

**BERNARD LOWN: L'arte perduta di guarire**

# **Bernard Lown: L'arte perduta di guarire**

## **Parte I**

(G Ital Cardiol 2009; 10 (9): 612-632)

Titolo originale  
*The Lost Art of Healing*

© 1997 Garzanti  
Editore SpA

Traduzione italiana di  
Cristina Spinoglio  
pubblicata su licenza di  
Garzanti Libri SpA,  
Milano.

### **Prefazione**

La medicina degli Stati Uniti è unanimemente considerata la migliore del mondo. Non passa giorno senza assistere a un importante passo avanti in campo scientifico, molte malattie un tempo mortali oggi sono curabili e la gente, in media, è più sana e vive più a lungo. Tuttavia l'insoddisfazione del paziente nei confronti del medico non è mai stata tanto sentita. Anche se aumenta la competenza dei medici nel curare la malattia e prolungare la vita, i malati sono diffidenti, sospettosi e addirittura ostili nei loro riguardi. Sorpresa, imbarazzo e risentimento si diffondono quindi nella classe medica, che non può astenersi dall'ammettere la presenza di una profonda crisi del sistema sanitario. Date le spese esorbitanti del settore, che ammontano a mille miliardi di dollari l'anno, le possibili e numerose soluzioni comportano costi ancora più alti. Con questo libro, mi propongo di offrire uno sguardo diverso sui problemi del nostro sistema sanitario e di suggerire una differente conclusione.

Credo che la crisi profonda che dilania la medicina contemporanea sia soltanto in parte dovuta ai costi crescenti che la società deve sostenere: il problema è più globale e non si limita all'economia. La medicina, a mio avviso, ha perso la sua strada, se non addirittura la sua anima. Il patto non scritto tra medico e paziente, consolidatosi attraverso i millenni, sembra essersi infranto.

Nel corso della mia vita professionale ho assistito a un percorso singolare: la medicina è giunta al suo apogeo, in un alone di rispetto che ha rasentato l'adulazione, per poi cadere in disgrazia, dopo l'inizio di un repentino rovesciamento della sua immagine, che continua a deteriorarsi. Verso la metà del nostro secolo la figura del medico relegava nell'ombra quelle di qualsiasi altra professione o vocazione. Paradossalmente, sembra ora che ogni nuovo miracolo della medicina abbia come conseguenza un appannamento e una perdita di lustro dell'immagine. I medici hanno una reputazione più bassa che mai, eccetto forse ai tempi biblici quando l'Ecclesiaste salmodiava: «Egli che ha peccato contro il suo Signore, fallo cadere nelle mani dei medici».

Nessuna significativa trasformazione sociale nasce da un'unica causa. Riflettendo su quarantacinque anni di pratica medica, mi accorgo che qualcosa di fondamentale rischia di venire vanificato. A volte mi pare addirittura che la medicina stia per essere coinvolta in un patto faustiano. Una tradizione di tremila anni, che univa medico e paziente in un rapporto fondato sulla fiducia, sta per essere trasformata in un nuovo tipo di relazione. Il processo della guarigione è sostituito dal trattamento, la cura è soppiantata dalla presa in carico e banali procedure tecnologiche prendono il sopravvento sull'arte di ascoltare. I medici non assistono più la persona, ma si occupano di parti biologiche frammentate che non funzionano più. Il più delle volte l'essere umano che soffre viene escluso dalla transazione.

L'introduzione di tecnologie sempre più sofisticate è certamente una delle ragioni di questo stato di cose.

Confrontata con le nitide immagini apportate dagli ultrasuoni, dalla risonanza magnetica, dalla tomografia computerizzata, dall'endoscopia e dall'angiografia, l'anamnesi del paziente diventa vaga, confusa, soggettiva e apparentemente irrilevante. Inoltre ci vuole un certo tempo per ricostruire un'anamnesi completa. Per molti medici la tecnologia è diventata un sostituto sufficiente al colloquio con il paziente.

Il declino del prestigio di cui godevano i medici è stato accelerato anche dall'incredibile arroganza che viene instillata negli studenti in medicina. Si insegna loro un modello medico riduttivo, in cui gli esseri umani sono considerati complesse macchine biochimiche. Una persona ammalata è semplicemente un ricettacolo di organi che funzionano male o di sistemi regolatori fuori uso che reagiscono alla somministrazione di sostanze chimiche. Fedele a questo modello, il medico, come un perfetto scienziato, utilizza strumenti sofisticati e metodi all'avanguardia, impegnandosi in un atto di vera e propria ricerca.

Non è soltanto il contemporaneo concetto filosofico di malattia a rinforzare questa visione delle cose, ma anche potenti motivazioni economiche. La società valorizza la tecnologia molto di più dell'ascolto o della disponibilità a

dare dei consigli. Il tempo trascorso in sala operatoria ad applicare tecniche invasive riceve compensi dieci volte superiori al dialogo con il paziente o con la sua famiglia. Oltre a rendere superfluo il discorso, la pratica medica corrente si concentra sulle malattie acute o sulle emergenze ed è quasi del tutto indifferente alla prevenzione e alla difesa della salute. Poiché la medicina preventiva richiede molto tempo, anche se è considerata come l'approccio più valido alla malattia nel rapporto costi-benefici, essa viene completamente trascurata. Una prevenzione efficace ha sempre un ruolo marginale rispetto alle cure d'emergenza, che sono circondate da un alone di eroismo.

Sono convinto che la situazione non verrà cambiata da incrementi economici. Il declino continuerà finché i medici non riprenderanno contatto con la loro tradizione di guaritori. Con parole toccanti rivolte al suo medico, il saggista Anatole Broyard, poco prima di morire per un tumore alla prostata, scrisse:

Non vorrei chiedere troppo tempo al mio medico. Vorrei soltanto che riflettesse per cinque minuti sulla mia situazione, che mi offrisse per una volta tutto il suo ascolto, che si mettesse in contatto con me per un breve tempo, che penetrasse la mia anima e osservasse la mia carne per giungere a capire la mia malattia, perché ogni persona si ammala in un suo modo particolare... Quando prescrive analisi del sangue e radiografie ossee, vorrei invece che analizzasse attentamente me, oltre alla mia prostata, cercando a tentoni il mio spirito. Senza questo percorso, non sono nient'altro che la mia malattia<sup>1</sup>.

Il mio scopo non è semplicemente di condividere con il pubblico interessanti esperienze mediche, ma di trasmettere un messaggio, un'idea fondamentale per i nostri tempi inquieti. La pratica di una medicina dal volto umano resta possibile, anche in quest'epoca di involuzione personale nel buco nero dell'egoismo. Anzi, è più necessaria che mai.

Non posso mettere troppo categoricamente l'accento sul fatto che, per curare, non bisogna abbandonare la scienza. Al contrario, il processo di guarigione fruisce delle condizioni ottimali quando arte e scienza sono congiunte, quando si tenta di penetrare corpo e anima insieme. Soltanto quando sono in grado di riflettere sul destino del malato afflitto da dolore e paura, i medici possono capire l'individualità specifica di un singolo essere umano. Un paziente è qualcosa di più della sua malattia. Questo impegno globale stimola l'immaginazione clinica, affinando la precisione nel giudizio e aiutando a superare la difficoltà di prendere una decisione. Il medico in questo modo acquisisce il coraggio per affrontare i dubbi contro cui la sola abilità tecnica risulta inadeguata. Medico e paziente sono inseriti in un rapporto paritario: più il paziente acquista potere e autonomia, più migliorano le capacità terapeutiche del medico. Cinquant'anni fa, il medico di Boston Francis Peabody sosteneva che il segreto per curare il paziente era proprio prendersi cura di lui.

Un ascolto attento sin dalla primissima visita è la garanzia di un trattamento corretto: proprio perché si basa sulla sensibilità di entrambi, rappresenta lo strumento diagnostico più efficace nel complesso corredo del medico. Il medico in grado di raccogliere un'anamnesi accurata, è in-

fatti in grado di fare una diagnosi corretta nel 70% dei casi. L'anamnesi è il mezzo più utile di tutti gli esami e le tecnologie disponibili per una ragione molto semplice: le rimostranze che il paziente fa al medico, anche se si riferiscono a un organo specifico, hanno un carattere funzionale e derivano essenzialmente dalle difficoltà della vita. Originare spesso da un cuore tormentato che uno strumento moderno non può cogliere, non si nascondono invece a un orecchio attento e abituato all'ascolto dei sussurri appena appena percepibili né a uno sguardo avvezzo a scorgere le lacrime non versate.

I cinici e i realisti possono pensare che si tratti di chiacchiere romantiche, ma anche un realista non può rimanere indifferente a interessi economici su larga scala. Il modo più efficace e più economico per il medico di fare una diagnosi è quello di confrontarsi con l'essere umano nel suo complesso. Per esempio, i dolori al torace alla mezza età, soprattutto nei maschi, sono un problema abbastanza comune, che porta inevitabilmente a esami clinici costosi e diversificati. La reazione del medico è stereotipata. Dopo un colloquio frettoloso, il paziente viene informato che sono necessari esami clinici per escludere un'angina pectoris, cioè un grave disturbo alle coronarie. Il paziente è comprensibilmente ansioso di procedere al più presto. Dopo diverse settimane vissute nell'ansia, in cui vengono eseguite analisi costose, l'accertamento culmina con un angiogramma coronarico, molto invasivo. Dopo che il paziente è finalmente informato che l'angiogramma è normale e che il dolore al petto non ha rapporti con il cuore, egli si dimostra ammirato per la competenza e la scrupolosità del medico ed enormemente impressionato dal potere magico della tecnologia moderna. La reazione del paziente, piena di gratitudine, conferma al medico di aver seguito la strada giusta. Inoltre rinforza l'idea che indossare le vesti di Cassandra e prevedere il peggio è psicologicamente ed economicamente conveniente.

Ma l'intera procedura non è necessaria: fondo la mia opinione su quarantacinque anni di esperienza con molte migliaia di pazienti sofferenti di dolori al petto. Una diagnosi di angina pectoris può essere esclusa nel 90% dei casi con un colloquio approfondito. Era la convinzione del dottor William Heberden che, più di due secoli fa, individuò e descrisse l'angina pectoris: nessun progresso tecnologico ha poi contraddetto la sua concezione. Nella stragrande maggioranza dei casi, un'anamnesi attenta rivela che i dolori al petto sono provocati da artriti, stress psicologico, indigestione o altri banali problemi. Il disturbo alle coronarie è improbabile in assenza di squilibrio lipidico, diabete o ipertensione, soprattutto se la storia familiare è ampiamente negativa per quanto riguarda le malattie cardiache e se il soggetto non ha mai fumato e non ha mai subito periodi troppo lunghi di stress. Queste informazioni possono essere ottenute facilmente con l'anamnesi e con alcune semplici analisi cliniche. Un ascolto attento sin dall'inizio evita l'insorgere di un'inutile ansia nel paziente e fa risparmiare alla società spese ingenti: in questo caso, la differenza dei costi tra i due diversi approcci medici è dell'ordine di uno a cinquanta. Ogni anno soltanto per i dolori al torace sprechiamo miliardi in diagnosi inutili. La crisi economica che investe la medicina è in ultima analisi una crisi nel modo di esercitare la professione, come tenterò di illustrare nei prossimi capitoli.

<sup>1</sup>Anatole Broyard, «New York Times Magazine», 26 agosto 1990.

A questo punto, i lettori scettici si chiederanno perché dar credito al mio punto di vista, che contraddice l'informazione sanitaria attualmente in voga. Le mie credenziali e la credibilità della mia testimonianza emergono in queste pagine, vorrei solo sottolineare brevemente come sono giunto a credere con tanta fermezza alle mie idee.

Per anni e anni ho accumulato esperienza di casi clinici. Alla fine di una lunga giornata di lavoro, spesso prendevo appunti sui pazienti che avevo visto. Riflettendo sugli spunti che mi offrivano, mi sono reso gradualmente conto che la strada migliore dal punto di vista clinico è quella di considerare ogni paziente come un caso a sé, unico. Quando sono entrato alla Johns Hopkins Medical School nel 1942, mi affascinava la psichiatria che gettava luce sul comportamento individuale: la abbandonai per la mancanza di rigore scientifico e per lo scolasticismo medioevale che regnava nei suoi ranghi. La psichiatria evidentemente non faceva per me. Avevo bisogno di ordine e anelavo alla perfetta simmetria e alla prevedibilità offerte dalla scienza: il mio romantico ardore giovanile mi faceva sperare che la scienza avrebbe presto chiarito i misteri del corpo umano e spiegato i processi base della malattia. Ero inebriato dai progressi scientifici e tecnologici del giorno e volevo a tutti i costi contribuire all'inarrestabile impeto del lavoro di ricerca.

Nei rapidi progressi della medicina la cardiologia era allora all'avanguardia. L'introduzione dei cateterismi cardiaci a opera dei premi Nobel André F. Cournand e Dickinson W. Richards, proprio all'epoca in cui mi laureai in medicina nel 1945, apriva nuove prospettive. Per la prima volta le cavità cardiache potevano essere penetrate in tutta sicurezza e ispezionate minuziosamente con cateteri decodificabili a distanza. La diagnosi, da supposizione basata sull'osservazione clinica, si trasformò in dato scientifico esatto in base a misurazioni dirette. Si svilupparono tecniche chirurgiche innovative per la correzione di disturbi congeniti del cuore e di valvole cardiache difettose e si perfezionò la tecnica per l'applicazione dei by-pass in caso di arterie coronarie ostruite. La cardiologia dava il massimo di sé.

Quando cominciai a praticare, le terribili malattie infettive come la tubercolosi e la poliomielite erano sotto controllo e i disturbi cardiaci costituivano ormai la prima causa di morte nei paesi industrializzati. Negli Stati Uniti c'era un morto per disturbi cardiaci ogni novanta secondi. Molte questioni complesse e stimolanti rimanevano aperte. Le nuove scoperte scientifiche avevano permesso approcci innovativi e invenzioni rivoluzionarie, alcuni enigmi diagnostici irrisolti e malattie un tempo fatali si erano arresi ai progressi medici. L'ottimismo era all'ordine del giorno.

Andai a Boston per seguire uno dei più importanti cardiologi del secolo, il dottor Samuel A. Levine, professore alla Harvard Medical School che aveva la base al Peter Bent Brigham Hospital, ora noto come Brigham and Women's Hospital. La mia prima ricerca ebbe come oggetto un farmaco ormai collaudato, la digitale, che da due secoli era utilizzato contro i disturbi cardiaci. Pur trattandosi di un rimedio efficace, poteva avere gravi effetti collaterali sul ritmo cardiaco e causare addirittura la morte. Il mio lavoro di ricerca dimostrò il ruolo critico del potassio nello stabilire l'uso sicuro della digitale.

Le scoperte si susseguirono poi a un ritmo incalzante e, a un'età ancora giovanissima, ottenni l'attenzione del mondo intero per l'introduzione della corrente continua

allo scopo di rianimare il muscolo cardiaco e per la tecnica di cardioversione, da me ideata per correggere diversi tipi di tachicardie, cioè ritmi cardiaci troppo rapidi. Queste scoperte salvarono migliaia di vite e aprirono la strada alla fondazione delle unità coronariche in ambiente ospedaliero e alla moltiplicazione delle operazioni al cuore, compresa l'introduzione di by-pass in caso di ostruzione delle arterie coronarie. Il nostro lavoro si preoccupò anche di attrarre l'attenzione sul gravissimo problema dell'infarto e a definirne i metodi per la prevenzione.

Un'altra figura importante della mia vita fu il professor Frederick Stare, che costituì il primo Dipartimento di Dietetica alla Harvard School of Public Health e incoraggiò le mie prime ricerche in campo medico. Pur organizzando un vasto laboratorio di ricerca presso il suo dipartimento, non mi allontanai mai dalla pratica clinica. Vedevo i pazienti tutte le settimane e partecipavo ogni giorno alle visite ospedaliere. La mia conoscenza della medicina non nasce quindi soltanto dalla torre d'avorio dell'accademia, ma anche dalle trincee della pratica ospedaliera.

Le mie concezioni sono state forgiate da diversi elementi: la nascita all'estero, l'eredità ebraica con tradizione rabbinica, la passione per i libri e soprattutto la mia storia d'amore mai interrotta con la medicina. Una pratica di quattro decenni e più non ha fatto che intensificare il fascino che ha sempre esercitato su di me l'arte magica del curare, come fu definita da Maimonide, grande filosofo e medico del XII secolo, il quale pregava: «Possa io non dimenticare mai che il paziente è una creatura che soffre. Possa io non considerarlo mai semplicemente come il ricettacolo della malattia».

Mi sento straordinariamente privilegiato perché sono un medico. Un medico ha un posto in prima fila per uno spettacolo teatrale ineguagliabile. Infatti, anche se l'arte può imitare la vita, non è mai completamente alla sua altezza. Il medico è spettatore di un panorama di eventi ad ampio raggio, che costituisce lo specchio della storia sociale e culturale di un'epoca. Proprio per questo mio privilegio, spesso mi sono sentito in colpa nel mandare il conto ai miei pazienti. Raramente è possibile avere un rapporto che esplori l'intimità a tal punto. Nessun piacere equivale alla gioia di aiutare altri esseri umani a rendere la propria vita più lunga e più sicura. Questo libro vuole essere una piccola ricompensa ai miei pazienti, che, in ultima analisi, sono stati i miei maggiori maestri e che mi hanno aiutato a diventare medico.

