

La Medicina narrativa può essere applicata come strumento di prevenzione?

Can Narrative Medicine be used as a prevention tool?

Pierluigi Brustenghi

Dipartimento di Riabilitazione, Azienda Usl Umbria 2

Parole chiave: Medicina narrativa, competenze, istinto a narrare, strumenti, Embodied cognition, Darwinismo letterario, Cognitivismo letterario, Medicina preventiva

RIASSUNTO

Introduzione: affiancare la Medicina basata sulle evidenze alla Medicina basata sulla narrazione offre notevoli vantaggi sia sul piano clinico assistenziale che su quello della Medicina preventiva. L'articolo affronta in primo luogo la definizione e l'inquadramento generale della Medicina narrativa. Passa poi ad affrontare la descrizione delle metodologie e degli strumenti utilizzabili in tale ambito e degli ambiti e contesti applicativi. A partire poi dal Darwinismo e Cognitivismo letterario vengono analizzati i significati delle narrazioni oggettuali nell'ottica dell'embodied cognition.

Obiettivi: offrire al lettore una conoscenza di base sul tema al fine di applicarla in contesti ben definiti con particolare riguardo alla prevenzione della salute.

Metodi: revisione della letteratura sul tema, ivi compresa la recente Consensus Conference del 2014 dell'Istituto superiore di Sanità.

Risultati: ampliando gli orizzonti culturali si offrono al lettore spunti di riflessione che spaziano dall'archeologia, antropologia, neuroscienze per giustificarne l'uso in ambito preventivo.

Conclusioni: la narrazione, in qualsiasi sua forma espressiva, si configura come una necessità inderogabile finalizzata a ridurre o annullare i rischi e pericoli che l'uomo, da sempre, ha affrontato e affronterà. Ogni utensile che l'uomo abbia mai costruito, ha posseduto sempre un significato narrativo indirizzato alla specie di appartenenza. La Narrazione stessa può essere identificata e utilizzata come utensile altamente funzionale.

Keyword: Narrative Medicine, skills, instinct to narrate, tools, Embodied cognition, Literary Darwinism, Literary Cognitivism, Preventive Medicine

SUMMARY

Introduction: combining evidence-based medicine with narrative-based medicine offers significant advantages

Autore per corrispondenza: pibruste@gmail.com

both in terms of clinical care and preventive medicine. The article deals primarily with the definition and the general framework of narrative medicine. It then goes on to address the description of the methodologies and tools that can be used in this field and the areas and application contexts. Starting from Darwinism and literary Cognitivism, the meanings of object narratives are analyzed from the point of view of embodied cognition.

Objectives: offer the reader a basic knowledge on the subject in order to apply it in well-defined contexts with particular regard to the prevention of health.

Methods: review of the literature on the subject, including the recent 2014 Consensus Conference of the Istituto Superiore di Sanità.

Results: widening the cultural horizons offer the reader food for thought ranging from archeology, anthropology, neuroscience to justify its use in the prevention field.

Conclusions: the Narration, in any of its expressive forms, is an imperative necessity aimed at reducing or canceling the risks and dangers that man has always faced and will face. Every tool that man has ever built, has always had a narrative meaning addressed to the species of belonging. The Narration itself can be identified and used as a highly functional tool.

“Il talento narrativo contraddistingue il genere umano tanto quanto la posizione eretta e il pollice opponibile. Nessuno di noi conosce la precisa storia evolutiva della sua origine e sopravvivenza. Ma quel che sappiamo di certo è che questo talento è irresistibile, in quanto mezzo per comprendere l’interazione fra gli uomini.” Jerome Bruner (1).

Ho partecipato, in qualità di membro del comitato scientifico, alla Conferenza di consenso sulle linee di indirizzo per l’utilizzo della Medicina Narrativa (MN) in ambito clinico-assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative presso l’Istituto superiore di Sanità negli anni 2013-2014. Il documento definitivo che riassume il lavoro fatto può essere consultato sul sito del Centro Nazionale Malattie rare dell’Istituto Superiore di Sanità (2). La conferenza ha affrontato, per la prima volta in Italia, i seguenti aspetti:

- a. Definizione di Medicina Narrativa
- b. Metodologia e strumenti utilizzati in Medicina Narrativa
- c. Ambiti e contesti di utilità della Medicina Narrativa

Definizione e inquadramento della Medicina Narrativa (MN)

La MN è una pratica clinico – assistenziale transdisciplinare che non si oppone alla Evidence – Based – Medicine (EBM) ma si integra ad essa amplificando, sostenendo e talora recuperando aspetti di cura che i dati dell’evidenza hanno, nel tempo, svilito o trascurato. I professionisti della salute hanno ricevuto dal punto di vista culturale una formazione strettamente polarizzata sulla “disease” ossia sulla malattia intesa dal punto di vista biologico, ma poco è stato dato loro riguardo la “illness” e la “sickness” ossia sugli aspetti del vissuto di malattia e sui loro effetti sociali.

