

Libri

Il malato ed il medico: un rapporto circolare

Il vasto e complesso territorio delle storie e delle interazioni umane è a tutt'oggi un territorio in gran parte ignoto: di esso esistono, certo, diverse mappe; si tratta però di mappe provvisorie e destinate a rimanere tali: la mutevole danza delle relazioni tra esseri viventi esclude la possibilità di una conoscenza completa e definitiva. Medical humanities e medicina narrativa sono elementi indispensabili del sapere medico, allo stesso titolo delle competenze scientifiche, che invece dominano tuttora il curriculum accademico. Trent'anni dopo il fondamentale lavoro di Engel sul modello biopsicosociale in medicina, siamo ancora ben lontani dall'averne valutato l'importanza.

Opportunamente viene in questi giorni pubblicato il primo testo italiano che in modo esplicito collega le medical humanities alla medicina narrativa: **Lucia Zannini. Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Pagine 262. Raffaello Cortina Editore, Milano 2008. Euro 23.**

Ogni soggetto umano può venire descritto in due modi: uno grossolanamente semplificato, che lo fa coincidere con la sua struttura biologica (molecole, cellule, parenchimi, organi, apparati); e uno che ne sottolinea la complessità, in quanto elemento di sistemi, cioè di reti molteplici di interazioni e di relazioni.

L'individuo biologico finisce con la superficie cutanea; l'individuo relazionale prosegue al di fuori di essa, senza limiti spaziali o temporali: le persone possono influenzare in modo significativo sistemi complessi anche a distanza e anche dopo la morte.

Un individuo esclusivamente biologico non esiste: è una semplificazione necessaria per motivi di studio, come il cadavere in sala anatomica; non è una persona.

Una persona è sempre ad un tempo biologica e relazionale. La professione del medico è in certo qual modo unica: essa richiede infatti la capacità di entrare in contatto sia con la realtà biologica dell'individuo, sia con la persona nella sua complessità relazionale e sociale.

Il medico deve quindi possedere competenze scientifiche approfondite e continuamente aggiornate per entrare in contatto con l'individuo inteso in senso biologico; ma deve anche possedere abilità altrettanto rigorose per entrare in relazione con la persona nella sua totalità. Se quest'ultima competenza è assente o viene esercitata in modo casuale e spontaneo, tra medico e paziente la comunicazione può essere difficile o perfino impossibile.

La competenza a cui ci riferiamo si fonda su conoscenze che poggiano su evidenze di tipo diverso da quelle scientifiche, le cui radici sono rintracciabili nell'antropologia, nella pedagogia, nella filosofia, nell'etica, nella psicologia, nella narrativa, nell'arte: competenze mediche di tipo umanistico o, come è d'uso definirle, medical humanities.

Nel suo discorso, Lucia Zannini parte appunto dalla sfida della complessità, che rende impossibile ogni descrizione di eventi in termini puramente lineari mediante ordinate catene di cause e di effetti. Questa descrizione può funzionare, e spesso ha funzionato, sul piano clinico, ma non è sufficiente a costruire e a sostenere una efficace relazione terapeutica. Il rapporto tra medico e paziente è infatti una relazione, per citare Buber, di tipo io-tu, in cui il flusso comunicativo scorre nelle due direzioni: non è cioè lineare, ma circolare.