## ASCOLTARE IL PAZIENTE: L'ARTE DELLA DIAGNOSI

### 1. La scienza dell'anamnesi e l'arte di ascoltare

In quest'epoca di tecnologia dilagante è facile dimenticare che un elemento essenziale nelle cure mediche deriva ancora da un'arte creatasi all'aurora dell'umanità. Venticinque secoli fa, Ippocrate consigliava: «Dove c'è amore dell'uomo, c'è anche amore dell'arte. Alcuni pazienti, consci della gravità della loro condizione, ritrovano la salute semplicemente attraverso la gratificazione ottenuta dal rapporto con il medico». Nel XVI secolo Paracelso, il più importante medico tedesco della sua epoca, includeva tra le qualità di base di un medico «l'intuizione che è necessaria

per capire il paziente, il suo corpo, la sua malattia. Egli deve possedere la sensibilità e il tatto che gli permettono di entrare in comunicazione empatica con lo spirito del paziente».

Principi di questo genere non hanno perso la loro validità anche nella nostra epoca, in cui regna sovrana la medicina scientifica. Il tipo di pratica che io ho adottato si collega a questa antica tradizione. La mia scelta professionale non è stata né predestinata dal cielo né influenzata da un dono ereditario. Ottimi maestri hanno dato forma alle mie idee sul significato di essere medico, soprattutto il dottor Samuel A. Levine, sotto la cui direzione ho iniziato il tirocinio al Peter Bent Brigham Hospital di Boston nel 1950. Era il mio mentore e il mio modello ma, dopo due anni passati sotto la sua guida, mi lasciai prendere dall'arroganza giovanile e conclusi che il vecchio signore non aveva più nulla da offrirmi. Ero stufo delle sue storie, che avevo ascoltato innumerevoli volte, e partecipare con lui ogni mattina alle visite ospedaliere mi faceva perdere tempo prezioso che avrei utilizzato meglio, pensavo, in una ricerca produttiva.

Per circa sei mesi smisi di presenziare alle visite ospedaliere quotidiane del dottor Levine, limitandomi a seguire una volta la settimana i pazienti esterni della clinica cardiologica. Ben presto non potei fare a meno di constatare la mia incapacità di clinico. Saltava agli occhi la differenza tra le reazioni dei pazienti curati da Levine e quelli seguiti da me. Anche quando la patologia non era del tutto chiara, egli prescriveva un farmaco la cui efficacia non era stata nemmeno dimostrata e il paziente migliorava, rifioriva, guariva. Io, invece, pur avvalendomi delle ultime scoperte derivanti dalle rivelazioni del «New England Journal of Medicine», non mi sognavo risultati simili.

Ripresi così a frequentare le sue visite giornaliere sei mattinate alla settimana nella speranza di imparare la sua arte. Dovevo essere un discepolo ben tardo, perché mi ci vollero altri undici anni con Levine per acquisire la perizia del clinico. Ma alla fine la sua arte lasciò un'impronta, permettendomi di capire a fondo e rapidamente l'unicità di ogni paziente e di giungere sempre a una prescrizione terapeutica individualizzata.

Durante questi lunghi anni, la mia ammirazione per le prodigiose capacità cliniche di Levine non fece che crescere. Secondo lui, d'accordo con il dottor William Osler, «la medicina è la scienza dell'incertezza, l'arte della probabilità». Pensava che la maggior parte dell'informazione significativa potesse essere ottenuta da un'anamnesi accurata e da un attento esame clinico. Era convinto che un'intera batteria di analisi non avrebbe potuto sostituire una mente desiderosa di sapere, ma si compiaceva dei progressi scientifici e sosteneva che l'arte della medicina consisteva nel portare la scienza al capezzale del malato. Aveva visitato più di trentamila pazienti cardiopatici e sembrava che ognuno di essi avesse lasciato un segno duraturo nella sua memoria. Una sorprendente capacità di ricordare informazioni dettagliate e precise di quasi ogni paziente che aveva curato era il puntello su cui poggiava il suo genio clinico: una sorta di modello di individuazione che gli permetteva di distinguere i tratti importanti da quelli irrilevanti.

Levine formò una generazione di cardiologi esperti dell'angina pectoris. Per quanto possa apparire sorprendente, non ricordo nemmeno un suo errore nel diagnosticare un'angina. In un paziente che presentava un senso di

oppressione al petto, non gli era difficile capire se il disturbo derivasse da una cattiva circolazione coronarica. Ciò avviene quando il medico compie un'anamnesi accurata, prestando attenzione ai numerosi spunti offerti. Al giorno d'oggi sono pochi i medici in grado di riconoscere i casi più delicati di angina, soprattutto perché non colgono questi spunti oppure non hanno voluto investire tempo sufficiente in un'anamnesi dettagliata. Oggi, si giunge alla diagnosi di disturbi coronarici con esami innocui, ma anche con analisi invasive come l'angiografia coronarica. Su un milione di angiogrammi eseguiti nel 1993, 200.000 hanno rivelato arterie coronariche perfettamente normali. Se l'insegnamento di Levine fosse stato seguito, questi pazienti con coronarie normali non sarebbero stati sottoposti a un esame tanto costoso e fastidioso.

L'approccio di Levine rendeva possibile una diagnosi corretta di angina pectoris sin dal primo incontro con il paziente. Levine sottolineava gli atteggiamenti che portavano su piste false, per esempio chiedere ai pazienti di «mostrare con un dito» dove si localizza «il dolore»; l'angina non è percepita come dolore né la si può indicare con un dito. Se il paziente segue comunque le istruzioni e indica un punto nella regione pettorale, si può accantonare immediatamente la diagnosi di angina pectoris. Se invece di mostrare un punto preciso il paziente stringe un pugno o pone il dorso della mano nell'area centrale dello sterno, di solito ci si trova di fronte a un caso di angina. La diagnosi è ulteriormente confermata se il paziente, nel precisare le sensazioni provate, utilizza espressioni come «mi è difficile descriverlo, non è proprio un dolore, è una sorta di tensione, di pesantezza, di pressione». Allora la diagnosi è certa. Levine suggerisce numerosi altri indizi, in modo che il medico raramente può sentirsi incerto sulla presenza di angina, anche prima di terminare il primo colloquio.

Mentre intrattenevamo un professore che era nostro ospite a Los Angeles nei primi anni Sessanta, sentii il dottor M., ex-allievo di Levine, raccontare pubblicamente un episodio che vedeva coinvolto il nostro comune maestro. Il dottor M. raccontava che si trovavano di fronte a un giovane in apparenza in buona salute che si lamentava di una sorta di disagio nella parte superiore del ventre. Dopo aver fatto alcune domande, il dottor Levine attribuì categoricamente il sintomo all'angina pectoris e scrisse in cartella quest'unica frase: «Il paziente soffre di angina pectoris». Il paziente, di soli trentaquattro anni, non presentava fattori di rischio coronarici. Si rilevò poi un disturbo sorprendente in un soggetto così giovane: un'ernia epigastrica che era evidentemente responsabile dei sintomi che Levine attribuiva all'angina. Secondo il dottor M., «Levine dimostrò di essere superiore ai medici comuni. Scrisse in cartella senza mezzi termini: "La mia diagnosi è errata". Avrebbe potuto rapprezzare facilmente il suo sbaglio, ma non era nei metodi del buon vecchio Sal. Tutti dovevano sapere».

Dopo questo episodio feci le altre visite in corsia con il dottor Levine. Poi, dopo aver lasciato i malati, chiesi se era comune avere quel tipo di disturbo con un'ernia epigastrica. Con mia grande sorpresa Levine rispose: «Certamente no. Sono assolutamente convinto che quest'uomo soffre di disturbi coronarici e che il suo disagio è dovuto all'angina».

«Perché allora scrivere quell'osservazione?».

«Sono un insegnante. È importante far capire ai propri allievi che non si è infallibili». Sussurrò poi con un risolino: «Anche il grande Levine può sbagliare». Poi aggiunse, co-

me un ripensamento: «Non voglio sembrare meschino a questi giovani medici che pendono dalle mie labbra».

Ironia volle che la storia si sia poi conclusa in modo drammatico. Dopo tre anni, a trentasette anni, il paziente ebbe un grave attacco cardiaco. L'opinione iniziale di Levine era quindi corretta. Retrospectivamente si può provare un certo disagio per l'omissione di Levine nell'informare il paziente della sua condizione. È tuttavia opportuno ricordare che l'episodio avvenne più di quarant'anni fa, quando la medicina non era assolutamente in grado di modificare la prognosi.

Levine palesava agli studenti il processo di scoperta clinica in cui piccoli indizi ordivano a poco a poco a poco un'elegante tessuto diagnostico. Innanzitutto bisognava stabilire un'anamnesi che permettesse di distinguere gli indizi fondamentali da quelli irrilevanti. La visita avrebbe poi confermato o confutato l'intuizione diagnostica. Lo strumento principe, secondo Levine, è lo stetoscopio, che rende percepibili i misteri del cuore. Questo apparecchio, semplicissimo e poco costoso, è inestimabile per ascoltare il ritmo cardiaco ed eventuali soffi. Levine sosteneva che dopo una visita esauriente, soltanto di rado permane il dubbio sulla diagnosi. Alludeva al fatto che l'eccessiva fiducia nel cosiddetto check-up, che mobilitava l'artiglieria pesante della medicina dell'epoca, i raggi X e la fluoroscopia cardiaca, l'elettrocardiografia e la fonocardiografia, le analisi del sangue e delle urine, testimoniava un'insufficiente abilità diagnostica.

Levine accumulò una vera e propria enciclopedia di piccoli indizi diagnostici generalmente correlati a condizioni curabili. Per esempio, poiché si sa che l'endocardite batterica subacuta, un'infezione che si annida su valvole cardiache già danneggiate, è estremamente rara in assenza di soffi o in pazienti con fibrillazione arteriale cronica, il medico può risparmiare al paziente il disagio di costose procedure diagnostiche e di numerose emocolture. Levine aveva il genio di applicare tecniche semplici per problemi difficili, per esempio l'esame per riconoscere la costrizione dell'aorta, uno strozzamento congenito della parte superiore dell'aorta, cioè del principale condotto sanguigno dal cuore al corpo. Questa condizione spesso ignorata, ma curabile, provoca una pressione alta limitata alla parte superiore del corpo. Levine ipotizzò che se si comprimevano l'alluce e il pollice e poi si rilasciava la pressione, il pallore sulla pelle sarebbe durato più a lungo in presenza della costrizione. Questo esame può essere eseguito in dieci secondi circa, richiede come attrezzatura solo un orologio munito di quadrante per i secondi e non costa nulla.

Levine era anche straordinariamente acuto nel riconoscere le patologie cardiache dovute a ipertiroidismo, cioè ad attività eccessiva della tiroide. All'epoca il disturbo veniva spesso trascurato e Levine fece diagnosi corrette quando nessuno le aveva sospettate. Il paziente cardiopatico con disturbi alla tiroide presenta molti sintomi classici delle cardiopatie e dell'aritmia, ma il problema soggiacente non è il cuore, bensì un'iperattività della tiroide, condizione assolutamente curabile. Levine cercava sintomi banali, come un leggero tremore delle dita nella mano in estensione, un appetito robusto senza aumento di peso o addirittura con perdita di peso, movimenti intestinali eccessivi anche se normali, sudorazione anche in ambiente fresco, preferenza per il freddo soprattutto in persone an-

ziane, mani calde anche a basse temperature, precoce irrigimento dei capelli, tinta salmone degli zigomi. Se individuava qualcuno di questi sintomi, si lanciava in una ricerca instancabile di altri piccoli indizi: pelle liscia, calda e umida, leggero tremolio della lingua, iperattività dei riflessi, sguardo brillante e particolarmente vivo, impercettibile ingrossamento della tiroide e rapidità dei movimenti.

Ricordo una volta in cui fu chiesto a Levine dall'endocrinologo dell'ospedale di fare un consulto su di una donna con un sospetto disturbo alle coronarie. Una volta al capezzale della paziente, Levine cominciò a saltellare con malcelata eccitazione e, dopo aver auscultato il cuore, diagnosticò un ipertiroidismo. Mi chiese che cosa pensassi del primo suono del cuore e io risposi che era spezzato.

«Come si accorda questo sintomo con un lungo intervallo P-R<sup>1</sup> nell'elettrocardiogramma?», chiese. «Sa bene che le uniche situazioni in cui un intervallo P-R prolungato è associato a un forte suono iniziale del cuore sono la gravidanza, la stenosi mitralica, la fistola arteriovenosa, il morbo di Paget o gravi forme di anemia? Questa sessantenne è forse incinta o si ritrova nelle altre condizioni?». Scossi il capo, ma protestai che stabiliva una diagnosi in base a ben misere prove. Allora egli diede un duro colpo alla mia mancanza di acume diagnostico: «Bernie, ometti di osservare ciò che è ovvio», concluse.

«Che cos'è ovvio?».

«Non vedi lo sguardo fisso, unilaterale, dell'occhio sinistro?».

Guardai bene e, naturalmente, anche se non proprio evidente, c'era un'asimmetria dei due occhi, con la palpebra sinistra ritratta di qualche millimetro. Non è un sintomo raro nell'ipertiroidismo. Levine, ora trionfante, si irritò. «Conferma la diagnosi di ipertiroidismo anche se non è possibile palpare un gozzo tiroideo ingrossato».

Con totale sconcerto dell'endocrinologo, la cui pratica quotidiana era proprio costituita da disturbi alla tiroide, la diagnosi fu poi confermata.

Il dottor Levine era colpito dalla vivacità e dalla rapidità dei pazienti affetti da ipertiroidismo. Aveva per loro una profonda ammirazione ed era convinto che questa condizione li proteggesse dai disturbi alle coronarie. Appresi più tardi, quando diventò mio paziente, che aveva preso tre granuli di estratto tiroideo al giorno per più di trent'anni. Pensava che coloro che avevano la funzionalità tiroidea accresciuta avessero lo sguardo brillante e vivace e fossero quindi più interessanti perché la personalità traspariva dallo sguardo. Levine suggerì che il fascino universale emanato da Monna Lisa derivasse da un ipertiroidismo. Sosteneva che lo sguardo dall'alto verso il basso faceva sì che coloro che ammiravano il quadro credessero che fosse rivolto verso di loro e ne garantiva il successo attraverso i secoli. Levine una volta mi confidò: «Se guardi attentamente il collo di Monna Lisa, osserverai un rigonfiamento dovuto al gozzo tiroideo».

Parecchie volte, visitando il Louvre, ho studiato la straordinaria dama di Leonardo, ma senza riuscire a trovare il minimo accenno di gozzo. Ciò non significa che rifiuti la diagnosi del mio mentore, perché Levine spesso vedeva

<sup>1</sup>L'intervallo P-R è il tempo impiegato da un impulso elettrico per passare dall'atrio al ventricolo, misurato in centesimi di secondo.

ciò che gli altri non erano in grado di vedere. Riflettendoci, perché non dovremmo permettere ai maestri gli stessi voli di fantasia dei poeti?

Levine mi insegnò l'arte di ascoltare, il fondamento della medicina. Un ascolto efficace mobilita tutti i sensi, non semplicemente l'udito. Praticare l'arte della medicina non richiede soltanto una conoscenza approfondita del disturbo, ma anche una valutazione dei dettagli più intimi della vita emotiva del paziente, considerata di competenza dello psichiatra. Nei manuali di medicina o durante l'università non si accenna neppure alla necessità di un complesso coinvolgimento con i pazienti. Per poter curare, un medico deve sapere innanzitutto ascoltare. Un ascolto attento è terapeutico di per sé, perché tutte le storie umane sono interessanti. Pochi grandi libri espongono la condizione umana più chiaramente di un paziente che ha permesso di esplorare in profondità nella sua vita.

Nel breve tempo disponibile per raccogliere un'anamnesi, lo scopo è di ottenere, oltre ai fatti essenziali, una visione globale dell'essere umano. Sembra facile, ma ascoltare è lo strumento più difficile tra tutti quelli disponibili al medico.

### **Fissando il soffitto**

Chang Goyang, uno scienziato del Maryland, veniva sempre nel mio studio accompagnato dalla sua graziosa moglie cinese, che tutte le volte mi guardava dritto negli occhi con uno sguardo che sembrava trafiggermi. Quella donna mi ricordava una figurina del Buddha, silenziosa e priva di emozioni. Goyang era stato mio paziente per un decennio a causa di un'angina pectoris, conseguenza di un grave restringimento delle coronarie. La prima volta era venuto a Boston per un consiglio sull'applicazione di un by-pass raccomandatagli dal suo medico, intervento che egli temeva molto. Ritornava per le visite annuali e le condizioni del suo cuore rimanevano stabili nel corso degli anni.

