

## Una nota sul “paziente antipatico”

F. ARTIOLI<sup>1</sup>, C. SECCHI<sup>2</sup>

### RIASSUNTO

*L'alleanza terapeutica fra medico e paziente è elemento fondamentale per elaborare un corretto programma di presa in carico e di cura del paziente oncologico. Nell'ambito delle difficoltà relazionali in oncologia, abbiamo voluto analizzare quella relativa all'incontro con un paziente che abbiamo definito “antipatico”. Abbiamo preso in considerazione tre termini che, più di altri, ci sembrano avvicinarsi a questa tipologia di paziente: arroganza, ignoranza, mistificazione.*

*I tre atteggiamenti sopra citati hanno come elemento di fondo la paura della malattia tumorale e lo stato d'angoscia ad essa correlata, intrecciati a un senso di impotenza.*

*È compito del medico oncologo riconoscere precocemente le situazioni di difficoltà e cercare di rispondere ad esse, trasformando l'incontro con il “paziente antipatico” in un'opportunità in cui misurare la propria capacità di ascolto e la propria sensibilità.*

PAROLE CHIAVE: cancro, comunicazione, paura, empatia.

### SUMMARY

*The doctor-patient therapeutic alliance is fundamental for a correct management and care agenda in oncology, where specific problems and difficulties are to be founded.*

*Within the doctor/patient relationship spectrum of interpersonal problems we analyse the phenomenon of the unpleasant patient.*

*In our opinion, three terms represent the psychological character of the unpleasant patient: arrogance, ignorance, mystification.*

*The patient's fear of cancer and the associated anxiety and helplessness state underlie those three psychological stances.*

*The oncologist's task is to perceive at a very early stage the emotional turmoil which induces the patient's unpleasantness, in order to avoid otherwise inevitable therapeutic complications.*

KEY WORDS: cancer, communication, fear, empathy.

Esiste una ricca letteratura, nella linea della medicina “personalizzata”, sull'importanza dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente, grazie alla quale l'instaurarsi di una fiducia e di un'intesa reciproche consente di elaborare un programma di presa in carico e di cura il più possibile condiviso nelle varie fasi della malattia (fino alle eventuali condizioni terminali del malato) (1-3). In tale contesto le informazioni medico-scientifiche inerenti a quel caso specifico possono essere più facilmente recepite e accettate dal paziente che, per parte sua, nella migliore delle ipotesi, darà il massimo contributo al programma stesso (4). Come è noto, non esiste un rapporto

medico-paziente uguale all'altro: non solo, ma anche all'interno di un medesimo rapporto avvengono nel tempo importanti cambiamenti e di conseguenza momenti irripetibili, dove la costruzione dell'alleanza terapeutica – un'esperienza interpersonale squisitamente dinamica, dunque mai scontata – realizzerebbe il cuore dell'arte medica, quanto a sensibilità, accoglimento e comunicazione (5). Si può aggiungere che è naturalmente assai più facile trovare una buona intesa col paziente, quando questi risulta da subito collaborante, responsabile, magari coraggioso, e resta tale anche se deve affrontare stadi delicati della malattia o si trova ad ascoltare cattive notizie dal medico (6, 7). Purtroppo non è sempre così, secondo i nostri desideri. Peraltro, si potrebbe asserire che è proprio nelle situazioni problematiche, ardue e spiacevoli che si misura la tenuta e la disponibilità dei curanti. Questo è particolarmente vero in ambito oncologico, dove, oltre agli effetti collaterali mal sopportati, a volte si mobilita una profonda angoscia

<sup>1</sup> Direttore UO Medicina Oncologica Ospedali di Carpi e Mirandola, AUSL di Modena, Modena, Italia

<sup>2</sup> Psichiatra, Psicoanalista International Psychoanalytic Association, Reggio Emilia, Italia

Indirizzo per la corrispondenza:  
Fabrizio Artioli  
E-mail: f.artioli@ausl.mo.it

di morte, intrinseca al cancro come malattia inguaribile o addirittura come condanna capitale, rinforzata da multicentriche risonanze simbolico-culturali (8-10).

