

Capitolo I

«PERCHÉ NON FAI QUALCOSA DI PIÙ CONVENZIONALE?»

«Ti fidi di me o dei tuoi occhi?».

GROUCHO MARX in *La guerra lampo dei Fratelli Marx*

«Non tutto ciò che conta può essere contato».

DENIS BURKITT¹ in *The Cancer Survivors*

«L'innovazione è una cosa molto difficile nel mondo reale».

RICHARD P. FEYNMAN in *Sto scherzando, Mr. Feynman!*

«Tieni la mente aperta, ma non al punto che il cervello caschi fuori».

ANONIMO

Quaranta milioni di persone negli USA soffrono di malattie cardiovascolari dichiarate; un numero ancora maggiore non sa di avere problemi a livello cardiaco. Sessanta milioni di persone soffrono di pressione alta. Ottanta milioni hanno alti livelli di colesterolo. Oltre 1,5 milioni di cittadini statunitensi hanno un infarto ogni anno. E per quasi un terzo di essi l'infarto è il primo segnale di problemi cardiaci. Certamente non il modo migliore per venirne a conoscenza!

Anche se i fattori connessi allo stile di vita svolgono un ruolo principale in queste patologie, come medico sono stato formato per curare l'ipertensione, gli alti livelli di colesterolo e le malattie delle coronarie primariamente prescrivendo farmaci. Eppure, crescenti prove indicano che i farmaci per abbassare la pressione e il colesterolo prevengono o fanno regredire le malattie cardiovascolari solo in una piccola percentuale di persone. Questi farmaci a volte non fanno che peggiorare le cose. E per la maggior parte delle persone, cambiamenti alimentari moderati non sono sufficienti a invertire il decorso della malattia.

Di fronte a queste nuove informazioni, molte persone stanno cominciando a chiedersi: "Beh, perché darsi pena? Non c'è molto che io possa fare per cambiare le cose. Datemi una porzione di *uova e prosciutto!*".

1. Burkitt (1911-1993) è stato un grande medico ricercatore, famoso per aver scoperto che molte malattie dell'Occidente sviluppato, rarissime in Africa, erano il risultato di abitudini alimentari sbagliate. Il suo libro più noto è *Non dimenticate la fibra nella vostra alimentazione*.

Fortunatamente, io e miei colleghi abbiamo scoperto che il programma di cambiamento di stile di vita globale descritto in questo libro può abbassare il colesterolo e la pressione del sangue più di quanto sia mai stato riferito, senza far ricorso a farmaci, e può addirittura, in molte persone, portare alla regressione di gravi malattie cardiache senza utilizzare farmaci per la riduzione del colesterolo o interventi chirurgici. Naturalmente nessuno di noi è destinato a vivere in eterno; è ugualmente certo, però, che non è necessario soffrire di morte prematura, di disabilità e dei costi derivanti dalle malattie cardiache.

Cominciai a interessarmi di ricerca sulle malattie cardiovascolari nel 1975 quando ero ancora studente al Baylor College of Medicine di Houston. Nel 1977 ebbi il privilegio di studiare col dottor Michael DeBakey, assistendolo in sala operatoria negli interventi di bypass coronarico. La sua abilità di chirurgo era stupefacente, l'apparato tecnologico impressionante e le circostanze drammatiche. Dopo un certo periodo di tempo, però, fui preso dallo sconforto perché mi resi conto dei limiti dell'approccio tecnologico che letteralmente e metaforicamente *bypassava* le cause di fondo del problema. Mi colpiva la differenza tra il ritardare il progresso della malattia e la guarigione.

Gli interventi chirurgici di bypass divennero per me una metafora dell'inadeguatezza del trattamento medico, che consisteva nel trattare la patologia senza voler rimuovere le sue cause. Operavamo i pazienti, i dolori al torace di solito sparivano e veniva loro detto che erano guariti. La maggior parte andava a casa e continuava a fare le stesse cose che avevano causato il problema. Fumavano, mangiavano cibi ad alto contenuto di grassi e colesterolo, non riuscivano a controllare lo stress e conducevano una vita sedentaria.

A quel tempo anche all'interno degli ospedali c'erano diversi distributori di sigarette e gli unici cibi in pratica disponibili nel bar dell'ospedale erano cheeseburger, pesce fritto e patatine. In molti ospedali la situazione è pressoché invariata. Alcuni addirittura hanno all'interno ristoranti affiliati a McDonald's o Burger King (oggi, però, al Baylor c'è anche un ristorante che serve piatti a basso contenuto di grassi). Diversi anni fa il dottor Robert Wissler, eminente patologo della University of Chicago, somministrò a babbuini l'alimentazione fornita ai pazienti del suo ospedale. I babbuini svilupparono il blocco delle arterie.

Cominciai a chiedermi: che cosa succederebbe se, invece di bypassare il problema, i pazienti cominciassero a cambiare ciò che sembrano essere le cause di fondo delle loro malattie cardiovascolari?

Cominciai a frequentare la biblioteca medica e a leggere di tutto. C'erano molti studi e ricerche che provavano che le diete ricche di grassi e colesterolo causano l'aumento dei livelli di colesterolo e della pressione, mentre le diete a basso contenuto di grassi e di colesterolo fanno abbassare sia il livello di colesterolo che la pressione. Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che alti livelli di colesterolo nel sangue aumentano il rischio di malattie coronariche in praticamente tutti i Paesi del mondo.

Altri studi indicavano che lo stress emotivo aumenta la pressione del sangue e i livelli di colesterolo nel sangue indipendentemente dal regime alimentare. Il tipo di stress non è molto importante: i piloti della corsa automobilistica *Indianapolis 500* presentano livelli di colesterolo più alti dopo la corsa e non prima. I commercialisti presentano livelli di

colesterolo aumentati intorno al 15 aprile² in confronto al resto dell'anno. Gli studenti di medicina presentano livelli di colesterolo più alti durante gli esami. In modo simile, altri studi hanno dimostrato che le tecniche di gestione dello stress possono abbassare i livelli di colesterolo e la pressione del sangue a prescindere dall'alimentazione. Inoltre, vi sono prove che il fumo aumenta il rischio di malattie cardiache e che un esercizio fisico regolare contribuisce a ridurre il rischio.

Ogni ricercatore lavorava nella sua sezione specifica; ad esempio, il dottor Herbert Benson aveva studiato gli effetti della meditazione, il dottor Frank Sacks aveva studiato l'alimentazione e così via. Sorprendentemente, nessuno a quel tempo aveva studiato un programma globale che utilizzasse tutta la gamma di interventi relativi allo stile di vita; nessuno aveva esaminato gli effetti dei cambiamenti dello stile di vita non solo su fattori di rischio come colesterolo e pressione del sangue ma anche, cosa ben più importante, sul processo della malattia cardiovascolare.

Sembrava una eccellente opportunità, così nel 1977 decisi di prendermi un anno di tempo del mio praticantato per svolgere un piccolo studio pilota su dieci pazienti utilizzando un programma che coinvolgeva lo stile di vita. Il direttore del reparto di medicina, il dottor Antonio Gotto, fu molto collaborativo e fornì gran parte delle strutture per effettuare i test, mentre il Franzheim Synergy Trust fornì una borsa di studio che contribuì a finanziare l'indagine. Il Plaza Hotel di Houston ci concesse di usare dieci stanze per un mese.