In occasione di questa visita in particolare, l'anamnesi confermò la stabilità del suo disturbo coronarico. Mi fece credere che non si erano verificati cambiamenti nella gravità o nella frequenza degli attacchi di angina e che la sua capacità di fare esercizio fisico non era alterata. Nuotava almeno cinque volte la settimana e camminava senza alcun dolore al petto. Per non avere attacchi di angina durante l'allenamento, all'inizio metteva sotto la lingua una dose di nitroglicerina ad uso profilattico. Mi rallegrai di queste notizie.

Durante la visita, tuttavia, ebbi una strana sensazione. Dopo qualche tempo, ciò che mi preoccupava divenne chiaro. A differenza delle altre dieci visite precedenti, quest'anno qualcosa era cambiato. La signora Goyang, che di solito mi guardava sempre, fissava con ostentazione il soffitto, senza mai degnare di uno sguardo né il marito né me. Non si era mai comportata in questo modo. Si trattava forse di una sorta di indizio? Forse i due avevano litigato durante il lungo viaggio in auto. Forse era annoiata. O voleva comunicare qualcosa? Ma cosa?

«Sciocchezze, smettila di fantasticare. Smettila di recitare Amleto», dissi tra me e me. Ma questi pensieri diventavano ossessivi e mi distraevano dalla visita. Perché dunque mi comportavo come un antico augure che tenta di

trarre conclusioni in base a confusi presagi, quando avrei potuto chiedere senza difficoltà alla signora Goyang che cosa succedeva?

La visita non evidenziò nulla di diverso rispetto al passato. Fui rassicurato dalle sue condizioni e pensai di fargli seguire lo stesso programma per un altro anno. Ma invece di lasciare che la signora Goyang raggiungesse il marito nella sala visite, come facevo di solito, volli vederla da sola. Le chiesi come stava il signor Goyang. Rispose che aveva già raccontato tutto lui. «Non è cambiato nulla?», chiesi. Divenne cauta e tergiversò, ripetendo che il marito era l'unico che avrebbe potuto informarmi. Continuammo la schermaglia per circa cinque minuti senza risultati. La mia irritazione cominciava a trasparire, perché era chiaro che la donna nascondeva qualcosa. Alzando il tono, alla fine sbottai: «Non si preoccupa di quel che sta succedendo a suo marito? Una moglie devota non si rifiuterebbe mai di fornire informazioni importanti al medico di suo marito».

La donna, che mi era sempre sembrata calma e imperterbabile, scoppiò in lacrime. «Non è nella consuetudine delle donne cinesi di parlare alle spalle del marito».

Lasciai perdere le divagazioni e la interrogai cortesemente sui particolari. «Il signor Goyang ha aumentato la dose di nitroglicerina?».

«Sì, ne inghiotte una dopo l'altra», rispose tra i singhiozzi.

«Fa esercizio fisico?».

«No, i dolori al petto sono troppo forti. L'ha interrotto da un mese».

«Nuota?».

«No, ho paura».

«Perché allora questo inganno?», incalzai.

«È terrorizzato da un'altra operazione al cuore», rispose.

Senza indugiare feci provare a Goyang gli attrezzi ginnici che aveva adoperato molte volte senza provare alcun dolore al petto. In passato era riuscito a giungere fino a undici minuti seguendo un protocollo di esercizi graduati. Ora arrivò soltanto a cinque minuti, poi fu colto da una forte tensione al petto e si coprì di sudore. La pressione ebbe un brusco abbassamento, che ebbe come conseguenza un forte capogiro. L'elettrocardiogramma era molto discontinuo e rivelava brevi accessi di tachicardia ventricolare, un gravissimo disturbo del ritmo cardiaco. Lo portammo in ambulanza al Brigham and Women's Hospital, dove un angiogramma coronarico evidenziò un forte restringimento dell'arteria coronaria principale. Quando fu individuata la gravità della sua condizione, tutti furono concordi nell'affermare che l'unica possibile terapia era un'operazione immediata. Subì un'intervento di emergenza per l'applicazione di un by-pass coronarico. Ora le sue condizioni sono ottime.

Se sua moglie non lo avesse accompagnato e io non avessi «ascoltato» i suoi occhi, non avrei notato il profondo cambiamento nelle condizioni di Goyang. Il mio paziente con tutta probabilità non sarebbe sopravvissuto.

L'ascolto non è passivo. Quando un medico fa un'anamnesi, struttura una vera e propria storia che ricostruisce la malattia e le vicende familiari e poi risale al passato in modo esaustivo, dalla a alla z. Dopo i preliminari necessari all'incontro con un nuovo paziente, il medico si concentra sul problema principale, cioè quello che rappresen-

ta la ragione della visita. Purtroppo il disturbo principale può non essere quello che davvero mina la salute del paziente e può avere poco a che fare con il problema soggiacente. L'ho imparato quando ero ancora studente alla Johns Hopkins Medical School.

Più di cinquant'anni dopo la laurea, ho pochi ricordi dei miei professori, ma mi è rimasto impresso il dottor Leo Kanner, un neuropsichiatra infantile, che ebbe su di me un'influenza duratura. Mi è difficile credere di averlo visto in realtà soltanto due volte in vita mia, nel 1943, al secondo anno di università, durante la presentazione dei casi.

### **Il problema principale**

In una conferenza, che sicuramente non è stata dimenticata, il dottor Kanner ci parlò di una donna che aveva visto alcune settimane prima. Il suo problema principale era un disturbo comportamentale del suo bambino di otto anni, Dicky. Al terzo piano della loro casa, i genitori avevano allestito per lui una sala attrezzata con tutti i giocattoli più moderni, ma tutte le mattine il bambino scendeva in soggiorno e spargeva i fumetti e gli inserti illustrati dei quotidiani sul tappeto persiano. Né suppliche, né promesse, né minacce modificavano il suo comportamento. La madre, convinta che il figlio fosse gravemente disturbato, cercò l'aiuto di Kanner.

Quella sera Kanner presenziava a un banchetto per la vendita di buoni del tesoro in favore della Seconda guerra mondiale. Al suo fianco, sedeva una donna di mezza età dall'aspetto distinto che, durante la cena, sforzandosi di mantenere la calma, gli disse che suo figlio Robert era *marine* nel Pacifico. Temeva che potesse essere stato ucciso durante l'attacco ad alcune isole occupate dai giapponesi. Poi, inaspettatamente, pose una domanda curiosa: «Dottor Kanner, forse lei in quanto psichiatra può spiegare lo strano potere psicologico di avvenimenti banali. Quando penso al passato, affiora un ricordo molto piacevole: quello delle domeniche mattina, quando Bobby spandeva sul pavimento del soggiorno tutti i suoi fumetti».

Kanner spiegò che la prima donna, quella che si preoccupava del comportamento del figlio, era seriamente disturbata. Il suo matrimonio era in gravi difficoltà, il marito la tradiva. Si sentiva abbandonata, disperata e priva di aiuto. Quella che sembrava essere la sua preoccupazione principale non c'entrava nulla con i suoi problemi. Ciò di cui si lagnava, spiegò Kanner, era soltanto il biglietto d'ingresso per un'esibizione teatrale. Ci chiese: «Supponete di essere dei critici teatrali. Potete forse scrivere un articolo brillante semplicemente in base al biglietto di ingresso per uno spettacolo che non avete visto? Tutto quello che potete dire è che una commedia con un dato titolo avrà luogo il dato giorno alla data ora. Forse conoscete il nome dell'autore, ma è tutto ciò che sapete. Lo stesso succede con il "problema principale". Vi comunica che qualcosa è sufficientemente grave da indurre il paziente a cercare aiuto. Ma è tutto. Il problema principale spesso non interessa nemmeno l'organo giusto».

Kanner ci invitò, in quanto studenti di medicina, a non fare mai prescrizioni in base a un «problema principale», a meno di non conoscere bene il paziente, e di immaginare invece quale possa essere il disturbo reale. Un medico che

vuole curare non può e non deve concentrarsi esclusivamente sul problema principale e nemmeno sull'organo malato. Per aiutare il malato, bisogna capire gli aspetti problematici della sua vita. Purtroppo alcuni medici agiscono solo sul problema principale: si tratta di un modo ben misero di esercitare la medicina, concluse il professore Kanner.

Ho spesso sentito un paziente lagnarsi di un disturbo debilitante, ma dopo un colloquio esauriente in cui veniva alla luce un difficile problema sociale o familiare, abbandonare la sua attenzione verso il sintomo principale. «Dottore, non è questo che davvero mi tormenta». Molte volte mi sono trovato io stesso coinvolto in problemi domestici, professionali, psicologici, familiari o addirittura esistenziali. Una volta che emergono, le parole si rivelano più efficaci dei farmaci. Sono persuaso che la maggioranza delle medicine prescritte per alleviare i sintomi principali sono del tutto inutili. Molti farmaci si rivelano inefficaci e gravano inutilmente sul bilancio. Un paziente con un problema irrisolto cerca una risposta e acquista farmaci che oltre a essere inutili possono provocare effetti collaterali. Inoltre, pazienti disperati acconsentono a essere sottoposti a esami costosi e invasivi.

I medici si concentrano sul disturbo principale soprattutto perché le facoltà di medicina non formano gli studenti all'arte di ascoltare. Anche se si sottolinea l'importanza di raccogliere un'anamnesi attenta, in realtà, poi, non la si insegna affatto. Tra i medici circola un aforisma assai cinico: «Se tutto il resto fallisce, parla con il paziente». Un altro aspetto essenziale è il fatto che indagare oltre i problemi connessi con il disturbo principale richiede tempo e il tempo è denaro. Inoltre, la storia del paziente fornisce dati sfumati, mentre il medico anela a fatti concreti. La tendenza ad applicare la tecnologia, tuttavia, non è soltanto indotta dal desiderio di certezza: essa è considerata un sostituto efficace del tempo.

### **Il cuore malato di un padre**

Dopo avermi detto «Mio padre ha il cuore malato», una donna sulla quarantina me lo presentò. La donna tormentava un fazzoletto tra le mani e sembrava molto agitata. Il padre, un uomo anziano, si teneva in disparte, guardava nel vuoto ed era palesemente poco desideroso di essere coinvolto nella conversazione. Non era appannato dall'età, ma rispondeva alle domande con lucidità e precisione, pur comunicando l'opprimente sensazione di assenza di speranza.

Quando chiesi al paziente che cosa lo tormentava, la figlia disse che era troppo ammalato per rispondere. Affermò categoricamente che soffriva di una grave forma di *angina pectoris*. Parlava come se lui non fosse presente e il padre non faceva attenzione a quello che lei diceva. I suoi giorni erano contati, sentenziò. Gli chiesi se sentiva dolori al petto. Annui sconsolatamente. Poi si contraddisse dicendo che non aveva nulla di fisico che non andasse.

«Papà, come puoi negare quello che è ovvio per tutti?», incalzò la figlia.

Ero imbarazzato. Qualsiasi cosa tentassi di fare, la figlia, come un placcaggio vincente in una partita di rugby, si precipitava a intervenire. Il padre sembrava malato, emaciato, indifferente e molto più vecchio dei suoi settan-

tacinque anni. La visita medica rivelò un cuore piccolo e sano, pressione bassa e nessun segno di disturbo cardiaco.

Quando mi affrettai a riferire le buone notizie alla figlia, la sua reazione mi costernò. «Oh no, no, no!», strillò, scoppiando in un pianto convulso. Alla fine riuscii a calmarla. «Non crede che papà abbia una grave malattia cardiaca?», chiese incredula.

Riuscii poi a persuaderla dei fatti, mentre continuava a singhiozzare priva di controllo, interrompendosi per ripetere: «Cosa devo fare?».

Il padre era stato proprietario di una grossa farmacia, dove suo marito era uno dei farmacisti. Quando la madre era morta, lei e il marito avevano persuaso il vecchio ad andare ad abitare con loro. Arredarono il terzo piano e lo trasformarono in un appartamento indipendente. Dopo un anno il vecchio fu convinto a intestare la farmacia al genero.

Durante gli ultimi anni la presenza del padre aveva cominciato a irritare il genero, che insisteva affinché il vecchio non mangiasse con loro. Anche il fatto che quest'ultimo semplicemente camminasse per casa urtava i nervi del genero. Il padre era consapevole del nervosismo del giovane e, quando questi era in casa, aveva addirittura paura a spostarsi dalla poltrona. Poiché mangiava poco, perse molto peso e diventò sempre più solitario. La figlia, fuori di sé per il rimorso e il senso di colpa, aveva paura di contrastare quel marito dal pessimo carattere. Alcuni mesi prima le aveva dato un ultimatum: o se ne va tuo padre o me ne vado io. Fu a partire da quel momento che lei si convinse che il padre sarebbe morto a causa delle gravi condizioni del cuore.

Questa è una tragedia umana celata dietro un sintomo. Il male immaginario non ha niente a che fare con la realtà che affliggeva quella famiglia.

### **L'indizio nascosto**

L'ascolto che non si limita al sintomo considerato principale è, a mio avviso, lo strumento più efficace, più rapido e meno costoso per risolvere la maggioranza dei problemi medici. Una ricerca inglese ha dimostrato che il 75% dell'informazione che permette la diagnosi corretta deriva da un'anamnesi dettagliata, il 10% dalla visita, il 5% da semplici esami di routine, il 5% da analisi invasive e costose. Nel 5% dei casi non c'è mai stata risposta. Questo risultato non è sorprendente. In un certo senso il paziente è la banca, l'unico posto dove viene depositato il denaro. Perché il denaro fruttuoso, bisogna avere un comportamento accorto e affidabile. Alcuni dei più difficili problemi medici che ho incontrato li ho risolti soltanto grazie all'informazione fornita dai pazienti.

Il tempo investito per ottenere un'anamnesi accurata non è mai speso male. Anzi, fa risparmiare tempo. Costituisce, per così dire, la mappa della rete stradale, senza la quale il viaggio è semplicemente una sorta di divagazione con soste ai garage per continui controlli. Quando i dati anamnestici sono carenti, il medico può trovarsi paralizzato nell'inazione o fare scelte terapeutiche inadeguate.

Prima dell'epoca del monitoraggio elettrocardiaco in ambulatorio, mi trovavo al capezzale di un paziente che aveva un'aritmia a cui non sapevamo dare una soluzione. La vita dell'uomo era ormai condizionata da attacchi di rapida aritmia che sopravvenivano più volte al giorno. Tutta-

via, dopo un ricovero di una settimana, l'episodio patologico non si era mai più verificato. Discutendo con l'équipe, commentai con un senso di frustrazione: «Se soltanto potessimo far comparire l'aritmia, il problema sarebbe presto risolto». Il paziente, che stava ascoltando, sembrò perplesso e disse: «Dottore, so come fare».

«Come?», chiesi imbarazzato.

«Alzandomi in piedi e chinandomi per allacciare la scarpa sinistra».

La risposta mi parva talmente stravagante che feci una battuta e lo incoraggiai a fare una dimostrazione. Si abbassò ed immediatamente comparve la tachicardia che avevo inutilmente aspettato.

Spesso un paziente non solo racconta i suoi problemi di salute, ma ci fornisce le informazioni per affrontarli meglio. Un preside di università aveva consultato medici per più di dieci anni per una tachicardia ventricolare, un disturbo molto grave del ritmo cardiaco. Era stato ricoverato in molti centri specializzati ed erano state tentate più di una dozzina di cure diverse, senza successo. Alla prima visita, gli chiesi in quale momento del giorno sopravveniva l'aritmia. Rispose che era quasi sempre al mattino, prima che andasse al lavoro. Quando lo interrogai ancora, precisò che succedeva tra le 7,30 e le 8,30.

Dopo aver raccolto altre informazioni, gli dissi che il suo problema si sarebbe risolto se avesse messo la sveglia alle 5,30 e, appena sveglio, avesse preso una doppia dose di un farmaco antiaritmia prima di ritornare a dormire. Gli raccomandai di non prendere altre dosi di questo farmaco durante il giorno. Seguì il mio consiglio per otto anni e si liberò completamente dell'aritmia.

È sorprendente che nessun medico avesse tentato di identificare l'ora precisa in cui sopravveniva l'aritmia. L'assunzione di una dose maggiore del farmaco durante la giornata, come gli era stato prescritto, gli provocava sintomi collaterali senza combattere l'aritmia. La ragione dell'insuccesso era chiara. L'effetto della dose serale al mattino presto era svanito. La dose del mattino era presa quasi in concomitanza con l'inizio dell'attacco e non poteva quindi raggiungere un livello soddisfacente nel sangue. Inoltre a quell'ora avrebbe avuto bisogno di una dose maggiore per prevenire l'aritmia. Nessuna diavoleria tecnologica aveva potuto risolvere il suo difficile problema. La soluzione non avrebbe mai potuto essere intravista senza l'informazione fornita dal paziente.

### **Parola di moglie**

Il colloquio è molto più proficuo quando è presente un altro membro della famiglia, specialmente il coniuge. Molti medici preferiscono vedere il paziente da solo, pensando sia più facile concentrarsi sull'essenziale e mantenere il controllo. Un'altra giustificazione è che il paziente da solo è meno inibito: possono venire affrontati problemi intimi che altrimenti sarebbero ignorati.

