta una mimica bloccata caratterizzata da fissità dello sguardo, tipica espressione di tristezza.

Gestualità: espressione non verbale mediante il corpo. *Eventuale approfondimento oppure pagina 93, capitolo 10 mio libro.*

Motilità: attività motoria volontaria che può presentarsi come normale, ridotta (apatia, demoralizzazione, depressione) o accentuata (stati maniacali, etc.).

Ulteriori alterazioni qualitative della motilità

Discinesie: movimenti oro-buccali continui di tipo masticatorio. Comportamento non controllato che può accentuarsi con l'ansia e/o manifestarsi a seguito dell'assunzione di psicofarmaci.

Distonie: movimenti dolorosi non continuativi e non volontari che possono interessare interi segmenti del corpo.

Stereotipie: movimenti ripetitivi non finalizzati, accompagnati da perseverazione motoria.

Manierismi: gesti o movimenti bizzarri, tipici della schizofrenia (ad esempio, camminare saltellando).

Ulteriori alterazioni qualitative della motilità

Acatisia: sindrome delle gambe senza riposo. Il paziente non riesce a tenere ferme le gambe anche se non è agitato.

Avolizione: riduzione dell'iniziativa psicomotoria spontanea.

Stupor: il paziente si presenta immobile.

Catatonìa: tendenza a mantenere per lungo tempo posizione anche incongrue e caratterizzate da rigidità muscolare.

Catalessia: perdita della motilità volontaria, unitamente ad assunzione di posizione incongrue (**flessibilità cerea**).

Eloquio e linguaggio

L'eloquio del paziente può risultare:

- Spontaneo e fluido
- Assente
- Solo in risposta a domande
- Rallentato
- Bloccato, quando da parte del paziente è presente un rifiuto ostinato a rispondere alle domande
- Accelerato

Eloquio e linguaggio

L'assenza di eloquio spontaneo o la presenza di un eloquio rallentato, monotono o con latenza prolungata di risposta è tipico di un disturbo depressivo.

Un paziente in fase maniacale presenterà un eloquio rapido, fluido e inarrestabile (logorrea).

Nello psicotico, l'eloquio è frammentato, così come caratterizzato da **alogia**:

sintomo negativo specifico della schizofrenia. *Il paziente presenta un eloquio ridotto ai minimi termini.*

Eloquio e linguaggio

La valutazione del linguaggio è importante anche per **escludere la presenza di specifiche lesioni cerebrali.**

È importante anche considerare se il **linguaggio del paziente è adeguato a livello socio-culturale.**

Un linguaggio povero e inadeguato **rispetto al grado di istruzione del paziente potrebbe essere infatti indice di una sindrome demenziale.**

Stato di coscienza

Nel corso dell'esame psichico, bisogna rilevare se il paziente è lucido o confuso, gli si pongono delle domande al fine di valutare

l'orientamento temporale (si chiede al paziente in che anno siamo, in che mese, che giorno della settimana),

spaziale (chiedendogli dove si trova)

e quello **personale** (gli si può per esempio domandare quando è nato).

Un paziente si definisce lucido quando è orientato rispetto alle tre dimensioni di cui sopra.

Un paziente si definisce confuso quando non è orientato solo in una delle tre dimensioni.

Alterazioni quantitative dello stato di coscienza

Ampliamento dello stato di coscienza: sentimento soggettivo di percezioni più ricche, unitamente a maggiori capacità mnestiche e intellettuali. Tipiche di un episodio ipomaniacale o maniacale, così come dei disturbi psicotici.

Alterazioni ipnoidi della coscienza: riduzione globale delle attività della psiche. Il soggetto riesce ancora a differenziare la realtà dalla fantasia.

Tipologie di obnubilamento:

Torpore: generico intorpidimento delle attività psichiche.

Sopore: il soggetto può essere richiamato alla realtà solo con forti stimolazioni.