Conoscere e usare Google

Questa non è una recensione del puntualissimo libro di **Luca De Fiore: Conoscere e usare Google. Percorsi e scorciatoie per trovare ciò che cerchiamo. Pagine 104. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008. Euro 12.** Non è una recensione, ma solo la sequenza di alcune sensazioni da me provate nel leggerlo "tutto d'un fiato" e degli spunti che il volume mi ha suggerito. Ritengo infatti che la recensione di un volume che si occupa di questioni tecnico-procedurali (come consultare in modo ottimale un sito web o, meglio, un motore di ricerca) la debba fare un addetto ai lavori, una persona versata o specificamente esperta nello "sfruttamento" della rete. Sfortunatamente io, pur dovendo usare quotidianamente il PC, non sono né particolarmente versato né un esperto. E allora perché scrivo su questo libro? Per i motivi cui già ho accennato e, in sostanza, per testimoniare la utilità pratica del libro di cui io personalmente ho beneficiato. Alcuni esempi pratici molto indicativi, ricavati già dalle pagine iniziali, mi serviranno per essere più chiaro. Io (ma quanti altri come me?) ignoravo che il NOT booleano non è previsto da Google e che basta usare in sostituzione il segno – posto davanti al termine che ci interessa escludere. Un secondo esempio riguarda la raccomandazione (ovvia, ma non ci si pensa!) di usare termini professionali e non comuni per sfoltire le voci che richiamerò in una ricerca: quindi, se voglio documentarmi su infarto cardiaco, userò *myocardial infarction* e non *heart attack* o, meglio ancora, *myocardial infarction-heart attack*. Un terzo esempio riguarda l'uso della tilde ~ anteposto al termine che ci interessa per richiamare anche le voci simili, allargando così lo spettro dell'indagine. Altro esempio di informazione utile per i pratici come il sottoscritto: la tilde non c'è sulla tastiera, e allora come si fa? Basterà pigiare sul tasto *alt di sinistra* e formulare sulla *tastiera numerica di destra* 0126. Ancora: per facilitare la nostra ricerca, quando abbiamo a che fare con lettere inconsuete (ad esempio dell'alfabeto greco) o accentate in modo particolare (ad esempio l'umlaut dei tedeschi), il libro ci dà il suggerimento prezioso di consultare uno dei siti che fornirà la tabella dei caratteri ASCII. E potrei continuare, perché non c'è capitolo da cui un normale fruitore del PC, come chi scrive, non possa ricavare indicazioni e consigli preziosi per la sua attività. Concludo dicendo che ormai mi sentirei monco se non avessi a portata di mano (e di lettura!) questo libro e che mi sto davvero chiedendo quanti sono i vantaggi che mi sono perso prima di sfogliare con autentico piacere le sue pagine. Altro pregio: il costo (12 euro), che rappresenta il 10% di una buona cravatta (no comment!). Un difetto da pigliare? Le riproduzioni di Google, esaurienti e utilissime, potrebbero essere un po' più grandi per facilitare la lettura. Ma si tratta di un peccato veniale diluito dai tantissimi pregi.

Giorgio Dobrilla
Primario Gastroenterologo Emerito
Ospedale Regionale, Bolzano

Nella medicina narrativa, la storia del paziente non coincide con l'anamnesi (una storia unilaterale narrata dal medico a fini diagnostici) ma è una narrazione comune, che medico e paziente costruiscono insieme nel corso del tempo, destinata a terminare solo con la fine della relazione terapeutica.

«Nel processo di autentica comprensione di una storia, il medico entra dunque con tutto se stesso, al fine di costruire una conoscenza del paziente inteso come soggetto unico e irripetibile. In questo senso, l'evento malattia diviene un testo da interpretare alla ricerca di un significato, e il medico non è solo l'interprete di esso ma fin dall'inizio il suo co-autore» (pag. 62)

In questa narrazione condivisa e coinvolgente il medico rischia, per il prevalere degli aspetti emotivi, di confondere la propria storia con quella del paziente, dimenticando che ogni relazione terapeutica è e deve restare rigorosamente una relazione di tipo io-tu: una relazione cioè che salvaguarda la differenza e la giusta distanza. Per questo ogni intervento narrativo in ambito medico richiede una seria e approfondita formazione tecnica alla comunicazione e al colloquio: le cosiddette abilità di counselling. Nulla deve essere lasciato alla spontaneità o all'improvvisazione. Il discorso di Lucia Zannini è in ogni momento improntato a tale rigore metodologico, e questo è un altro merito dell'autrice.

La sezione del libro che è a mio avviso la più affascinante, e giustamente occupa poco meno della metà del testo, è quella dedicata alla formazione dei professionisti della cura alla medicina narrativa. Voglio sottolineare che la competenza pedagogica dell'autrice è di fondamentale importanza. È sorprendente infatti che i medici, i cui interventi sono volti a produrre cambiamenti anche radicali nel comportamento dei malati, e che hanno inoltre il compito di favorirne l'autonomia, siano totalmente sprovvisti di competenze pedagogiche. Ciò vale perfino per quei medici che svolgono attività di insegnamento. Questo capitolo, ricchissimo, ha una grande importanza in termini di operatività.

È bello e appagante, infatti, riflettere in modo astratto sull'importanza della narrazione in medicina, ma il rischio è che il medico o lo studente, una volta sul campo, si dica: "tutto vero, tutto molto interessante... ma davanti a "questo" paziente come li utilizzo, quegli affascinanti concetti? E se lui non vuole "narrare" proprio un bel niente ma richiede solo un esame clinico, un farmaco, un certificato e null'altro?"