Non sono d'accordo. Naturalmente per prima cosa chiedo al paziente se desidera che il coniuge sia presente durante il colloquio. La risposta è sempre affermativa. Sono convinto che una simile presenza accelera anziché rallentare il flusso delle informazioni e accorcia il tempo necessario a conoscere il paziente. Senza la presenza del co-



niuge, informazioni essenziali vengono spesso omesse o dimenticate; i problemi imbarazzanti vengono evitati. Vedere la coppia permette inoltre di capire la dinamica familiare, che non può essere trasmessa completamente con le parole. Ascoltando le risposte del paziente e osservando il coniuge, si avvertono immediatamente le aree di potenziale disagio. Il matrimonio è riuscito oppure i due sono alle strette? C'è uno scheletro nell'armadio di famiglia? Ci sono conflitti con i figli, con nuore e generi, o con altri membri della famiglia? Il lavoro del paziente è troppo frustrante (una situazione senza via di uscita) ed è troppo doloroso parlarne? Questi e altri problemi vengono rapidamente alla luce quando marito e moglie sono insieme.

Molti degli esempi che cito dimostrano l'importanza della moglie nel mettere a fuoco i problemi essenziali che portano un paziente dal medico o nel sottolineare quello che traspare appena. Dico «moglie» al posto di «marito» per diverse ragioni. Le donne di solito sono la fonte più preziosa di informazione sulla salute del marito. Inoltre i disturbi alle coronarie, che rappresentano gran parte della mia pratica clinica, sono di gran lunga più diffusi tra gli uomini. Poi, mentre un marito spesso non è disponibile a liberarsi dal lavoro per accompagnare la moglie, una donna trova sempre il tempo per essere con suo marito.

A volte, fatti di minore importanza di quelli riportati nel caso della signora Goyang vengono alla luce solo se la moglie è presente. Quando interrogo un uomo sul sesso, risponde subito: «Il sesso non crea problemi».

A ogni visita preliminare, il copione è sempre lo stesso. «Il sesso?», chiedo.

«Il sesso, niente problemi», risponde subito il paziente.

Dopo essere stato mio paziente per circa cinque anni, un uomo venne per la prima volta con la moglie. Durante un intervallo, quando feci la stessa vecchia domanda sul sesso, diede la solita risposta. La moglie sembrò sorpresa e lo guardò perplessa.

Chiesi allora: «Come punteggiate esattamente la frase?».

Rispose con imbarazzo: «Sesso niente. Problemi!». Si difese dicendo: «Per cinque anni ho dato sempre la stessa risposta, ma lei non faceva mai attenzione».

Con l'età l'ascolto del medico si trasforma. I fatti e le informazioni sembrano scorrere più in fretta e a volta diventa necessario concentrarsi a lungo su eventi banali. Le perdite tuttavia sono compensate dai guadagni. Ora mi concentro di più sulle interruzioni tra una frase e l'altra, sul significato nascosto dalle pause, sulle inflessioni di voce, sulle parole che emergono spontaneamente dopo un'esitazione. Spesso è il silenzio a comunicare l'essenziale. Nel corso degli anni si imparano a decifrare proprio queste frasi non dette. L'intuito si è affinato e permette di cogliere la complessità, di assorbire ciò che è subliminale e di integrarlo quasi istantaneamente in una forma elaborata che incorpora l'altro nella sua essenza. Peccato che sia necessaria una vita per acquisire questa saggezza clinica che permette al medico di capire il problema essenziale con economia di discorso.

### **Il dolore al petto dovuto al mal di cuore**

Il signor A., un californiano di oltre settant'anni, mi consultò per avere un parere sulla necessità di applicare un by-

pass coronarico con un'operazione al cuore. Negli ultimi due mesi aveva sofferto di una pressione al petto che lo affliggeva alla fine del pomeriggio e durava fino all'ora di coricarsi, impedendo il sonno. Il medico di La Jolla, dove viveva, aveva applicato raffinate tecnologie, trascurando un'anamnesi accurata. Un'analisi del tallio sotto sforzo aveva evidenziato numerose aree di perfusione, segno di gravi danni dovuti a un blocco delle arterie coronarie. Poiché il signor A. aveva un disturbo coronarico, si escludeva che il suo dolore al petto fosse dovuto all'angina. Si verificava soprattutto la sera mentre era a riposo, non quando faceva esercizi; durava per parecchie ore, senza trarre beneficio dalla nitroglicerina. Questi fattori confutavano inegabilmente la presenza di angina. Bisognava essere in grado di dare al paziente una spiegazione che potesse spiegare il suo malessere, renderlo accettabile e affrontarlo in modo razionale.

Avevo visto la signora A. a una sola visita, due anni prima. Soffriva anche lei di un serio problema cardiaco, ma la patologia più grave era un enfisema all'ultimo stadio. Era una signora nel vero senso della parola e irradiava fascino e dignità. Per quanto costretta in una sedia a rotelle e con gravi difficoltà respiratorie, trasmetteva una gioia di vivere che mi lasciò senza parole per l'ammirazione e il rispetto.

«Ogni giorno per me è una gioia svegliarmi e vedere l'alba. Mi rammento dei miei numerosi privilegi. Soprattutto il fatto di avere da quasi cinquant'anni un compagno che continuo ad amare». Lo diceva con un sorriso, come se assaporasse questo evento meraviglioso.

Mentre ascoltavo il signor A. lamentarsi di dolori al petto, mi ricordai che la moglie, durante quel colloquio, aveva anche detto che l'inquinamento e l'aria piena di poline del Texas, dove allora vivevano, peggioravano i suoi problemi di salute e che avevano progettato di stabilirsi in California.

Chiesi al signor A. quando si erano trasferiti in California. «Il 28 gennaio», rispose: esattamente due mesi prima dell'epoca in cui si erano manifestati i primi dolori al petto. Feci tesoro di questa informazione per poterla utilizzare in seguito e parlammo poi della famiglia e degli amici. I figli erano ancora in Texas, come la maggior parte dei loro amici.

Cominciai a percepire un'atmosfera malinconica. Quando mi informai sul sonno, il signor A. rispose che, preoccupato per la moglie, raramente dormiva durante la notte e spesso le massaggiava la schiena per aiutarla a respirare. Erano completamente vincolati alla casa, ma non gli dispiaceva perché uscire per loro era diventato difficile. La moglie era vincolata alla sua sedia a rotelle; quando soffriva di crisi respiratorie e doveva dipendere dall'ossigeno, gli impegni sociali dovevano essere annullati.

L'esame sotto sforzo non provocò alcun dolore al petto. Anzi, il signor A. continuò l'esercizio per più di dieci minuti prima di arrendersi per la fatica. Era una prestazione eccezionale, anche per un uomo di parecchi decenni più giovane e risentiva senz'altro delle due ore quotidiane di intenso esercizio fisico «per mantenere l'equilibrio mentale».

Quando ci vedemmo nel mio studio dopo la visita, in presenza del figlio, cominciai a esporre i fatti: «Lei ha un apparato cardiovascolare straordinariamente sano; il disturbo alle coronarie diagnosticato anni fa con un angio-

gramma è rimasto assolutamente stabile. Non c'è traccia di angina pectoris. Il dolore al petto non ha nulla a che vedere con il cuore, eppure sono sorpreso che sia così lieve». Mi guardò perplesso e io continuai: «Considerando il forte vincolo in cui è coinvolto, ammiro la razionalità, la calma e l'umanità con cui lei fa fronte al suo difficile dovere. Si è trasferito in California per il benessere di sua moglie e ora è privo di qualsiasi aiuto. Il suo difficile compito comincia prima dell'alba e non finisce neppure al tramonto. Lei fa da medico a sua moglie per tutto il giorno. Anche un giovane troverebbe difficile una tale dedizione continua e logorante. Il dolore al petto che sopravviene alla fine del pomeriggio è un'espressione del linguaggio del corpo, cioè di quanto esso ha subito per lo stress a cui è stato soggetto. Peggiora di notte perché tutti noi siamo più fragili nell'oscurità».

Mentre parlavo il signor A. voltò il capo e le sue spalle sussultarono; il figlio senza vergogna si asciugava gli occhi. Cominciai a dare qualche consiglio pratico su come allargare la cerchia delle responsabilità. Mentre mi lasciava, il signor A. disse che avrebbe accorciato l'intervallo tra le visite. Quando ritornò, non aveva più nessun dolore al petto.

Un'anamnesi accurata è qualcosa di più di una lista di dettagli. È l'aspetto più importante dell'arte medica: anche se richiede tempo. Mai tempo è speso in modo migliore. Costituisce le fondamenta per un rapporto umano tra medico e paziente fondato sul reciproco rispetto. Il tempo investito è solo un piccolo sacrificio per curare e per guarire.

## 2. Ascoltare con il tatto

Lewis Thomas, nel suo libro *The Youngest Science*<sup>1</sup>, saggiamente ricorda che il tatto è lo strumento più antico e più efficace a disposizione del medico. Questa affermazione mi sembra veritiera: sono infatti persuaso che il gesto di toccare il paziente dà grossi vantaggi all'internista, in confronto allo psichiatra che sta seduto a distanza e si limita ad ascoltare. Il tatto è un mezzo per ottenere informazioni significative. Spesso la conversazione preliminare è impersonale e il rapporto con il paziente subisce poi cambiamenti significativi dopo la visita. La distanza svanisce e viene sostituita da una tranquilla conversazione che scorre senza difficoltà. Materiale mai divulgato né sospettato viene improvvisamente a galla senza indagini particolari. Non ci si irrita più per le domande. Quello che pochi minuti prima era un estraneo ci rivela la parte più intima di sé, di solito riservata solo a amici di lunga data.

I medici del Medioevo mettevano un orecchio sull'addome o sul petto del paziente per sentire i movimenti delle viscere o il ritmo del cuore. Alcuni affinavano l'arte di percepire i suoni del corpo. Difficilmente si poteva avvicinarsi di più a un paziente: l'orecchio posato sul petto era un gesto che dimostrava simpatia e complicità. «È difficile immaginare un gesto umano più amichevole, un segno più intimo di interessamento personale e di affetto di un capo che si china sul corpo», scrive Thomas, convinto che questo comportamento costituisca uno dei maggiori progressi della storia della medicina.

Il primo contatto, quando il medico incontra il paziente, dovrebbe cominciare con una stretta di mano: un saluto di benvenuto, un gesto di ospitalità e un segno della disponibilità ad accettare qualcuno in quanto essere umano. Per il medico la stretta di mano è una vera miniera di informazioni. Innanzitutto questa prima transazione illustra alla perfezione il carattere e lo stato psicologico del paziente: la mano stringe quella del medico con calore, oppure con titubante diffidenza o con reticenza sospettosa? Una stretta di mano vigorosa di una persona in pieno controllo di sé contrasta con le dita incerte e esitanti in un paziente timoroso e turbato.

Bisognerebbe scrivere un trattato sul valore diagnostico di una stretta di mano. Per esempio, un uomo di sessantacinque anni venne da me nel pieno dell'inverno per avere un parere su una fastidiosa palpazione cardiaca. Mentre ci stringevamo la mano, fui colpito dalla sua palma anormalmente calda e sudaticcia. Fuori faceva un freddo cane e commentai che doveva avere dei guanti di pelle assai confortevoli. Replicò che non indossava quasi mai i guanti. Immediatamente sospettai la presenza di un'iperattività tiroidea, che fu poi confermata da successive analisi cliniche. Quando la tiroide è iperattiva, il metabolismo di ogni singolo organo aumenta considerevolmente, poiché si crea un maggiore flusso sanguigno, la pelle è calda e arrossata, mentre il cuore, che batte con maggiore rapidità, è predisposto alle aritmie.

Come sottolinea Thomas, l'arte del medico medioevale era l'applicazione delle mani. Fino all'avvento della medicina moderna nel nostro secolo, nella maggioranza dei casi si poteva fare ben poco d'altro. Con il passaggio del tempo, questo semplice atto di compassione è stato trasformato in arte per poi diventare un gesto con valore scientifico: la mano infatti è diventata un'importante strumento diagnostico. Si sentiva il polso per misurare il ritmo cardiaco: il medico più illustre dell'antichità, il greco Galeno, fu il primo a valutare il ritmo cardiaco auscultando il polso. La palpazione del petto poteva rivelare le dimensioni del cuore o l'esistenza di un aneurisma, quella del collo una tiroide ingrossata o la presenza di anomalie della valvola aortica. L'addome forniva abbondanti informazioni alle dita sensibili: una milza o un fegato ingrossato, un'aorta dilatata; la presenza di un'appendice infiammata o di un tumore poteva essere individuata soprattutto grazie a un'esperta palpazione.

Anche se non sono un esperto nell'arte di ascoltare mettendo l'orecchio contro il ventre o contro il petto, in molte occasioni ho fatto tesoro di una palpazione attenta della parete toracica. Sono persuaso che a volte permette di individuare un attacco cardiaco imminente, convinzione considerata con diffidenza dai miei colleghi. Circa trentacinque anni fa, in una calda giornata di luglio, mi è successo davvero. Con i due giovani specializzati del mio reparto visitammo un robusto atleta di mezza età, un tempo terzino a Salt Lake City. Quel giorno gli era stata asportata la cistifellea; la nostra era una visita post-operatoria di routine. I segni vitali erano integri, ma mettendo la mano sul petto possente individuai un sollevamento parossistico sul lato sinistro della parete toracica, che di solito è esente da movimenti. Sussurrai all'équipe che avremmo dovuto prescrivere un elettrocardiogramma d'urgenza, poiché avrebbe potuto verificarsi un attacco cardiaco. I due colleghi si

<sup>1</sup>Lewis Thomas, *The Youngest Science: Notes of a Medicine-Watcher*, New York, Viking, 1983.

guardarono stupiti. Il più cinico e arrogante dei due gruppe persino in una risata soffocata, insinuando che io li prendevo in giro.

Continuammo con le visite. Circa venti minuti dopo, ci fu un gran trambusto nel reparto in cui avevamo fatto le visite e venimmo a sapere che il paziente che avevamo appena lasciato aveva avuto un arresto cardiaco. Non reagì ai tentativi di rianimazione e l'autopsia rivelò un grave attacco cardiaco. I due colleghi, intimiditi e confusi, mi considerarono con deferenza, almeno per alcuni giorni.

Un altro metodo per la palpazione è la percussione, introdotta dal medico settecentesco Leopold von Auenbrugger per sondare i misteri del corpo. Il giovane Leopold osservava il padre, un mercante di vini, percuotere le botti per sapere quanto vino vi restava. Quando poi diventò medico, applicò lo stesso metodo di percussione alle cavità corporee. La percussione aiuta a individuare il consolidamento del tessuto del polmone nel caso di polmonite e la presenza di liquidi nel petto e nell'addome, e fornisce le dimensioni approssimative del cuore. Permette inoltre di stabilire un contatto più stretto e fiducioso tra medico e paziente.

### ***Toccare profondi segreti***

Ricordo in particolare due pazienti in cui un'anamnesi accurata aveva rivelato poche informazioni significative. Ma durante la visita, che è atto di comunicazione svolto attraverso il tatto, emerse un flusso crescente di materiale importantissimo.

La prima paziente, una donna di ottantacinque anni, si lamentava di svariati dolori. L'anamnesi non rivelò particolari significativi, ma la donna era chiusa in se stessa e come sopraffatta da una profonda tristezza. Durante la visita, mentre le stavo delicatamente palpando l'avambraccio, in un lampo di genio chiesi: «Se vuole aiutarmi, perché è così riservata?». Quando le parole letteralmente balzarono fuori, rimpiansi di essere stato così invadente e sfacciato. Il suo corpo fu percorso da brividi, sembrava una preda presa in trappola. Con il capo che dondolava da ambo le parti, disse in un bisbiglio male articolato, appena percettibile: «No, oh no!». Dopo una pausa interminabile, per metà chiese e per metà affermò: «Lo sa, ora?». Rimasi silenzioso, non consapevole di quello che immaginava che io sapessi e non preparato a ciò che sarebbe sopraggiunto. Guardando dritto davanti a sé, concentrata in un lontano dolore, raccontò qualcosa che era stato rimosso per anni.

Allevata in una famiglia benestante di Boston, a diciannove anni aveva cominciato a frequentare un uomo più anziano, sui trentacinque anni. I genitori, assolutamente contrari alla relazione, le predissero che avrebbe fatto una brutta fine. Quando si rese conto di essere incinta, ottenne un lavoro in una fattoria del Vermont. Si sbarazzò da sola del bambino e sotterrò il neonato vicino a una vecchia sorgente. Rimase nubile, timorata e devota, senza mai rivelare a nessuno che aveva ucciso il suo bambino. Fino a quel momento.

L'altra paziente era una donna brasiliana di Rio de Janeiro, graziosa, ardente, piena di fascino, che sembrava ancora sulla quarantina mentre in realtà aveva già sessantun anni. Venne da me a causa di numerosi episodi di ta-

chicardia arteriale parossistica. Il suo aspetto indicava l'appartenenza all'alta società e l'abitudine al lusso. Si toglieva ogni capriccio e non era mai stata ostacolata. Quando mi disse che seguiva una psicoterapia a New York, dove si recava parecchie volte l'anno, le chiesi: «Perché non a Rio?».

