

El metge com a narrador d'històries

Abraham Verghese

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: Verghese A. The physician as storyteller. *Ann Intern Med.* 2001;135:1012-17.

Com a metges que som, la majoria de nosaltres ens veiem involucrats moltes vegades en històries que sorgeixen en la vida dels nostres malalts. A vegades som simples testimonis o cronistes d'aquestes històries en els documents clínics. Però altres cops en som actors. Les nostres accions canvien la trajectòria narrativa, o bé és la versió que el malalt o la família en dona la que ens atribueix el canvi. Tal com suggereix Arthur Frank, ens podem convertir en "interlocutor" de la malaltia, de manera que les històries que expliquen els nostres malalts acabin "depenent en gran manera d'allò que diem". El següent fragment de la biografia de Txèkhov escrita per Troyat il·lustra de quina manera el metge esdevé actor i catalitzador d'una història. Anton Txèkhov, que era metge i escriptor, va morir jove de tuberculosi. En els últims dies de la seva vida, Txèkhov deixà la seva casa a Rússia i viatjà cap a Alemanya, a un balneari a prop de la Selva Negra. En anar empitjorant el seu estat, va demanar l'ajuda del metge del balneari, el Dr. Schwörer, a qui va correspondre la difícil tasca d'atendre un metge moribund.

Les finestres eren obertes però el panteix no li passava; tenia el front amarat de suor. El Dr. Schwörer arribà a les dues. Quan Txèkhov el veié, s'incorporà en el llit, es recolzà en els coixins i en un gest final de cortesia va recórrer al seu mal alemany i digué: "Ich sterbe" [em moro]. Schwörer li posà immediatament una injecció de càmfora, però el cor no reaccionà. Va estar a punt de demanar una bombona d'oxigen, però Txèkhov, lúcid fins a la fi, va protestar amb veu trencada: "I de què servirà això? Abans que arribi seré un cadàver". Aleshores Schwörer va fer portar una ampolla de xampany.

Quan l'ampolla arribà, Txèkhov prengué una copa i girant-se cap a l'Olga [la seva muller] digué, somrient: "Feia molt temps que no prenia xampany". Begué la copa poc a poc i es tombà sobre el costat esquerre. Poc estona després deixà de respirar. Havia passat de la vida a la mort amb una simplicitat característica d'ell.

Era el 2 de juliol de 1904, a les tres del matí. Un borinot gros i d'ales negres havia entrat volant per la finestra i topava rabiosament una vegada i una altra amb la làmpada. Aquell so sord esdevingué embogidor i insu-

portable. El Dr. Schwörer es retirà després d'unes paraules de condol. Immediatament després hi hagué una explosió de joia: el tap de l'ampolla havia saltat i en sortí tot d'escuma. El borinot s'envolà per la finestra i desaparegué en la nit xafogosa. Tornà el silenci. Quan finalment es feu de dia, l'Olga era encara asseguda i contemplava la cara del seu marit. La seva expressió era tranquil·la, somrient i aguda. L'Olga escrigué: "No hi havia veus humanes ni sorolls quotidians. Només la bellesa, la pau i la grandesa de la mort".

L'acció que va fer el Dr. Schwörer de demanar xampany i prendre'n una copa amb el seu pacient va promoure un seguit d'esdeveniments (almenys en la narració) que va acabar amb el tap saltant de l'ampolla i el borinot escapant-se. Aquesta anècdota resumeix les tesis d'aquest treball: 1) les històries ens ajuden a unir i donar sentit als esdeveniments de les nostres vides; 2) com a metges, *creem* històries tan sovint com en prenem nota: som catalitzadors d'històries fins i tot si les nostres accions són menys aparatoses que la del Dr. Schwörer; i 3) som personatges en diverses històries, entrant i sortint de l'escenari en què aquelles tenen lloc en hospitals i clíniques. Ben cert, les nostres vides estan entrellaçades íntimament, sovint de manera inconscient, amb les històries que sentim i que contem, amb "aquelles que somiem, imaginem o que ens agradaria explicar, totes elles elaborades en la història de la nostra pròpia vida, que ens expliquem a nosaltres mateixos en un monòleg episòdic, a vegades semiconscient però pràcticament ininterromput".

