

IL PAZIENTE DIFFICILE IN ALGOLOGIA TIPOLOGIE E MODELLI DI GESTIONE

THE DIFFICULT PATIENTS IN PAIN THERAPY: HOW TO RECOGNIZE AND MANAGE THEM

Giuseppe De Benedittis

*Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore (CSTD) Università di Milano,
U. O. Neurochirurgia, Ospedale Maggiore Policlinico, IRCCS*

RIASSUNTO

I pazienti difficili rappresentano una minoranza agguerrita con insaziabile dipendenza/aggressività che evoca emozioni negative nel personale medico e paramedico. Queste difficili relazioni medico-paziente interferiscono e talora impediscono un corretto ed efficace trattamento medico. I pazienti difficili si lamentano di sintomi/segni apparentemente inspiegabili o rifiutano di aderire al trattamento. Spesso si tratta di sintomi fisici e il dolore è il sintomo di presentazione primario, anche se il disturbo di base è spesso psichiatrico. La prevalenza dei pazienti difficili nella popolazione medica generale è stimata intorno al 15-30% (una visita medica su sei). Questa minoranza richiede un impegno temporale, umano e professionale che drena il 50% delle risorse mediche. L'individuazione di questi pazienti può avvenire sul piano fenomenologico, psicopatologico e psicodinamico. Non esistono sindromi dolorose croniche caratterizzate da pazienti difficili, ma talune popolazioni speciali di pazienti (e.g., failed back syndrome, algie facciali atipiche) presentano un maggior rischio di pazienti difficili. La gestione di questi è sempre problematica, talora impossibile. Il miglior approccio rimane, laddove praticabile, quello empatico, tuttavia corretto a ridimensionare aspettative e motivazioni e a ripristinare confini di ruolo, impegno e di obiettivi clinici, spesso violati o distorti.

Parole chiave

Paziente difficile, algologia, tipologie, modelli gestionali

SUMMARY

When physicians experience negative reactions to patients, they often perceive the patients as "difficult". Such patients make up 15% to 30% of primary care practice populations. They are those whom most physicians dread. The dependency of difficult patients heavily influences the doctor-patient relationship and the outcome of the treatment. These patients often present with physical symptoms that could not be medically explained. Pain is the most frequent complaint, though unrecognized psychopathological disorders are more prevalent among these patients. Conversely, difficult patients are rather common in chronic pain syndromes, particularly in back pain, failed back syndrome and atypical facial pain. Diagnosis can be achieved on phenomenological, psychopathological and psychodynamic grounds. The management of difficult patients can prove to be a tough task for both physicians and nurses, as they are time-consuming, draining the emotional resources of the therapist, and evoke feelings of aversion and frustration. Appropriate use of patient-doctor communication skills and an effort to improve relations with the patient through empathy, tolerance and non-judgemental listening are suggested as ways of transform a difficult encounter into a workable patient-doctor relationship.

Key Words

Difficult patient, pain therapy, stereotypes, management

INTRODUZIONE

Il dolore e la sofferenza sono una moneta di conio universale e, come tali, evocano generalmente empatia e solidarietà nel medico e in tutte le figure professionali deputate all'assistenza del paziente. E tuttavia – perché non confessarlo? – vi è una minoranza agguerrita e rumorosa di pazienti con insaziabile dipendenza/aggressività che evoca emozioni negative e comportamenti inappropriati nel personale medico e paramedico, i quali, da un lato interferiscono pesantemente e talora impediscono un corretto ed efficace trattamento medico, dall'altro generano frustrazione, risentimento, impotenza e avversione nel medico. Sono i cosiddetti “pazienti difficili”. Le reazioni emotive del medico nei confronti di un paziente sono state definite da Freud “controtransfert”, riferito ai conflitti inconsci dell'analista. Successivamente, tale termine ha esteso il suo significato a includere emozioni e sentimenti negativi, inconsci e consci, nei confronti del paziente.¹ Molti medici dunque li paventano: i pazienti difficili (PD) si lamentano di sintomi/segni apparentemente inspiegabili o rifiutano di aderire al trattamento. Spesso si tratta di pazienti con sintomi fisici e il dolore è il sintomo di presentazione primario, ma il loro disturbo di base è spesso psichiatrico. Questo genere di pazienti presenta notevoli problemi di gestione clinica, oltre a determinare costi socio-sanitari elevati a causa delle numerose visite specialistiche ed esami effettuati, non di rado superflui. Un problema ulteriore è dato dal fatto che essi sfuggono alla classificazione psichiatrica poiché presentano segni subclinici che