Ulteriori alterazioni quantitative dello stato di coscienza

Precoma:

il soggetto non può essere richiamato alla realtà, ma continua a rispondere con movimenti incoordinati agli stimoli dell'ambiente esterno.

Coma:

il soggetto non presenta reazione ad alcuno stimolo, si perde qualsiasi attività psichica, viene conservata solo la vita vegetativa.

Alterazioni qualitative dello stato di coscienza

Stato crepuscolare: restringimento del campo di coscienza, circoscritta a un numero limitato di contenuti psichici. Il paziente è inconsapevole della realtà che lo circonda. Si può osservare nei traumi cranici e nell'epilessia.

Stato oniroide: profondo livello di disorganizzazione della coscienza, unitamente a ricca produttività di tipo delirante.

Delirium o stato confuso-onirico: destrutturazione della coscienza, caratterizzata da disorientamento sia spazio-temporale sia personale, presenza di disturbi mnesici, compromissione delle funzioni percettive con allucinazioni per lo più visive, pensiero incoerente, frammentato, disarticolato, reazioni affettive incongrue e abnormi.

Alterazioni della coscienza dell'Io

Depersonalizzazione: perdita del sentimento di familiarità che l'individuo di norma ha verso se stesso e verso il mondo esterno.

Depersonalizzazione autopsichica: il soggetto si sente cambiato, impersonale e percepisce alcuni aspetti della sua vita psichica come cambiati.

Depersonalizzazione somatopsichica: sentimento di estraneità del proprio corpo o di parti di esso.

Depersonalizzazione allopsichica: definita anche derealizzazione; l'ambiente è percepito come estraneo, non più familiare.

Attenzione e concentrazione

Ipo-prosessia-disattenzione:

diminuzione delle capacità attentive legate ad abbassamento del livello di vigilanza. Si verifica in soggetti sani in caso di sonnolenza o affaticamento.

Aprosessia:

incapacità strutturale a mantenere l'attenzione o perché questa è concentrata su pochi temi come negli stati depressivi o perché sovrabbondante come negli stati maniacali o ancora per la presenza di idee fisse come negli stati fobico-ossessivi.

Iper-prosessia:

Aumento dell'attenzione che può presentarsi nelle intossicazioni da allucinogeni, nelle nevrosi fobico-ossessive, nelle psicosi deliranti, nell'ipomania e nella mania.

Memoria

Ipermnesia: aumento delle capacità mnesiche. Può presentarsi in alcuni pazienti oligofrenici, nell'ipomania, in caso di intossicazione da sostanze.

Ipomnesia: progressivo indebolimento delle capacità mnesiche.

Amnesia: deficit considerevole delle capacità mnesiche.

Amnesia lacunare: il deficit di memoria è circoscritto a specifici periodi di tempo.

Amnesia anterograda: il deficit di memoria riguarda gli eventi successivi all'avvenimento patologico (ad es. trauma) che l'ha provocata. Il soggetto perde la capacità di fissare nuovi ricordi.

Amnesia retrograda: il deficit di memoria riguarda periodi precedenti l'avvenimento patologico (ad es. trauma) che l'ha provocata. Il soggetto perde la capacità di rievocare alla coscienza i ricordi del lontano passato.

Percezione

Iperestesia: accentuazione dei caratteri sensoriali di una percezione (ad esempio, i suoni vengono percepiti come più intensi).

Ipoestesia: riduzione dei caratteri sensoriali di una percezione (i colori appaiono sbiaditi, i rumori attenuati).

Eritropsia: alterazione della percezione del colore degli oggetti, che appaiono tutti colorati di rosso.

Xantopsia: alterazione della percezione del colore degli oggetti, che appaiono tutti colorati di giallo.

Percezione

Micropsia:

Alterazione nella percezione della dimensione degli oggetti, che appaiono più piccoli.

Macropsia:

Alterazione nella percezione della dimensione degli oggetti, che appaiono più grandi.

Porropsia:

Alterazione nella percezione della collocazione spaziale degli oggetti, che improvvisamente appaiono più lontani.

