

Un medico tra affetti personali e pratica clinica

I CONTRIBUTI

Maria Paola Zamagni

Università degli Studi di Bologna, “Alma Mater Studiorum”

ABSTRACT

This paper focuses on the doctor-patient relationship through the narrative medicine approach. The Medical Humanities perspective makes it possible to describe the limits of the traditional biomedical model in treating the patient as a person, and offers a wider range of instruments for recognizing and responding to the needs of those who are ill. However, the analysis presented here focuses not so much on the patient as on the attending physician. The protagonist is “the Professor”, a prominent clinician and representative of the traditional biomedical model. His biographical and professional profile reveals the strengths and weaknesses of a style of medical practice which, even with its successes in defeating diseases, is characterized by the difficulty in engaging in a real dialogue with the patient.

Keywords: Narrative medicine, Alexithymia, Aphasia, Empathy, Illness experience.

Un medico tra affetti personali e pratica clinica

1. Guarire il corpo per guarire la persona

Dinanzi a malattie gravi e dolorose, un tempo non solo inguaribili ma anche incurabili, la medicina del nostro presente è in grado di offrire risposte sempre più rassicuranti grazie all'impegno di quanti si dedicano allo studio e alla ricerca di cure appropriate. L'attuazione di interventi preventivi su larga scala, la capacità di operare diagnosi precoci, lo "sviluppo delle conoscenze e tecnologie genomiche e postgenomiche" (Corbellini, 2003), l'impiego di farmaci mirati, disegnano il profilo di una scienza dalla vocazione inarrestabile alla lotta contro il male.

Forte dei progressi ottenuti e con un orizzonte aperto a traguardi sempre più avanzati, la stessa pratica clinica ha finito con l'identificarsi con il modello biomedico, derivando dalla medicina basata sulle evidenze i criteri per formulare protocolli e linee guida utili a fini diagnostici e terapeutici.

Il modello biomedico privilegia il processo di conoscenza della malattia considerata come un oggetto fisico di cui si costruisce la storia in termini nosografici ed eziopatogenetici. Anamnesi, diagnosi e intervento terapeutico guidano l'azione del clinico che si applica al fenomeno osservato sia per comprenderne i meccanismi cellulari e molecolari, sia per monitorare gli effetti prodotti dai trattamenti utilizzati.

Non di rado la parte malata assorbe talmente l'interesse del curante da oscurare la persona che ne è afflitta, quasi che la prima assumesse, per una sorta di relazione metonimica, un rilievo pressoché esclusivo.

Se la malattia aggredisce il corpo incapace di produrre da sé una risposta difensiva adeguata, è al corpo e ai suoi meccanismi biologici inceppati che occorre dedicare la massima attenzione ristabilendo, fin dove possibile, l'ordine, l'equilibrio, la normalità. In tal senso l'organo, l'apparato malfunzionante, viene come s-corporato dallo stesso corpo che è non solo insieme di parti interagenti tra loro ma anche sede, a livello mentale, di pensieri emozioni e relazioni. Elementi, questi, co-

stitutivi di una storia personale cresciuta in un particolare contesto, generatore di credenze, valori e atteggiamenti che orientano nel paziente l'esperienza di malattia.

Se guarire il corpo per guarire la persona è il fine su cui si fonda il patto tra medico e malato, non di rado però ciò che appartiene alla dimensione soggettiva del paziente diventa marginale rispetto alla patologia d'organo.

In generale nella pratica clinica è diffusa l'idea che ai bisogni della persona sia sufficiente prestare una contenuta attenzione, essendo la vittoria sul male, per il medico la cifra del suo impegno e, per il paziente, la migliore risposta alle sue attese. Sulla base di questa priorità si costruisce il più delle volte una relazione che mette al centro la malattia e il medico (*disease/doctor centered*), assegnando al paziente il ruolo di alleato quando mostri di uniformarsi all'impostazione del curante, al quale non deve chiedere più di quanto l'esperto della malattia possa dare. Un'alleanza, però, che per il paziente comporta la repressione dei bisogni legati alla sua storia personale, pur essendo questa capace di condizionare la percezione di malattia e le risorse con cui fronteggiare gli eventi critici che, se vissuti in un clima di estraneità e di anonimato, appaiono ancor più ingestibili.

2. Gioco infantile e simulazione per adulti

Si sa che tra pensiero e linguaggio vi è una reciproca corrispondenza capace di generare e alimentare una specifica *forma mentis*, attraverso la quale viene percepita e interpretata la realtà.

Non desta meraviglia che chi si dedica alla ricerca di base abbia come riferimento il modello scientifico-sperimentale e, di conseguenza, si attenga a procedure volte all'analisi, alla verificabilità e riproducibilità dei fenomeni osservati.

