

Sophia F. Dziegielewski

DSM-5[®] in Action

*Premessa di
Filippo Di Pirro*

Prefazione

Sophia F. Dziegielewski

Le pagine che seguono introdurranno il lettore alla valutazione diagnostica, evidenziandone i punti di forza e i limiti. Anche se il concetto di diagnosi e quello di valutazione hanno una tradizione ricca, la connessione tra procedure diagnostiche ed esiti basati sul comportamento evidenzia la necessità di una strategia pratica che riconosca l'importanza della relazione tra i problemi e le preoccupazioni della persona e quelli del suo ambiente. È fondamentale valutare e rivalutare in continuazione come meglio dirigere i cambiamenti del contesto collegati a fattori emozionali, fisici e situazionali riguardanti il benessere del cliente.

Questo libro sottolinea l'importanza di un focus multidisciplinare e interdisciplinare che inviti i professionisti medici e non medici, gli assistenti sociali e altri professionisti della salute mentale a unirsi dando vita a un approccio basato su un team collaborativo. Lavorando insieme, i team rispondono meglio ai bisogni del cliente e hanno la possibilità di fornirgli una valutazione diagnostica completa che assicuri un'assistenza di alta qualità.

Questo volume utilizza la nomenclatura diagnostica proposta nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM), ma va oltre il DSM, in quanto propone Piani di trattamento e applicazioni. La valutazione diagnostica è parte integrante dei testi di supporto, ai quali ci si riferisce anche come alle "bibbie della salute mentale", tra queste si trovano il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) e l'*International Classification of Diseases*, nona e decima edizioni (ICD-9-CM e ICD-10-CM; World Health Organization, 1993; 2008). Queste pubblicazioni costituiscono, da decenni, lo standard per la pratica relativa alla salute mentale. Inoltre, i professionisti della salute mentale non dovrebbero sorprendersi per il fatto che la nuova edizione del DSM, il DSM-5, che incorpora i codici dell'ICD-10 e il cui uso negli USA è obbligatorio dall'ottobre 2015, contenga cambiamenti considerati eclatanti.

Avere familiarità con questo libro è importante per completare una valutazione diagnostica: tutti i professionisti della salute mentale devono avere una conoscenza approfondita delle informazioni in esso contenute e devono essere in grado di integrarle per mettere in atto una strategia pratica che sia competente, efficiente ed ef-

ficace. Per aiutare a completare questo processo, il libro descrive le informazioni diagnostiche di base correlate al DSM-5 e suggerisce le relative strategie di trattamento.

Come per le edizioni precedenti, anche in questa pubblicazione si va oltre il mero apprendimento dei criteri per una diagnosi. Dopo aver fornito una panoramica delle conoscenze di base, il testo si occupa delle strategie di trattamento e della preparazione di Piani trattamento, che includono suggerimenti per personalizzare i migliori servizi terapeutici attualmente disponibili. L'utilizzo del DSM porta con sé preoccupazioni riguardo alle diagnosi errate, alle sovradiagnosi e all'etichettare i clienti – pratiche che possono avere gravi ripercussioni personali, mediche, sociali e occupazionali – e tutto questo non fa che rimarcare la necessità di un'attività che sia informata ed etica. I primi passi della transizione al DSM-5 richiederanno di trovare un equilibrio tra i due manuali, il DSM-IV e il DSM-5. I professionisti della salute mentale hanno la forte convinzione che sia importante che le loro decisioni pratiche siano guidate da principi etici, dalla conoscenza dei fattori ambientali e dal rispetto per le differenze culturali. Da questo punto di vista, la valutazione diagnostica descritta in questo libro include concetti come dignità individuale, valore, rispetto e atteggiamento non giudicante.