Uno dei vantaggi dell'essere uno studente di medicina del secondo anno fu che non avevo ancora abbastanza esperienza di tipo clinico per essere stanco e per dare per scontato che fosse impossibile far regredire le malattie cardiache, per questo dissi ai miei pazienti che il mio programma poteva contribuire a migliorare il loro stato di salute. Poiché la maggior parte di essi si era sentita dire dal medico che la patologia poteva solo stabilizzarsi col tempo o peggiorare – la cosiddetta storia naturale del processo patologico – ebbi qualche scrupolo a dare speranza a quelle persone, che ne erano prive dai tempi in cui era stata loro diagnosticata la malattia.

Fu difficile trovare pazienti adatti allo studio. Cercavamo persone che avessero una malattia cardiovascolare documentata e dolori al torace, ma che non avessero intenzione di sottoporsi a intervento chirurgico di bypass. A Houston si praticano più interventi chirurgici di bypass che nel resto del mondo, quindi se un paziente aveva una cardiopatia documentata angiograficamente e dolori al torace, la maggior parte delle volte, questo paziente veniva sottoposto a chirurgia bypass. Di conseguenza, dovemmo esaminare le cartelle cliniche di oltre diecimila pazienti per trovarne cento con le carte in regola per il nostro studio.

Alla fine trovammo dieci volontari. Dopo un mese che seguivano il nostro programma, tutti sperimentarono straordinari miglioramenti. Le persone che avevano sofferto di dolori al torace debilitanti, anche con minimi sforzi come fare la doccia, radersi, attività sessuale leggera, camminare per brevi distanze, videro scomparire questi dolori e ricominciarono a svolgere queste attività senza difficoltà. Nella maggior parte dei casi, i miglioramenti cominciarono a manifestarsi dopo appena qualche giorno. Molti di coloro che non

2. È la data fatidica che segna la scadenza annuale della dichiarazione dei redditi negli USA.

lavoravano da anni, furono in grado di tornare al lavoro a tempo pieno. Tutti riportarono di sentire maggior energia, meno depressione e un maggior senso di benessere.

I livelli di colesterolo dei partecipanti allo studio calarono in modo significativo. La pressione del sangue diminuì al punto che spesso si dovettero ridurre o sospendere i farmaci antiipertensivi che molti di loro assumevano da anni (e che – era stato loro detto – avrebbero dovuto continuare ad assumere per tutta la vita). La capacità di movimento fisico migliorò in tutti.

La maggior parte dei partecipanti non *si sentiva* solo meglio, *stava meglio*. Utilizzammo ciò che in quel momento era un nuovo test che prevedeva una scansione al tallio sotto sforzo, un tipo di medicina nucleare ora in uso nella maggior parte degli ospedali. Questo test misurava in modo non invasivo la quantità di sangue ricevuta dal cuore. Utilizzando questo test scoprimmo che la maggior parte dei pazienti manifestava dei significativi miglioramenti nel flusso di sangue delle coronarie dopo solo trenta giorni!

Per la maggior parte dei medici questo era impossibile. «Ci dev'essere qualche errore», molti di loro ci dissero allora. «I test devono essere sbagliati». I test di medicina nucleare come la scansione al tallio vennero definiti a volte *non chiari* dai medici, perché le immagini non erano sempre affidabili al 100%, anche se erano abbastanza precise da servire come base per le decisioni cliniche quotidiane. Dato che lo studio pilota non aveva incluso un gruppo di controllo randomizzato per confronto, alcuni critici chiesero: «Come sapete che i pazienti non sarebbero migliorati comunque?», anche se sarebbe stato altamente insolito per le scansioni al tallio dei partecipanti dare risultati migliori senza farmaci o chirurgia. Nonostante tutto riuscimmo a pubblicare un sunto dei nostri risultati nella rivista «Clinical Research». Qualche anno dopo, simili miglioramenti nel flusso sanguigno e nella funzionalità vennero riscontrati negli studi del dottor Gerhard Schuler svolti in Germania Ovest, del dottor William Haskell di Stanford e del dottor Victor Froelicher di San Diego.

Appresi in seguito che alcuni medici (fra cui il dottor Lester Morrison, il dottor William Castelli, il dottor Walter Kempner e altri) e persone esterne al settore medico come Nathan Pritkin avevano espresso opinioni secondo cui i blocchi delle arterie coronarie potevano regredire negli esseri umani tramite una dieta a basso contenuto di grassi e attività fisica, idee che la maggior parte dei cardiologi riteneva pure sciocchezze. Purtroppo le prove scientifiche a favore o contro queste idee erano del tutto insufficienti con la conseguenza che l'opinione pubblica divenne confusa e la comunità medica si polarizzò in due schieramenti. Altri medici – fra cui il dottor Robert Eliot, il dottor Carl Simonton e il dottor Bernie Siegel – e personalità come Jeanne Achterberg, Joan Borysenko e Norman Cousins nei loro libri e conferenze affrontarono il tema dell'importanza di saper gestire lo stress emotivo e altri argomenti come la visualizzazione nel trattare le malattie croniche. Anche in questi casi, causa la mancanza di prove scientifiche, proliferarono polemiche, equivoci e contrapposizioni.

Io tornai al mio corso di medicina e mi laureai nel 1980. Prima di cominciare il mio praticantato e il mio internato presso il Massachusetts General Hospital e la Harvard Medical School, decisi di prendermi un altro anno di tempo per svolgere uno studio più ampio volto a superare alcuni dei limiti evidenziati nel corso del primo studio. Per il nuovo studio ci sarebbe stato un gruppo di controllo seguito nell'ambito della medicina convenzionale.

In questo secondo studio, i miei colleghi e io (la dottoressa Shirley Brown, la dottoressa Sandra McLanahan e il dottor Larry Scherwitz) reclutammo 48 pazienti e li dividemmo a caso (*randomly*) in due gruppi: un gruppo visse insieme in un condominio e seguì il nostro programma di stile di vita per 24 giorni; i membri dell'altro gruppo continuarono a seguire le istruzioni dei loro medici (il motivo scientifico per cui scegliemmo quell'intervallo di tempo era dovuto al fatto che il proprietario ci aveva concesso l'uso delle strutture per 24 giorni). Testammo i due gruppi all'inizio e alla fine dello studio e confrontammo i risultati.

Ancora una volta, misurammo significativi miglioramenti nei partecipanti che avevano seguito il nostro programma: una media del 91% di riduzione nell'intensità di dolori al petto (angina), un 55% di miglioramenti nella capacità di attività fisica, un 21% di riduzione nei livelli di colesterolo e significative riduzioni nella pressione del sangue a riposo e durante lo stress emotivo. I partecipanti riportarono un miglioramento dei livelli di benessere e una marcata riduzione di ansia, paura, preoccupazione e depressione. Utilizzando un diverso test di medicina nucleare chiamato *gated blood pool scan* misurammo i progressi globali sia nella capacità del cuore di pompare il sangue che nella uniformità delle contrazioni, due indicazioni indirette del fatto che la patologia cardiaca stava migliorando dopo solo 24 giorni. Tutti questi miglioramenti si rivelarono statisticamente significativi se confrontati col gruppo di controllo sottoposto a terapia convenzionale, la cui malattia rimase invariata o peggiorò lievemente durante lo stesso intervallo di tempo. Pubblicammo i risultati del secondo studio nel «Journal of the American Medical Association». I due studi furono la base del mio precedente libro *Stress, Diet & Your Heart*.