Con rigore metodologico fervono nei laboratori studi e test preclinici, ogni risultato viene confrontato su modelli statistico-matematici. Cellule, molecole e proteine diventano protagoniste di un dialogo con il ricercatore quasi avessero assunto uno statuto antropomorfo.

Chi, invece, si orienta verso l'ambito clinico-assistenziale ha di fronte a sé una realtà diversa, con molteplici sfaccettature che trascendono il dato biologico. La presenza del malato infatti pone problema-

tiche per le quali sarebbe più opportuno adottare un’“epistemologia flessibile” (Corbellini, 2003) che, senza rinunciare all’approccio scientifico, tende a far dialogare il dato patologico con le istanze cognitive ed emotive della persona.

Trasferire ciò che vale in uno specifico ambito (laboratorio) altrove (la persona del malato) è un’operazione rischiosa e inappagante. Anche se vi è condivisione di scopi (curare e guarire), non è indifferente la qualità della relazione che intercorre da un lato tra il ricercatore e il suo oggetto di studio, e dall’altro tra il medico e il malato che vorrebbe riconosciuta la propria individualità nell’accezione etimologica del termine.

Negli anni di formazione alla professione medica, tuttavia, l’insegnamento privilegia l’approccio biomedico e delle evidenze quantitative rispetto alla qualità della relazione, menzionata il più delle volte a fine lezione come richiamo etico all’umanizzazione delle cure. Un appello sincero ma troppo veloce, che non permette di approfondire l’argomento o di maturare esperienze, così che a guida dell’agire clinico spesso non resta che il buon senso: una bussola necessaria ma approssimativa anche per esperti navigatori.

Molti giochi riservati all’infanzia, nel riproporre il ruolo salvifico del medico, avvicinano i bambini alla conoscenza, seppur rudimentale, dell’anatomia e della fisiologia. Piccoli medici crescono, mettendosi alla prova in compiti diagnostici e terapeutici a beneficio di un pupazzo colpito da varie patologie.

Dal gioco infantile alla simulazione per adulti: con tutte le differenze del caso, apprendisti medici e infermieri si esercitano con manichini interattivi che segnalano nel linguaggio mimico-paraverbale ora il perdurare della sofferenza, ora la gratitudine per le felici manovre apportate. Queste esperienze, utili dal punto di vista dell’apprendimento, sono per loro natura limitate, non superando il più complesso esame di realtà.

Ad esse, infatti, difficilmente fa seguito una didattica che “insegni” a parlare con persone vere, che non simulano solo un problema medico ma che hanno bisogno di un contesto assistenziale aperto alla comprensione.

Eppure non mancano nella più vasta comunità scientifica eminenti studiosi che, con la stessa passione per la ricerca di base, ritengono doveroso dar voce ai drammi di chi soffre non solo per la malattia, ma

anche per il senso di solitudine e abbandono. “Quello che serve, oggi, in primo luogo, è mettersi in ascolto di queste vite, colpite e stravolte dalla malattia, troppo spesso umiliate più ancora che dalla malattia da istituzioni lontane incapaci di riconoscere e leggere la complessa realtà che hanno di fronte” (Cattaneo, 2015).

La comprensione di una realtà senza dubbio complessa rientra pienamente nell’ambito della medicina narrativa, in cui non solo il curante si offre all’ascolto del racconto del paziente, ma ne coltiva la trama arricchendola con le proprie competenze narrative vivificate da intuizione, immaginazione e sensibilità.

Senza snaturare la storia elaborata dall’altro, il medico con discrezione entra in quella narrazione, spesso confusa e frammentaria, proponendo interpretazioni e significati fino a quel momento non emersi alla consapevolezza del paziente oppresso dalla condizione di malattia. Ne deriva un racconto in cui si confrontano tanto il vissuto di malattia di chi soffre, quanto quello del medico che, sospinto da dinamiche controtransferali, vi partecipa sia sul piano cognitivo che emotivo.

Nelle prossime pagine si tenterà di delineare, con gli strumenti della narrazione, il profilo biografico e professionale di una figura-tipo di professionista della salute.

Lo chiameremo “il Professore”. Si tratta di una figura che consentirà di evidenziare gli aspetti critici dell’approccio biomedico al malato. Attraverso una ricostruzione dei suoi trascorsi biografici, anche remoti, delle influenze “culturali” assorbite nel corso degli studi e della lunga pratica clinica e, infine, degli atteggiamenti e idiosincrasie caratteriali, emergerà un ritratto in chiaroscuro.

Non solo ombre, ma anche le luci di un modello di medicina – e di medico – capace di esprimere il culto per la scienza e la fiducia nel progresso della lotta contro le malattie.

3. Il Professore

Studioso e clinico affermato, il Professore non perdeva occasione per ribadire ai giovani allevati alla sua scuola che i pazienti vogliono una cosa sola: guarire. Tutto il resto, ansie, paure, preoccupazioni, altro non sono che effetti indotti dalla malattia. E mentre di essa si occupa il medico, tanto che la guarigione cancella ogni affanno, al paziente spetta

rimettersi fiduciosamente al giudizio dell'esperto attuando, da parte sua, le necessarie contromisure per non cedere allo sconforto.