La MN richiede competenze specifiche che non possono essere improvvisate o emulate, poiché solo attraverso un percorso formativo ben strutturato è possibile acquisire una

“forma mentis” basata sul mix: predisposizione personale – azione formatrice dell’ambiente socio – culturale. Insomma, occorre da un lato, il possesso di un interesse del soggetto al tema e dall’altro l’acquisizione di elementi transdisciplinari di tecnica e cultura. In un processo di cura intervengono molte figure professionali che vanno a costruire quello che è il “team di cura” il cui scopo principale è quello di costruire una mente collettiva attraverso un’attenzione distribuita e un’attenta interazione: “More eyes see more”. Il team, se coeso, sviluppa intuizioni e dà spontanee soluzioni ai problemi che di volta in volta si presentano, è aperto all’innovazione e sa controllare ogni aspetto sia clinico che relazionale, insomma cogli l’attimo saliente e lo trasmette in senso costruttivo. Nelle emergenze poi sa essere plastico e risolutivo attraverso l’attivazione di quei feed-back che ogni membro attiva in favore del cambiamento senza perdere del tempo utile, tenendo alte le aspettative dell’utenza attraverso l’ascolto mirato. Un team può essere ben strutturato sulla EBM, meglio ancora se a ciò associa la sua prestazione anche nell’ottica ENM sfruttando specifiche competenze comunicative, permettendo alla persona malata e alla sua famiglia di assumere un ruolo di protagonista nel processo di cura che diventa co-costruzione e non semplice azione passivamente subita.

Sono 4 gli approcci teorici alla MN:

1. Terapeutico
2. Umanistico-narratologico
3. Fenomenologico-ermeneutico
4. Socio-antropologico

Il ventaglio come si vede è ampio e non potrebbe essere altrimenti.

Nel primo approccio è sotteso il processo di cura in un’ottica di pluralità di significati la cui applicabilità ed esperienza risulta al momento prevalente nei campi: neuropsicologico, psichiatrico e neuro riabilitativo. Tra Terapeuta e Paziente lo scambio di significati che derivano dall’esperienza di cura rappresenta il fulcro della relazione e vede una rivalutazione del significato di “parola di cura”. Una delle potenzialità basilari dell’operatore sanitario in questa ottica è senza dubbio la capacità di usare parole giuste ed appropriate in relazione al linguaggio che la persona curata offre al fine di costruire storie di cura.

Jonathan Gottschall nel suo libro: “L’Istinto di narrare” parla, fra l’altro, di una libertà di nuotare tra le parole e dice: “Le storie sono per gli esseri umani ciò che è l’acqua per i pesci, cioè vi sono immersi ma è un fatto impalpabile” e aggiunge: “Le storie sono il collante della vita sociale umana, definiscono i gruppi e li tengono saldamente uniti. Viviamo nell’isola che non c’è perché non possiamo farne a meno. Siamo l’animale che racconta storie” (3). Kandel, premio Nobel 2000 per le Neuroscienze sostiene che la parola può modificare la plasticità sinaptica e l’espressività dei geni aprendo scientificamente le porte a ciò che potremmo definire: “Terapia narrativa” (4-6).

Il secondo approccio (umanistico-narratologico) sebbene abbia una radice olistica, nasce

da un medico americano, la Dott.ssa Rita Charon (7). La dottoressa è un'internista e lavora presso il Presbyterian Hospital di New York alla Columbia University. La definizione che ella offre sulla MN è: "Una medicina esercitata con una competenza narrativa che permette di riconoscere, assorbire e interpretare le storie dei malati e di esserne emotivamente toccati". Chi ha competenze narrative riesce a dare senso alle storie di malattia, perché quando si è malati da un lato si perde lucidità cognitiva sotto le spinte delle emozioni negative e dall'altro, si diventa ipersensibili, come sostiene Eugenio Borgna (8): "Il corpo di un malato, in un ambulatorio medico e soprattutto in un ospedale è completamente consegnato nella sua estrema fragilità ai gesti e alle parole del medico che talora può farlo soffrire, ancora più di quanto già non faccia la malattia, con la sua indifferenza emozionale e con la sua tecnica gelidamente applicata. Quando si sta male, non posso non ribadirlo, cresce istantaneamente la sensibilità interiore alle cose ma, anche, la raddomantica captazione dei significati e delle allusioni, queste ancora più insostenibili, che si nascondono nelle parole e nei gesti del medico".

Ne scaturiscono due aspetti e considerazioni basilari in questo tempo ove le macchine hanno preso il sopravvento e scomposto la persona in organi sani e malati concentrando attenzioni fredde e calcolatrici sui secondi e dimenticando la persona che li possiede o subisce. L'organo malato per il medico è un target di studio per il malato un macigno da alleggerire. Come è possibile conciliare questi due aspetti tra loro molto distanti e discordanti?

Il mondo dei curati e il mondo dei curanti sono spesso molto distanti fra loro. La MN rappresenta quel "bridge" che riduce le distanze e crea senso a storie di malattia che altrimenti non lo avrebbero.

Ai suoi studenti, Rita Charon fa leggere testi come "La montagna incantata" di Tomas Mann e "La morte di Ivan Ill'ic" di L.N.Tolstoj, crea una cartella molto particolare che non è quella clinica classica e che va sotto il nome di: "Parallel Chart" ossia: "Cartella parallela". È uno strumento che ovviamente non sostituisce la Cartella clinica ma si affianca ad essa, all'interno della quale gli operatori sanitari possono trascrivere il mondo percepito dai malati nel percorso di diagnosi e cura che devono affrontare. È la sede ove, con massima libertà espressiva, si descrivono le impressioni, i sentimenti, le azioni e reazioni emotive della pratica clinica quotidiana, il tutto finalizzato a incrementare consapevolezza, distanze, incomprensioni, per dare alla cura maggiore qualità ed efficacia.

