

SHUVENDU SEN

The background is a vibrant, multi-colored mandala pattern in shades of blue, purple, and yellow. In the center, there is a dark blue silhouette of a Buddha figure in a meditative pose. The text is overlaid on this silhouette.

**Perché
BUDDHA
non aveva
L'ALZHEIMER**

**Un approccio innovativo
per una patologia sempre più diffusa,
attraverso la meditazione, lo yoga e l'arte**

**Terra Nuova
EDIZIONI**

SHUVENDU SEN

**Perché
BUDDHA
non aveva
L'ALZHEIMER**

Un approccio innovativo
per una patologia sempre più diffusa,
attraverso la meditazione, lo yoga e l'arte

Terra Nuova Edizioni

Direzione editoriale: Mimmo Tringale e Nicholas Bawtree

Curatore editoriale: Enrica Capussotti

Autore: Shuvendu Sen

Traduzione: Claudia Benatti

Progetto grafico, impaginazione e copertina: Andrea Calvetti

Titolo originale: *Why Buddha Never Had Alzheimer's*

©2017 Dr. Shuvendu Sen

©2021, Editrice Aam Terra Nuova

via Ponte di Mezzo 1, 50127 Firenze

tel 055 3215729 - fax 055 3215793

libri@terranuova.it - www.terranuovalibri.it

I edizione: aprile 2021

Ristampa

IV III II I 2027 2026 2025 2024 2023 2022 2021

Collana: Salute naturale

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di recupero dati o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, inclusi fotocopie, registrazione o altro, senza il permesso dell'editore. Le informazioni contenute in questo libro hanno solo scopo informativo, pertanto l'editore non è responsabile dell'uso improprio e di eventuali danni morali o materiali che possano derivare dal loro utilizzo.

Stampa: Lineagrafica, Città di Castello (Pg)

*A mia nonna
e a un'infinità di altra gente coraggiosa*

Indice

Ringraziamenti	5
Introduzione	6
Capitolo 1. Il morbo di Alzheimer: perché siamo ancora qui a grattare solo la superficie	28
Capitolo 2. Farmaci, farmaci, farmaci: il feticismo mercificatorio della medicina moderna	52
Capitolo 3. Meditazione: la scienza alla base di un'arte senza tempo	77
Capitolo 4. Da Nalanda all'Università di Harvard: il viaggio mozzafiato dello yoga	111
Capitolo 5. Meditazione e yoga: i pilastri fondamentali	138
Capitolo 6. Musica, realtà virtuale e il semplice tocco	156
Capitolo 7. Medicina e spiritualità: il legame mancante	183
Referenze bibliografiche	202

Ringraziamenti

Prima di ogni convinzione viene il coraggio, il coraggio di sognare, di osare o di aprirsi. Ed è a Marilyn Allen, la mia agente letteraria, già vicepresidente della Harper Collins, e oggi ideatrice della Allen O'Shea Literary Agency, che devo quel coraggio. Devo il mio coraggio alla sua capacità di mettere a fuoco quando tutto sembrava sfocato e alla sua infallibile tenacia e fiducia, che ha rifiutato ogni resa.

La mia gratitudine va a tutto il team HCI, con cui mi sono ritrovato come a casa. Soprattutto Christine Belleris, David Tabatsky, Allison Janse e Ian Briggs, per i loro contributi di grande profondità e la loro guida, al contempo professionali e personali. Grazie anche a Lawna Patterson Oldfield, per il suo splendido disegno di copertina e per gli interni del libro (nella versione originale inglese, *N.d.T.*). E naturalmente un ringraziamento a John Paine, che ha esaminato la mia proposta originale per la HCI.

Rimango infinitamente in debito con Gabriella Oldham, che ha rivisto il libro, per il suo talento e la sua tenacia. È stato un grandissimo piacere collaborare con qualcuno che aveva compreso appieno le stravaganze di un sofferto manoscritto.

Sono grato ai miei tanti colleghi e mentori che hanno condiviso con me il loro tempo e i loro talenti, tra cui il dottor Jon Denninger (direttore della ricerca per il Benson-Henry Institute for Mind Body Medicine al Massachusetts General Hospital), il dottor Benjamin Rolin Doolittle (direttore all'Internal Medicine-Pediatrics Residency Program della Yale University School of Medicine), il dottor Constante Jil (ex direttore di programma al Raritan Bay Medical Center), il dottor Ronald Brenner (responsabile dell'area psichiatrica per i Catholic Health Services), il dottor Rajkumar Singh, la bibliotecaria Zina Kolker, Shyamasree Bose Majumdar per il suo contributo iconografico e molti altri che colpevolmente non menziono ma che ringrazio di cuore.

E, naturalmente, questo libro non avrebbe potuto vedere la luce senza l'incondizionato e incrollabile supporto di Paramita, mia moglie, e dei miei due angeli, Shraman e Shrimoyee, oltre a innumerevoli amici.

Introduzione

*«Tutte le esperienze sono precedute dalla mente,
hanno la mente come guida,
sono create dalla mente»*

Buddha

Quando ho incontrato per la prima volta Lisa Wolfe, aveva varcato da un pezzo la soglia dell'ottantina. Non appena fece il suo ingresso nella mia stanza sulla sedia a rotelle, seguita da quella che pareva essere l'intera dinastia degli Wolfe, da figli e figlie fino ai pronipoti, fui immediatamente catturato dalla sua presenza esuberante, malgrado la severità del volto. Le ciglia sottili incorniciavano due occhi acutissimi che parevano parlare. La sua pelle era sorprendentemente priva di rughe, impeccabile. Si aprì in un ampio sorriso nell'esatto momento in cui entrò.

«Piacere di conoscerla, signora Wolfe» dissi, sorpreso dal mio stesso impeto, visto che era l'ultima paziente in programma in quella lunga e faticosa giornata trascorsa nella mia clinica e in ospedale.

Anziché rispondere, mi rivolse una domanda a sua volta, con evidente riferimento al suo cognome. «Quando è stata l'ultima volta che ha dato un così gentile benvenuto a un animale a due zampe?» disse, abbandonandosi a una sonora risata.

E fu chiaro che si trattava di qualcosa di più di una visita di cortesia. La signora Wolfe aveva fretta di andarsene, poiché voleva assistere quella sera a un incontro di baseball. La struttura che prima la seguiva aveva chiuso e lei voleva qualcuno più vicino a casa e che non fosse a rischio di andare in pensione o morire prima che la sua stessa fine fosse giunta. Non aveva granché di cui lamentarsi, se non una fastidiosa sensazione di affaticamento che lei attribuiva all'avanzare degli anni.

Considerando la sua età, la visita medica rivelò una condizione eccellente. Cuore e polmoni erano puliti, e dall'addome non si evidenziava nulla di preoccupante. Compresi che quell'affaticamento poteva essere la conseguenza di qualche piccolo contrattempo che non voleva rivelare, così le prescrissi un check-up e la congedai. E mentre usciva sulla sua sedia a rotelle ammiccò verso di me e disse:

«Se riuscirà a liberarmi da questa maledetta fatica, riscriverò il mio testamento».

I risultati delle sue analisi del sangue mostravano una situazione ragionevolmente stabile e avevo ben pochi motivi per fissarle un'altra visita nei successivi tre mesi. Eppure, due mesi dopo ricevetti una telefonata da Janice, la nipote della signora Wolfe.

«Ci tengo a riferirle una cosa strana che è accaduta e che riguarda la nonna»: la voce di Janice aveva una sfumatura di panico.

«Janice, se si tratta di un'emergenza» dissi «dovresti chiamare il 911 e portarla all'ospedale».

Percependo la sua urgenza, non volevo che si perdesse tempo.

«Niente di fisico. È solo che la scorsa notte ha dimenticato dove aveva messo il telecomando del ventilatore a soffitto e per muovere le pale ha usato il suo bastone da passeggio. Ho pensato che fosse veramente strano e volevo farglielo sapere».

«Hai notato da parte sua qualche vuoto di memoria?».

«Non proprio, ma inizia a dimenticarsi i nomi dei familiari e degli oggetti».

«Da quando?».

«Da qualche tempo».

«Me lo avresti dovuto dire durante la sua ultima visita». Ero quantomeno rammaricato.

«Puoi riportarmela? Vorrei sottoporla a qualche altro test».

Quando la signora Wolfe tornò nel mio ambulatorio, la sottoposi a quello che si chiama *Mini Mental Status*, un test che permette di determinare preliminarmente il livello cognitivo e lo stato mentale; può essere breve o più esteso, a seconda del contesto e del grado di preoccupazione. Considera e valuta in maniera sistematica diverse sfere cognitive, tra cui attenzione e concentrazione, memoria, linguaggio, capacità visuo-spaziale, capacità di calcolo, funzionalità di esecuzione, umore e contenuto del pensiero; il punteggio massimo è 30.

La signora Wolfe raggiunse un punteggio di 15. Non ero ancora sicuro e la sottoposi anche al Montreal Cognitive Assessment (MoCA), considerato preferibile come test breve di valutazione data la sua maggiore sensibilità nell'individuare difficoltà cognitive, disfunzioni funzionali e nel linguaggio. Anche in questo caso raggiunse un punteggio basso, 22.

Alla fine le venne diagnosticato l'Alzheimer e continuò a peggiorare malgrado rimbalzasse tra psichiatri e neurologi, almeno una dozzina di esami radiologici e ancor più esami del sangue. Le vennero prescritti alcuni dei principali farmaci sul mercato per il trattamento dell'Alzheimer: tacrina e memantina. Ma nemmeno quelli frenarono il suo declino mentale. L'apice lo toccò quando lottò per ricordare il mio nome in una delle successive visite.

«Dottore, lei ha la pelle scura» disse. «Deve essere indiano». Fu tutto quello che riuscì a mettere insieme quando la interrogai. Aveva ancora un sorriso radioso, si rifiutava di arrendersi alla malattia che progrediva. Condannata a una demenza implacabile e a frequenti sbalzi d'umore che la facevano passare dalla depressione profonda alla reazione aggressiva, la signora Wolfe ben presto affondò in un vortice di emozioni indefinibili, diventando nulla più di un rudere funzionale dietro un'apparenza fisica intatta.

A volte mi chiedo quando sia successo che noi medici abbiamo perso il treno. Nel diluvio delle TAC infinite, delle RM e delle PET, abbiamo forse smesso di utilizzare gli organi originari con cui abbiamo iniziato la nostra pratica medica – i nostri occhi e orecchie, con il dito sul polso? Nella nostra corsa alla diagnosi, abbiamo perso la capacità di vedere veramente la malattia e chi ne soffre? La nostra brama esasperata di conoscere il cervello come organo biologico ci ha portato a dimenticare l'insondabile ampiezza e profondità della mente umana? In un tragico scherzo del destino, malgrado gli incredibili progressi della medicina e delle competenze, i medici con coscienza e compassione sono diventati una specie in via d'estinzione.