És possible que un metge necessiti anys de pràctica per tal de valorar i acceptar el seu paper com a creador i narrador d'històries. John Berger captura meravellosament bé aquest desenvolupament en el seu extraordinari llibre *A fortunate man*. Berger va seguir durant gairebé dos anys les activitats d'un metge rural. Ens diu l'autor que quan Sassall va començar a exercir es veia a si mateix com un home-hospital mòbil, ajudant a infantar en remolcs i operant al damunt de taules de cuina.

Gairebé seria veritat dir que buscava les complicacions.

S'impacientava amb tot el que no fossin urgències o malalties greus... Només actuava en situacions crítiques en les quals ell era el personatge central o, dit d'una altra manera, en què el malalt estava reduït a poc pel seu grau de dependència física respecte al metge. També ell queda-

va reduït a poc, perquè el ritme de vida que havia triat feia impossible i innecessari analitzar els seus propis motius.

Però amb el pas dels anys el metge va començar a canviar. Va advertir també que els seus pacients canviaven. Una nena que havia tractat per xarampió ara ja tenia el seu primer part. Un home que havia tingut una salut perfecta s'havia engegat un tret al cap. La manera de pensar del metge va anar evolucionant, tal com ho il·lustra aquest viu exemple:

Un dia el cridaren de casa d'una parella de vells pensionistes que havien viscut al bosc durant trenta anys. Ningú no tenia res especial a dir-ne. Cada dissabte a les vuit del vespre anaven al bar del poble. Feia molt temps, la dona havia treballat de minyona a una casa de senyors d'un poble veí. L'home havia treballat al ferrocarril. Li digué a Sassall que la seva dona "sagnava per baix".

Sassall parlà una estona amb ella i li va demanar que es despullés per tal d'explorar-la. Es retirà a la cuina per esperar fins que estigués a punt. Allà el marit el mirà amb cara d'ansietat, prengué el rellotge de sobre la llar de foc i començà a donar-li corda. Si la dona havia d'anar a l'hospital a aquesta edat, això podia ser el començament de la fi per a tots dos.

Quan va tornar a la sala d'estar, la dona jeia en una otomana. Tenia les mitges abaixades i el vestit amunt. "Ella" era un home. El metge l'explorà i trobà que el problema eren unes grans hemorroides. Ni ell ni ella ni el marit no varen fer cap referència als òrgans sexuals que no havien de ser allà. Els van ignorar. O millor dit, el metge es va veure forçat a acceptar-los com havien fet ells segons unes raons que ell no coneixeria mai.

Sassall es va adonar de la possibilitat que els seus pacients canviessin. Aquests, a mesura que s'anaven acostumant a ell, a vegades li confessaven coses de les quals, fins on ell havia après, no hi havia referència mèdica. Va començar a donar un nou significat al terme "crisi".

Més endavant, en un altre passatge del llibre, Berger diu una cosa extraordinària:

Un malalt infeliç va al metge a oferir-li una malaltia. Té l'esperança que almenys aquesta part d'ell —la malaltia— pugui ser coneguda. Ell pensa que el seu propi jo no es pot conèixer. A la llum del món no és ningú, i per al seu punt de vista el món no és res. És ben clar que la tasca del metge, a menys que accepti la malaltia només en el seu valor nominal i es guardi per a si mateix la idea que es tracta d'un malalt "difícil", és reconèixer l'home. Si l'home pot començar a ser reconegut —i pot ser que aquest reconeixement compregui aspectes del seu caràcter que no ha reconegut ell mateix— aleshores haurà canviat la naturalesa desesperada de la seva infelicitat: fins i tot podria tenir la possibilitat de ser feliç.

Aquests fragments de Troyat i de Berger il·lustren, no pas amb raonaments complexos sinó amb les pròpies històries, que el relat és important i que nosaltres, els metges, som inevitablement actors en les històries dels altres.

