

La filosofia di questo libro, universalmente noto negli ambienti medici col titolo originale *Anatomy of an Illness* (Anatomia di una malattia), si concentra tutta nel concetto che la solidarietà tra medico e paziente, la collaborazione fattiva del paziente, è il migliore aiuto per la guarigione.

L'AUTORE (v. p. 7) illustra un caso particolare, un caso di paralisi, ma, anche senza estendere direttamente ad altri casi le conclusioni a cui è giunto, fa intravedere chiaramente la possibilità, anzi l'attendibilità di una generalizzazione, come è dimostrato soprattutto dalle testimonianze di migliaia di medici che hanno comunicato all'Autore le loro esperienze.

La morale del libro, in pratica, è questa: una buona parte di malattie si risolvono da sé. In altre parole, il decorso della malattia è strettamente legato alla disposizione mentale del paziente. Cousins illustra questa affermazione con una serie di esempi tratti dalla pratica clinica, ad es. vari tipi di processi immunologici e fisiologici, che sono stati studiati col metodo sperimentale e sono tali da influenzare il corpo e la percezione della malattia: le difese del corpo dalle infezioni, la digestione dei grassi, la secrezione di certi ormoni, ecc.

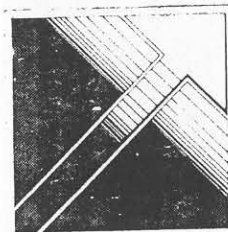
Il libro di Cousins, tuttavia, non intende affatto sostenere l'inutilità dell'intervento medico, ritenuto invece indispensabile in moltissimi casi, utile in quasi tutti. Ma l'intervento medico ha migliori prospettive di successo quando è affiancato da quella *vis medicatrix naturae* che è rappresentata dalla disposizione e collaborazione attiva del paziente.

Autentica guida pedagogica per i medici, il libro sarà un prezioso sussidio anche per i loro clienti, cioè, potenzialmente, per tutti.

N. COUSINS, La volontà di guarire

Norman Cousins

LA VOLONTÀ DI GUARIRE



La collaborazione fattiva del paziente è il migliore aiuto per la guarigione da malattie che per gran parte possono risolversi da sé, come è dimostrato da un grave caso clinico studiato da migliaia di medici



Titolo originale

*Anatomy of an Illness. As Perceived by the Patient.
Reflections on Healing and Regeneration*

© 1979 by W. W. Norton & Company, Inc., New York - London

Traduzione di Stefania Panni Lariccia

© 1982 Editore Armando Armando
Via della Gensola 60-61 - Roma

SOMMARIO

INTRODUZIONE DI R. DUBOS	9
1 ANATOMIA DI UNA MALATTIA NELLA PERCEZIONE DEL PAZIENTE	19
2 IL MISTERO DEL PLACEBO	35
3 CREATIVITA' E LONGEVITA'	49
4 IL DOLORE NON E' IL PEGGIOR NEMICO	61
5 SALUTE OLISTICA E GUARIGIONE	75
6 CIO' CHE HO APPRESO DA TREMILA MEDICI	85
BIBLIOGRAFIA	109



dirigente medico superiore del Ministero della Sanità, al quale ci siamo rivolti per una revisione scientifica della traduzione.

Il Vetere fu uno fra i tremila corrispondenti dell'autore che all'apparire di questo libro in edizione originale riconobbe la correttezza a cui si collegano consigli sanitari di utilità indubbia, anche se talvolta persino sconcertanti.

« E' un libro – concludeva il Vetere nella sua presentazione – che insegna e forse può aiutare a sdrammatizzare il dibattito che da una parte critica globalmente la medicina cosiddetta allopatrica e dall'altra si chiude nella difesa delle gloriose tradizioni ».

Norman Cousins è senior lecturer alla Scuola di Medicina dell'University of California di Los Angeles, e consulente editoriale di « Man & Medicine », rivista medica pubblicata al College of Physicians and Surgeons della Columbia University.

Per la maggior parte della sua vita professionale ha lavorato con la « Saturday Review », divenendone direttore nel 1940.

E' autore di molti volumi tra cui *Dr. Schweitzer of Lambarene*; *The Celebration of Life*; *Present Tense*; *In Place of Folly*; *The Good Inheritance* e *Modern is Obsolete*.

Citiamo, tra i molti giudizi apparsi sulla stampa internazionale, poche frasi stralciate da un parere inviato all'editore da Carlo Vetere, e la validità di convinzioni maturate in base ad una esperienza positiva

INTRODUZIONE

RENE' DUBOS

* La tesi fondamentale di questo libro è che ogni persona deve accettare una parte di responsabilità per guarire dalla sua malattia o dalla sua invalidità. Il concetto di responsabilità del paziente non è certo nuovo, ma il punto di vista filosofico che sta alla sua base raramente è stato espresso meglio che in questo libro. Anche se l'autore è un profano, le sue idee sono state largamente accettate dalla professione medica. Le sue intuizioni sulla natura dello stress e sulla capacità della mente umana ad attivare le risorse dell'organismo per combattere la malattia, concordano con le importanti conclusioni di rinomati centri di ricerca medica.

E' inevitabile, ovviamente, che qualunque opera sul fenomeno della guarigione finisca per considerare il problema della longevità. In effetti, anche se questo libro tratta sia della qualità della vita che della longevità, tuttavia i due aspetti che vi vengono sottolineati s'inquadrano in una significativa tendenza della società moderna, cioè quella di una più diffusa speranza di vivere oltre i settanta e gli ottanta anni.

Secondo un rapporto della *Social Security Administration*, infatti, nel 1976 c'erano in America 10.700 centenari. Probabilmente in parecchi altri paesi la percentuale di centenari in rapporto alla popolazione totale è la stessa.

Bisogna ammettere che è spesso difficile provare l'età esatta di persone molto anziane, perché gli atti di nascita sono spesso inesatti o mancano del tutto. Negli Stati Uniti, per esempio, i centenari sicuramente accertati sono forse inferiori ai diecimila. Eppure ci sono casi abbastanza documentati di persone molto vecchie che dimostrano come la longevità sia possibile in condizioni sociali e climatiche molto diverse.

Carlo I fece venire a Londra un certo Thomas Parr, chiamato affettuosamente « il vecchio Parr », perché dai registri parrocchiali e

da altre testimonianze risultava avere 152 anni. Il vecchio Parr passò di banchetto in banchetto, ma morì di lì a poco mentre era ancora a Londra. Venne effettuata l'autopsia dal grande William Harvey, il quale affermò che gli organi di Parr erano in ottime condizioni, « sani come il giorno in cui era nato ». Harvey, ne attribuì la morte all'indigestione e all'inquinamento dell'aria di Londra.

L'aria di Parigi del diciannovesimo secolo era inquinata almeno come quella della Londra del diciassettesimo. Tuttavia l'illustre chimico francese Michel-Eugène Chevreul aveva raggiunto l'età di 103 anni quando morì nel 1889, dopo aver abitato nella capitale francese per più di 75 anni. Le fotografie scattate da Nadar in occasione del centesimo compleanno di Chevreul, lo rivelano forte e vegeto, pieno di *joie de vivre* come un bambino. Quando, poco tempo prima della sua morte, gli si chiedeva come si sentisse, egli lamentava solamente *une certaine lassitude de vivre*. Aveva novantanove anni quando pubblicò il suo ultimo saggio scientifico.

Charles Thierry, nato nel 1850, esercitò il mestiere di argentiere a Cambridge, Massachussets, fino a 93 anni. Ogni giorno era solito compiere lunghe passeggiate in campagna, abitudine che mantenne anche dopo essere andato in pensione. All'età di 103 anni ebbe un'influenza, cui seguì una difficile convalescenza. Fu visitato allora dal dottor Paul Dudley White, che lo spinse a riprendere le sue passeggiate quotidiane senza preoccuparsi del tempo. Thierry guarì, ma più tardi, all'età di 108 anni, morì di polmonite, in gran parte dovuta alla sua negligenza.

Negli anni sessanta fu portato all'ospedale di New York, da un villaggio delle montagne della Colombia, un uomo molto vecchio, non per essere curato, ma per essere visitato dai medici come una curiosità. Aveva senz'altro più di 100 anni, e poteva averne, in base a prove indirette, circa 150. Aveva trascorso tutta la vita in condizioni primitive, era basso e arzilla e parlava spagnolo con scioltezza e disinvoltura. In quel periodo io ero ricoverato nella stessa corsia dell'ospedale in cui egli era ospite e posso testimoniare della sua vitalità che gli invidiavo moltissimo. Morì poco dopo essere ritornato in Colombia.

Nel suo libro, *Old Age*, pubblicato nel 1904, Elias Metchnikoff offre un quadro vivace dei tanti vecchi da lui osservati in Russia e in Francia. A quanto egli riferisce, essi rimanevano attivi, per la maggior parte, fino agli ultimi giorni della vita, lamentando principalmente, come nel caso di Chevreul, quel tipo di stanchezza che si prova alla fine di una lunga e intensa giornata.

L'esistenza di centenari sani e vigorosi, vissuti molto tempo, ma dell'avvento della medicina moderna, dimostra che la possibilità di vita dell'uomo supera le bibliche tre ventine più dieci, e che si può raggiungere la longevità senza assistenza medica. E' probabile che il raggiungimento di un'età molto avanzata richieda una certa costituzione genetica, ma è certo che esso dipende in misura anche maggiore dalle abitudini di vita. Il dottor Alexander Leaf, della facoltà di medicina di Harvard, ha compiuto recentemente numerose ricerche cliniche e sociali su persone molto anziane in varie parti del mondo. Tali studi lo hanno portato a concludere che la longevità è legata a una dieta piuttosto frugale, ma di contenuto ben equilibrato, a un'attività fisica vigorosa e costante, e alla partecipazione attiva ai problemi della comunità, fino al termine della propria vita. Sembra che un ritiro completo dalla vita attiva non sia un buon sistema per raggiungere un'età avanzata.

Può sembrare a prima vista che i centenari sani che non hanno bisogno di cure mediche abbiano scarsa rilevanza con la tesi di Norman Cousins secondo la quale i malati devono assumere una responsabilità nella loro cura. Io però ritengo che si possa raggiungere un'età molto avanzata solamente se si possiedono alcune di quelle caratteristiche fisiche e psicologiche che contribuirono alla guarigione di Cousins; bisogna avere una volontà di vivere che attivi i meccanismi naturali dell'organismo di resistenza alla malattia.

Anche in condizioni di urbanizzazione avanzata, noi conserviamo la costituzione genetica dei nostri antenati dell'età della pietra, e quindi non possiamo mai essere completamente adatti, biologicamente, all'ambiente in cui viviamo. Dovunque siamo e qualunque cosa facciamo, come dice Cousins, non possiamo evitare di essere esposti ad una molteplicità di agenti fisio-chimici e biologici di malattie. Noi sopravviviamo solamente perché siamo dotati di meccanismi biologici e psicologici che ci permettono di reagire in modo adattivo a prove di ogni genere. Questa reazione adattiva può essere tanto efficace da impedire che la maggior parte delle prove si concluda con una malattia. Se questa si verifica, la reazione adattiva in genere provoca una guarigione spontanea senza bisogno di intervento medico. I medici dell'antichità erano tanto consapevoli di questa capacità naturale dell'organismo di controllare la malattia, che per essa inventarono la bella espressione *vis medicatrix naturae*, « il potere terapeutico della natura ».

Nel suo *Anatomia di una malattia*, Cousins identifica i meccanismi naturali di recupero del corpo con i processi che Walter B. Cannon ha

chiamato reazioni omeostatiche, cioè con quei processi naturali che permettono all'organismo di ritornare allo stato « normale » in cui si trovava prima di essere disturbato da un'influenza nociva. In realtà la *vis medicatrix naturae* è molto più complessa, più potente e più interessante dell'omeostasi di Cannon. La reazione dell'organismo ai disturbi è solo raramente omeostatica. Il suo risultato è forse più somigliante a una modifica durevole, che rende l'organismo più adatto alle prove future.

Per esempio: lo sviluppo di un tessuto cicatriziale non è una reazione veramente omeostatica; esso rende la parte cicatrizzata del corpo più resistente all'offesa che ha causato la ferita. La guarigione da una malattia infettiva è generalmente accompagnata da duraturi cambiamenti cellulari che producono un'immunizzazione permanente contro quella particolare infezione. Persone che hanno perso un arto o sono diventate cieche tendono a sviluppare abilità compensatorie che diventano parte della loro nuova personalità. Invece di essere semplicemente omeostatica, la risposta dell'organismo corrisponde piuttosto a un adattamento creativo raggiunto attraverso un cambiamento permanente nel corpo e nella mente.

Si risolve in omeostasi o in un adattamento creativo, il meccanismo della *vis medicatrix naturae* è tanto efficace che la maggior parte delle malattie si risolvono da sole. Una buona cura medica ovviamente rende più completo il processo di guarigione, più rapido e più confortevole, ma in ultima analisi, come dice Cousins, la guarigione dipende dall'attivazione del meccanismo di resistenza alla malattia da parte del paziente. Trova spiegazione, così, il fatto sorprendente che tutte le antiche e primitive società hanno avuto guaritori di successo, anche se la medicina aveva poco da offrire quanto a terapie realmente efficaci fino a pochi decenni fa.

Cousins fa riferimento al lavoro di William Osler, considerato il più grande clinico del mondo anglosassone nel periodo a cavallo dei due secoli, il quale insegnava ai suoi studenti che la maggior parte dei medicinali e degli altri metodi di cura a disposizione dei medici del suo tempo erano perfettamente inutili. Eppure Osler godeva di un'ottima reputazione per le sue capacità di guarire quando diresse il Dipartimento di Medicina dell'ospedale Johns Hopkins a Baltimora. In più occasioni egli espresse l'opinione che le guarigioni da lui determinate erano dovute essenzialmente non al trattamento adottato, ma alla fede del paziente nell'efficacia della cura e al senso di benessere derivante da una buona assistenza. Dopo esser diventato Regius Profes-

sor di medicina all'università di Oxford in Inghilterra, Osler affermò ancora una volta la sua convinzione che molto del suo successo nel guarire le persone era dovuto ad aspetti della sua personalità e del suo comportamento che non avevano niente a che vedere con le sue conoscenze scientifiche e mediche. In un articolo intitolato *La fede che guarisce*, del 1910, egli affermò con spirito che « I nostri risultati all'ospedale Johns Hopkins erano molto gratificanti. La fede in *San John Hopkins*, come avevamo l'abitudine di chiamarlo, un'atmosfera di ottimismo e la cordialità delle infermiere avevano lo stesso effetto curativo di Esculapio ad Epidaurò » (il corsivo è di Osler). Quando usava l'espressione « fede che guarisce », Osler si riferiva a quelle influenze psicologiche che mettono in funzione i meccanismi terapeutici della *vis medicatrix naturae*, cioè l'autoguarigione.

L'efficacia della « fede che guarisce » di Osler fu riconosciuta anche dal dottor William Henry Welch, il maggior artefice della medicina scientifica degli Stati Uniti. Di suo padre, che era stato medico a Norfolk nel Connecticut, egli scrisse: « Non appena entrava nella stanza del malato, il malato si sentiva meglio. L'arte di guarire sembrava avvolgere il suo corpo come in un misterioso alone; spesso non era il trattamento, ma la sua stessa presenza ad avere effetti terapeutici ». La famosa frase di Francis Peabody « il segreto della cura del paziente sta nel prendersene carico » è un altro modo di dire che c'è un momento magico in cui la sola presenza del medico è la parte più efficace del trattamento.

I successi terapeutici riportati da guaritori non medici in tutte le epoche vanno considerati alla luce della capacità di autoguarigione che esiste in tutti gli esseri viventi e in particolare negli esseri umani. Anche se i meccanismi di guarigione spontanea da malattie organiche e mentali non sono completamente compresi, si può supporre che tutti agiscono attraverso alcuni comuni canali organici e che l'organismo ha solamente un limitato repertorio di reazione rispetto ad agenti terapeutici tanto diversi come i tranquillanti, l'imposizione delle mani, la meditazione trascendentale, l'uso delle tecniche di biofeedback, le pratiche Zen e yoga, la fede in un santo, in una persona o in un medicinale, e, ovviamente, la particolare relazione medico-paziente.

Cousins afferma ripetutamente che la disposizione mentale del paziente è strettamente collegata con il decorso della sua malattia e illustra questa affermazione con esempi presi dalla pratica clinica. È generalmente riconosciuto, certamente, che la mente influenza il corpo e viceversa, ma questo reciproco influsso ha bisogno di essere verifi-

cato in modo più scientifico. Gli esempi che porterò corrispondono a diversi tipi di processi immunologici e fisiologici che sono stati studiati con il metodo sperimentale e che sono tali da influenzare il corpo o la percezione della malattia.

Le difese del corpo dalle infezioni dipendono in gran parte dai meccanismi di immunizzazione umorale e cellulare, ma questi stessi meccanismi sono influenzati dallo stato mentale, come dimostra l'effetto dell'ipnosi sul test di Mantoux. Questo test consiste in un'iniezione intradermica di tubercolina, un estratto del bacillo tubercolare, e viene usata per valutare l'eventuale reazione dell'organismo all'infezione della tubercolosi. Un famoso immunologo inglese ha recentemente stabilito, tuttavia, che la suggestione ipnotica può annullare le manifestazioni vascolari del test di Mantoux: prova quanto mai lampante dell'influenza che la mente esercita sul corpo. La reazione al test di Mantoux effettuato con la tubercolina appartiene a quel tipo di risposte organiche che gli immunologi chiamano «immunità cellulomediata». Dal momento che questa forma di reazione immunitaria svolge una funzione essenziale nella resistenza a importanti malattie infettive come la tubercolosi, e probabilmente anche nella resistenza al cancro, ci sono dei buoni motivi per credere che lo stato mentale del paziente può influenzare il corso di tutti i processi patologici che implicano reazioni immunologiche.

La digestione dei grassi dopo un pasto può essere vista come un processo puramente biochimico che implica solamente la disgregazione delle particelle di grasso (chilomicroni) da parte di appropriati enzimi, e l'assimilazione dei prodotti della disgregazione nel flusso sanguigno e negli organi, ma anche il processo di digestione è influenzato dalla mente. Osservazioni compiute su un insegnante di anatomia sulla quarantina rivelano che la sola prospettiva di dover tenere una lezione agli studenti di medicina rallentava la velocità con cui i chilomicroni sparivano dalla sua circolazione del sangue. Più in generale, si è trovato che la digestione di particelle di grasso viene ritardata da ogni elemento di disturbo della routine quotidiana. Quindi, i processi mentali possono influenzare il corso di processi fisiologici apparentemente tanto semplici come la digestione del cibo.

Da lungo tempo si sa che gli stati emotivi influiscono sulla secrezione di certi ormoni, per esempio quelli della tiroide e delle ghiandole surrenali. Recentemente si è scoperto che il cervello e l'ipofisi contengono una classe finora sconosciuta di ormoni chimicamente collegati fra loro, che vanno sotto il nome complessivo di endorfine.

L'attività fisiologica di alcune endorfine presenta una notevole somiglianza con quella della morfina, dell'eroina e di altri oppiacei che alleviano il dolore non solo agendo sui meccanismi del dolore stesso, ma anche inibendo la reazione emotiva al dolore e quindi la sofferenza. L'agopuntura può stimolare la secrezione di endorfina pituitaria che, in qualche modo, raggiunge le cellule del midollo spinale e può così esercitare sulla percezione del dolore una funzione simile a quella dell'oppio. Non è troppo azzardato ipotizzare che, come nel caso di altri ormoni, l'atteggiamento mentale possa influire sulla secrezione di endorfine e quindi sulla percezione della malattia da parte del paziente.

Cousins sottolinea a ragione che una buona percentuale di malattie si risolvono da sé. Si potrebbe quindi pensare che l'intervento medico sia in gran parte inutile. In pratica, tuttavia, la maggior parte dei pazienti possono essere aiutati da un medico per parecchie e diverse ragioni. Solo un'accurata diagnosi, ottenuta attraverso la perpicacia del medico, può stabilire se una determinata malattia possa risolversi da sé o sia potenzialmente pericolosa e richieda quindi una terapia particolare. Anche nel caso di una malattia che veramente si risolve da sé, le cure mediche possono affrettare il processo di guarigione e renderlo più sopportabile. Oltretutto ci sono molte malattie – per esempio l'ipertensione o l'artrite – che non possono essere curate, ma per le quali esistono metodi di trattamento – di natura medica o chirurgica – che, correggendo i sintomi, permettono al paziente di vivere più o meno normalmente. Curare la malattia è solo una delle funzioni del medico: alleviarne le manifestazioni spesso diventa il suo ruolo più importante.

Di fronte alla diversità degli interventi medici, l'espressione «una buona relazione medico-paziente» può essere interpretata in molti modi diversi. Può significare che il paziente si abbandona all'autorità del medico, considerato come una figura paterna. Ci sono molte situazioni nelle quali questo tipo di rapporto è necessario, per esempio nel caso di difficili problemi di diagnosi o nell'applicazione di particolari terapie. Quando, circa sette anni fa, mi ammalai di endocardite batterica subacuta, l'unica via per me era quella di accettare lo stretto regime di terapia antibiotica che solo poteva risolvere questa malattia altrimenti fatale. L'accettazione dell'autorità del medico probabilmente facilita anche i processi di ciò che Osler ha chiamato guarigione per fede, che in fondo si risolve in un'auto-guarigione.

Un'accettazione cieca dell'autorità del medico sta però perdendo

terreno. Cousins non è l'unico a sostenere l'importanza di una stretta corresponsabilità fra medico e paziente rispetto all'obiettivo della guarigione. Nel numero dell'estate 1977 di « Man and Medicine », di cui Cousins è ora redattore consulente, il professor Eli Ginzberg della Columbia University, afferma che « Nessun miglioramento del sistema sanitario potrà essere efficace fino a che il cittadino non si assumerà la responsabilità della sua propria salute. Possono trarsi notevoli vantaggi dal fatto di collegare il cittadino al sistema sanitario attraverso un'educazione più appropriata ». In generale la responsabilità del paziente è stata limitata alla pratica di certe forme più sagge di vita, come rinunciare al fumo, seguire una dieta, esercitare una più intensa attività fisica, guidare più lentamente, imparare a vivere anche con malattie croniche, quali l'artrite o i disturbi cardiaci. Ma Cousins ha una visione più ampia dell'interazione medico-paziente. Secondo il suo punto di vista, la responsabilità del paziente va ben oltre l'attuazione di un sano stile di vita; quando è possibile, essa implica la partecipazione alla responsabilità della scelta e dell'applicazione della terapia. A mio parere, sono poche le persone che attualmente sono in grado di assumere un ruolo tanto creativo nel processo terapeutico che vada oltre il tentativo di essere oggettivi e sinceri nel riferire gli effetti del trattamento. D'altra parte è innegabile che una partecipazione attiva nel trattamento, non fosse che attraverso *le risate* o l'attiva conservazione della volontà di vivere, come nel caso di Cousins, aiuta ad attivare i meccanismi di difesa naturale del paziente che sono indispensabili agenti di guarigione. Questo è vero non solo nella cura di una malattia organica, ma anche nella rieducazione di un'invalidità congenita o di origine accidentale. Come la cura, la riabilitazione implica la partecipazione sia della mente che del corpo, integrati dalla volontà di procedere attraverso cambiamenti adattivi.

I problemi posti da Cousins non vanno visti come riserve sulla validità della medicina scientifica. Cousins non vuole certo ritornare ai tempi della medicina popolare, anche se nutre un gran rispetto per il vecchio medico di famiglia. Ho sempre pensato che l'unico problema della medicina scientifica è che essa non sia abbastanza scientifica. La medicina moderna diventerà veramente scientifica, solo quando medici e pazienti avranno imparato a gestire le forze del corpo e della mente che operano nella *vis medicatrix naturae*. Questo libro è un servizio reso a tale tradizione scientifica.

RICONOSCIMENTI

Il primo ringraziamento va a mia moglie, Eleanor, che mi ha accompagnato su questa strada aiutandomi a percorrerla fino in fondo.

Ciò che devo al dottor William M. Hitzig è ben messo in luce nelle pagine che seguono; e gli devo gratitudine non solo per l'episodio riferito nel libro, ma anche per più di mezza vita di amicizia e di affetto.

Hans Selye è stato una sorgente inesauribile di ispirazione. Non solo come ricercatore medico, ma anche come filosofo, egli ha illuminato tutti quelli che lo hanno conosciuto o letto. Il suo libro *From Dream to Discovery* è una delle più entusiasmanti autobiografie intellettuali che io abbia mai avuto il piacere di leggere ed è espressione massima d'intelligenza creativa. Probabilmente non per caso questo libro richiama alla mente *The Way of An Investigator* di Walter Cannon, che nutre un rispetto infinito per l'impulso proprio del corpo umano a rimettersi in se-sto, e che fu maestro di Selye. Ho un identico entusiasmo anche per gli scritti medici di Hans Zinsser, Dana Atchley, e Oliver Wendell Holmes. Sono grato a Lawrence Kubie per la sua paziente sollecitudine nel trasmettermi, parecchi anni fa, l'idea che i più grandi progressi nella scienza medica saranno strettamente legati a nuove conoscenze sul funzionamento della mente umana. Jerome Frank, anche lui del Johns Hopkins, ha tenuto in eguale stima gli insegnamenti di Sir William Osler sulla funzione della fiducia nella guarigione.

Susan Schiefelbein mi è stata di continuo aiuto specialmente nel fornire la documentazione di base e la bibliografia per questo libro. I capitoli *Il mistero del placebo* e *Ciò che ho appreso da tremila medici*, non sarebbero stati possibili senza la sua collaborazione.

Nella stesura del manoscritto e nella correzione delle bozze, ho avuto l'aiuto di Emily Suesskind, Mary H. Swift, Shannon Jacobs e Caroline Blattner, alle quali rivolgo i miei ringraziamenti.

ANATOMIA DI UNA MALATTIA NELLA PERCEZIONE DEL PAZIENTE

Questo libro parla di una grave malattia di cui ebbi a soffrire nel 1964. Per molti anni sono stato restio a scriverne perché temevo di provocare false speranze in altre persone colpite in modo simile. Per di più sapevo che un caso singolo gode di scarsa considerazione negli annali di ricerca medica, perché gli si dà un valore poco più che « aneddótico » o di « testimonianza ». Tuttavia, riferimenti alla malattia apparivano di quando in quando sulla grande stampa e su quella medica. La gente mi scriveva per chiedermi se era vero che « ridendo » avevo trovato la strada per uscire da una malattia paralizzante che i medici ritenevano irreversibile. In seguito a queste domande, pensai fosse utile provvedere a una storia più completa di quella apparsa in quei primi resoconti.

Nell'agosto del 1964 tornavo in aereo da un viaggio all'estero, con una leggera febbre. Il malessere, che aveva preso la forma di una diffusa sensazione di dolore, andò rapidamente intensificandosi. In capo a una settimana mi era diventato difficile muovere il collo, le braccia, le dita e le gambe. Il mio indice di sedimentazione salì a 80. Fra tutti i tests diagnostici, l'indice di sedimentazione è uno dei più utili al medico.

Il suo funzionamento è molto semplice. La velocità con cui i globuli rossi si depositano nella provetta, misurata in millimetri all'ora, è generalmente proporzionale alla gravità dell'infiammazione o dell'infezione. Una comune malattia, quale l'influenza, può provocare un indice di sedimentazione di 30 o 40. Quando l'indice sale ben oltre 60 o 70, comunque, il medico sa di avere a che fare con qual-

cosa di più di un problema di salute banale. Fui ricoverato in ospedale quando l'indice di sedimentazione salì a 88. In capo a una settimana raggiunse i 115, valore comunemente considerato come segno di una condizione critica.

Mi fecero altri esami, alcuni dei quali mi sembravano avere come obiettivo più l'affermazione delle possibilità cliniche dell'ospedale che l'interesse per la salute del paziente. Rimasi sbalordito quando quattro tecnici di quattro diversi dipartimenti mi fecero quattro diversi e consistenti prelievi di sangue nello stesso giorno. Mi parve inspiegabile e irresponsabile che l'ospedale non si prendesse la briga di coordinare gli esami di laboratorio servendosi di un unico campione di sangue. Non è certo raccomandabile prelevare nello stesso giorno quattro grossi flaconi di sangue nemmeno da una persona sana. Quando il secondo giorno tornarono i tecnici per riempire i loro contenitori di sangue da analizzare in laboratori separati, li mandai via e feci porre un cartello alla porta, dove dicevo che avrei dato solamente un campione ogni tre giorni e che mi aspettavo che i diversi dipartimenti attingessero ad un'unica fiala per le loro proprie esigenze.

Mi stavo convincendo sempre di più che un ospedale non è il posto adatto per un persona seriamente ammalata. La sconcertante mancanza di rispetto per le più basilari norme igieniche, la rapidità con cui stafilococchi e altri organismi patogeni possono diffondersi per un intero ospedale, l'esteso e a volte promiscuo uso di apparecchiature per raggi X, l'apparentemente indiscriminata somministrazione di tranquillanti e di potenti antidolorifici, a volte più per la convenienza dell'équipe ospedaliera nel trattare i pazienti che per reali bisogni terapeutici, e la regolarità con cui la routine ospedaliera ha la precedenza sulle esigenze di riposo del paziente (il sonno, quando arriva per un malato, è una rara benedizione e non deve essere interrotto senza motivo), tutte queste e altre pratiche mi apparivano come difetti dell'ospedale moderno.