Per gli assistenti sociali e gli altri consulenti della salute mentale (ai quali spesso ci riferiremo con il termine “professionisti”), riconoscere questi valori è la pietra angolare su cui costruire il piano di intervento e il trattamento. Molte volte questi concetti rimangono soggettivi e sono necessari il riconoscimento professionale, l'interpretazione e l'applicazione che vanno oltre i criteri diagnostici formali e richiedono strategie di interpretazione e di applicazione che conducano a una strategia pratica efficace ed efficiente. È importante ricordare che il DSM, a prescindere dall'edizione che si utilizza, non propone trattamenti. La mia speranza è che questo libro possa aiutare a favorire l'integrazione tra DSM e ICD in termini di codifica e che delinei una valutazione diagnostica esaustiva che conduca direttamente alla formulazione di un Piano di trattamento e al trattamento stesso, aspetti essenziali dell'implementazione di una strategia pratica.

PANORAMICA

Per iniziare, i quattro capitoli della Parte I introducono il lettore ai principali schemi di valutazione diagnostica utilizzati e, attraverso questa lente diagnostica, delineano sia i temi a supporto sia quelli più problematici degli stessi. In questi capitoli introduttivi, vengono esemplificati i fondamenti della diagnosi con particolare attenzione a come questi temi siano applicati nella pratica corrente relativamente alla salute e alla salute mentale. Il processo di apprendimento inizia con la comprensione di come termini quali *diagnosi* e *valutazione* siano collegati in riferimento all'attuale pratica relativa alla salute e alla salute mentale. Una prospettiva storica fornisce il background del DSM ed esamina le somiglianze e le differenze tra le edizioni precedenti e la logica che ha guidato quest'ultima, il DSM-5. Inoltre, questa parte riassume le aspettative e le controversie che attualmente circondano l'ultima edizione del Manuale. Viene presa in considerazione, nel DSM-5, l'importanza di includere informazioni di supporto, come l'uso della valutazione dimen-

sionale, i sintomi trasversali e l'uso dell'Intervista per l'Inquadramento Culturale (IIC). Si conclude con una panoramica su come viene realizzata la connessione "in Action", collegando l'impressione diagnostica alla pianificazione del trattamento e alla strategia pratica. I casi esemplificativi illustrano l'applicazione dei concetti teorici e dimostrano come questi principi siano correlati alla strategia pratica.

La Parte II fornisce informazioni diagnostiche esaustive per ciascuna categoria diagnostica selezionata, identificando le più comuni condizioni psichiatriche relative alla salute mentale. Ogni capitolo contiene Guide rapide, pensate per evidenziare chiaramente e sinteticamente i più importanti criteri diagnostici. I Casi esemplificativi mostrano come si possono manifestare i criteri. Per ciascuna categoria diagnostica descritta in questi capitoli, almeno un disturbo sottolinea il focus "in Action" del libro. Gli esempi di casi forniscono una valutazione diagnostica esaustiva e il Piano di trattamento che riflette la strategia pratica relativa.

I Piani di trattamento aggiuntivi erano uno degli aspetti più popolari delle precedenti edizioni, e in questa sono stati ampliati. La pianificazione del trattamento è essenziale per la strategia pratica e, indipendentemente dal fatto che per la diagnosi venga usato il DSM o l'ICD, i Piani di trattamento e la strategia pratica rimangono simili. Inoltre, l'Appendice si occupa di alcuni specifici disturbi che non sono trattati nei singoli capitoli e vengono aggiunte Guide rapide selezionate che descrivono chiaramente i criteri. Ciascun Piano di trattamento delinea i segni e i sintomi che dovrebbero essere registrati, quali sono gli obiettivi a breve e lungo termine per il cliente, e che cosa deve essere fatto dal cliente, dal professionista e dalla famiglia.

Cosa rende unico questo libro

Ciò che rimane peculiare di questo libro è il fatto che sfida il professionista a sintetizzare l'informazione in una valutazione diagnostica completa che unisce quest'ultima al Piano di trattamento e alle strategie pratiche attuali. Ciascun capitolo, insieme alle Guide rapide, è pensato per offrire ai professionisti della salute mentale la sensazione di apprendere in modo pratico e partecipativo. Questo libro non si propone di includere tutti gli aspetti di un disturbo mentale e del suo trattamento: fornisce, invece, un quadro di riferimento per affrontare il disturbo, con suggerimenti per il trattamento che seguirà.