Pur essendo stimolanti e incoraggianti, questi studi non fornirono prove definitive che le malattie cardiovascolari potevano regredire. Inoltre, non è molto difficile motivare le persone a cambiare il loro stile di vita quando si ritrovano *prigioniere* in un hotel o condominio; ma saremmo riusciti a motivare i pazienti a compiere decisivi mutamenti nei loro stili di vita vivendo in un contesto normale? E che cosa sarebbe successo a fattori di rischio come i livelli di colesterolo e la pressione alta dei pazienti che avessero seguito il programma per anni e non per settimane? Infine, cosa ancora più importante, saremmo stati in grado di misurare il grado di inversione nei blocchi delle arterie coronarie?

Dal 1981 al 1984 completai il mio internato a Boston. Nel 1984 mi trasferii a San Francisco e cominciai a programmare lo studio oggetto di questo libro al California Pacific Medical Center e alla UCSF School of Medicine.

Anche se diversi esperimenti svolti in decenni precedenti avevano stabilito che le malattie delle coronarie potevano essere fatte regredire in *animali* come cani, gatti, ratti, conigli, maiali e scimmie, ciò non era stato mai provato negli esseri *umani*. In parte ciò era dovuto al fatto che le raccomandazioni convenzionali riguardanti cambiamenti nello stile di vita non si spingevano al punto da contemplare l'inversione delle cardiopatie e anche perché la tecnologia per misurare il decorso della malattia non era abbastanza precisa.

Recenti scoperte nella tecnologia medica – incluse l'*arteriografia coronarica quantitativa computer-assistita* e la PET cardiaca (*tomografia a emissione di positroni*) – finalmente rendevano possibile misurare con esattezza perfino piccole variazioni nei blocchi delle arterie coronarie e nel flusso sanguigno, dando di conseguenza a me e ai miei colleghi gli

strumenti per misurare con sicurezza il grado e la gravità della malattia. Dal luglio 1984 fino al dicembre 1985 progettammo un nuovo studio che usasse questi nuovi strumenti diagnostici altamente tecnologici, costosi e all'avanguardia per misurare l'efficacia dei cambiamenti dello stile di vita, cambiamenti che erano alla portata di tutti, antichissimi e a bassa tecnologia. I test vennero sviluppati ed effettuati da K. Lance Gould presso l'Università della Texas Medical School di Houston, il cui scanner PET da 25 milioni di dollari era il migliore reperibile sul mercato.

Quando abbiamo iniziato, il dottor Gould credeva che i cambiamenti dello stile di vita difficilmente avrebbero invertito le malattie cardiovascolari; il team era dunque davvero ben assortito! Pensammo che qualunque cosa fosse successa, i risultati delle nostre ricerche sarebbero stati molto interessanti. Se avessimo scoperto che le malattie cardiache potevano essere fatte regredire, allora, naturalmente, sarebbe stata una notizia da prima pagina. Se avessimo scoperto di non riuscire a motivare le persone a cambiare radicalmente stile di vita o che tali cambiamenti non avevano alcun effetto sulle malattie cardiovascolari, la cosa sarebbe stata ugualmente interessante. In quel caso, farmaci e interventi chirurgici sarebbero stati l'unica risposta effettiva al trattamento e alla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

All'inizio fu molto difficile ottenere fondi per il nuovo studio. Fu scoraggiante. Chiedemmo all'American Heart Association, ai National Institutes of Health e alle principali fondazioni ma le nostre richieste vennero rigettate. Gli esaminatori ci rispondevano: «È impossibile guarire dalle malattie cardiovascolari e anche se ciò fosse possibile, un anno è troppo poco per provarlo. I cambiamenti nello stile di vita possono ridurre il rischio di ammalarsi ma non possono invertire il corso della malattia. E la gente difficilmente cambierà stile di vita fino a quel punto. Per dimostrare l'inversione bisogna utilizzare i farmaci per l'abbassamento del colesterolo. Nessuno farebbe il volontario in uno studio in cui fosse necessario fare ripetute angiografie coronariche perché quel test è pericoloso». E così via.

Alcune critiche al nostro approccio indicavano quanto potente e al contempo assurda era diventata la cardiologia nel suo approccio al trattamento delle malattie cardiovascolari: ciò che a me sembrava buon senso veniva spesso considerato eresia radicale e ciò che a me sembravano approcci terribilmente invasivi venivano considerati semplice routine. Un noto cardiologo che lavorava per una delle più importanti fondazioni cui ci rivolgemmo per avere un finanziamento mi chiese: «Perché vuoi fare questo trattamento così radicale? Perché non fai qualcosa di più convenzionale per curare le malattie cardiovascolari?».

«Beh, cosa ad esempio?».

«Come la plasmaferesi (una tecnica in cui tutto il sangue del paziente viene filtrato *ogni settimana* per rimuovere il colesterolo mediante una macchina simile a quella utilizzata per la dialisi), oppure un'operazione di bypass ileale parziale (in cui un'estremità dell'intestino viene collegata all'altra bypassando gran parte del tratto intestinale, in modo che l'organismo non assorba troppo colesterolo), oppure alte dosi di farmaci per l'abbassamento del colesterolo, invece del tuo approccio che coinvolge il cambiare alimentazione, fare ginnastica, smettere di fumare ed essere istruiti nelle tecniche di gestione dello stress?».

Ma il nostro team di ricerca credeva nella nostra visione delle cose. Volai a Houston e mi incontrai con Gerald D. Hines, un noto impresario edile e agente immobiliare. Hines

elargì un sostanzioso contributo a favore della nostra ricerca e accettò di aiutarci a raccogliere il resto dei fondi necessari per svolgere lo studio. Altre promesse di contributi vennero da individui, aziende e piccole fondazioni dell'area di Houston, fra cui Continental Airlines, Enron Corporation, Texas Commerce Bank, Emde Company, Gross Investments, Ray C. Fish Foundation, Transco Energy Company, Arthur Andersen & Co. e altri.

Con queste promesse di contributi, i miei colleghi e io cominciammo il nostro studio. Purtroppo sei mesi dopo i prezzi del petrolio crollarono e l'economia di Houston entrò in crisi profonda. Di conseguenza, il sostegno che ci aspettavamo non sempre si materializzò e la ricerca di finanziamenti si fece molto problematica.