Nello spettro delle difficoltà interpersonali nel rapporto medico/paziente ci sembra che il cosiddetto “paziente antipatico” costituisca un fenomeno paradigmatico ed estremo. Con la presente nota si intende mettere in luce un importante problema di impasse nel lavoro clinico e sollevare interrogativi al riguardo.

In letteratura non ci sono molti lavori che hanno preso il tema in considerazione (11-14). Ne esiste uno, condotto dal Dipartimento di Psicologia Sperimentale della Università di Gand (Belgio) (15), che, pur nelle modeste dimensioni del campione, ci è sembrato degno di menzione. La ricerca intende valutare, attraverso un colloquio centrato sui tratti negativi e positivi di un soggetto, se la simpatia o l’antipatia di un paziente che accusa dolore interferisce con la percezione della gravità del sintomo da parte di 40 operatori volontari. È emerso che i pazienti associati a tratti negativi risultano più antipatici e il dolore riferito da questi viene giudicato dagli operatori meno intenso rispetto a quello denunciato da pazienti “neutri” o simpatici. Se ne può inferire che la reazione di distanziamento o di rifiuto da parte dell’operatore sanitario di fronte a un paziente non simpatico può compromettere la correttezza del giudizio clinico rispetto alla possibile gravità di un sintomo.

Nel tentativo di ipotizzare un modello fenomenologico e interpersonale di “paziente antipatico”, vorremmo accostarci al problema, iniziando con escludere tutto ciò che, a nostro parere, non vi rientra affatto. *In primis*, non è antipatico il malato ansioso e preoccupato della propria malattia, che si mette continuamente in contatto con l’oncologo, magari in momenti inopportuni, in cerca di rassicurazione. In secondo luogo, non è antipatico chi chiede e vuole essere informato, anche nei minimi particolari, con domande apparentemente “sciocche” o ingenuie: inutile sottolineare che il paziente ha diritto di essere informato, di ricevere risposte non evasive e univoche da parte dell’*équipe* allargata (chirurghi, oncologi, radioterapisti) che lo ha in cura. Infine, non è antipatico il malato che, non convinto della terapia proposta, chiede una *second opinion* (16), e torna con una proposta diversa: il medico, pur restando del suo parere, ha il compito di comunicare le ragio-

ni della scelta iniziale, replicando, senza fretta e con dovizia di argomenti, la propria opinione<sup>1</sup>.

Sempre nella prospettiva di una maggiore focalizzazione della nozione di “paziente antipatico”, in una semplice indagine a campione (17) è stato chiesto via mail a 20 medici (di cui 10 primari) di altrettanti Centri di Oncologia Italiani, scelti in diverse aree geografiche del Paese, di indicare liberamente tre termini per definire un “paziente antipatico”. Tutti gli interpellati hanno risposto. Le tre parole più usate sono state: Arroganza (9 voti); Saccenteria (6 voti); Aggressività (4 voti). Inoltre, è anche emerso che spesso il medico si trova davanti non malati antipatici, ma “familiari antipatici”: torneremo brevemente su questo ultimo punto.

Sempre nella prospettiva di avvalerci di poche parole in grado di evocare concisamente dei complessi fenomeni emozionali (una bozza di profilo psicologico del “paziente antipatico”), abbiamo pensato di modificare in parte i termini emersi nell’indagine appena menzionata. Infatti, ci è sembrato che Saccenteria (l’esibizione petulante di un sapere) includa già l’Arroganza, benché non metta abbastanza in evidenza come di solito il paziente “antipatico” abbia uno scarso o nullo sapere di cui fare sfoggio. Così, l’Aggressività rinvia forse in maggior misura a un concreto comportamento comunicativo che costituirebbe l’effetto, la conseguenza di un certo stato mentale: non lo stato mentale in causa che è quello che vorremmo qui esaminare. Inoltre, le parole che abbiamo scelto alludono a differenti sfaccettature di una dimensione psichica totalizzante e pervasiva, che tenta di far fronte a un’angoscia persecutoria altrettanto pervasiva.