Inoltre, il volume propone riferimenti semplici ma esaustivi ai disturbi mentali più comunemente diagnosticati e anche applicazioni che hanno lo scopo di mostrare come unire la cornice diagnostica all'attuale strategia pratica. Ciascun disturbo è stato selezionato attentamente, basandosi su ciò che si vede più frequentemente e su ciò che è insegnato nei corsi universitari. Inoltre, le diagnosi e i disturbi trattati in questo libro sono spesso inclusi negli esami di stato per gli assistenti sociali e per gli altri operatori della salute mentale (negli USA).

Dal punto di vista personale, ritengo che creare un manuale di questo tipo che sia di facile lettura e basato sulla pratica non è per niente semplice, e non dovrebbe esserlo. Approntare la migliore valutazione diagnostica possibile richiede un lavoro molto duro, e tutta la saggezza pratica dovrebbe essere fondata su una strategia operativa individualizzata ed evidence-based. Inoltre, la reale stesura dei capitoli di questa edizione, dalla prima proposta al libro rilegato, ha richiesto quattro anni e

numerose riscritture e correzioni. Questo volume è il risultato di oltre venticinque anni della mia esperienza professionale pratica e di insegnamento. In aggiunta, ho lavorato con tutti gli autori dei capitoli applicativi: sono colleghi che operano in quella specifica area e, insieme, abbiamo dedicato un numero infinito di ore a decidere come meglio tradurre l'esperienza pratica in parole scritte. Coloro che hanno contribuito al volume sono professionisti appassionati e concordano sul fatto che dobbiamo imparare molto dai nostri pazienti. Tutti crediamo fermamente che la capacità diagnostica rimanga incompleta se non è collegata alla strategia pratica.

I Casi esemplificativi sono pensati per aiutare il lettore a cogliere l'interfaccia tra ciò che è scritto nel testo e come si applica nella pratica. Vengono evidenziati gli aspetti di difficoltà che sono stati osservati da altri professionisti e i Casi esemplificativi presentano informazioni in una modalità operativa che tiene conto dell'interesse del paziente e della realtà dell'ambiente. In questo modo, i contributori invitano il lettore a iniziare questa avventura di apprendimento e a comprendere che la valutazione diagnostica deve essere qualcosa di diverso da quanto raccontato dalla nota storia *I ciechi e l'elefante*.*

Ci sarà sempre una parte di soggettività nella diagnosi e nella valutazione, proprio a causa della natura soggettiva degli individui e delle strategie di intervento. La prospettiva della "persona-in-situazione" (*person-in-situation*) fornisce un fortissimo legame con una valutazione diagnostica adeguata, che spesso rischia di essere trascurata. Questa edizione, come le precedenti, intende condurre il professionista oltre la valutazione diagnostica tradizionale e desidera accendere un fuoco creativo per una strategia pratica, simile a quanto è stato fatto per coloro che svolgono la nostra professione. L'importanza della persona-in-ambiente e dell'includere le caratteristiche supportive relative agli individui, alle famiglie e ai sistemi di sostegno correlati, sarà il primo passo da fare per applicare con successo una strategia di trattamento. Vi do il benvenuto per la lettura di questa edizione e ogni volta che avrete a che fare con un cliente spero che non dimenticherete l'importanza delle 3 R: Riconoscimento, Rispetto e Responsabilità.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013), *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition), APA, Washington (trad. it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

World Health Organization (1993), *International Classification of Diseases, 10th Edition: Mental*

Disorders, Genève (trad. it. *ICD-10 Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*, Organizzazione mondiale della Sanità, Genève, 2000).

World Health Organization (2008), *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases: Clinical modification* (10th rev. edition), World Health Organization, New York.