Per i successivi tre anni continuammo la nostra ricerca, senza sapere da un mese all'altro da dove sarebbero venuti i fondi per pagare le nostre spese. In un modo o nell'altro riuscimmo a racimolare abbastanza denaro per tirare avanti. Dopo aver cominciato a dimostrare che eravamo sulla strada giusta per raggiungere i nostri obiettivi, alcune delle maggiori fondazioni e corporation sostennero il nostro lavoro. Ricordo fra gli altri Houston Endowment, The Henry J. Kaiser Family Foundation, The Fetzer Institute, lo stato della California, The First Boston Corporation, Quaker Oats e parecchie altre organizzazioni.

Nello studio di cui sto parlando, i pazienti con grave coronaropatia furono distribuiti a caso in due gruppi. Ai pazienti di un gruppo fu chiesto di seguire il programma descritto in questo libro. Ai pazienti del gruppo di controllo che seguivano la terapia loro assegnata dal medico fu chiesto di seguire i consigli dei loro medici e cioè di fare piccole modifiche di tipo alimentare (mangiare meno carne rossa, più pesce e pollo, margarina invece del burro e non più di tre uova a settimana), di fare moderatamente esercizio fisico e di smettere di fumare. Testammo entrambi i gruppi di pazienti all'inizio dello studio e un anno dopo e confrontammo i risultati. Gli angiogrammi vennero fatti a San Francisco e il materiale venne mandato al dottor Gould e al dottor Richard Kirkeeide a Houston per le analisi quantitative. I dati vennero poi mandati direttamente al dottor Richard Brand di Berkeley per l'analisi statistica.

Dopo solo un anno la maggioranza (82%) dei pazienti che avevano drasticamente cambiato il proprio stile di vita secondo quanto descritto in questo libro, dimostrava in modo misurabile che era in atto il processo di *inversione* dei blocchi delle arterie coronarie (non tutti i blocchi di tutte le arterie si erano sbloccati ma la maggior parte sì). Nel complesso, l'inversione di ogni blocco si verificava per il 61,1-55,8%; le arterie che presentavano occlusioni molto gravi mostravano miglioramenti ancora più accentuati. I blocchi avevano impiegato decenni per formarsi nelle arterie e non potevano certo sciogliersi completamente nel solo giro di un anno. Ma anche una piccola quantità di inversione dopo un anno in un'arteria gravemente intasata induce un deciso miglioramento nell'afflusso di sangue al cuore (misurato tramite PET cardiaca). Di conseguenza, i partecipanti cominciarono a sentirsi meglio molto rapidamente (come si leggerà nei *Capitoli 2 e 6*). Inoltre, quattro arterie che erano rimaste completamente bloccate cominciarono ad aprirsi, perfino quelle che erano rimaste totalmente occluse per anni. La quantità media di inversione sarebbe stata maggiore se avessimo incluso questi cambiamenti nell'analisi.

Le cinque donne del nostro studio dimostrarono tutte una qualche inversione globale dei blocchi delle arterie, anche quelle che avevano cambiato stile di vita solo in modo

moderato. Questi esiti suggeriscono che le donne possono evidenziare l'inversione più facilmente rispetto agli uomini.

Al contrario, nello stesso intervallo di tempo, la maggioranza dei pazienti del gruppo di confronto, che seguivano le prescrizioni dei loro medici, subì un misurabile peggioramento della propria condizione. Ciò porta a pensare che nelle persone con malattie cardiovascolari, le raccomandazioni tradizionali volte a far loro cambiare stile di vita non raggiungono i risultati sperati.

I risultati della nostra ricerca furono pubblicati su «The Lancet» (la rivista medica internazionale che gode di maggior prestigio) il 21 luglio 1990 e su altre riviste mediche. Furono anche presentati in vari meeting scientifici. Qualche anno dopo, il National Heart, Lung and Blood Institute dei National Institutes of Health e il Fetzer Institute ci concessero un cospicuo finanziamento che ci permise di estendere la nostra ricerca per altri quattro anni, per determinare se i blocchi delle arterie coronarie dei nostri pazienti continuavano a sciogliersi man mano che i pazienti continuavano a seguire il programma per un periodo di tempo più lungo.

A quanto sembra, i cambiamenti nello stile di vita producono risultati positivi a qualunque età essi vengano messi in pratica. Nella nostra ricerca, il *quanto* un paziente migliorava era principalmente collegato al *quanto* bene il paziente seguiva coerentemente il programma relativo allo stile di vita, non alla sua età e neppure alla gravità della malattia. Il miglioramento più spiccato venne infatti misurato nel paziente più anziano del nostro studio (Werner Hebenstreit, età 74 anni) e nel paziente con i blocchi di arteria coronaria più gravi (Bob Fianell, età 52 anni, le cui tre principali arterie coronarie risultavano bloccate al 100, 100 e 79%). Questi risultati erano diversi da ciò che mi aspettavo. Avevo infatti previsto che i pazienti più giovani con malattia precoce e meno avanzata avrebbero mostrato i maggiori miglioramenti, ma (fortunatamente) mi ero sbagliato. In effetti, le arterie nelle peggiori condizioni sono quelle che mostrano il maggior processo di inversione. Alcuni aspetti del programma utilizzati nel nostro terzo studio erano simili o identici a quelli utilizzati nel primo e nel secondo, ma c'erano alcune importanti differenze da sottolineare. Ad esempio, il ruolo delle abilità di comunicazione e l'importanza dello stabilire rapporti di vicinanza affettiva ebbero un maggior rilievo nel terzo studio e – come leggerete nel *Capitolo 4* – sono personalmente giunto a credere che questi aspetti siano di importanza cruciale per guarire i nostri cuori su molteplici livelli. Il programma espande anche l'utilizzo della visualizzazione come parte del processo di guarigione. Inoltre, anche la mia comprensione di come sia possibile usare al meglio queste tecniche era notevolmente migliorata.

Noi non conosciamo l'entità esatta del contributo delle varie componenti del programma, ossia non sappiamo esattamente quanta parte del miglioramento sia dovuta ai cambiamenti nella dieta, quanta alle tecniche di gestione dello stress, quanta al gruppo di supporto e così via. I nostri dati indicano che ogni parte del programma è importante, ma alcune parti possono essere più importanti di altre per diverse persone. Nel nostro studio l'adesione ad ogni componente del programma era direttamente correlata al grado di inversione nei blocchi delle arterie coronarie.

Ad esempio, i cambiamenti di tipo alimentare possono essere più importanti per una persona abituata a una dieta basata su cibi ad alto contenuto di grassi e di colesterolo ma che

non è sottoposta a uno stress eccessivo, che non fuma, che fa movimento fisico e che ha molto supporto affettivo. In modo simile, le tecniche di gestione dello stress possono essere più importanti per persone che svolgono lavori molto stressanti ma il cui livello di colesterolo nel sangue è solo di 150. Il punto è che, anche se ci possono essere differenze da individuo a individuo, è il programma nel suo insieme che ha dimostrato di poter produrre l'inizio dell'inversione delle coronaropatie nella maggior parte dei partecipanti al nostro studio.

Nel corso degli ultimi anni, l'opinione pubblica e la comunità medica sono diventate più consapevoli dell'importanza del colesterolo nelle malattie cardiovascolari. La comunità medica è andata da un estremo – dicendo che il colesterolo ha poco a che fare con le malattie cardiovascolari – all'altro, dicendo che il colesterolo è il principale responsabile delle patologie cardiache.