Di ciò il Professore era talmente convinto che non esitava a criticare quanti si spingevano oltre l'impostazione biomedica al fine di accedere all'esperienza di malattia su cui ogni paziente costruisce la propria storia.

Non senza ironia il Professore ribadiva che "ascoltare le confessioni e i romanzi" sottrae tempo allo studio e all'assistenza, oltre ad esporre l'incerto medico ai drammi personali del paziente. Drammi da cui è sempre difficile uscire, e spesso tali da inquinare la lucidità e l'obiettività del ragionamento clinico, fino a pregiudicare il mantenimento di quella necessaria distanza che pone l'uno nel ruolo di curante e l'altro di curato. Senza contare che, paradossalmente, il malato stesso sarebbe indotto a nutrire dubbi sull'autorevolezza scientifica di un medico simile.

A tal proposito, con un pizzico di civetteria intellettuale, il Professore ricordava di aver visto ancor giovane un film di Bergman, *Persona*, imperniato proprio sul tema della relazione: una giovane e inesperta infermiera, vuoi per l'eccessiva vicinanza fisica, vuoi per la sua stessa fragilità, finiva con l'essere dominata dall'inquietante paziente, un'attrice in crisi chiusa in un silenzio tormentoso e difensivo. E quanto più questa taceva, tanto più la giovane si lasciava andare a confidenze intime, stupendosi della loro irrefrenabilità.

La fuoriuscita dal normale rapporto di cura, complici anche i luoghi e la natura che circondavano le due donne, compromette il sentimento di identità dell'infermiera che, in un alterno gioco di sdoppiamento e identificazione con l'attrice, arriva a vedere nella propria immagine allo specchio il volto dell'altra. E, con il volto, tutto ciò che a livello più intimo e profondo identifica la persona.

Ovviamente non per la suggestione indotta dal film, ma per esperienza consolidata nel corso del tempo, il Professore – e su molti punti della sua riflessione non si può essere che in accordo – traeva materia per ancorare il ruolo del medico ai "fatti" analizzati con obiettività e razionalità, essendo questi i fondamenti su cui si costruisce una medicina veramente al servizio dell'uomo.

A chi chiedeva cosa dire all'ammalato assalito dall'angoscia, rispondeva di attenersi a poche ma efficaci regole di comportamento: spiegazioni rapide, con riferimenti scientifici addomesticati alle attese e alla comprensione del paziente, sempre rassicuranti, perciò meglio se ac-

compagnate da voce ferma e da espressioni capaci di strappare, magari con una battuta simpatica, un sorriso.

Raccomandava, soprattutto, che della visita restasse nell'ammalato la convinzione di essere in mani esperte, capaci di affrontare le eventuali complicanze, per ciascuna delle quali comunque si sarebbe trovata una soluzione.

Regole necessarie allo scopo di contrastare la tendenza al sospetto che facilmente i pazienti sviluppano, attenti a interpretare in senso pessimistico i significati delle parole, le esitazioni della voce, le espressioni del volto.

Certo che la medicina, per suo statuto e finalità, fosse la più umana delle scienze, rimarcava il confine nei riguardi di coloro che con la parola pretendevano di sostenere l'animo sconvolto dal dolore del corpo. E se mai la parola può alleviare le sofferenze dell'animo, e del corpo, meglio allora rivolgersi alla fede che, mentre consola la pena nel presente, in prospettiva apre la via verso la salvezza ultraterrena.

Ma il medico – diceva il Professore – deve fare i conti con la biologia alterata di cellule, tessuti ed organi; e se parlare di malattie ai convegni è gratificante e stimolante sul piano scientifico, affrontare gli stessi temi con i pazienti risulta difficile e imbarazzante. E forse c'era da rimpiangere la saggezza della medicina al tempo dell'omertà protettiva che, nell'occultare al paziente la gravità delle sue condizioni, mostrava un volto più compassionevole della medicina attuale che si fa scudo del diritto/dovere all'informazione.

Sebbene consapevole del carico addossato al paziente dalla medicina "informativa", il Professore tuttavia riteneva che chi cura il corpo non debba anche occuparsi delle inquietudini del malato.

È dall'atteggiamento assertivo con cui il medico si pone di fronte alla malattia che il paziente apprende a contrastare la deriva emotiva, per la quale il rimedio non sta nell'assecondare la narrazione dolente del malato, quanto piuttosto nel mostrare che di quella patologia si conoscono non solo i meccanismi, ma anche i più efficaci protocolli terapeutici.

Dal momento che lo stesso sistema immunitario trae benefici effetti dal pensare positivo, il medico deve esercitare una pedagogia costruita sull'esortazione a non cedere, senza sovraccaricare la malattia di significati personalistici e, comunque, arbitrari sul piano scientifico.