L'art de narrar històries i l'internista

Podem ser millors internistes si aprenem algun dels recursos que posseeix l'escriptor? És ben clar que el contrari sí que és veritat: per a un escriptor li representa un magnífic aprenentatge ser metge, i especialment ser internista. Aforismes com "Déu es troba en els detalls" són elements bàsics tant en la formació mèdica com en les classes d'escriptura creativa. Aprendre la inspecció, la palpació i la percussió, ser expert en escoltar i desenvolupar habilitats d'observació fina són excel·lents formes d'aprenentatge per a qualsevol escriptor. Per altra banda, si bé el conjunt de tècniques de l'escriptor no millora les nostres habilitats mèdiques, ¿pot millorar potser la qualitat de la nostra vida quotidiana, la nostra satisfacció amb allò que fem i, el més important de tot, pot millorar la vida dels nostres pacients? Aquesta connexió entre llegir i escriure i l'atenció mèdica empàtica ha estat l'objecte de molts estudis erudits.

Com tots els aprenents d'escriptor, vaig llegir les obres fonamentals: *Aspects of the novel*, d'E. M. Forster, *The art of fiction* i *On moral fiction*, de John Gardner; i *Becoming a writer*, de Dorothea Brande, per anomenar-ne només alguns. Quan es llegeix sobre l'ofici d'escriure, els conceptes bàsics als quals es fa referència són la *història*, el *personatge* i la *metàfora*, que són fonamentals per a la bona escriptura igual que la capacitat per a la medicina interna es basa en entendre els mecanismes de la dispnea, l'edema, la poliúria i altres manifestacions cardinals de malaltia.

La història

Els manuals d'escriptura acostumen a dir que l'argument es basa en el conflicte, la crisi i la resolució. O que calen les tres "D": *drama* equival a *desig* i *perill*. Per exemple, si un metge que hagués assistit al recent congrés de l'*American College of Physicians—American Society of Internal Medicine* a Filadèlfia hagués escrit una història sobre la seva experiència i hagués començat amb el vol a la ciutat, la passejada per *Market Street*, la visita a la Campana de la Llibertat, la trobada amb col·legues per esmorzar i les sessions a què va anar, no hi hauria història, per molt bé que el metge escrivís. (O, dit d'una altra manera, no hi hauria *argument* per a la història; per al propòsit d'aquest article no elaborarem més la distinció i farem servir el terme "història" en el seu sentit més ampli i emprat habitualment). Si durant el vol el metge hagués mantingut una agradable conversa amb el seu company de seient, el qual li hagués ofert en aterrar dur-lo en cotxe al congrés però l'hagués conduït a punta de pistola a un caixer automàtic, li hagués buidat el compte i pres els documents, i l'hagués deixat voltant tot nu per Filadèlfia mentre ell anava al congrés en el seu lloc... bé, aleshores tindriem una història!

Però les històries necessiten quelcom més que conflicte i resolució. James Joyce explicava que cada història

ha de tenir una epifania, que és la seva raó de ser. L'epifania és un moment –típicament en el cap del protagonista– en què una persona o un esdeveniment són vistos sota una llum tan estranya que són visualitzats com a completament nous i qui els contempla queda sobtadament transformat. Anne Hunsaker Hawkins va descriure l'epifania com “aquelles dimensions de la narrativa que es poden concebre com a verticals, no horitzontals ni lineals; totals, més que no pas seqüencials. Per tant es podria dir que la narrativa, a la literatura i a la vida, es mou entre nodes d'epifania; avança cap als moments de reconeixement, de visió i de sobtada aprehensió del significat, i després retrocedeix”.

Pot ser que una història no tingui resolució? Certament, sí. Moltes narracions curtes modernes no tenen una resolució i, no obstant, no tenir-la és la resolució. Moltes pel·lícules bèl·liques acaben amb els dos combatents instal·lats en turons oposats, vigilant-se mútuament amb binocles, de manera que l'epifania –la conclusió– és que la batalla no acabarà mai.

Com es poden relacionar amb els internistes aquestes idees sobre les històries? Crec que tots els malalts que veiem, independentment de si els veiem gaire sovint o de si pensem que la seva malaltia és lleu, són al mig d'una història. Per a ells, la història comença en el moment que entren a l'hospital o passen per la porta de la nostra consulta. Quan van a comprar queviures o quan deixen els nens a l'escola no hi ha història. Però quan van a veure el metge, les tres *D* són a l'aguait: en la visita hi ha *perill* (*danger*), encara que sigui una visita rutinària, per exemple per a una mamografia o una revisió; tenen el *desig* de no rebre males notícies; i per tant hi ha *drama*. És a dir que hi ha una *història*.

