Il paziente Manipolatore

Data 26 marzo 2001
Categoria professione

Benche’ esista da qualche tempo la facolta’ di Laurea in Psicologia, destinata alla formazione di operatori e specialisti del settore, i medici si sono sempre considerati un po’ psicologi e si sono serviti di tecniche piu’ o meno empiriche per migliorare il rapporto con i pazienti, risolvere problemi relazionali o fornire aiuto e supporto sul piano emotivo a chi ne avesse bisogno.
L’ abilita’ psicologica acquistata sul campo (ma spesso inconsapevole, e non strutturata) e’ talvolta necessaria per riconoscere e contrastare le pressioni psicologiche che, con sistemi istintivi ma non per questo meno efficaci, i pazienti riversano sul medico, al fine piu’ o meno consapevole di sfuttarlo a proprio vantaggio.
E’ utile, percio’, rendersi consapevoli di alcune delle metodiche che i pazienti usano per manipolare il sanitario e che esso sono spesso fonte di disagi e sofferenze dalle origini indeterminate ma non per questo meno profonde.
Il medico, nella sua quotidianeita', opera nel convincimento che colui che si rivolge alla sua opera intenda chiedere aiuto e consiglio, cosi’ come egli, di converso, agisce secondo quanto ritenga meglio per il paziente. Opera cioe' con una presunzione di Buona Fede Biunivoca.
L' anamnesi, percio', anche per la scarsezza di tempo a disposizione, viene solitamente raccolta in base a questa presunzione di buona fede, senza un vaglio critico stringente e senza filtri censori particolarmente efficaci. Quando nella storia esistono zone di ambiguita', il medico tende a colmarle lui stesso basandosi sull’ esperienza conseguita in casi consimili, dando per scontati e sottintesi alcuni elementi che in realta’ non sono stati espressi.
Queto comportamento e' dettato sovente, oltre che dalla scarsita' di tempo a disposizione, dalla presunzione di "conoscere bene " il paziente. Ma cio’ non e’ sempre vero.
Esite infatti una tipologia di pazienti che, avendo sviluppato una naturale inclinazione alla manipolazione delle persone, sanno servirsi delle debolezze altrui per i propri scopi. Questi scopi spesso non hanno nulla a che fare con la ricerca della salute, ma tendono piuttosto a gratificare altri bisogni intimi del paziente.

Primo tipo: il Falso Acquiescente. Si tratta del paziente che, ad ogni proposta del medico, dice sempre di si'. Approva incondizionatamente qualsiasi indicazione, prescrizione, proposta; si mostra entusiasta del proprio medico e ribadisce in ogni occasione la sua totale e illimitata fiducia; pero’ poi torna sempre indietro lamentando pietosamente il fallimento di quanto effettuato in seguito alle sue prescrizioni. La strategia consiste nel mettere il medico in "debito di fiducia". E' come se il paziente silenziosamente rimproverasse: "Io pongo tutta la mia fiducia in te, ma tu malgrado cio' non riesci a guarirmi". Il concetto non e' mai espresso esplicitamente a parole, in quanto il cardine della strategia e' lo stimolo profondo del senso di colpa, che si manifesta inconsciamente con un disagio sempre crescente da parte del medico. Se il paziente tira troppo la corda, il medico finira’ per sviluppare dei meccanismi difensivi, ma se invece sa riconoscere il momento giusto, potra’ approfittare invece della sua momentanea debolezza per chiedere la "riscossione del debito" mediante una richiesta impropria che normalmente sarebbe stata inaccettabile, ma che diventa obbligatoria per una sorta di ricatto morale. Ecco percio' come il medico finisce per prestarsi ad un certificato di comodo, ad una ricetta impropria e cosi' via.
Secondo tipo: il Contagocce. Si tratta di pazienti che, pur mostrando una apparente massima collaborazione, tacciono invece al medico, deliberatamente, alcuni aspetti importanti delle proprie patologie, per rivelarle solo in seguito, poco a poco e sempre per sottolineare qualche erronea conclusione del sanitario. In questo modo, silenziosamente, accusano in questo modo il medico di incapacita'. La tecnica consiste nell’ approfittare della mancanza di tempo a disposizione per l’ anamnesi per riferire una serie di sintomi "dimenticando" pero’ di riferirne altri, in modo da "spiazzare" la diagnosi ed il trattamento proposti dal sanitario, facendone rilevare cosi' la pochezza. Il medico, confuso e in difficolta', finisce a questo punto per cedere alle vie d’ uscita che il paziente stesso gli propone. Il meccanismo, in questo caso, si basa sullo svilimento della figura del medico, che si mostra incapace di arrivare ad una diagnosi o ad una terapia senza il "suggerimento" del paziente, che cosi' riesce a far passare linee di comportamento gia’ da lui stabilite in precedenza. Esempi di queste strategie verranno esposti in seguito.
Terzo tipo: il Medico di Se' Stesso. E' il paziente che in realta' non ha nessuna fiducia del medico e decide da se' (in base ai consigli della portiera, dei giornali femminili, di qualche rubrica televisiva) quali sono le sue malattie e quali le cure piu' idonee. Il medico, per questa tipologia di persone, riveste solo un ruolo di "prescrizione farmaci" e di "avallo" in modo che, in caso di insuccesso, esista una figura su cui il paziente possa riversare le responsabilita' del fallimento. Per ottenere questo risultato il paziente, a differenza della tipologia precedente, non si limita a tirar fuori gli elementi un po' alla volta al fine di contestare e sminuire le deduzioni del medico, ma deliberatamente li omette o addirittura (ma solo per certi dettagli, in modo da potersi eventualmente giustificare con una "dimenticanza") li falsifica. Sono quelli che "ti mettono in bocca la diagnosi". Se scoperto, l' interessato si difende affermando che "non sapeva che anche quei disturbi fossero importanti". Se vuole un antiulcera, ad esempio, descrive profusamente i sintomi della sua "esofagite" ma "dimentica" di dire, contando sulla fretta del medico, che ha assunto per parecchi giorni dell' ASA o che i disturbi sono insorti dopo un eccesso alimentare. E' un comportamento assai pericoloso perche' distorce enormemente i percorsi diagnostici del medico; e' anche un comportamento non sempre del tutto consapevole ma che, qualora scoperto, distrugge il rapporto di fiducia.
Quarto tipo: il Simulatore. Qui si cade nella psicopatologia o nella truffa vera e propria. Rientrano veri e propri malati