non soddisfano i criteri DSM-IV di specifici disturbi psichiatrici.² Questi pazienti sono esistiti da sempre, ma l'avvento dei nuovi sistemi di assistenza manageriale con le conseguenti limitazioni temporali e d'impegno, e l'inevitabile processo di burocratizzazione del rapporto medico-paziente, esacerbano la situazione. Se la nostra società di fast-food diventa una fast-care society, non c'è dubbio che ciò non può che andare a detrimento di una sostenibile e funzionale relazione medico-paziente, lasciando frustrati medici e pazienti.³

Denominazioni. I medici inglesi li chiamano heart-sink patients, perché quando li visitano hanno un tuffo al cuore.⁴ Negli USA numerose sono le denominazioni adottate: crocks (rottami)⁵, problem⁶ o hateful (odiosi)⁷, anche se la denominazione difficult, scevra da valutazioni di giudizio ed emotive, sembra essere quella che ha riscosso maggiore fortuna nella letteratura anglosassone.

Prevalenza. Non vi sono dati epidemiologici certi, ma le prevalenze dei PD nella popolazione medica generale è variamente stimata dal 15% al 47%.^{3,8,9} Questa minoranza insaziabile e rumorosa richiede un impegno temporale, umano e professionale che drena il 50% delle risorse mediche!¹⁰ Se consideriamo la principale interazione medico-paziente, una visita medica su sei viene percepita come “difficile” dal medico.¹¹ Su 550 pazienti afferiti consecutivamente al Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore dell'Università di Milano, l'incidenza dei PD è stata del 16% (n=88).

Esiste il paziente difficile?

Nonostante la maggioranza degli studi pubblicati abbia affrontato il problema

solo dal punto di vista del medico che percepisce il paziente come difficile, ignorando il pur cruciale ruolo del medico, talora frustrato e controaggressivo, taluni studi più recenti enfatizzano il ruolo dell'interazione medico-paziente (medical encounters).¹¹⁻¹⁴ Forse non esistono soltanto pazienti difficili ma “diadi difficili” (difficult dyads).^{8,15-18}

Una difficile relazione medico-paziente può influire sull'outcome del trattamento. Questa può dipendere dalle caratteristiche del paziente, da quelle del medico e di entrambi. Vi sono “pazienti difficili” che sono problematici per tutti i medici e “dottori difficili” che sono problematici per tutti i pazienti (non occasionalmente). In uno studio sul controllo di relazione per il trattamento del dolore¹², è stato rilevato come circa la metà delle transazioni paziente-medico siano caratterizzate dalla competizione per il controllo della relazione.

Se il ruolo del paziente e del medico/paramedico sono stati più o meno studiati nella problematica del “paziente difficile”, nulla è stato scritto del pur importante ruolo del milieu familiare, delle figure significative per il paziente, che non di rado interagiscono negativamente nella relazione medico-paziente, contribuendo, talora in maniera determinante, all'attivazione e/o esasperazione di dinamiche interpersonali difficili e problematiche.

Chi è il paziente difficile?

E' stato suggerito che la psicopatologia contribuisca significativamente al PD. Ciò è particolarmente importante perché la maggior parte dei contatti sanitari dei pazienti avviene in ambito medico piuttosto che psichiatrico.

I principali approcci nosografici e diagnostici al PD sono: (a) fenomenologico; (b) psicopatologico; (c) psicodinamico.