Com més anys fa que sóc professor de medicina, més m'intriguen els malalts que tenen històries que semblen sense fi. Els metges residents de l'hospital sovint es troben més còmodes amb malalts que arriben amb històries ben retallades. El dolor toràcic es converteix en “A descartar infart de miocardi” i, uns dies després, en “Infart de miocardi descartat”. Uns dies després arriba la gammaografia amb tal·li i el malalt és enviat als artesans de la revascularització o bé el retornen a casa amb tractament mèdic. Aquests escenaris són còmodes, almenys per als metges, perquè el mapa de carreteres és clar. (El simple fet que hi hagi un mapa de carreteres no vol dir que sigui el millor camí per al malalt; ja he escrit en un altre lloc sobre la gran autopista que condueix a la cirurgia de revascularització miocardiàca). Sempre que escolto que hi ha una certa reticència a comentar o veure un malalt per part dels metges residents de l'hospital o quan sento les paraules “problema d'etiquetatge”, el que em temo és que es tracta d'una història que no ha trobat la seva epifania. El repte és aleshores entrar en aquella habitació malgrat l'atracció magnètica del buscapersones que ens crida a un altre lloc i les necessitats aparentment més

urgents d'altres malalts que també ens n'aparten. El repte és estimular el malalt i la família per trobar l'epifania, fins i tot si aquesta epifania és senzillament comprendre que medicament no hi ha res més a fer. L'epifania podria ser senzillament fer les paus amb la malaltia tots els implicats: malalt, família i metges.

Quan els especialistes en malalties infeccioses es varen trobar amb el VIH a sobre (i molts de nosaltres també havíem estat presoners de “l'orgull del guariment” fins aleshores), va ser com si haguéssim estat obligats a vestir-nos el mantell d'oncòlegs. Molts de nosaltres vàrem descobrir, amb dolor, que en no tenir cap guariment per oferir, podíem oferir-ho tot. Vàrem descobrir el significat de la paraula “guarir” i què és el que feia que fos tan efectiu el metge de pocs recursos de fa cent anys. Per “guarir” vull dir senzillament creuar el límit tradicional del complex medicoindustrial i començar a implicar-nos en els malalts, en la seva història, en les seves arrels, en la seva casa, i implicar-nos també en la seva família, els seus éssers estimats i llurs històries. Per als estudiants de medicina, una analogia útil per entendre la distinció entre “guarir” i “curar”² és la següent: si un dia, en tornar a casa seva, trobessin que els havien robat i els havien pres les seves possessions, i al cap de poc temps la policia hagués descobert el lladre i retornat les possessions, els estudiants haurien estat *curats*... però no *guarits*. El seu sentiment de violació perduraria molt més temps. Tota malaltia, especialment la sida, té aquestes dues dimensions: un dèficit físic i una violació espiritual. I quan no hi ha curació, l'única cosa que podem oferir és comprendre realment la història que s'està desenvolupant i ajudar i afavorir la seva conclusió satisfactòria. Com diu Charon: “Posar molta atenció al llenguatge, la dicció, la metàfora i la resposta del lector als textos permet, de la mateixa manera, posar molta atenció al llenguatge, a la manera de parlar, al contingut metafòric i a les al·lusions de les històries dels malalts”. Podem ser, en altres paraules, uns facilitadors de les històries com el Dr. Schwörer. Podem fer portar el xampany.

El personatge

Una lliçó important que l'escriptor aprèn és que per bona que sigui la seva història, són realment els personatges els qui la condueixen. Un relat que sigui per si mateix intel·ligent es fa ben avorrit si no hi ha un personatge atractiu que el porti a terme.