* Il riferimento è a una storia ampiamente diffusa in India: alcuni uomini ciechi (o al buio) toccano un elefante per cercare di capire come è fatto; ma ciascuno tocca una sola parte (una zampa, la proboscide...) e quando si riuniscono non riescono a mettersi d'accordo su come è fatto. La storia è stata raccontata e pubblicata in svariati contesti e le vengono attribuiti diversi significati. [NdT]

SOMMARIO DEI DISTURBI BIPOLARI

L'aspetto più utile delle revisioni apportate ai criteri diagnostici del DSM-5, per quanto riguarda il disturbo bipolare e disturbi correlati, è il fatto di aver riconosciuto che l'ansia può manifestarsi in molti di questi disturbi mentali. Grazie al riconoscimento della trasversalità dei sintomi e alla vasta gamma di specificatori, che abbiamo descritto in questo capitolo, per ciascuna di queste diagnosi è possibile dare conto dell'ansia, delle caratteristiche miste, dei cicli rapidi; inoltre, applicando altri specificatori, è possibile documentare non solo il riscontro di tali caratteristiche, ma anche la gravità. L'ansia può essere valutata in relazione ai sintomi manifestati dall'individuo, indipendentemente dalla categoria diagnostica. Questo consente di accompagnare ogni diagnosi relativa a un disturbo con una specifica valutazione dimensionale dell'ansia che misuri i sintomi su una scala da 0 (nessuna ansia) a 4 (grave, con quattro o cinque sintomi e con agitazione motoria). La valutazione della dimensione dell'ansia segue la scala tradizionale indicata in precedenza.

Inoltre, la misurazione dimensionale e trasversale dei sintomi favorisce la valutazione del rischio di suicidio, soprattutto per quanto riguarda la questione dell'uso di sostanze. Ogni categoria diagnostica elenca anche le condizioni che possono verificarsi in comorbidità con un determinato disturbo. Per esempio, per quanto riguarda il disturbo bipolare I, è frequente applicare la valutazione per l'eventuale comorbidità con i disturbi d'ansia, l'ADHD, il disturbo da comportamento dirompente e del controllo degli impulsi, il disturbo della condotta e il disturbo da uso di alcol, dato che più della metà di tutti i pazienti con diagnosi di disturbo bipolare ha anche un disturbo da uso di sostanze che può complicare qualsivoglia trattamento pianificato. Vengono anche considerate alcune condizioni mediche: per esempio, il disturbo bipolare I è spesso associato alla sindrome metabolica e alle emicranie; mentre, nei casi di disturbo bipolare II si osserva una maggiore prevalenza di disturbi alimentari come, per esempio, il disturbo da binge-eating (BED); infine, il disturbo ciclotimico si associa a un incremento della prevalenza per quanto riguarda l'uso di sostanze e i disturbi del sonno. Paris (2013) sostiene che il nuovo DSM-5, riconoscendo la sovrapposizione dei sintomi, consente di fare riferimento a un'ulteriore definizione relativa ai disturbi bipolari ed enfatizza la connessione con il disturbo schizoaffettivo, proprio grazie al riconoscimento della possibilità di osservare la sovrapposizione dei sintomi caratteristici di ciascuno dei due disturbi.

Per quanto riguarda il trattamento, dato che il disturbo bipolare può peggiorare nel corso del tempo, i piani d'intervento devono essere flessibili in relazione alle manifestazioni del disturbo. Per trattare efficacemente questo genere di sintomi è importante prendere in considerazione anche la vasta gamma dei fattori psicosociali e dei problemi che possono verificarsi in conseguenza delle fluttuazioni dell'umore e dell'energia.