Fenomenologia del PD. La letteratura consente di stilare un ritratto del paziente difficile (PD).^{3,4,8,9,11,14,19-22}

(a) sono spesso single o comunque individui con diminuito sostegno sociale e/o familiare; (b) lamentano segni/sintomi multipli (> 5), spesso fisici, vaghi, complessi, ambigui, di maggiore severità, che comportano un elevato grado di “incertezza medica” o sono francamente inspiegabili (“somatizzazione”), altamente correlati al numero di problematiche psichiatriche lungo il corso della loro vita; (c) mancanza di controllo sulla loro malattia; (d) sickness prone complainer con bassa soglia per lamentare; (e) richiesta abnorme e reiterata di assistenza medica; (f) reiezione del modello medico proposto con scarsa aderenza (compliance) ai trattamenti proposti; (g) maggiore insoddisfazione per le cure ricevute; (h) tratti ossessivo-compulsivi (da cui la necessità compulsiva di avere un controllo sulla salute fisica e mentale) con “difficoltà interpersonali”, associate a uno stile comportamentale “abrasivo”; (i) nei confronti del medico, insaziabile nelle richieste, time consuming, frustrante e irritante, talora verbalmente abusivo e aggressivo; (j) manipolativo e bugiardo, non di rado violatore di confini (boundary-buster) e incline ai conflitti interpersonali (conflict-prone patient); (k) presenza di vantaggi secondari e pending litigation; (l) marginalità produttiva.

Nell’ambito dei sintomi fisici, il dolore è il sintomo di presentazione primario.² I sintomi fisici possono contribuire alla difficoltà disfunzionale del paziente

soprattutto per la loro associazione con disturbi mentali, agendo fondamentalmente in due modi: (a) creando nel paziente eccessive e dereistiche aspettative nel trattamento; (b) conferendo al paziente il “ruolo di ammalato”.²⁰

Psicopatologia del PD. Sul piano psicopatologico, i PD sono più frequentemente associati a: (a) disturbi somatoformi; (b) ipocondria; (c) disturbi d’ansia e del tono umorale; (d) disturbi di personalità, spesso in termini di disturbo dipendente/aggressivo di personalità, caratterizzato da eccessivo bisogno di assistenza medica e aggressività agita sotto forma di passività.^{2,8,9,16,20}

Conroy et al.²⁰ hanno rilevato in un studio su PD una preoccupazione elevata per la propria salute in assenza di patologia o comunque sproporzionata rispetto al livello obiettivo di patologia riscontrata. I livelli di ansia elevata associata alla salute risultavano anche correlati al numero di visite specialistiche ed al livello di esami praticati.

In una serie di studi su psicopatologia e relazioni difficili medico-paziente, Hahn et al.,^{8,16} hanno utilizzato il Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire (DDPRQ), classificando il 10-20% dei pazienti incontrati come ‘difficili’. Questi pazienti sono caratterizzati da sintomi psicosomatici, da almeno un disturbo di personalità lieve e da più di una caratteristica. Caratteristiche demografiche del paziente, del medico e della diagnosi non sono associate ai punteggi elevati, anche se le donne tendono ad avere punteggi più alti. Il fatto che la visita medica possa essere percepita come difficile indipendentemente dal provider medico suggerisce che la difficile relazione medico-paziente sia prevalentemente secondaria alle difficoltà del paziente e non a

quelle del medico.

Schafer & Nowlis,⁹ infine, hanno rilevato come i PD abbiano maggiore probabilità di avere disturbi di personalità, prevalentemente in termini di disturbo dipendente di personalità; inoltre, dato inquietante, nessuno dei medici partecipanti allo studio aveva realizzato tale condizione. In ambito algologico, è stato osservato come alcuni disturbi di personalità siano relativamente comuni nelle popolazioni di pazienti con dolore cronico non-oncologico e significativamente più frequenti rispetto alla popolazione medica generale o addirittura a popolazioni psichiatriche.^{23,24} Queste condizioni misconosciute possono favorire l’insorgenza di interazioni medico-paziente difficili in setting clinici non sufficientemente preparati per individuarle e affrontarle.

Psicodinamica del paziente difficile.

Benché la classica descrizione di Groves⁷ dei “pazienti odiosi” (hateful patients) si basi su tipologie di personalità, essa fa riferimento a un modello psicodinamico controtrasferale.