Quins ingredients fan que els personatges de ficció i de la vida real siguin atractius i memorables? Una part són el seu aspecte físic i els estris de la seva professió, els seus entreteniments, com es guanya la vida, els seus interessos, la seva ètnia i la seva religió. Aquella malalta del meu hospital comarcal que va amb sabatilles de bany de punta d'organdí i bata de seda natural i té un necesser de maquillatge de color taronja a la tauleta de nit és una pacient ben diferent del presoner tatuat que no porta més

equipatge que les manilles i cadenes, encara que tots dos tinguin la mateixa malaltia. Els metges sintonitzen amb l'aparença i estan ensinistrats per detectar els indicis físics que suggereixen, posem per cas, l'hipertiroïdisme, la síndrome de Marfan, el mixedema o la cirrosi hepàtica. Però, com arribem a identificar el *personatge* més que les manifestacions de *malaltia*? I com s'ho fan els novel·listes per fer viure els seus personatges?

Els novel·listes creen personatges arrodonits sobretot mitjançant els seus diàlegs i les seves accions. Allò que un personatge diu és enormement important, particularment quan es troba en tensió amb allò que el lector (o el metge) sap sobre el pacient. En medicina, el diàleg és el mitjà primari amb el qual comprem els matisos de caràcter. Després de tot, és així com els malalts entren en contacte amb nosaltres: explicant-nos la seva història d'allò que els ha passat, que aleshores nosaltres traduïm com la història clínica de la seva malaltia actual. L'explicació que dona el malalt de la seva malaltia habitualment té caràcter singular i completament diferent d'allò que consignem al document clínic. Aquestes històries són explicades en el que Mishler anomena "la veu de la vida del món", que inclou la veu del malalt. De manera característica, nosaltres ho traduïm a "la veu de la medicina", que ve a dir una cosa així: "Aquest home blanc de 47 anys es trobava en el seu estat habitual de salut fins cinc dies abans de l'ingrés, quan va aparèixer sobtadament...". Aquest llenguatge tècnic és necessari i important per al diagnòstic, però en una traducció així podem perdre la nostra capacitat d'imaginar el sofriment del malalt. Quan els estudiants aprenen la veu de la medicina poden començar a parlar del "peu diabètic al llit tres" i "l'infart de miocardi al llit quatre". Walker Percy va anomenar "camins de vaques" aquests costums, les roderes cada cop més fondes en què caiem sempre que trobem un llenguatge professional i l'adoptem. Qualsevol llenguatge professional comporta el risc de posar-nos clucales i conduir a una atrofia de la imaginació, a un esmorteïment de la nostra capacitat de comprendre el sofriment del malalt.

Vaig prendre consciència d'aquesta dicotomia entre la Veu del Malalt i la Veu de la Medicina fa alguns anys, quan vaig veure un home de més de setanta anys a qui havien practicat una laminectomia per extirpar una hèrnia discal i que havia desenvolupat una infecció de la zona operatòria per un microorganisme poc habitual, el *Corynebacterium xerosis*. El pacient va evolucionar lentament de l'hospital a casa, primer en cadira de rodes, després al caminador i finalment a la deambulació amb bastó. Em varen caldre moltes visites per percebre realment la seva humanitat al darrera de la seva imatge externa d'home de Tennessee endurit i estoic. Recordo que sempre anomenava el seu tub de Hickman la "mànega de regar" (i la seva dona replicava: "Sí, i és tan tova i flàccida com la teva mànega"). Les infermeres de la meua con-

sulta n'estaven encantades. L'engrescava saber que la seva malaltia era tan singular que fins i tot jo hagués volgut publicar una descripció del seu cas i del microbi responsable. Per a ell això va ser la confirmació del que la majoria de nosaltres volem pensar de les *nostres* malalties: que són singulars. Un matí vàrem poder mirar junts una còpia de l'article. Va seure i el va llegir, molt engrescat. Però de sobte em va mirar amb cara de decepció i digué: "Abraham, aquí no diu res de mi!". El llenguatge fred i poc imaginatiu de la ciència s'havia endut completament la seva història i, segons ell creia, la seva humanitat. Per a mi, això va ser una lliçó important sobre com poden ser de diferents la Veu de la Medicina i la Veu del Malalt.