Domande che nascono dalla nostra *forma mentis* scolastica, che tende a vedere nella medicina narrativa una tecnica che si applica al paziente e sul paziente, qualsiasi paziente: ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione, narrazione... O magari una materia da esame, come la biochimica o la fisiologia.

La medicina narrativa è, invece, un atteggiamento mentale che permette al medico di costruire con quel particolare paziente una relazione efficace in funzione delle sue esigenze e dell'obiettivo di cura; è un ponte gettato tra due mondi destinati altrimenti a rimanere separati; è la capacità di scegliere tra le possibili domande narrative quelle più idonee al raggiungimento dello specifico obiettivo; è l'abilità di condurre un colloquio evocando la narrazione, guidandola e, quando è il caso, interrompendola.

È quindi ovvio che la medicina narrativa richieda da parte del medico una formazione continua alla comunicazione, formazione che si avvale di molteplici strumenti che l'autrice sintetizza con chiarezza: autobiografia, scrittura, lettura, uso del cinema, della musica, delle arti figurative; acquisizione di competenze pedagogiche, antropologiche, filosofiche. Per quanto possa provarci, infatti, il medico non può rifugiarsi nella pura biologia, nella clinica e ad esse limitarsi: la relazione terapeutica non è diversa da altre relazioni profonde come l'amore o l'amicizia, e come quelle coinvolge le persone nella loro totalità.

Le medical humanities, cui la medicina narrativa è strettamente correlata, non sono un di più, un arricchimento culturale per appassionati: sono l'essenza stessa dell'agire medico, che per definizione si esplica in un rapporto di tipo io-tu, non di tipo io-esso, che farebbe del paziente un mero oggetto di studio e di sperimentazione.

In questi termini è assolutamente da condividere la conclusione di Lucia Zannini:

«Se le medical humanities vengono proposte come un semplice "divertissement", allora la loro introduzione in un curriculum formativo, benché percepita come piacevole dagli studenti, è inutile, se non dannosa, perché in ultima istanza squalifica le modalità conoscitive basate su forme di pensiero narrativo, relegandole a una posizione di secondo piano. Il problema non è quello di rendere più piacevole la medicina, ma di imparare a guardare al malato e alla malattia in una prospettiva più ampia, più creativa e al contempo più incerta, nel senso di "meno carica di certezze"». (pag. 245)

La narrazione è una modalità comunicativa flessibile e mirata, che va di volta in volta adattata al paziente reale e alla situazione reale. Non esistono due narrazioni uguali, neanche quando provengono da una stessa persona.



L'assistenza all'Albert Einstein Hospital di Philadelphia (USA), 1991. Foto di Leonard Freed. Dal volume: Dagli archivi dei grandi fotografi. © Libardi & Partners, Roma.

È chiaro il senso del discorso: la trasformazione delle medical humanities e della medicina narrativa in materie di studio o di esame, per di più opzionali, non fa che confermare l'errata convinzione che la medicina sia principalmente (se non solo) un corpo di conoscenze biologiche e cliniche; il paziente diventa così una sorta di soggetto da sala anatomica, casualmente vivente.

Questo libro propone invece, sia pure con l'understatement proprio dell'autrice, una rivoluzione radicale nella formazione del medico: medical humanities e medicina narrativa sono la medicina, non una nota a piè di pagina nello Harrison.

L'amplessissima bibliografia costituisce un ulteriore pregio del volume, che non dovrebbe mancare in nessuna biblioteca medica.

Un'unica critica: un testo di questa complessità richiede assolutamente un indice analitico, che qui è invece assente, ciò che rende difficile la consultazione. Sarà per la prossima edizione.

