

Riccardo De Gobbi¹, Francesca Menegazzo², Laura Pastori², Graziella Guariso³

¹ Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Veneto; ² Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità, Università di Padova; ³ Pediatra Gastroenterologa, Università di Padova

Le bugie e le omissioni in Medicina Generale

Proposta di una metodologia di rilevazione, classificazione e uso a fini diagnostico-terapeutici

Premessa e scopo dello studio

Le bugie sono un'espressione interpersonale che nella relazione medico-paziente ha importanti ricadute in ambito diagnostico e terapeutico. Gli articoli della letteratura su questo fenomeno sono prevalentemente indirizzati agli aspetti etici o ai disturbi fittizi¹⁻³, anche se la scarsa compliance alla terapia di alcune categorie di pazienti e la frequente auto-riduzione della terapia negata dai pazienti, specie da parte dei pazienti multiproblematici⁴⁻⁵, dovrebbero indurci a studiarlo più approfonditamente.

È anzitutto necessario definire cosa sia una bugia o, in altri termini, cosa intendiamo noi per verità: storicamente nella filosofia occidentale si distinguono almeno cinque definizioni di verità: verità come rivelazione, come conformità a una regola, come coerenza con un modello, come utilità a raggiungere un fine, verità come corrispondenza con la realtà dei fatti⁶.

In ambito scientifico si è ormai affermata la definizione di verità come corrispondenza con i fatti⁷⁻⁸: ci siamo attenuti a questa, in quanto ci è sembrata la più idonea ai nostri obiettivi. Questa interpretazione della verità assume infatti il valore del "principio regolativo kantiano", frutto di una scelta soggettiva, ma riproducibile e sottoponibile a verifica critica; tali caratteristiche sono anche necessarie per un corretto approccio metodologico negli studi qualitativi⁹.

Abbiamo quindi considerato "bugie" tutte le affermazioni dei pazienti che negava-

no o travisavano in maniera significativa i fatti e le "omissioni", le dimenticanze e le inosservanze che potevano compromettere il percorso diagnostico-terapeutico. Non abbiamo preso in considerazione le menzogne deliberate di chi simula o mente per ottenere un risultato non altrimenti ottenibile. Non abbiamo preso in considerazione le bugie del medico.

Ci siamo invece interessati delle bugie-omissioni del paziente come modalità di espressione e di relazione, ricercandone il significato nello specifico contesto in cui si manifestavano e valutandone una possibile utilizzazione per una migliore comprensione del paziente stesso e di conseguenza per un più approfondito e mirato intervento terapeutico.

Materiali e metodi

I pazienti afferenti a un ambulatorio di Medicina Generale di una località della cintura urbana di Padova – ULSS 16 Regione Veneto – dal 2 gennaio al 30 giugno 2016 sono stati osservati dal medico di famiglia (1.530 assistiti, 37 anni di anzianità lavorativa) e da un medico specializzando della Scuola di Medicina di Comunità della Università di Padova, cercando di rilevare bugie e omissioni, di osservare le diverse modalità con cui i pazienti mentono, di comprenderne il significato e di utilizzare le conoscenze acquisite per finalità diagnostico-terapeutiche. Si è sempre trattato di accessi in ambulatorio e di pazienti noti.

Nella fase di rilievo di bugie e omissioni abbiamo utilizzato in parte gli indicatori proposti nella review di DePaulo et al.¹⁰ valorizzando anzitutto i segni di disagio nella comunicazione tra paziente e medico: incongruenze verbali, grammaticali e logiche, esitazioni, omissioni e silenzi e prestando particolare attenzione alla vasta gamma di segnali non verbali¹¹⁻¹²: mimica, sguardo, sorrisi forzati, movimenti incongrui, eccetera (Tabb. I, II). Il riscontro di una contemporanea presenza di segnali verbali e non verbali rendeva fondato il sospetto di bugia od omissione.

Nel medesimo o in un successivo colloquio, si cercava di comprendere se il disagio comunicativo fosse dovuto a mancanza di sincerità, verificando se nella cartella clinica elettronica del soggetto in esame vi fossero dati incompatibili con le dichiarazioni del paziente (ad esempio sulla regolare assunzione della terapia o sui tempi di effettuazione di un esame) e ponendo con delicatezza al paziente domande che evidenziassero contraddizioni con il precedente racconto: se l'ipotesi di bugia era fondata, si evitava la contestazione diretta ma si osservavano le reazioni del paziente e successivamente tutta la sequenza veniva esaminata, analizzata e discussa, cercando di conferire un senso alla bugia espressa da quel particolare soggetto, in quella fase del proprio percorso esistenziale e in quel momento della relazione medico-paziente. Abbiamo inoltre cercato di comprendere e descrivere le modalità con

TABELLA I.