Non per nulla, diceva il Professore, sui mezzi di trasporto si fa di-

vieto di parlare al conducente non solo per preservarne la concentrazione nella guida, ma anche come monito per il viaggiatore che se ha titolo per arrivare alla meta, non per questo deve coinvolgere l'autista in richieste che esulano dalla specificità del rapporto.

L'accostamento della figura del conducente a quella del medico dà un chiaro risalto al pensiero del Professore: chi sa, chi ha esperienza, deve essere lasciato agire senza intromissioni, né deviazioni, pena lo scadimento della responsabilità attinente al ruolo ricoperto.

4. Tra pubblico e privato

Ad onor del vero, volendo restituire al Professore un profilo sotto l'aspetto umano più rispondente alle sue caratteristiche di personalità, va detto che non era antipatico, anche se i suoi modi, all'apparenza cordiali, risultavano sostanzialmente evitanti nel rapporto con gli altri.

Che il suo stile di vita fosse sobrio lo si capiva anche dall'abbigliamento, curato ma senza alcuna concessione alla vanità, il che gli permetteva di fare apprezzamenti ironici sui colleghi più attenti ai richiami della moda.

Solitamente restio a partecipare a convegni fuori dell'Italia (si diceva per la sua scarsa padronanza della lingua inglese), ogni mattina di buon ora entrava in reparto, salutava tutti e in fretta si chiudeva nel suo studio, presto raggiunto dai collaboratori per pianificare gli interventi della giornata.

Come tutti, certo, voleva aver ragione. Ma se le sue ragioni non venivano accolte con convinta adesione si spazientiva facilmente, ragge-lando gli incauti oppositori con espressioni sarcastiche. Del resto riservava lo stesso trattamento a chi si mostrava troppo arrendevole o, con adulazione, aspirava a guadagnare la sua protezione. Raramente apriva casa sua ai collaboratori, tra i quali davvero pochi vi erano ammessi. Tuttavia non si sottraeva ai tradizionali riti di convivialità mettendo a disposizione il suo studio per il tempo di un brindisi o poco più.

Come medico aveva con i pazienti un atteggiamento improntato al paternalismo autoritario che, per sua stessa ammissione, praticava ampiamente raccomandandone anzi l'adozione nelle situazioni critiche.

Richiamandosi alla figura del Cireneo costretto ad accollarsi la croce del Cristo sulla via del Calvario, riteneva che ogni medico dovesse

alleggerire la pena del paziente caricando sulle proprie spalle il peso della verità. Verità del resto non eludibile per chi, come il medico, è in possesso di conoscenze scientifiche.

Ma la conoscenza – aggiungeva – non è solo croce: è nel coltivarla, infatti, che si può sperare, nonostante i fallimenti e le battute d'arresto, di avere la meglio sulle malattie.

Nei confronti della sua vita privata era riservato, o meglio sembrava che non avesse nulla di significativo da raccontare, così che il suo curriculum vitae era quasi tutt'uno con quello dello studioso.

Della sua giovinezza si conoscevano tuttavia alcuni episodi. I genitori, gente modesta e senza cultura, avevano sognato per lui la carriera dell'insegnante, magari nella scuola del paese. Ancora ragazzino, il padre, uomo robusto e gioviale, morì consumato da uno di quei mali che, come si sussurrava in casa, non perdonano.

Le cose precipitarono ulteriormente con la depressione della madre, divenuta cupa e incapace di accudire alla casa e persino al figlio, così che questi tutto d'un colpo si trovò di fronte ad una realtà assurda e respingente.

All'epoca, più ancora della perdita del padre, gli apparve inaccettabile il comportamento della madre: il sentimento affettuoso per lei non fu sufficiente a smorzare il risentimento per essere stato come abbandonato. Un rancore che non lo rendeva del tutto immune dal senso di colpa, perché di fronte al naufragio familiare talvolta avrebbe voluto stringersi alla madre per consolarla, ma sentendosi respinto, a sua volta si ritraeva arrabbiato e sconfitto dalla propria impotenza.

Per intercessione del parroco venne mandato a studiare in seminario e secondo alcune signore benefattrici ciò avrebbe potuto condurlo molto saggiamente a una scelta di vita. In seminario non si era trovato male: studiava con profitto, giocava con i coetanei, quasi tutti nelle sue stesse condizioni di necessità, leggeva molto preferendo ai tribolati personaggi dickensiani quelli avventurosi di Verne. Ma la sua predilezione andava soprattutto ai racconti di Conan Doyle, in cui l'impareggiabile detective sbaragliava gli spietati malfattori con l'eleganza del ragionamento.

Con comprensibile orgoglio diceva di aver scelto, alla fin fine, la strada che in qualche modo aveva dato ragione a tutti: era diventato, invece di maestro elementare, docente universitario e al posto di curare la salvezza delle anime si era rivolto a quella dei corpi.