Non c'è grido più straziante di quello dell'Alzheimer che invochi una risposta. È uno spettacolo terrificante vedere sprofondare tutte quelle menti, ormai senza nessun contenimento e impermeabili a qualsiasi resistenza si cerchi di contrapporvi. Questa malattia sorge dall'organo meno compreso di tutti e pervade tutto il nostro corpo, ruba alla persona emozioni e identità, trasforma tutte le umane facoltà in una fissità priva di espressione.

Con l'Alzheimer il mondo medico vive i suoi momenti peggiori. Tra tutte le malattie che continuano a tormentare l'umanità, l'Alzheimer prende in ostaggio il centro più vero dell'esistenza umana: la mente.

Molto più subdolo di un ictus o di un tumore che cresce, che aggredisce, che colpisce con le sue caratteristiche visibili e impattanti, l'Alzheimer, trasformando il cervello in un sanguinoso campo di battaglia, è quella serpe nell'erba che non dà cenno della sua esistenza all'esterno. La sua ben celata presenza non evoca praticamente resistenza alcuna e così può spargere il suo veleno senza incontrare ostacoli. Quando infine il serpente decide di annunciarsi, il cervello della persona è già trasformato in gelatina, indifeso di fronte ai denti velenosi che vi affondano.

Scienziati e medici hanno tentato di sfidare il serpente nel loro solito modo - con test radiologici, genetica molecolare e industria farmaceutica. Ma abbiamo anche ben compreso che, a differenza di altre malattie che generano determinati tratti organici, l'Alzheimer ha a che fare con la memoria, la più raffinata e la più fragile delle nostre facoltà. Per un'entità così completa, infinita e invisibile come la memoria, farmaci o procedure si mostrano futili e ridondanti come un gruppo di formiche che tenta di attaccarsi a una pizza gigante.

E mentre lo stress può essere gestito, l'umore migliorato, la crescita fermata, l'emorragia arrestata e un coagulo eliminato, la memoria non può essere ripristinata con una bacchetta magica.

Cura, amore e affetti possono fare ben poco di fronte al fatto che quando si parla di prevenzione la moderna pratica medica sta ancora solo grattando la superficie. A differenza di ogni altro organo, il cervello resta l'unico ad avere un controllo minimo delle sconfinite possibilità che la sua stessa esistenza offre. Tendendosi senza sosta, avanti e indietro, dalla coscienza, dalla consapevolezza, dalla cognizione, dalla metacognizione alla motivazione, all'intenzione, all'intuizione e alla libera volontà, il cervello e la mente si scambiano le rispettive posizioni così come la causa e l'effetto.

Come un moderno tallone d'Achille per la medicina, l'Alzheimer mette in evidenza le carenze e le incredibili sfide di una branca della scienza che, malgrado i suoi imponenti progressi, avanza soltanto nutrendosi di scoperte esterne a sé, ignorando completamente i tesori custoditi nelle proprie interne risorse. Il fatto di sapere che questa malattia è molto più di un cervello arrugginito compromesso dal suo mancato utilizzo ci rende tragicamente consapevoli dell'infinità di cause e condizioni che possono portare a un tale stato di inerzia. La realtà inoppugnabile è che fino

a che non avremo una maggiore comprensione di come la nostra mente mortale funzioni, al di là della configurazione dei principali tratti anatomici del cervello, sarà veramente difficile domare la bestia che si rivela con una invasività così casuale e inattesa. In altre parole, fino anche non capiremo come funzionano i nostri ricordi e i collegamenti che facciamo, non potremo comprendere come li dimentichiamo.

E quel che è peggio è che sta crescendo la consapevolezza che l'Alzheimer non è solo perdita della memoria; né impatta solo su chi ne soffre. Quasi come una malattia infettiva, passa dal paziente a chi se ne prende cura. Un singolo malato diventa un problema dell'intera famiglia, al contempo crudele e aggressivo. Di conseguenza, la depressione, l'agitazione, la modifica della personalità e analoghi disturbi cognitivi divengono ingredienti inevitabili del pacchetto completo, sia per il paziente che per chi si prende cura di lui.

Per farla breve, questo è un demone e addomesticarlo non servono solo neuroscienziati, ma anche esperti di filosofia, sociologia, fisica e, oserci aggiungere, spiritualità.



Andiamo ora a vedere fatti e cifre, poiché i numeri raramente mentono. Anche le semplici statistiche ci diranno che siamo sulla soglia di un'epidemia. Ricerche del *National Institute of Aging* stimano che tra il 2010 e il 2050 il numero degli ultrasessantacinquenni andrà più che a raddoppiare, raggiungendo gli 88,5 milioni di persone, cioè il 20% della popolazione. Solo negli Stati Uniti, al 2025, si stima che gli ultrasessantacinquenni con Alzheimer raggiungeranno i 7,1 milioni. Al 2050 si potrebbe arrivare a 13,8 milioni. Tra il 2016 e il 2025, ci si attende che ogni Stato e regione del paese registri un aumento di almeno il 14% del numero dei soggetti con Alzheimer, in conseguenza dell'aumento di questa classe di età.

I conti economici appaiono anche peggiori. Senza dubbio l'Alzheimer è la malattia più costosa del mondo. Oggi negli Stati Uniti stiamo spendendo quasi 160 miliardi di dollari nei programmi Medicare e Medicaid per questi malati. Al 2050 ci si attende di spendere oltre 1.000 miliardi di dollari se non si metterà un freno a questa patologia da incubo.

Come per altre malattie, i farmaci specifici approvati dalla FDA, tra cui il donepezil, la galantamina e la rivastigmina, hanno alimentato grandi

aspettative, distribuendo molte promesse mentre cavalcavano ipotesi su ipotesi, armeggiando con i neurotrasmettitori del cervello. Ognuno di questi farmaci ha vissuto il suo momento di gloria, eppure nessuno di essi è ancora riuscito a fermare l'implacabile e distruttiva marcia dell'Alzheimer.

È divenuto presto inevitabile guardare oltre i farmaci, cercando altre modalità per gestire la malattia. Ed è comprensibile che il mondo scientifico abbia rivolto la propria attenzione agli approcci olistici. La meditazione, lo yoga, la musica e la realtà virtuale sono state tutte prese in seria considerazione. Tra queste, la meditazione e lo yoga in particolare, provenendo da secoli di pratica, hanno presto occupato il posto d'onore. Ciò che era iniziato come una pratica spirituale tra gli eremiti di montagne e foreste, si è trasformato nella promessa di un percorso sicuro per il sollievo dell'essere umano. Ed ecco che la meditazione vista come viaggio interiore ha intrapreso un percorso completamente diverso, nella direzione di nuove sfide cognitive.



La profonda quiete e la naturale compostezza del Buddha (chiamato anche Gautama o Siddharta)¹ non sono solo il riflesso di uno spirito che si ridesta. È più uno stato privo di interferenze, sia emotive che strutturali. Buddha ha vissuto ben oltre ottant'anni ed è morto, in piena coscienza, in uno stato di integra consapevolezza. È difficile immaginare il Buddha in altra posa che non sia quella caratteristica della meditazione. Si sperimenta un risveglio quasi embrionale osservando il Buddha che siede da migliaia di anni con le gambe incrociate, con la schiena dritta ed elastica, gli occhi chiusi, impegnato nella contemplazione interiore, il viso flemmatico e il corpo in una meravigliosa fissità.

Certo, non è il solo. Se ci si guarda intorno, oltrepassando i confini nazionali, sulle montagne o nelle foreste remote, si troveranno altri in simili posture, immersi nella più calma compostezza e in totale silenzio. Ciò che li accomuna non è solo la postura ma una sorta di continuità

1. Secondo la tradizione Mahayana, diversi Buddha appartengono a diversi *kalpas* (parola sanscrita che significa *eone*, cioè lungo periodo di tempo). L'attuale Gautama appartiene al *bhadrakalpa* (eone di buon auspicio).

nella vita, imperturbabile di fronte alla marcia del tempo. Questi uomini e donne vivono a lungo eppure muoiono giovani, totalmente padroni del loro destino e varrebbe la pena conoscere il loro microcosmo.



William Camden, antiquario, storico e topografo, nonché autore dell'opera storico-geografica *Britannia*, ha detto: «La prova dell'esistenza del pudding sta nel mangiarlo».

La medicina moderna si lascia incantare dalla cosiddetta medicina basata sull'evidenza, per la quale nulla è considerato come regola o principio a meno che non lo si possa tenere in mano e sentire. In altre parole, ogni idea proveniente da un'immaginazione più evoluta, prima di essere definita "terapeutica", deve passare attraverso l'iter dell'ipotesi, dell'utilizzo del metodo, della materialità e del significato statistico, oltre alle quattro fasi dei trial sotto lo sguardo severo delle industrie farmaceutiche. Nessuno dubita della veridicità della pratica medica moderna, né vuole sfidarla, poiché l'obiettivo qui è salvare delle vite e non c'è spazio per le opinioni o gli indugi.

Ma occorre fare una precisazione.

Cosa accade se metodi e strumenti utilizzati come procedure oggettive non sono sufficientemente avanzati? Sarebbero veramente capaci di cogliere la migliore delle idee con il maggiore potenziale terapeutico? Probabilmente no. Quindi, il fatto di bollare un'idea o un'ipotesi come non scientifica e non provata dall'evidenza potrebbe dipendere dal fatto che l'idea non ha validità ma potrebbe anche essere il riflesso di una tecnologia che ha ancora molta strada da fare.

Ma secondo me il problema maggiore è un altro. Per quanto salvavita possano essere, i farmaci non sono esattamente angeli nel cielo. Prima di tutto, ci sono gli effetti collaterali, alcuni dei quali lievi e gestibili. I più gravi, chiamati eventi avversi, richiedono una seconda linea di farmaci che li contrasti. E segue una roulette di altri farmaci ancora. Poi c'è il problema della farmaco-resistenza con tutti gli effetti che seguono, diversi per ogni individuo. Anche l'assuefazione è un'altra minaccia, più ancora in ambito psichiatrico.

Per esempio, l'alprazolam, prescritto per trattare l'ansia, è un farmaco di cui si fa spesso un uso eccessivo e un abuso. Non è più solo prerogativa

degli psichiatri. Gli internisti, i medici di famiglia e persino i chirurghi lo prescrivono ai loro pazienti. Pressoché chiunque può assumerlo. In una società super competitiva dove l'ansia è così facilmente giustificabile, l'alprazolam bussava a tutte le porte.