(Da DePaulo et al., 2003¹⁰, Lee et al., 2012,¹¹ Wieser et al., 2015¹², mod.).

Segni verbali di disagio e/o di bugia

- Evitare di rispondere passando ad altro argomento
- Rallentamento o eccessiva rapidità nel rispondere
- Scarsa collaborazione: maggior latenza nel formulare la risposta, eloquio lento od incerto con pochi dettagli
- Scarsa coerenza delle risposte: linguaggio meno spontaneo, risposte contraddittorie e/o stereotipate

TABELLA II.

(Da DePaulo et al., 2003¹⁰, Lee et al., 2012,¹¹ Wieser et al., 2015¹², mod.).

Segni non verbali di disagio e/o di bugia

- Discrepanza fra comunicazione verbale e non verbale:
 - sorriso forzato: nel produrre il sorriso viene attivata la muscolatura della bocca, ma viene poco o nulla attivata la muscolatura degli occhi e del volto (chi sorride spontaneamente sorride con gli occhi...)
 - espressioni/microespressioni facciali: possono far emergere emozioni represses o discordanti con quanto riferito o non riferito verbalmente
 - gestualità ridotta, eccessiva o discordante con quanto espresso verbalmente
- evitamento del contatto visivo
- alterazioni della postura: tipo di postura (es. segnali di chiusura od eccessiva apertura), eccessiva fissità o cambiamenti continui di postura non controllabili, discrepanza tra quanto riferito e la postura mantenuta
- agitazione: generalmente chi mente prova una tensione maggiore, caratterizzata ad esempio da un tono della voce più alto, mutamenti nel colorito del volto, alterazione della sudorazione, dei movimenti del corpo e della gestualità

le quali il paziente nascondeva o travisava in parte od in tutto i dati reali: abbiamo pertanto utilizzato l'approccio fenomenologico che le ricerche qualitative traggono dalla psicologia e dalla psichiatria¹³⁻¹⁵ (*fenomenologia delle bugie e omissioni*).

Nei contatti successivi con il paziente abbiamo considerato la omissione e/o la menzogna quali segni di un disagio e di un problema relazionale, seguendo le indicazioni metodologiche fornite da Palmieri, DePaulo e Sauter^{3 10 16}: li abbiamo pertanto utilizzati come segnali meta-comunicativi giungendo così a una comprensione più completa e, riteniamo, più profonda del mondo interiore del paziente e della relazione fino a quel momento instaurata (*semeiologia delle bugie e omissioni*). Questo atteggiamento "comprensivo" nella accezione Jasperiana¹⁷ ha molto spesso migliorato la relazione contribuendo a un buon risultato terapeutico.

Abbiamo esaminato le osservazioni raccolte con una ricercatrice della Scuola di Medicina di Comunità dell'Università di Padova, esperta di comunicazione con

famiglie multi-problematiche, quale valutatore esterno dei dati.

Abbiamo quindi raggruppato i pazienti in gruppi che presentano caratteristiche omogenee e che utilizzano bugie e omissioni con analoghe modalità, proponendo per ciascuna categoria descrizioni che aiutano a comprendere questi soggetti e a utilizzare le nostre conoscenze per fini diagnostico-terapeutici.

L'esame sincronico degli elementi comunicativi verbali e non verbali offre al medico molti preziosi indizi.

In particolare le esitazioni e le omissioni vanno sempre rilevate e utilizzate con tatto e atteggiamento comprensivo: nella nostra esperienza è risultato molto utile porre al paziente domande di chiarificazione basandoci sui concetti riportati in premessa di "verità" e "bugia" come "corrispondenza" o "non corrispondenza" con la realtà dei fatti.

Risultati

Questo approccio metodologico ci ha consentito di distinguere i pazienti in quattro

gruppi, basati sulle differenti modalità di rapportarsi alla realtà. È importante sottolineare come in momenti diversi alcuni pazienti possono utilizzare differenti modalità:

- 1) coloro che nascondono contenuti imbarazzanti ma che poi, se posti in condizioni favorevoli, si sentono sollevati a esprimerli al medico;
- 2) coloro che tentano di celare o camuffare dati che non vogliono che il medico conosca e che mentono per non generare una situazione conflittuale o per non deludere il medico;
- 3) coloro che hanno costruito una propria rappresentazione della realtà che nega o travisa dati reali e che, se interrogati, continuano a sostenere e a difendere la propria visione cadendo tuttavia in contraddizioni sempre più profonde con i fatti;
- 4) coloro che hanno creato una propria personale realtà/verità e che sostanzialmente mentono non sapendo di mentire: i pazienti ipocondriaci.