All'inizio della carriera aveva esercitato come medico di famiglia per poter provvedere alle necessità della sua, che nel frattempo aveva formato e diventava sempre più numerosa. Quand'ecco presentarglisi inaspettatamente l'occasione che gli aprì le porte della vita accademica in cui, oltre al prestigio dell'appartenenza, poté cogliere importanti risultati in ambito clinico.

Ben consapevole del valore dei soldi, più che per sé, con ostinazione si era sempre prodigato ad ottenere risorse con cui finanziare l'attività assistenziale e quella di ricerca. E al suo nome, garanzia di serietà, non erano venuti a mancare nel tempo sostanziosi contributi. Ora, a fine carriera, mentre guardava con soddisfazione quello che aveva realizzato, non tralasciava di ammonire i giovani su quanto ancora ci fosse da fare e da scoprire. Per questo occorreva produrre risultati scientificamente provati e, poiché la guarigione è l'unica risposta alle attese di chi soffre, ogni altra considerazione è "mitologia", chiacchiericcio salottiero di improvvisati cultori della salute che vivono ai bordi dell'impostazione medica.

Con mano ferma e severa si dedicava agli allievi più promettenti, ed essi, nonostante il timore dei suoi rimproveri, a volte accompagnati da allusioni misogine, si stringevano a lui ricercandone la guida. Sopportavano, un po' divertiti, le battute che gli fuoriuscivano quando li osservava navigare nel mondo digitale: un mondo che non gli apparteneva, e che per questo tendeva a ridimensionare nella sua importanza.

Vedere attorno a sé tanti giovani accresceva il rammarico per essere stato come tradito dai suoi figli, dal momento che nessuno di loro lo aveva seguito nella professione: alle sue spalle si mormorava che già averlo come padre non doveva essere stato facile, figurarsi poi anche sul lavoro.

5. Una triade vittoriosa

Come tutti, anche il nostro Professore ha la sua storia: con la necessaria cautela con cui si entra nella "vita degli altri", viene facile cogliere in essa il segno lasciato dalle vicende familiari che si susseguirono negli anni della sua giovinezza. Gli eventi dolorosamente vissuti, nel forgiarne il carattere, lo indirizzarono verso gli studi di medicina che, molto spesso, per chi è stato testimone partecipe di malattie e lutti, rap-

presentano non solo il tentativo con cui esorcizzare la paura, ma anche strumento per combattere il male oscuro con le armi della scienza.

A questo obiettivo, esortava il Professore, ci si può avvicinare solo attraverso la conoscenza, la ricerca e la sperimentazione: una triade, questa, vittoriosa su tante malattie responsabili di infinite sofferenze nella storia dell'uomo.

I pazienti vogliono guarire ed è nella guarigione che si realizza davvero il principio del “prendersi cura” delle persone. Tutto il resto altro non è che un'accomodante elaborazione per stemperare l'insuccesso terapeutico, riscattando il ruolo di curante nella conversione al dialogo, alla relazione, all'accompagnamento nel percorso di malattia. Insomma un palliativo: un tentativo di assoluzione per il medico, e per il paziente tutt'al più una suggestione priva di valore terapeutico.

La filosofia del Professore precede e, per alcuni versi, ricorda quella del Doctor House, sintetizzata nella battuta: “Preferisci un dottore che ti tiene la mano mentre muori o uno che ti ignora mentre migliori?”. Certo nel nostro Professore non c'è l'arroganza autocelebrativa, l'asprezza dell'aut-aut e l'accanimento terapeutico che fanno del personaggio televisivo un esasperato rappresentante della medicina tecnospecialistica.

È indubbio che le risposte alle malattie derivino dallo sviluppo della ricerca biomedica, ed è certamente comprensibile lo slancio di chi vi si dedica trovando nei risultati via via ottenuti conferma della validità del metodo. Il problema non è nel metodo seguito dalla medicina a impostazione biologica e tecnospecialistica; è, piuttosto, nel suo passaggio alla pratica clinica, luogo d'incontro tra chi cura e chi è curato, e nella quale ogni paziente confida di poter trovare uno spazio aperto non solo all'informazione ma anche alla relazione (Ricoeur, 1987).

A tal riguardo il linguaggio medico dovrebbe allora uscire dalle categorie con cui i “fatti osservati” vengono analizzati secondo parametri prevalentemente quantitativi e avviare, invece, un viraggio qualitativo verso la comunicazione costruita sull'ascolto e sul dialogo con il paziente. A questo proposito non si richiedono nel curante abilità linguistiche frutto di studiati esercizi di stile; ciò che conta infatti è la consapevolezza che la comunicazione, attenta e rispettosa della sensibilità del paziente, ha in se stessa valore terapeutico, anche quando non può annullare traumi o sanare situazioni gravemente compromesse.