Il terzo approccio (fenomenologico-ermeneutico) mette al centro la pluralità dei significati che emergono in una relazione clinica utilizzabili sia per dare significato al ciò che accade, sia per co-costruire, attraverso azioni e scelte precise, un percorso che tenga conto della pluralità dei punti di vista e dei significati che mano a mano la mente umana affronta.

Il quarto approccio (socio-antropologico) vede lo studio della medicina attraverso l'applicazione dell'antropologia alla sociologia. L'esperienza clinica si unisce a quella che fa il malato durante la sua malattia comprendendo sia il concetto di "disease", "illness" e

“sickness” per approdare all’ambito momento della co-costruzione della cura ove l’incontro di ogni punto di vista porta al concetto di “trame terapeutiche”.

I vari approcci non si escludono tra loro ma si integrano e fanno parte del bagaglio culturale del professionista che intende avvalersi del metodo narrativo alla salute umana che è un mix di ascolto, riflessioni, interpretazioni, azioni.

Metodologie e strumenti utilizzabili in Medicina narrativa

C’è molto interesse riguardo gli aspetti strumentali e metodologici in ambito narrativo e la letteratura in merito ne offre molti, senza tuttavia dare preferenze specifiche. Basilare è capire bene il contesto clinico in cui ci si trova ad operare e scegliere l’approccio che sembra più idoneo nel caso specifico tra i seguenti:

1. Colloquio condotto con competenze narrative
2. Interviste narrative semi-strutturate
3. Parallel charts
4. Story Sharing Intervention (SSI)
5. Scrittura riflessiva
6. Narratore vicario
7. Time Slips
8. Video-audio interviste

Nello scegliere lo strumento metodologico va senza dubbio tenuto presente la modalità narrativa del narratore attraverso un controllo, non invasivo né limitativo, agito da colui che ascolta e che deve operare al fine della dimensione curativa. Durante un colloquio narrativo emergono talora contenuti debordanti e fuorvianti che possono portare fuori strada e non condurre a risvolti proficui. Va comunque operata una differenziazione di base onde non confondere il momento di raccolta dell’anamnesi con il colloquio narrativo. Alcuni sostengono, a torto, che nel momento di raccolta dei dati anamnestici si intraprende e si dà vita ad un percorso di Medicina narrativa. Ciò non è corretto poiché l’anamnesi è dominata e gestita secondo prestabiliti schemi rigidi che non consentono al Paziente di fare domande ma solo obblighi di risposta.

La parola Anamnesi deriva da quella greca: “Anamimnesko” che significa: ricordo, reminiscenza, memoria ed indica l’insieme delle informazioni inerenti la vita sanitaria di una persona. Ippocrate (V sec. a.C.) distingueva nel suo Trattato prognostico tre aspetti:

1. Anamnesis: ricostruzione del passato
2. Diagnosis: valutazione dei sintomi da correlare con una malattia specifica
3. Prognosis: previsione dello sviluppo e andamento della malattia

Esistono numerose variabili nel momento di raccolta dei dati anamnestici che riguardano il paziente:

- Livello culturale

- Capacità cognitive
- Fluenza verbale
- Capacità narrative
- Fini diagnostici
- Utilizzo ai fini clinici dei dati
- Modalità meccanicista
- Reticenza
- Logorrea
- Imbarazzo
- Diffidenza
- Eccessiva emozionalità
- Ricerca dei nessi causali
- Capacità di categorizzazione
- Rispondere alle domande prestabilite in base alla patologia oggetto di indagine
- Coinvolgimento e controllo emozionale
- Disponibilità, collaborazione, rifiuto
- Contesto
- Feeling

In Medicina è basilare la ricerca tra la definizione/individuazione della malattia e la sua eziopatogenesi per cui chi raccoglie l'anamnesi lo fa con un preciso intento clinico, trascurando di fatto, molti aspetti narrativi. La "dià" (attraverso) e la "Gnosis" (conoscenza) necessitano di precisi e chiari strumenti:

- a. Esame obiettivo
- b. Esami di laboratorio e strumentali
- c. Anamnesi patologica remota
- d. Anamnesi familiare e psico-sociale
- e. Anamnesi patologica prossima

Così operando viene attuato il modello: "Doctor centered" ove il paziente assume il ruolo di "oggetto di studio" ed è costretto a rispondere passivamente alle domande e seguire altrettanto passivamente le indicazioni, con spazi di azione pressoché nulli.

Balint nel 1970 (9) utilizza per la prima volta un nuovo modello: "Patient Centered Medicine" ove viene data molta importanza alla capacità di ascolto del Clinico che è interessato ad una più ampia comprensione della Persona malata sino ad approdare alla "Overall diagnosis".