Il colesterolo è molto importante ma non è tutto. E nemmeno la pressione alta è tutto, o il fumo o la mancanza di movimento. Tutti i fattori di rischio noti spiegano solo una metà circa delle malattie cardiache che abbiamo sotto gli occhi. Chiaramente c'è qualcos'altro ancora.

Al momento di cominciare a programmare il terzo studio, nel 1984, pensavo che il livello di colesterolo dei partecipanti dovesse diminuire a livelli inferiori a 150 o almeno a 180 perché si rendesse evidente una inversione dei blocchi delle arterie coronarie. Anche in quel caso mi sbagliavo e sta qui una delle nostre scoperte più interessanti.

Cerco di illustrare il problema con un esempio: Robert Royall è un prete di 53 anni con una grave malattia delle coronarie. I suoi livelli di colesterolo sono alti principalmente a causa di una patologia di tipo genetico nota come *ipercolesterolemia familiare combinata*.

Nel novembre 1986 Royall subì un angiogramma coronarico (cateterizzazione cardiaca) che rivelò un blocco del 37% in una delle principali arterie coronarie (nota come *arteria discendente anteriore sinistra*) che rifornisce di sangue la parte anteriore del cuore (vedi *Figura 1.1*). Fu allora che invitai Royall a partecipare al nostro progetto di ricerca.

Aveva un impegno precedente in base al quale doveva trasferirsi in North Carolina a dirigere una congregazione con relativa chiesa e quindi dovette rifiutare. Royall seguì le prescrizioni del suo medico e cominciò a ridurre la quantità di grasso e di colesterolo nella dieta dal 40 al 30% (con meno carne rossa, pollo senza pelle, meno uova) e cominciò a fare più esercizio fisico. Non fumava. Il suo colesterolo diminuì da 390 a 360.

Dopo un certo periodo di tempo, però, la frequenza dei dolori al petto cominciò ad aumentare. Nel novembre 1987 dovette fare un altro angiogramma. Il test rivelò che il blocco del 37% era drammaticamente peggiorato giungendo al 77% (vedi *Figura 1.2*).

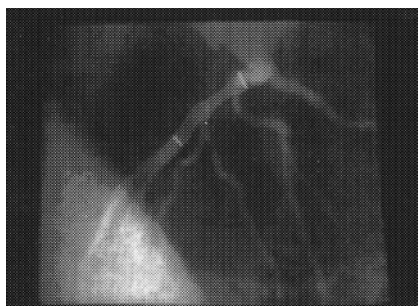


Figura. 1.1

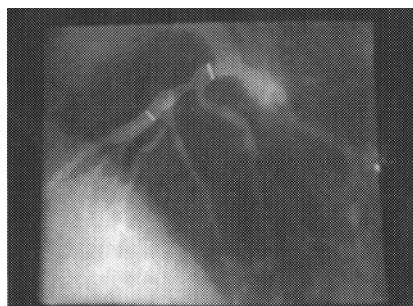


Figura 1.2

A causa del provato peggioramento della sua malattia, Royall decise di partecipare al nostro studio e venne assegnato a caso al gruppo che si stava impegnando in radicali cambiamenti dello stile di vita. Seguì il programma descritto in questo libro e il livello di colesterolo diminuì da 360 a circa 250, una riduzione rimarchevole. Ma il livello era ancora troppo alto. Fui tentato dal prescrivergli farmaci per l'abbassamento del colesterolo ma decidemmo di aspettare fino al successivo angiogramma perché il paziente, per vari altri aspetti, sembrava in miglioramento: aveva perso 25 kg, aveva raramente dolori al petto e si era aperto emotivamente verso gli altri membri del gruppo in modi a volte sorprendenti.

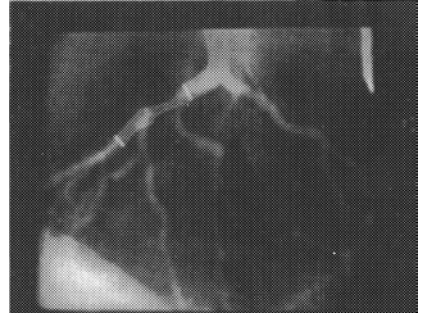


Figura 1.3

Dopo un anno nel nostro programma ripetemmo l'angiogramma. Questa volta il 77% del blocco era sceso al 59% mentre il flusso sanguigno attraverso quella arteria era aumentato del 270% (vedi *Figura 1.3*).

In sintesi, le raccomandazioni convenzionali sullo stile di vita avevano causato un peggioramento drammatico dei blocchi delle arterie coronarie dopo un anno, mentre il nostro programma, sempre a un anno di distanza, aveva migliorato lo stesso identico blocco. È possibile che alcune persone con livelli di colesterolo geneticamente alti riescano a beneficiare di una combinazione tra programma "Apri il tuo cuore" e farmaci per l'abbassamento del colesterolo, ma i farmaci da soli non sono la soluzione ottimale e potrebbero anche non essere necessari.

Hank Ginsberg è un bancario di 63 anni che aveva provato di tutto per tenere sotto controllo la sua malattia cardiaca. Per prima cosa aveva provato con farmaci cardiovascolari, ma i dolori al petto erano peggiorati. Poi si era sottoposto a bypass nel 1983, ma qualche anno dopo le arterie bypassate si erano bloccate di nuovo. Quattro anni dopo fu sottoposto ad angioplastica ma le arterie si erano chiuse dopo qualche mese. Poi era entrato nel nostro programma. Pur seguendolo molto coerentemente, il suo colesterolo era diminuito solo da 271 a 192: "Ancora troppo alto", pensai. L'angiogramma fatto un anno dopo mostrò invece una discreta inversione dei blocchi coronarici.

Al contrario, uno dei pazienti del gruppo di controllo prendeva lovastatina (Mevacor), un potente farmaco per l'abbassamento del colesterolo, da un anno e smise di fumare. Il suo livello di colesterolo diminuì da 248 a 172 ma i blocchi delle arterie coronarie peggiorarono considerevolmente ed ebbe un infarto alla fine dell'anno.

Altri due studi con gruppo di controllo, oltre al nostro, hanno dimostrato che è possibile l'inversione dei blocchi delle arterie coronarie negli esseri umani. Il primo fu pubblicato nel giugno 1987 da un ricercatore pioniere, David Blankenhorn, della Southern California School of Medicine (gli studi precedenti del dottor Blankenhorn – che avevano dimostrato che i blocchi delle arterie delle gambe potevano cominciare a regredire – contribuirono a ispirarmi a condurre la mia ricerca).