Groves individua quattro stereotipi di PD, dei quali fornisce criteri d’individuazione e modelli di gestione: (a) il dipendente scalatore (dependent clinger); (b) l’esigente insoddisfatto (entitled demander); (c) il manipolatore auto-reiettivo (manipulator); (d) il negatore auto-distruttivo (denier).

Il dipendente scalatore. Gli arrampicatori dipendenti scalano da richieste moderate e ragionevoli di rassicurazione a richieste ingravescenti, reiterate di spiegazioni, farmaci, affetti e ogni forma immaginabile di attenzione. Quale che sia il loro problema (nessuna malattia evidenziabile o grave malattia) la caratteristica principale di questi

pazienti è la loro auto-percezione di bisogni inesauriti e la percezione del medico come fonte inesauribile e resiliente di assistenza. Sul piano contro-transferale, il medico diventa una madre inesauribile, il paziente un figlio inatteso, indesiderato e non amato.

L'esigente insoddisfatto. Gli esigenti assomigliano agli arrampicatori nella profondità inesaurita dei loro bisogni, ma differiscono perché, piuttosto che utilizzare un'inconscia seduzione e petulanza, usano l'intimidazione, la squalifica e la colpevolizzazione, così da porre il medico nel ruolo di inesauribile provider di assistenza. Essi appaiono meno naive degli arrampicatori, poiché utilizzano la punizione come minaccia (mancato pagamento degli onorari in ambito privato, esposti/denunce in ambito pubblico/mediatico, minaccia di azioni legali immotivate per malpractice).

Il manipolatore. Gli aiuto-reiettivi o "crocks" (rottami) sono comuni a ogni medico. Come gli arrampicatori e gli esigenti sembrano disporre di un bisogno infinito di gratificazioni emotive. A differenza dei dipendenti arrampicatori, non sono seduttivi e querimoniosi; a differenza degli esigenti non sono apertamente ostili. Anzi, sembrano aderire alle prescrizioni terapeutiche, ma ritornano sempre insoddisfatti del risultato raggiunto. Il loro pessimismo e catastrofismo sembrano essere direttamente proporzionali agli sforzi e all'entusiasmo del medico. Quando un dolore recede, subito un altro prende il suo posto. Spesso inseguono "vantaggi secondari" (come ad es., in talune failed back syndrome o nelle sindromi risarcitive).

La dipendenza patologica si manifesta, al suo estremo, come "capacità di

manipolazione" (manipulativess), ovvero un intenso, coperto, contraddittorio e auto-distruttivo tentativo di soddisfare i propri bisogni. È la manifestazione comportamentale del bisogno del paziente di essere dipendente e al tempo stesso distante dalla fonte del proprio sostegno emozionale (dilemma bisogno/paura).

Negatore auto-distruttivo. I negatori auto-distruttivi esibiscono un comportamento inconsciamente auto-distruttivo, come il paziente che continua a bere pur avendo una epatopatia grave. Esistono dei "negatori maggiori" (major deniers) che negano senza alcun intento auto-distruttivo. Questi pazienti tendono a essere workaholics e socialmente impegnati, privilegiano la loro indipendenza e negano la malattia e le restrizioni imposte dal medico.

Il "negatore auto-distruttivo" (self-destructive denier) è tutta un'altra storia. Questi pazienti non sono indipendenti e usano il meccanismo di difesa della negazione nel tentativo di sopravvivere. Piuttosto sono di base profondamente dipendenti e hanno rinunciato alla speranza di vedere soddisfatti i propri bisogni. Sembrano gloriarsi dello loro stessa distruzione e trovano il massimo piacere nello sconfiggere furiosamente i tentativi del medico di tutelare le loro vite e la loro salute. Possono rappresentare una forma cronica di comportamento suicidario, che li può portare a lasciarsi morire.