Tuckett nel 1982 (10) introduce per la prima volta, la figura del "paziente come esperto" valorizzandone le sue componenti emotive e cognitive, rivoluzionando così il concetto di diagnosi che diventa esplorazione accurata della storia della persona, descrizione, integrazione di aspetti storici, ambientali e relazionali. Medico e paziente collaborano

per costruire una diagnosi: “Two part transaction”. Un ulteriore aspetto differenziale tra anamnesi e colloquio narrativo vede quest’ultimo come un coerente momento di identificazione che offre un significato profondo all’esperienza che si è vissuta attribuendo ordine tra gli elementi che emergono, sino a raggiungere un’identità narrativa. Una diagnosi può così essere comunicata attenuando o evitando ciò che spesso può apparire un verdetto o una condanna.

Ogni persona adatta un proprio linguaggio in base ai contenuti che deve esprimere e un’analisi semantica e di sintassi possono contribuire ad arricchire di senso e significato la narrazione. È noto come le esperienze traumatiche di vita, non facilitano una descrizione dettagliata delle stesse, sapendo bene come l’Amigdala (cervello emotivo) sia eccessivamente e compulsivamente stimolata durante l’esposizione. Sotto le emozioni dei ricordi negativi, viene ad esempio più utilizzato il pronome in terza persona singolare, mentre si assiste ad una pressoché assenza degli avverbi descrittivi e di congiunzioni con pause tra domande e risposte aumentate

Ne emerge la constatazione che non è facile né agevole mantenere distacco emotivo tra ciò che ricordiamo e ciò che narriamo e la persona che ci sta vicino, può, se non dotata di attitudine all’ascolto, complicare il tutto.

Il principale ruolo clinico della narrazione è sicuramente quello di sintonizzarsi sul paziente e adattarsi al suo stile narrativo promuovendo uno stato di fiducia basato su l’empatia, estrapolando così elementi logici, emozionali e sensazioni corporee ed evitando così la supremazia del “bios” sull’ “ethos”.

Dal punto di vista tecnico si constata come la persona malata racconti la sua storia secondo ben precisi criteri di priorità, mettendo al primo posto le cose che sente di più e alle quali va offerta la più alta attenzione. Se ad esempio, mentre la persona narra tali eventi al medico, il cellulare di quest’ultimo squilla e lui risponde, si interrompe di fatto quella simbiosi comunicativa con mortificazione e regressione del narratore, venendo meno l’attenzione, la rappresentazione e la dedizione.

Ambiti e contesti applicativi della Medicina Narrativa

Non sussistono motivi per poter escludere contesti sanitari specifici dall’applicazione della Medicina narrativa, ogni ambito può quindi essere giusto terreno di lavoro e indagine. La letteratura in merito, offrendo prevalentemente dati di tipo qualitativo e molto meno di tipo quantitativo, non fornisce modelli precisi di standardizzazione, ma lascia aperto ogni aspetto pratico di indagine. Non può essere pertanto considerata una medicina alternativa o sostitutiva a quella tradizionale piuttosto un incontro, alla pari, fra le due. Stante la sua recente nascita rimangono ancora sotto indagine molti degli aspetti di ricerca e di formazione, per cui usare una restrizione operativa apparirebbe quanto mai inopportuno.

Attualmente gli ambiti di maggiore applicazione sono:

- Oncologia
- Riabilitazione
- Pediatria
- Psichiatria
- Palliazione
- Malattie rare e cronico-degenerative

Il fattore “tempo” appare come uno degli strumenti fondamentali per lavorare in ottica narrativa dimostrandosi come elemento basilare per l’ascolto e l’espressività della persona malata. Con la fretta è decisamente impossibile pretendere di essere o definirsi operatori sanitari che applicano nel loro lavoro la medicina narrativa.

I contesti applicativi vedono sicuramente

- Team di cura
- Aderenza al trattamento
- Comprensione del ruolo professionale
- Implementazione del PDTA
- Prevenzione e gestione della medicina difensiva
- Ottimizzazione delle risorse

Medicina Narrativa e Medicina Preventiva

La domanda se la MN possa anche essere applicata o avere un ruolo nella prevenzione degli aspetti di salute, appare suggestiva e meritevole di riflessioni. Per poter analizzare questo ambito, per altro poco indagato e studiato in letteratura, occorre partire da molto lontano. È innanzi tutto opportuno considerare le basi storiche del comportamento narrativo dell’uomo sin dai suoi albori tenendo presente sia gli aspetti biologici evolutivi che quelli cognitivi. Due sono i campi che aiutano a capire il ruolo della narrazione:

1. Literary Darwinism
2. Literary Cognitivism

Con il primo si intende il ruolo e il valore biologico della letteratura a partire dalla selezione naturale e sessuale sotto la spinta dell’istinto di sopravvivenza e che può essere datata nel tardo Paleolitico, mentre con il secondo si fa riferimento a un mix culturale che abbraccia fra loro discipline come le Neuroscienze, la Filosofia della mente e le Scienze cognitive sottintendendo come Tecnica e Cultura siano impiegate dall’uomo per compensare e superare i suoi limiti sia biologici che fisico-mentali.

Fra i due “Mondi” esiste un reciproco rapporto comunicativo che sebbene alcune culture abbiamo voluto disconoscere, rimane alla base del comportamento umano nella storia di sempre.

Boyd (11) e Carroll (12), forti sostenitori della biologia evoluzionista, hanno aperto un

ampio campo d'indagine attinente le prove a sostegno di una probabile origine evolutiva della narrazione e quindi a sostegno del Darwinismo letterario. Ogni cultura, anche la più remota e meno conosciuta, possiede in sé una narrazione che non può non aver risentito di elementi mutazionali-adattativi.