Pensiero

Nell'esame psichico diretto è fondamentale considerare sia la forma del pensiero, vale a dire valutare se i nessi fra le idee sono congrui, logici e comprensibili, sia il contenuto del pensiero.

Accelerazione ideica: pensiero ricco di idee, labile, ossia incapace di fissarsi su specifici contenuti. In caso estremo, può degenerare in *fuga delle idee*: i contenuti ideativi si succedono con celerità e mutevolezza.

Rallentamento o inibizione del pensiero: i contenuti ideativi sono scarsi e poveri, l'associazione è lenta, l'elaborazione stentata.

Assonanza: le parole vengono utilizzate e messe insieme in base al loro suono.

Pensiero

Circostanzialità: il pensiero è ricco di inutili dettagli, a causa dell'incapacità del soggetto a tenere distinti gli elementi dello sfondo da quelli centrali.

Perseverazione: ripetizione stereotipata di parole o idee enunciate poco prima.

Concretismo: incapacità ad operare astrazioni o generalizzazioni.

Deragliamento: passaggio improvviso a pensieri privi di legame con i precedenti.

Pensiero

Tangenzialità: la risposta a una domanda appare solo parzialmente collegata al quesito che è stato appena posto al soggetto.

Fusione: due o più idee sono unite in maniera incomprensibile.

Iperinclusione: inserimento, nel corso di un pensiero logico, di idee o concetti non appropriati.

Blocco: si ha l'interruzione del pensiero.

Pensiero anancastico: il pensiero è pervaso da idee irrazionali, ripetitive e riconosciute come tali dal soggetto stesso che le percepisce come estranee e intrusive.

Umore e affettività

Nel corso dell'esame psichico diretto, il clinico deve valutare il tono dell'umore.

Umore depresso: abbassamento del tono dell'umore, unitamente a sentimenti di *tristezza, abbattimento, rammarico, pessimismo*.

Euforia: innalzamento del tono dell'umore.

Umore irritabile: condizione di abnorme risonanza affettiva caratterizzata da reazioni di *stizza, ira e aggressività*.

Labilità affettiva: estrema facilità alle variazioni dell'umore in seguito a stimoli di *scarsa entità*.

Ambivalenza affettiva: sentimenti di polarità opposta verso la stessa persona.

Critica e coscienza di malattia

Al termine dell'esame psichico si deve considerare se il paziente è consapevole delle eventuali alterazioni riscontrate.

La coscienza di malattia viene meno nelle psicosi.

La valutazione della coscienza di malattia è un valido aiuto nello stabilire la gravità dell'affezione psichica.

La Diagnosi come Conoscenza e non come Stigma (etichettamento sociale)

Il problema non è se la diagnosi è buona o cattiva (anti-diagnosticismo), ma se viene usata bene o male, come punto di vista tra gli altri e non unica definizione del paziente.

- La capacità di riconoscere e gestire adeguatamente gli aspetti psicologici che intercorrono nel rapporto con il proprio paziente è senza dubbio un elemento che qualifica la professionalità del clinico e al quale, negli ultimi anni, sono stati rivolti sempre maggior interesse e considerazione.
- Tra le varie competenze che si richiedono al clinico vi è dunque quella di saper ascoltare e comprendere la sofferenza del proprio paziente, che si aggiunge a quella di saper capire e spiegare le cause fisiche dei suoi disturbi.

- Sul piano della formazione e dell'addestramento comunicativo del futuro medico ci si chiede fino a che punto e in che modo sia possibile insegnare il **“saper essere” del rapporto medico-paziente**, al di là delle capacità tecniche necessarie per sostenere il colloquio clinico. Nelle facoltà mediche, tradizionalmente, si insegna a condurre l'anamnesi e a individuare le domande discriminanti per porre una diagnosi differenziale. Tuttavia questi aspetti, sebbene siano molto importanti, non costituiscono l'oggetto di un insegnamento finalizzato a sviluppare **le abilità di comunicazione, ovvero la capacità di instaurare un rapporto medico-paziente qualitativamente soddisfacente**; per raggiungere questo obiettivo il programma educativo dovrebbe porre l'accento sul **come parlare con i pazienti piuttosto che sul cosa dire loro.**

- Molti autori sottolineano come l'attitudine a rapportarsi correttamente con il proprio paziente sia un insieme complesso di capacità tecniche e di caratteristiche personali che evolve nel corso degli studi e della professione e che può essere oggetto di un intervento didattico e pedagogico.