Non si tratta di rinunciare all'impostazione scientifico-razionale,

semmai di arricchirla con l'atteggiamento empatico che, connaturato o meno, si alimenta con la frequentazione del linguaggio delle emozioni, dell'introspezione e del confronto con l'altro. Nel chiedere di non essere lasciato solo, il malato svela la paura della morte che c'è in tutti. Senza eccezione, anche in chi cura.

La malattia per il paziente è esperienza di privazione e separazione da sé e dal mondo dei suoi affetti; per il medico fonte di disagio e talora di fastidio prossimo all'irritazione quando, constatata l'inefficacia dei trattamenti, non resta che la sua persona da offrire come "farmaco" (Balint, 1961). Farmaco che per chi non ha atteggiamenti pregiudizievole – frutto dell'ideologia che oppone il discorso scientifico a quello relazionale – può colmare almeno in parte il sentimento di isolamento nel paziente e, al tempo stesso, mostrare la disponibilità a "pensare la sua mente", confrontandosi cioè con il suo vissuto emozionale (Koren-Karie et al., 2002).

Rincuora constatare che autori di apprezzati lavori scientifici nel campo della neurofisiologia e delle neuroscienze (Benedetti, 2008) dichiarino la loro volontà di abbattere i "muri ideologici" e divisivi tra una scienza ancorata alle "misure" e una "scienza che esplora l'irrazionale [...] dei sentimenti, stati d'animo ed emozioni" (Benedetti, 2013).

Cosa questa però impraticabile per il Professore che, con atteggiamento evitante, seguiva da lontano, attraverso i briefing con i collaboratori, l'evoluzione della malattia, quasi non riuscisse ad attingere, dinanzi al paziente, a quella "pedagogia medica" da lui sempre raccomandata.

Di fronte al malato inguaribile non sapeva cosa dire; sapeva di dover infondere speranza, ma riusciva solo a borbottare generiche frasi di circostanza che, tuttavia, avrebbe davvero voluto fossero efficaci: "vediamo... faremo... si faccia forza...", e in fretta usciva dalla stanza non sopportando lo sguardo affossato nella pena di chi non può essere salvato. Più di una volta sulla soglia veniva raggiunto da sospiri profondi ma fiduciosi, ma qualche altra anche da commenti sommessi e amaramente sarcastici che richiamavano la massima secondo cui "tutti abbiamo la forza sufficiente per sopportare i mali altrui".

Poi, nel suo studio, il Professore mostrava ai suoi collaboratori una parte di sé solitamente nascosta, quasi pudica. Confessava, come a ricercare una complice assoluzione, la limitatezza del suo repertorio di parole che a lui stesso suonavano povere e senza senso, ma che comun-

que erano le sole disponibili dal momento che, al di fuori della malattia, di quella persona non aveva che una conoscenza vaga e di superficie. Del resto – diceva – consolare e confortare riescono meglio a familiari ed amici che intrattengono col paziente una lunga storia condivisa nel tempo, e perciò meglio di chiunque altro sanno trovare le parole giuste per alleggerire l’anima dall’angoscia.

Aldilà dell’effettivo aiuto (quando vi sia) offerto da familiari ed amici, non si può non cogliere nello sfogo del Professore una considerazione contraddittoria, da lui giocata secondo la logica del *double bind*, in merito alla conoscenza: valorizzata sul piano scientifico ma sacrificata su quello relazionale. E una volta che si sia deciso di non andare oltre la conoscenza della malattia, in mancanza di un approfondimento dell’altro, tecnicismo e genericità prendono il sopravvento sull’individualità, forzando il linguaggio verso l’“afasia”, più che delle parole, del sentire insieme.

Far rientrare l’afasia del Professore in quella condizione patologica conosciuta come alessitimia sarebbe azzardato. Nei veri alessitimici la mancanza di intelligenza emotiva li rende incapaci di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni e, di conseguenza, di dialogare con quelle degli altri, preferendo focalizzarsi sugli eventi esterni più che su quelli interni.

Deludenti nelle relazioni affettive, in cui prevale un grigio trantran sul coinvolgimento sentimentale, essi mostrano una spiccata propensione al fare, alla soluzione di problemi che affrontano efficacemente da un punto di vista cognitivo, essendo del tutto intatte le capacità logiche, attentive e mnemoniche.

È ancora dubbio se gli alessitimici non riescano ad esprimere le emozioni in quanto non le provano, o se invece manchino di parole per comunicarle.

Secondo Sifneos (1991) la causa dell’alessitima potrebbe derivare da un’interruzione delle connessioni riguardanti il sistema limbico e la neocorteccia, in particolare a livello dei centri del linguaggio.