Forse la più grave carenza dell'ospedale era nel campo della nutrizione. Non che i pasti fossero scarsamente equilibrati; ciò che mi sembrava imperdonabile era la profusione di cibi conservati, alcuni dei quali contenevano conservanti o pericolosi coloranti. Ad ogni pasto veniva dato pane bianco con i suoi additivi chimici per renderlo soffice e la sua farina raffinata. Le verdure erano spesso scotte e quindi private di gran parte del loro valore nutritivo. Non c'è da meravigliarsi se nel 1969 il Convegno della Casa Bianca sul cibo, la nutrizione e la salute osservava tristemente che un grosso difetto delle

facoltà di medicina era proprio quello di occuparsi tanto poco della scienza della nutrizione.

Il mio medico non mise in discussione le mie riserve sulle procedure ospedaliere. Avevo la fortuna di avere un medico capace di mettersi nei panni del paziente; il dottor William Hitzig mi sostenne nelle misure che avevo preso per respingere i ciechi attacchi sanguinari del personale di laboratorio dell'ospedale.

Era stato amico intimo per più di venti anni, ed egli era a conoscenza dei miei profondi interessi in campo medico. Avevamo spesso discusso articoli apparsi sulle riviste mediche, fra le quali il « New England Journal of Medicine » (NEJM) e il « Lancet ». Egli fu sincero con me riguardo alla mia situazione; esaminò attentamente le relazioni dei vari specialisti ai quali aveva chiesto un consulto, e mi disse che non c'era accordo fra loro su una diagnosi precisa. Tuttavia, essi concordavano sul fatto che io soffrivo di una grave malattia del collagene, una malattia del tessuto connettivo. Tutte le malattie artritiche e reumatiche rientrano in questa categoria. Il collagene è una sostanza fibrosa che tiene unite le cellule fra di loro. In un certo senso quindi mi stavo « scollando ». Incontravo parecchia difficoltà a muovere gli arti e perfino a girarmi nel letto. Sul mio corpo apparvero dei noduli, come piccoli sassi sotto la pelle, che indicavano la natura sistemica della malattia. Al culmine della malattia, le mie mascelle erano quasi del tutto serrate.

Il dottor Hitzig chiamò degli esperti dalla clinica di riabilitazione del Dott. Howard di New York, che confermarono l'opinione degli altri e aggiunsero la più specifica diagnosi di spondilite anchilosante. Questo significava che il tessuto connettivo nella colonna vertebrale si stava disintegrando.

Chiesi al dottor Hitzig quali fossero le mie probabilità di piena guarigione. Egli fu franco con me e dichiarò che, secondo uno degli specialisti, avevo una probabilità su cinquecento; lo specialista aveva anche aggiunto di non aver mai personalmente osservato una guarigione da una condizione così complessa come la mia.

Tutto ciò mi diede molto da pensare. Fino a quel momento avevo lasciato che fossero i medici ad occuparsi delle mie condizioni. Ora, però, sentivo un impulso ad entrare in azione. Mi sembrava chiaro che se volevo essere quell'uno fra cinquecento dovevo essere senz'altro qualcosa di più che un osservatore passivo.

Chiesi al dottor Hitzig quale poteva essere l'origine del mio male. Rispose che le cause potevano essere diverse; poteva essere, per

esempio, il risultato di un avvelenamento da metalli pesanti oppure la conseguenza di un'infezione da streptococchi.

Cercai di ricordare quanto più intensamente potevo, quale era stata la sequenza di eventi immediatamente precedenti la malattia. Nel luglio del 1964 ero stato in Unione Sovietica quale presidente di una delegazione americana per i problemi degli scambi culturali. Il convegno si era tenuto a Leningrado; subito dopo andammo a Mosca per incontri integrativi. Il nostro albergo era in una zona residenziale e la mia stanza era al secondo piano. Ogni notte una processione di autotreni diesel entrava e usciva da un vicino cantiere edile in funzione ventiquattro ore su ventiquattro. Era estate e tenevamo le finestre spalancate. La notte dormivo male e al mattino mi svegliavo con una sorta di nausea. L'ultimo giorno a Mosca, all'aeroporto, fui investito in pieno dal gas di scarico di un grande jet mentre faceva una conversione sulla pista.

Pensando all'esperienza di Mosca, mi chiedevo se l'esposizione agli idrocarburi degli scarichi dei diesel in albergo e all'aeroporto avesse niente a che vedere con la causa della malattia. Se era così, tutto ciò poteva spiegare le congetture dei medici riguardo all'avvelenamento da metalli pesanti. Il problema, in questo caso, era però che in mia moglie, che mi aveva accompagnato nel viaggio, la stessa esposizione non aveva provocato nessuna malattia. Come si poteva spiegare che uno solo di noi aveva reagito in modo negativo?

A mio parere, ci potevano essere due possibili spiegazioni della diversità delle reazioni. Una aveva a che fare con un'allergia individuale; la seconda era che io mi trovavo probabilmente in una condizione di insufficiente carica adrenalinica ed ero quindi, meno adatto di un'altra persona, il cui sistema immunitario fosse pienamente funzionale, a tollerare un'esperienza tossica.

L'insufficiente carica adrenalinica poteva essere una componente della mia malattia?

Di nuovo cercai di ricordare con grande attenzione. Gli incontri a Leningrado e a Mosca erano stati molto impegnativi. La stesura di documenti mi aveva tenuto alzato fino a tarda notte. Avevo anche responsabilità « diplomatiche ». La nostra ultima serata a Mosca era stata, almeno per me, un esercizio di frustrazione pressoché totale. Il presidente della delegazione sovietica aveva organizzato un ricevimento nella sua dacia a circa trentacinque quaranta miglia dalla città. Mi era stato richiesto di arrivare un'ora prima in modo da poter dire ai delegati sovietici qualcosa sugli americani che sarebbero venuti alla cena.

I russi erano ansiosi di far sentire gli americani a loro agio e avevano pensato che tali informazioni li avrebbero aiutati.

Mi dissero che una macchina con autista del parco macchine governativo di Mosca mi avrebbe prelevato all'albergo alle quindici e trenta. Ci sarebbe stato tutto il tempo per arrivare alle diciassette alla dacia, dove tutti i colleghi russi del convegno si sarebbero fatti trovare per ricevere quelle rapide informazioni sociali che avevano chiesto. Il rimanente della delegazione americana sarebbe arrivato alla dacia alle diciotto.

Alle diciotto, tuttavia, mi ritrovai in aperta campagna e nella direzione sbagliata. C'era stato un equivoco nel trasmettere le istruzioni all'autista, col risultato che ci trovavamo a circa ottanta miglia fuori dal percorso. Finalmente capimmo qual era la nostra direzione e tornammo indietro verso Mosca. All'autista era stato insegnato ad essere molto prudente; non era disposto a riguadagnare il tempo perduto. Mi trovai a desiderare un autista che volesse dimostrare che le gare automobilistiche, come il baseball, avevano avuto origine in URSS.

Non arrivammo alla dacia che alle ventuno. La moglie del mio ospite appariva desolata; la minestra era stata riscaldata più volte, la vitella si era seccata. Io mi sentivo già abbastanza strapazzato per conto mio, ma il giorno dopo mi aspettava il lungo viaggio di ritorno negli Stati Uniti. L'aereo era superaffollato. Appena arrivati a New York, dopo essere passati attraverso gli affollati uffici doganali e dopo aver ripreso il viaggio per il Connecticut, sentii un profondo senso di malessere alle ossa. Una settimana più tardi fui ricoverato in ospedale.

Ripensando alla mia esperienza all'estero, mi convinsi che ero probabilmente sulla strada giusta nella ricerca di una causa della mia malattia. Ero sempre più convinto, come ho detto un momento fa, che il motivo per cui ero stato colpito duramente dai gas inquinanti dei diesel e del jet, al contrario di mia moglie, era che mi trovavo in uno stato di insufficiente carica adrenalinica che aveva indebolito le mie resistenze.

Se questa ipotesi era vera, dovevo riportare le ghiandole renali a funzionare di nuovo correttamente, e ripristinare ciò che Walter B. Cannon, nel suo famoso libro, *The Wisdom of the Body*, ha chiamato omeostasi.

Sapevo che il pieno funzionamento del mio sistema endocrino, in particolare delle ghiandole surrenali, era essenziale per combattere un'artrite grave o altra simile malattia. Uno studio che avevo letto sulla stampa medica riferiva che nelle donne incinte si verifica spesso

una riduzione dei sintomi artritici o di altri sintomi reumatici. Ciò avviene perché, durante la gravidanza, il sistema endocrino è pienamente attivato.

Come potevo rendere di nuovo ben funzionanti le mie ghiandole surrenali e il mio sistema endocrino?

Ricordavo di aver letto, circa dieci anni prima, il classico libro di Hans Selye, *The Stress of Life*. Con grande chiarezza, Selye mostrava che un'insufficiente carica adrenalina può essere causata da tensioni emotive, come la frustrazione o la collera repressa. Egli descriveva in dettaglio gli effetti negativi che le emozioni negative hanno sulla chimica dell'organismo.

Inevitabilmente mi venne fatto di pormi la domanda: e le emozioni positive? Se le emozioni negative provocano nell'organismo alterazioni chimiche negative, le emozioni positive non potrebbero provocare modificazioni positive? L'amore, la fede, il ridere, la fiducia e la volontà di vivere non potrebbero avere un valore terapeutico? Le modificazioni chimiche avvengono solamente nella direzione sbagliata?

Ovviamente, mettere in moto le emozioni positive non era così semplice come aprire un rubinetto. Ma anche un ragionevole grado di controllo sulle mie emozioni poteva avere un salutare effetto fisiologico. Anche solamente sostituire all'ansia una giusta dose di fiducia poteva essere utile.

Nella mia testa cominciava a profilarsi un piano per una ricerca sistematica di emozioni salutari e sapevo di volerlo discutere con il mio medico. Tuttavia, per l'esperimento mi sembravano necessarie due condizioni preliminari. La prima era relativa ai medicinali che stavo prendendo; se tali medicinali erano tossici a qualunque livello, c'era da dubitare che il piano avrebbe funzionato. La seconda era relativa all'ospedale; avrei dovuto cercare un luogo certamente più favorevole ad una visione positiva della vita.

Prendiamo in considerazione le due condizioni separatamente. Innanzitutto i medicinali. La mia terapia era stata basata principalmente su farmaci antidolorifici: aspirina, fenilbutazone (butazolidina), codeina, colchicina, sonniferi. L'aspirina e il fenilbutazone erano antiinfiammatori e avevano quindi questa giustificazione terapeutica; ma non ero affatto sicuro che non fossero anche tossici. Risultò che io ero ipersensibile praticamente a tutti i medicinali che stavo prendendo. L'ospedale mi aveva prescritto le dosi più alte: ventisei pasticche di aspirina e dodici di fenilbutazone al giorno. Non c'era da meravigliarsi

se ero ricoperto di orticaria e se avevo la sensazione che la mia pelle fosse « masticata » da milioni di formiche rosse.

Non era ragionevole aspettarsi delle modificazioni chimiche positive fino a che il mio organismo era saturo e intossicato da medicinali antidolorifici. Uno dei miei collaboratori di ricerca del « Saturday Review » cercò sulle riviste mediche dei riferimenti pertinenti e trovò che sostanze quali il fenilbutazone e anche l'aspirina sovraccaricavano pesantemente le ghiandole surrenali. Appresi anche che il fenilbutazone è una delle più potenti sostanze attualmente in produzione: può provocare sangue nelle feci, effetto di una sua interazione con il fibrinogeno, e può causare prurito intollerabile e insonnia. Può anche deprimere l'attività del midollo osseo.

L'aspirina, ovviamente, gode di una reputazione migliore, almeno presso il pubblico: si ritiene comunemente che essa non solo sia il medicinale meno pericoloso in commercio, ma che sia anche uno dei più efficaci. Quando però andai a vedere le ricerche apparse sulle riviste mediche, scoprii tuttavia che l'aspirina ha effetti notevoli di sua natura e che va somministrata con molta precauzione. Mi sembrò assurdo che potesse essere acquistata in quantità illimitate senza la prescrizione o la guida del medico. Anche in piccole dosi, infatti, essa può provocare emorragie interne. Alcune ricerche riferivano che la composizione chimica dell'aspirina, come quella del fenilbutazone, deteriora la funzione di coagulazione delle piastrine, componenti del sangue di forma circolare.

Questo pensiero mi fece trasalire. Era possibile, mi chiedevo, che l'aspirina, accettata così universalmente per tanti anni, fosse addirittura pericolosa nel trattamento di malattie del collagene come l'artrite?

La storia della medicina è piena di esempi di medicinali e di modalità di trattamento usati per molti anni e poi riconosciuti più dannosi che utili. Per secoli, per esempio, medici hanno creduto che l'uso dei salassi fosse molto importante per una rapida guarigione praticamente da tutte le malattie. Poi, verso la metà del diciannovesimo secolo, si scoprì che la perdita di sangue serviva solamente a indebolire il paziente. Probabilmente la morte del re Carlo II è stata in parte provocata da salassi. Anche la morte di George Washington venne affrettata da una pesante perdita di sangue dovuta a un trattamento di questo tipo.

Mi resi conto che il fatto di vivere nella seconda metà del ventesimo secolo non assicurava automaticamente alcuna protezione rispetto a medicinali e a metodi insensati o perfino pericolosi. Ogni epoca

deve subire i suoi specifici toccasana. Fortunatamente l'organismo umano è uno strumento notevolmente resistente ed è riuscito a resistere nel corso dei secoli ad ogni sorta di assalti inevitabili, dal congelamento allo sterco di animali.

E se io avessi smesso di prendere aspirina e fenilbutazone? Che ne sarebbe stato dei miei dolori? Sentivo tutte le ossa e le giunture come se ci fosse passato sopra un camion.

Sapevo che il dolore può essere condizionato da determinati atteggiamenti. La maggior parte delle gente viene presa dal panico di fronte quasi ad ogni dolore; è talmente bombardata da tutte le parti dalla pubblicità di prodotti antidolorifici che finisce per prendere questo o quell'analgescico al minimo segnale di dolore. Le nostre conoscenze sul dolore sono molto scarse e quindi raramente siamo capaci di affrontarlo razionalmente. Il dolore è parte dell'aspetto magico del corpo; è lo strumento di cui si serve l'organismo per segnalare al cervello che c'è qualcosa che non va. Gli ammalati di lebbra pregano per avere una sensazione di dolore: ciò che rende la lebbra una malattia tanto terribile è che generalmente la vittima non sente alcun dolore quando le sue estremità vengono colpite e finisce per perdere le dita delle mani o dei piedi perché non riceve alcun segnale di allarme.

Io potevo sopportare il dolore in proporzione della consapevolezza che si stavano compiendo progressi nell'ovviare a una necessità fondamentale, quella cioè di recuperare all'organismo la capacità di arrestare il progressivo sfacelo del tessuto connettivo.

C'era anche il problema della grave infiammazione. Se avessimo fatto a meno dell'aspirina, come avremmo combattuto l'infiammazione? Ricordai di aver letto su riviste mediche dell'utilità dell'acido ascorbico nell'affrontare un gran numero di malattie, dalla bronchite fino ad alcuni tipi di malattie del cuore. Avrebbe potuto forse giovare anche contro l'infiammazione? Poteva la vitamina C agire direttamente o avere la funzione di stimolare il sistema endocrino dell'organismo, in particolare le ghiandole surrenali? Era possibile, mi chiedevo, che l'acido ascorbico potesse svolgere una funzione fondamentale nel « nutrire » le ghiandole renali?

Avevo letto nella letteratura medica che la vitamina C aiuta l'ossigenazione del sangue. Se un'ossigenazione inadeguata o ridotta era uno dei fattori dello sfacelo del collagene, questa circostanza non poteva essere un altro motivo in favore dell'acido ascorbico? In più, secondo alcune relazioni mediche, le persone colpite da malattie del collagene erano carenti di vitamina C. Questa carenza significava forse

che l'organismo utilizza grandi quantità di vitamina C nell'affrontare il dissesto del collagene?

Volli discutere alcuni di questi pensieri col dott. Hitzig. Egli ascoltò attentamente sia le mie ipotesi sulla causa della malattia, sia le mie idee di profano riguardo alla strada da seguire per ridurre gli ostacoli che si frapponevano alla mia guarigione.

Il dott. Hitzig disse che era chiaro che non si doveva sottovalutare la mia volontà di vivere, e che la cosa più importante era che io continuassi a credere in tutto ciò che avevo detto. Condivise la mia euforia riguardo alle mie possibilità di guarigione e accettò l'idea di collaborare con me.

Prima ancora di aver portato a termine i preparativi per lasciare l'ospedale, cominciammo quella parte di programma relativo all'attivazione di emozioni positive in quanto fattori di stimolo della chimica dell'organismo. Era abbastanza facile sperare, amare e aver fiducia, ma cosa dire del ridere? Non c'è niente di meno divertente che stare disteso sulla schiena con tutte le ossa e le giunture doloranti.

Tracciammo un programma sistematico. Pensai che un buon punto di partenza fossero i film comici. Allen Funt, produttore del programma satirico televisivo « Candid Camera », mi mandò qualcuno dei suoi classici film e un proiettore. All'infermiera fu insegnato come usarlo. Riuscimmo anche a mettere le mani su alcuni vecchi film dei fratelli Marx. Chiudemmo le persiane e avviammo la macchina.

Funzionava. Feci la favolosa scoperta che dieci minuti di risate a crepappelle avevano un effetto anestetico e mi concedevano almeno due ore di sonno senza dolore. Finito l'effetto analgesico delle risate, accendevamo di nuovo il proiettore e, spesso, questo mi procurava un altro intervallo di sonno senza dolore. A volte l'infermiera mi leggeva dei preziosi libri umoristici. Furono particolarmente utili *Subtreasury of American Humor* di E. B. e Katharine White e *The Enjoyment of Laughter* di Max Eastman.

Cosa c'era di scientifico nel ritenere che la risata – così come in generale le emozioni positive – agiva positivamente sulla chimica dell'organismo? Se la risata aveva veramente un effetto salutare sulla chimica dell'organismo, sembrava almeno teoricamente possibile che avrebbe stimolato la capacità del sistema a combattere l'infiammazione. Registrammo quindi i valori dell'indice di sedimentazione immediatamente prima e parecchie ore dopo gli episodi di risate. Ogni volta c'era un calo di almeno cinque punti. Il calo in se stesso non era notevole, ma era stabile e si addizionava agli altri. La scoperta di una



base fisiologica alla vecchia teoria secondo la quale ridere è la miglior medicina, mi esaltava.

Il ridere tuttavia, aveva un effetto collaterale negativo dal punto di vista dell'ospedale: disturbavo gli altri pazienti. Questo ostacolo non durò però a lungo, dal momento che ormai tutto era pronto perché io mi trasferissi in una stanza di albergo.

Uno dei vantaggi incidentali della stanza d'albergo che fui felice di riscontrare, fu che costava circa un terzo dell'ospedale. Gli altri benefici erano incalcolabili: nessuno mi avrebbe svegliato per lavarmi o per darmi da mangiare, per darmi medicinali, per cambiare le lenzuola, per farmi un prelievo per le analisi, per visite mediche da parte di interni dell'ospedale. Avevo una deliziosa sensazione di serenità e questo avrebbe contribuito, ne ero sicuro, al miglioramento generale.

E per quanto riguarda l'acido ascorbico e la sua funzione nel piano generale di guarigione? Discutendo le mie ipotesi sulla vitamina C con il dott. Hitzig, lo trovai completamente aperto sull'argomento, anche se mi mise al corrente di alcuni seri interrogativi sollevati da studi scientifici. Mi avvertì anche che forti dosi di acido ascorbico comportavano qualche rischio di danno renale. A quel punto il problema maggiore, tuttavia, non erano i reni: mi sembrava che, tutto sommato, il gioco valesse la candela. Chiesi al dott. Hitzig, se si sapeva di precedenti esperimenti con massicce dosi di vitamina C. Egli appurò che all'ospedale alcuni pazienti ne avevano ricevuto fino a 3 grammi attraverso iniezione intramuscolare.

Quando pensai al modo di effettuare le iniezioni, mi si posero alcune domande. Introdurre l'acido ascorbico direttamente nel flusso sanguigno poteva permettere un'utilizzazione più efficace della vitamina, ma mi chiedevo se l'organismo potesse utilizzare un'improvvisa, massiccia infusione. Sapevo che uno dei grandi vantaggi della vitamina C è che l'organismo trattiene solamente la quantità necessaria ai suoi scopi ed elimina il resto. Mi venne di nuovo in mente l'espressione di Cannon: la saggezza dell'organismo.

Poteva il fattore tempo entrare in gioco nell'utilizzazione dell'acido ascorbico? Più ci pensavo, più mi sembrava che l'organismo eliminava una grande quantità di vitamina perché non riusciva a metabolizzarla abbastanza rapidamente. Mi chiedevo se la somministrazione dell'acido ascorbico attraverso una fleboclisi di tre-quattro ore non fosse una procedura migliore dell'iniezione. In questo modo era possibile andare ben oltre i tre grammi. Speravo di poter cominciare con 10

grammi e di aumentare giornalmente la dose fino a raggiungere i 25 grammi.

Quando parlai di 25 grammi il dott. Hitzig spalancò gli occhi: questa quantità era di gran lunga superiore a qualunque dose mai registrata. Disse che aveva il dovere di avvertirmi delle possibili conseguenze non solo sui reni, ma anche sulle vene delle braccia. Oltre a ciò disse di non essere a conoscenza di dati che potessero avvalorare l'ipotesi che l'organismo potesse ricevere 25 grammi in quattro ore senza eliminarli rapidamente nell'urina.

Come prima, tuttavia, mi sembrava che la posta in gioco era alta: perdere qualche vena non era poi gran danno rispetto alla necessità di combattere ciò che stava divorando il mio tessuto connettivo.

Per sapere se fossimo sulla strada giusta sottoponemmo a un test l'indice di sedimentazione prima della prima somministrazione in vena di dieci grammi di acido ascorbico. Quattro ore più tardi ne facemmo un altro. C'era stato un calo di nove punti pieni.

Raramente avevo provato una simile gioia. L'acido ascorbico funzionava. E anche le risate. La loro combinazione stava pesantemente aggredendo il veleno che andava consumando il mio tessuto connettivo. La febbre calava e il polso non era più così affrettato.

Aumentammo la dose. Il secondo giorno arrivammo a 12,5 grammi di acido ascorbico, il terzo a 15 grammi, e così via fino alla fine della settimana, quando raggiungemmo i 25 grammi. Nel frattempo la routine delle risate procedeva a pieno ritmo. Facevo a meno del tutto di medicinali e di sonniferi. I periodi di sonno – un benedetto, naturale sonno senza dolore – si facevano sempre più lunghi.

Alla fine dell'ottavo giorno riuscii a muovere i pollici senza dolore. A questo stadio l'indice di sedimentazione era circa 80 e andava calando rapidamente. Non potevo essere sicuro, ma mi sembrava che i noduli sul collo e sul dorso delle mani si stavano rimpicciolendo. Per me non c'era dubbio che avevo imboccato la strada del ritorno alla guarigione. Potevo di nuovo « funzionare », e questa sensazione era indescrivibilmente bella.

Non vorrei far credere che tutte le mie infermità scomparvero dal giorno alla notte. Per parecchi mesi non fui in grado di allungare le braccia tanto da poter prendere un libro su uno scaffale alto. Le dita non erano abbastanza agili da farle muovere come volevo sulla tastiera dell'organo. Il collo aveva un raggio di rotazione limitato. Le ginocchia erano piuttosto malferme, e di quando in quando dovevo indossare un busto ortopedico.

Ma anche così, ero guarito abbastanza da poter tornare al lavoro al « Saturday Review » di nuovo a tempo pieno, e questo per me era già un miracolo.

C'è stata poi una piena guarigione? Di anno in anno la mia mobilità è aumentata. Non ho più dolori, tranne che a una spalla e alle ginocchia, anche se sono riuscito ad abbandonare il busto ortopedico. Non sento più fitte acute ai polsi quando tiro una palla da tennis o da golf, come mi era successo per tanto tempo. Posso andare a cavallo senza difficoltà e tenere la macchina fotografica con mano ferma. Ho anche recuperato la mia ambizione di suonare la Toccata e Fuga in do minore, anche se trovo i progressi più lenti e più difficili di quanto avessi sperato. Ora il mio collo ha di nuovo un raggio di rotazione completo, nonostante l'affermazione fatta nel 1971 dagli specialisti, secondo la quale le mie condizioni sarebbero peggiorate e mi sarei dovuto accontentare di un quarto di rotazione.

Soltanto sette anni dopo l'inizio della malattia ebbi la conferma scientifica dei danni che l'uso dell'aspirina può provocare nel trattamento delle malattie del collagene. Nel numero dell'8 maggio 1971, la rivista « Lancet » pubblicava uno studio dei dottori M.A. Sahud e R. J. Cohen, che mostrava come l'aspirina possa contrastare la ritenzione di vitamina C nell'organismo. Gli autori dicevano che ai pazienti con artrite reumatoide dovrebbero essere date dosi supplementari di vitamina C, poiché spesso è stato osservato che in tali pazienti il livello della vitamina è basso. Non c'era quindi da sorprendersi se ero riuscito ad assorbire quantità così massicce di acido ascorbico senza complicazioni renali o di altro tipo.

Quali conclusioni traggio dall'intera vicenda?

La prima è che la volontà di vivere non è un'astrazione teorica, ma una realtà fisiologica con caratteristiche terapeutiche. La seconda è che io sono stato incredibilmente fortunato ad avere come medico un uomo consapevole del fatto che il suo compito più grande consisteva nell'incoraggiare al massimo la volontà di vivere del paziente e di attivare ogni risorsa naturale del corpo e della mente per combattere la malattia. Quando il dottor Hitzig si convinse che il suo paziente aveva qualcosa di meglio da offrire, mise volentieri da parte l'ampio e spesso rischioso armamentario di potenti medicinali a disposizione del medico moderno. Fu anche saggio da rendersi conto che l'arte di guarire è ancora una professione da pionieri. E, anche se non posso essere sicuro di questo, ho la sensazione che egli abbia

ritenuto che il mio totale coinvolgimento fosse di capitale importanza per la mia guarigione.

Molti mi hanno chiesto cosa pensai quando gli specialisti mi dissero che la malattia era progressiva e incurabile.

La risposta è semplice. Dal momento che non accettai il verdetto, non fui preso in trappola nel cerchio di paura, depressione e panico che frequentemente circonda una malattia ritenuta incurabile. Non vorrei far sembrare, però, che io non mi rendessi conto della gravità del problema e che fossi sempre di umore lieto. L'impossibilità di muovermi era la dimostrazione concreta che le preoccupazioni degli specialisti erano fondate. In fondo, però, sapevo di avere qualche buona probabilità e mi affascinava l'idea di lottare contro gli ostacoli.

Adam Smith, nel suo libro *Powers of the Mind*, dice di aver discusso della mia guarigione con alcuni medici suoi amici, chiedendo loro di spiegare come mai la combinazione di risate e di acido ascorbico aveva funzionato tanto bene. La risposta fu che né l'acido ascorbico né le risate avevano niente a che vedere con la guarigione e che io sarei probabilmente guarito anche se non avessi fatto niente.

E' possibile, ma in quel tempo non era questa l'opinione degli specialisti.

Due o tre medici, a proposito dell'opinione espressa da Adam Smith, hanno commentato che io con tutta probabilità ero il beneficiario di una grossa e rischiosa impresa di autosomministrazione di placebo.

Questa ipotesi non mi infastidisce affatto. Nomi di tutto rispetto nella storia della medicina, quali Paracelso, Holmes e Osler, hanno suggerito che la storia delle terapie è più la storia dell'effetto placebo che di medicinali rilevanti e validi in se stessi. Modalità quali il salasso (in un solo anno, il 1827, la Francia importò 33 milioni di sanguisughe dopo aver esaurito le riserve nazionali), il depurare con emetici, il contatto fisico con corna di unicorno, pietre bezoari*, piante di mandragora**, o polvere di mummia, tutti questi trattamenti venivano considerati senza alcun dubbio dagli specialisti dell'epoca come specifici ed empiricamente convalidati. La moderna scienza medica, però, riconosce che qualunque efficacia questi tratta-

* Concrezioni che si formano nell'apparato digerente dei ruminanti. Nella medicina orientale e medievale erano considerate un efficace antidoto a veleni. (Dall'*Enciclopedia scientifica e tecnica*, Garzanti) (N.d.t.).

** Piante euroasiatiche a cui un tempo si attribuivano poteri magici. (Dal *The American Heritage Dictionary of the English Language*) (N.d.t.).

menti possano aver avuto, e i documenti indicano che i risultati erano spesso sorprendenti rispetto a quanto ci si aspettasse, essa era probabilmente in relazione al potere del placebo.

Fino a poco tempo fa la letteratura medica sul fenomeno del placebo era piuttosto scarsa. Gli ultimi due decenni però hanno fatto riscontrare un notevole interesse sull'argomento. Tant'è vero che tre medici ricercatori dell'università di California a Los Angeles hanno compilato un intero volume bibliografico sul placebo. (J. Turner, R. Gallimore, C. Fox, *Placebo: An Annotated Bibliography*, Istituto di Neuropsichiatria, Università di California, Los Angeles, 1974). Tra i medici ricercatori che si sono impegnati particolarmente in questi studi sono A. K. Shapiro, S. Wolf, H. K. Beecher, e L. Lasagna: il loro lavoro verrà discusso nel prossimo capitolo. Sempre in relazione alla mia esperienza personale, sono rimasto affascinato da un articolo che cita uno studio del dott. T.C. Chalmers del Mount Sinai Medical Center di New York, che aveva messo a confronto due gruppi per verificare la teoria che l'acido ascorbico previene il raffreddore. « Il gruppo sotto placebo che credeva di essere sotto acido ascorbico, - dice il dott. Chalmers - ebbe meno raffreddori del gruppo sotto acido ascorbico che credeva di essere sotto placebo ».

Nel periodo di maggior gravità della malattia, io ero profondamente convinto che l'acido ascorbico introdotto in vena sarebbe stato di gran beneficio, e così è stato. E' possibile che questo trattamento - come ogni altra cosa da me intrapresa - non sia che una dimostrazione dell'effetto placebo.