**Arroganza.** Già segnalato nell’indagine prima citata, è un elemento che colpisce l’interlocutore di primo acchito. Il paziente, al di là delle parole e dei gesti di circostanza, si presenta come presuntuoso, tracotante e superbo. Nell’asserire le proprie convin-

---

<sup>1</sup> Citiamo a questo proposito un *case report* (18), nel quale vengono proposte due scelte terapeutiche diverse allo stesso paziente, da parte dell’oncologo e del radioterapista. Uno dei due specialisti motiva in modo preciso la propria proposta, informando in modo dettagliato il paziente; viceversa, l’altro, che non condivide tale scelta, si dimostra arrogante nei confronti del collega, facendo prevalere il proprio “ego”, più che l’ascolto del paziente e una corretta e dettagliata informazione. La conseguente proposta terapeutica non risulta in questo modo personalizzata, ma dettata in modo acritico da Linee Guida. L’articolo conclude con l’affermazione, da noi condivisa, che dopo un approfondito colloquio con il medico “i leader del percorso terapeutico sono i pazienti”.

zioni egli sembra porsi su di un piano (“professionale”, ma forse anche morale) più elevato rispetto al curante che viene svalorizzato nelle sue prerogative e nelle sue funzioni. A seconda dei casi, tale atteggiamento comporta vari gradi di sgradevolezza che possono disturbare il medico fino a offenderlo e magari a suscitare in lui una reazione a cortocircuito altrettanto irragionevole. Per definizione l’arroganza è una posizione mentale rigida e chiusa, in quanto sottesa da potenti spinte affettive (come l’angoscia o la rabbia). L’interlocutore, anche se animato dalle migliori intenzioni di rilanciare il dialogo, di solito fatica molto a fare breccia, col rischio di instaurare inutili prove di forza, dove vincerebbe chi riesce a essere il più arrogante dei due, o, peggio, col rischio di facilitare l’allontanamento del paziente, che costituisce di fatto un’espulsione. L’unica strategia possibile passa per una pacata e tenace negoziazione, che faccia appello al brandello di razionalità rimasto nella mente del malato. Resta una cosa sempre impegnativa e travagliata da farsi: *stare lì*, in attesa, in rispettoso ascolto, cercando di immedesimarsi nelle paure del paziente e di “inventarsi” un qualche intervento che aiuti il malato a uscire dalla spirale in cui si è cacciato.

**Ignoranza.** Si correla di seguito all’atteggiamento arrogante prima descritto e ne è il versante gnoseologico. Diversamente dall’ignoranza socratica - il sapere di non sapere come umile e ironica posizione filosofica nei confronti del mondo - quella del “paziente antipatico” ha più a che vedere col giudizio preconstituito o con l’assunto ideologico, nel senso di falsa coscienza e di falso pensiero: una delle più temibili varianti dell’onniscienza. Il “paziente antipatico” è un soggetto che non sa, ma è sicuro di sapere (o forse ostenta sicurezza di sapere). La frase più spesso utilizzata da queste persone è la seguente: “Io non sono un medico, ma ...”. Costui asserisce di non essere medico, ma è come se in quel frangente pensasse davvero di esserlo o di equivalervi: aggrappato alla sua convinzione, dichiara di averne trovato conferme da altri professionisti o perfino da luminari del campo. Del resto, questo genere di frase non è una premessa di prudenza e di modestia, ma tutto il contrario: è come un trampolino di lancio per fare asserzioni apodittiche che invalidano ciò che è stato proposto, piegando la verità clinica a una presunta idea più corretta della terapia. In tale operazione confusiva la rete familiare svolge frequentemente un

ruolo centrale<sup>2</sup>, può, infatti, accadere che, nell’atmosfera di turbamento e di impotenza diffusasi attorno al paziente che non guarisce o peggiora, qualche congiunto o affine si attivi per trovare una soluzione dirimente, suggerendo o predicando che il percorso terapeutico intrapreso sia sbagliato.