Storie di pazienti difficili in algologia

1 - Il seduttore. Una donna di 53 anni, con anamnesi di depressioni ricorrenti e di algie diffuse, viene plurioperata per lombosciatalgia secondaria a supposta patologia discale, senza alcun beneficio

antalgico (failed back syndrome). Nonostante i ripetuti insuccessi della chirurgia del rachide e di altre, infinite terapie praticate (farmacologiche, fisiatriche, omeopatia, pranoterapia), la paziente insiste nel richiedere un ennesimo intervento chirurgico, a dispetto dei suggerimenti contrari del terapeuta del dolore che, comunque, viene ripetutamente e insistentemente investito, con un misto di petulanza e di seduzione, di richieste di nuove visite e trattamenti.

2 - Il giocatore. Dopo un'estrazione dentaria complessa e indagosa, una giovane donna di 26 anni, con anamnesi di depressione cronica e di cefalea nel recente passato, lamenta algie orofacciali persistenti e refrattarie al trattamento medico. Nonostante altre consulenze specialistiche abbiano escluso una correlazione diretta tra intervento odontoiatrico e sequele algologiche, la paziente cita in giudizio il dentista ritenuto responsabile della propria condizione. Parallelamente chiede una consulenza algologica per risolvere il quadro algico, giudicato intollerabile e invalidante. Ma di fronte all'alternativa di scegliere tra trattamento antalgico e risoluzione della pending litigation, la paziente opta senza esitazione per questa seconda ipotesi, chiedendo al terapeuta del dolore una relazione medica da poter utilizzare in sede legale contro il sanitario da lei denunciato.

3 - Manipolazioni familiari. Una donna di 41 anni, HIV sieropositiva, si presenta per un herpes zoster acuto toracico molto esteso e non responsivo ai trattamenti antivirali. La paziente è completamente subornata alla madre, alcolista cronica, violenta e possessiva. Nonostante un buon esito antalgico di un trattamento topico e le raccoman-

dazioni di iniziare al più presto un appropriato ciclo di trattamento che, in aggiunta al controllo del dolore, riduca il rischio elevato (nella sua condizione) di evoluzione in nevralgia postoperatoria, la paziente, pur dichiarandosi aderente al trattamento, adduce la scarsa collaborazione della madre alla terapia prescritta come giustificazione per l'interruzione del trattamento. Contemporaneamente persegue trattamenti "dolci" (omeopatia, agopuntura), che tuttavia non controllano il dolore e non impediscono la temuta evoluzione in nevralgia postoperatoria.

4 - *Una coppia autodistruttiva.* Un odontoiatra di 43 anni si presenta con una storia di algie craniofacciali in la branca trigeminale e una TAC cerebrale sospetta per una lesione intracranica. Il terapeuta suggerisce al paziente una risonanza magnetica encefalica, che il paziente rifiuta di fare, non convinto dell'ipotesi diagnostica e della competenza del medico. Qualche giorno dopo, il terapeuta viene telefonicamente apostrofato brutalmente dalla moglie del paziente (non presente alla visita), la quale lo accusa di aver terrorizzato il marito con una diagnosi tanto grave quanto infondata. Tre mesi dopo il paziente comincia a lamentare deficit neurologici multipli e ingravescenti, che impongono il ricovero. La diagnosi è di neoplasia del tronco encefalico, giudicata a quello stadio inoperabile. Il paziente muore due mesi dopo.

Come gestire il paziente difficile?

Non esiste area della pratica medica immune da pazienti difficili. Tuttavia non v'è dubbio che la psichiatria e talune malattie croniche invalidanti comportano il maggior rischio di pazienti difficili. Nell'ambito delle