Sulle prime, si percepisce un mondo libero da ogni preoccupazione che si trasforma in estasi. Poi arriva l'assuefazione. Una dose da 0,5 milligrammi che elimina i picchi ansiosi diventa inutile già dopo sei mesi di assunzione quotidiana. Una dose da 1 milligrammo fa effetto per un periodo, fino a che non subentra un altro farmaco o una escalation di dosaggi dello stesso. La comunità scientifica, miope e farmaco-dipendente, non riesce più a pensare oltre il farmaco successivo. Uno studio sull'infinità di farmaci oggi disponibile e la lunga lista di test che hanno clamorosamente fallito nel validare verbose promesse stanno a indicare un metodo che è completamente squilibrato o per nulla lungimirante.

Ecco allora riflessioni filosofiche profonde che pongo sotto forma di domande pragmatiche:

Come si fa a riprodurre scientificamente la coscienza?

Perché tutto ciò che va oltre la scienza non è considerato scientifico?

Quanto sono "scientifici" gli strumenti scientifici utilizzati ai fini di queste valutazioni?

Se le facoltà più sottili e soggettive come quelle proprie della mente umana devono essere provate dall'evidenza, allora la scienza deve scrolarsi di dosso i dogmi e i demoni che minacciano il suo stesso schema di ragionamento.

La medicina olistica non è nata solo come complemento alla cronica fatica e alle fragilità della medicina convenzionale. Ha risposto a una necessità del sistema di gestione della salute, nel quale i farmaci, nella loro estemporaneità, conoscono ascese e cadute, per loro difetti o per carenze.



Nata nell'India occidentale occupata dagli inglesi, in quello che all'epoca si chiamava Bengala dell'est, mia nonna veniva da una famiglia benestante. Ma gli anni '40 erano tempi duri. C'erano rivolte a ogni angolo. Subhash Bose, un dissidente che invocava la resistenza armata contro il

governo, aveva catturato l'immaginario collettivo e mia nonna si unì alla lotta, arringando le folle sulle atrocità politiche degli inglesi. Donò tutti i suoi gioielli e le sue ricchezze per la causa della libertà. La rappresaglia fu veloce e decisiva. Suo marito, un rinomato ginecologo, fu cacciato dal posto di lavoro statale e in un attimo una famiglia di otto persone precipitò nella povertà più nera. Poco dopo morì mio nonno. Vedova a 42 anni e con sei figli malnutriti, mia nonna decise di varcare il confine verso il Bengala occidentale.

Ciò che fece dopo fu veramente notevole e abbastanza impensabile per l'epoca. Mentre lavorava e tirava su i figli praticamente da sola, mia nonna iniziò a scrivere durante i suoi momenti di intimità, dedicandosi ai racconti, alle poesie e alle canzoni. Ci furono scuole che adottarono i suoi racconti e alcuni editori apprezzarono il libero fluire dei suoi versi ritmici. E tutto ciò fu veramente incredibile considerando i tempi, in cui erano gli uomini a dare le regole e le donne venivano valutate in base al numero di figli che partorivano e crescevano. I figli di mia nonna divennero professionisti rispettati in diversi campi e lei non sentì il bisogno di un secondo compagno. I libri erano diventati il suo ritiro e il suo rifugio.

Fu uno shock quando, una sera, si perse. La famiglia, nel panico, la cercò per le strade di Calcutta. Quando alla fine venne ritrovata, intorno alla mezzanotte, in una strada a fondo chiuso, la videro senza abiti alla luce della luna. Appariva infreddolita, sospesa nel tempo e nello spazio, ondeggiava avanti e indietro in un arco di pochi metri. Quando la riportarono a casa si era già trasformata in una persona completamente diversa. Tutti i visi a lei familiari parevano essere caduti nell'oblio. Guardandosi allo specchio, non era in grado di riconoscersi. Nelle settimane che seguirono smise persino di controllare le funzioni più elementari. I volumi delle sue poesie e dei suoi scritti si coprirono di polvere. A quel tempo non c'erano i parametri di valutazione che abbiamo oggi, non esistevano il Mini Mental Test o il Montreal Cognitive Assessment. L'Alzheimer faceva semplicemente sentire la sua presenza.

Io ero uno dei nipoti preferiti di mia nonna. Era decisa a fare di me un poeta, ma passò i successivi dieci anni intrappolata nel suo confinamento emotivo, incapace di vivere e incapace anche di morire. Quando morì, all'età di 82 anni, io frequentavo la prima media e anni dopo, ormai avviato nella professione medica, mi interrogai su ciò che era accaduto così

all'improvviso. Com'era possibile che un cervello con un intelletto superiore crollasse così velocemente? Cosa aveva innescato un collasso così tremendo? Mia nonna lo aveva sentito arrivare?

Malgrado anni sul campo, ci stiamo ponendo sempre le stesse domande.



Se di fatto William Camden è il padre della medicina del Ventesimo secolo, allora Hans Berger, scienziato di natali tedeschi, è il padre della neuroscienza del Ventunesimo secolo. Inventore dell'elettroencefalogramma e primo a registrare diverse onde cerebrali, il dottor Berger fu il pioniere di un campo di ricerca che fino ad allora aveva suscitato scarsa attenzione, se non addirittura derisione e scherno. Ciò con cui esordì, cioè l'elettrocorticogramma di un ragazzo di 17 anni il 6 luglio 1924, si configurò come lo sconvolgente portale che permise di entrare nel cervello umano.

Prima di Hans Berger, la meditazione era, nella migliore delle ipotesi, considerata un rituale orientale privo di fondamento scientifico e ragionevolezza. All'inizio del secolo, quando la prima eco dei benefici della meditazione arrivò all'orecchio della comunità scientifica, in quel mondo tecnologico non si considerava nulla che avesse a che fare con il cervello che non fosse una puntura lombare, uno pneumoencefalogramma e una ventricolografia per individuare uno "stato di malattia" cerebrale. La tomografia computerizzata, versione sofisticata della risonanza magnetica, o tomografia a emissione di positroni (PET), era ancora un approdo molto lontano.

Verso la metà degli anni Cinquanta, i ricercatori Das e Gastaut studiarono sette yogi indiani che praticavano un tipo di yoga chiamato Kriya Yoga. Le loro osservazioni sull'attività elettrica dei cervelli di questi soggetti sarebbero poi state considerate le prime di una infinita serie di risultati tra i più affascinanti a cui la comunità medica avrebbe assistito per molto tempo a venire. E non c'è da sorprendersi che gli autori di quei primissimi studi contassero solo sull'EEG come unico metodo e strumento per ottenere i loro risultati sperimentali. Nel loro articolo di punta «Variation in the electrical activity of the brain, heart and skeletal muscle during yogic meditation and trance», pubblicato sulla prestigiosa rivista

peer-review *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, dimostrarono con successo gli schemi ad alta frequenza delle onde beta nei maestri yogi durante la meditazione profonda, seguite dalla comparsa di onde alfa verso la fine dello stato meditativo.

Anche solo l'esame veloce della funzione delle onde beta è destinato a catturare immediatamente la nostra attenzione e il nostro interesse. La "voce" di queste onde può essere descritta come quel petulante piccolo critico interiore che alza il tono quando qualcosa di importante entra nel suo raggio d'azione. La letteratura è chiara su questo. Di base, le onde cerebrali beta sono associate con un normale stato di coscienza attiva e un elevato stato di allerta, logica e ragionamento critico. Ciò significa che per un cervello che va incontro a una degenerazione funzionale, tutto quello che alimenta le onde beta dovrebbe essere, e lo è, salvavita. Anche a questo livello rudimentale di ricerca, si tende a considerare le onde beta come un ottimo alleato nella battaglia che il cervello conduce per non perdere il suo eccezionale potere.

Le onde alfa sono più interessanti e di enorme importanza nel contesto della meditazione. Opportunamente definite come onde Berger, indicano uno stato mentale flemmatico, integro e privo di interferenze. Per chi ama la meditazione, questo stato è come un bimbo tanto amato e desiderato.



Il temibile occhio del ciclone è diventato il concetto emergente del Mild Cognitive Impairment (MCI). È il preludio all'ultimo atto del dramma, il silenzioso scivolare verso l'inevitabile. Così subdolo e felpato, lasciamo che ci passi per le mani senza rendercene conto, quasi cercando conforto nel suo risuonare innocuo.

Sono stati usati, in libertà, molti termini analoghi per descrivere contesti simili, o magari uguali, al MCI: demenza iniziale, compromissione specifica della memoria, segnali prodromici di demenza, Alzheimer in forma lieve, predemenza, Alzheimer precoce. La terminologia cambia come una spia in fuga che cambia travestimento in ogni nuova situazione, eppure la maggior parte delle definizioni non sono esattamente sovrapponibili a quella di MCI.

Nel 2013, nel tentativo di mettere fine all'intrico di terminologie cliniche, fu introdotto nel *Diagnostic and statistical manual on mental disorders*

DSM-5 (quinta edizione) la definizione di disturbo neurocognitivo lieve. Suona molto simile al MCI e per i clinici le due entità sono equivalenti. Si riferisce a una condizione che vede un peggioramento cognitivo in uno o più ambiti, spesso la memoria, con relativa conservazione delle attività quotidiane e in assenza di demenza.

Questa fase della malattia, caratterizzata da disturbo neurocognitivo lieve e assenza di demenza, rappresenta una vera e propria sfida da cogliere. Gli studi di neuropatologia hanno suggerito che il MCI rappresenta un'espressione clinica precoce del disturbo neurodegenerativo legato all'invecchiamento. Numerose autopsie hanno rivelato che individui con MCI presentano il morbo di Alzheimer a un grado intermedio di gravità, che si attesta tra parametri normali e stadi avanzati della malattia. In una fase in cui i dannosissimi ammassi neurofibrillari dell'Alzheimer avanzato non si sono ancora presentati, o in cui la micidiale proteina chiamata *tau* non ha ancora avuto ragione del cervello, abbiamo a disposizione un modello perfetto per domare la tempesta.

Prendendo dunque in considerazione questa possibilità, potremmo utilizzare le formidabili potenzialità della meditazione per affrontare e prevenire l'Alzheimer? Prima di azzardare una risposta, è necessario ripassare le infinite manifestazioni della malattia stessa.



Gli esempi che seguono sottolineano la ragione per la quale il morbo di Alzheimer non va considerato solo come perdita della memoria e come disturbi dell'umore, bensì come una condizione assai più intricata e complessa.

Il regista cinematografico americano Karl Bardosh, di origini ungheresi, docente alla New York University, è anche il fiero figlio di una madre coraggiosa che ha combattuto i nazisti con ogni mezzo e che è riuscita miracolosamente a sfuggire alla cattura. Ferita alla schiena da una pallottola tedesca, cadde a faccia in giù nel fiume e andò alla deriva fingendosi morta fino a che non venne portata dalla corrente sulla riva opposta. Anni dopo, sana e salva negli Stati Uniti, patria adottiva, cadde preda dell'Alzheimer e si nascondeva nella vasca da bagno ogni volta che sentiva le sirene delle auto della polizia di New York, pensando che fossero i tedeschi.