**Mistificazione.** Per quanto elementi di mistificazione permeino tanto l’arroganza quanto l’ignoranza nelle accezioni appena esaminate, con questo termine intendiamo riferirci soprattutto allo stato d’animo turbato del “paziente antipatico”, quando ormai l’alleanza terapeutica non è più recuperabile. Utilizziamo mistificazione in senso lato, in quanto nel malato non esiste alcun intento deliberato di distorcere la realtà dei fatti, anzi, quanto più è spaventato tanto più crede a ciò che dichiara e reclama. Superbia e pregiudizio rassicurano temporaneamente il soggetto, ma, nella frenesia di trovare nuovi ausili per risolvere la propria malattia, egli si scopre sconcertato, scomodo, confuso. Sovente il disagio è tale da costituire un punto di non ritorno. Il paziente si presenta alla visita e dice: “Sono andato da un altro medico, che mi ha detto che farebbe diversamente da lei ... sono confuso ... non per mancanza di fiducia (in quel momento invece sì!), ma non so se continuare a farmi seguire da voi ... vi farò sapere ...”. Spesso la consulenza dell’altro collega è riferita solo verbalmente e in modo approssimativo. Su qualcosa di scritto o su una diversa e motivata interpretazione del caso si potrebbe ragionare; il guaio è che è proprio il tempo del ragionare è venuto meno. Magari non esiste nessun altro medico. Oppure la pretestuosità dei resoconti e delle prove addotte è massima e l’eventuale replica da parte del curante è fonte d’imbarazzo: *second opinion* che magnificano

<sup>2</sup> Riportiamo il caso di una donna di 48 anni che 10 anni prima era stata trattata con QUART dx + SNB per DCIS con un sospetto focolaio di microinfiltrazione (pT1mic pN0 M0; ER 90%; Rpg-; Ki67 15%; non eseguito HER-2/neu). All’epoca ha rifiutato il tamoxifene. In seguito a trauma toracico esegue Rx torace standard dove si riscontrano multipli noduli polmonari, confermati da CT. Biopsia: metastasi da ca mammario HER-2/neu 3+. Esegue terapia con taxolo + trastuzumab con RC. Dopo 1 anno rifiuta di continuare rastuzumab e terapia ormonale. I familiari sostengono che avendo avuto un cancro al seno avrebbe dovuto fare controlli strumentali periodici e non solo visite e mammografie annuali. L’oncologo si adopera a dimostrare che nessuna Linea Guida prevede controlli strumentali periodici in caso di tumore mammario: figuriamoci poi in un DCIS. Non si convincono e chiedono numerose consulenze che confermano quanto detto dall’oncologo di riferimento. Ad un certo punto, arrivano ad una sfiducia nei confronti della “Medicina Ufficiale”, e la paziente decide di proseguire con terapie non convenzionali.

terapie di cui non vi è prova scientifica; oppure *second opinion* che “demoliscono” il trattamento fatto, proponendo terapie diverse con motivazioni discutibili; oppure, ancora, è possibile che un collega abbia detto la cosa giusta al momento giusto. Il medico che ha in carico il caso è a sua volta spiazzato, irritato e avvilito. La relazione con il malato e con i parenti sembrava buona, ma ciò che rendeva la comunicazione utile e trasparente si è irrimediabilmente compromesso. E “il paziente antipatico” è stato perduto.