mentali (la Sindrome di Munchausen) o truffatori che tendono ad ottenere certificati non spettanti per false malattie o rimborsi assicurativi oppure farmaci in esenzione da regalare ad altri. Rientrano in questa tipologia le clamorose "ricette per il cane" che ancora ogni tanto capita di vedere. Si tratta di pazienti che, una volta individuati, non hanno la vita facile e tendono percio' a cambiare spesso medico. Questi soggetti possono poi riferire al nuovo medico tutta una serie di patologie o dati anamnestici fasulli, che vengono riportati come accertati dal medico precedente. Paradossalmente, il medico e' maggiormente in grado di scoprire comportamenti di questo tipo, in quanto gli sono chiari i fini e le metodiche; e' invece spesso indifeso rispetto ai comportamenti apparentemente non finalizzati ad un vantaggio, come quelli rappresentati nella categorie precedenti.
Anna e' una signora di mezza eta', sempre molto ossequiosa e deferente verso il medico. Non fa che ripetere che "si affida solo a lui, ascolta solo i suoi consigli, segue sempre alla lettera le sua prescrizioni". Pero' e' anche una delle persone piu' assidue nell' ambulatorio: spesso torna con aria vagamente disperata e sofferente, affermando che, purtroppo le terapie del suo medico non hanno sortito gli effetti sperati. Pero', aggiunge sempre un po' stoicamente, lei continua ad avere fiducia ed a fare tutto cio' che lui le dice. Poi aggiunge con timida vocina: dato che tutti i tentativi finora effettuati non hanno sortito effetto, non si potrebbe provare il farmaco XY, che ha fatto tanto bene alla sorella, e che certamente il medico stava per prescriverle?

Anna rientra tipicamente nel primo gruppo, basato sul "credito di fiducia".