A questo punto, certamente, noi stiamo sfondando una porta aperta, forse stiamo addirittura aprendo il vaso di Pandora. Le tante vantate « guarigioni miracolose » che abbondano nella letteratura di tutte le grandi religioni, dicono tutte qualcosa sulla capacità del paziente, opportunamente motivato o stimolato, a partecipare attivamente a straordinarie regressioni di malattie e invalidità. E' troppo facile, naturalmente, attribuire queste possibilità e ipotesi ad una situazione di monopolio: in tal caso l'intero edificio della medicina moderna verrebbe ridotto a poco più della capanna di uno stregone africano. Possiamo però almeno riflettere sull'affermazione di William Halse River, citata da Shapiro, secondo cui « la caratteristica principale della medicina moderna è che a questi fattori psichici non si permette più di giocare la loro parte inconsciamente; essi stessi stanno diventando oggetto di studio diretto, al punto che l'epoca attuale sta contribuendo alla crescita di un sistema razionale di psicoterapia ».

Ciò di cui in fondo stiamo parlando, credo sia la chimica della volontà di vivere. Nel 1972 visitai a Bucarest la clinica di Ana Aslan, che mi era stata presentata come uno dei maggiori endocrinologi romeni. Essa parlò del suo convincimento che esista una diretta connessione fra una robusta volontà di vivere e gli equilibri chimici del cervello. Essa è convinta che la creatività, un aspetto della volontà di vivere, produce gli impulsi vitali cerebrali che stimolano la ghiandola pituitaria, provocando effetti sulla ghiandola pineale o l'intero sistema endocrino. E' possibile che i placebo abbiano un ruolo chiave in questo processo? Non varrebbe la pena concedere a quest'area di problemi una seria e prolungata attenzione?

Sono portato a credere che il principale contributo del mio medico al controllo e forse alla sconfitta della mia malattia sia consistito nell'incoraggiarmi a credere di essere un suo prezioso partner nell'impresa. Egli impegnò pienamente tutte le mie energie. Può non essere riuscito a definire o a diagnosticare il processo attraverso il quale la fiducia nelle mie possibilità (sensazioni disordinate in cui credevo fermamente) veniva in qualche modo recuperata dai meccanismi immunitari dell'organismo e tradotta in effetti che contrastavano la malattia; agiva però, ne sono sicuro, nella migliore tradizione della medicina quando riconosceva che nel mio caso doveva spingersi oltre le comuni modalità verificabili. Così facendo, egli era fedele alla prima massima della medicina appresa all'università: prima di tutto non danneggiare.

Ho imparato anche dell'altro. Ho imparato a non sottovalutare mai la capacità di recupero della mente umana e dell'organismo, anche quando le prospettive sembrano più infauste. La forza della vita può essere la forza meno compresa sulla terra. William James ha detto che gli esseri tendono a vivere esageratamente entro limiti autoimposti. E' possibile che questi limiti cadranno quando rispetteremo più pienamente l'impulso naturale della mente e del corpo verso la perfezione e la rigenerazione. Proteggere e aver cura di questo impulso naturale può ben costituire il migliore esercizio della libertà umana.

Per molti secoli i medici sono stati educati dai loro pazienti a osservare il rituale della prescrizione. La maggior parte delle persone sono convinte che i loro sintomi non vengono presi seriamente in considerazione se non viene dato loro un foglietto di carta con segni indecifrabili ma magici. Per il paziente la ricetta è un certificato di guarigione assicurata. Essa è come una cambiale di buona salute fornita dal medico; è un cordone ombelicale psicologico che alimenta e mantiene stabile nel tempo la relazione fra medico e paziente.

Il dottore sa che è il foglio stesso della ricetta, più che ciò che vi è scritto, l'ingrediente vitale che permette al paziente di liberarsi da qualunque cosa lo affligga. Le medicine non sempre sono necessarie, la fiducia nella guarigione invece sì. Il dottore può quindi prescrivere un placebo nei casi in cui rassicurare il paziente è molto più utile di una rinomata medicina da prendere tre volte al giorno.

Questa strana parola, placebo, sta indirizzando la scienza medica verso qualcosa di simile ad una rivoluzione sia nella teoria che nella pratica della medicina. Lo studio del placebo sta aprendo vaste aree di conoscenza sul modo in cui l'organismo umano guarisce se stesso e sull'abilità misteriosa del cervello ad ordinare cambiamenti biochimici che sono indispensabili per combattere la malattia.

La parola placebo viene dal latino (futuro del verbo *placeo*). Nel suo significato classico, quindi, è un'imitazione di un medicinale – in genere un'innocua tavoletta di latte e zucchero con l'aspetto di una pillola vera – data più con l'intenzione di calmare il paziente che per rispondere ad una necessità organica chiaramente diagnosticata. Negli ultimi anni, tuttavia, il placebo è stato soprattutto usato per sottoporre a verifica nuovi medicinali. Si misurano i risultati raggiun-

ti dal preparato in questione rispetto a quelli che seguono la somministrazione di un « falso medicinale » o placebo.

Per molto tempo i placebo sono rimasti nel generale discredito di gran parte dei medici professionisti. Il termine, per molti di essi, aveva una connotazione di rimedio empirico o di « pseudomedicamento »: I placebo venivano visti anche come espedienti ad uso di medici che non riuscivano a individuare la vera causa del malessere del paziente.

Oggi, tuttavia, l'umile placebo di una volta sta diventando oggetto di seria attenzione da parte dei ricercatori medici. Ricercatori quali il dottor Arthur K. Shapiro, il dottor Henry K. Beecher, il dottor Stewart Wolf e il dottor Louis Lasagna hanno fornito notevoli prove che il placebo non solo può sembrare un potente medicamento, ma può anche realmente agire come tale. Essi lo considerano non solamente come un sostegno psicologico del medico nel trattamento di certi pazienti, ma come un autentico agente terapeutico per alterare la chimica dell'organismo e per stimolare l'attivazione delle difese organiche per combattere il disturbo o la malattia.

Mentre il meccanismo di funzionamento del placebo nell'organismo non è ancora completamente chiarito, alcuni ricercatori fanno l'ipotesi che esso attivi la corteccia cerebrale, che a sua volta agisce sul sistema endocrino in generale e sulle ghiandole surrenali in particolare. Quali che siano i collegamenti precisi fra la mente e il corpo, è già abbastanza evidente che il placebo può essere tanto potente quanto i medicinali attivi che sostituisce, e a volte anche di più.

« Il placebo — scrive il dottor Shapiro nell'« American Journal of Psychotherapy » può avere effetti profondi sulle malattie organiche, ivi comprese quelle incurabili a carattere maligno ». Viene da chiedersi se questo fatto possa essere la soluzione al problema posto da quei malati di cancro che, secondo resoconti documentati, sono guariti dopo aver preso il Laetrile: molti dei più avanzati centri nazionali di ricerca sul cancro non sono riusciti a trovare alcun valore terapeutico in questa particolare sostanza.

Ovviamente sarebbe assurdo dire che i medici non devono mai prescrivere medicinali farmacologicamente attivi. Ci sono dei casi in cui il medicamento è assolutamente necessario. Ma il dottore serio è sempre consapevole del suo potere. Non c'è credenza popolare più errata sulla medicina di quella secondo cui un farmaco è come una freccia che può essere lanciata su un preciso bersaglio. Il suo vero effetto è più quello di una pioggia di aculei di porcospino. Ogni far-

maco, o cibo, usato come tale, viene sottoposto a un processo in cui il sistema umano lo frantuma per utilizzarlo completamente.

Non esiste medicinale, dunque, che non abbia qualche effetto collaterale. E quanto più raccomandata ne è la prescrizione — come nel caso di antibiotici, cortisone, tranquillanti, preparati antipertensivi, agenti antinfiammatori, rilassanti muscolari — tanto maggiore è il problema degli effetti collaterali negativi. I medicinali possono alterare o riassetare gli equilibri del flusso sanguigno, provocare una coagulazione del sangue più rapida o più lenta, ridurre il livello di ossigeno nel sangue, stimolare il sistema endocrino, aumentare il flusso di acido cloridrico nello stomaco, rallentare o accelerare il passaggio del sangue attraverso il cuore, danneggiare la funzione di produzione del sangue da parte dell'organismo con la depressione del midollo osseo, ridurre o aumentare la pressione sanguigna, o incidere sullo scambio sodio-potassio, che svolge un ruolo primario nell'equilibrio chimico del corpo.

Il problema posto da molti medicinali è che essi provocano queste cose a prescindere dalle intenzioni del medico: il dottore, quindi, deve sempre valutare la specifica terapia rispetto ai rischi possibili. Quanto più potente è il medicinale, tanto più piena di incertezze è questa valutazione.

A rendere più complesso il dilemma del medico sui medicinali, è il fatto che molta gente tende a considerarli come se fossero automobili: ogni anno deve avere i suoi nuovi modelli, e più sono potenti meglio è. Troppi pazienti criticano il medico se non prescrive loro quel nuovo antibiotico o quell'altro miracoloso medicinale di cui hanno sentito parlare da un amico o di cui hanno letto sulla stampa.

In considerazione dei reali pericoli associati ai più recenti medicinali potenti, il medico moderno e prudente sa ben impiegare la sua libertà di scelta, prescrivendo medicinali potenti quando ritiene che siano assolutamente necessari, ma ignorandoli e prescrivendo placebo o nulla affatto quando non lo sono.

Per illustrare il funzionamento del placebo, facciamo il caso di un giovane uomo d'affari che si rechi dal dottore lamentando forte mal di testa e dolori addominali. Dopo aver attentamente ascoltato il paziente, che gli descrive non solo i suoi dolori, ma anche i suoi problemi, il medico decide che l'uomo d'affari soffre di una malattia diffusa del ventesimo secolo: lo stress. Il fatto che lo stress non sia causato da germi o da virus non rende i suoi effetti meno gravi. Anche a prescindere da malattie più serie, esso può portare all'alco-

lismo, alla tossicodipendenza, al suicidio, alle rotture familiari, alla perdita del lavoro. Nella sua forma estrema lo stress può provocare sintomi di isteria di conversione, una malattia descritta da Jean Charcot, il maestro di Freud. Le preoccupazioni e le paure del paziente vengono convertite in veri sintomi fisici che possono essere terribilmente dolorosi e perfino paralizzanti.

Interrogando con comprensione, il dottore si rende conto che l'uomo d'affari è preoccupato della cattiva salute della moglie incinta, e perché delle persone appena assunte nel suo ufficio sembrano volergli « soffiare » il posto. Il dottore si rende conto che il suo primo dovere è quello di rassicurare il paziente che non ha gravi problemi di salute. Ma deve evitare di dirgli che le sue sofferenze sono insistenti e che non sono da prendere sul serio. Se i mali di cui si lamentano vengono giudicati di origine psicogena, i pazienti ritengono generalmente che si vuole attribuire loro la dichiarazione di sintomi immaginari, o addirittura la simulazione della malattia.

Il dottore sa che il paziente, secondo la regola, non si sentirebbe soddisfatto senza una ricetta. Ma egli è anche consapevole dei limiti delle medicine: esita a prescrivere dei tranquillanti perché ne conosce le controindicazioni nella particolarità del caso. Sa che l'aspirina allevierebbe il mal di testa, ma porterebbe delle complicazioni all'apparato gastrointestinale: anche una sola compressa di aspirina potrebbe causare delle emorragie interne. Esclude i rimedi per digerire perché sa che i dolori di stomaco sono causati da problemi di carattere emotivo. Così, alla fine, egli scrive una ricetta che, prima di tutto, non allarmi in alcun modo il paziente e, in secondo luogo, possa eliminare i sintomi. Il dottore dice all'uomo d'affari che la medicina che gli darà gli farà molto bene e lo farà guarire completamente. Quindi coglie l'occasione per discutere con il paziente su eventuali modi per affrontare i problemi di casa e del lavoro.

Una settimana dopo l'uomo d'affari telefona al dottore per dirgli che la medicina ha fatto miracoli: i mal di testa sono scomparsi e i dolori addominali si sono attenuati. Egli sembra meno apprensivo nei confronti della situazione della moglie dopo la visita ginecologica, e sembra prendere un po' meglio la situazione dell'ufficio. Per quanto tempo ancora dovrà prendere la medicina?

Il dottore risponde che forse non è necessaria una nuova prescrizione, ma invita il paziente a ritelefonare nel caso i sintomi si ripresentassero.

Le pillole miracolose, naturalmente, non erano altro che placebo

senza alcuna specifica proprietà farmacologica. Ma per l'uomo d'affari esse hanno avuto un effetto così positivo, perché hanno stimolato le capacità intrinseche dell'organismo a riprendersi, grazie alla motivata liberazione dallo stress e alla completa fiducia nell'azione del medico.

Alcuni studi mostrano che fino al 90 per cento dei pazienti che si rivolgono a un medico soffrono di disturbi controllabili nell'ambito dei poteri di difesa dell'organismo. Il medico veramente bravo – per il paziente e per la società – è quello che sa effettivamente distinguere tra il gran numero di pazienti che sono in grado di farcela senza interventi particolari e il numero assai più limitato di coloro che non sono in grado di cavarsela da soli. Questo tipo di medico non perde tempo ad attivare tutti i ritrovati della scienza e le risorse disponibili, ma sta attento a non rallentare il naturale processo di guarigione di coloro che hanno bisogno del suo incoraggiamento di esperto assai più di quanto non abbiano bisogno delle sue ricette. Egli potrà, per simili persone, prescrivere un placebo, sia perché il paziente si sente più a suo agio con un ricetta in mano, sia perché il medico sa che il placebo svolge effettivamente una funzione terapeutica.

Il placebo, quindi, non è tanto una pillola quanto un processo, che comincia nel momento in cui il paziente ripone la sua fiducia nel dottore ed estende questa fiducia all'intero funzionamento del suo sistema immunologico e di guarigione. Il processo funziona non per effetti magici della compressa, ma perché il corpo umano è il miglior farmacista di se stesso e perché la ricetta più efficace è quella che il corpo stesso si prescrive.

Berton Roueché, uno dei più quotati giornalisti medici americani, scrisse nel 1960 un articolo per il « New Yorker », in cui diceva che il placebo deriva il suo potere dalla « infinita capacità della mente umana di autoingannarsi ». Questa interpretazione non è condivisa dagli studiosi del fenomeno, i quali credono piuttosto che il placebo sia efficace non perché « inganna » il corpo, ma perché traduce la volontà di vivere in una realtà fisica. Ed essi sono stati in grado di documentare che il placebo attiva precise reazioni biochimiche nel corpo umano. Il fatto che un placebo non abbia effetti fisici se il paziente sa che si tratta di un placebo, non fa che confermare la capacità del corpo umano di trasformare la speranza in un'importante e tangibile reazione biochimica.

Il placebo rappresenta la dimostrazione che non c'è una reale separazione tra mente e corpo. La malattia è sempre un'interazione tra i due elementi; può cominciare dalla mente e coinvolgere il corpo, ov-

vero può cominciare dal corpo e coinvolgere la mente, percorsi ambedue dallo stesso flusso sanguigno. I tentativi di trattare moltissime malattie mentali come se fossero completamente prive di cause fisiche ed i tentativi di trattare le malattie del corpo come se la mente non vi fosse in alcun modo implicata, devono essere considerati superati alla luce di quanto è stato recentemente dimostrato sul modo in cui funziona il corpo umano.

Non sempre il placebo agisce efficacemente. Si ritiene che le probabilità del suo effetto siano direttamente proporzionali alla qualità della relazione del paziente con il medico. L'atteggiamento del dottore nei confronti del paziente, la sua abilità nel convincerlo che lo sta curando seriamente, il suo successo nel guadagnarsene la fiducia, tutti questi sono fattori vitali non solamente nel rendere ottimale l'utilità del placebo, ma nel trattamento della malattia in generale. In assenza di una solida relazione fra medico e paziente l'uso del placebo può avere poca efficacia e poche prospettive. In questo senso il dottore stesso è il placebo più efficace di tutti.

Un esempio convincente di tale ruolo del medico può essere offerto da un esperimento in cui dei pazienti con ulcera emorragica vennero divisi in due gruppi. Il primo gruppo fu informato dal medico che era stato prodotto un nuovo farmaco che avrebbe senza alcun dubbio portato molto sollievo. Al secondo gruppo le infermiere dissero che sarebbe stato somministrato un nuovo medicinale sperimentale, sui cui effetti però si sapeva ben poco. Il settanta per cento del primo gruppo ebbe un discreto sollievo, mentre solamente il venticinque per cento dei pazienti del secondo gruppo provò un simile beneficio. Ad entrambi i gruppi era stata data la stessa « medicina », un placebo.

Quanti dati scientifici di laboratorio è stato possibile accumulare sull'efficacia del placebo? La letteratura medica degli ultimi venticinque anni contiene un impressionante numero di casi.

Il compianto dottor Henry K. Beecher, noto anestesista di Harvard, esaminò i risultati di quindici studi relativi a 1082 pazienti. Egli rilevò che nell'ampia gamma di queste prove, il 35% dei pazienti aveva trovato un « sollievo soddisfacente » quando veniva usato un placebo al posto di una normale medicina per vari tipi di problemi medici, ivi compresi forti dolori da ferite postoperatorie, mal di mare, mal di testa, tosse e ansia. Altri processi e squilibri biologici sui quali ha influenza il placebo, includono, secondo quanto riportato dai ricercatori medici, l'artrite reumatoide e degenerativa, il numero dei

globuli, la frequenza respiratoria, la funzione vasomotrice, l'ulcera peptica, la febbre da fieno, l'ipertensione e la diminuzione spontanea di verruche.

Il dottor Stewart Wolf scrisse che gli effetti del placebo « non sono né immaginari, né necessariamente frutto di suggestione nel senso usuale della parola ». Le sue osservazioni si riferivano ai risultati di un esperimento in cui globuli particolari chiamati eosinofili, aumentano di numero e circolano attraverso l'intero sistema. Questa prova dimostrava che il placebo può modificare la chimica dell'organismo. Wolf riferì anche di un esperimento compiuto da un collega in cui il placebo aveva ridotto la quantità di grasso e di proteine del sangue.

Quando ad un ammalato del morbo di Parkinson veniva dato un placebo, dicendogli però che stava prendendo una medicina, i suoi tremori diminuivano sensibilmente. Finito l'effetto del placebo, la stessa sostanza veniva messa nel latte del malato senza che lui lo sapesse. I tremori riapparivano.

Nel corso di un ampio studio su forme leggere di depressione mentale, ai pazienti vennero sostituiti con dei placebo gli stimolanti con cui erano stati trattati fino ad allora. I pazienti mostrarono esattamente lo stesso miglioramento di cui avevano goduto con gli stimolanti. In un altro studio i medici somministrarono placebo a 133 pazienti depressi che non avevano ancora preso alcun medicinale. Un quarto di essi rispose così bene al placebo, che fu escluso da ulteriori tentativi con medicinali veri.

Quando a un gruppo di pazienti venne dato un placebo al posto di un antistaminico, il 77,4 per cento di essi riferì di provare quella sonnolenza che è caratteristica degli antistaminici.

In uno studio di Beecher e Lasagna sul dolore da ferite chirurgiche, ad un gruppo di pazienti appena operati venivano dati alternativamente placebo e morfina. Quelli ai quali fu data la morfina subito dopo l'intervento trovarono sollievo nel 52 per cento dei casi; quelli ai quali fu dato il placebo nel 40 per cento. Nel 77 per cento dei casi il placebo risultò essere efficace quanto la morfina. Beecher e Lasagna scoprirono anche che quanto più forte era il dolore, tanto più efficace era il placebo.

A ottantotto malati di artrite vennero somministrati placebo al posto dell'aspirina e del cortisone. Il numero di pazienti che trassero beneficio dal placebo fu quasi eguale al numero di pazienti che trassero beneficio da medicinali antiartrici convenzionali. Al alcuni dei pazienti che non avevano trovato alcun giovamento dal placebo in

pasticche, esso fu somministrato con iniezioni; di essi, il 64 per cento registrarono sollievo e miglioramento. Per l'intero gruppo i benefici consistevano non solo in un alleviamento del dolore, ma anche in un generale miglioramento dell'appetito, del sonno, dell'evacuazione e perfino in una riduzione del gonfiore.

A. Leslie riferisce di morfinomani ai quali erano stati dati placebo (iniezioni di soluzione fisiologica); fino a che le iniezioni non vennero interrotte, essi non manifestarono sintomi da astinenza.

Alcuni studenti di medicina furono invitati a partecipare ad un esperimento il cui scopo, a quanto venne loro detto, era quello di verificare l'efficacia di un sedativo e di uno stimolante. Essi furono informati dettagliatamente degli effetti, positivi e negativi, che ci si poteva aspettare da questi medicinali. Non venne loro detto che in realtà sia « lo stimolante » che il « sedativo » erano placebo: più della metà degli studenti mostrò reazioni fisiologiche specifiche ai placebo. Nel 66 per cento dei soggetti la frequenza del polso si abbassò; nel 71 per cento si osservò una diminuzione della pressione arteriosa. Fra gli effetti negativi furono registrate vertigini, tensione addominale e secrezione oculare.

Alcuni medici dell'Istituto Nazionale di Geriatria a Bucarest in Romania hanno compiuto un esperimento per verificare un nuovo medicinale inteso ad attivare il sistema endocrino e quindi a potenziare la salute e le prospettive di longevità. Centocinquanta Romeni di 60 anni che vivevano tutti nelle condizioni pressoché identiche che offre la vita in un villaggio, furono divisi in tre gruppi di 50 ciascuno. Al primo gruppo non venne dato niente. Al secondo gruppo venne dato un placebo. Il terzo gruppo venne regolarmente trattato con il nuovo medicinale. Di anno in anno i tre gruppi erano accuratamente controllati, verificandone i casi di morte e le malattie. Le statistiche del primo gruppo risultavano conformi a quelle degli altri cittadini della stessa età, che vivono in villaggi. Il secondo gruppo, quello sotto l'effetto del placebo, mostrava un sensibile miglioramento nelle condizioni di salute e un indice di mortalità più basso che nel primo gruppo. Il terzo gruppo, trattato con il medicinale, mostrava, rispetto al gruppo sotto placebo, lo stesso miglioramento che questo mostrava rispetto al primo.

Se il placebo può giovare enormemente, può anche essere pericoloso. La corteccia cerebrale stimola cambiamenti biochimici sia negativi che positivi. Beecher avvertiva già nel lontano 1955, nel « Journal of the American Medical Association », che i placebo possono produrre

gravi effetti tossici e provocare danni fisiologici. Un caso in questione è uno studio dell'effetto sull'ansia da parte della mefenesina. In alcuni pazienti essa provoca reazioni negative, quali nausea, vertigini, e palpitazioni. Quando il placebo venne a sostituire la mefenesina, produsse reazioni identiche in un'identica percentuale di casi. Uno dei pazienti, dopo aver preso il placebo, sviluppò uno sfogo cutaneo che scomparve non appena fu sospesa la somministrazione di quel farmaco. Una paziente, dopo aver preso il medicinale, ebbe uno shock anafilattico; un'altra, dieci minuti dopo aver preso il placebo, fu presa da dolori addominali e le si produsse un versamento nell'articolazione dell'anca; precedentemente aveva preso anche il medicinale.

Sarebbe ragionevole concludere, dopo quanto detto, che si può avere effetto placebo in tutti i medicinali, in diverse misure. Tant'è vero che molti ricercatori medici ritengono che la storia della medicina sia in realtà la storia dell'effetto placebo. Sir William Osler ha rafforzato tale convinzione osservando che la specie umana si distingue dalle altre specie proprio per il desiderio di prendere medicine. Considerando la natura dei rimedi usati nel corso dei secoli, è possibile che un'altra caratteristica discriminante della specie umana sia la sua capacità di sopravvivere alle cure. In varie epoche e in vari luoghi le ricette hanno prescritto sterco di animali, polvere di mummie, segatura, sangue di lucertola, vipere essiccate, sperma di rane, occhi di granchio, radici di erbe selvatiche, spugne di mare, corna di unicorno, e sostanze grumose estratte dall'intestino dei ruminanti.

Valutando questo repellente assortimento di pozioni e procedure, che al loro tempo erano clinicamente rispettabili tanto quanto i più noti medicinali in uso oggi, il dott. Shapiro ha commentato che « ci si può chiedere come i medici abbiano potuto mantenere la loro posizione di onore e di rispetto nella storia, nonostante abbiano prescritto per migliaia di anni medicinali inutili e spesso dannosi ».

La risposta è che gli uomini sono riusciti a sopravvivere a queste prescrizioni nocive e alle varie malattie che esse intendevano curare, perché i medici hanno dato loro qualcosa di più valido della medicina: cioè la ferma convinzione che ciò che stavano prendendo era per loro giovevole. Essi si erano rivolti al medico per averne aiuto ed erano convinti che lo avrebbero ricevuto; ed in effetti lo stavano ricevendo.

Alcune persone sono più reattive al placebo di altre. Perché? Si riteneva che ci fosse qualche correlazione fra alta suggestionabilità e bassa intelligenza, e che persone con un basso quoziente di intelligenza fossero i migliori soggetti per il placebo. Questa teoria è stata

dimostrata falsa dal dott. H. Gold in occasione di un convegno sulle terapie (Cornell Conference on Therapy) nel 1946: sulla base di ampi studi il dott. Gold ha affermato che il beneficio potenziale del placebo aumenta con l'aumentare dell'intelligenza.

E' inevitabile che l'uso del placebo implichi delle contraddizioni ad esso intrinseche. E' essenziale al processo un buon rapporto medico-paziente, ma cosa succede a questo rapporto quando una delle due parti nasconde un'importante informazione all'altra? Se il medico dice la verità, egli distrugge la base su cui poggia il placebo. Se non dice la verità mette in pericolo una relazione costruita sulla fiducia.

Questo dilemma pone un problema di etica medica: in quali casi il medico può ritenersi giustificato dall'essere del tutto sincero con il paziente? In casi estremi il dottore può pensare che non sia saggio e nemmeno responsabile aggiungere disperazione al dolore: e così nasconde la verità. E che dire a proposito della tossicodipendenza? I placebo vengono attualmente usati da alcuni medici in sostituzione di droghe pesanti, in un tentativo sistematico di divezzare i pazienti dalla dipendenza. In questi casi il paziente mostra un sollievo pari a quello che gli viene dato dalla cocaina o dall'eroina. Lo spasmodico bisogno della droga si placa, senza pagare, però, il prezzo fisiologico di veleni schiavizzanti. Forse i medici devono rinunciare a questo trattamento perché considerano una violazione dell'etica medica il fatto di non informare il paziente della vera natura del trattamento?

Può avere maggiore rilevanza, piuttosto, chiedersi se sia morale - o, soprattutto, prudente - che il medico alimenti la mistica fiducia del paziente nelle medicine. Un numero crescente di medici ritiene di non dover incoraggiare i pazienti ad aspettare le ricette, perché sanno quanto sia facile accrescere la dipendenza psicologica e fisiologica del paziente dai medicinali e, nella fattispecie, dal placebo. Una simile condotta comporta il rischio che il paziente se ne vada da un altro medico; se però più medici cambiano metodo in questo senso, c'è da sperare che il paziente stesso finirà per considerare la ricetta sotto una nuova luce. Il dott. Richard C. Cabot scrisse una volta che « il paziente ha imparato ad aspettarsi una medicina per ogni sintomo. Ma non è nato con questa aspettativa... Siamo noi medici i responsabili del perpetuarsi di false idee sulla malattia e sulla sua cura ».

Un altro problema etico sorge perché molti dottori ritengono che non si sappia ancora abbastanza circa gli effetti del placebo sulla delicata struttura del sistema nervoso e sulle sue funzioni. Dovremo allora rinunciare ai benefici del placebo fino a quando avremo più risposte?

Certamente nella professione medica l'uso di metodi o di medicinali dei quali non si ha ancora piena conoscenza, non è senza precedenti. L'elettroshock viene usato nel trattamento delle malattie mentali anche se i medici non sanno esattamente cosa accada nel cervello quando viene scosso da un'alta scarica di elettricità. Il medicinale più largamente usato nel mondo è l'aspirina; eppure, perché riduca l'infiammazione è ancora un mistero.

E' vero, non ancora tutto si sa del placebo. Ma se ne sa abbastanza perché la prosecuzione degli studi su di esso sia ritenuta prioritaria in campo medico e non medico. Sapere di più sul dono della vita non è semplicemente un modo di soddisfare una curiosità banale. In fondo è l'essenza stessa dell'educazione.

Il problema di salute più diffuso della nostra epoca - e, per quanto ne sappiamo, il più serio - è lo stress, definito da Hans Selye, che ne ha elaborato il concetto, come « la quota di logorio dell'organismo umano ». Questa definizione comprende ogni aspetto, sia esso emotivo o fisico, al di là dell'immediata consapevolezza di un dato individuo.

La guerra contro i microbi è stata largamente vinta, ma stiamo perdendo la battaglia per la serenità. Non è tanto l'affollamento fuori di noi - affollamento di persone, di idee, di problemi - che ci fa male, quanto piuttosto il nostro affollamento interiore. Le esperienze ci arrivano in tale profusione e da così tanto diverse direzioni che non sono mai realmente selezionate e tanto meno elaborate. Il risultato è disordine e confusione. Noi saziamo i sensi e affamiamo il sentimento.

« La tua salute necessariamente ne risentirà - scrive Boris Pasternak nel *Dottor Zivago* - se giorno per giorno dici l'opposto di quello che senti, ti prostri di fronte a ciò che ti disgusta, e ti rallegri di fronte a ciò che non ti porta altro che disgrazia. Il nostro sistema nervoso non è fantasia: è parte del nostro essere fisico, la nostra anima esiste nello spazio ed è dentro di noi come i denti nella bocca. Non può essere sempre violato impunemente. Mi ha addolorato profondamente ascoltarti, Innocenzo, quando ci hai raccontato come sei stato rieducato e come sei maturato in prigione. E' stato come ascoltare un cavallo che descriveva come è stato domato ».

