

IL FILO DEL SÉ
CORSO DI COUNSELING YOGA MINDFULNESS 2018-2020
CASTELNUOVO DI PORTO - 7 NOVEMBRE 2020

DOTT. PAOLO NARDONE
menteserena@tiscali.it

IL PRIMO INCONTRO NON È SEMPRE AMORE

APPUNTI E RIFLESSIONI DI UNO PSICHIATRA SULL'APPROCCIO CON I NUOVI CLIENTI

La terapia rappresenta, per chi soffre, una occasione per scoprire e usare tutte le facce di quel diamante che egli stesso incarna, ma che la patologia riduce a una sola.

(Salvador Minuchin)

Introduzione: cosa “considerare” di un cliente?

In quale branca della medicina il medico annoterebbe sulla cartella clinica del paziente: "è arrivato in ritardo", oppure: "non è venuto e non ha avvisato"?

In ambito psicologico invece, dal momento in cui una persona si rivolge ad un terapeuta, tutti - ma proprio tutti! - i suoi comportamenti sono a tutti gli effetti considerati dei sintomi clinici. E questo anche quando un cliente giunge in ritardo ad un incontro, o non viene ad un appuntamento: così come la febbre o le bolle sulla pelle rappresentano un segno di rilievo per un medico di un'altra specialità, così per lo psicologo queste mancanze sono un sintomo clinico. Persino se l'assenza è dovuta ad una caduta per le scale di casa mentre il paziente si preparava a venire all'appuntamento...



Il primo incontro

In occasione del primo incontro col cliente, tenere presente che:

- nella maggior parte dei casi, la persona chiede le cure soltanto quando è arrivata a stare molto male, e quindi è necessariamente molto diversa dalla sua... "normalità". Spesso si presenta solo perché sollecitata da tempo da familiari o conoscenti. Non illudiamoci quindi di essere capaci di immaginare come fosse la persona nella sua precedente condizione di benessere.
- Il motivo per cui una persona che sta molto male chiede un intervento psicoterapico o 'alternativo', molto spesso non è legato alla fiducia nel metodo (del quale ha solo sentito parlare e si è fatta una sua idea di fantasia, ma di fatto ignora tutto!), ma alla paura di assumere farmaci (identificati come possibile perdita del con-

trollo di sé e della realtà contestuale).

- La persona spesso va al primo incontro "già sapendo" quello che vuole sentirsi dire dal guaritore, quasi a cercare una conferma di quello che ha elaborato da quando ha iniziato a soffrire. La persona non vuole che voi capiate come è davvero, ma che voi capiate ciò che lei vuole che voi capiate; di fatto, è come se la persona esibisse al guaritore solo il *trailer* del film che la riguarda: è una suggestione distorta che è ben altra cosa rispetto al film completo.
- Le parole hanno uno scarsissimo effetto sul prossimo. Sono uno strumento che nell'insieme ha un rilievo quasi formale. Del resto (vedi anche la dispensa: '*La comunicazione*' di Massimo Gusmano del 27 gennaio 2019), tutti gli studi sulla comunicazione concludono che la comunicazione verbale incide per non più del 20% della globalità della comunicazione.
- L'impressione globale che emana dalla persona che abbiamo di fronte per la prima volta, corrisponde ad una nostra percezione errata di un "tutt'uno". Spesso cadiamo in ingenuità come ad esempio quella di non ipotizzare che una persona molto colta possa essere schizofrenica. Non è così: l'intelligenza, la rielaborazione delle esperienze di vita fatte "sulla propria pelle", l'istinto, i valori assimilati in famiglia, coesistono nella mente di ogni persona. Costituiscono però "blocchi" del tutto separati di entità che possono anche essere incoerenti o in contrasto tra di loro. I contenuti di alcuni "blocchi" possono essere modificati, ma quelli di altri no: ad esempio l'"istinto" o la intelligenza...
- Ai tempi d'oggi, è lecito sospettare che possano esserci alcuni particolari comportamenti che non vengono riferiti al primo colloquio: dall'abitudine di "farsi una cannetta" la sera, fino al prendere sistematicamente antidolorifici (dodici supposte di *Optalidon* al giorno), o ansiolitici o sonniferi (cinque bottiglie di *Minias*, o molto più di cento compresse di *Xanax* al giorno); dall'uso - mentre si è in casa da soli - di (super)alcolici come l'amaretto di Saronno o all'abuso di caffè, fino al perdere cifre ingentissime rispetto al bilancio familiare non solo ai video-poker, ma anche al 'gratta e vinci' o al *Superenalotto*. Anche le relazioni extraconiugali o i costumi intimi coniugali o occasionali - se non sono il motivo centrale del disagio per il quale si richiede aiuto -, non sono tra i problemi che vengono sbandierati al primo incontro.
- Una persona francamente anoressica è facilmente individuabile anche se di solito il volto smagrisce meno del resto del corpo; una bulimica che si provoca il vomito dopo le abbuffate si riconosce dalle escoriazioni sulle nocche delle mani, ma risultano meno intuibili i comportamenti para-anoressici come il passare ore e ore in palestra per perdere peso in modo programmato, pesandosi ogni quarto d'ora, o come il pedalare in bici fino allo sfinimento, oppure l'abbuffarsi di diuretici e "tisane".