Un’ipotesi che potrebbe gettare qualche sprazzo di comprensione sull’“antipatia” di questo malato, la quale soprattutto rischia di ritorcersi contro di lui, è la seguente: nell’*hic et nunc* il paziente, travolto dal terrore di non guarire più o di avvicinarsi a grandi passi alla morte, si illude di *non subire* la situazione, scaricando la mortificazione e la rabbia conseguente sul medico, che viene vissuto e visualizzato come non abbastanza competente, non davvero addentro al problema e, nella sostanza, incapace di aiutarlo. Il motto, più o meno consapevole, di questa posizione mentale è NON RIMANERE PASSIVI, INERTI E IMPOTENTI. L’esperienza soggettiva dell’aggravamento clinico nella migliore delle ipotesi non compromette l’alleanza terapeutica che, anzi, può contribuire all’indispensabile revisione delle coordinate esistenziali del paziente. Viceversa, nel malato divenuto “antipatico”, a causa dell’intensità dell’angoscia, tale riassetto interiore non si produce: l’idea dell’inguaribilità e della morte non è intrinsecamente negoziabile. Dunque, nel contestare e invalidare il programma di cura, questo paziente ha l’impressione di “reagire” e soprattutto di recuperare l’*imago* del Medico Onnipotente Totalmente Risolutore che allontana lo spettro della fine e a cui l’oncologo del momento è confrontato. Quanto è stato osservato a proposito dell’inconsistenza delle *second opinion* allegate induce ulteriormente a pensare che la pochezza degli argomenti e delle evidenze (a volte perfino confinate nell’aneddotico e nel sentito dire) ne tradisca la natura fantastico/illusoria. Come si notava più sopra, l’atteggiamento “antipatico” può essere innescato o corroborato da un familiare o da un’altra persona affettivamente vicina al paziente. Le angosce di fondo sono simili. Il paziente delega o duplica la parte di Sé arrogante-ignorante-mistificante al congiunto che l’assume in pieno, vi si rispecchia, spesso mettendoci anche del suo. Se il legame tra i due è molto stretto e affettiva-

mente forte (magari aggravato da una certa interdipendenza al limite della “patologia”), le cose possono risultare ancora più contorte. La paura di perdersi reciprocamente può portare il parente a tenere borbote a comportamenti esasperati del malato o metterli in atto lui stesso: la ricerca interminabile di soluzioni definitive, magari perfino nell’ambito delle cure alternative più bizzarre, da quelle non convenzionali ai guaritori, ai santoni, ecc. Superfluo aggiungere che questa serie di comportamenti “sporcano” ulteriormente il quadro, incrementando la menzionata mistificazione. Il presupposto emotivo alla base di tali agiti è sempre quello di NON SUBIRE, di FARE COMUNQUE QUALCOSA.

Merita un’ultima considerazione il versante emotivo del medico esposto all’atteggiamento “antipatico”. Il curante, il cui ruolo e statuto sono anche motivo di orgoglio e di conferma identitaria, può sentirsi ferito da un paziente che rifiuta l’asimmetria costitutiva del rapporto terapeutico. Al medico, anzi, potrebbe succedere di recepire massicciamente il messaggio implicito d’inadeguatezza e d’incompetenza inviatogli dal malato “antipatico” al punto di viverci come un professionista deteriorato e incapace, specie se dentro di sé egli aderisce narcisisticamente all’ideale del Medico Che Non Sbaglia Mai. In ogni caso, se la prima, comprensibile reazione emotiva può essere il desiderio di liberarsi in fretta di un malato che vuol farsi curare altrove, va rilevato che l’incontro col “paziente antipatico” è anche un’occasione, ardua o perfino penosa, per rivedere criticamente il proprio sapere, la propria sensibilità e la propria tolleranza in una difficile declinazione del giuramento ippocratico. Spiacevole o meno, è comunque il malato “antipatico” a essere portatore di un bisogno (il cancro, ma altresì il sofferto vissuto di esso), al quale, per la parte che ci compete, siamo tenuti a rispondere. Nella problematica esperienza con il paziente “antipatico” sarebbe, dunque, fondamentale che il curante riuscisse sul momento a recepire intimamente, *de facto*, il terrore del paziente, senza schermarsi troppo né reagire a cortocircuito al suo attacco. Inoltre, una volta instauratosi questo tipo di contatto, il medico potrebbe trovare (magari improvvisandola lì per lì) una risposta efficace che attesti una presenza sollecita e autentica, tale da consentire al paziente stesso di non essere completamente risucchiato nel groviglio delle sue emozioni e tornare a essere in grado di “guardare” più razionalmente alla propria situazione. È una di quelle circo-