Nello studio del 1987, il dottor Blankenhorn e i suoi colleghi divisero a caso i pazienti in due gruppi. Un gruppo ricevette altissime dosi di farmaci per l'abbassamento del cole-

sterolo in combinazione con niacina - 30 g al giorno di colestipol (Colestid) e da 8 a 12 g al giorno di niacina - e l'altro gruppo no. Entrambi i gruppi dovettero osservare una dieta a basso contenuto di grassi (30%) seguendo le indicazioni dell'American Heart Association (una dieta a contenuto di grasso molto più alto di quella consigliata nel nostro programma). Questa dieta del 30% di grassi include carne rossa magra, pollo senza pelle, pesce e non più di tre uova a settimana. Solo i pazienti i cui livelli di colesterolo nel sangue erano considerevolmente ridotti da farmaci vennero ammessi nello studio di Blankenhorn. I pazienti che ricevevano i farmaci anticolesterolo avevano ridotto il livello a un valore inferiore a 180.

Gli angiogrammi coronarici furono effettuati all'inizio dello studio, dopo due anni e dopo quattro anni. Dopo due anni, solo il 16% dei partecipanti che assumevano farmaci per l'abbassamento del colesterolo dimostrava una qualche misurabile inversione dei blocchi delle arterie coronarie; il 44% delle persone non presentava variazioni nel livello dei blocchi e quasi il 40% delle persone in effetti era peggiorato, nonostante il trattamento intensivo a base di farmaci. Dopo quattro anni i numeri erano uguali. I partecipanti non riscontravano alcuna riduzione nella frequenza di dolori al petto.

Il secondo studio pionieristico venne svolto da B. Greg Brown e colleghi alla Washington Medical School nel 1990 (il dottor Brown, insieme a K. Lance Gould, ha sviluppato la tecnica dell'angiografia coronarica quantitativa, il test principale da noi utilizzato per la nostra ricerca). Nell'importante studio del dottor Brown, uomini con malattie cardiovascolari e alti livelli di colesterolo vennero divisi in tre gruppi. Agli appartenenti al gruppo A vennero date alte dosi di niacina (4 g al giorno) e colestipol (30 g al giorno). Al gruppo B vennero somministrate alte dosi di lovastatina (40 mg al giorno) e colestipol (30 g al giorno). Al gruppo C venne somministrata una dieta a basso contenuto di grassi, ossia quella basata sul 30% di grassi cui abbiamo già accennato. Dopo due anni e mezzo, i pazienti del gruppo A mostravano un leggero livello di inversione complessiva (0,9%) dei blocchi coronarici. I pazienti del gruppo B mostravano un livello di inversione anche più basso (0,7%). Un qualche livello di inversione dei blocchi venne riscontrato nel 39% dei pazienti del gruppo A e nel 32% dei pazienti del gruppo B; il 36% del gruppo A e il 21% del gruppo B non ebbe alcun mutamento; il 25% del gruppo A e il 21% del gruppo B ebbe un peggioramento dei blocchi. Anche i pazienti del gruppo C peggiorarono, mostrando un 2,1% di peggioramento dei blocchi delle arterie coronarie.

Se la riduzione del colesterolo fosse il fattore primario che porta alla regressione delle cardiopatie, allora, riguardo agli studi di Blankenhorn e Brown, nella maggior parte dei pazienti che assumevano farmaci anticolesterolo le occlusioni avrebbero dovuto regredire, visto che quasi tutti quegli stessi pazienti avevano avuto una riduzione dei livelli di colesterolo nel sangue dovuta proprio ai farmaci. Invece solo una minoranza di essi ha mostrato regressioni nelle occlusioni.

Nel complesso, sia nello studio di Blankenhorn che in quello di Brown, i pazienti che prendevano farmaci anticolesterolo ebbero in qualche modo migliori risultati rispetto ai pazienti che non avevano assunto farmaci e che avevano apportato solo lievi modifiche alla dieta. Al contrario, la maggioranza dei pazienti del nostro studio evidenziò un maggior grado di inversione nei blocchi delle arterie coronarie in un più breve periodo di

tempo, senza utilizzare farmaci anticolesterolo. Quindi prendere farmaci anticolesterolo serve ed è meglio prendere questi farmaci piuttosto che non fare nulla. Ancor meglio, però, sarebbe cambiare globalmente stile di vita secondo quanto descritto in questo libro, di sicuro almeno come primo passo.

Sia il dottor Blankenhorn che il dottor Brown hanno scoperto che i blocchi delle arterie coronarie peggioravano nei pazienti sottoposti alla dieta del 30% e che non assumevano farmaci per l'abbassamento del colesterolo. I miei colleghi e io abbiamo avuto risultati simili nei pazienti del gruppo di controllo del nostro studio, anch'essi sottoposti alla dieta del 30%. Altri due studi recenti del dottor John Kane e colleghi (Università della California) e del dottor Henry Buchwald e colleghi (Università del Minnesota) hanno scoperto che la maggioranza dei pazienti cardiaci sottoposti alla dieta del 30% evidenziava un generale peggioramento dei blocchi coronarici. Nello studio del dottor Buchwald, l'85% dei pazienti evidenziava un deciso peggioramento dei blocchi coronarici dopo dieci anni. Se ne deduce che le raccomandazioni convenzionali di tipo nutrizionale non danno risultati significativi per i pazienti con problemi cardiaci.

La ricerca del dottor Blankenhorn ha anche evidenziato che la dieta del 30% di grassi contribuisce a evitare la formazione di *nuovi* blocchi coronarici ma non è sufficiente normalmente a far *regredire* i blocchi esistenti. In altri termini, cambiamenti lievi possono contribuire a prevenire le malattie cardiache mentre cambiamenti più globali dello stile di vita sono indispensabili per avere una loro regressione. Questa è la cornice in cui inserire la Dieta preventiva e la Dieta regressiva descritte nel *Capitolo 10. Un grammo di prevenzione evita un chilo di cure*.

Nella nostra ricerca abbiamo scoperto l'esistenza di un *effetto dose-risposta*, ossia più le persone seguivano strettamente il nostro programma e meglio si sentivano e meno ostruite diventavano le arterie coronarie. Quindi persino la dieta del 30% è più benefica di una dieta del 40% di grassi. I blocchi coronarici possono peggiorare con una dieta del 30% ma sarà sempre meglio del peggioramento che si ottiene con una dieta del 40%. Ma la regressione dei blocchi coronarici di solito richiede una dieta con contenuto di grassi ancora più basso, insieme agli altri cambiamenti cruciali dello stile di vita descritti in questo libro.

Benché ci fosse una diretta correlazione tra l'aderenza ad ogni parte del nostro programma (dieta, gestione dello stress, esercizio fisico, smettere di fumare) e il grado di miglioramento, c'era invece pochissima correlazione tra i livelli di colesterolo nel sangue e il livello di cambiamento delle arterie (in particolare, l'inversione non era correlata con i livelli di colesterolo totale nel sangue, HDL, LDL, colesterolo totale/HDL, LDL/HDL, o cambiamenti in questi parametri. Questi termini sono definiti nel *Capitolo 10*). Lo studio del dottor Blankenhorn aveva anche scoperto che c'era pochissima correlazione tra variazioni in uno qualsiasi di questi livelli di colesterolo nel sangue e le occlusioni coronariche.