Bruna riferisce con ricchezza di particolari una "terribile" sintomatologia dolorosa addominale, sentendosi certa di soffrire di ulcera e chiedendo una terapia specifica; il medico invece ritiene trattarsi di una diverticolosi riacutizzata, e prescrive farmaciantispastici e disinfettanti. Solo allora la paziente lo informa che "gia’ da tre giorni assume tali farmaci senza risultati" mettendo cosi’ in evidenza l’ "errore terapeutico" che si stava per compiere. Il medico propone allora di aggiungere dei farmaci antiacidi ma solo allora la paziente gli ricorda di aver avuto effetti collaterali da questi farmaci. Il medico non ricorda tale circostanza, ma intanto si sente in colpa sotto lo sguardo accusatore di Bruna che sembra dire"che razza di medico sei? se io non te lo avessi ricordato, mi avresti dato dei farmaci che mi fanno male". Il medico consiglia allora una dieta: "Ma come, dottore, e' la prima cosa che ho fatto". Il medico resiste ancora alla diagnosi precostituita dalla paziente e propone un approfondimento diagnostico. A questo punto Bruna si ricorda di riferire di aver gia’ consultato un gastroenterologo il quale aveva diagnosticato un’ ulcera, tanto tempo prima ("ma come, non se lo ricorda il dottore?"). E' quindi ritornata dallo stesso specialista il quale gli ha confermato la diagnosi e prescritto un apposito farmaco(e mostra una ricetta); lei certo non vuol fare di nuovo, inutilmente, quel terribile esame. A questo punto il medico cede e ripete la ricetta. Solo in seguito il medico viene a sapere che in realta' i sintomi erano molro meno importanti di quanto riferito, che la paziente aveva in realta’ assunto antispastici e disinfettanti solo in modo "virtuale" (una compressa o due), che i disturbi da antiacidi risalivano a vecchi farmaci non piu' in commercio, che il gastroenterologo aveva si' prescritto il farmaco antiulcera ma aveva pure avvertito la paziente che riteneva indispensabile un controllo endoscopico. Insomma, pur non dicendo nessuna vera bugia, con un attento stillicidio anamnestico la paziente aveva indotto il medico a seguire l' iter diagnostico e terapeutico da lei voluto.

Bruna e' una tipica paziente che sintetizza le caratteristiche del secondo e del terzo gruppo. La strategia iniziale consiste infatti nel far fare "brutta figura" al medico, che espone le sue ipotesi in base ad elementi volutamente lasciati incompleti e che viene per questo motivo sminuito; in questo modo viene spinto ad adeguarsi ad una soluzione "onorevole" presentata dalla paziente. Se il medico resiste a tale meccanismo, si passa alla alterazione e al sottacere deliberato e definitivo di alcuni elementi cruciali.

Mario e' un 50enne di livello culturale assai basso, convinto che "i fluidi del suo corpo si siano tutti mescolati dentro" e che "il suo corpo non assorbe piu' nulla di quanto gli viene somministrato, e si sta consumando". Cio' contrasta chiaramente con un fisico florido e sovrappeso, ma e' indubbio che egli creda fermamente in quanto afferma. Per questo motivo si presenta spesso con richieste di prescrizioni fantasiose per i farmaci piu' disparati, derivate da ardite estrapolazioni effettuate sul contenuto di articoli letti qui e li'. Per convincere il medico, secondo lui poco attento ai suoi problemi, inventa ogni volta una serie di sintomi sempre diversi e contraddicentisi tra loro. Il medico, che ormai si e' reso conto della cosa, ha provveduto ad attivare una idonea assistenza psichiatrica.

E' un paziente dell' ultimo gruppo, e l' ingenuita' con cui manifesta i suoi desideri ne fanno un soggetto innocuo, spinto dalla malattia piu' che da desideri illegittimi.

In conclusione: occorre che il medico sia piu' consapevole delle dinamiche relazionali che si instaurano con i pazienti "manipolatori" in modo da poter tenere attivo un sistema di "filtro critico" che evita l' itrappolamento negli schemi da essi creati.

POSSIBILI STRATEGIE DIFENSIVE:
Tutti questi meccanismi si basano, a ben vedere, sulla incompleta acquisizione di notizie da parte del medico. Allorche’ il medico si accorga di venire spinto verso un comportamento sgradito, e' fondamentale che egli provveda ad approfondire le informazioni che l' hanno condotto a tale punto. Sara' con sorpresa che si accorgera', il piu’ delle volte, che gli erano stati sottaciuti elementi cruciali. Questo sara' un elemento di allarme per le occasioni successive e permettera' di mettere in moto dei meccanismi di "filtro" e di difesa.
Le strategie difensive possono essere diversissime, in quanto dipendenti essenzialmente dalla personalita' del medico. Le principali possono essere:

Distacco emotivo (che rompe il legame empatico col paziente, fonte di invischiamento e ricatto).
Contrasto aperto (il medico mette in evidenza le incompletezze e/o le alterazioni dell' anamnesi).
Apparente passivita' (Il medico "prende alla lettera" quanto dice il paziente ma adotta un atteggiamento vigile e

documenta chiaramente quanto gli viene riferito, in modo da riversare sul paziente le conseguenze e le responsabilita’ delle menzogne, in termini anche di errori diagnostici e/o terapeutici).
Dott. Daniele Zamperini, In collaborazione con: Dott. Roberta Floreani, Biologa, laureanda in Psicologia (Pubblicato su Doctor, Marzo 2001)