Fenomenologia e semeiologia delle bugie e omissioni nei quattro gruppi

- 1) I pazienti del primo gruppo nascondono qualche particolare che è vissuto come imbarazzante (omissione), ad esempio concernente la sessualità. Il fenomeno che guida il medico alla diagnosi è l'evidente imbarazzo e disagio del paziente (*fenomenologia*). Queste situazioni possono evolvere favorevolmente se il medico con delicatezza fa capire che avverte il disagio e la sofferenza del paziente e che forse è in grado di aiutarlo: il paziente generalmente impiega qualche tempo per riflettere, ma spesso supera il proprio senso di pudore e si confida con il medico, che può così comprendere il problema e aiutare il paziente a ridefinirlo, ad affrontarlo e a trovare gradualmente una soluzione (*semeiologia e uso del sintomo nel percorso terapeutico*).
- 2) Un esempio del secondo gruppo di pazienti è dato da coloro che non hanno seguito o non intendono seguire i consigli del medico e che con segnali comunicativi non verbali manifestano tensione e disagio, spesso sorridono

forzatamente e a volte assumono atteggiamenti ossequianti e/o adulatori.

Nel contatto con questi pazienti avvertiamo una sensazione di distacco: osservando e ascoltando notiamo che vi è uno iato tra l'atteggiamento formalmente cordiale e rispettoso e la qualità della comunicazione, non spontanea e talora stereotipata e forzata. Oltre alla sensazione di distacco proviamo spesso un senso di inutilità: non sappiamo quali siano le reali intenzioni del paziente e spesso recitiamo meccanicamente il copione che il nostro ruolo prevede (*fenomenologia*).

Ci sembra che questi pazienti seguano un proprio progetto di diagnosi e cura e che siano di fronte a noi perché non hanno al momento alternative, oppure perché nutrono un sentimento in larga parte positivo nei nostri confronti ma non credono nella possibilità di poter essere da noi compresi e curati.

È una situazione che si verifica con una certa frequenza nei soggetti che appartengono a subculture lontane dalla cultura e dalla medicina ufficiale ma non osano confrontarsi apertamente con il proprio medico. Con questi pazienti può essere di grande aiuto la conoscenza di elementi della subcultura cui fanno riferimento: il medico può utilizzare questi elementi linguistici (es. termini dialettali) mitico-folcloristici o le classiche "leggende metropolitane" per entrare in contatto con il paziente, cercando di metterlo a proprio agio.

Recuperando gradualmente la fiducia del paziente, il medico potrà metterlo in contatto con una cultura che evidentemente non conosce o che rifiuta, aiutandolo a coglierne gli elementi e gli strumenti che potrebbero invece arrecargli beneficio (*semeiologia e utilizzazione del sintomo nel percorso terapeutico*).

3) Il terzo gruppo è il più complesso e impegnativo per il medico: questi individui conducono una vita generalmente normale ma ricostruiscono completamente quei settori del reale che avvertono come particolarmente dolorosi: essi negano o scotomizzano alcuni aspetti e ne modificano altri, arrivando a

ricostruire una personale realtà basata su vere e proprie fantasie.

In alcuni casi il paziente può presentare un disturbo di personalità o addirittura una psicosi: distinguiamo le fantasie dai deliri in quanto i pazienti che fantasticano mantengono una discreta funzione autocritica e possono essere facilmente richiamati alla realtà (che tuttavia torneranno a elaborare fantasticamente), mentre i pazienti psicotici o borderline non vengono scalfiti dalle nostre osservazioni critiche e vanno indirizzati agli psichiatri.

A queste modificazioni della realtà si associa spesso una modificazione fantasiosa dell'immagine di sé: alcune persone si svalutano senza motivi e pertanto si isolano o si dedicano ad attività e a relazioni interpersonali di scarsa gratificazione, altre al contrario assumono atteggiamenti boriosi e richiedono attenzioni e gratificazioni (*fenomenologia*).