E' dubbio quanto il placebo - o qualunque altro medicamento - possa agire senza una solida volontà di vivere da parte del paziente.

La volontà di vivere è infatti una finestra sul futuro. Essa fa apparire all'individuo tutto l'aiuto che il mondo esterno può dargli e mette questo in connessione con la capacità propria dell'organismo di combattere la malattia. Rende il corpo umano capace di trarre il massimo da se stesso. Il ruolo del placebo è quello di trasformare la volontà di vivere da un concetto poetico in una realtà fisica e in una forza guida.

In fin dei conti il valore maggiore del placebo consiste in ciò che può dirci sulla vita. Come una guida celeste, ci conduce attraverso i non segnati sentieri della mente e ci dà una sensazione dell'infinito maggiore che se avessimo passato tutti i nostri giorni con gli occhi ipnoticamente incollati al telescopio gigante del Monte Palomar. Ciò che in ultima analisi vediamo è che il placebo non è necessario in se stesso, e che la mente può portare avanti i suoi difficili e meravigliosi compiti spontaneamente, attraverso piccole pillole. Il placebo è solamente un oggetto tangibile, reso necessario in un'epoca che si sente a disagio di fronte a ciò che non può toccare, un'epoca che preferisce pensare che ogni effetto interiore debba avere una causa esterna. Dal momento che ha misura e forma, e può essere tenuto in mano, il placebo risponde alla richiesta contemporanea di meccanismi visibili e di risposte. Ma esso si dissolve ad un esame minuzioso, dicendoci che non ci può liberare dal bisogno di riflettere profondamente su noi stessi.

Il placebo, quindi, è un emissario fra la volontà di vivere e l'organismo. Ma l'emissario è utilizzabile in vari modi. Se noi riusciamo a liberarci da ciò che è tangibile, possiamo collegare direttamente la speranza e la volontà di vivere con l'abilità dell'organismo ad affrontare grandi minacce e sfide. La mente può svolgere le sue fondamentali funzioni ed esercitare il suo potere sul corpo senza l'illusione di un intervento materiale. « La mente – dice John Milton – è il suo stesso posto, e in se stessa può fare di un inferno un paradiso, e di un paradiso un inferno ».

La scienza sta inventando termini esotici come il *biofeedback* per descrivere il controllo della mente sul sistema nervoso autonomo. Ma le etichette sono irrilevanti: ciò che importa è la consapevolezza che gli esseri umani non sono chiusi entro limiti fissi. La ricerca della perfezione non è una presunzione o una bestemmia, ma la più alta manifestazione di un grande disegno.

Alcuni anni fa ebbi l'opportunità di osservare direttamente uno

stregone africano nella giungla del Gabon. Al tavolo da pranzo dell'ospedale di Schweitzer a Lambarene azzardai l'osservazione che la gente del posto era veramente fortunata a potersi servire della clinica di Schweitzer invece di dover dipendere dalle magie degli stregoni. Il dottor Schweitzer mi chiese cosa sapevo degli stregoni. Mi sentii preso in trappola dalla mia ignoranza ed entrambi ne fummo consapevoli. Il giorno dopo *le grand docteur* mi condusse in una radura di una giungla vicina dove mi presentò a *un de mes collègues*, un anziano stregone. Dopo un rispettoso scambio di saluti il dottor Schweitzer chiese se il suo amico americano poteva osservare la medicina africana.

Nelle due ore successive rimanemmo da una parte ad osservare lo stregone al lavoro. Con alcuni pazienti egli metteva semplicemente delle erbe in una busta di carta marrone e insegnava al malato come usarle. Ad altre persone non dava erbe, ma riempiva l'aria di incantesimi. Ad una terza categoria di persone egli semplicemente parlava con una voce sommessa e indicando il dottor Schweitzer.

Mentre tornavamo alla clinica, il dottor Schweitzer mi spiegò cosa era successo. Alla gente che lamentava dei disturbi vari che lo stregone era in grado di diagnosticare subito, venivano date erbe speciali da mettere in infusione. Il dottor Schweitzer riteneva che presumibilmente la maggior parte di quei pazienti sarebbe migliorata molto rapidamente, poiché aveva solamente dei disturbi funzionali e non organici. Quindi le « medicazioni » non erano realmente il fattore principale. Il secondo gruppo aveva disturbi di origine psicologica, e veniva quindi trattato con la psicoterapia africana. Il terzo gruppo aveva problemi fisici più sostanziali, come ernie massive, gravidanze extrauterine, lussazioni dalla spalla o tumori. Molti di questi problemi richiedevano un intervento chirurgico e lo stregone indirizzava i pazienti allo stesso Schweitzer.

« Alcuni dei miei più assidui clienti – disse il dottor Schweitzer con appena l'ombra di un sorriso – mi vengono inviati dagli stregoni. Non si aspetti da me che io sia troppo critico nei loro confronti ».

Quando chiesi al dottor Schweitzer come spiegava il fatto che qualcuno potesse aspettarsi di sentirsi di nuovo bene dopo essere stato curato da uno stregone, mi rispose che gli stavo chiedendo di divulgare un segreto che i medici avevano portato dentro di sé fin da Ippocrate.

« Però, glielo voglio dire; – disse con il viso ancora illuminato da quel mezzo sorriso – lo stregone ha successo per lo stesso motivo

per cui tutti noi altri abbiamo successo. Ogni paziente ha dentro di sé il suo proprio medico, ma viene da noi senza sapere questa verità. Noi facciamo il massimo quando diamo al medico che sta in ogni paziente la possibilità di mettersi al lavoro ».

Il placebo è il medico che sta in ciascuno di noi.

3

CREATIVITA' E LONGEVITA'

Ciò che mi ha portato a riflettere sulla creatività e la longevità e al loro reciproco rapporto, è l'esempio di due uomini le vite dei quali hanno molti aspetti simili: Pablo Casals e Albert Schweitzer.

Quando li incontrai per la prima volta erano entrambi ottuagenari. Entrambi erano in piena attività creativa, quasi in modo esplosivo. Entrambi erano impegnati in imprese personali di gran valore per altri esseri umani. Ciò che imparai da questi due uomini ha avuto un profondo effetto sulla mia vita, specialmente nel periodo della mia malattia. Imparai che un obiettivo altamente valorizzato e la volontà di vivere sono fra le principali materie prime dell'esistenza umana. Mi convinsi che questi fattori possono rappresentare la forza più potente nel campo d'azione dell'uomo.

Comincerò con qualche osservazione su Pablo Casals.

Lo incontrai per la prima volta nella sua casa a Puerto Rico qualche settimana prima del suo novantesimo compleanno. Rimasi affascinato dalle sue abitudini quotidiane. Alle 8 circa la sua giovane e graziosa moglie Marta lo aiutava a iniziare la giornata. Le sue varie infermità gli rendevano difficile il vestirsi da solo. A giudicare dalla difficoltà che aveva nel camminare e dal modo con cui stendeva le braccia, immaginai che soffrisse di artrite reumatoide. Il respiro affannoso tradiva un enfisema.

Egli entrò nel soggiorno al braccio di Marta; era molto incurvato, con la testa spinta in avanti, e camminava con passo strascinato; le mani erano gonfie e le dita serrate.

Eppure, prima di fare colazione, Don Pablo andò al pianoforte, cosa che, come appresi, rappresentava un rituale quotidiano. Si sistemò con qualche difficoltà sul sedile del pianoforte e poi, con evidente sforzo, sollevò le dita gonfie e rattrappite sulla tastiera.

Non ero preparato al miracolo che stava per accadere. Le dita lentamente si dischiusero e si distesero verso i tasti come i boccioli di una pianta verso il sole. La schiena si raddrizzò; egli sembrò respirare più liberamente. Le dita, ormai, erano ben sistemate sulla tastiera. Quindi vennero le battute di apertura del « Clavicembalo ben temperato » di Bach, suonate con grande sentimento e controllo. Avevo dimenticato che Don Pablo sapeva suonare parecchi strumenti musicali già prima di cimentarsi col violoncello. Mentre suonava lo sentii mormorare e dire che Bach gli parlava « qui », mettendosi la mano sul cuore.

S'immerse poi in un concerto di Brahms e le sue dita, ora agili e potenti, volavano sulla tastiera con velocità sorprendente. L'intero suo corpo sembrava fuso con la musica; non era più rigido e raggrinzito, ma agile, aggraziato e completamente libero dalle spire dell'artrite.

Finito il pezzo, si alzò da solo, molto più eretto e alto di quando era entrato nella stanza. Camminò fino al tavolo della colazione senza traccia di affanno, mangiò di buon appetito, parlò animatamente, finì il pasto e quindi uscì per una passeggiata sulla spiaggia.

Dopo circa un'ora tornò a casa e rimase a lavorare alla sua corrispondenza fino all'ora di pranzo. Quindi andò a riposare. Quando si alzò era di nuovo curvo, col passo strascicato e le mani rattrappite. Proprio quel giorno sul tardo pomeriggio doveva venire una troupe televisiva per una ripresa. Don Pablo disse che avrebbe desiderato che si trovasse qualche scusa per disdire la visita: non si sentiva di sostenere lo sforzo della ripresa con le sue innumerevoli e inspiegabili continue ripetizioni e il forte calore delle lampade.

Marta, che aveva già sperimentato altre volte questa riluttanza, rassicurò Don Pablo dicendo di essere certa che l'incontro sarebbe stato stimolante. Gli ricordò che gli erano piaciuti i ragazzi che erano venuti per l'ultima ripresa e che probabilmente sarebbero tornati proprio loro. In particolare, Marta richiamò la sua attenzione sulla giovane donna che aveva diretto la ripresa.

Don Pablo si illuminò. « Sì, certo, — disse — sarà bello vederli di nuovo ».

Come prima, allungò le braccia davanti a sé, e distese le dita. La spina dorsale si raddrizzò, egli si alzò, si diresse al violoncello, e cominciò a suonare. Le dita, le mani, le braccia erano coordinate in modo sublime nel momento in cui rispondevano agli ordini del cervello per la controllata bellezza del movimento e del tono. Qualunque

violoncellista di trent'anni più giovane sarebbe stato fiero di avere una così straordinaria padronanza fisica.

Ho assistito al miracolo due volte in un giorno. Un uomo di quasi novanta anni, assediato dalle infermità dell'età avanzata, era capace di liberarsi dei suoi dolori, almeno temporaneamente, perché sapeva di avere qualcosa di eccezionalmente importante da fare. Non c'era mistero su come ciò potesse accadere, dato che accadeva tutti i giorni. La creatività era, per Pablo Casals, la fonte del suo cortisone. Forse qualche altro medicinale antinfiammatorio non sarebbe stato tanto efficace o tanto salutare quanto le sostanze prodotte dall'interazione della mente con il corpo.

Il processo non sorprende. Se egli si fosse trovato coinvolto in un turbine emozionale, i suoi effetti si sarebbero manifestati in un aumento del flusso dell'acido cloridrico nello stomaco, in una condizione di iperattività adrenalinica, nella produzione di corticoidi, nell'aumento della pressione del sangue, e in un'accelerazione del battito cardiaco.

Ma egli era stato trascinato in qualcos'altro. Era stato trascinato nella sua stessa creatività, nel suo stesso desiderio di raggiungere uno scopo specifico, e l'effetto era genuino e ben visibile. Gli effetti sulla chimica del suo corpo non erano meno pronunciati — quantunque in senso positivo — che se fossero stati provocati da una centrifuga emozionale.

Don Pablo, sebbene di costituzione delicata, quasi fragile, era un gigante quanto a spirito e a creatività. Aveva un modo di fare allegro e amichevole, e riusciva a coinvolgersi molto rapidamente nei problemi e nelle preoccupazioni dei suoi amici o visitatori. Le sue risposte erano senza fretta, genuine e complete. Mi mostrò alcuni dei manoscritti originali di Bach in suo possesso, e commentò che Bach significava per lui più di qualsiasi altro compositore.

Notai che questa era solamente una delle molte cose che aveva in comune con Schweitzer.

« Il mio caro amico Albert Schweitzer divide con me la convinzione che Bach sia il più grande di tutti i musicisti, — disse Don Pablo — ma noi amiamo Bach per ragioni assolutamente diverse. Schweitzer vede Bach in termini di architettura complessiva, ammira in lui il maestro che regna, assoluto, sul grande e differenziato reame della musica. Io vedo in Bach un grande romantico. La sua musica mi com-

muove, mi aiuta a sentirmi pienamente vivo. Quando mi sveglio, al mattino, fremo finché non arrivo a suonare. Quale meraviglioso modo di iniziare una giornata ».

Se Bach era il suo compositore prediletto, qual era il brano preferito?

« Il pezzo per me più significativo – rispose – non è stato scritto da Bach, ma da Brahms; Glielo voglio mostrare. Ho il manoscritto originale ».

Tirò giù dalla libreria, dove era protetto da vetri, uno dei più prestigiosi manoscritti musicali del mondo in possesso di un privato, il *Quartetto in Si bemolle* di Brahms.

« E' interessante come ne sono venuto in possesso », disse. « Parecchi anni fa conobbi il capo degli Amici della Musica di Vienna, il cui nome era Wilhelm Kuchs. Una sera, a Vienna – si era prima della guerra – invitò parecchi dei suoi amici a cena, me compreso. Egli aveva, a mio parere, la più raffinata collezione privata di manoscritti musicali originali del mondo. Aveva anche una collezione impressionante di eccellenti strumenti musicali fra cui violini di Stradivarius e Guarnieri. Era ricco, molto ricco, eppure era un uomo semplice e accessibile. Quando venne la guerra, egli era entrato nell'ottantina. Non aveva intenzione di trascorrere il resto della sua vita sotto il nazismo. Si trasferì così in Svizzera, quando aveva ormai più di novanta anni. Io ero ansioso di andargli a porgere i miei rispetti. Anche il solo vederlo di nuovo, questo meraviglioso vecchio amico che aveva fatto così tanto per la musica, era per me un'esperienza molto commovente. Credo che abbiamo pianto entrambi, l'uno sulla spalla dell'altro. Quindi gli dissi quanto ero stato preoccupato per la collezione dei manoscritti: avevo temuto che non fosse riuscito a salvare la collezione dalle mani dei nazisti.

Egli mi rispose che non c'era niente di cui preoccuparsi: era riuscito a salvare l'intera collezione. Andò quindi a prendere alcuni pezzi della collezione, alcune musiche da camera di Schubert e Mozart, tanto per cominciare. Poi, mise sul tavolo davanti a me il manoscritto originale del *Quartetto in Si bemolle* di Brahms. Non potevo credere ai miei occhi e rimasi lì, stupito. Credo che ogni musicista senta che c'è un pezzo che parla a lui solo, un pezzo che gli sembra coinvolgere ogni molecola del suo essere. Questo era il modo in cui sentivo il *Quartetto in Si bemolle* fin da quando lo avevo suonato per la prima volta. E avevo seguito a sentirlo per sempre come mio.

Il signor Kuchs poté vedere che tenere fra le mani il *Quartetto*

in *Si bemolle* era per me un'esperienza emotiva particolare e molto forte.

“E' il *Suo* Quartetto in ogni senso – disse il signor Kuchs – mi farà felice, se mi permetterà di fargliene dono”. E così fece.

Sul momento non riuscii a ringraziarlo adeguatamente, ma poi gli scrissi una lunga lettera dicendogli quale grande orgoglio e quale gioia il suo dono aveva portato alla mia vita. Quando il signor Kuchs rispose, mi raccontò molte cose sulla storia del *Quartetto in Si bemolle*, che io non conoscevo. Un fatto, in particolare, era sorprendente: Brahms aveva cominciato a scrivere il *Quartetto* nove mesi prima che io nascessi, e gli occorsero nove mesi per portarlo a termine. Entrambi quindi venimmo al mondo esattamente lo stesso giorno, lo stesso mese, lo stesso anno ».

Mentre Don Pablo parlava, sembrava rivivere quell'esperienza. I suoi lineamenti, non sciupati da rughe profonde, erano così espressivi che le parole sembravano avere solamente la funzione di confermarli. Davvero il suo viso aveva il potere drammatico di un cast di attori ibseniano.

Chiesi a Don Pablo se qualche altra composizione aveva un significato speciale per lui.

« Molti pezzi – mi rispose – ma nessuno sento che mi possiede e mi esprime tanto quanto il *Quartetto in Si bemolle*. Eppure, quando mi alzo al mattino riesco a pensare solo a Bach. Ho la sensazione che il mondo rinasca. Al mattino la natura mi sembra sempre risaltare di più.

C'è un altro pezzo di cui voglio parlarle. Anche questo ha un significato speciale. Credo sia il pezzo che più mi piacerebbe riascoltare nei miei ultimi momenti di vita. Quanto è bello e commovente il secondo movimento del *Quintetto per Clarinetto* di Mozart! ».

Don Pablo lo suonò. Quelle dita sottili e quella pelle diafana appartenevano alle più straordinarie mani che avevo mai visto. Esse sembravano avere una saggezza e una grazia tutte proprie. Quando suonava Mozart, egli ne era chiaramente l'interprete e non l'esecutore; eppure era difficile immaginare che il pezzo avrebbe potuto essere suonato in un altro modo.

Dopo essersi alzato dal pianoforte, si scusò per aver occupato tanto tempo a parlare di musica, invece di discutere dei problemi del mondo. Gli risposi di avere l'impressione che ciò che aveva detto e fatto era estremamente importante proprio in termini di problemi del mondo. Nella discussione che seguì ci trovammo d'accordo nel ritenere

che l'aspetto più grave del problema della pace nel mondo era nel fatto che l'individuo si sentiva indifeso.

« La risposta al senso di impotenza non è così complicata; – disse Don Pablo – ciascuno può fare qualcosa per la pace senza sconfinare nella politica. Ogni uomo ha dentro di sé una dignità e un'onestà di fondo; solo ascoltandole e agendo sulla loro base, si riesce a dare al mondo gran parte di ciò di cui si ha bisogno. Ci vuole coraggio ad ascoltare la propria onestà e ad agire di conseguenza. Abbiamo il coraggio di essere noi stessi? Questo è il problema fondamentale ».

La dignità e l'onestà di Don Pablo erano chiaramente evidenti, ma c'erano altre risorse – decisione, volontà di vivere, fiducia e buon umore – che lo mettevano in grado di affrontare le sue infermità e di suonare come violoncellista e direttore anche a novanta anni.

Albert Schweitzer ritenne sempre che la migliore medicina per qualunque malattia egli potesse avere, era la consapevolezza di avere un lavoro da svolgere, più un sano senso dell'umorismo. Una volta disse che le malattie tendevano a lasciarlo molto rapidamente perché nel suo corpo trovavano così poca ospitalità.

Le caratteristiche essenziali del dottor Schweitzer erano la determinazione e la creatività. La molteplicità delle sue capacità e dei suoi interessi veniva potenziata da una prorompente spinta a utilizzare mente e corpo. Osservarlo al lavoro nel suo ospedale di Lambarene era vedere la determinazione umana sconfinare nel soprannaturale. Durante la sua giornata in ospedale, anche dopo aver superato i novanta anni, egli era solito svolgere i suoi compiti nella clinica, compiere i suoi giri, attendere ai pesanti lavori di falegnameria, spostare pesanti scatoloni di medicinali, lavorare alla corrispondenza (innumerevoli lettere al giorno), dedicare del tempo ai suoi manoscritti non ancora finiti e suonare il pianoforte.

« Non ho intenzione di morire – disse una volta ai suoi collaboratori – finché posso fare qualcosa; e se io faccio delle cose, non c'è bisogno di morire. In questo modo vivrò a lungo, molto a lungo ».

Ed effettivamente così fu: visse fino a novantacinque anni.

Come il suo amico Pablo Casals, Albert Schweitzer non lasciava passare giorno senza suonare Bach. Il suo pezzo preferito era la *Toccata e Fuga in Do Minore*. Il pezzo era stato scritto per organo, ma

a Lambarene non c'erano organi. C'erano però due pianoforti, entrambi verticali e vecchi. Uno, nella sala da pranzo dell'équipe sanitaria, era il più strapazzato dei due. Il clima equatoriale, con la pesante umidità, l'aveva ridotto molto male, fin quasi a renderlo irriconoscibile. Alcuni dei tasti non avevano più avorio, altri erano ingialliti e incrinati. Il feltro dei martelletti si era logorato e produceva suoni duri e metallici. Lo strumento non era stato accordato da anni, e anche se fosse stato accordato, il miglioramento avrebbe avuto breve durata. Alla mia prima visita all'ospedale, feci una capatina nella sala da pranzo, mi sedetti a suonare, ma mi tirai indietro bruscamente di fronte a suoni che mi sembravano caricaturali. L'incredibile era che Schweitzer riusciva a suonarvi degli inni durante la cena ogni sera e che nelle sue mani il pianoforte perdeva in qualche modo tutta la sua povertà.

L'altro pianoforte era nel suo bungalow. Era in condizioni migliori di quello della sala da pranzo, ma difficilmente lo si poteva considerare un pianoforte degno di un esecutore di fama mondiale quale era Schweitzer. Aveva una pedaliera d'organo connessa con gli stessi martelletti, ma questa pedaliera aveva l'irritante abitudine di sconnettersi nel bel mezzo di passaggi critici. Perfino una pedaliera fantasma, comunque, gli dava la possibilità di far lavorare i piedi.

In un precedente libro ho raccontato la mia esperienza all'ospedale di Lambarene: una notte, parecchio tempo dopo che le lampade ad olio erano state spente, stavo passeggiando lungo il fiume. Era una notte umida e calda e non riuscivo a dormire. Superato il recinto vicino all'alloggio del Dott. Schweitzer, potei sentire il rapido movimento della *Toccata* di Bach.

Mi avvicinai al bungalow del dottore e rimasi lì per cinque minuti fuori della finestra a traliccio, attraverso la quale potevo vedere la sua sagoma al pianoforte nella penombra della stanza. Le sue abili mani controllavano perfettamente la composizione ed egli riusciva a ben definire, come nell'intendimento di Bach, ogni nota, ciascuna con il suo peso e il suo valore, eppure tutte strettamente allacciate le une alle altre per creare un tutto ordinato.

Avevo la sensazione di ascoltare un organo molto di più che se fossi stato nella più grande cattedrale del mondo. L'anelito a una bellezza architettonica trasformata in musica, la maestria disciplinata e il desiderio palpabile di mantenere viva una parte dominante del suo passato, il bisogno di espressione e di catarsi, tutte queste cose sembravano parlare nell'intimo di Albert Schweitzer, mentre egli suonava.

Quando ebbe finito, egli rimase seduto con le mani poggiare leg-

germente sulla tastiera, la grande testa chinata in avanti come per raccogliere gli ultimi echi. Johann Sebastian Bach gli aveva permesso di liberarsi dalle pressioni e dalle tensioni dell'ospedale, con i suoi moduli da riempire in triplice copia. Egli si sentiva, adesso, restituito a quel mondo di splendore creativo e ordinato che aveva sempre trovato nella musica.

La musica aveva su Schweitzer lo stesso effetto che aveva su Casals. Egli si sentiva ristorato, rigenerato, esaltato. Quando si alzava non c'era più traccia di incurvatura sulla sua schiena. La sua medicina era la musica.

Ma non l'unica medicina. C'era anche l'umorismo.

Albert Schweitzer utilizzava l'umorismo come una forma di terapia equatoriale, un modo di ridurre la temperatura, l'umidità, le tensioni. In realtà, si serviva dell'umorismo in modo così artistico che si aveva la sensazione che lo considerasse quasi come uno strumento musicale.

La vita all'ospedale del dottor Schweitzer non era facile per i giovani medici e le infermiere. Il dottor Schweitzer lo sapeva e si era assunto il compito di fornire nutrimento al loro spirito. Durante i pasti, quando l'équipe si trovava tutta riunita, Schweitzer aveva sempre una storiella o due da raccontare. La risata era probabilmente la portata più importante. Era stupefacente vedere come i membri dell'équipe sembravano ringiovaniti dall'argutezza del suo umorismo. Durante un pranzo, per esempio, il dottor Schweitzer raccontò all'équipe che, « come tutti sanno, ci sono solo due automobili nel raggio di settantacinque miglia attorno all'ospedale. Questo pomeriggio è accaduto l'inevitabile: le automobili sono venute in collisione. Noi abbiamo medicato gli autisti per le loro ferite superficiali, ma chiunque abbia rispetto per le macchine può prendere in cura le automobili ».

La sera seguente diede la notizia che alla chioccia Edna, che aveva fatto il nido vicino al molo, erano nati sei pulcini. « E' stata una grande sorpresa per me; - disse con solennità - non sapevo che fosse in quelle condizioni ».

Una sera a tavola, dopo un giorno particolarmente faticoso, raccontò all'équipe della sua visita al palazzo reale di Copenaghen alcuni anni addietro. Egli era stato invitato a cena e come prima portata erano state servite aringhe danesi. A Schweitzer non piacevano le aringhe. Mentre nessuno lo guardava, con destrezza aveva fatto scivolare le aringhe dal piatto nella tasca della giacca. Il giorno successivo uno dei giornali locali, descrivendo la vita al palazzo reale, parlò della vi-

sita del dottore della giungla e delle strane abitudini alimentari che egli aveva acquisito in Africa. Non solo il dottor Schweitzer aveva mangiato la carne del pesce, riferiva il giornale, ma anche la lisca, la testa, gli occhi e tutto.

Io notai che quando i giovani dottori e le infermiere quella sera si alzarono da tavola, erano di ottimo umore, rinfrancati sia dall'atmosfera che dal cibo. La fatica del dottor Schweitzer, così evidente quando era entrato nella sala da pranzo, dava ora modo di pensare già alle cose che dovevano essere fatte. L'umorismo a Lambarene era nutrimento vitale.

La Bibbia ci dice che un cuore allegro agisce come un medico. Cosa esattamente avvenga nella mente e nel corpo dell'uomo come conseguenza dell'umorismo, è difficile da dire. Ma le testimonianze dei suoi effetti hanno stimolato la riflessione non solo di medici, ma anche di filosofi e di studiosi nel corso dei secoli. Sir Francis Bacon ha richiamato l'attenzione sulle caratteristiche fisiologiche della risata. Robert Burton, nel suo *Anatomy of melancholy*, quasi quattrocento anni fa, si basa su testimonianze autorevoli per osservare che « l'umorismo purifica il sangue, rende il corpo giovane, vivo e idoneo a qualunque attività ». Comunemente, diceva Burton, l'allegria è « il principale motore che abbatte i muri della malinconia e... una cura sufficiente in se stessa ». Hobbes ha descritto la risata come « un'emozione di gloria improvvisa ».

Emmanuel Kant, nella sua *Critica della ragion pura*, scrive che la risata produce « una sensazione di benessere attraverso lo stimolo di processi organici vitali; un'emozione che muove gli intestini e il diaframma; in una parola una sensazione di salute ben percepibile da ognuno: in questo modo noi possiamo raggiungere il corpo attraverso l'anima e servirci di quest'ultima come medico del primo ». Se Kant con queste parole voleva dire di non aver mai conosciuto un uomo col dono di saper ridere di cuore che fosse anche affetto dalla costipazione, io sono perfettamente d'accordo con lui. Ho sempre pensato che saper ridere di cuore è un modo per essere vivi interamente senza bisogno di « cercare fuori ».

La mente umana ha affascinato Sigmund Freud non solo nel suo cattivo funzionamento o nei suoi tormenti. Le sue ricerche miravano a chiarire la posizione così misteriosa occupata dal cervello nell'universo. L'intelligenza e l'umorismo erano per lui manifestazioni altamente differenziate dell'unicità della mente. Egli riteneva che l'allegria fosse uno strumento estremamente utile per mitigare gli effetti della ten-

sione nervosa, e che l'umorismo potesse essere usato come efficace terapia.

Sir William Osler sentiva nella risata « la musica della vita ». Il suo biografo, Harvey Cushing, riferisce che Osler consigliava a medici esauriti sia fisicamente che spiritualmente alla fine di una lunga giornata, di cercare nell'allegria la medicina. « C'è la felice possibilità - ha scritto Osler - che egli, come Lionel in uno dei poemi di Shelley, se non erro, si possa mantenere giovane con le risate ».

L'attuale ricerca scientifica sui benefici fisiologici della risata può non essere abbondante, ma non per questo poco significativa. William Fry, dell'Università di Stanford, ha scritto un saggio illuminante, *Le componenti respiratorie della risata allegra*. Suppongo che volesse riferirsi a ciò che comunemente chiamiamo risata a crepapelle. Come Emmanuel Kant, Fry ritiene che l'intero processo della respirazione venga abbondantemente impegnato nella risata. Un altro saggio che val la pena consultare sull'argomento è *Effetti della risata sul tono muscolare*, scritto da H. Paskind su « Archives of Neurology and Psychiatry » nel 1932.

Alcuni dicono di sentir male alle costole quando vengono presi nella stretta di uno scoppio di risa incontrollabile. L'espressione è probabilmente esatta, ma è un dolore piacevole, che lascia l'individuo rilassato quasi al punto di assumere atteggiamenti scomposti. E' quel tipo di « dolore » che la maggior parte della gente farebbe bene a sperimentare ogni giorno. Esso è specifico e tangibile come ogni altra forma di esercizio fisico. Anche se le sue manifestazioni biochimiche devono essere ancora esplicitamente individuate e comprese, come gli effetti della frustrazione, della paura e dell'ira, esse sono abbastanza concrete.