Giorgio Bert
Istituto di Counselling Sistemico CHANGE
Torino
www.counselling.it

Musicofilia

«Signora, dove c'è musica
non può esserci nulla di cattivo»
Miguel de Cervantes

L'idea che la musica goda di rango privilegiato nella scala dei valori dell'agire umano è probabilmente coeva alla consapevolezza del pensare. Platone e Aristotele ne avevano ben compreso le potenzialità, tanto da mettere in guardia contro le eventuali insidie di una tale attitudine. E, ancor prima, non era sfuggito alla cultura cinese il significato delle tonalità fondamentali. In tempi meno remoti, la riflessione filosofica ha focalizzato l'aspetto narrativo della musica come immagine dell'esperienza temporale, rappresentata con una immediatezza strutturalmente inattuabile dai modelli di espressione verbale e spaziale. Ed oggi siamo arrivati al punto che è divenuto possibile asserire — come scrive Sacks — che per un anatomico può ancora essere arduo identificare il cervello di uno scrittore, di un matematico, di un pittore, là, dove, invece, egli riconoscerebbe senza esitazione quello di un musicista (**Oliver Sacks. Musicofilia: racconti sulla musica e il cervello. Traduzione di Isabella Blum. Pagine 434. Adelphi edizioni, Milano 2008. Euro 23. ISBN 978-88-459-2261-9.**)

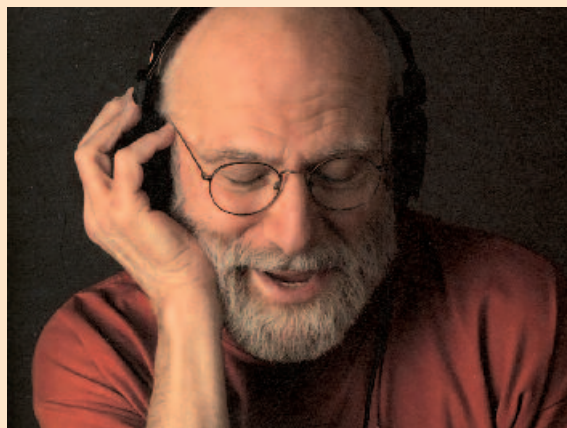
Siamo ancora di fronte alla diade mente e cervello (il sottotitolo del libro appare, ancora una volta, una scorciatoia), e il dovizioso contenuto contribuisce a ricordarci quanta strada — espressa in chilometri di patologia — resta da percorrere per colmare, almeno in parte, le nostre lacune in quest'area: biologica e, insieme, biografica.

Seppure le quattro sezioni del volume — “Tormentati dalla musica”, “Le dimensioni della musicalità”, “Memoria, movimento e musica”, “Emozione, identità e musica” — suggeriscano un itinerario positivo delle funzioni cognitive connesse alla musica, l'esposizione, nella maggior parte dei casi, fa ricorso a condizioni patologiche: allucinazioni, amusia cocleare, parkinsonismo, sindrome di Williams, demenza, cecità, sindrome dell'arto fantasma. Il lettore apprenderà, tuttavia, come la musi-

ca aiuti a colmare assenze di memoria, disturbi del linguaggio e disfunzioni motorie conseguenti a traumi e a processi degenerativi. Sono promettenti, ad esempio, le recenti esperienze del neurofisiologo Eckart Altenmüller (Università di Hannover) sulla riabilitazione per mezzo della musicoterapia di pazienti con emiparesi da ictus. Le sue indagini — condotte nei pazienti che non hanno subito danni funzionali gravi — hanno dimostrato che l'utilizzo di uno strumento musicale è in grado di migliorare le abilità motorie, grazie alla rapida riorganizzazione neuronale non solo delle aree motorie corticali, ma anche dei circuiti nervosi sensoriali deputati a ricevere e analizzare gli stimoli uditivi traducendoli poi nel movimento di un braccio o delle dita di una mano.

Nel capitolo 14 — “Un suono verde brillante: sinestesia e musica” —, Sacks pone in atto un approccio più diretto e specificamente musicale ai sottostanti processi cognitivi. È interessante l'idea secondo la quale il carattere autoreferenziale della musica non sarebbe dovuto all'associazione tra fenomeni acustici esterni ed altri non acustici e soggettivi, bensì alla connessione e collaborazione di distinte e primordiali aree della funzione mentale. Scrive Sachs: «Letteralmente, sinestesia significa fusione dei sensi e viene quindi classicamente descritta come puro fenomeno sensoriale. Tuttavia emerge con chiarezza che esistono anche forme concettuali di sinestesia» (pagina 214). Chiunque abbia sperimentato quella specie di nebbiolina mentale, un sottofondo confuso e non sgradevole di parole e musica, caratteristico della condizione ipnagogica (la zona grigia tra veglia e sonno) sarà fortemente tentato di considerare la musica propriamente come una specie di sinestesia, un racconto che nasce dalla fusione di suoni e tempi, di intelletto ed emozione: il tutto all'interno del nostro io.