È importante che manifestiamo attenzione, interesse e disponibilità verso queste persone: con delicatezza dovremmo far loro notare che hanno una visione molto particolare della realtà e di se stessi. È importante anche chiarire che, non vogliamo imporre cambiamenti ma che, per il bene del paziente stesso, dobbiamo aiutarlo a confrontarsi con la realtà. Dopo un periodo di smarrimento in genere manifesteranno apprezzamento per le osservazioni del medico e talora esprimeranno il desiderio di approfondire le proprie problematiche: in questi casi è bene che il medico indirizzi il paziente verso uno psicoterapeuta (*semeiologia e utilizzazione del sintomo nel percorso terapeutico*).

Nella maggior parte dei casi tuttavia il paziente, non riuscendo a superare le difficoltà della vita reale, continuerà a vivere uno stato di dissociazione, ma riconoscerà al medico una funzione "genitoriale" che consentirà di migliorare le valenze terapeutiche della relazione.

4) Il quarto gruppo: coloro che hanno creato una propria personale realtà/verità e che sostanzialmente mentono non sapendo di mentire: la singolarità della ipocondria e "cybercondria".

Il termine ipocondria è comunemente usato, anche nei paesi anglosassoni, per designare un insieme di soggetti, costantemente preoccupati per il proprio stato di salute, che lamentano sintomi a carico di vari organi e apparati non riconducibili a vere e proprie malattie o comunque non giustificabili dalle lievi malattie da cui sono affetti. L'ipocondria è ritenuta una malattia psichiatrica, riconosciuta dal ICD 10 e dal DSM-5, che la classifica come disturbo da ansia di malattia¹⁸.

Questi pazienti, tuttavia, tendono a rifiutare e negare la genesi psichica dei propri disturbi e frequentano assiduamente e talvolta tormentosamente gli ambulatori medici e specialistici¹⁹⁻²².

La disponibilità di illimitate fonti di notizie nel Web ha arricchito il repertorio di questi pazienti, fornendo loro innumerevoli spunti per diversificare fantasie terrifiche e inverosimili somatizzazioni (*cybercondria*)²³.

Tutti questi pazienti sostanzialmente mentono, anche se non sono consapevoli di mentire: la diagnosi non è difficile, ma complesso e impegnativo è il trattamento psicoterapico che dovrebbe giungere a modificare il rapporto gravemente alterato tra la psiche e il corpo di questi pazienti²⁴.

L'osservazione attenta, unita a un atteggiamento comprensivo, ci ha permesso di distinguere due sottogruppi di pazienti sulla base della loro relazione con quella "realtà soggettiva" del tutto particolare che sono i propri disturbi: *pazienti che sono angosciati* da queste continue ondate di sintomi e *pazienti che sembrano essere affezionati* ai propri disturbi.

Riteniamo si tratti di due classi distinte con differenti strutture psicopatologiche, differenti vissuti esistenziali e diversa utilizzazione del proprio stato di "malattia".

Nei *pazienti angosciati* lo stato di malessere è qualcosa di estraneo che crea disagio e sofferenze: ricorrono al medico per essere tranquillizzati ma la pace interiore non è duratura in quanto nuovi sintomi sopraggiungono a disturbarli (*fenomenologia*).

Si coglie in questi pazienti una tormentata relazione mente-corpo: non si sentono un insieme armonico mente-emozioni-corpo, ma hanno un corpo che sembra soffrire e una mente continuamente impegnata a controllare le emozioni senza riuscire a elaborarle in alcun modo. Da secoli questi pazienti mettono a dura prova i medici che raramente, in corrispondenza con importanti eventi emozionali nella vita di questi pazienti possono aiutarli a ridefinire il tormentato rapporto mente-emozioni-corpo (*semeiologia e utilizzazione del sintomo nel percorso terapeutico*). Nella maggior parte dei casi tuttavia al medico curante non rimane altro che sperare: sperare che nella vita di questi pazienti avvenga qualcosa che favorisca il cambiamento; il paradosso è che talora ciò che fa migliorare questo tipo di ipocondria è una vera e propria seria malattia ...

Il gruppo di *pazienti affezionati* ai propri sintomi si lamenta sistematicamente del proprio stato di salute chiedendo al medico attenzione e impegno. Se il medico riesce a spiegare il malessere e a risolverlo sembrano soddisfatti, ma tornano dopo qualche tempo con nuovi sintomi o nuovi malesseri. A volte non pretendono neppure che il medico risolveva il problema; chiedono però sempre attenzione, interesse e protezione.

Questi pazienti in qualche modo traggono benefici dai propri disturbi, ne ricavano un ruolo: quello di malati che debbono essere rispettati e curati. Sono assidui frequentatori degli studi medici e durante le attese svolgono attività di "consulenza gratuita" nei confronti degli altri pazienti, utilizzando la loro qualifica di "esperti" (*fenomenologia*). In questi pazienti la malattia immaginaria conferisce alcuni vantaggi secondari cui difficilmente rinunceranno, salvo fortunati eventi vitali che li proiettino in una dimensione quanto mai gratificante che renda superflue le misere soddisfazioni dello stato di presunto malato.