Carroll (13) si spinge molto avanti e afferma che: "la mente si è evoluta attraverso un processo di selezione naturale", "La mente adattata produce la letteratura".

Boyd intravede nel gioco l'origine adattiva delle storie che interpreta come arte comunicativa e che, anche negli animali, siano essi uccelli, rettili o quadrupedi, riveste un ruolo importante dal punto di vista psico-biologico. Attraverso il gioco corpo e mente si adattano, fortificandosi, all'ambiente, in modo tale da prepararsi ad affrontare i rischi e pericoli che la vita prima o poi fa incontrare a tutti, uomo in primis. Ma per Boyd l'arte in genere, ed in particolare quella narrativa, rappresenta quel "gioco cognitivo" che apre le porte alle innumerevoli risorse della socializzazione, non ultima quella che aiuta a proteggere e proteggersi. Per fare questo occorre che l'arte, come una calamita, attiri l'attenzione dell'altro, sfruttando i vantaggi che nascono dalla unione tra "Sharing" (condivisione) e "Shaping" (modellatura). Nasce così una fertile cultura che crea consapevolezza e conoscenza, elementi quanto mai basilari in Medicina preventiva e che appartengono all'unisono, sia a chi in qualche modo narra, sia a chi in qualche modo ascolta, vede e legge. Divulgando così, notizie d'interesse sia individuale che collettivo, viene a crearsi quel "Kit" che definirei, di sopravvivenza, che il prossimo può usare nelle emergenze della vita. Le fiabe, le tragedie, le satire, la rete, le chat, ecc. contengono forti "anticorpi gruppal" trasmutati e incorporati da quella che potrebbe essere definita a ragione "la mente collettiva del mondo" a cui attingere risorse specie quando ci si sente soli, fragili e privi di un sentiero sicuro. Le narrazioni, anche quelle che derivano dall'immaginario collettivo e dalle finzioni ampliano i nostri poteri di scelta, ci rendono meno rigidi nelle decisioni ed aumentano la nostra creatività operativa.

Hanno narrato, eccome, sebbene con strumenti e metodi che noi oggi consideriamo ampiamente superati, anche i nostri antenati che usarono gesti e corpo al posto delle parole moderne, modellandosi alle scoperte che di volta in volta operarono. Così facendo dettero inizio ad un'opera di modellizzazione plastica del cervello al cui interno oggi è possibile individuare aree specifiche che regolano la narrazione (14-15). Quando ascoltiamo o osserviamo, tratteniamo dati che poi ci serviranno per fare ipotesi predittive e controfattuali, ipotizzando scenari nuovi e dando impulso ad attività cognitive di alto livello. La vita dell'uomo si è evoluta attraverso le comunicazioni verbali ed extraverbali permettendo all'uomo di scegliere le opzioni a lui più vantaggiose in base ai risultati che altri hanno ottenuto. Anche in Sanità le cose stanno così, ascoltare le storie di salute degli altri, ci arricchisce di dati, ci fa scoprire nuovi mondi e ci fa preparare ad affrontare il pericolo con atteggiamento più consapevole, essendo il tutto fondato su dati di realtà,

anche se non la nostra.

Il peso incombente di alcune realtà può essere alleggerito grazie alla co-evoluzione di natura e cultura grazie alla forte e intrinseca natura “imitativa” che l’uomo, in tutte le ere, ha mostrato di possedere.

Consci delle nostre imperfezioni, ci affidiamo a coloro che sono stati esploratori prima di noi, perché su questo è basato il vero valore della storia, recente e remota, distinguendo in scientifico ed umanistico tutto il campo delle esperienze umane.

Elaborando utensili, i nostri antenati hanno superato i disagi della sopravvivenza, sotto la spinta di emozioni vitali che hanno modificato dal punto di vista epigenetico il loro DNA.

La nascita della narrazione può essere datata a partire da questo periodo.

Ci sono numerose prove a testimonianza di ciò, come ad esempio il ritrovamento di alcuni manufatti artistici: le decorative conchiglie di Blombos in Africa e il famoso “Ciottolo di Makapansgat” indossato da un piccolo australopiteco di sesso femminile, due milioni di anni fa.

Il significato intrinseco di questi oggetti era quello di colpire l’attenzione degli altri per essere attrattivi e fare colpo, sottintendendo che già da allora fosse presente e quanto mai funzionale il “Mind reading” ossia quell’insieme di facoltà cognitive che intercettano e intuiscono le intenzioni degli altri.

Se si ammette questo, viene consequenziale pensare che già in quel tempo fossero attivi i neuroni a specchio (16). Intenzionalità comunicativa ed espressiva insite nel produrre un manufatto ornamentale affinché qualcuno potesse ammirarlo, riceverlo e comprenderlo, nel giusto significato di colui che lo aveva fabbricato. Arricchirlo poi con un colore (al tempo l’ocra rossa) ne aumentava la funzione di “calamita cognitiva” edificandosi così un proto-pensiero narrativo che non aveva bisogno di linguaggio.

Attraverso gli oggetti, i nostri antenati costruirono la prima Narrazione che vedeva in simbiosi mente e corpo, il cui prodotto nasceva da un’emozione vitale per terminare in azioni e comportamenti da trasmettere alla specie.