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEGLI ADULTI CON DISTURBO BIPOLARE

Indipendentemente dal tipo di disturbo bipolare, occorre tenere presente che la variabilità del comportamento e delle azioni dell'individuo sono fenomeni attesi che, peraltro, si possono manifestare sia gradualmente sia improvvisamente. Un fattore rilevante, nella fase valutazione, è l'eventualità che l'individuo manifesti comportamenti atipici che potrebbero richiedere il riferimento a uno specificatore come, per esempio, quello "con cicli rapidi". Alcuni individui con disturbo bipolare possono mostrare sintomi con caratteristiche miste che possono essere specificati sia come episodio maniacale, ipomaniacale o misto, sia facendo riferimento all'analogo specificatore per l'umore depresso che indica sintomi insoliti di tipo depressivo, maniacale o ipomaniacale. Per quanto riguarda gli individui con manifestazioni miste, i fenomeni caratterizzati da cicli rapidi possono risultare preminenti e riguardano circa il 33% dei pazienti con disturbo bipolare II. I cicli rapidi rappresentano un fattore di rischio per quanto riguarda la ricorrenza degli episodi, il comportamento suicidario, la comorbidità, la scarsa risposta al trattamento, la riduzione del funzionamento e la resistenza alla terapia con litio (Hajeka et al., 2008).

Quando una diagnosi di disturbo bipolare è confermata in base ai criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013), l'attenzione del clinico dovrebbe immediatamente concentrarsi al fine di determinare l'eventualità che l'individuo soddisfi i criteri per un episodio depressivo, maniacale o ipomaniacale. Inoltre, i professionisti della salute mentale dovrebbero valutare quei sintomi critici che potrebbero rinviare ad altri problemi di salute mentale e come i fattori esogeni possano influenzare l'episodio. Le manifestazioni sintomatiche complesse possono essere complicate da altri problemi psichiatrici che richiedono, anch'essi, un'adeguata attenzione e un congruo trattamento. Anzitutto, occorre accordare priorità all'eventuale individuazione di disturbi correlati all'uso di sostanze, un'opzione importante non solo in fase di valutazione ma anche durante tutta la fase di trattamento. Quando si registra un'anamnesi positiva per uso di alcol e droghe, occorre dedicare particolare attenzione alla prescrizione di farmaci per il trattamento di questo disturbo. Se, in fase di valutazione, non si ottengono adeguate informazioni sull'uso di sostanze, si possono verificare complicanze qualora l'individuo assuma farmaci che interagiscono con eventuali sostanze assunte.

Una volta che la diagnosi è stata confermata, la valutazione va estesa al rischio di suicidio, alla storia e al rischio di violenza, ai sintomi psicotici, ai comportamenti ad alto rischio che possono riguardare *acting out* in relazione a rapporti sessuali, e abuso di sostanze e di alcol (Sublette et al., 2009). Il rischio di suicidio implica una valutazione critica, dato che è di trentasette volte superiore in individui che esperiscono un episodio con caratteristiche miste seguito da uno stato depressivo e diciotto volte superiore quando gli individui manifestano una condizione depressiva (Valtonen et al., 2008). Per esempio, nel loro studio, condotto su 176 individui con disturbi bipolari I e II, Valtonen et al. (2008) indicano che, in un lasso temporale di diciotto mesi, le femmine avevano una probabilità più che doppia associata al tentativo di suicidio rispetto ai maschi. Inoltre,

gli individui con disturbo bipolare II avevano una probabilità più che doppia associata al tentativo di suicidio rispetto a quelli affetti da disturbo bipolare I. Altri fattori di rischio legati a un incremento della probabilità di suicidio sono rappresentati dai disturbi d'ansia e dai disturbi di personalità in comorbilità. Poiché i risultati prodotti dalla ricerca hanno dimostrato che gli episodi depressivi, di solito, seguono le fasi maniacali (Mitchell, Malhi, 2004), il monitoraggio di queste tendenze può ridurre il rischio di ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio. Gli individui che già fanno uso di alcol e sostanze hanno un accesso più facile a sostanze che possono essere utilizzate per tentare un suicidio.

