

Il medico e le storie

Giorgio Bert
Dipartimento Comunicazione Counselling Salute, Istituto Change, Torino

Abstract

Doctor and the stories

A one day seminar organized by the Change Institute (Superior School for Systemic Counselling) in Turin on May 10, 2007. A good occasion for presenting and sharing knowledge and practical ways to apply narrative based medicine in everyday work. Of particular interest are the considerations reported by Giorgio Bert.

Quaderni acp 2007; 14(5): 220-221

Key words Narration. Narrative Medicine. Therapeutic relation

Una giornata seminariale, organizzata dall'Istituto Change (Scuola Superiore di Counselling Sistemico) e svoltasi a Torino il 10 maggio 2007, è stata l'occasione per presentare e condividere con i partecipanti conoscenze e modalità concrete di applicazione della medicina basata sulla narrazione nell'agire e nel contesto medico quotidiano. Interessanti, in particolare, le riflessioni contenute nell'intervento di Giorgio Bert, che proponiamo qui di seguito.

Parole chiave Narrazione. Medicina narrativa. Relazione terapeutica

Prima, quando si studiava medicina, si sapeva che bisognava fare raccontare al paziente – valeva lo slogan di Osler “se fate parlare il paziente sarà lui a dirvi la diagnosi” – e grande era l'importanza che veniva data alla narrazione del paziente in termini di semeiotica. La narrazione del paziente in questo contesto veniva ri-narrata dal medico in funzione di un'ipotesi diagnostica: il paziente raccontava cose, il medico ne prendeva alcune che servivano alla diagnosi, scartava quelle che a occhio non gli sembravano utili in tal senso e ricostruiva una storia ordinata, cronologicamente impostata, con catene lineari di causa ed effetto che arrivavano all'oggi e all'ipotesi diagnostica.

Questa forma di narrazione era comunque tale che teneva conto e rispettava quello che il paziente diceva della sua vita e della sua storia.

All'inizio degli anni '70 c'è stata una svolta drammatica, epocale: l'irruzione della tecnologia moderna nella medicina. Del '71 è la descrizione di quello che allora si chiamava Emi-scanner (solo dopo si è chiamato tomografia assiale computerizzata) e che ha radicalmente cambiato il ruolo dell'essere medico. L'avvento dell'elettronica e della biologia molecolare, che permetteva di andare a studiare fino in fondo le origini delle

malattie, ha trasformato il medico in un tecnico di altissimo valore: non era più così importante stare ad ascoltare il malato, non era più così importante stare a visitarlo. La visita rimaneva più che altro come un simulacro rituale. Gli strumenti sofisticati, le fibre ottiche, le microtelecamere hanno cambiato tutto. Per i primi dieci anni c'è stata una reale ubriacatura, con riviste serie che affermavano che nel giro di vent'anni la medicina generale sarebbe scomparsa, perché inutile. Al massimo si poteva prevedere una figura di medico che indicasse le direzioni, inviando il paziente agli specialisti opportuni, capaci di arrivare a fondo con i loro apparecchi. In questa ubriacatura ci si è narrati tutti quanti una storia, divenuta dominante: la medicina è un problema di biotecnologie avanzate; i medici sono dei tecnici di elevatissima qualità, ma pur sempre dei tecnici.

Questa situazione ha un notevole svantaggio: il tecnico è la persona più facilmente valutabile da chiunque. Avere accettato questa posizione di alta tecnologia significa accettare di essere in grado sempre di individuare i guasti e di ripararli. In realtà non si è in grado di fare questo: i guasti sono multifattoriali e, come tecnici, i medici sono stati pesantemente criticati.

Passata la sbornia tecnologica alla fine degli anni '80, ne è rimasto il “mal di testa”: i medici si sono trovati ad avere le stesse responsabilità di prima, senza però la posizione di fiducia e rispetto che in precedenza la gente riponeva nella medicina. La malasanta è diventata una parola di moda, anche perché redditizia, con la possibilità di avere dei risarcimenti.