Riprendendo gli studi classici di Winnicott (1965) e di Bowlby (1979), altri autori (Koren-Karie et al, 2002; Miranda e Andersen, 2007; Meins et al., 2008) sono dell’avviso che l’indifferenza emozionale dell’alessitimico abbia radici prevalentemente psicologiche, imputabili ad esperienze di “attaccamento insicuro” con la madre, specie se vissute nella prima infanzia.

Al di là delle ipotesi interpretative sul disturbo dell'alessitimia, a dire il vero, il nostro Professore era tutt'altro che una persona scialba e grigia. Aveva e provava dal profondo le emozioni che non esitava a manifestare. Ma non tutte allo stesso modo: incline all'ira, responsabile dei suoi attacchi verbali rivestiti di ironia e sarcasmo, non sopportava però le situazioni in cui si faceva forte l'appello al conforto e alla partecipazione compassionevole.

Da queste si teneva lontano; nell'evitarle, si difendeva dal doverle prima pensare e poi tradurre in un linguaggio che gli permettesse un prudente avvicinamento, senza rischio di restarne sopraffatto.

Alla fin fine, il conflitto tra dire e non dire, tra essere presente o fuggire, si componeva in una sorta di compromesso: parole ripetute sempre uguali per ogni paziente, come in una liturgia monotona che non può scaldare l'animo del destinatario essendo incredulo lo stesso emittente.

6. Il dilemma dei porcospini

Non si ha la pretesa di aver costruito una biografia esaustiva del Professore. Piuttosto, ci interessava mostrare una "copia dal vero" di un esponente della pratica clinica organizzata sul modello biomedico. Quest'ultimo, come già accennato, enfatizza la conoscenza scientifica della malattia a rischio di oscurare la conoscenza della storia personale del paziente, la quale, se può affiorare in un clima di ascolto, per crescere necessita che chi cura risponda ad essa attraverso quello che Bruner (1986, 1990) chiama "pensiero narrativo", elemento fondante dell'approccio *narrative-based*.

La narrazione da parte del malato non è tanto elencazione di sintomi e neppure sfogo emozionale per i disagi fisici subiti; è invece la via per far emergere il proprio mondo interno popolato di ricordi, progetti, attese e, non ultimo, dal rapporto con la morte (Charon, 2006). Dinanzi a questa narrazione il medico può decidere se ascoltarla, facendola in qualche modo propria, o se invece rifiutarla: ora perché estranea al suo ruolo di esperto di malattie, ora perché la teme scoprendosi incapace di gestirla e di corrispondervi.

Per tutti la narrazione rappresenta il tentativo di mettere ordine e dare significato agli eventi, specie se dolorosi e inquietanti. Ma se l'ani-

mo è angosciato, la storia non decolla verso un'unità composta dotata di senso; si avviluppa in se stessa, smarrendosi in idee frammentarie che la paura rende compulsive.

È soprattutto in questi casi che sarebbe necessaria la figura del medico disposto non solo a “farsi cireneo”, ma anche ad accompagnare con la parola la difficile salita. Nella *narrative-based medicine* non basta, infatti, che il medico si predisponga ad ascoltare la storia del paziente, limitandosi tutt'al più a intervenire con modalità tipiche del “narrative smoothing” (Shapiro, 1993), strategia questa impiegata per livellare e sdrammatizzare toni e contenuti particolarmente pressanti.

Al medico si chiede, infatti, una partecipazione attiva, rispondendo a sua volta con una narrazione nella quale il paziente possa rispecchiarsi, trovandovi al tempo stesso ipotesi alternative all'oppressione che lo invade, scenari meno inquietanti rispetto alle conclusioni dettate dallo sconforto.

Anche quando si dice “non c'è più nulla da fare”, resta sempre in realtà qualcosa da fare, o da dire, per alleviare quella che Bruera (2011) chiama “sofferenza non necessaria”, così detta perché si aggiunge a quella della malattia, ma affonda le sue radici nel sentimento di abbandono e anonimato. Sempre Bruera scrive: “... è innegabile che io, ad esempio, lavori in un Cancer Center e non in un Cancer Patient Center. [...] Può sembrare una battuta, ma in realtà è l'espressione sintomatica di una mentalità: il linguaggio rispecchia il nostro pensiero e le nostre azioni”.

Quella del narrare, anche quando non porta il sigillo autorevole di letterati e filosofi, è un'esigenza umana per tentare di capire e afferrare il senso nascosto delle cose. Ora, mentre in medicina stenta a decollare l'interesse per la narrazione come possibile materia di insegnamento o di attività da svolgere in laboratori dedicati, nel mondo del marketing invece si nota una sorprendente apertura nei suoi riguardi.

In prestigiose università di qua e di là dall'Atlantico, numerosi sono i corsi finalizzati al potenziamento delle capacità creative da utilizzare nella pubblicità attraverso l'“arte” dello *storytelling*: in una ristretta cornice temporale viene presentato un prodotto la cui fortuna commerciale non dipende tanto dalle sue intrinseche qualità, quanto piuttosto dalla storia che gli si fa raccontare: una storia che sappia offrire suggestioni e proporre una visione non scontata della realtà (Salmon, 2008).