«Oh, è un posto troppo piccolo; il pettegolezzo è la nostra principale occupazione».

Cercai di scoprire le radici della sua inquietudine emotiva con un'anamnesi accurata, ma non approdai a nulla. Mi disse che era una cattolica fervente e che aveva un figlio, ora sposato. Quando toccai l'argomento della sua vita coniugale e sessuale, tergiversò, affermando categoricamente che le mie domande non avevano nulla a che fare con il cuore. D'altronde, questo era il territorio del suo psichiatra.

Le feci una lunga esposizione sulla correlazione tra il cervello e il cuore e sugli insuccessi terapeutici nel caso tali rapporti fossero ignorati. Ascoltò in modo distaccato e non rispose nulla. Ma dopo una visita attenta qualcosa cambiò. Non più distante, sembrò ansiosa di parlare proprio mentre mi accingevo a farle una fluoroscopia. A quell'epoca, la fluoroscopia veniva eseguita in una stanza buia e, per adattarsi all'oscurità, si mettevano occhiali a lenti rosse. Lei stava con la piastra fredda mentre io muovevo lo schermo fluorescente sul suo petto. Ero seduto molto vicino e i nostri petti quasi si toccavano. Quando mossi il fluoroscopio, proprio vicino al cuore apparve un grosso crocifisso che non aveva tolto. In quel momento chiese: «Dottore, il ritmo cardiaco anormale può essere dovuto alla masturbazione?».

Spensi il fluoroscopio, ma non accesi la luce. Nella profonda oscurità, i suoni erano amplificati. Parlai con un sussurro. «Domanda molto interessante. Perché me la fa?».

A bassa voce e con precisione, cominciò a parlare.

Pazzamente innamorata, si era sposata quarantatré anni prima. Il matrimonio era stato uno dei più spettacolari di Rio, ma dopo la cerimonia il marito era scomparso, per andare dall'amante il giorno delle nozze! Quando me lo disse, la sua voce per la prima volta tradì un'emozione. Seppe del tradimento del marito la settimana dopo e giurò di non avere mai più rapporti sessuali con lui. In compenso si era masturbata spesso. In quanto cattolica ortodossa, non aveva mai voluto prendere in considerazione il divorzio.

«Ne ha parlato con il suo psichiatra?», chiesi.

«No, non l'ho fatto con nessun altro», rispose. «Questa croce devo portarla da sola. È il mio destino».

L'arte di toccare è diventata superficiale poiché la visita stessa si è fatta superficiale. Questa presa di distanza è iniziata 176 anni fa, quando il medico francese René Laennec cominciò a utilizzare un tubo di cartone arrotolato, che poi fu perfezionato nello stetoscopio. Pur avendo ampiamente migliorato la qualità dell'auscultazione, questa tecnica ha ridotto notevolmente il contatto intimo. Il viaggio della medicina scientifica ci ha portato lontano, per lo più in positivo. Non avrebbe senso desiderare un ritorno all'epoca in cui la testa si chinava e l'orecchio si posava per percepire quei rumori del corpo da cui si indovinavano le malformazioni del cuore o dei polmoni. Ma il progresso scientifico e le innovazioni tecnologiche non dovrebbero eliminare quelle qualità che migliorano l'intimità del rap-

porto. «La medicina oggi non è più l'applicazione delle mani, ma è costituita dalla capacità di leggere i segnali emessi dalle macchine», scrive Lewis Thomas. Quello che dobbiamo deplorare è la perdita dello stretto legame tra medico e paziente.

### 3. Psiche e cuore

Se ascoltare è così importante, che cosa deve ascoltare il medico? Innanzitutto deve prefiggersi di capire il problema medico e la persona che sta dietro i sintomi, la più difficile da comprendere. Durante il colloquio, il medico comincia a conoscere il paziente in quanto essere umano. Questo non significa soltanto sapere i fatti fondamentali sulla famiglia, l'educazione, il lavoro eccetera, ma anche conoscerne il carattere.

Sin dagli albori della medicina, i medici sono stati consapevoli che le emozioni possono predisporre un individuo alla malattia e ne influenzano il decorso. I cardiologi hanno imparato che lo stress psicologico può condizionare gli aspetti specifici delle funzioni cardiache. La tensione può aumentare il ritmo cardiaco, accrescere la pressione, ridurre il flusso sanguigno dell'arteria coronarica, aumentare la sensibilità elettrica del cuore e modificare le proprietà retrattili del miocardio, il muscolo che pompa il sangue. Una psiche disturbata può interferire con il ritmo cardiaco, predisporre all'angina pectoris, far precipitare un attacco di cuore e provocare una morte improvvisa per arresto cardiocircolatorio.

Quindi il colloquio non si propone soltanto di conoscere un disturbo, ma di capire quello che turba la psiche del paziente. Oggi sentiamo parlare di psiche come se si trattasse di una scoperta recente, ma nella storia della scienza la psiche è antecedente al cervello in senso fisico. Fino alla fine del XIX secolo la psiche era considerata inseparabile dal corpo, ma quando la scienza ha preso il sopravvento il dualismo ha cominciato a condizionare anche il pensiero medico. La psiche era scissa dal corpo e sembrava un oggetto a parte, un'entità spirituale e non scientifica. Il corpo, oggetto dell'indagine scientifica, può essere sondato, studiato, penetrato, sezionato e oggettivato. Liquidi e secrezioni possono venire prelevati e analizzati chimicamente. Può essere identificato un processo patologico, il decorso venirne pronosticato, la reazione alla terapia verificata e quantificata. Tutto ciò rientra nel campo della scienza. Lo stesso non si può dire della psiche, perché le sue sfumature sono percepite e immaginate, non misurate. Fino a oggi, non c'è un metodo che possa chiarire in modo oggettivo gli stati dell'interiorità umana perturbati e espressi con sensazioni di ansia, tensione, inadeguatezza e depressione. Gli stati emotivi sono fattori di rischio per le malattie, influenzano le modalità di apparizione di un dato disturbo, ne determinano il decorso e la rapidità di guarigione.

Quando i problemi psicologici dominano la malattia, come spesso succede, il medico generico può diagnosticare una nevrosi, termine onnicomprensivo con cui vengono definite le condizioni che mancano di spiegazione scientifica. Le aspettative del paziente vengono disattese dal rifiuto di prendere in considerazione gli aspetti psicologici della malattia e l'incapacità di capire le dimensioni emotive di un disturbo cronico non aiuta il medico a migliorarlo.

I farmaci possono alleviare alcuni dei sintomi per un certo periodo, ma la malattia soggiacente non guarisce. L'assenza di attenzione per l'aspetto psicologico impoverisce la medicina nel suo nucleo vitale scindendo la cura dalla guarigione. Questa pratica diffusa ha danneggiato l'immagine dei medici e ha diminuito considerevolmente il loro prestigio sociale.

Il mio interesse per la psicologia precede quello per la medicina. Quando ero alle scuole superiori, divoravo le opere di Freud ed ero un appassionato della psicoanalisi, che consideravo uno dei massimi progressi scientifici del nostro secolo. Come ho già detto, volevo diventare psichiatra, ma poco dopo essere entrato all'università, la psichiatria perse il suo fascino. Fui colpito nello scoprire quanto questa disciplina potesse essere soggettiva e la disillusione mi spinse all'estremo opposto. Durante il periodo di specializzazione, passai un anno pietoso a sezionare cadaveri al Grace New Haven Hospital come interno in anatomia patologica. Tuttavia, pur avendo scartato apertamente la disciplina psichiatrica, non persi l'interesse per i rapporti tra psiche e cervello, nucleo vitale della nostra peculiarità di esseri umani.

Dopo aver seguito la specializzazione in cardiologia, ritornai alla mia prima infatuazione scientifica. È strano come i cicli e i ricicli riportino alle fissazioni giovanili. Anche se avevo rapidamente abbandonato il mio originario interesse per la psichiatria, la mia vita è pervasa dalla preoccupazione per gli aspetti psicologici della malattia. Anche se non ci fu un progetto né una decisione cosciente, per più di tre decenni le mie ricerche si sono concentrate sull'esplorazione dei rapporti tra psiche e cuore. Senza dubbio, le proprie azioni sono il risultato del proprio spirito. Ero ritornato ai miei inizi, destinato da un fato ineluttabile.

Il mio interesse per la psicologia era continuamente riattivato dalle osservazioni cliniche e dallo studio della letteratura scientifica. Un articolo pubblicato in una rivista medica indiana sul tema «Uccisi dall'immaginazione»<sup>1</sup> mi lasciò un'impressione indelebile.

Un medico indù era stato autorizzato dalle autorità carcerarie a condurre un sorprendente esperimento su un criminale condannato a morte per impiccagione. Il medico persuase il prigioniero a farsi dissanguare, assicurandogli che la morte, proprio perché graduale, sarebbe stata indolore. Il prigioniero, consenziente, fu legato al letto e bendato. Recipienti pieni d'acqua furono fissati ai quattro lati del letto e sistemati in modo da gocciolare in bacinelle poste sul pavimento. La pelle alle quattro estremità del prigioniero fu incisa e l'acqua cominciò a gocciolare nei contenitori, all'inizio velocemente, poi sempre più adagio. Il prigioniero diventava sempre più debole, condizione rafforzata dal tono di voce del medico, che era sempre più basso. Alla fine il silenzio fu assoluto e lo sgocciolio cessò. Anche se il condannato era un uomo giovane e sano, alla fine dell'esperimento, quando l'acqua smise di gocciolare, sembrava svenuto. A un esame attento, tuttavia, si accertò che era morto, anche se non aveva perso una sola goccia di sangue.

Da secoli circolano aneddoti analoghi. I medici hanno sempre saputo che l'attività nervosa influenza ogni parte

<sup>1</sup>N.S. Yagwer, *Emotions as a Cause of Rapid and Sudden Death*, «Archives of Neurology and Psychiatry», 36, 1936, 875.

del corpo. Quasi 350 anni fa, William Harvey, che scoprì la circolazione sanguigna nel corpo, affermò: «Ogni stato della mente che è vissuto con dolore o piacere, con speranza o paura, è causa di un'agitazione la cui influenza si estende al cuore».

Nel corso della mia professione, mi sono interessato alla morte improvvisa per arresto cardiaco, una delle principali cause di decesso negli Stati Uniti. Era abbastanza naturale associare i miei due principali interessi per analizzare se lo stress psicologico fosse la causa immediata della morte cardiaca improvvisa. Molto prima che i medici si interessassero a questa relazione, la saggezza popolare in molte società e culture diverse trasmetteva l'idea che le forti emozioni potessero provocare una morte improvvisa. Il linguaggio quotidiano è pieno di espressioni come «morì con il cuore spezzato», un «peso sul cuore», il «cuore era pieno fino a scoppiare», «è morto di crepacuore», ognuna delle quali allude a uno stress emotivo intollerabile. Ai giorni nostri la stampa spesso associa la morte improvvisa a emozioni intense. Tuttavia la professione medica è sempre stata incerta se attribuire o meno queste convinzioni alla saggezza popolare ed è rimasta scettica malgrado la mole di studi epidemiologici che associavano le emozioni nella morte cardiovascolare.

All'inizio del secolo Karl Pierson, il padre della biostatistica moderna, studiò i dati della morte dei coniugi sulle pietre tombali di cimiteri inglesi tedeschi e olandesi e osservò che i mariti e mogli tendevano a morire entro un anno l'uno dall'altro. Quella che appariva una semplice coincidenza da allora è stata dotata di significato. Coloro che soffrono per la perdita del coniuge e di uno stretto membro familiare sono ad alto rischio di morte cardiaca. Dall'epoca di Pierson, molti studi epidemiologici hanno dimostrato che le tensioni sociali di varia natura possono essere associate a un aumento dei disturbi coronarici e alla morte. Una ricerca molto documentata riporta i cambiamenti nella morbilità e nella mortalità nei giapponesi che si erano trasferiti alle Hawaii e nella baia di San Francisco. In Giappone i disturbi alle coronarie sono rari. Aumentarono tra coloro che si erano stabiliti nelle Hawaii e eguagliarono l'alto tasso americano tra quelli che risiedevano nella costa ovest. La spiegazione corrente è che i giapponesi siano stati vittime delle abitudini di vita malsane degli americani come dieta ricca in grassi, aumento del consumo del tabacco e vita sedentaria. Il fatto sorprendente, tuttavia, è che i giapponesi residenti nella costa ovest che resistono all'assimilazione, anche quando eguagliano il tasso di colesterolo, il consumo di tabacco e la pressione sanguigna degli americani, hanno un'incidenza più bassa di disturbi cardiaci e di morte dovuta a problemi cardiaci. Anche se il fatto di mantenere la cultura giapponese difende contro i danni dei disturbi cardiaci, i processi psicologici devono avere un ruolo chiave nell'immunizzazione.

Dati simili sull'impatto dello stress, in questo caso collegato all'impiego, sono stati trovati in un'indagine sugli impiegati statali londinesi. Gli alti funzionari e il personale amministrativo avevano un'aspettativa di vita più alta, mentre gli operai avevano un tasso addirittura quattro volte superiore di morte cardiovascolare. Una rettifica sui fattori di rischio, presupponendo che le classi inferiori avessero uno stile di vita meno sano, non alterò queste sorprendenti disparità statistiche. I fattori psicologici associati a la-

vori insoddisfacenti e mal pagati costituiscono un fattore a rischio per le malattie cardiache. Lo stesso vale per gli Stati Uniti.

Oltre all'occupazione, il livello di istruzione è un'efficace strumento predittivo per le aspettative di vita. I laureati vivono in media più a lungo di coloro che hanno solo la licenza elementare. E se un lavoro stressante è un fattore a rischio per i disturbi cardiaci, lo è anche la mancanza di lavoro. Negli Stati Uniti, ogni punto in percentuale sulla disoccupazione aumenta le morti per disturbi coronarici di circa seimila unità l'anno. D'altro lato, le malattie cardiache mietono meno vittime tra coloro che sono felicemente sposati, hanno una buona rete di conoscenze, vivono in famiglie unite, compiono lavori interessanti e coltivano molti e svariati interessi. Tra coloro che vivono soli, il possesso di un animale domestico diminuisce il rischio di infarto. Un attacco cardiaco ha prognosi positiva per coloro che hanno molti contatti sociali. Per esempio, coloro che vivono con il coniuge, con un membro della famiglia o con un amico, nei sei mesi successivi a un attacco cardiaco dimezzano il tasso di ricaduta rispetto a quelli che vivono soli. Tra i pazienti con disturbi alle coronarie, il fatto di vivere soli comporta lo stesso rischio che avere un'insufficienza cardiaca congestiva, una delle più gravi complicazioni dell'attacco di cuore. Questi dati mettono in risalto il potere che ha la psiche di influire sui disturbi cardiaci e sul loro decorso.

Altri dati che avvalorano questa tesi provengono dai disastri naturali e dalle guerre, che provocano situazioni di grave stress psicologico, con un aumento della morbilità e della mortalità cardiaca. Per esempio il forte terremoto del 1981 avvenuto in Grecia fu seguito, nelle ventiquattro e quarantotto ore successive, dal triplicarsi delle morti cardiovascolari. L'attacco di missili iracheni sulle città israeliane provocò un aumento della mortalità cardiaca: il giorno in cui atterrarono i primi missili Scud ci fu una notevole impennata delle morti per infarto, che aumentò addirittura del 58%, con una vulnerabilità femminile doppia rispetto ai maschi.

Se gli eventi esistenziali negativi predispongono alla morbilità e mortalità cardiaca, quelli positivi possono posticipare la morte. Due psicologi di San Francisco, D.P. Phillips e E.W. King, hanno ipotizzato che coloro che rischiano la morte fanno una sorta di «patto» con Dio chiedendogli di posticipare la loro morte fino al manifestarsi di un'occasione importante, come una nascita, un matrimonio, un anniversario, una festa religiosa eccetera. Se alcune persone fossero davvero in grado di rimandare la morte, ci dovrebbe essere un abbassamento significativo delle morti prima di un importante evento psicosociale e un'impennata dopo. Phillips e King scelsero di studiare la distribuzione delle morti tra gli ebrei e i non ebrei nel periodo intorno alla Pasqua ebraica. Scoprirono che i maschi più anziani tendevano a morire con minore frequenza nella settimana prima della Pasqua. Questa osservazione si ripeté ogni primavera per un periodo di diciannove anni, quanto durò la ricerca.

Come la Pasqua ebraica, ogni ricorrenza della festa del Plenilunio d'Autunno è un'occasione gioiosa per le donne cinesi, in cui si riscontra una diminuzione del tasso di morte nella settimana precedente la festa. Segue poi un'impennata di decessi nella settimana successiva.