Il piano d'intervento immediato per l'individuo con disturbo bipolare che pare rappresentare un pericolo per sé o per gli altri dovrebbe prevedere l'immediata valutazione di quanto sta accadendo al fine di preservarlo da eventi dannosi, iniziare un trattamento farmacologico e stabilizzare i sintomi più insidiosi. Di solito, l'ospedalizzazione è consigliabile poiché garantisce l'accesso a un ambiente nel quale questi obiettivi possono essere più facilmente raggiunti e dove l'individuo può continuare il percorso terapeutico. Per di più, stabilizzare il regime farmacologico in un ambiente sorvegliato può contribuire all'incremento della compliance e a pianificare il momento della dimissione dall'ospedale e l'inserimento in un ambiente meno restrittivo. Il periodo di ricovero in ospedale può anche risultare utile come occasione per istruire sia i pazienti sia i loro familiari in merito alla natura del disturbo e per illustrare le opzioni relative al trattamento. La comprensione e il sostegno da parte dei familiari sono fattori che favoriscono una dimissione dall'ospedale più rapida.

Per facilitare e descrivere l'applicazione concreta della valutazione diagnostica, presentiamo un'analisi biopsicosociale approfondita in relazione a un caso che riguarda un individuo adulto, maschio, affetto da disturbo bipolare (si veda il seguente **Caso esemplificativo**). Vengono delineate le criticità per la valutazione diagnostica al fine di esaminare il modo migliore per elicitarne i fattori chiave che influenzano la pianificazione del trattamento e la strategia di intervento.

Completamento della valutazione diagnostica per Dan

Nell'ambito della valutazione diagnostica è opportuno giungere alla più ampia comprensione degli aspetti biologici, psicologici e socioculturali. Come per qualsiasi altro disturbo, occorre prendere in considerazione alcuni fattori che riguardano l'individuo, nella fattispecie l'età, l'appartenenza culturale, il genere, le condizioni socio-economiche, lo stato civile, l'anamnesi familiare, le informazioni relative al processo di sviluppo e all'infanzia, le conseguenze di eventuali abusi o della trascuratezza (compresa la violenza domestica) e, infine, il percorso formativo.

Il grado di motivazione in relazione all'inizio del trattamento è un fattore importante, perché pone le basi anche per gli sviluppi futuri. Altri fattori da valutare riguardano l'atteggiamento dei familiari e delle altre persone che interagiscono con l'individuo, le attività ricreative, la composizione della rete sociale, l'accesso a sostanze, altri disturbi associati alla salute mentale (per esempio, depressione, ansia, disabilità), patologie di pertinenza medica, ulteriori problemi associati all'uso

di sostanze e la loro eventuale interferenza con le condizioni mentali (per esempio, alterazione dell'orientamento, per quanto riguarda luogo, tempo e situazioni). In questo specifico caso, non sono stati evidenziati disturbi di personalità o disabilità intellettiva. Non si sono riscontrate nemmeno altre condizioni mediche, né nell'ambito di questa valutazione né durante il precedente ricovero nell'ospedale psichiatrico. I fattori di stress psicosociali includono problemi associati al supporto primario (relazioni tese con i familiari e i dipendenti), problemi che riguardano l'ambiente sociale (recenti "incidenti" con la polizia) e problemi professionali, in relazione al fatto di essere a capo di un'azienda con dipendenti. In sede di valutazione diagnostica, è stato anzitutto condotto un esame delle condizioni mentali (vedi **Guida rapida 6.6**).