La metàfora

La metàfora és al cor de la bona literatura. Flannery O'Connor, en la seva narració *A good man is hard to find* (És difícil trobar un bon home), descriu la mare dient que té una cara "tan ampla i innocent com una col". Entenem perfectament què vol dir. En escriure, el gran repte és treure metàfores originals més que no pas clixés (per exemple, ja no podem dir que la carretera era una cinta de llum de lluna).

Ozick diu: "La inspiració és *ad hoc* i no té història. La metàfora es basa en allò que s'ha experimentat abans; converteix allò que és estrany en familiar". La medicina es basa en segles d'experiència i ha recollit un brillant repertori de metàfores, la varietat de les quals deixa astorats els profans. Per exemple, podem presumir de parlar de la llengua de maduixa, de la llengua de gerd, de l'angioma de cirera, de la taca vermell cirera, del cos en llavor de meló de l'artritis tuberculosa, del molar en móra i de la lesió en cor de poma³, per esmentar tan sols algunes de les metàfores basades en fruites. Podríem fer llistes semblants relatives a verdures, insectes, vertebrats o begudes.

Però les metàfores fan molt més que tan sols representar les malalties. Com diu Ozick, "mitjançant la concentració metafòrica, els metges poden imaginar què és ser els seus malalts. Els que no tenen dolor poden imaginar-se els qui sofreixen. Els qui són dins poden imaginar què és ser fora. Els forts poden imaginar-se els febles. Les vides lluminoses poden imaginar-se la tenebra".

On són les metàfores de la medicina moderna? Sorpren comprovar el petit nombre de metàfores que s'han creat en els darrers 70 anys. Han consumit la nostra atenció noves malalties com la sida, la malaltia de Lyme, la infecció per *Legionella* o l'ehrliquiosi, però em sembla que no han donat lloc a moltes metàfores. La seva absència reflecteix tristament la nostra època tecnològica i dona a entendre que s'ha atrofiat el romanticisme de la medicina i que ja no es manifesten les dots d'observació de William Osler o de Joseph Bell (el model de Sherlock Holmes en la vida real). Potser és que ja no ensenyem la

gent a pensar tal com pensaven els internistes d'altre temps, educats a la manera clàssica. O potser és que aquesta capacitat es ressent en una època en què els estudiants ja no llegeixen Thomas Wolfe o *Arrowsmith* sinó que miren sèries com *Urgències* i d'altres de semblants. Fowles parla d'“una freqüent forma de ceguesa, directament causada per la terrible i invalidant atrofia de la facultat imaginativa (ser incapaç de lliscar pel màgic pas que va des de les petites senyals que anomenem paraules fins a móns molt més rics que els que mai ens donarà cap pel·lícula o sèrie de televisió)”.

Conclusió

Captar les històries que es desenvolupen davant nostre ens permetrà, potser, conèixer millor què vol dir portar les persones a les epifanies que llurs històries necessiten. Si sintonitzem amb el personatge, no tan sols pel seu aspecte extern sinó especialment a través del diàleg, recordarem la veu del malalt, encara que la veu que registrem a la història clínica sigui la veu de la medicina. Escoltar la veu del pacient preserva la nostra capa-

citada d'imaginar el seu sofriment. Amb el llenguatge hauríem de ser agosarats, disposats a recordar i inventar noves metàfores, disposats a pensar i escriure sobre la malaltia en termes memorables i metafòrics, disposats a evocar imatges acolorides per descriure la malaltia (en lloc d'acrònims que esmorteixen la ment). No hauríem de ser tan sols “metges d'adults”, sinó ministres del guariment, narradors d'històries, creadors d'històries i actors en el drama més gran de tots: la història de la vida dels nostres malalts i de nosaltres mateixos.

NOTES DELS TRADUCTORS

1. *Danger*, perill en anglès.
2. En català, “guarir” i “curar” són pràcticament sinònims en la doble accepció de “fer cessar una malaltia” i de “recuperar la salut”, mentre que en anglès la recuperació de la salut es refereix bàsicament com a “*healing*”, en oposició al significat més limitat de “*curing*”. Hem adoptat els termes catalans amb coneixement de la pèrdua d'aquesta distinció.
3. Expressions d'ús establert en anglès que comparen l'aspecte de certes lesions amb fruits, però no totes amb equivalent català.