Nel Paleolitico superiore (40.000-10.000 anni fa) si assiste ad una vera esplosione cognitiva che permise la costruzione in pietra e in osso, di oggetti mono-facciali, bifacciali, coltelli, raschiatori per pelli, arpioni ed ami da pesca, strumenti non da esposizione, ma di vita e sopravvivenza.

Oggetti che sono rimasti nella storia dell’uomo e che tuttora usiamo, a dimostrazione che solo ciò che porta un guadagno-vantaggio, entra a far parte dei comportamenti stabili e funzionali dell’umanità.

Immergendosi nell’Archeologia cognitiva scopriamo riflessioni di suggestivo interesse antropologico, come ad esempio le interconnesse relazioni tra linguaggio, gesto e produzioni di materiali. Le moderne neuro immagini hanno evidenziato come vi sia correlazione

anatomo-funzionali tra le aree che controllano il linguaggio e quelle per l'utilizzazione e creazioni di utensili dimostrandone la pressoché sovrapposizione.

Stessa base neurale quindi a cui consegue un'importante riflessione: l'abilità narrativa posseduta in silenzio, dagli utensili. Esiste quindi una "vita" narrativa delle cose che possiamo tutti constatare quando osserviamo dei resti archeologici e che ci deve condurre a pensare nello stesso modo in cui pensò colui che le edificò, dapprima un'immaginazione, poi la realizzazione e la successiva correzione operata dall'esperienza.

Visitare le grotte di Blombos in sud Africa o quelle di Chauvet e Lescaux in Francia permette all'osservatore di capire come i nostri antenati, attraverso una forma di sintassi senza linguaggio, operassero azioni descrittive a fini preventivi per ammonire ed istruire le nuove generazioni, attraverso esperienze iconografiche.

Tutte queste forme di sapere esperienziale partono da una considerazione basilare che vede il corpo umano come primo motore della vita, ossia l' "Embodiment" (17).

Secondo questa nuova interessantissima visione neuroscientifica, tutti gli oggetti che usiamo e che i nostri antenati hanno costruito ed usato con vantaggio, diventano delle "protesi" estese del corpo che il cervello inserisce nelle sue mappe neurali. Il fare immagini diventa dunque azione che si serve del corpo attraverso la manipolazione di protesi esterne anche per fare immagini che sviluppino narrazioni allo scopo di ridurre ansia e stress; anche sotto questo aspetto c'è tanto di prevenzione. Comunicare il proprio mondo di esperienze per confrontarle e renderle spunto di riflessione anche attraverso l'uso di metafore e verosimiglianza, simularle, e trasmetterle "sic et simpliciter" alla discendenza è il percorso che ci ha portato dall'homo sapiens all'homo informaticus. Stesso messaggio, stesse finalità: descrivere per proteggersi e proteggere.

Il corpo vissuto che parla al mondo compiendo il poderoso salto che va dall' "cotitans" all' "agens", la cognizione che si incarna sul corpo e che dà vita ad una conoscenza che diventa "azione incarnata". Nel mentre noi interagiamo con l'ambiente andiamo ad edificare una coscienza dalle solide radici, perché come si è soliti affermare: "la mente mente, mentre il corpo non mente mai".

Il corpo e gli oggetti vivono di una relazione ben precisa che si basa sull'azione o meglio sulla "possibilità d'azione", perché percepire significa agire, interagire con l'agente. Tutto questo rapporto dinamico prende il nome di: "Affordance" il cui significato comprende le: "relazioni dinamiche tra soggetto e oggetto percepito al fine di uno scopo". Partendo da questo presupposto si attribuisce una "vita cognitiva" alle cose che usiamo e si ammette che le stesse contribuiscano alla costruzione del nostro Sé e a quello degli altri. Nella interazione triadica cervello-corpo e cose si dà avvio all'Embodiment.

George Lakoff (18) spazia sulla relazione tra pensiero, immaginazione ed embodiment e dice: "*Il pensiero è incorporato* (embodied), le strutture usate per mettere insieme i nostri sistemi concettuali derivano dalla nostra esperienza corporea e hanno senso solo in essa...

Il pensiero è immaginativo per il fatto che tutti i concetti che non si fondano sull'esperienza utilizzano metafore, metonimie e immaginazioni mentali (imagery). *Anche la capacità immaginativa è incorporata*".

Gli oggetti che usiamo sono anche dei sensori che permettono al corpo di vedersi funzionale a qualcosa, basti pensare al caso di quella donna colpita da ictus emisferico destro e che non riconosceva, come propria, la parte sinistra del suo corpo (neglect) e i propri anelli se portati sulla mano sinistra, mentre li riconosceva perfettamente se portati sulla mano destra. Ciò dimostra che anche i monili personali subiscono il processo di embodiedness. Il corpo umano è quindi una grande "protesi" che permette di connettere il Sé con il mondo che lo circonda in un continuum che non frammenta mente, azione e materia, ma li unisce.