CASO ESEMPLIFICATIVO

Il caso di Dan

Dan, un uomo euro-americano di 50 anni, che lavora autonomamente nell'ambito della progettazione e realizzazione di giardini, è stato condotto presso il pronto soccorso dalla polizia per una valutazione, perché è stato trovato nudo nel cortile di un vicino. Quando la polizia lo ha interrogato in merito a ciò che stava facendo, ha risposto di essere "Dio e che stava concimando il terreno". In base a quanto indicato nel rapporto della polizia, Dan è stato colto, a mezzanotte, mentre era intento a piantare un albero nel giardino del vicino, senza averne il permesso, completamente nudo. La figlia adulta del vicino ha dichiarato alla polizia di averlo visto dalla finestra mentre si masturbava nei pressi della buca che aveva scavato per piantare l'albero. Quando la polizia è giunta in loco, il vicino di casa ha detto che non intendeva sporgere denuncia perché Dan è quasi sempre un uomo gentile che si comporta bene. In verità, lui e i suoi familiari volevano solo che ricevesse aiuto. I poliziotti hanno dichiarato che Dan non ha opposto resistenza all'arresto e che la bizzarria delle sue affermazioni li ha convinti del fatto che l'uomo aveva bisogno di un trattamento di salute mentale piuttosto che di essere arrestato e condotto in carcere.

Durante l'intervista condotta al pronto soccorso, Dan ha riferito di sentirsi bene e che il suo vicino di casa, all'inizio della settimana, aveva stipulato con lui un contratto per la piantumazione del giardino. L'eloquio, almeno nella fase iniziale, è parso coerente, ma poi Dan ha cominciato a divagare. Il contenuto del suo discorso è stato espresso sotto una continua spinta a parlare, soprattutto quando ha iniziato a dire di essere Johnny Appleseed* per poi proseguire facendo riferimento a stravaganti fattori temporali e a fornire altre informazioni, irrilevanti, e difficili da seguire. Ogni tanto, intercalava delle battute e si metteva a ridere e rimaneva molto sorpreso quando si accorgeva che l'assistente sociale, che conduceva l'intervista, non rideva affatto. Ha mostrato una distraibilità significativa; per esempio, quando percepiva un rumore, anche minimo, proveniente dal corridoio; in effetti, in queste circostanze ha perso, più volte, il filo del discorso. Quando l'assistente sociale ha completato la valutazione iniziale ha cercato di riportare la sua attenzione al compito, ma Dan si è irritato e, senza mezzi termini, ha chiesto alla sua interlocutrice: "Hai un cervello?". Dan non ha fatto riferimento né a ideazione suicidaria né a tentativi di suicidio; tuttavia, sia l'insight sia la comprensione sembravano compromessi. Quando gli è stato chiesto che cosa avrebbe fatto dopo la dimissione dal pronto soccorso, ha affermato che si sarebbe messo a piantare alberi, che avrebbe desiderato prendersi cura

* John Chapman, vero nome di Johnny Appleseed (1774-1845), è stato un pioniere e vivaista statunitense, che ha introdotto la coltivazione dei meli in Pennsylvania; il soprannome Applesed gli deriva dall'abitudine di gettare semi di mela ovunque andasse. Viene inoltre considerato un precursore dell'ambientalismo. [NDT]

del mondo e renderlo migliore. Quando gli è stato chiesto di fornire informazioni in merito al suo comportamento associato all'onanismo, ha dichiarato che non vedeva nulla di male nel tentativo di diffondere un piccolo seme d'amore con il suo strumento d'amore. Poi ha chiesto all'assistente sociale se voleva vederlo. Lei ha detto: "No, grazie" e ha anche aggiunto che non sarebbe stato un comportamento adeguato. Allora Dan ha chiesto "scusa" e ha anche affermato che "stava solo cercando di sdrammatizzare, perché la situazione gli pareva un po' troppo seria". Quando gli è stato consigliato il ricovero in ospedale e gli è stato chiesto se intendeva firmare volontariamente il foglio per l'accettazione, ha acconsentito e ha detto che avrebbe solo portato un po' della sua allegria nel reparto di degenza. L'assistente sociale ha telefonato allo psichiatra di turno, Dan è stato ricoverato ed è stato stilato un piano di trattamento per stabilizzare i sintomi con il litio.