Sempre più numerosi appaiono nelle riviste mediche articoli sull'alto costo delle emozioni negative. Il cancro, in particolare, è stato collegato con stati intensi di angoscia e di collera o di paura. Non ha senso supporre che le emozioni provochino solo danni e non offrano benefici. In ogni caso, parecchio tempo prima della mia grave malattia, mi ero convinto che la creatività, la volontà di vivere, la speranza, la fiducia e l'amore erano rilevanti dal punto di vista biochimico e contribuivano decisamente alla guarigione e al benessere. Le emozioni positive sono esperienze vivificanti.

La ricerca scientifica ha individuato l'esistenza nel cervello umano di endorfine, sostanze molto simili alla morfina nella struttura molecolare e negli effetti; si tratta di anestetici propri dell'organismo,

rilassanti, che aiutano gli esseri umani a sopportare il dolore. Non è ancora del tutto conosciuto esattamente come le endorfine vengano attivate e immesse nel circolo sanguigno; e neppure si conosce se possano essere attivate dalle emozioni positive. Ma si è abbastanza appurato che individui decisi a superare una malattia tendono a tollerare un forte dolore più di individui morbosamente apprensivi. Ricercatori medici cinesi affermano che è possibile usare con successo l'agopuntura al posto di un anestetico perché l'introduzione degli aghi nei meridiani del corpo attiva le endorfine. ✱

In ogni caso la mente umana svolge un suo ruolo nel controllare il dolore, così come lo ha nel combattere una malattia. E' sufficiente soffermarsi sul fenomeno del placebo per riconoscere che, sia a livello di coscienza che a livello di inconscio, la mente può comandare al corpo di reagire o di rispondere con certe modalità. Questa risposta implica non solo reazioni psicologiche, ma anche la chimica dell'organismo.

Nel primo capitolo ho riferito della funzione svolta dal ridere nel diminuire l'infiammazione delle mie giunture, confermata dall'abbassamento dell'indice di sedimentazione, abbassamento costante e progressivo. Si deve per questo arguire che le risate stimolavano le endorfine? Un medico giapponese ha compiuto, a Tokio, un interessante esperimento in questa direzione: egli ha inserito le risate nel trattamento di pazienti di tubercolosi. Dal resoconto dell'esperimento sembra che egli sia riuscito a dimostrare, con propria soddisfazione, che le risate avevano effetto terapeutico, con esito quanto mai positivo nel miglioramento dei suoi pazienti.

Forse verranno portati a termine altri e più completi studi ed esperimenti, dai quali potremo sapere molto di più di quanto sappiamo ora sulla funzione delle emozioni positive, della creatività e della volontà di vivere. Presto i ricercatori medici potrebbero scoprire che nel cervello umano c'è un impulso naturale a sostenere il processo vitale e a rinforzare l'intero organismo nella lotta contro il dolore e la malattia. Quando questa conoscenza sarà sviluppata, l'arte e la pratica della medicina raggiungeranno un nuovo e più alto livello.

Gli americani sono probabilmente il popolo della terra più preoccupato dal dolore. Per anni – sui giornali, per radio, in televisione, nelle conversazioni quotidiane – ci è stato messo in testa che ogni accenno di dolore deve essere eliminato come se fosse il peggior demone. Come risultato, stiamo diventando una nazione di divoratori di pillole e di ipocondriaci, fino a trasformare il più leggero malessere in una prova bruciante.

Si sa molto poco sul dolore e quello che non sappiamo lo rende ancora più nocivo. In effetti, nessuna forma di ignoranza è tanto diffusa e costosa negli Stati Uniti come quella sul dolore: cosa sia, da cosa sia provocato, come affrontarlo senza cadere nel panico. Quasi tutti sono in grado di snocciolare il nome di almeno una dozzina di farmaci che possono eliminare un dolore di qualunque origine, dal mal di testa alle emorroidi. Molto di meno è risaputo che circa il 90 per cento del dolore è autolimitante, che esso non sempre è indice di cattiva salute, e che, il più delle volte, è il risultato della tensione, dello stress, delle preoccupazioni, dell'apatia, della noia, della frustrazione, dell'ira repressa, di un sonno insufficiente, di una superalimentazione, di una dieta poco equilibrata, del fumo, dell'eccessivo bere, di esercizio fisico inadeguato, di aria viziata, o di qualunque altro abuso in cui cade l'uomo nella società moderna.

Ciò che più viene ignorato riguardo al dolore è che il modo migliore per eliminarlo è di eliminare un abuso. Al contrario molte persone ricorrono quasi istintivamente agli antidolorifici: aspirina, barbiturici, codeina, tranquillanti, sonniferi, e dozzine di altri analgesici e medicinali desensibilizzanti.

La maggior parte dei medici è molto preoccupata per la misura

con cui la professione medica oggi sta accettando l'industria degli analgesici. I loro studi sono affollati da persone morbosamente ed erroneamente convinte che sta per accadere loro qualcosa di terribile. E' fin troppo evidente che la campagna per indurre le persone a ricorrere al medico al primo segno di dolore si è rivolta contro chi l'ha promossa. Per i medici è ora difficile dare un'attenzione adeguata ai pazienti che hanno veramente bisogno di una diagnosi esperta e di una terapia, perché il loro tempo è assorbito da gente che non ha assolutamente nulla, se non una indisposizione temporanea o un malessere di origine psicologica.

I pazienti generalmente si sentono indignati ed offesi se il medico afferma di non aver individuato una causa organica per il loro dolore; secondo loro l'espressione « di origine psicologica » significa che in fondo essi si stanno lamentando di sintomi inesistenti. E' necessario persuaderli che molte forme di dolore non hanno una causa fisica, ma sono il risultato, come ho detto prima, di tensione, stress, o di fattori ostili dell'ambiente in generale. Certe volte il dolore, come già detto, può essere una manifestazione di un' « isteria di conversione », il nome dato da Jean Charcot a quei sintomi fisici derivanti da disturbi emotivi.

Ovviamente, sarebbe una follia da parte degli individui, ignorare dei sintomi che potrebbero essere l'avvertimento di una malattia potenzialmente grave. Certe persone hanno una tale paura di sentire cattive notizie dal medico, che lasciano peggiorare il loro malessere a volte in maniera irreversibile. La trascuratezza totale non è una risposta all'ipocondria. L'unica risposta deve essere una migliore educazione riguardo al funzionamento del corpo umano, in modo che più gente possa riuscire a trovare il giusto equilibrio fra un indiscriminato uso di pillole e un'irresponsabile trascuratezza di sintomi seri.

Di tutti gli aspetti del dolore, nessuno è più importante da capire per l'individuo che la varietà di « soglia ». Quasi tutti abbiamo un dolore-spia che viene attivato ogni volta che la tensione o la fatica raggiungono un certo livello. Tale dolore può prendere la forma di emicrania, di una forte pressione dolorosa nel basso ventre, di crampi, di dolore ai reni o anche alle giunture. La persona che ha imparato a mettere in relazione questi dolori di soglia con la loro causa, non cade più nel panico quando essi si verificano: piuttosto fa qualcosa per alleviare lo stress e la tensione. In seguito, se il dolore persiste nonostante l'assenza di una causa evidente, la persona telefonerà al dottore.

Se c'è molta ignoranza sulla natura del dolore, anche maggiore è l'ignoranza sul meccanismo di funzionamento degli analgesici. Generalmente s'ignora che molti dei più reclamizzati analgesici eliminano il dolore senza correggere la situazione ad esso sottostante. Essi indeboliscono quel meccanismo che segnala al cervello la presenza di qualcosa che non va. Il corpo finisce per pagare un prezzo molto alto se il dolore viene semplicemente soppresso senza considerarne la causa.

Gli atleti professionisti vengono a volte gravemente danneggiati da allenatori che mirano esclusivamente a tenerli in forma. Quanto più l'atleta è famoso, tanto maggiore è il rischio che venga sottoposto a misure mediche estreme quando interviene un disturbo. Un campione di baseball nel ruolo di lanciatore, se ha un braccio dolorante per uno strappo muscolare o per un danno ai tessuti, può aver bisogno di un riposo prolungato più di ogni altra cosa. Ma la sua squadra è in lizza per i campionati mondiali; quindi l'allenatore o il medico sportivo, chiamati a compiere il miracolo, ricorrono ad una forte dose di butazolidina o di altri potenti analgesici. Ecco che il dolore scompare! Il lanciatore si piazza a livello mondiale e anche in modo eccellente. Ma potrebbe tuttavia essere l'ultima partita in cui egli riesce a lanciare una palla a piena forza. Le medicine non hanno risolto lo strappo muscolare o provocato la guarigione della lesione al tessuto. Sono soltanto riuscite a mascherare il dolore, permettendo al lanciatore di tirare con forza, ma aggravando maggiormente lo strappo muscolare. Non c'è da meravigliarsi che tanti famosi atleti vengano stroncati nel loro pieno rigoglio, vittime di un eccesso di zelo nel trattamento delle loro lesioni, che delle lesioni stesse.

La regina di tutti gli analgesici è certamente l'aspirina. L'organo ufficiale di controllo sugli alimenti e sui medicinali degli Stati Uniti permette che l'aspirina venga venduta senza prescrizione, ma essa, contrariamente a quanto comunemente si crede, può essere pericolosa e, a dosi massicce, potenzialmente letale. La gente prende aspirina più di ogni altro medicinale al mondo. Alcuni sono dei divoratori di aspirina, arrivando a prenderne dieci e più al giorno. Ciò che essi non sanno è che anche la minima dose può provocare un'emorragia interna. Fatto anche più grave, forse, l'aspirina agisce contro il collagene, che svolge una funzione chiave nella formazione del tessuto connettivo. Dal momento che molte forme di artrite comportano la disintegrazione del tessuto connettivo, l'uso prolungato di aspirina può veramente aggravare una sottostante condizione artritica.

Il motivo per cui l'aspirina è prescritta tanto largamente ai sof-

ferenti di artrite è che essa ha un effetto antinfiammatorio, a parte il fatto che essa attenua il dolore. Negli ultimi anni, tuttavia, i ricercatori medici hanno ipotizzato che il valore antinfiammatorio dell'aspirina può venire controbilanciato dal danno che provoca alla chimica essenziale del corpo. I dottori J. Hirsh, D. Street, J. F. Cade e H. Amy hanno dimostrato nel numero del marzo 1973 della rivista specializzata « Blood », che l'aspirina impedisce l'interazione fra « il flusso piastrinico » e il tessuto connettivo. Negli « Annals of Rheumatic Diseases », ancora del marzo 1973, il dottor P. N. Sperry riferiva di significative perdite di sangue in pazienti che prendevano forti dosi giornaliere di aspirina. (Non è raro che pazienti sofferenti di gravi artriti reumatoidi prendano anche ventiquattro pasticche di aspirina al giorno).

Ancora voglio richiamare l'attenzione sull'articolo dell'8 maggio 1971, pubblicato da « Lancet », la rivista medica inglese. Il dottor M. A. Sahud e il dottor R. J. Cohen affermano che l'uso sistematico di aspirina da parte di pazienti reumatoidi provoca un anormale abbassamento dei livelli dell'acido ascorbico del plasma. Secondo gli autori, l'aspirina blocca « l'assorbimento dell'acido ascorbico nelle piastrine del sangue ». Dal momento che la vitamina C è essenziale alla formazione del collagene, il suo esaurimento causato dall'aspirina sembra ostacolare direttamente la necessità, presente nell'organismo ammalato di artrite, di combattere il collasso del tessuto connettivo. L'articolo di « Lancet » conclude che, quanto meno, insieme all'aspirina dovrebbe essere somministrato acido ascorbico per bilanciarne i pericolosi effetti.

Ovviamente, l'aspirina non è l'unico analgesico di cui si conoscano effetti collaterali dannosi. La dottoressa Daphne A. Roe, dell'università Cornell, a un convegno di medici tenuto a New York nel 1974, ha messo in luce in modo lampante un ampio spettro di rischi collegati ai sedativi e ad altri analgesici. Alcuni di questi medicinali interferiscono gravemente con le capacità dell'organismo di metabolizzare appropriatamente il cibo, provocando quindi malnutrizione. In alcuni casi c'è anche pericolo di depressione dell'attività del midollo osseo, interferendo con la capacità dell'organismo di ricostituire le proprie riserve di sangue.

Nella storia della medicina gli analgesici sono una delle più grandi conquiste. Usati in modo dovuto, possono essere di grande beneficio nell'alleviare sofferenze e nel curare malattie. Ma il loro uso indiscriminato e disordinato sta trasformando milioni di persone in malati cronici e psicologicamente menomati. L'incessante pubblicità degli analgesici, specialmente attraverso la televisione, ha preparato il

terreno per una nevrosi d'ansia di massa. Quasi dal momento in cui i bambini sono abbastanza grandi da poter sedere di fronte al televisore, essi vengono iniziati al mondo lamentevole e morboso dell'ipochondriaco. C'è poco da stupirsi se tanta gente teme il dolore più della morte stessa.

Potrebbe essere una buona idea se medici impegnati ed educatori potessero unirsi per inserire la conoscenza del dolore tra le parti importanti dei programmi scolastici. Quanto alla popolazione in generale, forse alcune delle stesse tecniche usate dalle agenzie pubbliche d'informazione per rendere la gente consapevole del pericolo del cancro, potrebbero essere usate per arginare il crescente terrore del dolore e della malattia in genere.

La gente dovrebbe sapere che non c'è niente di più importante nel corpo umano della sua capacità naturale di recupero, quando gli si concede un minimo di rispetto. Se le nostre stazioni radiofoniche e televisive non possono permettersi un tempo equivalente di risposta agli avvisi pubblicitari relativi agli analgesici, potrebbero almeno dedicare alcuni minuti al giorno per rilievi di buon senso sull'argomento del dolore. Quanto all'organo ufficiale di controllo sugli alimenti e sui medicinali, sarebbe interessante sapere perché un organismo che con tanta energia ha messo in guardia gli americani contro l'uso di vitamine senza prescrizione, fa così poco per controllare vendite private di milioni di pillole antidolorifiche ogni anno, alcune delle quali possono provocare più danno del dolore che dovrebbero eliminare.

Se mai è stato scritto un rapporto sui tentativi compiuti dai medici per comprendere il dolore, il nome di Paul Brand dovrebbe avere un posto d'onore. Il dottor Brand ha lavorato con i lebbrosi per la maggior parte della sua carriera di medico. E' un chirurgo ortopedico inglese noto nel mondo medico per il lavoro speso a restituire ad un uso produttivo mani rese inabili o paralizzate, ed ha svolto il suo lavoro principale quale direttore della chirurgia ortopedica alla facoltà di medicina di Vellore in India.

Paul Brand si recò a Vellore da giovane, nel 1947. Sua moglie, anch'essa chirurgo, lo raggiunse un anno più tardi. Insieme hanno costituito una delle più notevoli *équipe* mediche formate da marito e moglie nel mondo. Paul Brand ha restituito a migliaia di lebbrosi l'uso delle mani e delle braccia. Margaret Brand ha salvato migliaia

di lebbrosi dalla cecità. Entrambi hanno insegnato alla facoltà di medicina, hanno portato avanti importanti ricerche, e hanno lavorato all'ospedale e in unità sanitarie da campo.

L'obiettivo principale di Paul Brand quando entrò nella facoltà cristiana di medicina e nell'ospedale di Vellore, era quello di vedere se poteva riuscire ad applicare le sue avanzate tecniche di chirurgia ricostruttiva ai particolari problemi dei lebbrosi. Comunemente, le dita dei lebbrosi tendono ad assumere l'aspetto di « artigli » o a chiudersi parzialmente a causa della paralisi di nervi che controllano i muscoli della mano. Brand voleva tentare di riattivare le dita mettendole in comunicazione con gli impulsi nervosi sani dell'avambraccio. Questo richiedeva, ovviamente, una rieducazione del paziente in modo che il cervello, per muovere le dita, riuscisse a trasmettere ordini all'avambraccio invece che alla mano.

Dopo non molto tempo, tuttavia, si rese conto che non poteva limitarsi ad occuparsi dei problemi provocati dalle mani adunche dei lebbrosi. Avrebbe dovuto piuttosto affrontare il problema della lebbra nella sua totalità; che cos'era, come prendeva piede nel corpo umano, come poteva essere combattuta. Si immerse nella ricerca. Quanto più approfondiva le sue conoscenze, tanto più si rendeva conto che la maggior parte delle convinzioni sulla lebbra portate con sé a Vellore, erano superate al punto da poter essere considerate medievali. Decise con determinazione di approfondire il metodo scientifico di fronte agli antichi misteri della lebbra.

Doveva scoprire, così, che le idee prevalenti sul « tessuto lebbroso » erano errate. Errata era anche la nozione che la perdita degli alluci, delle dita, o l'atrofia del naso fossero dirette conseguenze o manifestazioni della malattia. Più significativa di tutte fu forse la consapevolezza che la lebbra era una malattia caratterizzata dalla mancanza di dolore.

Come capo del settore ricerca, Paul Brand sentì innanzitutto il bisogno di scoprire tutto ciò che era possibile sul tessuto delle parti malate del lebbroso. La medicina da tempo sapeva che la lebbra era provocata da un bacillo in qualche modo simile all'organismo che provoca la tubercolosi. Questa scoperta era stata fatta da Gerhard Henrik Hansen circa un secolo e mezzo prima; il termine « malattia di Hansen » divenne sinonimo di lebbra. Come nel caso della tubercolosi, il *bacillus leprae* produceva dei tubercoli; questi tubercoli, di misura variabile da un piccolo pisello a una grossa oliva, apparivano sul viso, sulle orecchie e sulle estremità. Si pensava comunemente che il ba-

cillo fosse responsabile in qualche modo del distaccarsi delle dita e anche delle mani e dei piedi. Le ricerche sul tessuto reale erano state molto scarse. C'era qualcosa nei brandelli di dita delle mani o dei piedi che differenziava questo tessuto dalle cellule sane? Il *bacillus leprae* era un agente attivo nell'atrofia. Attraverso le ricerche Brand e i suoi colleghi giunsero all'incredibile conclusione che non c'era differenza fra il tessuto sano e il tessuto delle dita di un lebbroso.

Una cosa era tuttavia scientificamente accertata: il *bacillus leprae* distruggeva le terminazioni nervose. Questo significava che andava perduto o seriamente compromesso il delicato senso del tatto. Ma la carne in se stessa, scoprì il dottor Brand, non era altrimenti distinguibile da un tessuto normale.

Come accade spesso nella ricerca in medicina, alcune delle più importanti scoperte di Paul Brand sulla lebbra avvennero non come risultato di un lavoro sistematico, ma di un fatto accidentale. Subito dopo esser arrivato a Vellore, egli ebbe modo di notare una forza prodigiosa nelle mani dei lebbrosi. Perfino una casuale stretta di mano con un lebbroso era come mettere le dita in una morsa. C'era forse qualcosa che sprigionava nelle mani dei malati una forza sconosciuta alla gente sana?

La risposta gli venne un giorno in cui non riusciva a girare la chiave in un grosso lucchetto arrugginito. Un ragazzo lebbroso di dodici anni vide la difficoltà del dottore e chiese di aiutarlo. Il dottor Brand rimase sbalordito davanti alla facilità con cui il ragazzo girò la chiave. Esaminò il pollice e l'indice della mano destra del giovane; la chiave aveva tagliato la carne fino all'osso, ma il ragazzo, mentre girava la chiave, era completamente inconsapevole di ciò che stava accadendo alle sue dita.

Il dottor Brand ebbe subito la risposta. La desensibilizzazione delle terminazioni nervose aveva permesso al ragazzo di girare la chiave ben oltre il punto in cui una persona sana avrebbe provato dolore a continuare. La gente sana possiede una forza che non usa mai, proprio perché la pressione di ciò che fa resistenza provoca dolore. Le mani dei lebbrosi non sono più forti, mancano semplicemente di quel meccanismo di dolore che segnala loro quando devono smettere la pressione. In questo modo seri danni potevano essere arrecati alla carne e alle ossa.

Era possibile, si chiese il dottor Brand, che il motivo per cui i lebbrosi perdevano le dita delle mani e dei piedi non avesse niente a che vedere con la lebbra, ma piuttosto col fatto che essi erano

insensibili alle ferite? In poche parole, poteva una persona essere inconsapevole del fatto che, durante le attività quotidiane, poteva esporre il suo corpo a seri pericoli? Paul Brand passò in rassegna tutte le cose che lui stesso faceva nel corso di una giornata: girare rubinetti e maniglie, azionare leve, spostare, spingere e tirare oggetti, usare utensili di tutti i tipi. La maggior parte di queste azioni richiedeva che fosse esercitata una pressione. E la quantità di pressione era determinata sia dalla resistenza dell'oggetto, sia dalla capacità delle dita e delle mani di tollerare lo sforzo. Senza la normale sensibilità, riconosceva, avrebbe continuato a esercitare la pressione anche se ne fosse derivato un danno alle mani durante l'operazione.

Egli osservò i lebbrosi durante le loro attività giornaliere e si convinse di essere nel giusto; cominciò a educarli a tollerare lo sforzo, disegnò dei guanti speciali per proteggere le loro mani, e dispose delle visite giornaliere in modo che le ferite non arrivassero al punto dell'ulcerazione e del deturpamento, come accadeva precedentemente. Quasi miracolosamente l'incidenza di nuove ferite si abbassò nettamente. I lebbrosi diventarono più produttivi. Paul Brand cominciò a pensare che stava facendo progressi fondamentali.

Restavano, tuttavia, alcuni misteri. Come spiegare la persistente sparizione di parti di dita o di dita intere? Perché questi pezzi di dita sparivano da un giorno all'altro? Forse si staccavano? Niente stava ad indicare che le ossa dei lebbrosi fossero più fragili delle ossa della gente normale. Se un lebbroso si tagliava un dito usando la sega, o se in qualche modo il dito veniva tagliato via, doveva essere possibile esibire il dito perso. Ma nessuno aveva mai trovato un dito dopo averlo perso. Perché?

Paul Brand rifletté sul problema. Allora, all'improvviso, la risposta esplose nella sua mente. Dovevano essere i topi. E doveva accadere di notte, mentre i lebbrosi dormivano. Dal momento che le mani dei lebbrosi avevano perso la loro sensibilità, essi non si accorgevano di essere attaccati e quindi non offrivano alcuna resistenza.

Paul Brand apprestò dei punti di osservazione notturni nelle capanne e nelle corsie di ospedale. E fu proprio come aveva pensato. I topi salivano sui letti dei lebbrosi, annusavano con cura, e quando non incontravano resistenza, si mettevano al lavoro sulle dita. Le dita non cadevano; venivano mangiate. Questo non significava che tutte le dita « perse » fossero sparite in quel modo. Potevano essersi staccate per un incidente e poi portate via dai topi o da altri animali

prima che la perdita fosse notata. Ma una delle cause maggiori delle sparizioni era stata finalmente identificata.

Paul Brand e la sua équipe si misero al lavoro, attaccando gli invasori su doppio fronte. Il programma per il controllo dei roditori fu aumentato più volte. Furono costruite barriere intorno ai piedi dei letti, i letti stessi furono alzati. I risultati si videro subito. Ci fu un netto calo nella sparizione delle dita.

Intanto Paul Brand continuava nel suo compito principale: ricostruire mani, stimolare muscoli, raddrizzare dita. Quando un dito si era accorciato o era del tutto mancante, le altre dita dovevano essere rese efficienti al massimo. Migliaia di lebbrosi furono restituiti alla produttività manuale.

Uno degli aspetti più penosi, ma molto comuni, che segnano molti lebbrosi, è l'evidente deterioramento del naso. Che cosa ne provocava l'accorciamento? Non era molto probabile che il naso soffrisse di quel tipo di ferite permanenti che spesso colpivano le mani e i piedi desensibilizzati. E i topi? Anche questo sembrava improbabile. C'era sufficiente sensibilità sul viso del lebbroso, specialmente attorno alla bocca, da rendere impossibile l'ipotesi dell'assalto dei roditori.

Mentre Paul Brand cercava di risolvere l'enigma, si convinse che né ferite né topi erano implicati. Finalmente, egli trovò la risposta mentre compiva ricerche sugli effetti del *bacillus leprae* sulle delicate membrane interne del naso. Nel lebbroso queste membrane si contraevano sensibilmente, il che significava che la cartilagine di connessione veniva tirata verso l'interno. Ciò che accadeva, dunque, non era il deterioramento o la perdita della struttura nasale attraverso una ferita. Il naso veniva « tirato dentro » la testa.

Fu una scoperta sbalorditiva che andava contro idee che avevano retto per secoli. Brand poteva provarlo? Il modo migliore di procedere, lo sentiva, passava attraverso la chirurgia che avrebbe spinto di nuovo il naso sul viso.

Ricostruì allora il naso dall'interno; si trattava di un procedimento rivoluzionario.

Egli sapeva che l'intervento non poteva riuscire bene in tutti i casi. Dove la lebbra era avanzata a tal punto che la contrazione delle membrane lasciava poco spazio per lavorarvi, era dubbio che l'operazione avrebbe avuto successo. Ma c'era una buona probabilità di poter mettere di nuovo il naso al suo posto nei casi in cui la malattia poteva essere arrestata se la contrazione delle membrane non era eccessiva.

La teoria funzionò. Come risultato, l'operazione di ricostruzione del naso sperimentata a Vellore è stata usata a beneficio di un gran numero di lebbrosi negli ospedali di tutto il mondo.

Passiamo alla cecità. Fra tutte le disgrazie della lebbra, forse nessuna è più grave o caratteristica della cecità. Anche in questo caso si è ritenuto per secoli che la perdita della vista fosse una manifestazione specifica di uno stato lebbroso avanzato. A Vellore questa supposizione fu messa seriamente in dubbio. Un intenso studio della malattia aveva convinto Paul Brand e i suoi collaboratori che la cecità non era un prodotto diretto della lebbra, ma un effetto collaterale. Una grave mancanza di vitamina A, per esempio, poteva essere una importante causa che contribuiva alla formazione delle cataratte e alla successiva cecità. Dove le cataratte erano già formate, era possibile eliminarle con un intervento chirurgico.

Fu in questo campo che la dottoressa Margaret Brand divenne attiva ed efficiente in modo particolare. In certi giorni essa riusciva a fare cento operazioni di cataratta. Questo può sembrare assurdo a molti chirurghi oculisti europei e americani per i quali dodici operazioni di questo genere in un sol giorno verrebbero considerate un numero formidabile. Ma i chirurghi a Vellore dovevano fare i conti con migliaia di persone che aspettavano di essere salvate dalla cecità. Spesso essi lavoravano da quattordici a sedici ore al giorno servendosi di tecniche che facilitavano una chirurgia rapida.

La dottoressa Margaret Brand faceva parte di un'equipe sanitaria e chirurgica mobile che girava regolarmente fra villaggi molto lontani dall'ospedale. Venivano allestite delle sale operatorie da campo e l'elettricità veniva fornita dai motori delle jeep attraverso opportuni dispositivi.

Le cataratte, tuttavia, non esaurivano il problema della cecità dei lebbrosi. Parecchi lebbrosi di Vellore non soffrivano di cataratta, ma stavano perdendo la vista a causa di ulcerazioni agli occhi. Forse il *bacillus leprae* provocava l'infezione e le conseguenti ulcerazioni e poi la cecità? Oppure, come nel caso delle dita delle mani e dei piedi, la perdita della funzione era un effetto collaterale della malattia, in cui altre cause andavano identificate ed eliminate?

Quest'ultimo modo d'impostare il problema diede buoni frutti. Gli occhi dell'uomo sono costantemente esposti ad ogni sorta di irritazioni provocate dalla polvere e dallo sporco dell'aria. Gli occhi affrontano queste invasioni senza che la persona quasi se ne accorga. Migliaia di volte al giorno le palpebre si chiudono e si aprono la-

vando la superficie dell'occhio con un fluido salino lenitivo liberato dai condotti lacrimali.

Paul Brand e i suoi colleghi ritenevano che questo processo di lavaggio non aveva luogo nei lebbrosi perché c'era una perdita di sensibilità sulla superficie dell'occhio causata dall'atrofia delle terminazioni nervose. Quest'ipotesi venne facilmente e rapidamente confermata. I medici osservarono gli occhi dei lebbrosi quando subivano irritazioni ordinarie. Così come avevano sospettato, le palpebre non battevano: quindi non poteva esserci processo di lavaggio. Il grosso problema, dunque, era di fare in modo che le palpebre riprendessero a funzionare.

Perché non educare i lebbrosi a fare consapevolmente lo sforzo di battere gli occhi? Non essendoci alcun deterioramento dell'abilità del lebbroso a chiudere gli occhi volontariamente, doveva essere possibile addestrare i lebbrosi a farlo con diligenza. Ma gli esperimenti dimostrarono presto gli svantaggi di questo metodo. A meno che il lebbroso non fosse costantemente concentrato sul problema, il sistema non funzionava. E se egli si concentrava, quasi non riusciva a pensare ad altro. No; si doveva trovare il modo di provocare il movimento delle palpebre in modo da pulire gli occhi automaticamente.

Nel caso delle dita delle mani e dei piedi era possibile educare i lebbrosi a calibrare la resistenza nello sforzo e a dar loro scarpe o guanti protettivi. Come impedire che sporcia e corpi estranei entrassero negli occhi? Gli occhiali potevano essere una risposta, ma non erano ermetici, erano ingombranti, potevano appannarsi per la forte umidità e si perdevano troppo facilmente. Bisognava trovare qualcosa di più risolutivo.

La risposta fu di nuovo trovata nella chirurgia ricostruttiva. Paul Brand e la sua équipe trovarono il modo di collegare alle palpebre i muscoli della mascella. Ogni volta che il lebbroso apriva la bocca, i nuovi muscoli facciali avrebbero tirato le palpebre fino a farle chiudere, lavando così il globo oculare. In questo modo il lebbroso poteva praticamente parlare e mangiare a modo suo, liberandosi dall'imminente cecità. Un enorme numero di lebbrosi ha oggi la vista grazie a questo ingegnoso ricorso alla chirurgia che ha facilitato l'uso del meccanismo naturale di liberare gli occhi dalla polvere e dalla sporcia.

