

DALLA PRESCRIZIONE ALL'ADERENZA TERAPEUTICA. PARTE SECONDA

PATRIZIA IACCARINO

Medico di Medicina Generale, Psicoterapeuta,
SIMG, Napoli

PROBLEMI DERIVANTI DAL PAZIENTE

Premessa

Il paziente vive il medico, in particolare il Medico di famiglia, come una figura di riferimento significativa cui si affida, nutrendo nei suoi confronti sentimenti di fiducia. Balint sosteneva che come chiunque il paziente è alla ricerca di un amore incondizionato e perfetto, che offra la possibilità di arrendersi a cure fidate e attente. Per affidarsi, il paziente proietta sul medico il suo oggetto buono interno (*transfert*), il medico reagisce alla richiesta del paziente mettendo a sua volta in moto i suoi vissuti interni (*controtransfert*). Ma, non sempre l'aspettativa del paziente si limita a colorire la relazione ed a renderla significativa. Nell'affidarsi, spesso il paziente proietta sul medico aspettative di accudimento, relative a tematiche inconsce rimaste irrisolte o problematiche, nei confronti delle proprie figure parentali. È come se il paziente si aspettasse dal medico o tutto ciò che non ha ricevuto dalle figure parentali (idealizzazione), o la stessa risposta carente o negativa che ha già ricevuto. In questo caso, poi, o si pone in ribellione e diffidenza o in totale adattamento per paura. Allo stesso modo, il medico non consapevole delle proprie reazioni emotive, rischia di operare interventi controtransferali negativi.

Il paziente che si "affida troppo"

Medico, al telefono: "Buongiorno signora, sono il dott. X, al mio rientro dalle ferie sto telefonando ai miei pazienti in terapia con la cerivastatina per assicurarmi che è stata sospesa e rassicurare sugli eventuali effetti nocivi ..."

Paziente: "Ah, dottore, buongiorno, grazie, ma io non ho sospeso la terapia, ho pensato che lei ne sa certo di più di tutti questi cialtroni ..."

Il paziente che si affida troppo è quel paziente che nutre aspettative magiche di onnipotenza nei confronti del medico e, di conseguenza, anche del farmaco che da lui gli viene prescritto. Il vantaggio di questa passività è di sentirsi completamente accudito e accolto e, quindi, deresponsabilizzato. Il medico viene vissuto

come un genitore buono che "provvede per lui" e il farmaco come "il nutrimento" che egli gli dà. Spesso pazienti anziani o gravemente ammalati ricercano un rapporto simile, più che paternalistico, credendo di consentirsi, nella totale regressione, un allontanamento dalla responsabilità e dal dolore. Altre volte si tratta proprio di personalità dipendenti, con autonomia limitata, che vanno, invece, sostenute in un percorso che le porti a conquistarla.

Il medico che si gratifica dell'attribuita onnipotenza rischia di instaurare rapporti più che paternalistici, simbiotici, limitativi dell'autonomia, confermando il paziente nella sua passività.

Il paziente "diffidente"

Paziente: "Anche questo farmaco mi ha fatto malissimo, vede, dottore, non mi è possibile curarmi!"

Medico: "Ma no! Ne abbiamo tanti a disposizione, proviamo con quest'altro ..."

È il paziente che vive il farmaco come un pericolo, demonizzandone i possibili effetti nocivi. In realtà il paziente nega, attraverso il rifiuto del farmaco, l'aiuto da parte del medico, sul quale proietta le figure genitoriali negative interne. È come se, facendo fallire la terapia, da un lato si "vendicasse" dei propri genitori, dall'altro si confermasse che è impossibile essere aiutato.

Spesso il medico, inconsapevole di tali dinamiche, continua a cambiare farmaco alla ricerca di quello tollerato, senza "scoprire il gioco" del paziente, come un vissuto interno del paziente stesso, indipendente dal medico, rispetto al quale egli, come chiunque, viene reso impotente.

Una chiara informazione sui possibili effetti nocivi dei farmaci, sulla possibilità di segnalare le reazioni avverse, ma anche sugli effetti benefici e sulle motivazioni che spingono il medico alla prescrizione, può essere un primo passo all'instaurarsi della fiducia. Spesso a queste persone sono stati taciuti sia la verità sia il dubbio, il relativo, l'incertezza, il rischio. Una persona che parla, invece, in maniera più veritiera può mitigare la diffidenza e incrementare l'affidabilità.

Il farmaco come “surrogato”

Medico: *“Lei ha solo bisogno di prendere un ansiolitico tre volte al giorno”*

Paziente (nei pensieri): *“Tutto qui? Secondo lui basta una pillola tre volte al giorno a risolvere i miei problemi? Non mi ascolta, sa solo scrivere ricette e basta. Che delusione!”*

Il paziente può rifiutare il farmaco prescritto quando ne vive la prescrizione come “un mettere le distanze” da parte del medico, rispetto al problema presentato. Ciò talvolta corrisponde al vero (v. prima), talaltra è il paziente stesso che confonde il medico portandogli dei sintomi organici e non esprimendo il disagio, ma, inconsapevole delle sue dinamiche, rifiuta poi il farmaco. Di fronte alla non aderenza terapeutica il medico dovrebbe interrogarsi su quest'eventualità.

“Paura della terapia cronica”

Medico: *“Lei è iperteso, i suoi valori pressori non si abbassano con la dieta e l'attività fisica, ha una familiarità ipertensiva, per cui deve prendere questo farmaco tutti i giorni. Torni a controllo tra un mese per ricontrollare la pressione”*

Paziente: *“Un farmaco tutti i giorni? Per tutta la vita? Dipendente da una pillola, io? Per certo, il mio caro dottore stavolta si sbaglia di grosso!”*

La non accettazione della diagnosi, cui è legata la prescrizione, può portare il paziente a non assumere il farmaco. La diagnosi di malattia cronica va metabolizzata, richiede tempo e fasi. Inizialmente il paziente può reagire con rabbia, sensi di colpa, impotenza; il vissuto di “perdita della salute” va elaborato esattamente come un lutto. Solo dopo l'avvenuta accettazione, il paziente può comprendere l'importanza della terapia e aderirvi. Talvolta la prescrizione, senza che sia avvenuta una reale accettazione, resta sterile.

CONCLUSIONI

La relazione tra il medico ed il paziente è un dialogo duraturo, nel quale si intrecciano le due individualità, ognuna con le sue caratteristiche, i precedenti vissuti, il contesto, i momenti.

“Il presupposto di fondo della relazione medico-paziente è la flessibilità, il dubbio, la relazione è come una forma di conoscenza intastabile, campo di correzione, rettifica, irregolarità, stranezze, accidentalità” (I. Cavicchi).

Lungi da noi, quindi, dichiarare assoluti o certezze, pretendere idealità relazionali o costanti consapevolezza. Ciò che è stato detto voleva solo avere la valenza di una sensibilizzazione del medico a porre attenzione alle dinamiche relazionali, soprattutto laddove nascono degli “intoppi”, o di fronte alla mancata aderenza terapeutica, valutando anche la prescrizione farmacologica nel suo momento relazionale.