- La formazione medica dovrebbe promuovere nello studente la consapevolezza che la sua futura attività professionale non si esaurisce nell'esercizio tecnico della diagnosi clinica, della prescrizione e dell'intervento terapeutico, ma si esprime compiutamente, e può risultare veramente efficace, solo se "il medico perviene a una comprensione di se stesso e si rende conto di come il suo modo di elaborare e gestire la relazione con il malato influisce sul comportamento professionale, sulle decisioni diagnostico-terapeutiche e sulle risposte del paziente e del suo ambiente, con le conseguenze che questo comporta sul decorso della malattia e l'esito del trattamento".

- Come riportato da Luban-Plozza (1995) “...è necessaria una formazione degli operatori ai fini della comprensione del disturbo e del trattamento medico, attraverso lo sviluppo di una comunicazione attenta ai vissuti psicologici della malattia riferiti sia al paziente (patient-centered) che al medico (doctor-centered)”.
- In questo contesto il “**metodo Balint**” è stato interpretato da Rabin e dai suoi collaboratori (Rabin, Maoz et al., 1999) come possibilità di libera espressione del controatteggiamento del medico e sembra aver contribuito al passaggio dal modello “disease-centered” a quello “patient-centered”.

- In tale contesto si evidenzia l'importanza rivestita dalla “narrazione”, intesa come pregnante modalità comunicativa, e dall'attenzione rivolta all'insight (introspezione), come elemento capace di favorire lo spostamento da un modello tipicamente biomedico a uno più narrativo. Nell'approccio improntato al modello “**patient-centered**”, si focalizza l'attenzione soprattutto su quattro principali dimensioni connesse all'esperienza di malattia: - i modelli “profani” di malattia cui il malato si riferisce, le sue idee e le sue interpretazioni rispetto alla propria patologia; - i suoi sentimenti, in particolare la paura di essere malato; - le conseguenze della malattia rispetto alla propria vita, in particolare le scelte di valori che ne derivano; - le aspettative e i desideri del malato.

“PERICOLI” VISSUTI DAI PAZIENTI

Shulman, secondo l'ottica adleriana, così elenca i principali pericoli percepiti dai pazienti nella relazione con il medico:

- 1) **Il pericolo di rivelarsi imperfetto e inadeguato**, di non essere cioè in grado di soddisfare le esigenze connesse alla situazione;
- 2) **Il pericolo di essere smascherato**: si teme l'emergere di una parte di sé nascosta e giudicata negativamente;
- 3) **Il pericolo di incorrere nella disapprovazione**: individui che hanno vissuto durante l'infanzia in ambienti ostili e autoritari, possono percepire con ansia il timore di incorrere nell'ostilità altrui e cercare perciò di ottenere un generale consenso attraverso la sottomissione e l'adulazione;
- 4) **Il pericolo di essere ridicolizzato** (l'irrisione come altamente umiliante);
- 5) **Il pericolo di essere strumentalizzato o di non ottenere l'aiuto necessario**, presente soprattutto in persone pessimiste e scoraggiate e che non hanno sviluppato una sufficiente fiducia negli altri;
- 6) **Il pericolo di sottostare all'ordine**, sentito soprattutto da individui con un forte bisogno di potere e per i quali la sicurezza consiste prevalentemente nello sconfiggere i programmi degli altri;
- 7) **Il pericolo di dover affrontare responsabilità**, caratteristico soprattutto di persone molto scoraggiate o viziate (Shulman, 1973).