Gradualmente, le ricerche effettuate a Vellore e in altri centri per lebbrosi nel mondo, stanno facendo scomparire le terribili superstizioni che riguardano la lebbra. Contrariamente alla credenza popolare,

essa non è molto contagiosa. In effetti, è praticamente impossibile che la lebbra si trasmetta a una persona sana. Come per la tubercolosi, ovviamente, persone in condizioni di debolezza sono vulnerabili in varia misura. La malattia non è ereditaria; anche qui, tuttavia, come per altre malattie, un'elevata predisposizione può trasmettersi di padre in figlio.

In sostanza, la lebbra è il prodotto della sporcizia, della povertà e della malnutrizione. Non è, come generalmente si crede, una malattia delle zone tropicali e subtropicali. Può diffondersi dovunque esistono condizioni poco igieniche, fame o un'errata alimentazione. E' esistita in paesi nordici quali l'Islanda; è difficile trovare un paese del mondo che non ne sia stato colpito. Ma l'importante è che essa sia sradicabile, e che le sue vittime possano essere curate e apprezzabilmente aiutate e riabilitate. E una volta per tutte può essere liberata dalla comune ignoranza e dalle relative superstizioni che l'hanno sempre accompagnata.

I ricercatori medici hanno dato ampio riconoscimento al dottor Brand e ai suoi colleghi per il nuovo modo di vedere la natura della lebbra, ma vi sono stati riconoscimenti anche maggiori per quanto ottenuto nel campo della chirurgia riabilitativa. Paul Brand è stato capace di trasformare mani rattrappite ed irrigidite da lungo tempo per l'atrofia dei nervi provocata dalla lebbra o da altre cause, in meccanismi funzionanti. E' quasi leggendario in India il caso di un avvocato da lui operato. Per parecchi anni l'avvocato aveva avuto grossi problemi in tribunale. I suoi gesti, elemento tanto essenziale di quella professione, gli erano veramente di pregiudizio; il giudice e la giuria venivano distratti dalla sua mano orribilmente deformata e rigida. Ma un giorno l'avvocato alzò la mano per sottolineare quanto stava dicendo; la mano era agile, le dita si muovevano, il gesto era appropriato. Paul Brand lo aveva operato alla mano, allacciando i muscoli e le terminazioni nervose all'avambraccio, e quindi educando il paziente a muovere la mano attraverso comandi inviati all'avambraccio.

Paul Brand e la sua équipe hanno eseguito migliaia di operazioni simili a Vellore, ma si sono spinti anche al di là della chirurgia, fino a ciò che essi considerano una fase anche più vitale dell'intero trattamento. Un uomo che, in quanto lebbroso, ha mendicato per più di venti anni, non è considerato del tutto recuperato a Vellore finché non sia mentalmente recuperato e fisicamente preparato ad essere un utile e fiero cittadino nella sua società.

A Vellore i pazienti handicappati vengono sottoposti a cure che

permettono loro di essere quanto più è possibile autosufficienti. Essi imparano a stimare sommamente le potenzialità illimitate e le capacità di adattamento dell'organismo umano; imparano che anche da un 10 per cento di mobilità è possibile ottenere molto in termini di produttività ed efficienza. E, come affermava Emerson, la fiducia in se stessi provoca il rispetto di sé.

Non è necessario, ovviamente, cercare una precisa valutazione dell'importanza da attribuirsi a ciascuna delle tre fasi principali in cui si articola il lavoro di Paul Brand: liberazione della lebbra dalla maledizione della superstizione, chirurgia ricostruttiva e riabilitazione personale e psicologia. Sono tutte e tre importanti e collegate l'una all'altra. Ma un aspetto del suo lavoro può essere ritenuto più caratteristico e ammirevole degli altri. Paul Brand è un medico che, se potesse, metterebbe sottosopra cielo e terra per dare di nuovo il dono del dolore a chi non ce l'ha. Il dolore, infatti, è il sistema d'allarme e il meccanismo di protezione che permette all'individuo di difendere l'integrità del proprio corpo. I suoi segnali non sempre sono facilmente intellegibili, ma almeno ci sono. E l'individuo può attivare la sua risposta.

Uno dei risultati dell'articolo apparso sul « New England Journal of Medicine » fu quello di darmi la possibilità di osservare direttamente il movimento per la salute olistica. I leaders del movimento ebbero la bontà di dire che io avevo avuto un'esperienza olistica e che speravano di avermi ai loro incontri per parlare di questa esperienza come un modo per rinforzare le loro convinzioni.

Il mio problema, tuttavia, era che io già avevo detto tutto ciò che ritenevo di dover dire sulla malattia in se stessa. Oltretutto ero consapevole della tendenza di alcuni sostenitori del movimento a contrapporsi all'intera professione medica, e non potevo simpatizzare con questo modo di procedere. Mentre condividevo i principi fondamentali del movimento olistico, vedevo il bisogno di costruire dei ponti sull'abisso che per tanto tempo aveva separato il medico dal pubblico. Inoltre, ciò che mi colpiva in modo particolare, come spiegherò più ampiamente nel prossimo capitolo, dove parlerò delle migliaia di lettere ricevute da medici in risposta all'articolo del « New England Journal of Medicine », era la sensazione di un'importante nuova tendenza nella medicina americana. Pensavo che il movimento olistico dovesse ritenersi gratificato dal fatto sempre più evidente che molti medici stanno tentando di diagnosticare e di curare il paziente nel contesto di tutti quei fattori – lavoro, alimentazione, famiglia, personalità, emozioni – che trovano luogo nella malattia e nell'esaurimento.

Accettai l'invito a parlare o a partecipare a questi incontri, ma mi sforzai di ottenere, e l'ottenni, l'autorizzazione a parlare della necessità di eliminare quel muro di separazione che esiste fra pazienti e medici. Era vero che la professione medica si era permessa di diven-

tare eccessivamente mistificante, perfino autoritaria, nei suoi rapporti generali con la comunità nel suo insieme. Ma c'erano indizi sinceri di voler informare ed educare, e non imporre. I pazienti venivano incoraggiati dai medici a conoscere quanto più possibile sui problemi relativi alla loro salute. Ciò che si stava diffondendo, a mio parere, era un crescente dialogo fra il pubblico e la professione medica nella necessità di condividere le responsabilità nella dovuta maniera.

In questo dialogo, ne ero sicuro, i medici sarebbero rimasti colpiti dalla serietà e correttezza di intenti di milioni di persone nel ritenere che il ruolo principale del medico debba essere quello di aiutare la gente a prevenire la malattia e non solamente a sconfiggerla. E i membri del movimento, ne ero ugualmente sicuro, sarebbero stati colpiti dal gran numero di medici la cui filosofia e la cui prassi si basano sull'idea che la mente e il corpo formano un unico organismo, e che il trattamento dell'una o dell'altro non può essere intrapreso se non nel rispetto della totalità.

I grandi maestri della medicina hanno sempre cercato di inculcare negli studenti la necessità di esaminare attentamente qualunque cosa possa interagire nella causa e nel decorso di una malattia. Ippocrate, il primo grande nome nella storia della medicina, fu sia un teorico che un pratico, e cercò di colmare gli abissi esistenti fra la comprensione della malattia e il suo trattamento. Egli era essenzialmente olistico quando insisteva che è naturale per l'organismo guarire se stesso e che questo processo può generalmente aver luogo anche senza l'intervento di un medico (*v.s. medicatrix naturae*). Egli credeva che la funzione essenziale del medico – di nuovo qui Ippocrate era un olistico – fosse quella di evitare qualunque trattamento che potesse interferire con il processo di guarigione o che potesse far danno (*primum non nocere*).

Ippocrate mise l'accento sull'organizzazione sistematica e sull'applicazione della conoscenza. Era preoccupato dal fatto che molti dogmi e superstizioni fossero presentati nella pratica medica come principi accuratamente dimostrati. Lawrence J. Henderson, ammirato ovunque fra i maestri della medicina del nostro tempo, ha descritto l'essenza di questi principi in una delle sue famose lezioni di Harvard.

Ippocrate non era un osservatore qualunque, ha scritto Henderson, ma un medico la cui « abilità dipendeva da una capacità naturale e da una lunga pratica... Il suo successo è stato grande e l'intera storia della scienza continua a sostenere la convinzione che tale proce-

dura metodologica sia un passo necessario nello sviluppo di una scienza che abbia a che fare con fenomeni altrettanto vari e complessi ».

Questo principio olistico è stato riaffermato più volte quale principio guida per una sana pratica medica. Mezzo secolo fa, Arturo Castiglioni, nella sua *Storia della Medicina*, ha scritto che « il medico deve soprattutto tenere a cuore il benessere del paziente, il suo stato in continuo mutamento, non solo nei segni visibili della malattia, ma anche nello stato della mente, che deve necessariamente essere un fattore importante per il successo del trattamento. Sarebbe da ciechi non riconoscere che prima e anche dopo l'avvento della medicina scientifica moderna sono esistiti grandi ed abili guaritori che non erano uomini di scienza, ma che sapevano rassicurare il paziente e in questo modo influenzare favorevolmente il decorso della malattia. E' anche ovvio che ci sono stati eccellenti scienziati, che erano abbastanza mediocri nella pratica della professione. La storia, quindi, ci insegna che qualunque separazione fra la scienza e l'arte della medicina, è necessariamente pericolosa per la pratica ».

Se i concetti olistici non sono nuovi, come spiegare il nuovo e straordinario interesse popolare per tali concetti, fino a svilupparsi in un movimento nazionale e mondiale? Ciò si deve ad almeno una mezza dozzina di fattori.

Fin da quando furono identificati i pericoli del talidomide per le donne incinte, migliaia di persone si sono rese conto che i medicinali moderni non vanno visti solamente come salvatori; essi possono essere potenzialmente pericolosi, anche quando vengono presi sotto il controllo del medico. Gli antibiotici apparvero come medicinali miracolosi; riuscivano a distruggere dei potenti microrganismi là dove altri medicinali non erano riusciti. Ma i batteri finirono per assuefarsi fino ad offrire resistenza agli antibiotici, tanto da richiedere tipi sempre più potenti. Questo, a sua volta, rese l'organismo umano sempre più vulnerabile agli effetti pericolosi degli antibiotici. La reazione a catena era costosa e distruttiva, e così il medico doveva valutare con cura i relativi danni e benefici. Lo stesso valeva per i medicinali steroidi. I miglioramenti sensoriali e quasi istantanei provocati dal cortisone dovevano risultare controbilanciati dai disturbi apportati al sistema endocrino.

Ci furono altri nuovi medicinali, più efficaci di quanti se ne fossero sperimentati nel prevenire o nel combattere l'ipertensione, o nel regolare il battito cardiaco, o nel mettere in funzione organi pigri, o nel combattere tumefazioni sospette, tutti estremamente efficaci, ma

ciascuno con il suo carico di scotto da pagare o di rischi. Questi pericoli spesso erano grandi quanto i benefici, e a volte più grandi; perciò l'opportunità del loro uso fu messa seriamente in dubbio.

Il pubblico prese improvvisamente coscienza di questi pericoli negli anni sessanta e settanta, quando la consapevolezza del consumatore si estese al campo della salute. Ne derivò una crescente sfiducia non solo verso i più sofisticati e nuovi medicinali, ma, in generale, verso quasi tutti i farmaci. La gente si sente attratta dall'attenzione che la medicina olistica pone più nell'eliminare le cause dell'esaurimento e della malattia che nell'uso di medicinali rischiosi. Si cominciò a ritenere che i medici tendessero a prescrivere medicine in maniera eccessiva e a non mantenere la necessaria vigilanza sui pazienti che continuavano a prendere potenti medicinali molto al di là del limite in cui il loro uso era opportuno, col risultato di provocare problemi anche più gravi di quelli per i quali il medicinale era stato originariamente prescritto. La gente dimenticava, però, che era lo stesso pubblico ad esercitare pressione sui medici perché prescrivessero nuovi ed esotici medicinali.

In ogni caso, la reazione contro i medicinali divenne un elemento importante nel richiamo esercitato dalla medicina olistica. Inevitabilmente, la sfiducia nei medicinali ebbe parte nell'emergente nuova importanza attribuita a un'appropriata nutrizione, vista sia come condizione indispensabile per una buona salute, sia come espediente sostitutivo dei medicinali nella terapia di molte malattie. I libri sulla nutrizione trovarono un pubblico attento. Un'autrice, Adelle Davis, scrisse una serie di libri sulla nutrizione che per una mezza dozzina di anni o più furono venduti più di ogni altro, a parte la Bibbia. Il programma radiofonico di Carlton Frederick sulla nutrizione fu seguito da milioni di persone. Una delle riviste più diffuse d'America, « Prevention », sottolineava l'importanza della nutrizione per la salute e pubblicava articoli relativi alla crescita del movimento olistico.

Il pubblico, in seguito al Convegno della Casa Bianca sul cibo, l'alimentazione e la salute, tenuto nel 1969, e grazie alla crescente letteratura di protesta contro i medicinali, si rese conto che le facoltà di medicina trascuravano di occuparsi della nutrizione, o almeno non davano al problema, nei piani di studio, la stessa importanza che hanno la fisiologia, la patologia, la farmacologia, l'anatomia, la biochimica e così via. A dire il vero, la nutrizione non veniva ignorata o trascurata del tutto, ma veniva insegnata come parte di altre materie. Anche così, il fatto che non avesse una dignità propria nella maggior parte

delle facoltà di medicina, andava contro la convinzione del pubblico che la nutrizione fosse tra i primi fattori riguardanti la salute. E quanto più alcuni dottori cercavano di smentire tale convinzione — asserendo in genere che un cesto di media grandezza in uso nei supermercati forniva tutto ciò di cui aveva bisogno una dieta equilibrata — tanto più la gente si persuadeva che i medici erano su sponde opposte per quanto riguardava la nutrizione. Il fatto che solo pochi medici rivol-gessero al paziente domande precise sulle sue abitudini alimentari, non faceva che confermare questa idea.

Nello stesso tempo il medico generico non aveva avuto modo di tenere il passo con una conoscenza in così rapida espansione, per non parlare di tutte le nuove tecnologie e tecniche. Anche se si teneva conto di tutti questi fatti, la gente, tuttavia, si sentiva a disagio per il modo in cui la specializzazione stava modificando la pratica medica. La gente vedeva una contraddizione fra la tradizionale figura paterna e rassicurante del dottore che si prendeva carico di tutti i problemi di salute del malato, e la diversificazione del rapporto medico-paziente, causata dal formarsi di specialisti per le singole sfere dell'anatomia. La medicina olistica ha tentato di contrastare questa tendenza, mettendo l'accento sui fattori di integrazione.

Il formarsi degli specialisti era connesso con l'esplosione della nuova tecnologia medica, che dava a molti l'impressione che il medico fosse soltanto un aiutante della macchina. I pazienti trovavano difficile accettare la spersonalizzazione provocata dalla nuova tecnologia. Oltretutto le macchine pronunciavano verdetti con conclusioni che sembravano contrastare con le più antiche regole della diagnosi medica, secondo cui alcuni individui possono avere tutti i segni e i sintomi di una particolare malattia, ed essere atipici o addirittura non avere quella malattia. In ogni caso, la medicina olistica accentua il contatto umano e il calore umano, considerando la tecnologia medica generalmente fredda e poco persuasiva.

La nazione ha avuto bisogno di aumentare il numero dei medici nelle aree rurali o negli ambulatori pubblici dei centri minori; eppure la maggior parte dei laureati in medicina è stata attratta dall'esercizio della medicina specialistica nelle grandi città. I dottori vengono accusati di cercare i grossi guadagni resi possibili dai centri metropolitani, ma questa accusa non tiene conto del fatto che un gran numero di laureati in medicina devono pagare all'università debiti per tasse che spesso oltrepassano i 50.000 dollari. Non sarebbe giusto dubitare della sincerità degli studenti, quando affermano che sarebbero molto

disposti a lavorare negli ospedali di campagna se non fossero sotto il peso dei debiti scolastici. Qualunque sia la giustificazione, rimane il fatto che la gente che più ha bisogno di dottori ha minori possibilità di avvicinarli, o, se riesce a raggiungerli, ha minori possibilità di far fronte al livello generale delle parcelle della professione privata.

Il rapido innalzamento del livello d'istruzione degli Americani ha avuto fra l'altro come conseguenza una maggiore capacità di acquisire informazioni nel campo della salute da parte della gente comune. Parecchi milioni di Americani hanno preso l'abitudine di seguire gli sviluppi della medicina. Nel loro rapporto con i medici, essi non sono più disposti ad accettarne le decisioni senza discuterle, e tendono ad averne stima secondo la loro disponibilità a instaurare un dialogo reciprocamente rispettoso.

Sulla capacità della mente umana a svolgere una funzione di primo piano nel debellare la malattia, sono apparsi dati sufficientemente verificabili da rendere l'intero campo enormemente interessante anche per il profano. E' certamente vero che l'interesse per questi argomenti supera la conoscenza sistematica; molte persone cercano ansiosamente di afferrare le nuove scoperte o teorizzazioni che hanno a che fare con il campo d'azione della mente; esse rimangono deluse quando scoprono che i loro medici non sono ugualmente ben informati ed entusiasti di tali sviluppi e prospettive. Ad ogni nuovo libro divulgativo sulle potenzialità della mente umana o sulla sua influenza sul sistema nervoso autonomo, si allarga l'abisso fra il pubblico e la professione medica. Non tutti i dottori, ovviamente, rifiutano i nuovi orientamenti. Una buona documentazione si sta creando intorno alle manifestazioni biochimiche dei poteri della mente. Osservatori competenti, per esempio, hanno riferito di yogi addestrati in India a rallentare il polso fino a pochi battiti al minuto o capaci di ordinare alla loro pelle di resistere a bruciate prodotte da superfici calde. Io stesso ho assistito a dimostrazioni di questo genere in India e quindi so che sono vere. Ma l'esame sistematico di questi fenomeni si è attardato dietro l'interesse popolare, col risultato che l'intero campo si è colorato di fantasia e di affermazioni straordinarie. A parte ciò, tuttavia, è emersa un'innegabile evidenza che la mente umana può essere addestrata a svolgere un'importante funzione sia nel prevenire la malattia, sia nel debellarla quando essa si verifica. L'intero movimento del biofeedback è cresciuto proprio come risultato di questa nuova ricerca. In ogni caso, parecchie migliaia di Americani stanno premendo perché

venga posta maggiore attenzione – da parte dei medici – sull'interazione mente-corpo e sulla sua influenza sulla malattia.

Certamente questi non sono gli unici elementi che spieghino la straordinaria crescita del movimento per la salute olistica, ma ne rappresentano sia i principali sostegni strutturali, sia i motivi di convergenza del crescente interesse del pubblico colto. Alla base di queste idee, ovviamente, vi sono i fondamentali principi tradizionali sulla salute che hanno sempre occupato un posto di prim'ordine nella medicina: nutrimento appropriato, adeguato esercizio fisico, sonno sufficiente, aria sana, moderazione nelle abitudini personali, e così via.

Ai vari convegni sulla salute olistica ai quali ho partecipato, mi sono reso conto di una contraddizione problematica: un movimento basato sul concetto della totalità si stava esso stesso frazionando. Due dozzine o più di scuole o di metodi di validità diversa, non tutti compatibili fra loro e alcuni in competizione, stavano affollando il centro della scena olistica. Alcuni convegni sulla salute olistica sembravano più una congerie di idee in mostra e di teorie separate che un'occasione per articolare una filosofia coerente. Vi erano incluse generalmente, fra le altre, dimostrazioni o presentazioni di agopuntura, astrologia, grafologia, numerologia, chiaroveggenza, biofeedback, omeopatia, naturopatia, nutrizione, iridologia, piramidologia, chirurgia psichica, yoga, guarigioni per fede, terapia vitaminica, terapia con noccioli di albicocca, terapie per contatto, chiropratica, automassaggio, ionizzazione negativa e psicocalistenia.

L'inclusione di tutti questi metodi nello stesso paragrafo crea l'impressione che l'agopuntura, per esempio, sia allo stesso livello dell'astrologia nella cura delle malattie. Lo stesso accade quando essi appaiono insieme in un convegno o in una mostra. So che molte persone ritengono che l'astrologia sia una valida guida al trattamento di gravi malattie e rispetto il loro diritto a questa opinione, ma non voglio prendermi la responsabilità di spingere alcuno che sia seriamente ammalato, a rinunciare al più efficace consiglio medico che si possa ottenere. In ogni caso, è difficile pensare a un principio unificante che riesca a legare insieme nutrizione e grafologia nell'affrontare sistematicamente il problema della salute. In effetti il pericolo di una frammentazione e di una confusione generale in un accoppiamento di questo tipo, è fin troppo reale. Le varie parti sembrano contrastare con un movimento basato sulla necessità di un metodo integrato per affrontare la salute. Uno dei pericoli è che il movimento finisca per pren-

dere il carattere della meno realizzabile e valida delle parti contendenti.

Mentre è ragionevole, perciò, aspettarsi che il medico prenda seriamente in esame il concetto di salute olistica, è irragionevole aspettarsi che egli accetti iniziative prive di dati sistematici, verificabili e convalidati. Man mano che crescono le dimostrazioni, tuttavia, è ragionevole aspettarsi che il medico le prenda in esame pienamente e con grande attenzione.

Allo stesso modo, è ragionevole aspettarsi che il medico conservi un atteggiamento di apertura di fronte ai nuovi sviluppi nella diagnosi e nella cura anche se possono non sembrargli in armonia con l'insegnamento ricevuto e con le esperienze fatte. Non è però ragionevole aspettarsi che egli adotti alcun trattamento in assenza di una adeguata prova clinica che lo dimostri sicuro ed efficace. Nessun medico responsabile farà mai esperimenti sui suoi pazienti.

E' ragionevole attendersi dal medico rispetto per il potere della mente nel vincere la malattia, specialmente grazie all'evidenza offerta dalla clinica e dal laboratorio che la biochimica umana è influenzata dalla forza di volontà o dagli stati emotivi. Ma non è ragionevole aspettarsi che questi modi di agire diventino la sua unica modalità di trattamento dei pazienti, facendogli abbandonare altri metodi da lui conosciuti come efficaci in diversa misura.

E' ragionevole aspettarsi che il medico riconosca che la scienza può non avere tutte le risposte ai problemi di salute e di guarigione. Ma non è ragionevole aspettarsi che egli rinunci al metodo scientifico nel trattare i pazienti. La cosa più importante nella scienza è il metodo scientifico: un modo di pensare con sistematicità, un modo di riunire delle prove e di valutarle, un modo di condurre esperimenti così da predire accuratamente cosa accadrà in presenza di determinate circostanze, un modo di individuare e riconoscere i propri errori, un modo di trovare degli errori in idee di lunga tradizione. La scienza stessa è in continuo cambiamento, proprio grazie al metodo scientifico. E' irragionevole, quindi, che il medico si allontani da questo metodo per quanto grande possa essere la costrizione o la persuasione.

E' ragionevole aspettarsi che il medico accordi alla nutrizione una funzione importante nella comprensione e nel trattamento della malattia. E' ugualmente ragionevole aspettarsi da lui che presti ascolto all'interesse pronunciato dal paziente in materia, anche qualora possa constatare lacune logiche e pratiche nel modo in cui il paziente articola il suo pensiero. Sarebbe un grave errore per il medico permet-

tere alla sua superiore conoscenza della salute in generale di fargli credere che non esistono dei particolari in cui il profano possa essere meglio informato. Per una sana nutrizione vale esattamente lo stesso discorso che per una sana medicina. Se un medicinale può provocare un cambiamento nelle funzioni interne dell'essere umano, altrettanto può fare il cibo. E' un grave errore supporre, quindi, che un medicinale possa raggiungere un dato obiettivo a prescindere da tutto il resto che viene introdotto nel corpo umano, oppure che un cibo opportuno non possa essere utilizzato per combattere la malattia, in combinazione con un medicinale o no, a seconda della natura del problema. In ogni caso, è ragionevole aspettarsi che un medico consideri un completo profilo nutrizionale del paziente come parte essenziale di qualunque sviluppo d'indagine.

E' irragionevole, tuttavia, aspettarsi che un medico possa ritenere che i cibi giusti, anche se essenziali, siano tutto ciò che si richiede per curare qualunque malattia. Il medico sarebbe un irresponsabile se non si servisse di tutti gli strumenti in suo possesso nei casi in cui si richiede un intervento d'importanza estrema. Quando si richiedono cibi appropriati, essi devono essere pienamente impiegati; ma quando si deve far appello alla scienza medica, non ci si può aspettare che il medico si tiri indietro. Se un paziente ha avuto un attacco di endocardite batterica, per esempio, un immediato trattamento farmacologico può rappresentare la differenza fra la vita e la morte. Un cibo sano può avere una funzione importante nel rinforzare il cuore, ma in una situazione di emergenza, sarebbe una follia astenersi da un drastico trattamento farmacologico, tenendo conto dell'alta percentuale di casi che sono guariti rapidamente con un trattamento di questo genere.

E' ragionevole aspettarsi che un medico accetti che persone sotto stress o soggette a tensione o a rischi ambientali abbiano bisogno di un supplemento di vitamine. L'opinione che una dieta fornisca vitamine sufficienti non ha molto senso; l'uso della parola « media » in argomenti di questo genere è arbitrario e non scientifico. Alcuni modi di vivere provocano uno squilibrio vitaminico cronico. Forse più pazienti andrebbero dal medico per essere consigliati su questi problemi, se non avessero la sensazione che i medici considerano un nonsenso la carenza di vitamine. Queste carenze sono fin troppo reali, specialmente come risultato di un largo uso di cibi sottoposti a trattamenti speciali.

E' irragionevole, però, aspettarsi che il medico consideri tutte le malattie come manifestazioni di mancanza di vitamine, e, ugualmente, che incoraggi i pazienti a spendere grandi somme di denaro in vita-

mine senza curarsi del loro reale bisogno e del possibile pericolo che può essere provocato da dosi eccessive.

Ciò che qui è necessario – come per tutti i problemi – è il senso dell'equilibrio, che evita di eliminare del tutto le vitamine, ma nemmeno vede in esse l'unica chiave per la salute. Questo equilibrio è possibile se il paziente e il medico sono tutti e due disposti alla ragionevolezza.

Il movimento per la salute olistica può trovare un ruolo di grande efficacia proprio nella ricerca di questo equilibrio. Non sarebbe nell'interesse del movimento guardare alla classe medica come a un nemico. Parlare di nemici non si addice a un movimento in cui i fattori spirituali non sono meno vitali di quelli pratici. Olistico significa guarigione non solo dei corpi, ma anche delle relazioni. Una delle cose più utili che il movimento possa promuovere è di unire pubblico e medici in un reciproco rispetto per la disponibilità del corpo umano ad essere pienamente potenziato nel mantenere la salute e nello sconfiggere la malattia. Il numero considerevole di scuole di medicina rappresentate ai vari convegni del movimento nel paese, conferma il fatto che i sostenitori della salute olistica hanno raggiunto il loro principale obiettivo: quello di spostare l'attenzione dalla conoscenza della malattia alla conoscenza degli esseri umani in cui esiste la malattia.

Pochi avvenimenti sono stati più incoraggianti per il movimento per la salute olistica del convegno dell'Associazione Medica Americana tenuto nel 1978. In tale occasione i medici della nazione hanno potuto ascoltare conferenze sui pericoli dell'eccessivo uso di medicinali e sulla necessità di un freno nella prescrizione stessa dei medicinali, sull'importanza dei fattori psicologici quali l'empatia e il calore nel trattamento del malato, sulla funzione del cibo sano nel prevenire e vincere la malattia, e sulla terapia a base di acido ascorbico. Linus Pauling, che solamente pochi anni fa era stato pesantemente criticato dalla classe medica, ha fatto un'importante comunicazione al congresso, in cui ha dettagliatamente illustrato il suo lavoro relativo a ciò che egli ha chiamato « medicina ortomolecolare ». Sembra che egli abbia avuto un profondo influsso su quanti lo hanno ascoltato.

L'augurio è che l'interesse dei profani possa essere valorizzato con intelligenza, in armonia con il rispetto della classe medica per un responsabile impegno del profano nei metodi olistici per la salute.

In seguito alla pubblicazione del primo capitolo di questo libro sul « New England Journal of Medicine », mi sono giunte qualcosa come tremila lettere di medici di una dozzina di paesi diversi. L'aspetto maggiormente degno di nota, nonché gratificante, di queste lettere, risiedeva nell'evidenza di un atteggiamento di crescente disponibilità, da parte di numerosi medici, verso l'accettazione di approcci terapeutici innovatori e perfino anticonvenzionali, nel trattamento di gravi malattie. Tali lettere testimoniavano un incoraggiamento per quelle misure terapeutiche che avevano svolto un ruolo di primo piano nella mia stessa guarigione: una piena e matura voglia di vivere, le risate e generose dosi di ascorbato di sodio. Lungi dal risentirsi dell'irruzione di un profano in problemi di diagnosi e terapia, i medici che scrissero in risposta al mio articolo accolsero con entusiasmo l'idea di una partecipazione attiva del paziente, a fianco del suo medico curante, nella ricerca di una cura.

Le lettere riflettevano la convinzione che una delle funzioni principali del medico è quella di stimolare al massimo la capacità del paziente stesso ad attivare le forze della mente e del corpo per respingere il male che lo affligge. Esse esprimevano un generale consenso nel denunciare il crescente potenziale di pericolosità insito nei moderni farmaci e nell'indicare come un importante obiettivo, per il medico più accorto, quello di educare il paziente ad evitare il più possibile di affidarsi a medicine esotiche. La nuova tendenza favorisce invece la comprensione del notevole potere di recupero e di rigenerazione posseduto dall'organismo umano, quando riceva un'adeguata alimentazione e sia ragionevolmente esente da stress.