Una volta mi capitò di ascoltare una storia altrettanto toccante da Jonathan Gray, avvocato, produttore e assistente alla Columbia University di New York, nel suo ufficio a Chelsea, distretto di Manhattan. Accese il suo cellulare per mostrarmi un video che lo riprendeva mentre conversava con la madre che, paralizzata dall'Alzheimer, appariva tutto sommato a suo agio benché avulsa dalla realtà, con la tipica espressione indifferente. Di punto in bianco guardò alla sua sinistra, dove c'era uno specchio appeso al muro. Vedendo l'immagine del figlio gridò, come se si fosse improvvisamente svegliata: «Ciao Jonathan». Prima che lui potesse gioire per il fatto di essere stato inaspettatamente riconosciuto, lei tornò subito a sedersi di fronte a lui riassumendo la sua espressione piatta.

Perché e come la madre di Jonathan aveva riconosciuto l'immagine allo specchio e non invece il suo viso reale? Cosa la accomuna con il fischio delle pallottole e le sirene della polizia che spingevano la madre di Karl a nascondersi nella vasca da bagno? Queste reazioni sono coincidenze oppure c'è qualche fessura sconosciuta della mente che sfiora improvvisamente un altro livello di coscienza?

Questi eventi richiedono un approccio differente per poter essere gestiti, qualcosa che vada oltre la struttura organica del cervello per entrare nel complesso regno della mente, dove la coscienza, il subconscio, la cognizione e la metacognizione vengono tutti considerati in un processo che si muova dalle più grossolane alle più raffinate delle nostre facoltà. A differenza di ogni altra malattia, l'Alzheimer pare affliggere l'intero spettro della nostra capacità cognitiva e difficilmente un farmaco sintomatico può farlo regredire.

Combattiamo con la natura sempre più complessa di questa malattia ed è ormai un imperativo riesaminare i principi di base e le implicazioni dell'antica pratica della meditazione. Perché la meditazione, quasi come se fosse un prodotto commerciale, è passata per le mani di leader spirituali, eruditi, filosofi, scienziati e persino politici, che l'hanno definita e utilizzata a loro discrezione.

Il termine *meditazione* oggi rispecchia un'ampia varietà di pratiche, dalle tecniche per favorire il rilassamento agli esercizi con obiettivi più ambiziosi, come aumentare il senso di benessere. In una pratica così flessibile e dalle tante potenzialità, è importante specificare bene quale tipo di meditazione è oggetto della nostra indagine. Dal punto di vista scientifico,

la meditazione può essere definita come una famiglia di strategie complesse sviluppate per obiettivi diversi, tra cui la ricerca del benessere e dell'equilibrio emotivo. Questo ci porta a focalizzarci sulla meditazione del tipo Focus Attention (FA) e su quella Open Monitoring (OM).

Più semplicemente, la meditazione FA comporta che si concentri volontariamente l'attenzione su un oggetto scelto con uno sguardo continuo e costante. La meditazione OM implica che si riesamini in modo non reattivo il contenuto di un'esperienza in ogni suo momento ed è usata soprattutto come modalità per riconoscere la natura dello schema emotivo e cognitivo.

In molti casi, la meditazione OM in fase iniziale richiede l'uso della meditazione FA per calmare la mente e ridurre le distrazioni, ma poi il fulcro centrale della pratica diventa l'allenamento delle capacità di analisi. L'obiettivo è il raggiungimento di uno stato in cui non ci sia più alcuna concentrazione specifica su oggetti specifici. Resta invece soltanto lo stato di riconsiderazione e attenzione verso tutto ciò che è accaduto nell'esperienza.

Queste due comuni tipologie di meditazione richiedono la medesima profondità delle calme acque dell'oceano ed entrambe appartengono alle tradizioni del buddismo Vipassanā e Mahāmudrā, le benedizioni dall'albero di fichi dove Siddharta si è seduto.



Se vogliamo considerare la meditazione alla stregua della “medicina basata sull'evidenza”, abbiamo bisogno di risultati concreti. Personalmente, ho utilizzato il trattamento olistico nella mia pratica clinica con risultati impressionanti.

Michael Wallace, insegnante in pensione, era alle prese con una battaglia improba con numeri, parole e capacità funzionali di base, come il calcolo e il ragionamento, paradosso doloroso per una persona che andava fiera delle sue abilità matematiche. Si era reso conto che c'era qualcosa che non andava quando, un pomeriggio, fece una gran fatica a chiamare la propria penna con il suo nome, oggetto che aveva caro, soprattutto quella penna a sfera Sheaffer che aveva vinto in una gara di scrittura trent'anni prima. Per una persona di tale intelletto, quell'episodio suonava come un campanello d'allarme. Comunque, continuava a guidare da

solo e non aveva problemi nel gestire la complessità emotiva della vita da pensionato. Ma all'improvviso i numeri gli erano sfuggiti, così come era accaduto con gli oggetti e i visi familiari. Era stato dal medico di famiglia, gli esami del sangue erano in ordine, anche la vitamina B12, i valori della tiroide e il test Rapid Plasma Reagin (RPR), un esame del sangue notoriamente sovrapprescritto dai medici ancora ritenuto indicativo della sifilide; tutto dunque sembrava tornato nella normalità.

Come era prevedibile, Michael fu mandato da uno psichiatra. Seguirono ulteriori test diagnostici, ma senza raggiungere alcuna solida diagnosi. Stando agli esperti, Michael ricadeva tra "Alzheimer a esordio precoce" e una "demenza aspecifica". Nessuna diagnosi solida significava niente farmaci specifici. Come ci si poteva aspettare, nel pieno spirito della medicina difensiva praticata oggi nel mondo, gli vennero prescritti un paio di ansiolitici e un integratore multivitaminico. Nulla accadde o cambiò nello stile di vita di Michael, ad eccezione di qualche momento di dimenticanza. Vedendo che quanto gli era stato prescritto era inefficace, Michael si rivolse a un esperto mente-corpo che lo informò dei benefici della meditazione e dello yoga. Era tutto nuovo per lui e si prese tempo per fare qualche ricerca per proprio conto. E venne da me per un quarto parere. Gli dissi che quando la meditazione è praticata in maniera semplice, non causa eventi avversi, non genera resistenza e non dà assuefazione, che sono i tre pericoli dei farmaci moderni. Quindi, perché non provare questa pratica antica che ha resistito all'esame del tempo?

Michael si rivolse dunque a un maestro esperto e praticò con diligenza. Nel giro di sei mesi iniziò a mostrare miglioramenti nelle sue capacità cognitive. Come lui, molte persone nel mondo hanno ottenuto benefici immensi dalla meditazione.



Queste storie di successi sono solo aneddoti, coincidenze, eventi isolati con scarsa rilevanza e credibilità? La meditazione è semplicemente un placebo o c'è qualche correlazione causale?

È qui che troviamo rifugio nella forza della scienza occidentale e che possiamo cercare di contestualizzare questo patrimonio della tradizione orientale che sta cercando di muovere i suoi primi passi nella comunità medica. Quello che era percepito e osservato, è ora rigorosamente

perseguito. Dai medici che bombardano ossessivamente i pazienti di prescrizioni ai guaritori che cercano nuovi pascoli al di là dei farmaci, è stato assai interessante osservare il pendolo oscillare attraverso l'arco della pratica medica. Non molti anni fa, concetti come consapevolezza e meta-cognizione non erano presi in considerazione. Se i farmaci potevano risolvere il problema, se segni e sintomi che affliggevano il paziente potevano essere eliminati, perché mai sobbarcarsi il fastidio di andare oltre? Ci siamo crogiolati per anni all'ombra della gloria e del potere dell'industria farmaceutica. Io, così come milioni di altri medici, ho prescritto a occhi chiusi, con una fede cieca nella pillola lanciata dall'ultimo studio.

Cassa di risonanza ideale per la meditazione è stato il dottor John Denninger, medico con un Phd e direttore della ricerca al Benson-Henry Institute for Mind-Body Medicine al Massachusetts General Hospital. Grande sostenitore della meditazione e dello yoga per il benessere, ha anche menzionato il lavoro del dottor Herbert Benson della Harvard Medical School che, insieme ai dottori Robert Keith Wallace e Archie F. Wilson, hanno studiato soggetti che praticavano la meditazione trascendentale (una forma di meditazione cantata). Con il titolo di «A wakeful hypometabolic physiologic state» e originariamente pubblicato nel 1971 sull'*American Journal of Physiology*, questo studio importantissimo ha dimostrato, tra l'altro, il ridotto consumo di ossigeno, l'aumento dell'eliminazione dell'anidride carbonica e un più elevato indice respiratorio, tutti indicatori di uno stato di calma prolungata riscontrato in modo uniforme in coloro che praticavano la meditazione.

Questi risultati hanno poi dato il via a numerose imprese scientifiche alla Mayo Clinic, alla John Hopkins, alla Harvard University e numerose altre istituzioni di ricerca nel mondo. All'inizio del Ventunesimo secolo, gli approcci olistici hanno di fatto segnato l'avvento della meditazione come potente strumento di presa in carico dei pazienti, sia come modalità primaria di trattamento che complementare.

Vediamo ora qualche esempio.

In uno studio randomizzato e ben progettato condotto al Beth Israel Deaconess Medical Center e alla Harvard Medical School, i pazienti con MCI hanno mostrato effetti positivi dopo avere praticato la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), una forma standardizzata di mindfulness e yoga. I risultati hanno dimostrato miglioramento del livello di consapevolezza e

di benessere, miglioramento delle relazioni interpersonali, accettazione e comprensione del MCI, diminuita reattività allo stress e un generale beneficio di gruppo. I risultati della Harvard Medical School sono diventati molto incoraggianti quando alle persone colpite da stress e depressione sono state “prescritte” sedute guidate quotidiane di mindfulness di quindici minuti.

Lo stress, come vedremo meglio nei capitoli seguenti, è un fattore chiave inevitabile nell'insorgenza accelerata dell'Alzheimer e di molte altre carenze cognitive. Per evidenti ragioni, è stato oggetto di intense ricerche. Negli studi condotti da scienziati della University of California di Los Angeles (UCLA), sotto la guida del premio Nobel Elizabeth Blackburn, australiana naturalizzata statunitense che attualmente presiede il Salk Institute for Biological Studies, i pazienti che avevano praticato dodici minuti al giorno di meditazione yogica per otto settimane avevano mostrato miglioramenti significativi nello stress dovuto all'invecchiamento delle cellule cerebrali.