Ecco come ce la descrive l'Autore, ancora una volta con un esempio vivido di esperienza personale, ipotesi di studio inverata “in carne ed ossa”: «...Mi era capitato un brutto incidente mentre scalavo una montagna in Norvegia e mi ero strappato il tendine del quadricepito della gamba sinistra, producendomi anche qualche danno al nervo. La gamba era inservibile, e dovevo trovare un modo per scendere dalla montagna prima che calasse la notte. Scoprii che la strategia migliore era di spingermi giù «remando», un po' come fanno i paraplegici sulla sedia a rotelle. Al principio trovai l'operazione difficile e scomoda, ma ben presto presi il ritmo, accompagnandomi con un canto da marciatore o da vogatore (era il canto dei battellieri del Volga), con una vigorosa spin-



Oliver Sacks, ritratto da Elena Seibert, 2008.

ta in corrispondenza di ciascun tempo forte. Se prima mi ero trascinato a forza di muscoli, adesso era la musica a mandarmi avanti. Senza questa sincronizzazione tra musica e movimento, fra uditivo e motorio, non sarei mai riuscito a scendere da quella montagna. Fui soccorso a metà della discesa e portato in un ospedale, dove la mia gamba fu esaminata, radiografata e ingessata: poi mi imbarcarono su un volo per l'Inghilterra, dove, a quarantotto ore dall'incidente, mi operarono per riparare il tendine. Ovviamente, per il nervo e gli altri tessuti lesionati occorreva aspettare una guarigione naturale, e quindi ci fu un periodo di quattordici giorni nel corso del quale non potei usare la gamba. Di fatto mi sembrava che fosse intorpidita e paralizzata, e che non facesse nemmeno più parte di me. Il quindicesimo giorno, quando i medici pensarono che avrei potuto caricare il peso sulla gamba senza correre rischi, scoprii di aver stranamente «dimenticato» come si fa a camminare. C'era solo una sorta di pseudocamminata: la spontaneità del camminare, quell'automaticità naturale e non mediata dal pensiero, mi aveva completamente abbandonato finché, ancora una volta, all'improvviso, la musica venne a soccorrermi. Mi avevano portato una cassetta del Concerto per violino in mi minore di Mendelssohn: era la sola musica che avevo con me e l'avevo ascoltata quasi senza interruzione per due settimane. Ora, tutt'a un tratto,

mentre ero in piedi, quel concerto cominciò a suonare da sé nella mia mente, vividissimo. In quel momento, il ritmo e la melodia naturali del camminare tornarono a me, e insieme ad essi tornò la sensazione che la mia gamba fosse viva, che facesse ancora parte di me. All'improvviso, «ricordai» come si fa a camminare.»

Queste intuizioni ed evidenze sono esposte con una scrittura agile, nell'inconfondibile stile dell'Autore, un sorvegliato equilibrio tra rigore scientifico ed intendimento divulgativo, con toni a volte drammatici, non di rado, invece, ironici e rassicuranti. Pur mantenendo l'aplomb di origine (protagonista della neurologia mondiale), la prosa aneddotica, la scelta esemplare della casistica, l'impiego assai appropriato della terminologia, rendono meritevole di elogio questa ulteriore prova di audace (e rassicurante) "esploratore" della nostra mente e del nostro pensiero.

Pensiero e visione: allorché tra queste due potenzialità si realizza un reciproco scambio — scriveva Rudolf Arnheim — allora abbiamo la premessa dell'opera artistica. Perché non parafrasare questa intuizione per l'agire del medico? Diagnosi, terapia, prognosi non derivano, forse, da un mutuo apporto d'occhio clinico e di evidenze? Di natura e ragione, di biologia e biografia? La copiosa e vissuta produzione di Oliver Sacks ce ne rende attendibile testimonianza.

Musica e cuore

Il celebre violinista Tartini non amava i freddi virtuosismi, ma voleva che la musica commovesse gli animi. Qualche volta venivano da lui a farsi sentire i giovani principianti, per domandargli consigli e ammaestramenti; e costoro, per far buona figura presso il maestro insigne, si compiacevano di suonare pezzi pieni di difficoltà e nei quali potesse brillare la loro arte. Tartini li stava ad ascoltare immoto, e poi alla fine, scotendo il capo, esclamava: – Tutto bene, tutto bene; ma questa vostra musica non mi ha detto niente qui – e si toccava il cuore.

Alice Morgan