Non tutte le comunicazioni provenivano da medici. Un episodio,

in particolare, riguardante un non medico, sottolinea molti dei punti chiave già sollevati dai medici. Un avvocato di New York mi telefonò per dirmi che la sua bambina di quattro anni, ricoverata al Lenox Hill Hospital per una gravissima encefalite virale, contro la quale gli antibiotici sono del tutto inefficaci, si trovava ormai in coma e in condizioni disperate. Per lui non era facile accettare il fatto che non si potesse tentare nulla di più di quanto era già stato tentato. Egli voleva sapere da me se, in seguito alla mia guarigione da una grave collagenopatia per mezzo dell'assunzione di abbondanti dosi di acido ascorbico, ritenevo che lo stesso trattamento potesse risultare efficace per sua figlia.

Gli risposi che sarebbe stato un gesto irresponsabile da parte mia, un profano come lui, il tentare di dare un parere medico. Inoltre non era possibile stabilire quale parte, nella mia guarigione, avesse svolto l'infusione intravenosa di ascorbato e quale invece una piena attivazione di emozioni salutari, non ultimi il riso e una forte voglia di vivere. Gli suggerii di consultare il medico della bambina per l'eventuale uso dell'acido ascorbico.

L'avvocato dichiarò di temere lo scetticismo del medico curante di fronte ad un rimedio così poco sofisticato come la banalissima vitamina C. Gli ricordai allora le numerose comunicazioni, in risposta al mio articolo, scritte da medici che sostenevano l'impiego dell'ascorbato in un'ampia gamma di malattie che si trovano al di fuori del campo di utilizzazione degli antibiotici o di altri farmaci.

In particolare, gli riferii del lavoro di Irwin Stone, un biochimico di San Jose, una delle principali autorità del paese fra quanti affermano l'efficacia dell'acido ascorbico nel trattamento di gravi malattie. Proposi all'avvocato di inviargli copie di articoli di riviste mediche, riguardanti le ricerche di Stone e di altri sulle funzioni dell'ascorbato nella chimica dell'organismo. In questi articoli mi impressionavano particolarmente i dati sulla capacità, da parte dell'ascorbato, di stimolare e incrementare i meccanismi di ripresa propri dell'organismo stesso. Consigliai l'avvocato di esaminare questo materiale assieme al dottore della bambina, qualora questi non lo avesse già visto per conto suo.

L'indomani partii per Latvia, in U.R.S.S., per un nuovo ciclo di conferenze, quattordici anni dopo il convegno Dartmouth, descritto nel primo capitolo. Mentre mi trovavo all'estero m'informai presso diversi centri medici ed appresi che le infusioni intravenose di acido

ascorbico erano state efficacemente usate in un certo numero di casi di encefalite virale.

Al mio ritorno a New York chiamai l'avvocato per avere notizie di sua figlia. Egli mi rispose che aveva parlato con Irwin Stone, il quale gli aveva riferito di alcune recenti esperienze in cui casi di encefalite virale grave erano stati dominati con larghe dosi di ascorbato. Armato di queste informazioni e dei ritagli di giornali medici, che gli avevo inviato, egli si era recato a parlare allo specialista della bambina, ma solo per riceverne un netto rifiuto. Anche all'offerta di consultare del materiale tratto dalla stampa specializzata, il medico aveva risposto che in campo medico non gli occorrevo insegnamenti da parte di un profano.

Allora l'avvocato decise un piano d'azione. Alcuni giorni dopo chiese allo specialista se poteva offrire del gelato alla bambina, quando questa fosse uscita dal coma. Il medico si dichiarò più che d'accordo. Allora il padre della bambina comprò una libbra di ascorbato di sodio, che è più solubile e meno amaro dell'acido ascorbico semplice. Mischiò almeno 10 grammi della polvere con il gelato e mise il tutto in un thermos, che portò con sé all'ospedale, dove ormai si era stabilito a tempo pieno. Quando la bambina uscì dal coma, egli le chiese se desiderava un po' di gelato. La risposta fu un entusiastico sì. L'uomo era esultante quando la bambina ebbe trangugiato quasi tutto il contenuto del recipiente.

Il giorno seguente egli diede alla figlia un'altra porzione di gelato con una dose di ascorbato di sodio ancora più elevata. Egli continuò il procedimento giorno dopo giorno, e ogni giorno la bambina era in grado di passare fuori della tenda ad ossigeno periodi sempre più lunghi. Il miglioramento continuò regolarmente nei giorni successivi durante i quali egli giunse a somministrarle una media di 25 grammi al giorno di ascorbato di sodio. Finché, dopo due settimane, la bambina fu portata definitivamente fuori della tenda ad ossigeno.

La voce dell'avvocato vibrava di commozione al telefono, quando mi disse della completa guarigione della bambina e della prospettiva di riaverla nuovamente a casa. Gli chiesi se avesse informato lo specialista su quanto aveva fatto.

« No di certo - mi rispose -; perché dovrei procurarmi delle grane da me stesso? ».

Ovviamente, quella di agire alle spalle di un dottore è una condotta un po' avventata - e pericolosa - per qualsiasi profano. Tuttavia

vi sono alcuni aspetti, nel comportamento dello specialista, che richiederebbero un esame più attento. Vi fu da parte sua un irrigidimento su posizioni di principio tanto da rifiutare di prendere seriamente in considerazione delle alternative? Non stava forse reagendo in modo eccessivo a quella che ai suoi occhi appariva come una intrusione? Uno degli aspetti più interessanti emersi dalle lettere ricevute dai dottori è l'evidenza di un nuovo rispetto verso le idee dei non adetti ai lavori. «Niente è più inesatto della convinzione che i medici non possano imparare dai loro pazienti», ha scritto il Dr. Gerald Looney del Medical College della University of Southern California. «La gente oggi-giorno è molto più preparata su argomenti medici di quanto non fosse solo un quarto di secolo fa. Nel campo della nutrizione, per fare un esempio, molti pazienti possono ormai quantomeno sentirsi alla pari con i loro medici. E' possibile che la nuova mentalità di difesa dei diritti del consumatore abbia alla fine raggiunto anche la medicina. Io insegno ai miei allievi ad ascoltare attentamente i loro pazienti, nonché quanti, pur essendo profani, appaiono interessati e informati. La buona pratica medica inizia con un buon ascolto».

Una delle caratteristiche più interessanti dell'ascorbato è che, adeguatamente somministrato*, non risulta dannoso, anche se può apportare solo un piccolo giovamento. In tali condizioni era giustificabile il netto rifiuto da parte dello specialista della bambina di prendere seriamente in considerazione la proposta dell'avvocato? Gli obblighi professionali del medico devono rimanere limitati soltanto al paziente? Che dire delle legittime richieste emozionali di quanti vivono quotidianamente a contatto col paziente?

Il rapporto dello specialista con la bambina era necessariamente limitato nel tempo a quella particolare circostanza; il padre, invece, era coinvolto per tutta la vita.

Un altro esempio dei problemi che sorgono quando un medico ha a che fare con un congiunto di un paziente è il caso della moglie di un uomo, moribondo a causa del cancro, a Boston. La signora mi telefonò, dicendomi che il marito si era sottoposto invano alle usuali terapie del caso - radiazioni, intervento chirurgico e chemioterapia - che lei ormai non aveva più speranze. Essa aveva letto che Linus Pauling, Premio Nobel per la chimica, aveva affermato che la vitamina C rappresenta una cura per il cancro. Le sue speranze si erano ravvivate per questa nuova prospettiva e voleva sapere da me se, in base

* I problemi di una somministrazione impropria verranno discussi più avanti in questo capitolo.

alla mia esperienza con un male ritenuto incurabile, ritenessi che quella dell'acido ascorbico fosse una cura da tentare.

Come nel caso della precedente conversazione con l'avvocato, dissi alla signora che sarebbe stato scorretto da parte mia tentare di dare delle indicazioni. Tuttavia le feci notare che le conclusioni del Dr. Pauling si basavano largamente sulle conclusioni del Dr. Evan Cameron, del Vale of Leven Hospital di Loch Lomondside, in Scozia. Il Dr. Cameron era stato attento a non proclamare che l'acido ascorbico rappresenta una cura del cancro. Il suo lavoro dimostrava che l'acido ascorbico può *prolungare* il tempo di sopravvivenza delle vittime del cancro, ma non che fa *regredire* la malattia. I suoi studi si basavano su un campione di cento pazienti, affetti da tumori maligni in stato avanzato, ai quali erano state somministrate abbondanti dosi di ascorbato di sodio per un periodo di diverse settimane. I risultati furono raffrontati con un gruppo di controllo di mille malati di cancro in condizioni simili, ai quali non era stato somministrato l'ascorbato. Il tempo di sopravvivenza medio dei pazienti del primo gruppo risultò notevolmente più lungo di quello del secondo gruppo. (E' importante notare che il «notevolmente» si riferisce a periodi di settimane o mesi, non di anni. Il Dr. Cameron, se da una parte non ritiene l'acido ascorbico in grado di vincere il cancro, dall'altra ritiene significativo il suo lavoro perché indica chiaramente un ruolo dell'ascorbato nel ritardare il progredire della malattia).

Come dice il Dr. Cameron, le cellule cancerose secernono la ialuronidasi, un enzima che attacca la sostanza elementare intercellulare. «La proliferazione continuerà fin quando vi sarà secrezione di ialuronidasi; cesserà quando si fermerà la secrezione di questo enzima». L'acido ascorbico, stando a quanto afferma Cameron, rafforza la stabilità tissutale, opponendosi in tal modo all'attività ialuronidasica.

Questo, in sintesi, è il succo del materiale che mi offesi di inviare a quella signora di Boston, il cui marito stava morendo di cancro. Insistetti particolarmente sul fatto che l'acido ascorbico non va preso come una cura provata per il cancro o altre malattie in stadio avanzato. La signora mi chiese se potevo discutere questi problemi con il medico del marito, ma io le risposi che mi sembrava poco corretto, e le proposi invece di mettere in contatto il suo medico con il mio, cioè con il Dr. William Hitzig, che aveva approvato e sostenuto la mia decisione di smettere l'aspirina, la butazolidina, la colchicina e i sonniferi - tutti farmaci variamente tossici - e di cercare di combattere il mio male con un regime congruo e completo, solo una parte

del quale era rappresentata da regolari iniezioni intravenose di ascorbato.

La donna ritelefonò due giorni più tardi, per dire che aveva tentato di discutere, con il medico, della possibile efficacia, per il marito, dell'ascorbato, ma solo per sentirsi rispondere con un versaccio e definire l'intera faccenda come un'idiozia.

Moglie e marito decisero di non servirsi più di quel medico, nonostante fosse un vecchio amico di famiglia, e di lasciare l'ospedale e tornare a casa, dove l'ambiente sarebbe stato meno stressante e dove un medico locale era disposto ad amministrare l'ascorbato di sodio.

La loro linea d'azione diede risultati simili a quelli riferiti dal Dr. Cameron. Il marito recuperò in parte le forze, migliorò il suo appetito, così come la sua voglia di vivere. Morì per il cancro sei mesi più tardi, superando di quattro o cinque mesi la prognosi iniziale. Ma il fatto forse più importante fu che poté trascorrere il resto della sua vita nell'ambiente a lui congeniale, in compagnia di sua moglie.

La morte non è la tragedia peggiore della vita. La tragedia peggiore è la spersonalizzazione, il morire lentamente in un ambiente di alienazione e arido, lontani dal nutrimento spirituale che deriva dal potervi far tenere la mano da una persona amata, allontanati dal desiderio di esperire le cose che rendono la vita degna di essere vissuta, lontani dalla speranza.

La tendenza nella medicina moderna è di superare la nozione secondo cui è sempre inevitabile l'ospedalizzazione dei malati più gravi. I notevoli progressi tecnici nello strumentario elettronico esemplificati dalle unità ospedaliere di terapia intensiva non vanno esenti da intrinseche controindicazioni. Un paziente, in una unità di cura intensiva dispone di tutti i dispositivi diagnostici necessari in caso di emergenza, egli ha tutto, tranne il senso di sicurezza e tranquillità che il corpo richiede ben più della sorveglianza più sofisticata e meccanizzata.

Tale meccanizzazione crea una tendenza al panico, che rappresenta di per sé uno degli amplificatori più temibili della malattia. Molti dottori si rendono conto sempre di più degli effetti circolari paradossali delle unità di cura intensiva; queste, infatti, rappresentano i migliori dispositivi che siano mai esistiti per affrontare le emergenze, ma queste, a loro volta risultano spesso peggiorate dal senso di disastro imminente comunicato al paziente dal macchinario, drammatizzando l'assenza di un contatto umano fra paziente e medico.

Il Dr. Jerome D. Frank, della Johnny Hopkins University School

of Medicine, disse una volta agli studenti, durante le esercitazioni per laureandi, nel 1975, che qualsiasi trattamento della malattia che non comprenda anche l'aspetto spirituale della persona, è largamente insufficiente. Egli citò uno studio inglese del 1974, in cui veniva dimostrato come il tempo di sopravvivenza di pazienti cardiopatici trattati in unità di cura intensiva non fosse maggiore di quello di altri pazienti analoghi curati a casa. La sua interpretazione era che la tensione emotiva, dovuta all'essere circondati da tutti quei congegni elettronici ed immersi in un'atmosfera di permanente crisi, annulla qualsiasi vantaggio teorico dovuto a tale tecnologia.

Nello stesso discorso introduttivo, il dottor Frank riportò i dati di uno studio su 176 casi di cancro migliorato senza il ricorso alla chirurgia, alla radioterapia o alla chemioterapia. Il problema suscitato da questi episodi, era se un fattore importante di questi miglioramenti potesse essere rappresentato dalla piena fiducia, da parte dei pazienti, di essere in via di guarigione, e dalla loro convinzione, altrettanto profonda, che anche i loro medici credevano che essi sarebbero guariti!

Una delle esposizioni più sintetiche che abbia mai letto sull'importanza della fiducia che il paziente nutre nei confronti del medico, fu scritta dal Dr. Robert R. Ryneanson nel « Journal of Clinical Psychiatry », del giugno 1978.

« La malattia – scrisse Ryneanson – particolarmente la malattia cronica, può condurre colui che soffre in una relazione di dipendenza con chi si prende cura di lui. Se la fiducia non assume un ruolo di primo piano, in questa relazione, è improbabile che si giunga ad una guarigione. I medici che ignorano l'importanza di questa relazione con il paziente, sono di solito quelli che considerano la malattia con una mentalità supersemplificatrice, cioè che la malattia sia il nemico da assediare con tutte le capacità e la tecnologia di cui dispongono. E, con quello che la tecnologia è diventata oggi, il paziente può anche soccombere al trattamento.

Il medico dovrebbe sempre mantenersi in contatto con il paziente, mentre la crescente tecnologia sta provocando tra loro un allontanamento. Se il medico permette che i macchinari si interpongano fra lui e il paziente, rischia di perdere un'importante influenza terapeutica. Un esame fisico accurato agevola un rapporto di fiducia, in quanto implica un contatto manuale e una disposizione ad ascoltare. La persona sofferente ha bisogno di contatto e di comprensione. Solo allora il medico potrà collaborare con il paziente nel modificare il delicato equilibrio fra malattia e salute.

I medici non devono credere che un domani la malattia sarà completamente abolita dalla tecnologia. Fino a quando gli uomini si sentiranno minacciati e privi di aiuto, cercheranno il rifugio che viene loro offerto dalla malattia. Jacob Bronowski, eminente uomo di scienza nonché di non comune spirito umanitario, così ci ammoniva al riguardo: "Noi dobbiamo curare noi stessi dalla brama della conoscenza e del potere assoluto. Dobbiamo superare la distanza fra la semplice pressione di un pulsante e l'atto umano. Dobbiamo toccare la gente" ».

Il dr. Bernard Lown, professore di cardiologia alla Harvard University School of Public Health, diceva, nella rivista « Modern Medicine » (30 settembre 1978), di ritenere importante che il medico fosse presente nella sala delle emergenze quando vi arrivava un suo paziente.

« Per un paziente che ha subito un attacco cardiaco, niente è così importante, per una buona ripresa, quanto il vedere il proprio medico. In un momento così cruciale per la vita del paziente, puoi rassicurarlo e dargli sostegno psicologico.

Se si guarda alle statistiche, il 40 per cento dei pazienti che hanno un attacco cardiaco, muore. I pazienti sono consapevoli di questo fatto e avvertono che potrebbero essere sul punto di morire... Un secondo importante principio è quello della palpazione con le mani, una pratica che va rapidamente scomparendo, perché i medici sono troppo occupati a maneggiare degli strumenti. Entrambi questi elementi, la presenza e il tatto, aiutano a stabilire un contatto rassicurante con il paziente. Penso che i medici debbano prendere atto di questa profonda verità prima di ricorrere ai farmaci, le lidocaine, le morfine, le quinidine, e simili. Così, quando arrivo, dico sempre al paziente: sì, lei ha avuto un attacco di cuore, ma guarirà. E sono molto deciso su questo punto, anche se l'infarto è stato così forte da farmi temere seriamente per la prognosi ».

Non vorrei dare l'impressione di credere che la tecnologia non rappresenti un grande progresso per la diagnosi. Per esempio, oggi è possibile risparmiare ai pazienti gli inconvenienti della chirurgia esplorativa, grazie a dispositivi che permettono al medico di osservare direttamente aree dell'organismo, un tempo osservabili solo con esami fisici.

E gli stessi strumenti permettono anche di asportare neoplasie maligne, senza dover ricorrere ad interventi di grossa chirurgia. E così esistono altri espedienti ugualmente utili.

Ma il vero problema legato alla nuova tecnologia è che alcuni medici tendono a dimenticare che queste meraviglie possono spaventare il paziente, soprattutto quando l'ultima cosa al mondo di cui questi abbia bisogno, è quella di vedere altre facce nuove o di vivere ancora strane esperienze. L'approccio del paziente con lo strumentario elettronico richiede, da parte del medico, un'accurata preparazione psicologica, al fine di non alzare il livello d'ansia del paziente. Tutto ciò, naturalmente, richiede tempo. E il tempo è ciò di cui il paziente ha maggiore necessità da parte dei suoi medici; tempo di esser ascoltato, tempo per spiegargli le cose, tempo per essere rassicurato, tempo per essere accompagnato personalmente dal medico stesso, da quei tecnici e specialisti, la cui stessa esistenza sembra rappresentare qualcosa di nuovo e minaccioso. Ma ciò di cui troppi medici dispongono con difficoltà o che non sanno organizzare è appunto il tempo. E così, alcuni medici finiscono per rifugiarsi nei macchinari, proprio perché manca loro il tempo sufficiente di giungere ad una diagnosi accurata attraverso l'esame personale e un intenso scambio inter-azionale con il paziente.

Talvolta una parte dei test viene prescritta solo pro forma, anche quando non se ne scorga chiaramente l'utilità, il che può risultare anche molto dispendioso per il paziente*. Il Dottor Grey Dimond, rettore della scuola di medicina all'University of Missouri a Kansas City, mi spedì una copia di un conto per prestazioni sanitarie che aveva ricevuto da un'anziana signora di sua conoscenza. Cito direttamente dalla sua lettera:

« Il medico che mi aveva visitato non ebbe pudore a chiedere 25 dollari per un elettrocardiogramma; 20 dollari per un ballistocardiogramma (che è una procedura inutile); 20 dollari per un cardiogramma apicale (che non è di corrente utilizzazione nella pratica clinica); 35 dollari per un vettorcardiogramma (di nessuna riconosciuta utilità nella medicina clinica); 15 dollari per una fluoroscopia (che non avrebbe dovuto eseguire per il rischio per la sua stessa persona oltre che per quella del paziente); 35 dollari per un metabolismo basale (che non viene più effettuato attualmente nelle cliniche universitarie); ed infine due analisi delle urine per 15 dollari (non discuto su queste ultime due analisi, semplicemente perché non so perché fossero state richieste).

Mando questo conto, anche se so che l'atto di un solo medico non

* E per la comunità quando esistono forme di medicina mutualistica o Servizi Sanitari Nazionali (N.d.t.).

prova nulla. Però ho potuto constatare come un tale costume sia molto diffuso nella medicina americana, e lei e io che sappiamo quanto il pubblico si lamenti e reclami per la sempre minor attenzione da parte dei medici per il crescente ricorso alla meccanizzazione nelle cure mediche... Quando il medico si è posto ad un certo livello di onorario in cui possa giustificare la sua professionalità semplicemente "facendo qualcosa", egli ha inevitabilmente smesso di perseguire la finalità essenziale del lavoro del medico: il contatto umano.

Allo stesso tempo, egli si è posto automaticamente a disposizione di una valutazione computerizzata, e parimenti ha consentito ai procedimenti chirurgici ed alla medicina meccanizzata di guadagnare le prime posizioni nella graduatoria delle tariffe per i servizi erogati. Non ci sarebbe stata una corrispondente monetizzazione per il tempo speso in un'anamnesi accurata, oppure nell'eseguire un esame obiettivo lento e attento, e soprattutto nel far comprendere al paziente cosa si stesse facendo, perché e con quale programma d'intervento ».

Ciò che vogliamo mettere in discussione non è l'inutilità della nuova tecnologia, ma il retroterra filosofico in cui questa viene messa in gioco e il modo in cui viene utilizzata.

Forse la conseguenza più grave della nuova tecnologia è che essa sta facendo passare di moda, e forse scomparire, la famosa piccola borsa nera del dottore. In effetti, una delle ragioni per cui così tanti medici rifiutano di fare visite domiciliari non è tanto il tempo richiesto da queste prestazioni fuori studio, quanto il fatto che ormai essi si sentono a disagio ad operare servendosi della semplice borsa, tanto si sono assuefatti ai computers e agli esotici apparecchi diagnostici elettronici.

Centinaia di lettere di medici in risposta al mio articolo sul « New England Journal of Medicine » testimoniano la concezione che nessun farmaco prescrivibile ai loro pazienti è tanto efficace quanto l'atteggiamento mentale del paziente stesso verso la sua malattia. In questo senso, dicevano, il miglior servizio che un medico può rendere al paziente è quello di aiutarlo a potenziare al massimo le sue stesse capacità di recupero e di guarigione.

Nel mio articolo io avevo avanzato l'ipotesi di potermi essere sbagliato circa l'efficacia dell'acido ascorbico, e di aver invece goduto gli effetti benefici di un placebo autosomministrato.

I dottori Bernard Ecanov e Bernard Gold, del Medical Center della University of Illinois, mi scrissero per dire che era un grave errore da parte mia ritenere il miglioramento delle mie condizioni,

dopo l'uso sistematico dell'acido ascorbico, come il semplice risultato di un effetto placebo. Essi avevano effettuato delle ampie ricerche sull'argomento, e allegarono del materiale che dimostrava come l'ascorbato abbia un effetto disgregante sugli aggregati di globuli rossi del sangue (GRS). La ragione del calo della velocità di eritrosedimentazione, dopo ogni dose intravenosa di ascorbato, si doveva al fatto che esso « aveva prodotto una dispersione degli aggregati di emazie attraverso la sua azione di rottura della struttura dell'acqua (rottura dei legami idrofobici), cioè di rottura della matrice strutturale macromolecolare dell'acqua, cosicché le emazie non risultavano più tenute aggregate da questa ».

Io interpretai questa spiegazione nel senso che l'ascorbato contribuiva a ripristinare l'equilibrio chimico del sangue, cioè quella che Walter Cannon denominò omeostasi.

Ulteriori dati a sostegno del mio miglioramento dopo l'assunzione di acido ascorbico provennero dai Lederle Research Laboratories. I dottori Arnold Oronsky e Suresh Kewar, riferirono di una loro ricerca, dalla quale risultava che l'acido ascorbico è essenziale per un adeguato funzionamento della prolidrossilasi, a sua volta essenziale per la sintesi del collagene. Si impone così l'importanza dell'acido ascorbico nel trattamento delle collagenopatie, come l'artrite.

Precedentemente, in questo capitolo, ho citato il lavoro di Irwin Stone. Con l'eccezione di Albert Szent-Gyorgy, Stone è, fra i ricercatori medici del paese, quello che probabilmente si è occupato più a fondo del fenomeno dell'acido ascorbico.

Stone ha cercato di dare una risposta al fatto che la specie umana non è in grado di sintetizzare o immagazzinare l'acido ascorbico, un ingrediente vitale del sistema immunologico, posto dalla natura in tutti i membri del regno animale, tranne che nell'uomo e in diversi altri mammiferi.

Impressionato da questo fatto, Stone impostò la sua ricerca a livello sia antropologico che biochimico. Secondo la teoria da lui sviluppata, deve essersi verificato un difetto genetico molto anticamente, nel corso dell'evoluzione, per effetto del quale gli esseri umani hanno perso la capacità di sintetizzare da sé l'acido ascorbico, divenendo completamente dipendenti dalla dieta per il fabbisogno di questa sostanza, così importante per il sistema immunitario. In aree dove erano facilmente disponibili agrumi ed alcuni altri vegetali, il regolare apporto alimentare compensò la carenza naturale della sostanza. Nelle regioni nordiche, invece, la mancanza di agrumi diede luogo non sol-

tanto allo scorbuto, quanto piuttosto ad una maggiore predisposizione verso un'ampia gamma di malattie, minori e maggiori.

Irwin Stone sottolinea il fatto che l'acido ascorbico, in senso stretto, non è una vitamina, ma un metabolita del fegato. Ma la sua originaria identificazione come vitamina lo ha coinvolto nel generale scetticismo dei medici, causato dalla tendenza della gente a lasciarsi attrarre dalle miracolose cure vitaminiche. Stone si augura che nell'ambiente medico si arriverà a distinguere l'acido ascorbico dalle altre vitamine, non tanto perché egli sottovaluti l'importanza di un adeguato apporto vitaminico, quanto piuttosto per il ruolo vitale che le proprietà terapeutiche dell'acido ascorbico giocano nei processi di guarigione. Il ruolo antitossico dell'acido ascorbico non sarà mai troppo valutato, in relazione non tanto ad una dieta carente, quanto piuttosto ad un ambiente che diviene sempre più inquinato, sovraffollato, rumoroso e stressante.

Non vorrei dare l'impressione che l'acido ascorbico possa essere assunto indiscriminatamente e in dosi illimitate. In particolari condizioni esso può causare un'irritazione dell'apparato digerente. Tale irritazione, se protratta, può anche divenire seria e pericolosa. L'acido ascorbico, soprattutto se ad elevata concentrazione, non dovrebbe essere assunto lontano dai pasti. Inoltre esso risulta più attivo se assunto in combinazione con i bioflavonoidi. Esso tende ad assorbire vitamina B, e pertanto occorre associarlo con un supplemento di tale vitamina. Tende anche ad agire come agente chelante nei confronti dei minerali, agevolando l'eliminazione dall'organismo dell'eccesso. In considerazione di quest'ultima caratteristica può risultare utile nell'avvelenamento da piombo, o come antidoto contro il piombo presente nell'ambiente. Ma anche altri minerali possono venire chelati e allontanati dal circolo ematico in seguito all'assunzione di dosi abbondanti di acido ascorbico.

E' comprensibile lo stato di preoccupazione dei medici di fronte all'affermazione che le vitamine siano la risposta per qualsiasi malattia. E' anche vero, per altro, che alcuni dottori nutrono l'erronea idea che la borsa della spesa media rappresenti una adeguata garanzia contro qualsiasi carenza alimentare. Se si pensa ai conservanti, agli agenti coloranti, ai vari additivi e allo zucchero in eccesso, presenti in molti cibi confezionati, non è superfluo riferire ancora una volta i risultati del Convegno della Casa Bianca su Cibo, Nutrizione e Salute, del 1969; cioè, che una delle più gravi carenze nella formazione degli

studenti di medicina è la mancanza di un'adeguata preparazione nel campo nutrizionale.

Ad ogni modo, per me fu incoraggiante, nello scorrere la corrispondenza da parte dei medici, il constatare la crescente evidenza di un atteggiamento equilibrato nei confronti della nutrizione in generale, e dell'acido ascorbico in particolare. Le opinioni negative sostenute da molti dottori solo pochi anni fa, stanno ora venendo rimpiazzate da una volontà di esaminare nuove scoperte e di applicarle nelle dovute proporzioni.

E' anche incoraggiante sapere che il mondo medico sta attribuendo un'importanza sempre maggiore all'immunologia e alle naturali potenzialità autocurative del corpo umano. Questo processo è ancora considerevolmente avvolto nel mistero. Come si disse in un capitolo precedente, un importante campo in fase di esplorazione è quello della funzione dell'acido ascorbico sia nei processi immunologici che in quelli di guarigione. A questo riguardo va sottolineata la pratica, attualmente in uso in numerosi ospedali britannici, di somministrare acido ascorbico endovena invece degli antibiotici come normale misura di profilassi antinfettiva postoperatoria.

Un certo numero di medici osservò che l'accento da me posto sulle emozioni positive rispecchia un'importante nuova tendenza in medicina. Essi dicevano che era scientificamente corretta la tesi da me sostenuta nell'articolo, secondo la quale, come le emozioni negative determinano alterazioni chimiche negative nell'organismo, così a loro volta le emozioni positive possono essere in relazione con cambiamenti chimici positivi. In particolare sono stato colpito dagli scritti del dr. O. Carl Simonton sugli stress emozionali come una causa del cancro, e del dr. A. Canter che provano come gli stati d'animo depressivi diminuiscano le funzioni immunitarie dell'organismo.