Come ho già detto prima, la gente crede alla correlazione tra lo stress e il cuore. Quando chiedo a qualcuno in che giorno della settimana preferirebbe morire di morte improvvisa, la risposta è invariabilmente il lunedì. Poiché la maggioranza svolge un lavoro spiacevole, il primo giorno della settimana è considerato il più stressante. Questa impressione generale è avvalorata da un importante studio canadese che ha seguito più di cinquecento maschi per oltre quarant'anni<sup>2</sup>. Mentre le morti per cancro erano distribuite in modo omogeneo in tutta la settimana, lo stesso non valeva per le morti per infarto: il lunedì si assisteva a un'incidenza doppia rispetto al resto della settimana.

Chiarire il ruolo dei fattori psicologici nella morte per infarto è un'impresa scoraggiante. Perfino il compito minore, quello di definire oggettivamente lo stress, si scontra con problemi inafferrabili. Quello che è stressante per una persona è piacevole per un'altra. Gli indizi psicologici di stress o le caratteristiche personali sono per lo più soggettivi. Un altro ostacolo della ricerca nel rapporto tra psiche e cervello sta nel fatto che il pensiero medico è dominato da modelli meccanicistici in cui la causa e l'effetto sono considerati collegati a livello spaziale o temporale. Questo è vero nel campo della fisica dei grandi corpi in cui lo stress e le sue conseguenze sono misurabili. Ma nel caso del campo psico-cerebrale, che io considero quello dell'attività nervosa superiore, uno stimolo, innocuo o dannoso, non è mai assolutamente separato dalle qualità trasmesse dalla sua percezione. Per esempio, se siamo preoccupati perché nostro figlio tarda a tornare la sera, uno squillo di telefono può provocare la minacciosa premonizione di un incidente; improvvisamente il cuore si mette a battere più in fretta, la pressione aumenta e ci ritroviamo coperti di sudore. Ma nella maggioranza degli altri casi lo squillo del telefono non provoca alcuna eccitazione psicologica.

Il fatto che un avvenimento particolare si riveli emotivamente stimolante e portatore di ansia è determinato da una serie di fattori, inclusa la predisposizione genetica, le prime esperienze infantili, i processi di condizionamento dell'intera vita e una serie di variabili sociali e culturali. Tutti questi elementi forgiavano quell'unico prisma psicologico che rifrange gli eventi quotidiani. Inoltre, uno stimolo negativo raramente è unico, palese e fondamentale. Più frequentemente, è cronico, discontinuo e apparentemente insignificante. Le reazioni psicologiche, poi, possono ritardare a lungo, confondendo la nostra capacità di evidenziarne le cause.

Nella ricerca del ruolo dello stress nella morte per infarto, un primo passo fu quello di determinare se una stimolazione elettrica di particolari centri cerebrali predisponesse animali da laboratorio a una fibrillazione ventricolare, cioè il ritmo cardiaco elettricamente disturbato che provoca la morte per infarto. Operando con animali sotto anestesia con elettrodi speciali, stimolammo il centro cerebrale, che ha le dimensioni di un pisello e controlla il ritmo cardiaco. L'ipotesi soggiacente era che stimolando elettricamente tali centri cervicali si sarebbe messo fuori uso un

cuore già danneggiato, provocando una fibrillazione ventricolare.

Affidai il compito al dottor Jonathan Satinsky, un medico appena specializzato. La sua relativa mancanza di esperienza era un vantaggio, poiché non era turbato da questo progetto scoraggiante che molti colleghi più esperti avevano rifiutato. Prepararsi sulla complessa anatomia del cervello richiedeva un anno di duro lavoro. Per fortuna, si rivelò un periodo speso bene, perché i risultati furono assai più convincenti di quanto ci eravamo aspettati.

Nell'animale anestetizzato, la fibrillazione ventricolare segue alla chiusura improvvisa di una grossa arteria coronarica. Scegliemmo un piccolo vaso coronarico che, se occluso, raramente ha come risultato una fibrillazione. Negli animali di controllo, i vasi coronarici erano ostruiti senza stimolazione cerebrale, anche se l'elettrodo era correttamente posto al cervello. Solo il 6% di questi animali di controllo ebbero una fibrillazione ventricolare come risultato di un'occlusione dell'arteria coronarica. Tuttavia, quando i due eventi erano simultanei, cioè il cervello era stimolato elettricamente mentre l'arteria era ristretta e poi totalmente occlusa, l'incidenza di fibrillazione ventricolare saliva al 60%, dieci volte superiore.

Apprendemmo rapidamente che non si devono stimolare le strutture del sistema nervoso centrale per predisporre il cuore a una fibrillazione ventricolare. Gli stimoli dannosi che provengono da un cervello perturbato sono trasmessi tramite i nervi del sistema nervoso simpatico. Stimolare questi nervi verso il cuore aveva un risultato analogo senza bisogno di esplorare alla cieca la fitta rete di neuroni del cervello.

Come sito della stimolazione, scegliemmo il ganglione stellato, una stazione trasformativa nel traffico nervoso simpatico dal cervello al cuore, collocato in un luogo accessibile nel collo. Il dottor Richard Verier, fisiologo, dirigeva la ricerca nel mio laboratorio. Quando il cuore fu privato dal flusso sanguigno con una lenta costrizione del vaso coronarico, il ritmo cardiaco rimase inalterato. Ma quando la costrizione fu accompagnata dalla stimolazione del ganglione stellato, si ebbe come risultato una fibrillazione ventricolare. Per essere sicuri che il risultato fosse la conseguenza diretta dell'attività nervosa simpatica, dovemmo impedire altri effetti della stimolazione, come l'invariabile accelerazione del ritmo cardiaco e della pressione. Quando questi cambiamenti furono preclusi, la stimolazione del ganglione stellato aumentò la vulnerabilità del cuore alla fibrillazione ventricolare. Altri esperimenti dimostrarono che l'aritmia dipendeva dall'azione della noradrenalina direttamente sul muscolo cardiaco. La noradrenalina è il neurotrasmettitore simpatico, la sostanza chimica rilasciata in piccole quantità dai terminali nervosi che stimolano una pulsazione elettrica e fungono da base alla trasmissione neurale.

Il grande potere dell'attività nervosa simpatica, il sistema che informa gli organi del corpo sulle emozioni stressanti, mi fu chiarito in un esperimento in cui la circolazione coronarica era completamente intatta, ma una semplice stimolazione dei nervi simpatici poteva far insorgere una fibrillazione ventricolare. Vi è un certo lasso di tempo nel ciclo cardiaco in cui uno stimolo elettrico di forza sufficiente può provocare una fibrillazione ventricolare, che si riferisce a un periodo ventricolare vulnerabile (vedi capito-

<sup>2</sup>S.W. Rabkin e coll. *The Electrocardiogram in Apparently Healthy Men and the Risk of Sudden Death*, «British Health Journal», 47, 1982, 546-552.

lo 13). In questo esperimento rilevammo che deboli stimoli elettrici successivi, troppo deboli per perturbare il cuore anche se somministrati nel periodo ventricolare vulnerabile, provocavano una fibrillazione ventricolare con stimolazione del nervo simpatico tramite il ganglione stellato. Ogni forma di stimolazione in se stessa era completamente innocua, ma la combinazione di stimolazioni elettriche simultanee dei nervi simpatici e del muscolo cardiaco provocavano la morte per aritmia.

Avendo trovato che l'attività nervosa superiore era in grado di provocare disturbi potenzialmente fatali del ritmo cardiaco, eravamo pronti ad affrontare un problema più difficile, quello di verificare se fattori comportamentali e psicologici avevano lo stesso effetto. Ci trovammo di fronte a due problemi metodologici, uno collegato alla fibrillazione, l'aritmia che era oggetto del nostro esperimento, e l'altro collegato alla necessità di scegliere uno stress psicologico appropriato per i cani, i nostri modelli sperimentali. Per studiarne gli effetti psicologici, gli animali devono essere svegli e non trattati con sedativi. Qui ci trovavamo di fronte a un problema altrettanto insuperabile. Sembrava logico che, per studiare la fibrillazione ventricolare, dovessimo provocarla. Tuttavia provocare una fibrillazione ventricolare è estremamente traumatico, soprattutto quando la fibrillazione è accompagnata dalle dolorose azioni di rianimazione; non solo sarebbe stato disumano, ma il dolore e l'agitazione dell'animale avrebbe precluso l'investigazione significativa delle variabili psicologiche.

Quale poteva essere il procedimento per capire la sensibilità alla fibrillazione ventricolare? Era necessario stabilire un momento chiave che servisse a verificare la vulnerabilità alla fibrillazione ventricolare senza mai oltrepassare i limiti che provocavano la fibrillazione stessa. Trovai una soluzione basandomi sulla conoscenza clinica ottenuta con l'utilizzazione del defibrillatore (vedi capitolo 13). Nei pazienti che morivano improvvisamente per fibrillazione ventricolare, l'aritmia mortale non giungeva senza preavviso. Era preceduta da lievi aritmie molto frequenti, che mostravano sequenze ripetute di extrasistole estremamente ravvicinate. Questi prodromi della fibrillazione ventricolare potevano forse fungere da sostituti alla sua franca manifestazione? Invece di provocare una fibrillazione, potevamo ottenere informazioni significative suscitando queste aritmie premonitrici? Ci accorgemmo che era possibile in alcune condizioni psicologiche e fisiologiche senza che gli animali da laboratorio ne fossero nemmeno consapevoli.

Quanto allo stress psicologico, all'inizio utilizzammo il condizionamento negativo classico. I cani erano collocati in due ambienti diversi, una gabbia in cui l'animale era lasciato indisturbato e una cinghia pavloviana in cui l'animale era sospeso con le zampe al di sopra del terreno. Per i tre giorni successivi, i cani appesi alle cinghie ricevevano un'unica leggera scarica elettrica. Non ricevettero altre stimolazioni. Dopo alcuni giorni, i cani dei due diversi ambienti furono esaminati per individuare la facilità di indurre aritmie premonitrici della fibrillazione ventricolare.

Gli animali nelle cinghie erano agitati, il ritmo cardiaco era rapido e la pressione alta. Gli animali in gabbia erano rilassati. Sembrò incredibile che il semplice trasferimento degli animali dalle gabbie alle cinghie potesse facilitare l'induzione di aritmie premonitrici della fibrillazione. Mol-

te settimane o addirittura mesi erano passati da quando gli animali erano stati sottoposti a scariche elettriche; ma il ricordo del lieve trauma rimaneva profondamente impresso nel loro cervello e modificava la reattività cardiaca. Questi risultati dimostrarono per la prima volta che lo stress psicologico poteva aumentare considerevolmente la suscettibilità del cuore a essere colpito da una aritmia potenzialmente letale.

Le aritmie, inclusa la fibrillazione ventricolare, furono provocate in animali con le coronarie ristrette dal loro precedente soggiorno in ambiente nocivo. Il tipo di stress psicologico non era fondamentale; ottenemmo risultati con analoghi animali addestrati a premere un dispositivo per evitare piccole scariche elettriche. Altre ricerche dimostrarono che la reazione allo stress era mediata dal sistema nervoso simpatico, una delle due componenti del sistema nervoso autonomo. Se si bloccava farmacologicamente l'attività neurale simpatica, gli animali erano protetti dalla fibrillazione ventricolare indotta dallo stress psicologico.

Un altro elemento di questo puzzle fu il ruolo dell'altra componente, il sistema nervoso parasimpatico. Come abbiamo già detto, il sistema simpatico stimola il cuore e i vasi sanguigni, preparando l'organismo ad anticipare il pericolo e a reagirvi. Il grande fisiologo di Harvard Walter B. Cannon aveva definito questa reazione stato di «lotta o fuga». Il sistema parasimpatico, invece, ha un effetto opposto: il cuore batte più adagio, la pressione diminuisce e il muscolo cardiaco diventa meno sensibile.

Il nervo vago è il principale condotto del sistema parasimpatico e va dal cervello al cuore. Un'attività vagale accresciuta è quindi auspicabile e può essere aumentata con l'esercizio fisico. Un sistema cardiovascolare sano e ben condizionato a livello vagale è contraddistinto da un polso lento, da bassa pressione e da contrazioni cardiache più efficienti che richiedono un minore apporto di ossigeno. È quindi importante definire il ruolo della sollecitazione vagale durante lo stress psicologico. Per districare questa complessa rete di rapporti neurali abbiamo impiegato più di cinque anni. Si può riassumere il nostro lavoro in un'unica frase: l'attività vagale diminuisce o annulla completamente l'eccitazione emotiva simpatica e mediata a livello neurale, proteggendo quindi dalla morte per infarto.

Attraverso gli esperimenti sugli animali e gli studi clinici, siamo giunti alla conclusione che la morte per attacco cardiaco è un incidente elettrico in un cuore a corto di ossigeno, tipico di coloro che hanno gravi disturbi coronarici. L'evento scatenante, o fattore di rischio transitorio, può derivare da stress emotivo e comportamentale. Esso agisce in modo episodico e momentaneo e differisce dai fattori di rischio familiari cronici come colesterolo alto, ipertensione, obesità, mancanza di esercizio e diabete, che agiscono in modo continuo, spesso per l'intera vita e predispongono ai disturbi coronarici. L'azione dei fattori a rischio transitori, molti dei quali originati da un'intensa attività nervosa, giustifica il paradosso secondo cui si può morire improvvisamente senza gli indizi di occlusione coronarica.

La validità del concetto dei fattori di rischio transitori mi è stata dimostrata da un'insolita esperienza clinica. Il signor Jones, un educatore di trentanove anni, sembrava il ritratto della salute; aveva un fisico robusto e non era stato ammalato un solo giorno in vita sua. Era il 1974 e la mia

clinica era un centro di cura per pazienti affetti da aritmie gravissime. Jones fu inviato da un piccolo ospedale del Connecticut con la diagnosi di improvviso arresto cardiaco causato da un attacco dovuto probabilmente a un'occlusione dell'arteria coronarica. La diagnosi di coronaropatia era sorprendente, poiché il suo colesterolo era di soltanto 160 mg/dl, non aveva mai fumato, la pressione era bassa e i suoi genitori erano entrambi viventi e non presentavano patologie cardiache.

Il giorno in cui si era verificato l'arresto cardiaco non era accaduto nulla di eccezionale. Per ragioni non chiarite, il signor Jones aveva deciso di ritornare a casa presto nel pomeriggio. Mentre giocava con le figlie adolescenti, venne meno, divenne cianotico, cominciò a rantolare e smise di respirare. Jones fu sottoposto a una rianimazione cardiopolmonare dai membri della famiglia e trasportato d'urgenza al vicino ospedale, dove gli fu applicato un defibrillatore. Dopo dodici ore riprese conoscenza, senza presentare nessun danno neurologico. Gli elettrocardiogrammi non mostravano segni di attacco cardiaco. Anche gli specifici enzimi cardiaci erano normali. Aveva numerose extrasistole ventricolari contro le quali i vari farmaci antiaritmia si rivelarono inefficaci. Dopo venti giorni nell'ospedale locale, fu trasferito nel mio reparto al Peter Bent Brigham Hospital.

Un check-up completo, che comprendeva un cateterismo cardiaco e un angiogramma coronarico rivelò un cuore perfettamente normale e vasi coronarici liberi. Il monitoraggio del ritmo cardiaco, tuttavia, mostrava frequenti extrasistole e brevi parossismi di tachicardia ventricolare, un episodio con una serie rapidissima di battiti anormali che poteva preannunciare la fibrillazione ventricolare.

L'arresto cardiaco era inspiegabile. I colloqui psichiatrici non avevano individuato nessun disturbo emotivo, pur evidenziando una notevole tensione esistenziale. Cresciuto in una modesta famiglia di lavoratori, Jones era stato il primo membro della famiglia a frequentare l'università. Instancabile nel lavoro, aveva periodi di grande entusiasmo e si buttava con fervore in ogni progetto. Ma era spesso contrariato dalle scorrettezze dei colleghi e covava un rabbioso risentimento per tradimenti veri o immaginari. La collera veniva smaltita con costanti esercizi fisici, tenaci e solitari. Faceva spesso sogni con scene di violenza e contenuto erotico, che poi rinnegava come se non appartenessero al suo vero io. Poiché aveva passato l'infanzia in una famiglia rigidamente religiosa, era imbevuto di moralismo, soprattutto riguardo al sesso, vissuto come peccaminoso. Negava di provare attrazione sessuale se non per la moglie, pur ammettendo che molte delle sue colleghe gli facevano delle avances. Temeva il comportamento sessuale violento e la perdita del controllo. Tenere a freno l'aggressività era il leit-motiv della sua vita.

Sei mesi prima dell'episodio che gli fu quasi fatale aveva avuto un insuccesso professionale che aveva messo a repentaglio il suo lavoro, dato il periodo di stagnazione economica. Turbato e irrequieto, trovava poco sostegno nella moglie, che doveva occuparsi dei genitori vecchi e malati, o nei figli, che sempre più spesso erano fuori casa con gli amici. Appena prima dell'episodio di fibrillazione ventricolare, Jones, secondo le sue stesse parole, aveva «giocato alla lotta» con le figlie adolescenti. Mentre erano coinvolti in questo gioco sessualmente provocatorio, furono interrotti dal

vicino che suonava il campanello. Una delle figlie aprì la porta e lui cadde sul pavimento dicendo: «Mi dispiace».