Perché? Anche se è difficile da provare scientificamente, io credo che le malattie cardiache debbano essere esaminate e trattate a un livello più profondo. L'uso di farmaci per l'abbassamento del colesterolo si basa sulla presunzione che il colesterolo sia il principale fattore determinante dell'aterosclerosi, mentre io mi sto sempre più convincendo che anche altri fattori – fra cui stress emotivo, isolamento percepito, mancanza di sostegno socia-

le, ostilità, cinismo e bassa autostima – svolgano ruoli importanti; quindi esaminare questi temi è una parte importante del programma “Apri il tuo cuore”. Lavorare con un gruppo di pazienti relativamente piccolo su base intensiva nel corso di un lungo periodo di tempo ha dato ai miei colleghi e a me speciali opportunità per arrivare a conoscere da vicino alcuni di questi fattori, cominciando a lavorare per affrontarli più direttamente ed efficacemente.

Questo programma si basa sulla premessa che esistono diversi livelli di guarigione. Ciò vale a dire che *quanto più indietro riusciamo a risalire nella catena causale di eventi per risolvere un problema, tanto più potente potrà essere la guarigione*. Le manifestazioni fisiche di una malattia (i suoi sintomi) devono essere affrontate e trattate. Ma se trattiamo il problema *solo* a livello fisico, allora il miglioramento del paziente è più limitato e la patologia probabilmente riapparirà nella stessa forma o in forma diversa.

Ad esempio sappiamo che le arterie che riforniscono di sangue il cuore possono progressivamente intasarsi a causa del colesterolo e altri depositi. Quando questi blocchi diventano gravi, il cuore non riceve abbastanza sangue e comincia a mancargli l'ossigeno trasportato da esso. Se questa deprivazione è di breve durata, il risultato è il dolore al petto (angina); se è prolungata, la parte del cuore che non riceve abbastanza sangue muore, trasformandosi in tessuto cicatriziale. Questo viene chiamato *attacco di cuore* o infarto. Se il tessuto cicatriziale è di ridotte dimensioni, la persona sopravvive. Se una buona porzione del cuore muore o se l'infarto avviene in una parte importante del cuore (ad esempio in un'area con pacemaker), allora la persona può non sopravvivere (in modo simile, i blocchi in un'arteria che porta al cervello può causare un ictus: parte del cervello muore a causa della mancata irrorazione sanguigna).

Da una parte i blocchi nelle arterie coronarie portano all'angina e all'infarto, dall'altra i blocchi nelle arterie del cervello portano ai colpi apoplettici (o ictus). Per risolvere queste patologie, in medicina si cominciò col praticare interventi chirurgici di bypass delle arterie coronarie oltre venticinque anni fa, un sistema scelto per portare una maggior quantità di sangue intorno alle arterie bloccate. Durante tale procedura si preleva una vena da una gamba del paziente e la si unisce al tratto precedente e successivo dell'arteria ostruita, aumentando in tal modo il flusso sanguigno verso il cuore.

Un approccio più recente al trattamento delle arterie ostruite viene chiamato angioplastica coronarica e prevede la dilatazione di un piccolo palloncino all'interno dell'arteria coronaria bloccata; in questo modo si allarga il vaso sanguigno e *si sfonda* il blocco, permettendo il fluire di una maggior quantità di sangue al cuore. La chirurgia del bypass, l'angioplastica e i farmaci per l'abbassamento del colesterolo non risolvono però le cause profonde dei blocchi coronarici. Ci si potrebbe chiedere: “Beh, e allora? Perché filosofeggiare sulle cause profonde quando abbiamo farmaci e chirurgia? Non è forse vero che funzionano?”.

La risposta è sì e no. Temporaneamente, questi sistemi possono salvare la vita a molte persone. Io li utilizzo a volte. Quando un paziente arriva al pronto soccorso con gravi dolori al petto, dicendo: «Dottore, mi levi questo elefante dal petto», non gli do da mangiare broccoli chiedendogli di cominciare a far meditazione. Utilizzo qualsiasi farmaco cardiaco, scosse elettriche e procedure chirurgiche necessarie per curare la patologia acuta che può mettere a rischio una vita. Anche se una persona decide di seguire il programma “Apri

il tuo cuore”, prescriverò sempre farmaci cardiaci (come i calcio-antagonisti o i nitrati) riducendo gradualmente il dosaggio col tempo mano a mano che i sintomi, la pressione del sangue e la situazione del colesterolo migliorano.

Quando la persona si sarà stabilizzata e sarà in fase di recupero, allora potremo cominciare a discutere la ragione del verificarsi della malattia cardiaca e che cosa lui o lei potrebbero fare per impedire il ritorno in pronto soccorso. Esiste una reale *finestra di opportunità* quando un paziente apprende per la prima volta di essere affetto da una malattia cardiaca: il medico avrà allora la massima attenzione. In quel momento la malattia e la sofferenza possono essere potenti catalizzatori per cambiare non solo comportamenti come dieta e movimento fisico, ma altri ancora più importanti che possono aiutare a trasformare i fattori determinanti di salute più essenziali, fra cui possiamo includere i valori del paziente, le sue relazioni, l’auto-percezione e l’autostima.

Le malattie cardiovascolari – i blocchi nelle arterie e il ridotto flusso di sangue al cuore – sono il risultato finale di una catena di eventi occorsa durante una vita. Un tema fondamentale ricorrente di questo libro è che *trattare solo le manifestazioni fisiche delle malattie cardiovascolari senza risolvere le cause fondamentali fornirà solo un sollievo momentaneo e la malattia ricomparirà. Al meglio, avremo confuso o scambiato un insieme di problemi o malattie con un altro*. Questo è vero per tutte le terapie convenzionali delle malattie cardiovascolari, inclusi i farmaci, la chirurgia e l’angioplastica. Questi temi saranno esplorati a fondo nel *Capitolo 2*.

È stato difficile misurare il ruolo dello stress emotivo sul cuore e quindi la sua importanza spesso non viene riconosciuta. La medicina moderna si basa sulla scienza e gli scienziati tendono a credere solo in ciò che può essere misurato e osservato, anche se ciò che può essere quantificato può non essere l’aspetto più importante. Come l’uomo che cerca il proprio portafoglio sotto il lampione “perché lì c’è più luce” anche se il portafoglio l’ha perso in un vicolo buio, è facile cercare nella direzione sbagliata se indaghiamo solo in ciò che può essere misurato.

Il colesterolo e la pressione del sangue possono essere misurati facilmente e sono disponibili potenti farmaci per abbassare entrambi. Ciò rende dottori e aziende farmaceutiche molto felici: i medici possono semplicemente scrivere una ricetta invece di trascorrere molto del loro tempo insegnando ai pazienti come cambiare il proprio stile di vita e le aziende ottengono buoni profitti.

Il sistema sanitario, inoltre, incoraggia l’uso di farmaci e chirurgia piuttosto che l’educazione del malato. Negli USA si spende più denaro nella cura delle malattie cardiovascolari di quanto si spenda per altre malattie (78 miliardi di dollari all’anno). Lo scorso anno sono stati spesi oltre 7 miliardi di dollari³ per interventi chirurgici di bypass. Se io faccio un intervento chirurgico di bypass su un paziente, la compagnia assicurativa pagherà almeno 30.000 dollari. Se faccio un intervento di angioplastica con palloncino su un paziente, la compagnia assicurativa pagherà almeno 7500 dollari. Se passo la stessa quantità di tempo a insegnare a un paziente cardiopatico come cambiare dieta e le tecniche di gestione dello stress, la compagnia assicurativa pagherà non più di 150 dollari. Se passo lo

3. Il lettore tenga presente che questi dati si riferiscono al 1995 [N.d.T.].

stesso tempo a insegnare a un paziente in salute come *conservarsi* in salute, la compagnia assicurativa non pagherà un bel nulla.