affezioni croniche, il dolore ha un ruolo privilegiato. Non esistono sindromi dolorose croniche caratterizzate da pazienti difficili, ma non v'è dubbio che talune popolazioni speciali di pazienti (e.g., failed back syndrome, algie facciali atipiche) presentino un maggior rischio di PD. La gestione di questi pazienti, che spesso mettono a dura prova le risorse professionali, temporali ed emozionali del medico e del personale paramedico, è, come si può facilmente intuire, problematica. I modelli gestionali dipendono dalla rapida e corretta individuazione della tipologia di PD, dalle specifiche reazioni emotive e comportamentali negative che elicitano nel medico e dalla capacità di quest'ultimo di opporre appropriati modelli controtransferali. Sono infine rilevanti, ove presenti, problematiche medico-legali (compensation, pending litigation). Il tempestivo riconoscimento del PD e la rapida adozione di modelli gestionali adeguati possono prevenire o addomesticare non soltanto interazioni medico-paziente difficili, che finiscono spesso col penalizzare l'outcome del trattamento, ma anche errori di diagnosi e di trattamento, contribuendo così a ridurre i notevoli costi socio-sanitari. Non esiste un modello gestionale unico per tutti i PD, ma alcuni criteri possono guidare utilmente il comportamento del medico:^{10,13-15,19,25,26} la più efficace gestione di questi pazienti è l'empatia. L'abilità di comunicare empaticamente rende gli incontri meno ostici e favorisce l'alleanza terapeutica. Importanti sono quindi i controlli controtransferali, anche se ciò può risultare problematico e talora impossibile. Ascoltare il paziente e assumere un atteggiamento non giudica-

torio (non-judgemental). Rispettare i sistemi di convinzione del paziente, ma tentare di correggere, con fermezza e garbo, atteggiamenti oppositivi e pregiudizi che ostacolano l'outcome terapeutico. Tentare di comprendere le motivazioni (talora inconsciamente difensive) e gli aspetti simbolici dell'interazione difficile e del comportamento disfunzionale del paziente: segni/sintomi inspiegabili sul piano medico, emozioni forti (paura, rabbia, risentimento, ostilità), patologie psichiatriche (ipocondria, depressione, isteria, disturbi di personalità), impairment cognitivo, causa di feedback incompleti e inappropriati, vantaggi secondari, inganno o auto-inganno. Stabilire chiari confini nell'interazione/relazione medico-paziente (confini temporali, di ruolo, d'impegno, di obiettivi perseguibili). Evitare il confronto col paziente e controllare impulsi controaggressivi. Affrontare il disaccordo su diagnosi e terapia (incongruenza), ed, eventualmente, la sfiducia del paziente nel terapeuta. Accettare e fronteggiare le proprie emozioni negative forti elicitate dal paziente. Elicitare la cooperazione della famiglia del paziente difficile. Se necessario, qualora si ritenga inadeguato il proprio controllo controtransferale, indirizzare il paziente a un altro collega. Consigliabile l'approccio di team (per diluire la responsabilità e il rischio di burn-out syndrome). Analisi (su videotape) degli incontri con uno specialista e partecipazione a gruppi Balint. In ambito algologico, è bene avere presenti alcuni principi tattico-strategici fondamentali: il dolore è sempre e soltanto "reale", e la sofferenza è sempre autentica e degna di attenzione e di rispetto anche quando non riconosca una evi-

dente causa organica. Evitare di dire al paziente che non c'è nulla che non vada o che debba convivere col proprio dolore.

Legittimare l'esperienza del paziente, accettando e facendo accettare un margine d'incertezza diagnostico-terapeutica, e tentare di empatizzare.

Evitare etichette "pericolose", inutilmente connotative e fonti di pregiudiziali resistenze alla terapia (ad es. dolore psicogeno, psicosomatico o somatico). Ridimensionare le aspettative faustiane di una "perfetta cura" e le motivazioni dereistiche, che impediscono al paziente di accettare gli obiettivi e i limiti di una "buona pratica medica". Evitare di proporre l'abolizione del dolore, ma negoziare un ragionevole controllo, coinvolgendo il paziente nel processo di decision-making. Attivare un continuo feed-back col paziente che misuri e monitori il livello di soddisfazione del paziente e della qualità del servizio prestato (come ad es., il Quality Of Care Questionnaire).²⁵ Il diario del dolore non è soltanto un fondamentale strumento di valutazione del dolore e dell'outcome del trattamento, ma anche un prezioso indicatore della compliance del paziente e della qualità della relazione terapeutica. Non misurare il successo del trattamento solo in termini di sollievo del dolore, ma anche in termini di miglioramento complessivo della qualità di vita.