Durante i colloqui psichiatrici era apparso completamente a suo agio, ma quando lo psichiatra era entrato nella stanza, era stato colpito da un'aritmia. Il cambiamento era stato evidente e pienamente quantificabile; le extrasistole erano aumentate di almeno quattro volte durante i colloqui psichiatrici in rapporto al resto del giorno. Le complesse forme di aritmia che erano sotto controllo grazie a farmaci antiaritmia erano ricomparse durante le altre sedute.

Un attento monitoraggio del suo ritmo cardiaco per molti giorni rivelò un modello insolito. La maggior incidenza di extrasistole avveniva nelle prime ore del mattino, quando sembrava che Jones dormisse tranquillo. Il fatto fu ulteriormente confermato da un'analisi del sonno, che registrava le onde cerebrali, i movimenti oculari e il tono muscolare, rendendo possibile l'identificazione del sonno REM, associato con il sogno. Durante il sonno REM, Jones aveva una frequenza maggiore e forme più complesse di extrasistole di quando era sveglio. Di solito durante il sonno le extrasistole ventricolari diminuiscono e le forme più avanzate spariscono. Il fatto che le extrasistole fossero premonitrici di aritmie gravi fu provato quando Jones ebbe un secondo arresto cardiaco che coincideva esattamente con la fase del sonno REM.

Dopo essere stato rianimato, Jones fu colto dal panico e mi implorò di fare di tutto perché l'episodio non succedesse più. Per la prima volta era pronto a divulgare il contenuto di un sogno, soprattutto quello che aveva avuto immediatamente prima dell'arresto cardiaco. Aveva sognato di essere in automobile con una donna completamente nuda. Il motore era acceso e la macchina si trovava pericolosamente in bilico sull'orlo di un precipizio. Con l'intensificarsi del desiderio, il suo comportamento era diventato violento. Inorridito da quello che stava facendo, aveva pigiato sull'acceleratore, la macchina era precipitata e si era fatto il buio.

Il ruolo critico dell'attività nervosa superiore nella genesi delle sue aritmie fu anche dimostrato dai rimedi che le eliminarono. La meditazione ridusse la frequenza delle extrasistole e tre farmaci impiegati successivamente come antiaritmia, ognuno dei quali con una funzione diversa, modificarono la circolazione neurale verso il cuore. Un farmaco agiva direttamente sul cervello impedendo gli improvvisi scatti di collera di Jones, che assomigliavano agli attacchi di epilessia; il secondo bloccava l'attività nervosa simpatica; il terzo migliorava l'attività del nervo vago parasimpatico. Quando questi tre farmaci erano associati, tutte le aritmie scomparivano e non potevano essere provocate neppure dai colloqui psichiatrici. Per precludere eventuali pericolose, fu consigliato a Jones di meditare quando il suo livello di tensione diventava insopportabile. Fu iniziato un impegnativo programma di esercizio fisico e di condizionamento. Più di vent'anni dopo, Jones conduceva una vita piena e produttiva. Anche se aveva avuto dei momenti difficili, i disturbi del ritmo cardiaco erano scomparsi.

Il caso del signor Jones illustra il ruolo fondamentale del rapporto psiche-cervello nel provocare la morte. Malgrado le indagini più accurate, fummo incapaci di scoprire



qualsiasi anomalia strutturale del suo cuore. Mai prima, a mia conoscenza, c'era stato un così evidente rapporto tra profondi problemi psichici e disturbo del ritmo cardiaco. Jones aveva sempre lottato per controllare il suo comportamento erotico e aggressivo. I due episodi di arresto cardiaco erano stati innescati dall'espressione simbolica della sessualità e della violenza. Il suo ritmo cardiaco era saturato di livelli complessi di extrasistole ventricolari, premonitrici e forse causa della fibrillazione ventricolare. L'aritmia poteva venir precipitata dalla tensione psicologica, che aumentava durante la fase REM del sonno, era ridotta dalla meditazione e infine veniva annullata dai farmaci che diminuivano l'effetto della trasmissione nervosa dal cervello al cuore. Raramente si incontra un paziente che permette una così vivida comprensione di un processo complesso che per tanto tempo è sfuggito alla spiegazione scientifica.

Jones è forse un caso eccezionale, che non si applica alla condizione umana in generale? Non credo. Penso che il suo sia un caso emblematico, addirittura caricaturale, di una realtà molto diffusa.

Incuriositi dall'esperienza con Jones, esaminammo il ruolo dello stress psicologico in gruppi più ampi di pazienti che erano stati rianimati dopo un arresto cardiaco o avevano avuto aritmie ventricolari che li avevano portati vicino alla morte. Se i fattori psicologici avessero potuto davvero provocare una morte improvvisa, si sarebbe dovuta trovare una maggiore incidenza di gravi stati emotivi nelle ventiquattro ore precedenti l'insorgere dell'episodio di aritmia.

Lavorando con il dottor Peter Reich, allora primario in psichiatria al Brigham and Women's Hospital, trovammo che un quinto di questo gruppo di 117 pazienti aveva avuto gravi problemi psicologici nelle ventiquattro ore precedenti l'evento cardiaco, anzi la maggior parte addirittura meno di un'ora prima. Tra le situazioni che provocavano la tensione psicologica, c'erano conflitti interpersonali, umiliazioni in pubblico, minaccia di separazione da parte del coniuge, lutti, insuccessi professionali e, in alcuni casi, un incubo. L'emozione predominante che si collegava al problema psicologico era una rabbia impotente. Altri stati affettivi erano la depressione acuta, la paura, l'eccitazione e il risentimento.

Il fatto che fossimo incapaci di identificare l'evento psicologico scatenante nella maggioranza dei pazienti non significa che questo non fosse stato presente. Le tecniche psicologiche di cui ci servivamo erano soggettive e troppo imprecise per evidenziare perturbazioni emotive latenti. Ciononostante, in un primo tempo potemmo dimostrare che lo stimolo provocato dallo stress psicologico era presente nel 21% dei casi di pazienti colpiti da arresto cardiaco.

Molte persone soffrono di tensioni profonde, spesso non individuate dai medici né riconosciute dai membri della famiglia, che nondimeno rappresentano un vero e proprio cancro che corrode il benessere psicologico. Quando permangono a lungo, gli effetti delle emozioni negative sono corresponsabili di malattie e della morte prematura. È possibile individuare lo stress cronico in modo oggettivo? È un compito sicuramente meno arduo di quello che si proporrebbe di alleviare tali condizioni di stress. La prevenzione sarebbe la strada migliore, ma la vita raramente lo consente.

Si possono classificare arbitrariamente le tensioni psicologiche in due categorie distinte: quelle provocate da

condizioni oggettive e quelle autogenerate e collegate a modelli comportamentali profondamente radicati, a volte con base genetica. Arricchendomi di esperienza clinica, sono diventato più scettico sulla possibilità di migliorare i comportamenti non adattativi innati, che si tratti di alcolismo, dipendenza dal fumo o dalle droghe, obesità, assenza di auto-stima, abitudini ossessive o semplicemente mancanza di gioia di vivere.

Bisogna essere più umili nell'affrontare il problema. A questo livello insufficiente della conoscenza psicologica, forse dovremo accontentarci di alleviare Prometeo nel suo tormento piuttosto di cercare inutilmente di liberarlo dalle spire che lo avvolgono. Per il cardiologo si tratta di diminuire una trasmissione nervosa potenzialmente nociva al cuore, anche se lo stress esiste, sia esso auto-indotto o provocato dall'esterno. Le ricerche innovatrici del professor Richard Wurtzman e dei suoi colleghi al Dipartimento di Neuroscienze del MIT sembrarono indicare una strada: scoprirono che la sintesi dei neurotrasmettitori cerebrali, come la serotonina, poteva venire modificata dalla dieta. I neurotrasmettitori, unità chimiche di trasmissione situati tra i nervi, sono secreti nelle terminazioni nervose da precursori degli aminoacidi presenti nel sangue derivati dalla dieta quotidiana. Quindi la concentrazione di neurotrasmettitori cerebrali dipende in parte da quello che mangiamo.

All'inizio ci concentrammo sulla serotonina, poiché sembrava controllare la trasmissione nel sistema nervoso simpatico. Non era chiaro se un aumento della concentrazione della serotonina nel cervello avrebbe ridotto l'attività nervosa simpatica cardiaca, ma quando somministrammo agli animali gli aminoacidi precursori della serotonina, ci rendemmo conto che la trasmissione nervosa dal cervello al cuore era notevolmente ridotta. È un metodo che può proteggere il cuore contro le aritmie letali conseguenti a un'improvvisa occlusione di una grossa aorta coronarica. Questi risultati avevano aperto una nuova strada per studiare la modulazione neurale centrale dell'attività cardiaca, che aspettava di essere sperimentata sugli esseri umani.

Perché gli effetti del cervello e della psiche sul sistema cardiovascolare sono stati ignorati così a lungo? Innanzitutto, per la difficoltà di trovare tecnologie adatte ad analizzare problemi tanto complessi. Il cervello umano ha più di venti miliardi di cellule nervose. Ogni neurone è in grado di comunicare con più di 10.000 neuroni vicini, e questi scambi generano più di 100 messaggi al secondo. Questo brusio può trasformarsi in una cacofonia da fare impazzire, poiché ci sono più di mille miliardi di connessioni possibili.

Inoltre il cervello non è isolato, ma continuamente inondato da un flusso di input sensoriali. Oltre alla complessità, c'è il fatto che il cervello, che ci definisce, non può essere lo strumento adeguato a determinare la propria natura. Il paradosso è che se il cervello avesse un'organizzazione abbastanza semplice perché potessimo capirlo, noi saremmo semplici al punto da non poterlo più capire.

In un mondo di cui spesso ci sfugge il senso, ci sono altri ostacoli per capire l'attività psiche-cervello. Il grande filosofo Baruch Spinoza sosteneva che «ogni cosa è una causa da cui scaturiscono diversi effetti». I poeti, come pure la moderna teoria del caos, esprimono questo concetto con l'immagine di una foglia che cade e fa accendere una stella lontana. Quello che io definisco «effetto Spinoza» ren-

de l'interpretazione dei dati scientifici estremamente problematica. Nel campo psiche-cervello, si è di fronte a un vero e proprio labirinto. Un articolo nella rivista «Science» di Sigwart Ulrich mi ha permesso di approfondire le mie intuizioni di questo aspetto. Ulrich si chiedeva se c'era una correlazione tra la guarigione dopo un'operazione alla cistifellea e il paesaggio visibile dalla finestra della stanza in cui riposavano i pazienti. A uno sguardo superficiale, questa domanda sembra oziosa, ma riflettendoci ha implicazioni notevoli. Ulrich ha dimostrato l'effetto Spinoza: i pazienti con una finestra che dava sul giardino guarivano più rapidamente. Avevano bisogno di una dose inferiore di narcotici, si ristabilivano meglio e venivano dimessi dall'ospedale prima di quelli la cui stanza casualmente si affacciava su uno squallido parcheggio.

Questi problemi, alcuni elaborati, altri appena accennati, sono più appassionati di quanto avessi immaginato da giovane. Approfondirli è un'impresa degna di Sisifo, ma occorre perseverare. Il rabbino Tarfon, che ha scritto nel Talmud, esortava: «Non indietreggiate di fronte a un compito che, per sua natura, non può essere portato a termine». Continuo a essere convinto che il rapporto psiche-cervello è il più complesso che la medicina si trovi ad affrontare.

#### 4. La sindrome di Münchhausen

L'ascolto è il primo passo per ottenere una diagnosi corretta, ma, come abbiamo visto, non è un esercizio puramente verbale. È necessario stare attenti alle parole non espresse, alla mimica del viso che può contraddire quello che si sta dicendo, alle contrazioni involontarie del volto, a una stretta di mano, e in generale al linguaggio del corpo. L'ascolto attento, che è sempre ricompensato, è indispensabile con quei pazienti che si prefiggono deliberatamente di ingannarci. Le svariate ragioni di questo inganno possono essere collegate alla tossicodipendenza, all'alcolismo o a modelli comportamentali in cui si ricercano compensazioni a malattie o danni subiti. I pazienti più difficili sono persone psicologicamente disturbate che mettono a dura prova la pazienza del medico. Riuscire a scoprire l'enigma dietro il discorso pieno di rimostranze di questo genere di pazienti è una vera e propria sfida per le capacità cliniche e l'immaginazione del medico.

L'esistenza di questi pazienti dimostra come la medicina abbia una scarsa comprensione della condizione umana. Dopo aver praticato per decenni, i medici credono di conoscere tutte le possibili stranezze comportamentali, ma rimangono stupefatti quando incontrano pazienti con la sindrome di Münchhausen. Questa patologia prende il nome dal soldato di ventura tedesco che, nel XVIII secolo, scrisse una serie di storie inverosimili di imprese fasulle. Coloro che ne soffrono fanno i salti mortali per fingere gravi disturbi. Il comportamento sembra motivato in modo strano e a volte sfugge al controllo degli stessi soggetti, anche se i sintomi e gli effetti clinici sono provocati intenzionalmente. Molti di questi pazienti sono maestri nell'arte di tessere una matassa di menzogne. Alcuni sono tossicodipendenti sotto effetto della droga, altri isterici, sociopatici o persone vessate da situazioni di vita disastrose, che non hanno lasciato loro altra via d'uscita se non quella di fingersi ammalati.

Non meno ingenui dei profani, i medici vengono invariabilmente presi di mira. Giudicando dal successo che hanno i pazienti con la sindrome di Münchhausen nello sciorinare le loro false malattie, si può concludere che la professione medica sia particolarmente suscettibile agli imbrogli. Può darsi che si tratti di un condizionamento professionale, visto che il medico si affida alla sincerità dei pazienti, supposta tale nel loro stesso interesse. Vedere chiaro oltre le imposture di un imbroglione incallito non è mai facile, ma a volte un medico viene messo fuori strada dal desiderio di indagare, dal buonsenso o da una ottusità bella e buona. Il comportamento aberrante è spesso grottesco e non ha una spiegazione plausibile. L'incontro con un paziente affetto da sindrome di Münchhausen è estremamente frustrante e sconcertante, e lascia al medico un senso di mistero sui meccanismi della mente umana.

Incontrai il mio primo caso di sindrome di Münchhausen quando ero ancora interno. La paziente, una giovane di soli vent'anni, aveva appena avuto il suo terzo figlio. Il marito, che lavorava nella marina mercantile, era in viaggio per mare. Poiché la madre doveva stare con i due bambini più grandi, al suo capezzale non c'era nessuno che potesse illuminarmi sulla sua situazione domestica. Era stata trattenuta in ospedale per una febbre post-partum. Avevamo ipotizzato un'infezione uterina, ma non c'erano segni clinici che la provassero. Per quanto facessimo, non riuscivamo a trovare la causa del suo aumento di temperatura.

Tanto magra da apparire spettrale, pallida e facile alle lacrime, sembrava ancora un'adolescente. Affettuosa, era l'incarnazione dell'innocenza ed era la beniamina dei medici e delle infermiere di gran parte dell'ospedale. Quasi ogni pomeriggio aveva la febbre alta, e si mostrava collaborativa per esami anche invasivi che non avevano alcun risultato.

Alla fine qualcuno emise l'ipotesi che la febbre fosse prodotta artificialmente, cioè provocata dalla manipolazione del termometro da parte della paziente. Nessuno credeva davvero che questa dolce creatura potesse far salire di nascosto la temperatura. Per maggior sicurezza, tuttavia, togliemmo dal suo letto il radiatore supplementare, passammo alla temperatura rettale e lasciammo un'infermiera mentre era misurata la temperatura. Ma la giovane continuava ad avere febbri episodiche.

I medici si sentono molto frustrati quando sono obbligati ad ammettere che non capiscono il problema. Una tattica molto comune è quella di fare una diagnosi priva di significato che dia l'impressione di conoscere la situazione. Seguendo questa consuetudine, definimmo il problema «febbre con origini sconosciute».

Ogni mese presentavamo i nostri casi più difficili a un medico supervisore. Il dottor L., diabetologo di fama e clinico acuto, ascoltò attentamente e fu sorpreso che in un mese non avessimo trovato spiegazioni. Quando giunse al capezzale della giovane donna, fece solo poche domande, poi si trasformò in un terribile orco tuonando: «Dillo, ai medici che alteri la temperatura». La ragazza si coprì, tirando il lenzuolo per nascondere i suoi occhi verdi terrorizzati. «Oh, non obbligatemi ad andare a casa. Voglio uccidermi con i miei bambini!». Questa terribile manifestazione di dolore era sconvolgente.

Quando lasciammo il suo letto, chiesi al dottor L., come

aveva capito che la paziente alterava la temperatura. Mi spiegò che sarebbe stato inverosimile per chiunque avere una temperatura così alta senza altri segni clinici come, per esempio, aumento del polso e dei globuli bianchi e aspetto malaticcio. Non solo la paziente non presentava nessuno di questi segni, ma aveva mantenuto l'appetito e il peso, malgrado la situazione durasse da mesi. Era evidente che ci ingannava; concluse che il solo modo con cui poteva aumentare la temperatura in presenza di un'infermiera doveva essere quello di massaggiare il termometro con lo sfintere rettale. Per quanto possa sembrare stravagante, la paziente confermò che questo era il metodo con cui faceva salire il termometro. Fu trasferita in un reparto psichiatrico e migliorò notevolmente.