Ricevetti anche una dozzina o più di telefonate da parte di medici che avevano letto l'articolo insieme a pazienti la cui voglia di vivere non era molto forte. Essi mi chiesero di telefonare ai loro pazienti per tentare d'incoraggiarli, ed io cercai di dedicarmi a questo compito per quanto mi fu possibile. Soprattutto un caso mi sembra degno di essere ricordato. Un medico mi parlò di una paziente, una giovane donna di 23 anni, che stava lentamente perdendo l'uso delle gambe per una malattia collegata ad un difetto del collagene. Essa viveva ad Atlanta con la famiglia, ed uno dei principali problemi psicologici era che l'intera famiglia si stava scompaginando a causa delle

preoccupazioni e della disperazione. Era impensabile ricorrere alle cure di un ospedale, dal momento che i limiti della copertura assicurativa erano stati di gran lunga superati.

La sua presenza a casa, mi disse il medico, provocava un clima di apprensione e tensione. Il fatto della progressiva paralisi della ragazza si traduceva nella visibile angoscia di tutti i membri della famiglia, ed era pertanto indispensabile trovare un modo per evitarne la disgregazione. Il medico riteneva che un cambiamento positivo nei sentimenti della ragazza verso se stessa fosse un elemento essenziale per un qualsiasi cambiamento in meglio, non tanto delle sue sole condizioni fisiche, quanto dello stato di salute dell'intera famiglia. Egli le aveva fatto leggere il mio articolo ed essa aveva reagito con un interesse tale da fargli ritenere utile un mio diretto interessamento. Così telefonai alla ragazza, che chiamerò col nome di Carole. Essa parlava lentamente, ma con trasporto, mentre dichiarava la sua difficoltà a credere, dopo due anni, che la paralisi non sarebbe peggiorata progressivamente fino all'invalidità completa. Il suo medico stava cercando di convincerla a non rassegnarsi, dicendole che la cura e gli esercizi sarebbero stati molto più efficaci se essa avesse avuto delle mete nella vita e avesse dato pieno impulso alla sua voglia di vivere.

Le chiesi se per lei questi ragionamenti avessero un senso. « Hanno senso in teoria – mi rispose – ma credo che il mio medico non sia mai stato ammalato, almeno seriamente; egli non sa quanto può essere lunga una giornata, né quanto sia difficile avere degli obiettivi quando non succede nulla, né come la mente si metta a pensare alle cose che non vorresti, per esempio a come non stai per niente migliorando o a come le settimane si susseguono una dopo l'altra senza alcun progresso. Lei lo può comprendere perché ci è passato. Non era forse anche lei terribilmente scoraggiato? ».

Le risposi di sì, soprattutto all'inizio, quando mi aspettavo che il medico riparasse il mio corpo come un meccanico potrebbe riparare il motore di una macchina, come si potrebbe ripulire il carburatore o riallacciare la pompa della benzina. Ma poi mi ero accorto che il corpo umano non è una macchina, e che solo gli esseri umani posseggono un meccanismo per riparare se stessi, per soddisfare ai propri bisogni e comprendere cosa stia loro succedendo. La forza rigeneratrice e di recupero degli esseri umani rappresenta il nucleo centrale della loro stessa unicità e qualche volta questa forza risulta inceppata o non adeguatamente sviluppata. Una delle cose più importanti che un medico possa fare per un suo paziente, è quella di valutare la capacità

di ciascun individuo di dispiegare pienamente questa forza. Il dottore stava dando a Carole un consiglio molto importante quando le diceva che il trattamento in corso sarebbe stato più efficace se sorretto dalla naturale tendenza del corpo a rimettersi in sesto.

Io ero stato a mia volta fortunato, le dissi, per aver incontrato un medico il quale riteneva che la mia stessa voglia di vivere sarebbe stata la chiave di volta del progresso verso la guarigione e che mi aveva incoraggiato nei miei propri sforzi in questa direzione.

Carole si dimostrò interessata alle risate, e mi chiese se effettivamente fossero state un elemento importante della guarigione.

Le dissi che l'aspetto più importante delle risate non era tanto quello di permettere un esercizio all'interno di una persona distesa a letto sulla schiena, una specie di ginnastica per gli organi interni, quanto piuttosto quello di creare uno stato d'animo nel quale possano essere attivate anche le altre emozioni positive. In sintesi esse fanno sì che possano effettivamente verificarsi eventi positivi.

Carole volle sapere in che modo potesse trovare qualcosa su cui valesse la pena di ridere. Le dissi che vi si doveva impegnare come una qualsiasi altra cosa per cui valesse la pena. Le suggerii, per esempio, che i membri della sua famiglia si recassero a turno in biblioteca, a cercare libri umoristici di buon livello. Non stavo pensando solo a libri di barzellette, come quelle raccolte da Bennett Cerf, anche se dubito che nel ricercare buone storielle esista qualcuno più sistematico di Bennett, il quale una volta pubblicava regolarmente una colonna sul « Saturday Review », in cui se ne trovavano sempre di buone da raccontare in giro. Dissi a Carole che pensavo a scrittori come Stephen Leacock, Ogden Nash, James Thurber, e Ludwig Bemelmans; le suggerii anche libri come *Enjoyment of Laughter* di Max Eastman e *Subtreasury of American Humor* di White. In ogni caso, ero certo che lei e altri membri della sua famiglia si sarebbero divertiti a cercare questi ed altri libri simili e speravo che avrebbero anche ficcato il naso nell'umorismo di altre culture.

Carole si illuminò a questi miei consigli. Al che le dissi che poteva fare qualcosa anche per me. Poteva scegliere ogni giorno una di queste storie e raccontarmela. In particolare le consigliai di chiamarmi tutte le mattine alle 9,30 per riferirmi quella che lei e la famiglia avevano considerato la migliore delle storielle lette il giorno prima.

Poi parlai con la madre di Carole, che si entusiasmò all'idea. Disse che avrebbe organizzato dei turni fra i membri della famiglia

per andare in libreria o in biblioteca per reperire il materiale da fare poi esaminare a tutta la famiglia. Tutti avrebbero poi partecipato alla votazione della storia che Carole avrebbe dovuto leggermi al telefono.

Due giorni più tardi il piano era già operante. Carole mi telefonò con la voce vibrante, ridendo ancor prima di poter terminare la prima frase.

«Non so se ce la farò a finire – disse – anche prima di chiamare ho fatto delle prove per cercare di non ridere prima di arrivare al clou della storia, e tutte le volte ho finito per interrompermi. Andrà a finire che bagnerò il letto prima della fine. Ad ogni modo abbiamo fatto qualche ricerca sul tipo di storie che potrebbero interessarle. Lei gioca a golf, vero? Per lo meno ho letto da qualche parte che lei ogni tanto gioca con Arnold Palmer e che ha eternato alcune vignette sul golf nel "Saturday Review" ».

Io confessai la mia goffaggine in quello sport.

«Bene, c'era un prete che stava giocando a golf, disse lei – e non riusciva a mandare la palla oltre un piccolo stagno. Dopo aver spedito sei palle nell'acqua, prima di riprovarci ancora si fermò esitando e disse al suo portamazze: "Io lo so qual è il mio sbaglio; è che mi dimentico di pregare prima del tiro, tutto qua". Egli pregò, poi colpì la palla, e questa fece trenta iarde percorrendo una traiettoria ad anello che la portò dritta proprio dentro l'acqua. "Padre, disse il portamazze – potrei darle un suggerimento?" "Certo, figliuolo", rispose il prete. "Bene, padre, disse il caddy – la prossima volta che prega, cerchi di guardare in basso" ».

Era una delle barzellette più vecchie della storia del golf, ma per Carole era nuova e così mi associi al suo riso irrefrenabile. Poi mi disse che il maggior divertimento si era verificato il pomeriggio precedente durante la discussione familiare quando tutti si erano messi ad esaminare una dozzina o poco più di barzellette per decidere quale raccontare a me.

«E' stato divertentissimo – disse Carole –. Mia madre è tornata dalla biblioteca con una dozzina circa di libri e si è messa a declamare alcune delle storielle. Era sempre lei a voler stare sul palcoscenico. Poi, finita la sua recita, abbiamo votato tutti la storia preferita. Stamattina tocca a mio fratello andare in biblioteca, e siccome lui è il più colto di tutti, probabilmente tornerà con qualche passo di O. Henry

o di Mark Twain o qualche breve racconto, per cui si tenga pronto ad una lunga seduta la prossima volta che la chiamerò ».

Più di tutto apprezzai, in questo avvenimento, il fatto che la famiglia stava cercando un modo nuovo e ben più affettuoso di star vicino a Carole. Il fatto di essere stati capaci di dedicarsi collettivamente in una impresa gioiosa che coinvolgeva anche Carole, era importante tanto per loro quanto per lei. Quando il medico di Carole mi chiamò due giorni più tardi, dimostrò di apprezzare soprattutto questo nuovo aspetto della situazione familiare. Durante l'ultima visita a casa era rimasto sorpreso nel non vedere più visi cupi ed imbronciati, ma distesi e pieni di speranza.

I membri della famiglia avevano fatto a gara nel raccontargli quello che stavano facendo, e l'avevano fatto anche partecipare alla votazione della prossima storia che Carole avrebbe dovuto raccontarmi.

Due settimane dopo il medico mi richiamò e mi disse che il vero grande risultato raggiunto consisteva nella qualità della vita dell'intera famiglia. Era ancora troppo presto per poter dire qualcosa sulle condizioni fisiche di Carole, ma gli pareva evidente come essa avesse molte più energie e apparisse molto più fiduciosa.

Vorrei sottolineare come il medico avesse messo in risalto soprattutto la qualità della vita. Non tutte le malattie possono essere superate, ma molte persone si lasciano sopraffare dalle loro malattie più del dovuto, abbattendosi inutilmente, ignorando e sminuendo la forza che possono avere per sostenersi. C'è sempre un margine entro il quale la vita può essere vissuta con significato ed una certa misura di gioia, a dispetto della malattia. Non tutte le malattie gravi, o anche fatali, sono accompagnate da febbre elevata e dolori continui. E' possibile, quindi, dare alla qualità della vita almeno tanto peso quanto se ne dà al trattamento.

Questo principio mi venne riconfermato anche da un medico di New York, che mi telefonò per dirmi di essere affetto da una forma terminale di cancro. Disse che era stato stimolato dall'articolo del «New England Journal of Medicine» a cercare di trarre il massimo dalla vita mentre era ancora in grado di muoversi e di prendere contatto direttamente con tutte le cose che gli davano piacere.

«Non credo che oserei suggerire ad altri quello che sto facendo per me stesso, disse. C'è una tradizione talmente radicata ad aggredire il cancro con tutta la tecnologia e la chemioterapia di cui disponiamo, che solo di rado abbiamo il tempo o il coraggio di porci certi impor-

tanti interrogativi riguardanti i valori. Per esempio, è giustificabile il fatto di sottoporre una vittima del cancro, giunta allo stadio terminale, a chemioterapia e radiazioni, che provocano tutta una serie di prostranti complicazioni, solo nella larvata ipotesi di poter aggiungere qualche mese di vita al paziente? O non è meglio, per questa persona, di utilizzare ogni minuto del tempo che gli rimane, in attività gratificanti e vitalizzanti? La scelta per me è stata facile. Ora sto facendo molte delle cose che ho sempre desiderato fare. Naturalmente, non posso sforzarmi troppo, ma è sorprendente quanto riesco ad essere attivo, se penso alla immobilità tanto temuta.

Ciò che faccio per me stesso deriva dalla mia filosofia, non dalla mia scienza. Quando mi allontano dalla scienza, per la cura di altre persone, entro in un campo completamente diverso, per il quale sacerdoti e psicologi sono forse più qualificati di me. Si tratta di una cosa difficile da realizzare, ma sto cercando, pur nel contesto del trattamento tradizionale, di sollevare l'animo dei miei pazienti. Ho avuto moltissima fortuna nel convincerli a prendere l'umorismo sul serio (ridacchiò a questa affermazione) e ho pensato che a lei possa interessare il sapere che la cosa funziona molto bene. Io non esito a dire ai miei pazienti che ho il loro stesso problema. E quando mi vedono ridere, quasi si vergognano di non saper fare la stessa cosa. Le mie visite ai pazienti sono tutto fuorché tristi. Voglio che essi non vedano l'ora che io arrivi e voglio io stesso non veder l'ora di trovarmi con essi. E infine volevo solo farle sapere che quanto da lei detto sul "New England Journal of Medicine" a proposito della risata, funziona anche per me ».

L'aspetto più rilevante di quanto egli diceva era il conflitto esistente fra la percezione del suo dovere scientifico, come medico, e le sue convinzioni filosofiche sull'arte di vivere. Egli si sentiva legato, per formazione professionale, a limitarsi al solo trattamento della malattia. D'altra parte il suo problema personale e quello dei suoi pazienti a un certo punto trascendevano l'aspetto della malattia, per implicare i valori basilari della vita. La soluzione che egli adottò per il suo problema fu quella di anteporre l'importanza della qualità della vita alle terapie che la scienza generalmente prescrive in casi come il suo.

Molti scrittori, nel corso della storia, fra cui Tolstoj, Dostoevskij, Molière, e G.B. Shaw, hanno preso posizioni diverse su questo comune dilemma. La vita deve essere prolungata in condizioni di estrema sofferenza? Il medico ha l'obbligo di combattere la malattia con ogni mezzo a sua disposizione, anche se i mezzi che usa incideranno negativamente sullo stato di benessere soggettivo della persona?

Altri dilemmi riguardano la necessità di decidere quale vita salvare, quando il medico può salvarne solamente una, come nel caso della madre e del bambino. Ma il dilemma del medico con cui parlai è probabilmente il più drammatico di tutti. In quale misura oltrepassa i limiti della sua disciplina quando applica dei principi che egli stesso ritiene giusti? Può esserci a volte un conflitto tra il trattamento della malattia e il trattamento degli esseri umani?

Molte scuole mediche oggi giorno si occupano di simili problematiche. Gli anni settanta hanno visto il crescere di una nuova consapevolezza della necessità di preparare gli studenti non solo a divenire dei professori scientificamente preparati, ma anche ad occuparsi delle problematiche più astratte continuamente suscitate dalle nuove conoscenze e da una tecnologia in rapido sviluppo. Il National Endowment for the Humanities (Fondo Nazionale per le Scienze Umane), istituito con un atto del Congresso, ha stanziato diversi milioni di dollari per la creazione di corsi di deontologia medica. Almeno cinquanta scuole di medicina hanno beneficiato di sovvenzioni disposte dal NEH, per questa area di studi. La Hasting Foundation, fra le organizzazioni private, è forse quella che ha intrapreso, nel campo dell'etica medica, gli studi più esaurienti. Alcuni eminenti rappresentanti, nel campo della formazione medica, hanno costituito un'organizzazione, la Society for Health and Human Values, che rappresenta, non tanto un centro per lo sviluppo dell'etica e dei valori nei piani di studio delle facoltà di medicina, quanto piuttosto un luogo di interscambio fra quanti si trovano all'interno e al di fuori della professione medica. Altro importante sviluppo in questo campo è la pubblicazione, al Columbia University's College of Physicians and Surgeons, di « Man & Medicine », rivista quadrimestrale sull'etica e i valori.

Più sopra, in questo capitolo, ho scritto della preoccupazione di Carole che il suo medico potesse non rendersi conto di cosa significhi essere seriamente ammalati e in costante peggioramento. E' una idea che vorrei riprendere e sviluppare.

Albert Schweitzer, nel suo libro *Out of My Life and Thought*, scrisse di una sua grave malattia, all'inizio della mezza età, e di come si fosse convinto, in quella circostanza, che, se fosse guarito, non avrebbe mai dimenticato la sensazione provata quando era malato; egli, nel suo lavoro di medico, avrebbe cercato di dedicare alla psicologia del paziente, almeno la stessa attenzione che avrebbe dedicato alla diagnosi. Vi è una « comunanza fra quanti recano le stigmate della

sofferenza », scrisse Schweitzer nel suo libro; coloro che ne sono al di fuori stentano a comprendere cosa esista dietro al dolore.

Ricordo che durante la mia malattia del 1964, i pazienti che erano con me all'ospedale erano soliti parlare di argomenti che mai avrebbero affrontato con i loro medici. La psicologia di persone gravemente ammalate erigeva delle barriere fra noi e quanti avevano la capacità e la bontà di occuparsi di noi.

Vi era prima di tutto la sensazione d'impotenza, una grave malattia già in se stessa.

Vi era l'inconscia paura che non si sarebbe mai ritornati a vivere normalmente; il che produceva un muro di separazione fra noi e il mondo aperto del movimento, dei suoni e delle speranze.

Vi era la vergogna di essere presi per piagnucolosi.

Vi era il desiderio di non accrescere le già gravose preoccupazioni delle nostre famiglie, e questo aumentava il nostro stato di isolamento.

Vi era il conflitto fra il terrore della solitudine ed il desiderio di essere lasciati soli.

Vi era la mancanza di autostima, l'inconscia sensazione che la malattia potesse essere una conseguenza della nostra stessa inettitudine.

Vi era la paura che si prendessero delle decisioni alle nostre spalle, che non ci si facesse sapere tutto quello che avremmo voluto, e che tuttavia avevamo il terrore di conoscere.

Vi era la paura mortale della tecnologia intrusiva, la paura di venire metabolizzati da una base di dati, e di non recuperare più le nostre fisionomie.

Vi era risentimento verso estranei che venivano con aghi e fiale, alcuni dei quali iniettavano nelle nostre vene presunte sostanze magiche, mentre altri ci toglievano più sangue di quanto ci sembrava di poterne perdere.

Vi era l'afflizione di vederci portare in giro attraverso bianchi corridoi in laboratori per ogni sorta di strani incontri con complessi macchinari e luci intermittenti e dischi roteanti.

Vi era infine il vuoto assoluto creato dal desiderio ancorato, inestirpabile, inestinguibile, diffuso, di provare il calore del contatto umano.

Un sorriso cordiale e una mano tesa erano valutati ben più delle prestazioni della scienza moderna, ma quest'ultima era di gran lunga più accessibile dei primi.

Giunsi alla convinzione che nessuna delle meraviglie tecnologiche che un ospedale potesse offrire fosse così utile come il dovuto clima

di affettuosa solidarietà, cui è da aggiungere la continuità di personale assistente. I pazienti più agiati possono permettersi di proteggersi da una lunga processione di volti sempre differenti; essi possono pagarsi il tipo di assistenza medica che vogliono. Ma per la maggior parte della gente la vita dell'ospedale significa discontinuità, assistenza frazionata e protezione inadeguata contro le sorprese. La gente va e viene; e tu cerchi di arrangiarti meglio che puoi.

La domanda di fondo che ci si pone sugli ospedali – o sui medici che vi operano – è se essi ispirino o no al paziente la sicurezza di trovarsi nel luogo giusto; se gli permettano di fidarsi di quanti si prendono cura di lui; in breve, se egli possa attendersi che succederà qualcosa di positivo.

Diversi dottori mi scrissero per sapere se nella mia decisione di usare forti dosi di acido ascorbico fossi stato influenzato dalle affermazioni e dagli scritti di Linus Pauling. Ma la mia esperienza con l'acido ascorbico avvenne nel 1964, mentre il lavoro principale di Pauling su tale acido (*Vitamin C and the common Cold*) apparve solo nel 1970. Dopo la pubblicazione del suo lavoro, scrissi a Pauling dell'episodio che mi riguardava; da allora siamo rimasti in corrispondenza ed io ho seguito la sua ricerca in questo campo con ovvio interesse.

Alcune delle lettere di medici mi chiedevano se ci fossero stati, nella mia storia clinica, degli avvenimenti che mi avessero preparato psicologicamente e filosoficamente alla « collaborazione » con il dottor Hitzig nella diagnosi e cura della mia malattia del 1964. In effetti vi sono stati due episodi del genere.

Il primo impatto con una triste diagnosi medica lo sperimentai a dieci anni, quando fui inviato ad un tubercolosario. Siccome ero molto debole e dimagrito, parve logico supporre che fossi vittima di una grave malattia. Più tardi si scoprì che i dottori avevano erroneamente interpretato delle banali calcificazioni come stimate di TBC. All'epoca i raggi X non erano ancora un mezzo pienamente affidabile per diagnosi più complesse. Così passai sei mesi nel sanatorio.

Ciò che mi colpì maggiormente, durante questa prima esperienza, fu che i pazienti si separavano da sé in due gruppi: quelli che erano sicuri che avrebbero sconfitto il male e sarebbero tornati alla vita normale, e quelli che si erano rassegnati ad una malattia lunga e forse fatale. Quelli di noi che avevano prospettive ottimistiche divennero buoni amici, si dedicarono ad attività ricreative ed ebbero poco a che fare con quelli rassegnati al peggio. Quando all'ospedale giunge-

vano nuovi ospiti, facevamo del nostro meglio per farli diventare dei nostri, prima che il gruppo dei più tristi potesse svolgere la sua influenza.

Non potei fare a meno di essere impressionato dal fatto che fra i ragazzi del mio gruppo vi fosse una percentuale più elevata di « dimessi per guarigione » che non fra quelli dell'altro gruppo. Già all'età di dieci anni avevo suggestioni di natura filosofica, e mi accorsi del potere posseduto dalla mente nel vincere le malattie. Quanto appresi sulla speranza in quel periodo svolse un ruolo importante nella mia completa guarigione e nei sentimenti che da allora ho nutrito per il valore inestimabile della vita.

All'età di diciassette anni non avevo più affatto la fragilità di quando ero ragazzino, mi piacevano sports molto impegnativi e di anno in anno il mio corpo cresceva e diveniva più robusto. Conservai questa passione per gli sports ed ebbi anche la fortuna di sposare una donna dotata di una grande allegria e profondamente convinta dell'importanza di una buona nutrizione.

Il secondo episodio importante avvenne nel 1954, quando avevo trentanove anni. A causa delle aumentate responsabilità familiari mi sembrò opportuno stipulare un'assicurazione più cospicua. I medici della compagnia mi misero a terra, dicendo che dall'elettrocardiogramma risultava con evidenza una grave ostruzione coronaria. Mia zia, che era l'agente della compagnia di assicurazioni, mi riferì esplicitamente quello che avevano scoperto i medici. Nonostante mancassero delle prove concrete su cui basarsi, essi diagnosticarono una condizione « ischemica », caratterizzata da un ispessimento delle pareti cardiache e da un battito erratico. Essa mi disse che mi consigliavano di lasciare subito ogni attività e di starmene a letto per parecchi mesi. Mi sentii completamente demolito da questo referto, perché mi sembrava assurdo dover rinunciare al lavoro, ai viaggi e ad una vita sportiva attiva. Ma mia zia insisteva nel dire che i medici della compagnia avevano dichiarato che se avessi abbandonato ogni attività, forse la mia vita si sarebbe potuta allungare di un anno e mezzo.

Decisi di non parlare a mia moglie del verdetto dei medici dell'assicurazione. Quella sera, quando tornai a casa, le mie bambine mi corsero incontro: si divertivano a farsi sollevare in aria per poi buttersi dalle mie spalle giù nel letto. Per una frazione di secondo io mi trovai di fronte ad un bivio da cui partivano due strade: una si chiamava « vicolo cardiaco », e se avessi seguito i consigli degli specialisti non avrei mai più sollevato in aria le mie bambine; la seconda

mi avrebbe visto lavorare a pieno ritmo alla « Saturday Review » e fare tutte quelle cose che per me significavano la vita. Questa strada avrebbe potuto condurmi per pochi mesi soltanto, o poche settimane, o pochi minuti, ma era la mia strada. Fu una decisione facile. Così quando le bambine mi corsero incontro le sollevai più alto che mai e l'indomani giocai un torneo di singolo di tennis per un totale almeno di quarantacinque o cinquanta games.

Il lunedì successivo chiamai il Dr. Hitzig per informarlo del verdetto dei medici della compagnia di assicurazione. Egli mi disse di recarmi immediatamente al suo ufficio, poi mi condusse dal primario cardiologo del Mount Sinai Hospital. Gli elettrocardiogrammi dell'ospedale confermarono i risultati dell'assicurazione; tornai allo studio di Bill Hitzig e facemmo una bella chiacchierata. Gli dissi che avevo intenzione di continuare a fare esattamente tutto quello che avevo fatto fino ad allora e che dubitavo che al mondo esistesse un qualche elettrocardiogramma che sapesse tutto quello che bisognava sapere su che cosa faceva battere il mio cuore. Hitzig mi batté affettuosamente sulla spalla e disse che mi sarebbe sempre stato vicino.

Tre anni più tardi incontrai Paul Dudley White, il famoso cardiologo e gli raccontai quanto mi era accaduto. Egli ascoltò attentamente e poi disse che avevo fatto la sola cosa che avrebbe potuto salvarmi la vita. Egli riteneva che un esercizio continuo ed energico sia necessario per un buon funzionamento del cuore umano, anche in presenza di segni evidenti del tipo di cardiopatia che mi era stato diagnosticato. Mi disse che se avessi accettato il verdetto formulato dai medici nel 1954, probabilmente avrei finito per confermarlo.

Questo incontro con Paul Dudley White costituì un punto fermo nella mia vita, perché mi diede fiducia nel mio rapporto con il mio corpo, rinforzò la mia convinzione che la mente umana può disciplinare il corpo, può stabilirsi delle mete, e può in qualche modo comprendere le sue stesse potenzialità e spingersi risolutamente avanti.

Nel riferire questo episodio, non voglio certo suggerire ai pazienti con gravi cardiopatie di opporsi ai consigli dei loro medici. Io personalmente ero seguito sempre dal dottor Hitzig, e in più ero in una situazione che potrebbe non essere la stessa per altri.

E' forse diminuito il mio rispetto per la professione medica, in seguito a questi tre episodi? Tutto al contrario. Le migliaia di lettere pervenutemi da dottori hanno completamente demolito l'opinione che i medici siano universalmente ciechi ai fattori morali, psicologici o spirituali nel processo di guarigione. La maggior parte dei dottori ri-

conosce che la medicina ha almeno altrettanto valore quanto lo ha di scienza e che la conoscenza più importante da apprendere o insegnare, in medicina, è la maniera in cui la mente ed il corpo umano possono mettere insieme le loro risorse interiori per affrontare le prove più difficili.

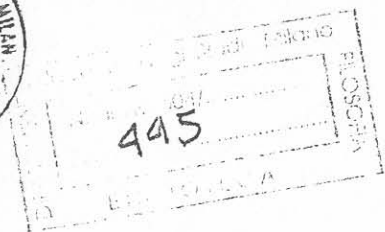
Alcune lettere mi chiedevano se, nell'eventualità di un'altra grave malattia, sarei stato di nuovo capace di giungere allo stesso grado di reazione totale, già precedentemente raggiunto.

Risposi di non sapere, sinceramente, quante volte degli sforzi di tale entità siano possibili nell'arco di una vita umana, ma che sicuramente avrei ritentato.

Riconosco di essere stato fortunato. Il mio corpo mi ha già sostenuto ben oltre il limite al quale i medici del 1954 ritenevano che sarebbe potuto giungere. Secondo i miei calcoli il mio cuore ha dispensato da 876.000 a 946.280 battiti in più di quanti ne avevano ritenuti possibili i medici dell'assicurazione.

Per pura coincidenza, nel 1964, il giorno del decimo anniversario della malattia, incontrai per le strade di New York uno degli specialisti che avevano emesso la tragica diagnosi di paralisi progressiva. Egli fu visibilmente sorpreso nel vedermi. Io gli stesi la mano, ed egli la strinse; non la ritirai subito dalla stretta, perché volevo fargli capire qualcosa, ed il modo migliore mi sembrò attraverso una stretta di mano così energica da produrre il dovuto effetto. Continuai, così, a stringere finché egli non ebbe una specie di fremito e chiese che gliela lasciassi. Disse che, a giudicare dal vigore della stretta, non era necessario informarsi sulle mie condizioni di salute, ma era impaziente, invece, di conoscere come era avvenuta la guarigione.

Tutto cominciò, dissi, quando decisi che certi esperti non lo sono abbastanza da poter esprimere un giudizio di condanna sulla vita di un essere umano. E gli espressi la speranza che in futuro essi sarebbero stati prudenti nel dire le stesse cose ad altri, perché potrebbero essere creduti e ciò potrebbe essere l'inizio della fine.



BIBLIOGRAFIA

- Acupuncture anesthesia*. Translation of a Chinese publication of the same title. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, 1975.
- Adler, H. The doctor-patient relationship revisited. *Ann. Internal Med.* 78:4, April 1973, p. 595.
- Akil, H., et al. Enkephalin like material elevated in ventricular cerebrospinal fluid of pain patients after analgetic focal stimulation. *Science* 201 (4354): 463-65, August 4, 1978.
- Aletky, et al. Sex differences and placebo effects: motivation as an intervening variable. *J. Consulting and Clinical Psych.* 43:2, 1975.
- Alexander, F. *Psychosomatic medicine*. New York: W. W. Norton and Company, 1950.
- Alvarez, W.C. *Minds that came back*. New York: J.B. Lippincott, 1961.
- Basolwitz, H.; Persky, H.; Korchin, S.J.; and Grinkler, R.R. *Anxiety and stress*. New York: McGraw-Hill, 1955.
- Beckman, B.L. Life stress and psychological well being. *J. Health and Social Behavior* 12: 35-45, 1971.
- Beecher, H.K. Evidence for increased effectiveness of placebos with increased stress. *Am. J. Physiology* 187:163(b), 1956.
- _____. The powerful placebo. *JAMA* 159: 1602-06, 1955.
- Bell, B.D. Cognitive dissonance and life satisfaction of older adults. *J. Gerontology* 29(5), 564-71, 1974.
- Benson, Herbert, et al. The placebo effect: a neglected asset in the care of patients. *JAMA* 232:12, June 23, 1975.
- Birk, L., ed. *Biofeedback: behavioral medicine*. New York: Grune and Stratton, 1973.
- Birren, J.E., et al. Human aging: a biological and behavioral study. DHEW Publication No. (HSM) 71-9051, 1974.
- Blackwell, B., et al. Demonstration to medical students of placebo responses and non drug factors. *Lancet*, June 1972, p. 1279.