- Anche le persone serene, assolutamente "normali" possono tenere completamente nascosti fatti che le riguardano. Questo di solito è legato alla vergogna. La vergogna è un sentimento così forte che non solo induce disagio, ma porta il cliente a tacere per anni, persino al suo terapeuta, elementi inimmaginabili e insospettati. Quello che spesso sorprende, è la scarsa rilevanza etica o la banalità dei comportamenti che il cliente tiene celati: ciò che conta, come sempre avviene nella mente, è il valore simbolico, o è il tremendo valore negativo o il grande ridicolo che egli, spesso per un fatto culturale, attribuisce al tutto.
- Può risultare utile per il *counselor* indagare se il cliente è stato allattato al seno o in modo 'artificiale'; inoltre: è nato da un parto senza problemi (quello che i medici chiamano *eutocico*)? i genitori gli hanno raccontato che il parto è stato *complicato*, o cesareo? ha trascorso i primi giorni di vita nella incubatrice? è stato ricoverato in ospedale nei primi due anni di vita? Spesso questi elementi determinano un *imprinting* del quale non si può non tenere conto.



Cosa osservare e rilevare nel primo incontro

- Il modo di presentarsi (aspetto generale, mimica, gesti adeguati alla circostanza, concitazione, tic, parla spontaneamente o solo dopo le domande, tono della voce, velocità dell'eloquio e suoi contenuti, tendenza al turpiloquio;).
- Capacità di esporre le narrazioni con nessi logici validi, secondo un criterio sequenziale o cronologico.
- I comportamenti abituali nella vita quotidiana (impegni di lavoro e familiari, e impiego del tempo libero), anche in rapporto con i bisogni fisiologici (ritmo sonno-veglia, attività motoria, alimentazione scarsa o eccessiva).
- Il rapporto con gli altri (modalità di relazione, capacità di comunicazione).
- Il sé corporeo (cura del proprio corpo, della salute fisica, controllo della vita istintuale e sua soddisfazione).
- Il rapporto con la realtà (capacità di non confondersi con il mondo esterno, né di negarlo, capacità di progettare nel tempo, adeguamento o accettazione delle norme sociali).
- Il pensiero (capacità di simbolizzazione, capacità logiche, di pensare e progettare una cosa).
- Il tono affettivo (emozioni, sentimenti, umore), e l'ansia [che si distingue dalla paura per la mancanza di uno stimolo esterno che provochi la reazione: *l'ansia è paura interna del mondo esterno*].
- La risposta d'insieme all'incontro (fiduciosa, oppositiva, fredda).



Condizioni mediche che più facilmente inducono sintomi psichici

Occorre sapere che molte patologie fisiche possono dare sintomi psicopatologici, molto prima che vengano diagnosticate da un medico:

- Metabolismo tiroideo basso: depressione + rallentamento + astenia.
- Metabolismo tiroideo alto: ansia/eccitazione; insonnia; ipersessualità.
- Diabete negli uomini: debolezza degli arti inferiori e impotenza, e quindi depressione.
[Può accadere che una donna si disperdi pensando di non piacere più al coniuge, o di essere addirittura tradita, ma il problema vero è che il compagno ha un diabete non diagnosticato. L'impotenza può essere il primo sintomo del diabete; non è reversibile con la cura del diabete].
- Anemia, carenza di ferro: astenia e abulia, che nelle donne può arrivare fino alla depressione; le "gambe senza riposo" (*restless legs*).
- Stati infiammatori (valutare con PCR: proteina C reattiva): depressione.
- Epilessia: permalosità; tendenza alle iterazioni ideative e spesso ad un eloquio 'complesso', elaborato; fenomeni di *déjà vu* e di *déjà vécu* [improvvisa sensazione di aver già visto o già vissuto una situazione nuova]
- Idrocefalo normoteso: depressione, astenia degli arti inferiori, deficit cognitivi.
- Ipoparatiroidismo (ad esempio dopo interventi invasivi sulla tiroide): la ipocalcemia presente in questa condizione induce crisi di ansia improvvisa e tremori.
- Sclerosi multipla: possibile la presenza di ciclotimia (disturbi alternati dell'umore).



Il cliente depresso

Un elemento da tenere sempre in considerazione quando si valuta una persona, è il suo tono dell'umore, anche se il cliente non ne fa cenno (fra poco spiegherò perché tengo a dare questo suggerimento).

Ho già detto anche che occorre tenere presente che la depressione è un paio di occhiali con le lenti colorate "di grigio scuro" che la persona ha sempre davanti agli occhi: in qualsiasi direzione volga lo sguardo, il depresso vede tutto dipinto con una tonalità grigio scuro: gli affetti, la salute, i suoi affari, i figli in tenera età, l'opinione che ha delle sue stesse capacità, ciò che ha fatto nel passato. Uno dei problemi è che egli non ha alcuna coscienza di ciò: semplicemente, vede le cose *così*, grigie, e gli sembra che la realtà sia effettivamente così; non immagina neppure il colore 'trasparente' della normalità.

Può sembrare incredibile, ma tra i soggetti con depressione, solo una piccola parte si percepisce come tale!

Tenete presente inoltre che una persona anche soltanto mediamente depressa, già "non è più la stessa persona" ! Le sue decisioni – sia quelle di poco conto che quelle importantissime, e anche quelle economiche e lavorative – sono fortemente influenzate dal suo stato d'animo. La stessa cosa si può affermare di un grave ipocondriaco, o di un borderline: il loro rapporto con il mondo e le loro capacità critiche possono essere marcatamente distorte.

Capita che il depresso che non si sente tale, 'proietti' il suo malessere sui familiari (che di fatto godono di ottima salute): una madre vede i suoi figli malati, a lei sembra che siano pallidi, che non mangino a sufficienza, si spaventa di un po' di tosse e li conduce spesso dal medico, litiga col marito accusandolo di non accorgersi e di non preoccuparsi abbastanza del progressivo aggravarsi dello stato di salute dei figli.

Di fronte ad un cliente marcatamente depresso è difficile dire che cosa possa essere fatto o detto di costruttivo, ma ci sono cose contro-intuitive assolutamente da non dire/fare:

- sollecitarlo a servirsi della sua “forza di volontà”, o a “darsi da fare”, a “muoversi”, a “distrarsi” o a “impegnarsi di più”.
- dirgli frasi del tipo: «Ma come ... uno come te ... tirati su ... ricordati che dipende tutto da te»
- minimizzare le sue preoccupazioni e le sue convinzioni circa la salute, anche se sono del tutto irrealistiche (dicendogli ad esempio: «Pensa a quelli che stanno male davvero ...»)
- nei periodi di festa spingerlo a svagarsi o a divertirsi "come fanno tutti gli altri" (il depresso va incontro al *Christmas blues*)



Il cliente schizofrenico

Uno dei tratti fondamentali della persona con disturbi di tipo schizofrenico è la ‘**rigidità**’ cioè la perdita – o la assenza? – della capacità di integrare le informazioni, di interagire, di **modulare** la propria esistenza, di ‘adattarsi’. La 'rigidità' costituisce il nucleo o il supporto della maggior parte delle anomalie: la persona tende a consolidare comportamenti abitudinari che esegue pedissequamente; i giudizi sono rigidi (vede tutto soltanto "o bianco o nero"); i convincimenti sono ostinati, inflessibili ed è assolutamente impossibile scalfirli; è assente la ricerca della novità o del piacere, sia spontanea che proposta da altri; non ha relazioni d'amore (quando crede di essere innamorato, punta a persone di rango ‘elevato’, oppure diventa uno *stalker*) e ha poco interesse per fare del sesso; si veste sempre nello stesso modo o trascura l'igiene personale; il ‘territorio’ entro il quale si muove è ridotto, o si snoda lungo percorsi sempre uguali.

Anche se a volte non sono apprezzabili elementi esteriori particolari o eclatanti (quali deliri o allucinazioni), nel momento in cui si entra ‘in contatto’ con queste persone, si percepisce la loro **mancanza di ‘sintonia’**: nel dialogo non modulano le emozioni in

armonia con l'interlocutore, non comprendono le allusioni, non afferrano le ironie, né i paradossi, né capiscono i doppi sensi delle barzellette; prendono 'alla lettera' tutto quanto viene detto...

Situazioni e caratteristiche particolari da tenere presenti:

- l'esordio della schizofrenia molto spesso è precoce, e "sempre" entro i 25 anni. Se la persona è più grande, o è il primo episodio, allora si può pensare ad un disturbo dell'umore [eccitamento maniaco: parla molto, è disinibito, dorme poco, tiene molto alla cura della persona e all'aspetto]
- i cosiddetti "deliri lucidi": il soggetto ha una apparenza normale, il suo comportamento appare sostanzialmente adeguato e a volte integrato, ma manifesta idee di grandezza ("gli sono state rubate le sue invenzioni", afferma di essere figlio di persone famose...) o di persecuzione (i servizi segreti lo cercano, ha avuto condotte remote tali che devono essere punite con la morte, è in contatto coi marziani...). A volte c'è querulomania (denunce continue contro tutti).
- le parafrenie: sono una forma di pensiero schizofrenico, con apparente insorgenza in età adulta ("oltre i 50"); la vita è condotta 'a doppio binario': il comportamento sociale aderisce a schemi corretti come il lavoro, ma sono presenti convinzioni assurde, deliranti, radicate, di solito senza alterazioni del contegno.
- il delirio di gelosia (prevale soprattutto negli anziani): intuizioni del tutto assurde! Non guarisce mai, neanche con farmaci, e insorge nuovamente con ogni nuovo partner!
- il DOC dello psicotico: 'deve' comportarsi secondo schemi compulsivi o fobici, tuttavia manca la componente emotiva, la 'sofferenza' che invece prova il 'nevrotico', che vorrebbe liberarsene.
- la dismorfofobia: in apparenza è una semplice preoccupazione esagerata per il proprio aspetto (è inquadrata nei disturbi d'ansia), ma c'è una impermeabilità totale a vedersi come si è, cioè di aspetto 'normale'; scarsa modulazione affettiva.



Il cliente "borderline"

Per la estrema instabilità e la imprevedibile mutevolezza dei comportamenti, il cliente con personalità borderline costituisce sempre un problema di difficilissima gestione per chi opera in ambito terapeutico o assistenziale.

In molti casi, inizialmente ci si trova di fronte ad una difficoltà diagnostica (per questo si chiama borderline: 'che si trova sul confine'): a volte le manifestazioni sembrano sottese da un disturbo dell'umore, ma in altri momenti fan pensare proprio ad un disturbo di tipo schizofrenico.

Si può osservare:

- Spiccata instabilità delle relazioni interpersonali: queste vengono 'caricate' di intensa emotività, ma di fatto il soggetto per un nonnulla (spesso del tutto imprevedibile, 'i-

nimmaginabile' da parte dell'altro), si scatena una sorta di permalosità astiosa, oppure uno stato di frustrazione rabbiosa; passa dalla idealizzazione dell'altro alla sua totale svalutazione e all'accusa di 'tradimento' del rapporto. Spesso c'è il 'terrore' di essere tradito o abbandonato anche dal terapeuta, con sfuriate di 'gelosia'.

- Spiccata instabilità della considerazione di se stesso, fino a mettere in discussione la propria identità.
- Spiccata instabilità dell'umore: dalle crisi di rabbia/disforia (o ansiose) della durata di poche ore, fino alle oscillazioni vere e proprie dell'umore, che però durano pochi giorni.
- Impulsività marcata in molti ambiti: da quelli 'piacevoli' come il sesso, le abbuffate di cibo, lo spendere, o le sostanze di abuso, per passare alla spericolatezza nella guida, alle minacce, fino ad arrivare ai gesti autolesivi - anche 'per fare dispetto' a qualcuno - che comprendono la automutilazione e il suicidio frequente (i borderline si suicidano più dei depressi).
- Frequente, e a volte costante, sensazione di 'vuoto'. Momenti di rabbia immotivata o sproporzionata, litigiosità e scontri fisici col prossimo.
- Possibile comparsa di gelosie improvvise o idee di tipo paranoicale; episodi di tipo 'dissociativo' (distacco dalla realtà) in conseguenza di stress.



Notazione pratica 1: i pazienti "refrattari"

Esistono situazioni nelle quali gli interventi terapeutici "tradizionali", singoli o abbinati, ottengono miglioramenti parziali o nulli:

- gravi disturbi di personalità (soprattutto i borderline)
- schizofrenia cronicizzata con ritiro sociale totale; 'deliri lucidi'
- dismorfofobie
- anoressia [fare attenzione: le analisi del sangue possono risultare falsamente! nella norma; se il peso scende a 40~38 Kg, c'è l'indicazione di procedere ad un ricovero immediato; gli anoressici sono persone ad elevato rischio di suicidio]
- delirio di gelosia
- disturbi di tipo ossessivo-compulsivo (ancor più se sottesi da schizofrenia)
- agorafobia che dura da molti anni, iniziata con attacchi di panico
- ipocondria marcata
- hikikomori
- dipendenze (ansiolitici, alcool, cocaina, ...)



Notazione pratica 2: dipendenze e abusi di sostanze

Spesso è arduo fare una diagnosi psichiatrica verosimile (perché una diagnosi 'certa' è impossibile) perché un grandissimo numero di persone fa uso di sostanze: dall'alcol alla cocaina, dai cannabinici alle 'pasticche'. Ormai, "tutti" i soggetti con disturbi dell'umore e i borderline fanno uso di sostanze.

I sintomi dovuti all'uso prolungato di sostanze purtroppo non vanno semplicemente ad affiancarsi a quelli della patologia psichica (situazione che già presenterebbe complicazioni non indifferenti nella cura), ma si intrecciano con essi, in un guazzabuglio nel quale è impossibile affermare se è nato prima l'uovo o la gallina: quale sintomo venga dalla psiche e quale anche dal semplice uso di "sostanze".

Persino la presenza dell'uso poliennale di ansiolitici – perché generosamente dispensati dai medici di base –, sia pure a dosi 'basse' o comunque definite 'terapeutiche', creano problemi sia nella diagnosi che nel trattamento di situazioni di depressione di media gravità.



Notazione pratica 3: le rassicurazioni o il valore delle parole

Le parole hanno uno scarsissimo effetto sul prossimo. Sono uno strumento che nell'insieme ha un rilievo del tutto formale (del resto, tutti gli studi sulla comunicazione concludono che la comunicazione verbale incide per non più del 20% della globalità della comunicazione).

Gli psicotici (schizofrenici o depressi gravi), gli ipocondriaci gravi, le persone che hanno attacchi di panico con agorafobia, gli anoressici, sono impermeabili a qualsiasi ragionamento volto a dimostrare che la realtà è diversa da come loro la interpretano, e non ne vengono rassicurate nemmeno un po'.

Sono stati fatti studi sulla rassicurazione da parte dei medici nei confronti dei pazienti preoccupati per le loro patologie fisiche, assolutamente non gravi clinicamente. È stato osservato che la rassicurazione ripetuta dà luogo ad assuefazione, cioè riesce a tranquillizzare e 'rincuorare' moltissimo il paziente la prima volta, però poi man mano che il paziente ritorna ai controlli o addirittura lui stesso chiede al medico rassicurazione sul fatto che i suoi sintomi o i suoi esami 'non sono gravi', l'effetto di questa scema sempre di più, e accade infine che il paziente esce dallo studio del medico con tutte le preoccupazioni e le angosce che aveva la prima volta.

Non occorre dunque che il paziente sia un grave psicotico: anche un cliente che si rivolge a lui con apparente fiducia perché - ad esempio - lo guarisca "soltanto" dagli attacchi di panico, sarà fonte di frustrazioni cocenti per il terapeuta della mente, come lo è già per i familiari e altri conoscenti.



DOTT. PAOLO NARDONE

per informazioni: menteserena@tiscasli.it