Un altro gruppo di scienziati del Columbia College of Physicians ha ottenuto effetti simili grazie a yoga e meditazione nel trattamento di disturbi medici correlati allo stress, dell'ansia, del disturbo post-traumatico da stress, della depressione e dell'abuso di sostanze. Studi paralleli condotti al Landstuhl Regional Medical Center in Germania hanno evidenziato analoghi risultati positivi.

Alla John Hopkins University, il *Kirtan Kriya* (una forma di yoga cantato dove una parola o *mantra* viene pronunciata ripetutamente) è stato utilizzato con successo per ridurre i livelli di stress (sotto forma di riduzione delle proteine infiammatorie) e contemporaneamente aumentare la circolazione cerebrale. Nel programma di meditazione cantata che si segue nella Kundalini Yoga (scuola yogica che promuove la consapevolezza) il Kirtan Kriya prevede dodici minuti al giorno in cui si cantano specifici mantra assumendo contemporaneamente specifiche posizioni delle dita (*mudra*).



Questi studi portati avanti da svariati istituti potrebbero diventare terapie cliniche per la prevenzione dell'Alzheimer?

«Certamente suggeriscono benefici» spiega il dottor Denninger. «Ciò che veramente serve è uno studio longitudinale che metta a confronto

le menti dei soggetti con e senza pratica di meditazione. Sarebbe come trovare l'oro».

L'ottimismo di Denniger ci porta a rivolgere la nostra attenzione a Matthieu Ricard, scienziato genetista francese che è diventato monaco buddista. Figlio del filosofo francese Jean-François Revel e dell'artista Yahne Le Toumelin, Matthieu è nato a Parigi, in Francia, nel 1946 ed è cresciuto frequentando i circoli intellettuali e artistici. Ha mostrato un intelletto precoce fin dalla fanciullezza, ha ottenuto un Phd in genetica cellulare presso il rinomato Institut Pasteur sotto la guida del premio Nobel François Jacob.

Quando aveva appena vent'anni e in procinto di conquistare altri successi, Matthieu decise improvvisamente di attraversare il continente indiano per incontrare i grandi maestri spirituali provenienti dal Tibet. Non è il solo caso di persone che hanno valicato senza sforzo il confine tra la scienza più razionale e la spiritualità più profonda. Matthieu Ricard ha affrontato una transizione che lo ha portato dai vicoli affollati di Parigi alle vette sublimi dell'Himalaya dove ha incontrato il Dalai Lama trovando rifugio nel suo cuore. Fino al 1989, ha svolto il compito di interprete dal francese per il Dalai Lama. È membro attivo del Mind and Life Institute, un'organizzazione che si dedica a promuovere la collaborazione nella ricerca tra scienziati, maestri buddisti e maestri di meditazione. Ha partecipato a ricerche sull'effetto che il training mentale e la meditazione hanno sul cervello in svariate università degli Stati Uniti e in Europa.



Più o meno in quegli stessi anni, un altro scienziato si avventurò in una impresa simile, al di fuori dell'ambito della ricerca mainstream. Richard J. Davidson, docente di psicologia e psichiatria all'università del Wisconsin e fondatore del Center for Investigating Healthy Minds del Waisman Center, ha studiato le basi neurali delle emozioni e il modo e il processo con cui le stesse emozioni alimentano la crescita umana, includendo anche la meditazione e le pratiche contemplative correlate. Menzionato nel 2006 da *Time Magazine* come una delle cento persone più influenti del mondo, vanta studi che hanno coinvolto persone di tutte le età, dalla nascita agli anni della maturità avanzata, e che hanno incluso anche soggetti con disturbi emotivi quali disordini nell'umore, ansia e autismo,

oltre a maestri esperti in pratiche meditative con decine di migliaia di ore di esperienza. Sfruttando appieno i vantaggi di un'epoca in cui i progressi tecnologici sono rapidissimi, il dottor Davidson ha utilizzato un'ampia gamma di metodologie, tra cui differenti tipi di MRI, tomografia a emissione di positroni, elettroencefalografia e metodi moderni di genetica ed epigenetica.

Quindi, non deve sorprendere che Matthieu Ricard sia entrato nel radar di Richard Davidson. Nell'ambito di ricerche su migliaia di praticanti a livelli avanzati, Davidson ha collegato al cranio del monaco 256 sensori in un test all'università del Wisconsin.

I risultati sono stati stupefacenti. Il cervello di Ricard, mentre meditava sulla compassione, ha prodotto un livello di onde gamma – quelle correlate alla coscienza, all'attenzione, all'apprendimento e alla memoria – «mai riscontrato prima nella letteratura delle neuroscienze», ha commentato entusiasta Davidson.

Il test ha anche mostrato extra-attività nella corteccia prefrontale sinistra del cervello rispetto all'area simmetrica destra, cosa che secondo i ricercatori ha reso Matthieu capace di una profonda e piena felicità e ha ridotto la sua propensione alla negatività. Gli studi su questo fenomeno, comunemente noto come “neuroplasticità”, sono ancora agli inizi e Ricard, insieme ad altri scienziati di punta, sono in prima linea nel mondo riguardo a questi esperimenti rivoluzionari.

«Da dodici anni stiamo osservando gli effetti a breve e lungo termine che la meditazione, come training mentale, ha sull'attenzione, sulla compassione e sull'equilibrio emotivo» ha detto Matthieu. «Abbiamo ottenuto risultati significativi con praticanti di lunga esperienza che sono arrivati a cinquantamila sedute di meditazione, ma anche con periodi di tre settimane per venti minuti al giorno, modalità che naturalmente è più adatta ai ritmi moderni».

Grazie alle più recenti e avanzate tecnologie, tra cui la risonanza magnetica funzionale, le sequenze a impulsi (per acquisire dati velocemente), i dispositivi che generano stimoli alla fibra ottica (per sottoporre stimoli visuali ai soggetti studiati) e sistemi di registrazione ad alta densità che utilizzano dai 64 ai 265 elettrodi sulla superficie del capo, Matthieu ha fatto passi avanti nello studio delle correlazioni neurali nella meditazione detta Focused Attention (FA) negli esperti e nei

novizi, con diverse regioni cerebrali individuate come target per l'attivazione della mappatura.

I risultati sono stati estremamente interessanti. Rispetto ai novizi, per chi aveva già alle spalle un lungo training meditativo mantenere l'attenzione ha richiesto uno sforzo minimo. È anche emerso che livelli avanzati di concentrazione sono associati a una significativa diminuzione delle reazioni emotive, che sono incompatibili con una concentrazione stabile, e che l'attenzione è una capacità allenabile che può essere migliorata attraverso la pratica mentale proprio della meditazione FA.



Nel frattempo, altri scienziati con idee prudenti sui farmaci hanno continuato a spostare sempre più avanti il confine, avventurandosi con ardore negli ambiti della musica e della realtà virtuale. Studi interessanti hanno sottolineato gli effetti positivi della *Sonata per due pianoforti in Do maggiore* di Mozart sugli aspetti cognitivi del cervello umano (il cosiddetto effetto Mozart). In una ricerca condotta dal Dipartimento di neurologia della Kaohsiung Medical University, a Kaohsiung in Taiwan, gli indici degli screening sulla demenza, come il test Mini Mental Status e il Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI), hanno mostrato un aumento prodigioso nella memoria in pazienti con Alzheimer esposti all'effetto Mozart. Come vedremo nel capitolo successivo, la musica e anche il semplice tocco possono diventare "amici" dal sorprendente effetto per le menti debilitate.

Paiono anche promettenti gli approcci emergenti con la realtà virtuale. La tecnologia in grado di creare ambientazioni virtuali immersive è stata utilizzata nella terapia delle fobie, dello stress, dell'ansia, e dei disturbi di movimento e della memoria. La ricerca condotta nell'ambito dello U.S. Army-Baylor University Graduate Program in Physical Therapy a San Antonio in Texas ha riscontrato che le persone con demenza esposte a un'ambientazione virtuale sperimentavano una sensazione di controllo in conseguenza del coinvolgimento nelle interazioni e dimostravano meno difficoltà nel manovrare il joystick.

Inutile dire che tra tutti questi approcci incoraggianti, la meditazione e lo yoga hanno catturato l'immaginario romantico. Ma ciò che ha permesso loro di guadagnare una seria considerazione è stato il fatto di avere

riconosciuto i maggiori fattori di rischio dell'Alzheimer. In un campo della scienza dove si rischia di far passare certe teorie come un rituale, l'aver compreso che lo stress, la pressione alta, il colesterolo elevato, l'obesità, il diabete e una storia familiare di questa malattia costituiscono fattori di rischio per l'Alzheimer rappresenta un significativo punto di partenza quando si comincia ad avere a che fare con questo problema.

Ed è precisamente qui, e con una solida motivazione, che la meditazione e lo yoga arrivano a dare una mano, con attenzione e perspicacia. I ritmi moderni inducono uno stile di vita che ci aliena dalla nostra stessa esistenza. Sembriamo avere perduto la sobria eleganza che ha la vita quando è densa di significato. E dunque quell'aiuto serve oggi più che mai.



Come sottolineerò anche nel resto del libro, le ricerche hanno iniziato a dimostrare che la meditazione può riattivare i circuiti cerebrali producendo effetti positivi non solo su mente e cervello bensì sull'intero organismo, con uno strabiliante miglioramento delle connessioni cerebrali che coinvolge anche gli *assoni*, strutture che collegano le varie aree del cervello.

A differenza dei farmaci di sintesi chimica, queste tecniche possono favorire la neuroplasticità dei centri deputati alla concentrazione e all'attenzione e aumentare le onde alfa (responsabili del miglioramento proprio dell'attenzione, oltre che dell'equilibrio) e ciò le rende opzioni ottimali per il trattamento di una malattia nei confronti della quale il mondo ha veramente poche risposte.

Ho chiesto a Ron Brenner, responsabile del Behavioral Health dei Catholic Health Services di New York se pensasse che la signora Wolfe, agli esordi della malattia, avrebbe potuto ottenere benefici da approcci olistici come la meditazione.

«Non ha eventi avversi» ha risposto. «Avrebbe potuto essere un'opzione praticabile».

«E perché?» gli ho chiesto una domenica pomeriggio nell'incessante ricerca di risposte, sotto il sole di luglio, dopo avere pranzato e chiacchierato.

«È semplice, la meditazione funge da riserva o risorsa che può essere utilizzata senza sforzo dal cervello quando è messo alla prova», ha detto Brenner con un tono che si è fatto subito autentico e ottimistico.

Il dottor Benjamin R. Doolittle, direttore del Combined Medicine and Pediatrics Residency Program di Yale, si spinge anche oltre. Si lamenta del fatto che la meditazione, malgrado tutte le ricerche effettuate, è ancora una proposta o un'opzione che viene presentata solo a uno stadio molto avanzato della malattia.