stanze della prassi medica in cui entra in gioco la categoria affettiva dell'empatia in misura maggiore delle linee guida. Non semplicemente perché è prioritario mettersi nei panni dell'interlocutore (come recita il senso corrente del termine), ma perché è indispensabile sperimentare e assumere quella quota di esperienza interna del malato che egli stesso fatica a percepire, dato che tende a espellerla<sup>3</sup>: gli aspetti difensivi e scissi della sua mente, la sua affettività primitiva e mal governabile, la sua soggettualità egodistonica. Tutto questo il paziente tende a metterlo in atto in modo scarsamente consapevole, per non dire cieco. E a volte il medico, tirato dentro a un pernicioso braccio di ferro, per continuare a svolgere le sue funzioni e a mantenere la presa in carico di quel malato, può necessitare di un aiuto esterno, di una figura terza (un collega, un collaboratore, il direttore del Reparto o anche un parente o un amico del medesimo paziente): qualcuno che, in quanto "esterno" alla relazione compromessa, aiuti a riportare uno sguardo lucido sul contesto interpersonale e sul quadro clinico complessivo.

<sup>3</sup> Si tratta di un'accezione di empatia mutuata dalla psicoanalisi. Qualcosa che non si può esperire a comando. Per una disamina del concetto si veda (19).

## Bibliografia

1. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
2. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323(7318):908-911.
3. The AM, Hak T, Koëter G, Van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ.* 2000;321(7273):1376-1381.
4. Kersee N, Buetow S, Mainous AG 3rd, Yuong G, Coster G, Arroll B. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Ann Fam Med.* 2004 Sep;2(5):455-461.
5. Amitay Banerjee ND, Sanyal D. Dynamics of doctor – patient relationship: A cross – sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med.* 2012 Jan-April;19(1):12-19.
6. Stewart Mercer W, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002 Oct;52(Suppl): S9-12.
7. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med.* 2003 Aug 18(8):670-674.
8. Fong Ha J, Longnecker N. Doctor–Patient Communication. A Review. *Ochsner J.* 2010 Spring;10(1):38-43.
9. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495-507.
10. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17(14):351-354.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311.
12. Kimberson T, Rhondali W, Perez Cruz P, et al. Patient Perception of Physician Compassion After a More Optimistic vs a Less Optimistic Message. A Randomized Clinical Trial FREE. *JAMA Oncol.* 2015;1(2):176-183.
13. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artiguez M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013, Issue 3. Art. N°: CD003751.
14. Bousquet G, Orri M, Wintermann S, Brugierie C, Vernevil L, Revah-Levy A. Breaking Bad news in Oncology: a Metasynthesis. *J Clin Oncol.* 2015 August 1;33(22):2437-2443.
15. De Ruddere L, Goubert L, Prkachin KM, Stevens MA, Van Rickenghem DM, Grombez G. When you dislike patients, pain is taken less seriously. *Pain.* 2011;152(10):2342-2347.
16. Goldman RE, et al. Patients' Reflections on Communication in the Second-Opinion Hematology-Oncology Consultation. *Patient Educ Couns.* 2009 Jul;76(1):44-50.
17. Artioli F. On line Interview through CIPOMO list (Italian College of Directors of Oncology Departments). Presentation at Grandangolo Congress Genova 2015.
18. Yekwon Y, Kagan A, Steckel R. Ego Based-Medicine. *Radiation Oncology.* 2013;86(1):13.
19. Bolognini S. L'empatia psicoanalitica. Torino: Bollati Ed., 2002.