Diverse settimane dopo, Dan è stato portato nuovamente al pronto soccorso, questa volta da suo fratello. Quest'ultimo ha dichiarato di essere molto preoccupato per Dan, perché aveva rifiutato di mangiare negli ultimi due giorni e anche di alzarsi dal letto. Ha detto che i dipendenti che lavorano nel vivaio del fratello gli avevano telefonato per invitarlo a tenere sotto controllo Dan. I dipendenti l'hanno informato del fatto che, nel corso della settimana precedente Dan, dopo aver aperto il negozio del vivaio, ha iniziato a regalare le piante, dicendo ai clienti che erano i loro acquisti e che dovevano portarli solo a casa. Dopo averlo osservato mentre regalava numerose piante costose rifiutando il denaro che gli veniva offerto, i dipendenti hanno iniziato a preoccuparsi. Ma Dan li ha minacciati, dicendo che avrebbe sparato a chiunque avesse interferito. Qualche ora più tardi, nella stessa giornata, ha offerto loro dei premi natalizi, perché, a suo parere, gli affari stavano migliorando notevolmente. Inoltre, dopo un paio di ore, sempre nello stesso giorno, ha invitato tutti i dipendenti a prendere un giorno libero e a celebrare la vita. Ma dopo tale evento non l'avevano più visto e, da quel momento, era passata una settimana. Un dipendente, che spesso si occupava del vivaio, era andato a vedere se Dan fosse a casa, e aveva notato la presenza della macchina, ma nessuno gli aveva aperto la porta. Subito dopo ha avvisato il fratello di Dan e l'ha invitato a controllare ulteriormente. Quando il fratello è andato a casa sua e ha bussato alla porta, non ha risposto nessuno. Dan vive da solo, ma suo fratello ha le chiavi di casa. Quando ha finalmente aperto la porta ed è entrato in casa, ha trovato Dan seduto sul pavimento con la testa fra le mani. Dan si era circondato di scatole di semi e di altri pacchetti che contenevano oggetti che doveva aver comprato in un negozio del quartiere. Il fratello di Dan è apparso frustrato quando ha descritto la situazione all'assistente sociale, affermando di non raccapazzarsi di come suo fratello avrebbe potuto pagare gli acquisti e ha aggiunto di aver notato sei scatole chiuse che contenevano apriscatole elettrici nuovi di zecca. Questa volta, Dan si è presentato al colloquio clinico con un quadro molto differente. L'umore era chiaramente depresso, manifestava appiattimento emotivo e alogia (povertà di linguaggio). Ha evitato il contatto visivo e ha rifiutato di rispondere alle domande sia dell'assistente sociale sia del fratello. Mormorava, molto lentamente, con una voce flebile e monotona: "Vorrei essere morto... Vorrei essere morto". Quando gli è stato chiesto se avrebbe potuto farsi del male, ha risposto affermativamente: se avesse avuto una pistola a disposizione si sarebbe sparato. Quando gli è stato chiesto se avesse una pistola a casa, ha risposto negativamente; ma fuori dal contesto del colloquio individuale con Dan, è stata fatta la stessa domanda al fratello ed è emerso il fatto che Dan, in realtà, aveva diverse pistole. L'assistente sociale ha spiegato al fratello di Dan che avrebbe consultato lo psichiatra per la valutazione diagnostica e farmacologica, ha chiesto a un medico di redigere un certificato dopo averlo visitato, e ha fatto richiesta per un ricovero in ospedale. Inoltre, l'assistente sociale ha detto al fratello di far presente agli operatori della struttura di degenza dedicata alla salute mentale che il fratello detiene armi in casa, perché questa questione è rilevante in merito alla dimissione. Nondimeno, l'assistente sociale dovrebbe assicurarsi di indicare queste informazioni nella sua relazione; nel medesimo contesto, dovrebbe anche richiedere la sorveglianza dell'individuo in ragione del rischio di suicidio e l'approntamento di particolari precauzioni in merito alla sua sicurezza dopo il ricovero presso la struttura di degenza.