Abbandonata a farmaci che risultavano largamente inefficaci, Lisa Wolfe è scivolata in una demenza da Alzheimer permanente e costante. Eppure esisteva una valida alternativa e, se iniziata a uno stadio sufficientemente precoce, la meditazione avrebbe potuto cambiare il corso della sua vita.

E allora ecco che sorge una domanda: possiamo, o no, proporre la meditazione come misura preventiva per il morbo di Alzheimer?

1 Il morbo di Alzheimer: perché siamo ancora qui a grattare solo la superficie

«La gratitudine è la memoria del cuore»

Jean Baptiste Massieu

Tre signore vivevano insieme, alloggiate nella lussuosa suite di un centro anziani affacciato sull'oceano, ed era nata tra loro un'intesa frutto più del destino che di qualche pianificazione. Terry Behman parlava poco, ma la sua espressione solenne compensava le sue poche parole. Margaret Mitchell parlava di più e il suo sguardo trafiggeva come i proiettili. Lucy Adams era servizievole per abitudine. Ogni volta che cadeva un cucchiaino veniva repentinamente raccolto; ogni dito sporco veniva pulito e non sfuggiva alla sua attenzione nemmeno una goccia di acqua versata. Le tre donne avevano una cosa in comune: soffrivano tutte e tre di Alzheimer. Ciò che si percepiva era una insolita convergenza di menti dove tutto ciò che accadeva pareva comunque reggere e dove i dettagli diventavano persino superflui.

Ripercorrendo le loro storie e vedendole lì, c'è di che meravigliarsi constatando quello che si sono lasciate alle spalle. Terry è un'insegnante in pensione che aveva vissuto la scuola con la medesima attitudine con cui aveva gestito casa sua, con equilibrio, grazia e determinazione. Margaret era stata una delle prime donne pilota d'America. Lucy aveva lavorato per tutta la vita come infermiera. Le loro tre menti erano collassate e restava soltanto il riflesso delle loro scelte di vita: per Terry l'espressione composta, di Margaret lo sguardo che trafiggeva, per Lucy lo slancio a donare amore e cura senza fine.

Questi esempi fanno emergere la natura dell'Alzheimer: inaffidabile e incerta. Quanta parte della mente si porta via a morsi e quanta invece sceglie di risparmiare sembra completamente lasciato alla discrezione dei suoi capricci. A nulla servono i nostri sforzi per cercare, con linee guida e modelli, di dare una forma alla sua ferocia; emerge sempre una nuova versione da dietro la curva successiva.

Nel tentativo valoroso benché vano di assaporare il gusto dolce del successo, gli scienziati sono andati alla ricerca del miele becchettando da un alveare all'altro, scontrandosi e collidendo l'uno con l'altro e producendo risultati prevedibili per una malattia che è un vero e proprio tumulto irrazionale.

Voglio iniziare dal Dipartimento di psicologia della Washington University di St. Louis in Missouri, per farvi capire meglio la prospettiva adottata dagli scienziati per braccare questo sfuggente predatore.

In questo caso i ricercatori hanno esaminato le modifiche nella personalità in uno studio longitudinale utilizzando la *Blessed Dementia Scale*. Dei 108 partecipanti, 68 avevano ricevuto la diagnosi clinica di demenza dopo essere entrati nello studio. I restanti 40, che morirono durante lo studio stesso, non avevano una diagnosi di demenza. Comunque, quando sono state eseguite le autopsie, per 14 di essi c'è stata la diagnosi neuropatologica di Alzheimer. Le modifiche nella personalità dei partecipanti erano state misurate basandosi sugli otto punti della *Blessed Dementia Scale*, cioè l'aumento di rigidità e di egocentrismo, la perdita della capacità di preoccuparsi per gli altri o provare sentimenti per loro, carenza di affetto, peggioramento del controllo emotivo e della responsività, apatia crescente e iperattività senza un obiettivo. Stando ai risultati, il 47% dei pazienti *converter* (coloro che erano diventati dementi dopo essere entrati nello studio) avevano mostrato alterazioni della personalità parecchio prima della diagnosi clinica di demenza, in evidente contrasto con il gruppo che non presentava demenza, che invece conservava ancora tratti relativamente integri. Le alterazioni riguardavano l'apatia crescente, l'aumento di egocentrismo, il ridotto controllo delle emozioni e l'aumento della rigidità.

Da tali risultati emerge subito una domanda interessante: possiamo utilizzare le alterazioni della personalità come marker clinico dell'imminenza dell'Alzheimer? L'apatia o la noncuranza possono essere viste come una prima fase ancora non grave di perdita di controllo sulla mente?

Ma se questi sono concetti accattivanti e comunque ragionevoli, com'è possibile spiegare razionalmente il fatto che l'attitudine alla cura e all'attaccamento in Lucy non sia stata scalfita malgrado il suo stato avanzato di demenza? Come faccio a ignorare che in Margaret sia rimasta intatta

la personalità espressa da quel suo sguardo penetrante? O il grado di compostezza emotiva rimasto in Terry? Sono eccezioni alla regola o stiamo ancora solo grattando la superficie?

Abbiamo aperto il vaso di Pandora. Piovono da ogni dove innumerevoli teorie e ipotesi basate su piccoli studi longitudinali con scarsa rilevanza statistica. Ma in questa corsa al bersaglio impossibile resta almeno qualche fatto: che l'Alzheimer è una malattia inesorabile; che può variare nel modo in cui si presenta; che può essere graduale e lenta così come furiosa e implacabile nei tempi e nelle modalità.

La dottoressa Bharati Sharma era destinata a essere brillante, una di quelle che fanno la differenza. Eccezionale studentessa in India, si imbarcò su un aereo per l'Inghilterra in un'epoca in cui in quella parte del mondo le donne in medicina erano un'eccezione. Come membro del Royal College of Obstetrics and Gynecology, lavorò acquisendo grande credibilità al Queen Charlotte Hospital e al Kings Hospital di Londra prima di fare ritorno nella sua terra natale per diventare soprintendente medico in un istituto prestigioso.

Malgrado eccellesse negli studi, la dottoressa Sharma aveva come il sentore che la sua mente sarebbe prima o poi scivolata nella demenza da Alzheimer, lasciando macerie di una personalità che andava fiera di prendersi cura di mamme e bambini.

Fu una lettera ad annunciarle la malattia, una lettera al marito in cui iniziò normalmente a scrivere "Mio caro"; mano a mano che proseguiva nella scrittura, abbastanza repentinamente e senza segni premonitori, lei perse la strada, inciampò in una battuta d'arresto dopo un paragrafo o due e concluse con "la tua affezionata mamma". Una malattia che in un istante rovesciò in quelle poche righe la sua intera identità. Non ci fu un ritorno. Un medico si era trasformato in un paziente che avrebbe avuto bisogno di accudimento per i successivi vent'anni. Tutto fu perduto a eccezione di reminiscenze impressionanti, come quando continuava a lavarsi freneticamente le mani come fanno i chirurghi ogni volta che si sedeva a tavola, ricordo doloroso di quando era stata una brillante dottoressa.

Attualmente abbiamo una certa comprensione dell'ampia gamma di manifestazioni cliniche che questa malattia può presentare, ma non abbiamo contezza alcuna della tempistica. Potrebbe anche essere una caratteristica

insita nella bestia, mutevole e capricciosa. Studi e ricerche futuri faranno certamente più luce su un tale enigma. A parte la perdita di memoria, che rappresenta il fulcro della patologia, la perdita delle funzioni d'esecuzione è una manifestazione comune, anche se non è qualcosa di scolpito nella pietra. Le lacune possono essere lievi o evidenti, possono andare dalla perdita di capacità organizzativa alla perdita di motivazione e un soggetto può manifestare anche entrambi gli stati con diversa gravità. Di fatto però, con il progredire della malattia, l'abilità di compiere azioni complesse viene seriamente compromessa.

Altri segni e sintomi compaiono in modo casuale, quasi come una vendetta impietosa.

La disprassia, l'incapacità di compiere movimenti intenzionali appresi, esordisce molto dopo nella malattia, quando ormai memoria e linguaggio sono stati gravemente danneggiati. Riesci ad abbottonarti la camicia? Come si usa il pettine? Come accendi il ventilatore? Riesci a prendere fuori la marmellata dal barattolo con un cucchiaino? Domande aperte o istruzioni riflettono l'abilità di eseguire attività motorie multifase. Quando si è colpiti dall'Alzheimer, queste abilità spesso mancano, portando a dipendenza, frustrazione, dolore e a una crescente agonia emotiva.

Al contrario, i disturbi del sonno compaiono molto presto nel processo patologico, ben prima che la mente sia stata intaccata. Ritmi frammentati del sonno, estrema velocità ad addormentarsi ed estrema facilità al risveglio alla fine portano a periodi prolungati di insonnia notturna in solitudine con inevitabile sonnolenza durante il giorno. Eppure, dobbiamo resistere alla tentazione di interpretare questo fenomeno come segnale di Alzheimer incipiente perché pressoché tutte le cose che nella vita ci disturbano possono rompere il naturale ritmo del sonno, compreso il normale e graduale invecchiamento della mente e del corpo.

Anche le convulsioni, come i disturbi del sonno, possono presentarsi in maniera variabile nell'Alzheimer. Si manifestano nel 9-16% dei pazienti e frequentemente appaiono negli ultimi stadi della malattia.

Un segnale molto particolare, benché non ancora comprovato, di questa patologia riguarda il senso dell'olfatto, la nostra capacità di sentire gli odori buoni e cattivi. In un articolo pubblicato su *Neuropsychiatric Disease Treatment* (aprile 2016), gli autori Yong-ming Zou e colleghi del Dipartimento di neurologia dell'ospedale Tianjin Huanhu a Tianjin, nella

PERCHÉ BUDDHA NON AVEVA L'ALZHEIMER

Repubblica popolare della Cina, hanno studiato in modo approfondito la complessità e l'intensità delle disfunzioni olfattive nell'Alzheimer. Ricerche e revisioni di quasi tutti gli studi scientifici hanno rivelato che allo stadio iniziale della malattia si può avere una incapacità o una capacità ridotta o alterata dell'odorato.

Fin dagli inizi nel 1974, anni e anni di intensa ricerca hanno cercato di interpretare la disfunzione olfattiva come uno dei segni clinici iniziali di questa patologia. Il grado di appropriatezza di questo disturbo è stupefacente, poiché lo si riscontra nel 100% dei malati di Alzheimer. Eppure, come per tanti di questi biomarcatori, la specificità è debole. In altre parole, anche nella popolazione generale sana sono stati osservati disturbi dell'olfatto. In uno studio trasversale basato sulla popolazione pubblicato sul *Journal of the American Medical Association* (JAMA), i ricercatori della School of Medicine della San Diego State University e della University of California hanno dimostrato che la prevalenza di disfunzioni olfattive aumenta con l'età. Statisticamente, i pazienti dagli 80 ai 90 anni hanno una prevalenza del 62,5%.

