

Il bravo dottore che ascolta

di **Gilberto Corbellini**

La medicina narrativa va di moda. Ma cos'è? Si tratta, in sintesi, dell'idea che il racconto in chiave personale o soggettiva della malattia e della salute concorra a migliorare l'efficacia della medicina. C'è un modo discutibile e uno buono di valorizzare la dimensione narrativa in medicina. Fa un cattivo servizio alle persone e alla loro salute pubblica chi, attraverso varie forme di letteratura e insegnamento, difonde o accredita le narrazioni di cure irrazionali, spontaneistiche o pseudoscientifiche. Lasciando da parte chi mette l'omeopatia o la psicoanalisi sullo stesso piano epistemologico della farmacologia, rimane il fatto che una critica non ponderata del cosiddetto modello biomedico della malattia può aprire la strada a incursioni da parte di idee pseudoscientifiche. Lo si è visto con i casi Di Bella e Stamina.

La medicina narrativa che si è meglio radicata nel mondo medico è quella che presuppone l'uso delle migliori conoscenze e tecnologie mediche, lavorando con il paziente per adattarle anche alla biografia e alla psicologia di quest'ultimo. In questo modo, per esempio, l'intende il cardiologo Alfredo Zuppiroli, che inizia il suo libro raccontando di una paziente che ha sviluppato una fibrillazione atriale a partire anche da condizioni personali di ansia e depressione dovute a sentimenti di inadeguatezza. La storia contiene effettivamente più informazioni sull'episodio clinico di quante se ne possano ricavare dall'elettrocardiogramma: «Sentivo per la prima volta il mio cuore, mi sembrava un uccello ferito, come se un'ala battesse normalmente, ma l'altra non seguiva lo stesso ritmo... quest'uccello ogni tanto planava, si riposava, ma dopo poco il battito delle ali riprendeva violento e non coordinato». Le riflessioni di Zuppiroli ruotano intorno al problema che i medici sono formati per raccogliere fatti depurati da qualunque soggettività. Quando, invece, tutto dimostra che la predittività, cioè le risposte comportamentali psicologiche o culturali, agli stimoli dovuti al disturbo o al contesto nel quale quel disturbo è vissuto, sono una componente ineliminabile della storia clinica di una malattia.

«Da molti anni sappiamo come il medico concentri la sua attenzione sui dati oggettivi e tenda a trascurare quella parte della storia che sembra trascendere il fatto. Non si spiegherebbe altrimenti come il medico intervenga a interrompere il racconto del paziente in media dopo sedici secondi e che meno del due per cento dei pazienti, una volta interrotti, riesca a completare il racconto che aveva in mente». Sono ormai diverse le ricerche da cui si evince che quasi mai il paziente ha tempo di raccontare perché si è recato dal medico, esponendo le ragioni che si era preparato. E ci sono prove che questa abitudine del medico di indirizzare il colloquio, invece di ascoltare, è all'origine della perdita di informazioni utili per la diagnosi, il trattamento e la prognosi.

Esiste una letteratura empirica copiosa da cui si evince che i tempi che scandiscono una visita medica e le variabili comportamentali leggibili dal

paziente come attenzione e rispetto, cioè ascolto e simpatia/empatia, migliorano il soddisfacimento del paziente, senza alcun detrimento per la professionalità e l'efficienza medica. Anzi. Da diversi anni negli Stati Uniti e anche presso alcune scuole mediche europee si è valorizzata una formazione avanzata dei medici che migliori le capacità comunicative in generale o da applicare in contesti specialistici.

Ma perché il medico che comunica meglio appare, e spesso è più efficace? Perché come sosteneva Michael Balint nel lontano 1957: il medico stesso è il primo e principale farmaco per il paziente. E anche questa è una vecchia storia, che affonda le radici nell'antropologia evolutiva della malattia e della cura. Balint, psicoanalista ungherese, è stato il primo a studiare empiricamente il rapporto-medico paziente, partendo da gruppi di medici di medicina generale che si incontravano regolarmente negli anni Cinquanta alla Tavistock Clinic di Londra, per discutere le esperienze di consultazione e quindi riflettere sul loro lavoro e su come gestire i sentimenti e le reazioni psicologiche suscitate da tali esperienze. I risultati di quello studio sono diventati in un libro molto influente presso la cultura medica anglosassone, e che oggi può essere attualizzato senza che il suo messaggio sia percepito come una limitazione per il rafforzamento dello statuto scientifico della medicina. La nuova edizione del libro, pubblicata da Giovanni Fioriti, è arricchita e aggiornata da opportune note di Francesco Benincasa, che riconducono molti dei fenomeni descritti da Balint a processi neurobiologici sottostanti alle espressioni psicologiche delle condizioni cliniche, così come a processi che modulano i comportamenti del medico in termini di cosiddetta empatia.

Le dimensioni psicologiche e culturali della malattia sono mediate da comportamenti che mettono in atto predisposizioni cognitive ed emotive umane che possono essere ricondotte a schemi di funzionamento del cervello, e che si attivano anche in rapporto alle storie personali, in rapporto alle quali quelle predisposizioni evolutive sono modulate e trovano una loro funzionalità benefica. Le narrazioni sono utili, quando lo sono, perché lavorano attraverso il funzionamento integrato dei processi di comunicazione, e fanno leva sul bisogno spontaneo di trovare un senso alla minaccia che un disagio o che una malattia rappresenta. Ma non sono giustificati compromessi con dottrine pseudomediche, che attraverso la critica al riduzionismo o la segnalazione dei limiti del modello biomedico della malattia aspirano a legittimare delle superstizioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Michael Balint, Medico, paziente e malattia, a cura di Francesco Benincasa e Mario Perini, Giovanni Fioriti Editore, Roma, pagg. 388, € 34,00

Alfredo Zuppiroli, Le trame della cura. Le narrazioni dei pazienti e l'esperienza di un medico per ripensare salute e malattia, Maria Margherita Bulgarini, Firenze, pagg. 142, € 14,00