Non sorprende che i dottori tendano a passare il tempo facendo ciò che viene rimborsato, specialmente perché all'università non apprendiamo molto sull'alimentazione e su come motivare i pazienti a cambiare stile di vita. Non ci viene insegnato come affrontare lo stress nelle nostre vite o come mettere in grado i nostri pazienti di farlo e quindi noi dottori pratichiamo la medicina nei modi per cui siamo pagati.

Ricordo il mio primo giorno di praticantato a Boston nel 1981 al momento di fare il giro dei malati. Ero un po' imbarazzato dal modo disinvolto adottato dai miei colleghi. Spingendo il carrello delle cartelle cliniche lungo il corridoio, ci fermammo fuori d'alla stanza del primo paziente. Il medico internista rivolgendosi a me disse: «Dean, qui c'è un uomo di 53 anni che ha avuto un infarto tre giorni fa. È depresso e vuole parlare con qualcuno, ma non abbiamo tempo perché in due ore dobbiamo fare il giro di 45 pazienti, più altri sei nel reparto di cardiologia. Entra, controllagli cuore e polmoni ed esci!».

L'anno dopo, mentre facevo il mio giro (e allora l'internista ero io), un eminente cardiologo, con l'aria molto depressa, mi si avvicinò in una camerata e mi disse: «Hai qui ricoverato uno dei miei pazienti, il Signor Smith. Il suo intervento di bypass è programmato per la giornata di oggi sul tardi; è così preoccupato che potrebbe rimbalzare come una palla. Ogni giorno mando qui miei pazienti da operare e non capisco perché lui sia così

preoccupato, non *mi* sembra un granché quel che deve fare!».

Noi dottori non diamo i migliori esempi. Oltre a non imparare a valutare o ad ascoltare i bisogni emotivi dei nostri pazienti, spesso impariamo a negare i nostri sentimenti o a distaccarcene proprio come parte del nostro tirocinio medico. Come professione, abbiamo uno dei più alti tassi di dipendenza da droghe e di divorzi di qualsiasi altro gruppo sociale identificabile in quanto tale e i medici muoiono dieci anni prima della media. Ogni anno molti medici si suicidano, tanti quanti se ne potrebbero laureare in una grande università. E mi riferisco solo ai suicidi dichiarati. Non sorprende quindi che molti dottori non credano che lo stress emotivo o l'isolamento spirituale possano contribuire alle malattie cardiovascolari. Sarebbe più facile sorprendersi del contrario.

In parte il valore della nostra ricerca su come intervenire globalmente sullo stile



“Ciò che le serve, signor Terwilliger, è un po' di umanità, un tocco gentile e rassicurante, un caldo sorriso che le dimostri attenzione; tutte cose che - mi dispiace - non mi hanno insegnato quando ho studiato per fare il medico”.

Vignetta pubblicata su permesso del «Wall Street Journal» e del Cartoon Features Syndicate.

di vita consiste nel cercare di mettere in comunicazione la comunità medica con l'opinione pubblica generale. Quando nelle conferenze e incontri che tengo presso vari ospedali mi rivolgo ai dottori comincio col descrivere l'evidenza scientifica della nostra ricerca - i dati, le PET, gli angiogrammi e il resto. Poi, quando mi chiedono: «Cosa hanno fatto questi pazienti per arrivare ad avere questi risultati?», io rispondo: «Abbiamo cominciato col fargli fare dell'esercizio fisico programmato». «Naturalmente, e poi?». «Gli abbiamo fatto cambiare alimentazione e li abbiamo aiutati a smettere di fumare». «Naturalmente, e poi?». «Beh, la dieta, il movimento fisico e smettere di fumare sono importanti, ma io penso che sia ancora più importante lavorare a un livello più profondo: insegnare loro come rasserenare la mente e come tenerla sotto controllo; come ascoltare i sentimenti degli altri e i propri; come sentirsi più connessi agli altri e a se stessi; come dare e ricevere amore più pienamente».

E i dati scientifici spesso aprono la porta - e il cuore - perché i medici si sentano disponibili e comincino a dare ascolto a queste idee, che sono nuove a molti di loro. Non ho mai partecipato a un convegno scientifico di cardiologia in cui siano stati studiati o discussi l'importanza e il potere dell'amore. Ciò è ironico proprio in quanto il cuore è il simbolo dell'amore.

La ricerca ha anche un altro valore: ridefinire ciò che è possibile. È vero che “vedere è credere”, ma è ugualmente vero che credere è vedere. Se credi di avere fame, quando arrivi in una nuova città ti accorgi dei ristoranti ma non presterai attenzione ai negozi di ferramenta, anche se ci passi davanti. Vediamo ciò che vogliamo vedere e i nostri preconcetti influenzano le nostre percezioni.

Le nostre opinioni riguardo a ciò che è possibile - o impossibile - spesso diventano una profezia che si autoavvera. Finché Roger Bannister non riuscì a correre un miglio in meno di quattro minuti, tutti pensavano che fosse impossibile. Subito dopo, correre un miglio in quattro minuti divenne quasi una routine. Io non penso che ciò sia avvenuto perché all'improvviso la gente è diventata fisicamente più prestante (nonostante gli steroidi). È avvenuto piuttosto che, siccome una persona lo ha fatto, si è modificata l'*opinione* riguardo a ciò che è possibile fare. Dopo che la gente *ha creduto* fosse possibile, è *diventato* possibile. Esempi simili si possono rintracciare in molti altri campi.

Quando i pazienti entrarono a far parte dei nostri studi, tutto ciò che riuscimmo a dir loro fu che speravamo che il nostro programma fosse loro di beneficio. Oggi stiamo dimostrando quanto benefico possa essere questo programma. All'improvviso, abbiamo nuove prove, nuove opinioni e nuove scelte. Non mi aspetto che tutti all'improvviso dicano: «Ehi, ecco qui qualcosa che voglio fare al 100%». Ma molte persone lo diranno. Almeno si saprà quali scelte abbiamo a disposizione e che si può scegliere in modo intelligente. E che esiste un ampio spettro di scelte. Più fai e più benefici avrai. Non è tutto o niente.

Per quanto impariamo, però, ci sarà sempre un elemento di mistero, magari genetico o addirittura legato al destino nello spiegare perché alcune persone migliorano e altre no. Non sempre tutti guariscono (ossia le arterie riescono a sbloccarsi), ma possiamo imparare a essere guariti, perché il vero tema non è solo come rimandare la morte ma anche come essere più *pienamente vivi*, più liberi dai limiti che noi stessi ci imponiamo. Oggi, utilizzando questo programma, possiamo ottenere entrambe le cose.