La personalità del medico ridotto a tecnico ne è risultata pesantemente diminuita. La medicina e l'essere medico avevano un tempo una valenza relazionale importante. È rimasta la storia che la tecnologia sia in grado di risolvere i problemi. Il tentativo di ricostruire una rispettabilità in medicina non può dunque essere fatto andando all'indietro, perché la tecnologia c'è e ha prodotto risultati egregi e importanti, reali. Il tipo di paziente che c'è oggi non è quello di tanti anni fa: legge, va su Internet, si informa, sa o crede di sapere cose, arriva dal medico con idee e convinzioni costruite, strutturate, non si mette nelle sue mani, esige un rapporto di reciprocità. La ricostruzione della rispettabilità del medico non può più passare attraverso la costruzione di una figura paterna o autoritaria. Quello che viene chiesto al medico oggi è l'aspetto fondante della professione medica, che non è la competenza altotecnologica, ma la capacità di costruire una relazione terapeutica [1-2]. È la relazione che fa il medico, non la capacità di usare le macchine: il titolare della malattia non coincide con la malattia. È una persona che ha una vita, un lavoro, una famiglia, delle aspettative, delle paure, delle emozioni. Parlare con una persona della sua malattia non è un qualcosa che viene spontaneo. Il medico non è attrezzato a parlare con le persone; non esistono materie di base in medicina che insegnino a costruire competenze relazionali (medical humanities), quali saper parlare, saper comunicare, saper dare cattive notizie, saper reggere la propria frustrazione quando si devono dare cattive notizie.

Per corrispondenza:
Giorgio Bert
e-mail: giorgiobert@ipsnet.it

narrative medicine

Tra il paziente e il medico c'è un fossato: anzitutto quello che separa tutti i sani da tutti i malati. Un sano è diverso da un malato. Poi ci sono i ruoli: il medico, oltre a essere medico, è anche una persona a pieno titolo, con angosce, frustrazioni, timori, emozioni. Questo fossato non può essere colmato, perché non si può coincidere con un'altra persona. Bisogna però gettare ponti sopra il fossato, perché altrimenti non si comunica. Questi ponti sono in origine di natura antropologica: quando l'antropologo si trova in un territorio che non conosce, in presenza di una popolazione che non conosce (come succede al medico di fronte al paziente, altro da lui, sia come persona che come malato), esplora il territorio e cerca di capire quali siano i significati che l'altro dà agli elementi importanti della sua vita. Allora l'esplorazione antropologica va avanti sulla base di narrazioni: l'antropologo oggi raccoglie storie, cercando di comprendere i significati dell'esistenza e di costruire dei ponti tra quelli propri e quelli degli altri. Nel campo medico ci si trova di fronte a persone, famiglie, sistemi di cui si conosce nulla o quasi. Prima bisogna esplorare per vedere quali sono i punti dove è più facile poggiare il ponte, non troppo lontani da quello che si ha nella propria mente. Ma il medico deve studiare anche sé medesimo per sapere, dalla sua parte, dove appoggiare il ponte. L'aspetto autobiografico è sostanziale, perché i pregiudizi, i preconcetti, le proprie idee e convinzioni pesano all'interno di una relazione e pesano sin dal primo incontro. Quello che si dice a un paziente la prima volta può influenzare tutto il futuro della relazione con lui, se si dicono cose che vanno in uno o in un altro senso, senza ancora avere riflettuto su quanto si dice. La narrazione è lo strumento principale di esplorazione del mondo dell'altro. Non è più una narrazione di tipo anamnestico, da scomporre, per prenderne i pezzi che servono per la diagnosi [3]. Serve a capire che senso e che significato dà l'altro agli eventi della sua esistenza. Può essere un significato totalmente diverso dal proprio, non solo su basi scientifiche, ma anche su basi personali. Questo aspetto narrativo è quello che permette la fondazione di una relazione terapeutica, che è un rapporto di reciprocità, con una parità nella disparità. La disparità, l'asimmetria, è legata