Non rispondere al paziente con sentimenti di rabbia, squalifica, frustrazione, reiezione.

In presenza di problematiche medicolegali in corso, subordinare il trattamento alla definizione (ritiro, sospensione o conclusione) del procedimento medico-legale.

CONCLUSIONE

I pazienti difficili rappresentano una realtà significativa nella pratica medica generale e, ancor più, in malattie croniche, come il dolore. Costituiscono anche uno spinoso problema di gestione, in quanto evocano nel medico e nel personale paramedico emozioni negative e comportamenti inappropriati, che favoriscono errori diagnostici e penalizzano pesantemente l'outcome terapeutico di questi pazienti, oltre a risultare frustranti e irritanti per il medico/paramedico. Il controllo controtrasferale e una comunicazione il più possibile empatica possono favorire una gestione meno ardua, che tuttavia rimane problematica e pone limiti considerevoli alla pratica medica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) De Benedittis G. Countertransference and resonance in hypnotic relationship. Paper presented at the "Advanced International Seminar on The Use of the Therapist's Self in Ericksonian Therapy". Capri, 2001.
- 2) Conroy RM, Smyth O, Siriwardena R and Fernandes P. Health Anxiety and Characteristics of Self-initiated General Practitioner Consultations. *J Psychosom Res* 1999; 46 (1): 45-50.
- 3) Lipsitt DR. The challenge of the "difficult patient" (dejà vu all over again-only more so) *Gen Hosp Psychiat* 1997; 19 (5): 313-314; 315-323.
- 4) McGaghie WC, Whitenack DC. A scale for measurement of the problem patient labeling process. *J Nerv Ment Disord* 1982; 170: 598-604.
- 5) Lipsitt DR. Medical and psychological characteristics of "crocks". *Int J Psychiat Med* 1970; 1: 15-25.
- 6) Drossman D. The problem patient; evaluation and care of medical patients with psychosocial disturbances. *Ann Intern Med* 1978; 88: 366-372.
- 7) Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978; 298 (16): 883-887.
- 8) Hahn SR, Thompson SS, Wills TA, Stern V and Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47 (6):

647-657.

9) Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med* 1998; 7: 126-129.

10) Platt FW, Gordon GH. *Field Guide to the Difficult Patient Interview*. Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 201, 1999.

11) Jackson JL, Kroenke K. Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic: Clinical Predictors and Outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159 (10): 1069-1075.

12) Eggly S, Tzelepis A. Relational control in difficult physician-patient encounters: negotiating treatment for pain. *J Health Commun* 2001; 6(4) : 323-333.

13) Othmer E, Othmer SC. The clinical interview using DSM-IV TR. Volume 2. *Fundamentals: The difficult patient*, American Psychiatric Press, 2002.

14) Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice* 2001; 18 (5): 495-500.

15) Anstett R. The difficult patient and the physician-patient relationship. *J Fam Pract* 1980; 11: 281-286.

16) Hahn ST, Kroenke K, Spitzer RL et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 1-8.

17) Shapiro D. The difficult patient or the difficult dyad? From a characterological view. *Contemp. Psychoanalysis*, 28 (3): 519-524, 1992.

18) Tenzer A.: The difficult patient of the difficult dyad? Subservience and its rewards. *Contemp. Psychoanalysis* 1992; 28 (3): 512-519.

19) Duxbury J. Il paziente difficile. McGraw Hill, pp. 180, 2000.

20) Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134: 897-904.

21) Kristiansen IS, Forde OH, Aasland O, Hotvedt R, Johnsen R, Forde R. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1258-1261.

22) Schwenk TL, Marquez JT, Lefever D, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationship. *J Fam Pract* 1989; 28: 59-63.

23) Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatry illness and chronic low back pain. The mind and the spine-which goes first? *Spine* 1993; 1228(1): 55-71.

24) Weisberg JN. Personality and personality disorders in chronic pain. *Current Review Pain* 2000; 4 (1): 60-70.

25) De Benedittis G. Qualità di vita e patient satisfaction in algologia. *Pathos* 2003; 10 (2/3): 78-82.

26) O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ* 1988; 297: 528-530.