Si può risalire alla personalità dell'individuo in base a come egli utilizza gli oggetti che ha prodotto o che è solito usare per semplificare la propria vita e quella di chi gli sta attorno. Gli utensili, in questa ottica, diventano una protesi "enattivo cognitiva" (dal latino: enasci che significa nascere, venir fuori) che contribuiscono alla nascita e strutturazione del Sé come ente incarnato che opera sul suo ambiente costruendo una narrazione oggettuale: gli oggetti hanno quindi una storia e una voce loro propria. La mano che produce oggetti diventa il primum movens della cognizione.

Shaun Gallagher (19) parla delle complesse operazioni che il Sé deve compiere per vivere distinguendo:

1. Sé minimale: pre-linguistico e pre-cosciente
2. Sé narrativo: frutto della fusione tra passato e futuro attraverso le storie che noi raccontiamo e che gli altri ci raccontano

Una tela (o nicchia) narrativa viene così a formarsi dando vita al nostro vero polo d'identità.

Sempre Gallagher (20) afferma che il nostro Sé ingloba tutte le cose che possediamo, case, vestiti, computer ecc. ivi comprese le tecnologie che usiamo, le istituzioni per le quali lavoriamo e la nazione in cui abitiamo.

Michele Cometa (21), va magistralmente oltre affermando:

"Una costruzione narrativa è per sua stessa natura *qualcosa che si svolge nel tempo*, e da qui la necessità di *considerare il Sé come un flusso che si modifica* e, soprattutto, può essere modificato attraverso *narrazioni diverse*".

"È questo l'assunto di base di ogni *terapia del Sé*, dallo sciamanesimo alla psicoanalisi e alle varie forme di medicina narrativa".

"La dimensione narrativa è quella che fonda *la trasformabilità del Sé*, sia nel senso che possiamo narrarci e farci narrare storie diverse, sia nel senso che il Sé comunque si trasforma con il passare del tempo *perché la narrazione che ne facciamo include o esclude eventi, emozioni, esperienze*".

Per Jerome Bruner (22) *“La narrativa è il racconto di progetti umani che sono falliti, di attese andate a monte. Essa ci offre il modo di addomesticare l'errore e la sorpresa. Arriva a creare forme convenzionali di contrattempi umani, convertendole in generi: commedia, tragedia, romanzo d'avventura, ironia o qualunque altro formato possa smussare l'aculeo della nostra fortuità”*.

Per combattere e proteggersi dal disordine e dai vuoti della nostra vita diamo vita alle narrazioni che assumono così il significato di anticorpi, una sorta di vaccino che ha la funzione di prevenire imprevisti ivi comprese le malattie.

Scrivere un articolo, un romanzo, raccontare storie e favole, costruire utensili, dipingere, scolpire, suonare uno strumento o cantare, sono attività che dalla preistoria ad oggi hanno attivati gli stessi piani neurali, motivazionali e cognitivi

Sempre Michele Cometa (21) nel suo libro, parla e ampiamente elabora il concetto di “Blending” che sarebbe avvenuto dall’Homo sapiens ad oggi attraverso le trasposizioni di idee ed azioni. Tale mescolanza ha determinato la nascita di nuove reti neurali tra domini diversi come si evince dal blending: “utilità-bellezza” quale l'applicazione di una conchiglia al centro di un bifacciale. L'uomo aveva bisogno anche di estetica che polarizzasse l'attenzione sull'oggetto al tempo stesso funzionale ma anche attraente dal punto di vista estetico. L'arte della narrazione ha quindi anche bisogno di colpire l'aspetto emozionale ed artistico per convincere e l'empatia di cui tanto oggi si parla, non è altro che un potente blending funzionale.

Blakey Vermeule (23) introduce il termine di: “Primitivi concettuali” ed afferma: *“il Mind reading è una capacità che abbiamo sviluppato. Nessun bambino preistorico sarebbe sopravvissuto senza di esso una volta separato dal seno; la sopravvivenza dipende dalla nostra capacità di riconoscere chi ci minaccia e chi ci ama”*. Grazie alla: “intelligenza machiavellica” l'uomo ha previsto e gestito le mosse degli altri intuendone anche gli inganni al fine di proteggersi e prevenire pericoli.

Grazie all'embodiment si è costruito un ponte tra scienze umane e scienze della vita, che congiunge e dà dialogo funzionale al meccanismo percezione-azione, che sta alla base della Medicina preventiva.

Odo Marquand (24-25) parla di un: “narrare necesse est”, e di un mondo commentato e di un mondo narrato, puntualizzando che: “Noi ci nutriamo del Mondo commentato e viviamo nel Mondo narrato”.

Per vivere bene ed affrontare le numerose insidie che la vita presenta, talora in modo subdolo e criptato, abbiamo bisogno di fare molte narrazioni e simulazioni, anche le più strampalate e meno ipotetiche, perché, come dice Eraclito: “La natura ama nascondersi”. Da ciò l'ansia e l'incertezza ontologicamente innate in noi, possono trovare una risposta adattativa che attraverso il raccontato e simulato può ridurre il senso di precarietà esistenziale. Far prove simulative e predittive, come del resto ogni giorno facciamo come

operatori sanitari nei nostri Ambulatori e nei nostri Ospedali per non essere colti alle spalle, di sorpresa.