Mal'area in cui l'Alzheimer pone le sfide più consistenti è quella delle facoltà "intuitive". Un intuito e un discernimento ridotti sono tratti comuni, benché variabili, della malattia. Peraltro, un aspetto toccante è quello che riguarda la ricorrente sottostima dei propri deficit nei malati, che adducono giustificazioni e alibi come se così facendo volessero preservare la loro dignità. Comprensibilmente, i deficit vengono quasi sempre notati da chi più si prende cura di loro, spesso un membro della famiglia. Ma anche in questo caso, come per le funzionalità nel «fare le cose», anche la perdita del discernimento non è sintomo inequivocabile e le conseguenze di questi segnali così variabili vanno ben al di là della malattia primaria. Chi riesce a mantenere una sua lucidità cade nella depressione e, dall'altra parte, quando la lucidità si deteriora, inesorabilmente diventano centrali i disturbi del comportamento, sotto forma di agitazione, aggressività, del girovagare senza orientamento, di effetti psicotici delle allucinazioni, deliri e, nelle situazioni gravi, sindromi da errata identificazione.

Ciò che accresce la complessità è il fatto che anche il semplice invecchiamento fisiologico può comportare tutti questi disturbi del comportamento. Il dottor Rajkumar Singh, psichiatra nel nostro istituto, forte di

un'ampia esperienza di ricerca, ha portato alla mia attenzione uno studio di cui era co-autore presentato al 143° meeting annuale dell'American Psychiatric Association a New York alcuni anni fa.

In quello studio, quarantacinque volontari sani, giovani e normali, tra i 19 e i 39 anni, sono stati messi a confronto con quarantacinque soggetti anziani, normali e in salute tra i 60 e i 78 anni. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a test di memoria episodica verbale e a una scala di autovalutazione delle loro condizioni per valutare la correlazione tra stati emotivi e performance sulle capacità mnesiche. Ciò che il dottor Singh, con i suoi colleghi, ha trovato è che il gruppo più anziano mostrava forti correlazioni tra bassa risposta nel richiamo verbale e stati emotivi altamente negativi. E sempre nel gruppo anziano, rispetto a quello giovane, stati emotivi altamente negativi sono risultati associati a una memoria più labile.

Dal punto di vista prettamente delle emozioni, l'errata identificazione porta con sé la prognosi peggiore, poiché si assiste al frantumarsi delle relazioni. L'effetto a catena finisce per toccare tutti, dal malato a chi se ne prende cura, fino all'intera famiglia.

Ho sempre considerato Laura come una dei *caregiver* più devoti che abbia incontrato nei miei venticinque anni di lavoro con i pazienti. John, suo marito, era nel mio reparto con una diagnosi accertata di Alzheimer e con una serie di molte altre co-morbilità, dalla coronaropatia alla pressione alta, fino al diabete progressivo che gli causava una grave forma di malattia vascolare periferica, sfociata infine nell'amputazione di entrambe le gambe sotto il ginocchio. Ma quell'uomo era un tesoro. Né la perdita della memoria né la perdita delle gambe avevano scalfito la sua giovialità. Contraddiceva e sfidava tutte le leggi dell'Alzheimer, mostrando sintomi psicologici minimi così come minime alterazioni del comportamento. A eccezione di una cosa, che ho scoperto solo molto tempo dopo.

Dopo diverse sedute alla presenza di entrambi, marito e moglie, avevo iniziato a notare strane ma innegabili discrepanze in ciò che dicevano della loro vita passata. John sosteneva che Laura avesse sempre amato Vivaldi e Chopin. Ma quando parlai con lei separatamente, Laura disse di non conoscere nulla di questi due compositori. John magnificava gli splendidi vestiti che Laura portava ai tempi d'oro, che erano sempre blu, come blu era la montatura degli occhiali che indossava. Laura faticava a recuperare anche solo vagamente quei dettagli. John elencava tutti i

paesi che avevano visitato, eppure Laura aveva una paura matta degli aerei e dell'altezza.

Manifestai a Laura le mie preoccupazioni, ponendole con delicatezza questioni che toccavano sia la salute che la deontologia, come per esempio quanto sarebbe stato difficile gestire sedute comportamentali e di *bio-feedback* se i fatti non collimavano o l'ipotetica necessità di segnalare all'amministrazione eventuali dubbi sulla loro relazione. Il nostro incontro non era certo sui toni dell'interrogatorio, ma decisi di insistere. Alla fine Laura scoppiò. La storia che mi raccontò fu di quelle che spezzano il cuore, faceva ben comprendere quanto l'Alzheimer potesse far deragliare e danneggiare una personalità.

Laura non era veramente Laura. Era la seconda moglie di John, Martha. La prima moglie, la vera Laura, era morta di un'inattesa aritmia cardiaca. Negli anni seguenti Martha si era presa cura in modo eccellente di John, profondamente avvilito; poi si sposarono e trascorsero anni felici, fino a che, lentamente ma inesorabilmente, l'Alzheimer non l'aveva avuta vinta sulla mente di John.

La perdita di memoria era evidente, ma fu l'errata identificazione a diventare la caratteristica principale. La memoria a distanza di John era intatta, quindi iniziò a vedere Martha come Laura. C'erano momenti estremi in cui metteva in discussione il comportamento e l'aspetto di Martha perché non coincideva con l'immagine che lui aveva della Laura morta; Martha fece del suo meglio per contrastare tutto ciò fino a che non le fu più possibile combattere e iniziò una radicale e perversa transizione, fino a che Martha divenne Laura. Fu una nuova storia d'amore, intensa, sofferta e profondamente straziante. Ci volle una terapia impegnativa per convincere Martha che continuare a fingersi Laura non solo avrebbe fatto sprofondare ancor più John nella demenza, ma avrebbe annientato anche lei.



Tutto questo ci conduce a una delle sfide più improbe che ci pone l'Alzheimer: il *burnout* di chi si prende cura dei malati.

Haidt Behman, uno dei più brillanti neurologi del nostro reparto, era sempre andata fiera della sua specializzazione sul fronte dell'epilessia, che era diventata la sua passione, impegnandola sia nella cura che nell'insegnamento.

Circa dieci anni fa, si trovò improvvisamente a un bivio amaro quando trovò sua madre, Terry, completamente incapace di distinguere tra una pentola di terracotta e una pentola cuoceriso, due utensili che aveva usato per anni. Haidi capì istantaneamente che c'era qualcosa di grave che non andava. Ciò che seguì fu un percorso ormai scritto: un veloce test Mini Mental seguito dal Namenda, un farmaco pubblicizzato come salvavita per il cervello. Non successe nulla. Terry non migliorò né peggiorò; semplicemente si stabilizzò. Quando il marito morì, Terry sprofondò nel più totale silenzio, sintomo possibile di depressione o di peggioramento della demenza.

Gli accadimenti trasformarono Haidi da neurologa a caregiver, da qualcuno che comprendeva la malattia a qualcuno che ne sentiva addosso la sofferenza. Quel viaggio fu duro, sia per la madre che per la figlia, e l'impegno in quella relazione diventava sempre più pesante mano a mano che i contrasti si facevano più stridenti. Quella donna che la figlia aveva di fatto seguito come neurologa, ora aveva bisogno di essere imboccata, sistemata su una sedia reclinabile e le si dovevano cambiare i pannoloni.

Questo è il colpo più terribile che l'Alzheimer infligge, trasformare una famiglia nel ritratto della sofferenza e del dolore. Basta quasi solo questo per giustificare la definizione, se vogliamo assurda, della demenza e della depressione come "malattie infettive".

Un importantissimo studio condotto dal Dipartimento di psichiatria ed epidemiologia dell'università di Pittsburgh ha affrontato concretamente questo insidioso problema. Sono state realizzate analisi cross-section e longitudinali coinvolgendo 1222 pazienti con demenza e i loro caregiver per valutare il livello di sofferenza dei malati, la depressione dei caregiver e l'uso di farmaci antidepressivi. Questo studio multi-sito ha preso il nome di REACH (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health) e ha indagato diversi interventi psicosociali per valutare la loro fattibilità e l'impatto emotivo sui caregiver familiari che vivono con il malato e se ne prendono cura.

I risultati sono stati sconcertanti. Ma prima di approfondire queste statistiche rivelatrici, dovremmo porci alcune domande fondamentali:

- Come misuriamo la sofferenza?
- La sofferenza è relativa?
- È una questione totalmente personale?

PERCHÉ BUDDHA NON AVEVA L'ALZHEIMER

Quante volte abbiamo visto persone dar di matto per un nonnulla e altre invece rimanere stoiche e imperturbabili di fronte a difficoltà pressoché insormontabili? O, ancor più sorprendente, mantenersi persino gioiose e luminose nella loro espressione malgrado dovessero superare prove indicibili?

Secondo i ricercatori esistono manifestazioni universali misurabili della sofferenza, malgrado le differenze personali. I sintomi fisici, come il dolore acuto o cronico, la nausea e la difficoltà a respirare; gli effetti psicologici, come la depressione e l'ansia; e da un punto di vista olistico, la misura dell'armonia interna, il senso e gli obiettivi della vita sono tutti fattori tangibili e misurabili.

Nello studio menzionato, la sofferenza è stata valutata sulla base della scheda di valutazione della depressione della Revised Memory and Behaviour Problems Checklist (RMBPC). Per esempio, veniva chiesto al caregiver: «Nella settimana passata il paziente è/ha... apparso triste o depresso, espresso sentimenti di sfiducia o tristezza riguardo al futuro, fatto commenti sul fatto che si sentisse inutile o vivesse il fallimento?» e così via.

Le caratteristiche di base del caregiver e di chi riceve le cure venivano stabilite sulla base di nove elementi della RMBPC, di cui tre riguardano il distress emotivo (ansia, tristezza e pianto) e sei il distress esistenziale (inutilità, fallimento, sfiducia, solitudine, pensieri di morte e autolesionismo).

L'obiettivo dei ricercatori era non solo la valutazione del distress emotivo del caregiver e del paziente, ma anche stabilire una correlazione diretta tra la sofferenza del malato e il benessere del caregiver. I risultati sono stati decisivi e inquietanti. Coerentemente con le analisi cross-section, le alterazioni nella percezione della sofferenza da parte dei malati avevano un impatto inevitabile, benché non voluto, sui caregiver, causando in loro depressione, ansia e distress emotivo profondo. Quel che è peggio è che più tempo trascorrevano con il paziente, più la loro depressione aumentava. Non è difficile immaginare che chi si sentiva impotente di fronte alla progressiva e implacabile sofferenza del proprio caro dimostrava un distress ancora più profondo, oltre a sensi di colpa sempre più forti e ricorrenti, mancanza di speranza e traumi emotivi.