Il medico potrà far capire al paziente che i sintomi fisici sono la manifestazione di un altro tipo di sofferenza, più profonda e curabile solo dagli psicoterapeuti. Il paziente difficilmente

accetterà questo suggerimento, ma potrà crearsi una situazione di tacito accordo nella quale il medico tollererà queste peculiarità del paziente e questi accetterà che siano posti dei limiti alle proprie esigenze di attenzione e affetto (*semeiologia e utilizzazione del sintomo nel percorso terapeutico*).

Conclusioni

Le bugie e le omissioni sono un fenomeno sociale universale, comuni, sia pure con diverse manifestazioni, a tutti i popoli e a tutte le culture²⁵.

Nel contesto del rapporto medico-paziente esse assumono un particolare significato: possono influire sul percorso diagnostico e compromettere i risultati del progetto terapeutico.

Questo studio è la sintesi di una riflessione su questa importante espressione interpersonale valutata nei suoi aspetti fenomenici e semiologici: riteniamo che le bugie, se individuate, comprese nel loro significato e inserite nel percorso esistenziale del paziente, possano trasformarsi da una minaccia per la relazione medico-paziente a una risorsa che il medico può sapientemente utilizzare per favorire una crescita psico-emozionale del paziente e quindi un miglioramento della relazione terapeutica.

Bibliografia

- 1 Sokol DK. *Beware the lies of patients*. BMJ 2014;348:382.
- 2 Bass C, Halligan P. *Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management*. Lancet 2014;383:1422-32.
- 3 Palmieri J, Stern T. *Lies in the Doctor-Patient Relationship*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009;11:163-8.
- 4 Marengoni A, Onder G. *Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity*. BMJ 2015;350:1059.
- 5 Petrovic M, van der Cammen T, Onder G. *Adverse Drug Reactions in older people: detection and prevention*. Drugs Aging 2012;29:453-462.
- 6 Abbagnano N. *Storia della filosofia*. Torino: Utet 1998, Novara: De Agostini 2006.
- 7 Tarski A. *Truth and Proof*, trad. it. in E. Casari, *La filosofia della matematica del '900*, Firenze: Sansoni 1973, pp. 79-82

- 8 Popper KR. *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge*. London-New York: Routledge & Kegan A- Paul 2002.
- 9 Greenhalgh T, Taylor R. *How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research)*. BMJ 1997;315:740-3.
- 10 DePaulo BM, Lindsay J, Malone BE, et al. *Cues to Deception*. Psychol Bull 2003;129:74-118.
- 11 Lee TH, Choi JS, Cho YS. *Context modulation of facial emotion perception differed by individual difference*. PLoS One 2012;7:e32987.
- 12 Wieser MJ, Moscovitch DA. *The Effect of Affective Context on Visuocortical Processing of Neutral Faces in Social Anxiety*. Front Psychol 2015;6:1824.
- 13 Vergani M. *Il metodo fenomenologico statico e genetico*. Milano: Il Saggiatore 2003.
- 14 www.qsrinternational.com/what-is-qualitative-research.aspx.
- 15 www.socialresearchmethods.net/kb/qualapp.php.
- 16 Sauter DA, Eisner F, Ekman P, et al. *Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations*. Proc Natl Acad Sci USA 2010;107:2408-12.
- 17 Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Springer Verlag 1959. Trad. it. *Psicopatologia Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico 2000.
- 18 American Psychiatric Association. *DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina 2014.
- 19 Dalrymple T. *Hypochondria as control*. BMJ 2010;341:5627.
- 20 Bass C, May S. *Chronic multiple functional somatic symptoms*. BMJ 2002;325:323-6.
- 21 Clarke DM, Piterman L, Byrne CJ, et al. *Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice*. Med J Aust 2008;189:560-4.
- 22 Vedsted P, Christensen MB. *Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations*. Public Health 2005;119:118-37.
- 23 www.oxforddictionaries.com/definition/english/cyberchondriac.
- 24 Morris R, Kai J, Atha C, et al. *Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention*. BMC Family Practice 2012;13:39.
- 25 Mann H, Garcia-Rada X, Hornuf L, Tofurt J. *Everybody else is doing it: exploring social transmission of lying behavior*. PLoS One 2014;9:e109591.