Il secondo paziente, Sam, era un giovane di ventisette anni con ferite infette alle gambe, ulcere ai piedi e brutte flebiti, causa di ricorrenti coaguli nel sangue che si propagavano ai polmoni, mettendo in pericolo la sua vita. Mi occupai di lui quando ero interno al Montefiore Hospital di New York. Sam, giovane, brillante, colto, umano, ma così terribilmente infelice, mi straziava il cuore. Sembrava che la sua gamba sinistra fosse stata dilaniata da una mina anti-uomo. Dopo settimane di infiltrazioni e di antibiotici locali ed endovenosi, una coltre di tessuto granuloso in apparenza sano copriva le piaghe. Ma non appena la gamba guariva, misteriosamente si apriva di nuovo, emanando un pus maleodorante. Durante questi episodi morbosi, aveva la febbre alta, valori anormali dell'emocromo e attacchi di brividi. In queste occasioni, Sam gridava come se lo torturassero, calmandosi soltanto dopo aver ricevuto una dose massiccia di morfina alla quale si assueface rapidamente. La situazione continuò per mesi.

Poiché avevo passato molti momenti piacevoli a chiacchierare e a incoraggiarlo, avevo con lui un buon rapporto. Infine, a febbraio, cominciò a fare progressi. Per la prima volta la gamba sembrava quasi completamente guarita. Ci congratulammo e organizzammo una festa per la sua dimissione dall'ospedale programmata per il giorno successivo. Non ero di servizio quella sera. Quando mi presentai in corsia il mattino seguente, Sam sembrava di nuovo sofferente; giaceva sotto una mole di coperte, perché scosso dai brividi. Sembrava accusarmi, come se io avessi sbagliato qualcosa. La gamba era peggiorata.

Ma una delle infermiere della notte mi prese in disparte. Disse che prima che commiserassi troppo questo disgraziato, doveva dirmi qualcosa di importante. Mentre parlava conteneva a mala pena la rabbia.

«Questa notte, durante la bufera, non riuscivo a trovare Sam. Il gabinetto era occupato. Poiché la persiana della portafinestra che porta sulla passerella esterna era chiusa, guardai fuori ma nell'oscurità non vidi nulla. Finché non spensi le luci del reparto, scorgevo solo una leggera nevicata. Allora vidi una sagoma vestita di bianco. Afferrai il cappotto e corsi fuori. Avvicinandomi, udii dei gemiti strazianti e riconobbi Sam, che era piegato in avanti e stava facendo qualcosa che non capii. Gemeva come se lo torturassero. Poi vidi la cosa più terribile che abbia mai visto nella mia carriera di infermiera. Sam si percuoteva la gamba con un asse di legno dotata di una grossa lancia arrugginita a un'estremità, con la quale lacerava parte del suo arto. Ur-lai, lui buttò via l'asse e ritornò correndo al suo letto».

«È difficile da credere», mormorai. «Mi segua», disse lei.

Dalla porta alla metà della passerella c'era una scia di sangue sulla neve appena caduta che portava al luogo in cui si trovava l'agghiacciante attrezzo. Sam fu trasferito all'ospedale psichiatrico il giorno stesso.

Dopo molti anni, al Peter Bent Brigham Hospital a Boston, incontrai il mio terzo paziente affetto da sindrome di Münchhausen. Sui quarantacinque anni, ex-marinaio, con molti tatuaggi su ogni braccio, arrivò all'unità coronarica con un forte dolore al petto. Era coperto di sudore, ma non sembrava molto grave. La temperatura era normale, la pressione pure, il ritmo cardiaco non era troppo rapido e i globuli bianchi nella norma. Dopo un breve periodo, fece richiesta di una forte dose di morfina per alleviare il suo disagio. Nessuno sospettava qualcosa di equivoco, perché mostrava le alterazioni dell'elettrocardiogramma tipiche di un possibile attacco cardiaco.

Quando entrai nella stanza, era sdraiato sul letto con gli occhi chiusi. Gemeva e si contorceva malgrado i narcotici. Si sedette subito di fronte a me e parlammo dei racconti di mare di Jack London, che lo interessavano molto. La discussione si protrasse per dieci minuti. Improvvisamente ebbi una strana sensazione. Quest'uomo non provava alcun dolore. Appena la nostra conversazione si era fatta più animata, le smorfie erano cessate; era completamente a suo agio e sorrideva. Non era il paziente che avevo visto appena entrato nella stanza. In quel momento, sembrò leggermi nel pensiero, perché si buttò subito nel letto e riprese a lamentarsi e a contorcersi in modo istrionico.

Dissi alle infermiere di somministrargli un placebo, una forte dose in intramuscolo di acqua salata. Gli enzimi nel sangue erano di nuovo normali. Sospettivo che si trattasse di un tossicodipendente e decisi di appurarlo direttamente. Appena entrai, balzò giù dal letto e preparò la valigia con i suoi pochi averi.

Chiesi: «Cos'è questa fretta? Parliamo un po'. Siamo ansiosi di aiutarla».

Sembrò divertito e si sedette: «Le do credito. Lei è più sveglio degli altri dottori».

«Cosa intendi dire?».

«Il dolore al petto è andato bene per tre ricoveri di seguito. La porfiria funzionava ancora meglio».

«Non capisco», dissi.

«Tutto è iniziato quindici anni fa, a Seattle. Ero tossicodipendente e fui ricoverato al Washington Hospital dell'università con fortissimi crampi allo stomaco. Il medico di guardia mi visitò accuratamente e poi mi somministrò del Demerol. Il mattino successivo, entrò nella mia stanza trionfante: "Ho fatto la diagnosi, ho fatto la diagnosi! Lei ha la porfiria. Lo abbiamo dimostrato. L'urina è scura e positiva". Non avevo mai sentito parlare di quella malattia. Sa cosa ho fatto? Quell'idiota mi diede un manuale di medicina e molti articoli sulla porfiria. In un giorno, diventai un'autorità su quella strana condizione. Tutta l'équipe era in uno stato di forte eccitazione. Nessuno aveva mai visto un caso di porfiria. Fui anche presentato ad altri medici. Rimasi ricoverato per due settimane e diventai una celebrità. Il medico che mi aveva fatto la diagnosi cominciò a scrivere altri articoli. Diventai così molto addottorato sulla porfiria. Mi valse almeno duemila ricoveri».

Quest'ultima affermazione e tutte le altre erano davvero incredibili, ma non volevo contrariare il paziente. Ero più interessato ad ascoltare le sue risposte alle altre domande. «Ma come la mettiamo con l'urina? Come poteva renderla positiva al pigmento porfirino?», chiesi.

«All'inizio non sapevo», rispose. «Ma poi ricordai che per alcuni giorni prima del ricovero, avevo bevuto del distillato clandestino. La sera prima del giorno in cui volevo farmi ricoverare bevevo un po' di quella pozione e la mia urina diventava positiva».

Alla fine era stato ricoverato in quasi tutti gli ospedali del Nord Ovest e dell'Ovest. Disse con orgoglio che il suo caso era stato riportato su molte riviste mediche. Ma dopo cinque o sei anni il suo trucco fu scoperto e, poiché la porfiria non era più una diagnosi utilizzabile, passò al dolore al petto.

Otto anni dopo, ero al pronto soccorso del Brigham Hospital a sostituire un collega di cardiologia quando un medico del servizio mi chiese se volevo dare un parere su un uomo sui cinquant'anni che aveva avuto un attacco di cuore. Preoccupato perché, malgrado la forte dose di narcotici, l'uomo aveva ancora dolore e l'unità coronarica era completa, il medico voleva la mia opinione prima di inviare il paziente in reparto.

Andai a visitarlo e trovai un uomo sulla cinquantina che mi pareva di conoscere, ma che non ero in grado di situare. Mi mostrò un certificato di un recente ricovero in un ospedale di Brooklyn. La diagnosi di dimissione era «angina instabile», stato provocato da un grave restringimento dell'arteria coronaria che lasciava presagire un attacco cardiaco imminente. Giudicando dalla cartella clinica, sembrava che i medici fossero perplessi per il dolore al petto e i mutevoli dati dell'elettrocardiogramma, ma ben poco d'altro. Leggendo la cartella, ebbi una sensazione di déjà-vu. Quando tirai giù la coperta per visitarlo, i tatuaggi sul braccio mi fecero capire tutto. «Il barone di Münchhausen in persona»!, esclamai.

Saltò giù dal lettino e cominciò a vestirsi. «Ho sempre pensato che i cardiologi sono stupidi», disse con disgusto, «ma in ogni cesta c'è una mela marcia e io ho avuto la sfortuna di incontrarla».

«Cosa è successo da quando ci siamo visti l'ultima volta?», indagai.

«Il dolore al petto è molto meglio della porfiria come biglietto da visita e non ho neppure dovuto bere delle schifezze».

«Cosa intende dire?».

«Ho avuto più ricoveri con un'angina instabile che con qualsiasi altra cosa in vita mia. Tutto quello che devo fare è dare il segno di Levine», disse stringendo il pugno sul basso sterno, «e va bene per molte settimane. Ma devo evitare di essere cateterizzato».

«Al Maimonides Hospital non ci è riuscito. Le hanno fatto un angiogramma. Non è forse un rischio?».

«Le mie letture mediche mi hanno convinto che posso solo essere vincente. Immagini qualcuno come me, un maschio di mezza età con alto tasso di colesterolo. Ci sono più di 80 probabilità su cento di avere un'occlusione alle coronarie. Se fosse stato negativo, sarebbe stato sufficiente al Maimonides. Ma se fosse stato positivo, che pacchia! Mi si sarebbero aperte le porte di tutti gli ospedali della nostra buona vecchia America».

Stava spazientendosi per il mio interrogatorio.

«Un'ultima domanda», dissi. «Come è riuscito a cambiare le onde T dell'elettrocardiogramma?».

«Questo è un segreto». Poi aggiunge con un sussurro: «Ma diamine, ho iperventilato!» (i medici sanno che con una respirazione profonda e sostenuta, si può alterare un normale elettrocardiogramma ed evidenziare una circolazione inadeguata alle coronarie). Poi se ne andò dal reparto di emergenza con grande sorpresa dell'équipe che, pochi minuti prima, lo aveva giudicato moribondo.

Il quarto e ultimo paziente Münchhausen che ho incontrato è il più strano di tutti. Era stato trasferito in ambulanza all'unità coronarica del Brigham dall'ospedale di Rhode Island, dove era stato ricoverato per una perdita di coscienza. Il mattino seguente, durante le visite in corsia, gli chiesi per quale motivo era ricoverato e la risposta non fu lo svenimento.

«Ho del mercurio nel cuore».

«Come è potuto entrare il mercurio nel cuore?».

«Mangiando delle ciambelle».

«Mangiando delle ciambelle?», chiesi esterrefatto.

«Sì, mangiando delle ciambelle», ribadì tranquillamente.

«Mi racconti com'è andata?».

«Bene. Ho comprato delle ciambelle. Mia moglie e mio figlio le hanno mangiate e d'un tratto una delle ciambelle è caduta per terra e il mercurio si è sparso sul pavimento».

«Come sapeva che era mercurio?».

«Ci lavoro. Sono tecnico ospedaliero e lavoro con l'apparecchio Van Slyke che determina l'ossigeno nel sangue. Usiamo mercurio in continuazione. Mia moglie e mio figlio hanno ora una grave disfunzione ai reni. Abbiamo citato in giudizio la panetteria».

Ero stupefatto e mi chiesi se avevo a che fare con uno schizofrenico. Come se avesse letto nei miei pensieri, disse: «Se non mi crede, mi faccia una radiografia al cuore e vedrà il mercurio».

Decisi di assecondarlo e gli feci una fluoroscopia cardiaca. Mentre il fluoroscopio era acceso, con mio grande stupore vidi una massa ampia e pesante di materiale nero che fluttuava alla rinfusa, come le perline di un caleidoscopio, nel suo ventricolo destro.

Non era assolutamente possibile che un metallo pesante che non poteva essere assorbito come il mercurio potesse raggiungere il cuore. Se fosse stato ingerito sarebbe passato attraverso l'intestino senza essere assimilato e sarebbe stato espulso con le feci. Naturalmente, avrebbe potuto essere immesso con una iniezione endovenosa, ma sarebbe stata una follia. Inoltre ne soffrivano anche la moglie e il figlio. No, era impossibile. Telefonai al Providence Hospital dove erano in cura e effettivamente c'erano pazienti con quel nome. Il mistero si infittiva.

Chiesi alle infermiere di tenere d'occhio il paziente e il giorno dopo mi dissero che aveva rasentato più volte un arresto cardiaco. Il tracciato all'elettrocardiogramma sull'oscilloscopio era diventato improvvisamente piatto, il che indicava che non c'era più attività cardiaca. Ma poiché lo controllavano, le infermiere avevano scoperto che aveva disinserito uno dei comandi. Dopo che gli fu detto che gli allarmi erano provocati dal disinnesto di un elettrodo, le emergenze cessarono.

Credendo che l'uomo fosse uno psicopatico, chiedem-

mo un consulto psichiatrico, ma lo psichiatra, per quanto possa apparire incredibile, credette alla sua storia. Ci disse che il paziente, che era soggetto stabile e privo di tratti psicopatologici, si lamentava perché non avevamo fiducia in lui e credevamo che la sua storia fosse falsa. Lo psichiatra mi accusò di comportamento scarsamente professionale. «Dopo tutto, lei ha avuto la prova che il mercurio è presente nel suo cuore».

Durante la visita seguente, chiesi alle infermiere di raccogliere l'urina del paziente, poiché il mercurio sarebbe stato espulso dal corpo tramite i reni. Lui ascoltava con grande interesse mentre escogitavo la mia storiella per l'équipe. Quando uscimmo dalla stanza, spiegai allo staff che non c'era assolutamente nessuna possibilità che il mercurio fosse espulso dai reni e chiesi di controllare il termometro. Il giorno dopo l'urina conteneva piccole masse di mercurio; ma un'infermiera attenta aveva scoperto termometri rotti e avvolti nei giornali nel cestino della carta straccia.

Il lavoro di tecnico ospedaliero del paziente consisteva nel misurare il contenuto di ossigeno del sangue con una colonnina di mercurio. Il paziente quindi possedeva una scorta di mercurio, aghi e siringhe. Aveva la possibilità di iniettare il mercurio in vena, il solo modo con cui esso avrebbe potuto raggiungere la parte destra del cuore, dove era situato. Doveva avere fatto lo stesso con la moglie e con il figlio. Quando cominciai a capire il problema, sembrò indignato e ferito e la mia convinzione vacillò.

Il giorno dopo il suo letto era vuoto. Fui informato che lo aveva lasciato in tutta fretta, dicendo che era scandalizzato dalla mancanza di professionalità in quel famoso ospedale. Telefonai al suo medico curante al Providence e condivisi con lui i miei sospetti. Il dottore era offeso. Disse che conosceva bene il paziente e che era in corso un'azione penale contro la panetteria perché aveva messo il mercurio nelle ciambelle. Poiché ero stato snobbato nel mio

tentativo di approfondire il caso, non lo seguii più e ancora oggi mi interrogo sulle sue cause.

L'incontro con pazienti affetti dalla sindrome di Münchhausen mi spinse a consultare la letteratura specializzata e venni a conoscenza di casi ancora più strani. Un articolo dei National Institutes of Health raccontava di una paziente che si iniettava adrenalina di nascosto, con la conseguenza di una grave ipertensione e di un ritmo cardiaco accelerato che faceva pensare a un tumore della ghiandola surrenale. Entrambe le ghiandole surrenali furono asportate in un disperato tentativo di salvarle la vita. Alla fine nel tavolino da notte furono trovate siringhe, aghi e flaconi di adrenalina, ma il danno ormai era stato compiuto dagli stessi medici che avevano cercato di curare questo caso insolubile.

Ancora peggiori sono i casi di Münchhausen per procura: ne sono vittime i bambini di cui i genitori simulano malattie. In un caso, una madre aveva portato il bambino piccolo in ospedale per eccessiva sonnolenza e vomito di materie fecali. Un esame completo rilevò che il bambino era normale. Da una ricerca più approfondita si venne a sapere che la madre somministrava al bambino sedativi e gli faceva mangiare le proprie feci.

Forse è un motivo d'onore per i medici il fatto che siano così spesso ingannati dai pazienti con la sindrome di Münchhausen, perché significa che hanno fiducia nei racconti dei pazienti. Nello stesso modo, la legge considera innocente un imputato a meno che non sia dichiarato colpevole e con ragionevole dubbio. Anche un bravo medico può quindi essere preso nella rete di incredibili inganni. Poiché l'arte di ascoltare si atrofizza sempre più e la medicina si arrende alla tecnologia, diventa sempre più difficile individuare le manifestazioni anormali della psiche e i pazienti afflitti da sindrome di Münchhausen avranno sempre più successo.