Questi risultati innescano una domanda legittima: comprendiamo e conosciamo abbastanza della relazione reciproca tra paziente e caregiver?

Come possiamo spezzare il circolo vizioso di sofferenza che si instaura tra loro? Quale branca o specializzazione più si confà per gestire questa singolare “malattia infettiva” dove il responsabile è infinitamente più subdolo e crudele di qualsiasi batterio o virus?

In altre parole, chi si prende cura dei caregiver?



Una delle maggiori vittime della medicina moderna è il tempo. Catturata nella rete della dipendenza tecnologica, nelle beghe amministrative, nelle minacce di denuncia, oggi la pratica medica ha costretto i medici e il loro staff ad aumentare il tempo e le energie dedicate a difendersi da fattori esterni fino al punto da sovrastare ed esaurire il poco tempo rimasto da trascorrere nelle stanze dei pazienti – in quelle interazioni intensamente personali – riducendolo dietro schermi e scanner, laddove i malati si sentono così vulnerabili.

Il mio ospedale, il Raritan Bay Medical Center, fornisce immancabilmente una scheda di valutazione chiamata “*Pride in caring*” per dimostrare l’impegno nei confronti di coloro di cui si prende cura. Non c’è da sorprendersi se meno dell’1% delle schede di ringraziamento lasciate dai pazienti si riferisce ai medici. Vengono menzionate le assistenti assegnate alle Unità, ci sono elogi per le infermiere, lodi per gli assistenti sociali, ma un numero tragicamente basso di medici viene ringraziato, malgrado il fatto che sono loro a diagnosticare la patologia, a mettere ordine nelle richieste e a dare indicazioni per le dimissioni.

Quando ho chiesto a William Distanislaio, vicepresidente operativo nel nostro istituto, dove stavamo sbagliando, mi ha risposto: «I pazienti non riescono a ricordare alcun momento personale trascorso con il medico».

Guardando alla carta di impegni dell’ospedale, “*Improving the patient experience*” [Rendere migliore l’esperienza del paziente, *N.d.T.*], ecco che si ha un indizio per capire. Le ventidue categorie elencate vanno dal processo di registrazione al comfort e alla pulizia del reparto, fino alle capacità e alla cordialità dello staff. Nulla viene detto riguardo alla sensibilità dei medici nei confronti dei bisogni dei pazienti, preoccupazione per il loro comfort o sulla chiarezza delle spiegazioni che i dottori forniscono ai malati. Queste sono omissioni strane ma inevitabili, vista la pessima relazione che si instaura tra paziente e dottore al giorno d’oggi.

PERCHÉ BUDDHA NON AVEVA L'ALZHEIMER

L'Accreditate Council for Graduate Medical Education (ACGME), un gruppo privato non-profit che valuta e accredita oltre 9000 programmi residenziali per 135 specializzazioni e sotto-specializzazioni negli Stati Uniti, ha stabilito standard educativi e requisiti comuni per tutti i programmi di formazione. Sul loro sito web si legge che nel 2002 l'ACGME ha lanciato una iniziativa sulle competenze chiamata *Outcome Project*. Il risultato ha visto l'individuazione di sei competenze di base riconosciute dalla stessa ACGME da usare per i programmi di formazione in modo da valutare i partecipanti alle specializzazioni. Questi sei punti sono l'accudimento del paziente; la competenza medica; l'apprendimento, con relativi aggiornamenti, basato sulla pratica; le capacità nelle relazioni interpersonali e comunicative; la professionalità; la pratica integrata nel sistema.

Manca ovviamente qualcosa di essenziale: perché in nessuna di queste sei competenze viene tenuto conto delle persone anziane?

L'American Board of Internal Medicine (ABIM) ha introdotto un programma di "ricertificazione", per cui a ogni medico laureato viene richiesto di ottenere la certificazione dell'ente passando un esame ogni dieci anni. Questo ha a che fare con le competenze mediche, ma non esiste un procedimento per rivalutare le altre cinque competenze, soprattutto per quanto riguarda le capacità comunicative e la professionalità. E mancano anche workshop obbligatori o programmi di simulazione interattiva. Ed è esattamente ciò su cui noi medici vacilliamo nella cura dei pazienti.

Consideriamo il caso di Richard Benedict, che soffriva di un fortissimo dolore di schiena nella regione lombo-toracica. I raggi X non avevano rivelato niente di importante, una successiva risonanza magnetica mostrò una grave stenosi spinale. Discussi con lui sia varie opzioni per trattamenti conservativi che l'intervento chirurgico e lo indirizzai a un neurochirurgo per un secondo parere. Richard tornò nel mio ambulatorio evidentemente cupo.

«Cosa succede Richard?».

«Il contatto che mi ha dato non è stata una buona idea».

«Perché? Non le è piaciuto il neurochirurgo?».

«No».

Non gli risposi subito. Avevo una stampa delle note del chirurgo e pareva piuttosto dettagliata. L'esame fisico, le valutazioni e il piano di cura erano ottimali.

«Sto leggendo le sue annotazioni e mi paiono abbastanza approfondite» gli dissi.

«Proprio così, dottore» disse Richard. «Non ha fatto altro che battere a computer, si è a malapena alzato dalla sedia».

La cartella clinica elettronica, l'inserimento computerizzato delle ricette e delle richieste del medico e il programma di monitoraggio sulle prescrizioni dei farmaci sono tutti termini ampollosi che hanno sostituito carta e penna. Il motivo principale è quello di eliminare gli errori causati dalle calligrafie illeggibili e dalle trascrizioni delle ricette mediche. Progressi brillanti, senza dubbio. Ma il rovescio della medaglia è che le parole di conforto e rassicurazione sono state soppiantate da fredde prescrizioni fornite per telefono. Le conseguenze sono fatali e di vasta portata. Si erode così sia la scienza medica che l'arte della cura del paziente.

Vi faccio un esempio per farmi capire. Quando Jennifer Walker venne accompagnata nella mia clinica dalla figlia, la mia totale attenzione era rivolta a lei. Durante la visita non ebbi sorprese. Pam, la mia infermiera che si occupa del triage, mi aveva già informato. I Walker erano appena arrivati in città e Jennifer aveva bisogno di un medico. Aveva una lunga storia di Alzheimer ed era sotto donepezil. Aveva anche l'ipertensione e il diabete, entrambi sotto controllo.

I suoi capelli erano legati in una coda di cavallo. Vestiva un abito di colori vivaci e un paio di scarpe bianche luccicanti. Parlava poco. La maggior parte delle informazioni, sia mediche che non, venivano da sua figlia, che parlava abbastanza lentamente, era quasi noiosa, trascinava ogni parola prima di passare a quella successiva. Non c'era nulla di particolare che emergesse dalla visita medica. Sorrideva ogni tanto, più per abitudine che non come riflesso di una qualche felicità. Come era prevedibile, non superò il test Mini Mental. La figlia mi raccontò che inizialmente aveva pensato che la madre mostrasse un lieve peggioramento nelle funzioni cognitive all'assunzione del donepezil, ma che ora le sembrava tornata come prima. Senza iniziativa, né forza di volontà ed energia, era immersa in una totale incapacità di riconoscere, collegare e ricordare. Jennifer aveva 83 anni ed era in questo stato da 10. Le rinnovai la prescrizione medica e la lasciai andare prescrivendole alcuni esami del sangue. Mi sentivo soffocare nella mia incapacità di fare la differenza per la sua condizione.

QUESTO NON È UN LIBRO QUALUNQUE

Anche un libro ha la sua filiera. Proprio come una zucchina.
Per portarti un «cibo per la mente» genuino, ecologico e giusto, Terra Nuova applica severi principi di sostenibilità ambientale e sociale: ecco quali.

La carta



Perché Buddha non aveva l'Alzheimer è stampato su carta Pure Offset certificata FSC e *Der Blue Angel* per essere ottenuta con fibre provenienti al **100%** da carta riciclata, di cui almeno il 67% da raccolta differenziata. Questa scelta, rispetto a quella di carta da fibre vergini, ha consentito il risparmio di:



707 kg
di RIFIUTI

la produzione media di una famiglia
di **3 persone** in **177 giorni**



1150 kg
di LEGNA

prevenendo così il taglio
di **11 alberi**

eco-calcolatore di Due Emme Pack: dati certificati dal Dipartimento di Ingegneria Civile, Ambientale e dei Materiali dell'Università di Bologna.



La stampa

La rivista e i libri vengono stampati rigorosamente in Italia, utilizzando inchiostri naturali e una rilegatura di qualità.



Il circuito

Terra Nuova assicura un equo compenso a tutti gli attori della filiera e promuove circuiti alternativi di distribuzione come quello di negoziobio.info



La biodiversità

I piccoli editori indipendenti garantiscono la pluralità di pensiero, oggi seriamente minacciata dallo strapotere di pochi grandi gruppi editoriali



La comunità del cambiamento

Sono oltre 500 mila le persone che ogni giorno mettono in pratica i temi dell'ecologia attraverso la rivista, i siti e i libri di Terra Nuova.

Per saperne di più: www.nonunlibroqualunque.it



Perché
BUDDHA
non aveva
L'ALZHEIMER

Nel mondo sono circa 47 milioni le persone colpite da forme di demenza. Nel 50-60% dei casi (tra i 24 e i 28 milioni) si tratta del morbo di Alzheimer. Una vera e propria emergenza, senza contare che i casi sono destinati quasi a raddoppiare ogni 20 anni (stime *Alzheimer's Disease International*).

Gli scienziati non hanno ancora compreso la complessità di questa malattia. Le cause rimangono tuttora sconosciute e non esistono trattamenti efficaci. In questo libro il dottor Shuvendu Sen esamina le innumerevoli sfaccettature del problema e propone un approccio basato sulle antiche pratiche della meditazione e dello yoga, osservando anche i benefici della musicoterapia, della realtà virtuale, del tocco terapeutico e delle medicine olistiche.

Uno straordinario focus sul funzionamento della mente, motivo di speranza e ottimismo per il futuro.



Il dottor **Shuvendu Sen** è Vice Chair Research della Meridian Hackensack University. Ha ricevuto la menzione nell'ambito del riconoscimento *American's Best Physicians* e gli è stato assegnato l'*Oscar E. Edwards Award* dall'*American College of Physicians*. Ha ottenuto innumerevoli riconoscimenti per la ricerca e l'insegnamento e ha fatto parte di commissioni di lavoro in numerosi enti, tra cui l'*American College of Physicians*, l'*Alzheimer's Association* e il *Rotary International*.

ISBN 88 6681 648 5



9 788866 816485

€ 18,00

- carta riciclata 100%
- stampa in Italia
- inchiostri naturali
- rilegatura di qualità
- circuito solidale

Scopri di più su:
www.terranuovalibri.it