Addirittura, in alcuni cultori della materia l'ambizione di essere

creatori di storie è talmente sentita da generare, sul lato opposto, risentimento se assimilati al rango meno nobile di creatori di slogan pubblicitari. Certo il mondo della medicina è qualitativamente diverso da quello del business che persegue scopi essenzialmente economici, dettati dalle leggi del profitto. Tuttavia, il richiamo può essere almeno in parte giustificato sulla base di una comune parentela se si assume la comunicazione come luogo dove possono incontrarsi produttore e fruitore, medico e paziente.

In questo campo, il nostro Professore non ci sapeva fare. Se costretto, gli uscivano suo malgrado degli slogan vòlti a un generico “pensare positivo”, che scivolavano via senza dare l’atteso conforto.

Con un’efficace metafora Schopenhauer rappresenta il dilemma di una compagnia di porcospini che in una gelida giornata d’inverno vorrebbero proteggersi dal freddo stringendosi l’uno all’altro, ma al tempo stesso evitare il dolore causato dalle spine che reciprocamente si conficcano nella carne. La soluzione, cui pervengono alcuni di essi, sta nel trovare una moderata distanza che consenta di percepire il tepore e al contempo li metta al riparo dalle ferite. Sulla scia di questa metafora il Professore si collocherebbe invece tra i porcospini che temono la vicinanza ravvisandovi insidie intollerabili, tanto da non avere alternativa all’esposizione al freddo e alle sue conseguenze.

Qui soccorre un’altra immagine, quella del *pallium*, del mantello che, se nulla può contro il rigore del clima, è in grado però di scaldare il viandante nel suo cammino, qualunque sia la meta.

In entrambe le metafore l’avversario da cui proteggersi è il freddo, a sua volta metafora di un clima in cui i rapporti – quand’anche corretti sul piano operativo – su quello interattivo sono formali, distanzianti, anonimizzanti.

Medici affermati e giovani professionisti giustamente appaiono affascinati dai successi derivanti dalla ricerca scientifica e dalle sue applicazioni nella cura delle malattie. Ciò tuttavia non contraddice, a livello sia concettuale sia relazionale, l’assunzione di modalità comunicative attraverso le quali il malato, invece di percepirsi come interessante oggetto di studio per la malattia che ha, possa sentirsi accolto per la persona che è nella sua più complessa realtà esistenziale.

Riferimenti bibliografici

- Balint M., (1957). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli 1961.
- Benedetti F. (2008). *Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease*. New York: Oxford University Press.
- Benedetti F. (2013). *Il caso di G. L. La medicina narrativa e le dinamiche nascoste della mente*. Roma: Carocci.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Cortina, 1982.
- Bruera E. (2011). *Sulle cure palliative*. Bentivoglio (Bo): Asmepa.
- Bruner J. (1986). *La mente a più dimensioni*. Roma-Bari: Laterza, 1988.
- Bruner J. (1990). *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.
- Cattaneo E. (2015). Cosa possiamo fare per le malattie rare. *La Repubblica*, 8 giugno.
- Charon R. (2006). *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Corbellini G. (2003). Ambiguità delle Medical Humanities. *Arco di Giano*, 36.
- Damasio A. (1996). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- Decety J., Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3.
- Donghi P., Peluso G. (2014). *Di cosa parliamo quando parliamo di cancro*. Milano: Cortina.
- Gilbert P. (2012). *La terapia focalizzata sulla compassione*. Milano: FrancoAngeli.
- Koren-Karie N. et al. (2002). Mothers' Insightfulness Regarding their Infants' Internal Experience: Relations with Maternal Sensitivity and Infant Attachment. *Developmental Psychology*, 38.
- Meins E. et al. (2008). Understanding Alexithymia: Association with Peer Attachment Style and Mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45.
- Miranda R., Andersen S. M. (2007). The Therapeutic Relationship: Implications from Social Cognition and Transference, in P. Gilbert, R. Leahy (eds.). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*. London: Routledge.
- Ricoeur P. (1983). *Tempo e racconto*. Milano: Jaka Book, 1986.
- Ricoeur P. (1987). Logica ermeneutica? *aut-aut*, 220-221.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006). *So quel che fai: il cervello che agisce e i neuro-ni specchio*. Milano: Cortina.
- Salmon C. (2008). *Storytelling. La fabbrica delle storie*. Roma: Fazi.
- Sanders L. (2009). *Ogni paziente racconta la sua storia*. Torino: Einaudi.

- Shapiro J. (1993). The Use of Narrative in the Doctor-Patient Encounter. *Family Systems Medicine*, 11,1.
- Sifneos, P. (1991). Affect, Emotional Conflict, and Deficit: An Overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 6.
- Winnicott, D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Armando, 1974.