

Lettera al Presidente

TERAPIE ED EMOZIONI

Caro Presidente, ho assistito con interesse al Convegno Medico-Scientifico che si è svolto Domenica 22 Aprile a Bologna, in occasione dell'Assemblea Nazionale dell'A.I.S.A. A completamento dei concetti che sono stati esposti, vorrei aggiungere alcune considerazioni, che emergono dalla mia personale pratica quotidiana di medico.

Noi non sappiamo ciò che non conosciamo.

La Ricerca Medica registra, a fronte di un costante ampliamento delle conoscenze scientifiche, un corrispondente aumento delle domande piuttosto che delle risposte. In altre parole, più si sa, e più ci si accorge di non sapere.

Una domanda che spesso ci pongono i pazienti è: e la Ricerca? A che punto è?

Pur considerando fondamentale il ruolo della sperimentazione, sia di laboratorio che clinica, come è emerso dalle comunicazioni presentate dai Relatori, personalmente interpreto il mio ruolo di medico tenendo ben presenti alcuni punti.

L'essere umano non è ascrivibile a una macchina, per quanto complessa, ma si articola su diversi piani o livelli energetici, aventi differenti caratteristiche vibrazionali, la maggior parte dei quali non sono apprezzabili ai nostri sensi. Tali livelli energetici, pur avendo caratteristiche differenti tra loro (in particolare obbediscono a leggi differenti), sono tuttavia intimamente interconnessi. In altre parole, ciò che noi vediamo, sentiamo, percepiamo, misuriamo, è solo una minima parte della nostra vera essenza e quindi come tale va valutato. Il risultato di uno studio randomizzato o a «doppio cieco» sull'efficacia di un certo farmaco non è pertanto utile – a mio avviso – a fornire dati «obiettivi», «riproducibili» o «scientificamente corretti»; esso è viceversa un efficace metodo in quanto cerca di escludere una certa quantità di *variabili* che potrebbero confondere o nascondere o addirittura capovolgere il risultato della ricerca.

Si tratta di un processo logico che la mente adotta molto spesso: quello di cercare da fare ordine nell'apparente disordine della natura (ma le teorie dei frattali ci insegnano che proprio attraverso il disordine la natura esprime la sue caratteristiche autopoietiche...). Allo stesso scopo – semplificare una massa di dati estremamente complessa, eterogenea e solo in minima parte conosciuta – servono le classificazioni delle malattie, che spesso però confondono i pazienti, perchè cambiano a seconda della fonte, a seconda dell'inquadramento (eziologico, patogenetico ecc.) a seconda del periodo culturale dominante nel quale vengono formulate.

Ad un paziente giustamente preoccupato per il suo futuro a fronte di una diagnosi appena formulata, spesso frastornato da tutta una mole di informazioni (perlopiù drammatiche) ottenute dal Web, consiglio sempre di non considerarla un'etichetta, ma piuttosto come un ventaglio di eventi che probabilisticamente possono manifestarsi nell'arco della sua vita.

La malattia di per sè non esiste; esiste invece un individuo che esprime, in maniera del tutto *unica*, un complesso di segni e sintomi che rivelano una condizione di disequilibrio e di carenza di energia (mal-essere). Queste considerazioni comportano in pratica alcune conseguenze che probabilmente non sono state espresse durante il Convegno perchè considerate ovvie (!?!), o irrilevanti ai fini del Progresso Scientifico (!?!).

Prima conseguenza: l'approccio olistico

Per portare una persona verso una condizione permanente di migliore benessere, qualunque siano le condizioni di partenza, è necessario lavorare su più livelli energetici possibili; è quindi opzione (compito?) del terapeuta conoscerli e adottare gli strumenti adatti per ognuno di essi; in altre parole, a fronte di un'esaasperata specializzazione, ogni paziente dovrebbe essere seguito da un Tutor che viceversa abbia una visione «olistica» della sua storia clinica.

Come è noto a molti, questa visione è uno dei capisaldi (ma non solo) della medicina omeopatica e delle medicine cosiddette «alternative» a cui molti pazienti si rivolgono (peraltro senza avere il coraggio di confessarlo ai Medici Allopatrici cioè tradizionali).

Seconda conseguenza: la vita come scelta respon-sabile tra un'ampia (anche se non infinita) gamma di possibilità.

Una delle variabili che gli studi scientifici cercano di escludere dalla sperimentazione è il ruolo delle EMOZIONI. In uno studio randomizzato, nè il paziente, nè il medico sanno se la pillola somministrata contiene il principio attivo (ciò che può «guarire»!) o zucchero (cioè acqua fresca!). Non c'è niente di male nel volere capire se un chelante del ferro può aiutare il cuore di un paziente con Freidreich a pulsare meglio.

Ogni paziente con Freidreich sperimenta però tangibilmente, ogni giorno, quale ruolo positivo abbiano la speranza, la fiducia (in sè stessi, nei medici ...), l'accettazione (di se stesso, della propria condizione, da parte dei famigliari), la percezione di essere amato, sulla funzione del proprio cuore. Spesso sono i pazienti stessi a raccontarcelo, ma noi medici non siamo pronti a recepire il messaggio, quello cioè che «le nostre emozioni decidono che cos'è degno della nostra attenzione» (Candace Pert), che sono le emozioni a conferire peso e importanza agli eventi della nostra vita e ai segnali che ci arrivano, attraverso i sensi, dal mondo esterno.

Siamo noi a creare il mondo che percepiamo, anche se perlopiù non in maniera consapevole. Il vissuto, cioè la componente emozionale che caratterizza la nostra vita, può così cambiare in maniera drammatica, trasformando una condizione di difficoltà (handicap) in una risorsa e in un possibile momento di crescita personale per sè e per chi ci circonda.

Dott.ssa Carla Molinotti