al ruolo e non può essere modificata. La parità è quella che esiste tra persone umane, ciascuna esistente con le proprie emozioni, paure, convinzioni, ecc. La parità implica il rispetto, parola chiave nella medicina narrativa: qualsiasi cosa l'altro narri, va accolta. Questo non vuol dire necessariamente accettarla, né tanto meno approvarla. Accogliere vuol dire riconoscere il diritto di dare alle cose un senso diverso dal proprio, anche se sul piano scientifico può apparire assolutamente stravagante. Se non c'è il movimento di accoglienza, non è possibile costruire una situazione relazionale tale che si possa aiutare l'altro nel cambiamento. La fiducia è relazione, è reciprocità. Questi aspetti relazionali sono lo specifico della medicina narrativa, parte delle medical humanities che utilizza una serie di strumenti culturali (letteratura e altre forme artistiche), e prevede competenze di base che hanno a che fare con l'antropologia, la sociologia, la pedagogia, molto cambiata negli ultimi 60 anni, in particolare per quanto riguarda la formazione dell'adulto [4].

Sono stati i medici delle cure primarie i primi a recuperare questa dimensione, essendo sulla linea del fronte, senza macchine dietro cui nascondersi. In alcuni casi molti medici di medicina generale hanno sperato che mettersi in ambulatorio qualche apparecchiatura di self help potesse aiutarli a rientrare nell'ambito della tecnologia, peraltro senza troppa convinzione. Molti si sono dedicati agli aspetti comunicativi relazionali, con la riflessione su cosa vuol dire oggi essere medico. Creati come operatori, si è molto convinti che bisogna fare; il medico che non riesce a fare si sente facilmente frustrato. La riflessione sull'essere medico in quanto persona, che passa attraverso il recupero delle medical humanities e della medicina narrativa, è la strada principale per recuperare quella posizione di rispetto nei confronti della medici-

na che il medico, come tecnico puro, si era lasciato sfuggire. ♦

Note

[1] "Il punto cinque della Carta di Firenze recita che il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura. La fretta impedisce l'ascolto e non dà la possibilità di rispondere a ciascuno secondo le proprie esigenze. C'è anche un tempo interno, mentale, che è la disponibilità del medico a concentrarsi sul suo interlocutore e a concedergli un tempo veramente suo e a lui dedicato". Gangemi M. La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP. Quaderni acp 2005; 5:185.

[2] "Il medico che non possiede strumenti comunicativi adeguati può trovarsi (e non di rado si trova) in difficoltà allorché non si voglia limitare alla pura e semplice informazione sia pur corretta ed esaustiva, ma intenda ricercare una collaborazione attiva da parte del paziente". Bert G. Una (apparentemente) strana coppia: medicina e narrazione. Introduzione a Narrazione e prove di efficacia in pediatria. A cura di Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.

[3] "La cosiddetta anamnesi dei vecchi trattati di semeiotica non si limitava alla raccolta di dati clinici, ma si allargava alla conoscenza del mondo del paziente, dei suoi rapporti familiari e sociali, delle sue convinzioni personali in tema di salute e malattia; era di fatto una narrazione". Bert G. Una (apparentemente) strana coppia: medicina e narrazione. Introduzione a Narrazione e prove di efficacia in pediatria. A cura di Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.

[4] Il filone delle Medical Humanities nasce dalla riflessione sulla crisi della medicina, a dispetto dei suoi spettacolari successi terapeutici e tecnologici, e dall'analisi dello scollamento tra la cultura scientifico-tecnologica e quella umanistica. L'attenzione a opere letterarie o altre forme della tradizione umanistica, in cui possono essere messi in evidenza aspetti comunicativi, etici e deontologici comuni e ricorrenti nella pratica medica quotidiana, promuove il confronto e la verifica delle finalità e del rispetto di esigenze etiche di una cultura altrimenti orientata unicamente ad accrescere il sapere scientifico. Da: Spinsanti S. Editoriale. Janus 2001;4:3.