Non è il silenzio, ma un input narrativo, il mezzo più idoneo per affrontare ogni pericolo. Vittorio Gallese (26-28) parla del rapporto esistente tra corpo e linguaggio in un'ottica di esaltazione intendendosi con questo termine il trasferimento di caratteri deputati per una specifica funzione ad un'altra diversa e afferma: "La sintassi linguistica potrebbe derivare da una *competenza sintattica di natura motoria successivamente esaptata* e messa al servizio della nuova *competenza linguistica*" e che: "Il linguaggio, quando si riferisce al corpo in azione, mette in gioco le stesse risorse neurali normalmente impiegate per muovere quello stesso corpo attivando identiche regioni del nostro sistema motorio corticale, incluse quelle con proprietà mirror".

La coscienza che si distacca, dalle azioni motorie grazie alla narrazione e diventa così energia cognitiva pura e libera dalle paure e dalle ansie che il corpo aveva trattenuto come in una sorta di "esonero" dal reale.

La narrazione così diventa un "utensile" che possiamo paragonare a quelli usati dai nostri antenati per contrastare ansie e incertezze.

Anche noi, Operatori sanitari, dobbiamo vederci in questa dimensione di Utensili che prevengono, curano nell'ottica del: "I care, I cure".

Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz (29) ci dicono: "i medici agiscono come *etnografi, storici e biografi*, ai quali si chiede di capire aspetti della personalità, il disfunzionamento di fatti personali, sociali e psicologici e fenomeni biologici e fisici".

Noi siamo coloro che entrano nella fragilità umana in ogni momento, di notte e di giorno, dall'emergenza, all'urgenza, al follow-up. Siamo, o dovremmo essere, degli accompagnatori fedeli di storie fatte di interruzioni, dalle quali e per le quali assumiamo una nostra precisa identità a partire dalle narrazioni che i nostri Assistiti ci raccontano.

Là troveremo interesse, arte, cultura, scienza, umanità e creatività, come afferma Henry David Thoreau, filosofo, scrittore e poeta statunitense (1817-1862): *ogni evento creativo che sia mai accaduto al mondo, era un'interruzione. Inaspettata, non pianificata. Le uniche persone che mai giungano in luoghi di un qualche interesse, sono coloro che si sono persi.*

BIBLIOGRAFIA

1. Bruner J. La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita. Roma Bari: Laterza; 2002.
2. Istituto Superiore di Sanità. Sito web: www.iss.it/cnmr
3. Gottschal J. L'Istinto di narrare. Come le storie ci hanno reso umani". Torino: Bollati Boringhieri; 2014.
4. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. American journal of Psychiatry 1998; 155: 457-469.

5. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis. *American journal of Psychiatry* 1999; 156: 505-524.
6. Kandel ER The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science* 2001; 294 (5544):1030-8.
7. Charon R. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. New York. Oxford University Press; 2006.
8. Borgna E. *Come in uno specchio oscuramente*. Milano: Feltrinelli Editore; 2007.
9. Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli Editore; 1990
10. Tuckett DA, Boulton M, Olson C. A new approach to the measurements of patients' understanding of what they are told in medical consultations. *Journal of Health and Social Behavior* 1986; 26: 27-38.
11. Boyd B. *On the origin of Stories. Evolution, cognition and fiction*: Cambridge, MA and London: Belknap Press of Harvard University Press; 2009.
12. Carroll J. *Evolution and literary theory*. Columbia/London University of Missouri Press; 1995.
13. Carroll J. *Literary Darwinism. Evolution, human nature and literature*. New York/London: Routledge; 2004, p. XII.
14. Young K. J.L. Save JL. The neurology of Narrative. *Substance* 2001; 30 (1/2):72-84.
15. Troiani V, Ash S, Reilly J, Grossman M. The Neural Correlates of Narrative Discourse: An Investigation Using Arterial Spin-labeling. *Brain and Language* 2006; 99: 204-205.
16. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina editore; 2006.
17. Caruana F, Borghi A. *Il cervello in azione*. Bologna: Il Mulino; 2016
18. Lakoff G, Kovecses Z. The Cognitive Model of Anger Inherent in American English. In D. Holland, & N. Quinn (Eds.), *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987. pp. 195-221.
19. Gallagher S. Philosophical conception of the self: Implications for cognitive science. *Trends in Cogn. Sci.* 2000; 4 (1): 14-21. pp. 14-21.
20. Gallagher S. A pattern theory of Self. *Frontiers in Human Neurosciences* 2013; 7: 1-7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00443>
21. Cometa M. *Perché le storie ci aiutano a vivere*. Milano: Raffaello Cortina editore; 2017.
22. Bruner J. *La mente a più dimensioni*. Bari: Editore Laterza; 2003.
23. Vermeule B. Why do we care about literary characters? *Paperback J. Hopkins Univ*; 2011.
24. Marquand O. *Philosophie des Stattdessen*. Reclam. Reclams Universal-Bibliothek: Stuttgart.; 2000.
25. Marquand O. *Compensazioni. Antropologia ed estetica*. Roma: Armando Editore; 2017.
26. Gallese V. Before and below "theory of mind": embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 2007; 362 (1480): 659-669.
27. Gallese V. Mirror neurons and the social nature of language: the neural exploitation hypothesis. *Social Neurosciences* 2008; 3-4: 317-333.
28. Gallese V. Bodily selves, affect, consciousness and the cortex. *Neuropsychoanalysis* 2013; 15 (1):42-45.
29. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative?. *BMJ* 1999; 318 (71-75): 48-50.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno