

La gestione del colloquio con il paziente depresso



Igor Marchetti

Università degli Studi di Trieste

Email: imarchetti@units.it

Indicazioni generali

- Il colloquio con il paziente depresso richiede la partecipazione attiva dell'intervistatore.

- Il pz richiede di essere accudito. L'intervistatore deve farsi carico di questa esigenza e offrire una struttura al colloquio e gratificando in qualche modo i bisogni di dipendenza.
- Sono generalmente pessimisti riguardo l'esito del trattamento e si comportano come osservatori passivi.

Presentazione iniziale

- Il pz moderatamente depresso può presentarsi al colloquio da solo, la postura, cura della persona, espressione facciale, movimenti, e intonazione della voce rivelano il problema ben prima che lo dica il pz.
- Nel corso del colloquio, tristezza e desolazione emergono prontamente, ma dopo un po' anche la rabbia può emergere.
- Esempio dipendenza: chiede dove sedersi anche se ovvio.

Presentazione iniziale

- Il pz gravemente depresso viene generalmente accompagnato. Sembra non disporre delle energie per attivare un sostegno/terapia.
- L'accompagnatore spesso presenta il pz e parla per lui. Questa presentazione sottolinea il ruolo del pz come persona incapace e inetto. Il clinico dovrebbe evitare di rinforzare questo atteggiamento -> parlare direttamente col pz.
- Si posso avere informazioni importanti dall'accompagnatore.

Presentazione iniziale

- Con il pz grave, è necessario che sia il clinico a iniziare il colloquio e non il pz, come generalmente avviene.

- Tenere a mente che il pz grave è spesso senza energia e spontaneità per prendere la parola e spiegare qual è il problema.
- Può essere utile commentare il rallentamento psicomotorio e il peggioramento dell'umore, piuttosto che chiedere le ragioni che lo hanno portato a chiedere aiuto. Il suo comportamento può aver già indicato il problema. “*Sembra molto triste oggi*”

Presentazione iniziale

- Le risposte brevi, concise, repetitive e di autoflagellazione rispecchiano i suoi percorsi mentali.

- Non serve a niente negare e delegittimare i suoi pensieri negativi, ma è possibile approcciarli con rispetto, interesse e curiosità
- *“Non ce la faccio ad andare avanti così. Perché devo soffrire così?”*
- *“So che si sente male, ma se riuscirò a comprenderle meglio, forse potrò aiutarla”*
- *“A cosa servirebbe? Niente mi può aiutare”*
- *“Quando ha iniziato a sentirsi così?”*

Presentazione iniziale

- Il pz depresso (grave) non si dimostra emotivamente coinvolto con l'intervistatore.

- Partecipazione apparentemente ridotta e marginale
- Esempio. Fissa il pavimento, risponde con monosillabi.
- Barriera della depressione (Depression bubble)

- Clinico: *“Sembra che parlare le richieda un grande sforzo”*

- Supporto empatico

Esplorazione dei Sintomi Depressivi

- Il clinico parla spesso per più di metà del tempo. Il pz depresso si sente più a suo agio in un contesto guidato e strutturato, piuttosto che libero e espressivo.
- Dare costantemente supporto e rinforzo per la partecipazione
- Atteggiamento ritirato del clinico porta il pz a sentirsi abbandonato, perso, frustrato e ancora più depresso.
- Nello scandire il tempo, ricordarsi del rallentamento psicomotorio dello specific pz.

Esplorazione dei Sintomi Depressivi

- Il pz moderatamente depresso piange molto, mentre il pz grave o cronico può non piangere affatto.

- E' possibile che il pz pianga, ma ignori completamente il fatto. Clinico: "*Cosa la fa stare così male da piangere? Sta cercando di non piangere*" per iniziare a lavorare sull'accettazione delle proprie emozioni.
- Riprendere il colloquio appena si mostra un po' di ripresa. Non attendere troppo, per evitare che il pianto riprenda e il pz si senta non capito

Esplorazione dei Sintomi Depressivi

- Esplorare fin da subito le maggiori relazioni presenti nella vita del pz e come sono andate le ultime rotture importanti

- Clinico: “*Chi sono le persone importanti nella sua vita?*”
- Pz: “*Ero sposata, poi...*”
- Altamente informativo per la tipologia di legame transferale che si potrebbe creare nel lavorare con questa persona

Esplorazione dei Sintomi Somatici

- Spesso il pz non associa i propri sintomi somatici a quelli psicologici, tuttavia è spesso grato di poter parlarne.
-
- Aiutare a sottolineare la complessità della patologia depressiva che non ha impatto solo sull'umore, ma anche sul sonno, l'appetito, l'energia, il dolore fisico, e il sesso.
 - Contestualizzare i sintomi all'interno della depressione, per non allarmare il pz.
 - Come reagisce a questi sintomi? Come reagisce di fronte ai problemi?

Esplorazione dei Sintomi Somatici

Uomo, 50 anni, depresso

- Clinico: *“Quando è stata l’ultima che ha avuto un rapporto sessuale?”*
- Pz: *“Quasi un anno fa”*
- CL: *“Un anno fa...”*
- Pz: *“Mia moglie ha avuto problemi con la menopausa ed è preoccupata in merito all’assunzione di ormoni. Sente che voglio fare sesso solo per il mio piacere, senza alcuna attenzione per lei. Forse ha ragione. Ad ogni modo, il problema per ora è risolto”*
- Cosa ci dice questa (ipotetica) interazione?

Stile Attivo di Colloquio

- Il pz depresso generalmente nasconde alcune parti di sè, che non riesce a permettersi di esprimere.

- In primis, la rabbia
- Inoltre, sebbene il pz abbia la curiosità di conoscersi meglio e di farsi conoscere, questo spesso non è vero per il depresso, in quanto teme di conoscere ancora più nel dettaglio (e farsi conoscere) le proprie profondità abissali. Quanto oscuro è il proprio mondo interiore.
- In certi casi, può arrivare tramite l'uso di isolamento, negazione, e diniego, a sviluppare una (pericolosa) depressione mascherata, ovvero *depressio sine depressione*.

Stile Attivo di Colloquio

- Lo psicologo deve prendere l'onere di “fornire” l'energia per la conoscenza del pz.
-
- Storia “reale” narrata dal paziente e storia “parallela” ipotizzata dal clinico.
 - Ad esempio, quali sono stati i fattori precipitanti per questo pz? Nel passato e nel presente? E' probabile che ci siano delle forte simiglianze funzionali, più che contenutistiche.

Transfert e Controtransfert

- Dipendenza – Rabbia
- Il pz desidera dipendere da una persona forte, autorevole e accudente.
- Il clinico viene vissuto come un mago che può risolvere tutti i suoi problemi.
- Se viene disatteso in questo suo bisogno, può diventare rabbioso o ancora più depresso
- Il pz può sottilmente indurre il clinico a decidere sempre di più della vita del pz, fino a guidarla completamente.

Transfert e Controtransfert

- *Cosa posso fare in questa situazione?*
 - *Beh, potrebbe fare così..*
-
- *Però, facendo così, dati questi ulteriori elementi, la cosa andrebbe peggio...*
- 1) Ritirare il suggerimento (il pz vede inadeguato il cl)
 - 2) Chiedere perchè il dettaglio era stato omesso (il cl critica il pz)
 - 3) Rimanere in silenzio (il pz agisce il consiglio del cl e complica la situazione).

E' probabile che le tre soluzioni portino a delusione/vergogna/rabbia nel pz

Transfert e Controtransfert

- Se il desiderio di dipendenza viene soddisfatto
(massicciamente), la persona si sente ancora più inadeguata e non capace di essere indipendente -> vergogna
- Questo provoca rabbia, che però è percepita come inappropriata
- Senso di colpa
- Depressione

Col tempo il cl può mettere in luce questo pattern

Transfert e Controtransfert

- Una reazione controtransferale frequente al legame transferale di dipendenza del paziente è l'onnipotenza (complementare). *Io ti salverò!*

- *Pz: Dottore, sono sicuro che lei ha risposta per me!*
- *Cl: Sì, ce l'ho!*
- Atteggiamento paternalistico o iperprotettivo
- Particolarmente rischioso con pz suicidari

Transfert e Controtransfert

- Un'altra reazione controtransferale comune è un mix di senso di colpa e rabbia
-
- Un pz non viene alla seduta, durante un nubifragio.
 - Il cl lo chiama e lui risponde: *“Pensavo che avrebbe capito da solo che non sarei venuto, ma non si preoccupi, oggi stesso le lascerò l’assegno nella buca delle lettere”*.
 - Il cl si sente sminuito e frainteso -> senso di colpa per aver dato adito a una tale bassezza -> col tempo può diventare rabbia

Transfert e Controtransfert

- Rabbia esplicita del cl verso il pz, razionalizzata come modo per spronarlo e attivarlo

- Rabbia verso la sensazione di impotenza verso le opprimenti richieste del pz (che si aspetta un cl onnipotente)
- Esempio, il cl lascia che il pz prolunghi oltremodo il tempo della seduta perchè sta piangendo disperatamente e non vuole interromperlo. Dopo questo evento, il cl sente una forte sensazione di fastidio verso il pz. Percepisce che è stato forzato a fare qualcosa che non voleva fare e prova rabbia per questo.

Transfert e Controtransfert

- Un'ulteriore manifestazione controtransferale è il senso di noia.

- La noia può essere una difesa del cl verso i propri sentimenti depressione, rabbia e colpa
- Si associa anche al bozzolo nel quale il pz si trova e che il cl ha difficoltà a superare per contattare veramente il pz (depression bubble)
- Perché il pz depresso ai primi colloqui suscita meno ansia del pz medio? Perché dopo diventa così faticoso per il cl?