

OUTLIVE

ȘTIINȚA ȘI ARTA
LONGEVITĂȚII

DR. PETER ATTIA

CU BILL GIFFORD

Traducere din limba engleză
de Andreea Călin

Lifestyle

C U P R I N S

Introducere	11
--------------------------	-----------

PARTEA I

Capitolul 1: Jocul îndelungat	17
Capitolul 2: Medicina 3.0	31
Capitolul 3: Obiectiv, strategie, tactici	49

PARTEA A II-A

Capitolul 4: Centenarii	73
Capitolul 5: Mănâncă mai puțin, trăiește mai mult	88
Capitolul 6: Criza abundenței	104
Capitolul 7: Ceasornicul	129
Capitolul 8: Celula scăpată de sub control	160
Capitolul 9: În căutarea memoriei	200

PARTEA A III-A

Capitolul 10: Cum să gândim tactic	235
Capitolul 11: Activitatea fizică	243
Capitolul 12: Antrenamentul 101	264
Capitolul 13: Evanghelia stabilității	294
Capitolul 14: Nutriția 3.0	324
Capitolul 15: Cum să pui în aplicare biochimia nutrițională	341
Capitolul 16: Trezirea	387
Capitolul 17: Proiect în derulare	418

Epilog	453
---------------------	------------

Mulțumiri	457
------------------------	------------

Note	461
-------------------	------------

Bibliografie	475
---------------------------	------------

Introducere

În vis, încerc să prind ouăle care cad. Stau pe un trotuar într-un oraș mare și murdar care seamănă mult cu Baltimore, ținând în mâini un coș căptușit și privind în sus. La fiecare câteva secunde, văd un ou care cade spre mine și alerg încercând să-l prind în coș.

Ouăle cad repede și fac tot ce pot ca să le prind, fugind încolo și-ncoace și întinzând coșul ca pe o mânășă de jucător de baseball. Dar nu pot să le prind pe toate. Unele dintre ele — multe dintre ele — se izbesc de sol, împrășcând cu gălbenuș peste tot, pe pantofii mei și pe halatul de medic. Îmi doresc cu disperare să se oprească.

De unde vin ouăle? Probabil că e un tip acolo sus, pe acoperișul clădirii sau într-un balcon, care pur și simplu le aruncă peste balustradă. Dar nu pot să-l văd și sunt așa de ocupat, încât abia am timp să mă gândesc la el. Nu fac decât să alerg dintr-o parte în alta, încercând să prind cât mai multe ouă posibil. Și eșuez lamentabil. Emoția mă copleșește în timp ce-mi dau seama că, oricât de mult mă străduiesc, nu voi putea niciodată să prind toate ouăle. Mă simt depășit și neajutorat.

Iar atunci mă trezesc, ratând încă o dată șansa unui somn valoros.

Uităm aproape tot ce visăm, dar, după 20 de ani, nu prea reușesc să-mi scot visul ăsta din cap. Mi-a invadat de multe ori nopțile pe când eram rezident la chirurgie la Spitalul Johns Hopkins, pregătindu-mă să devin chirurg oncolog. A fost una dintre cele mai bune perioade din viața mea, chiar dacă au fost momente când am simțit că o iau razna. Nu era ceva neobișnuit pentru mine și colegii mei să muncim 24 de ore fără pauză. Jinduiam după somn. Visul ăsta mi-l tot distrugea.

Chirurgii care lucrau la Hopkins erau specializați în cazuri grave, precum cancerul pancreatic, ceea ce însemna că adesea erau singurele persoane care-l despărțeau pe pacient de moarte. Cancerul pancreatic se dezvoltă în liniște, fără simptome, iar când se descoperă este adesea destul de avansat. Operația era o opțiune doar pentru aproximativ 20-30% dintre pacienți. Eram ultima lor speranță.

Arma noastră preferată era ceva numit procedura Whipple, care presupunea îndepărtarea vârfului pancreasului și a părții superioare a intestinului subțire, denumită duoden. Este o operație dificilă, periculoasă, iar la început era aproape întotdeauna fatală. Cu toate acestea, chirurgii continuau să o facă; atât de grav este cancerul pancreatic. Deja la momentul în care eram rezident, peste 99% dintre pacienți supraviețuiau cel puțin 30 de zile după această operație. Devenisem destul de performanți la prinsul ouălor.

La vremea aceea, eram hotărât să devin cel mai bun chirurg oncolog posibil. Chiar muncisem din greu ca să ajung unde mă aflam; majoritatea profesorilor mei de liceu nu se așteptaseră să ajung la facultate, ba nici măcar părinții mei, și cu atât mai puțin să termin Stanford Medical School. Dar, din ce în ce mai mult, mă simțeam rupt în două. Pe de o parte, îmi plăcea complexitatea operațiilor și eram entuziasmat de fiecare dată când terminam cu succes o procedură. Îndepărtasem tumora — prinsesem oul sau cel puțin așa credeam.

Pe de altă parte, începeam să-mi pun problema cum se definește „succesul”. Adevărul era că¹ aproape toți pacienții oricum aveau să moară în câțiva ani. Oul avea să se izbească inevitabil de pământ. De fapt ce făceam?

Când am conștientizat într-un final inutilitatea acestui lucru, am devenit așa de frustrat, încât am renunțat la medicină în favoarea unei cariere complet diferite. A urmat însă un complex de evenimente care a ajuns să-mi schimbe fundamental felul în care mă raportam la sănătate și boală. Am revenit la profesia de medic cu o abordare nouă și cu speranțe noi.

Motivul se regăsește în visul meu despre ouăle care cad. Pe scurt, avusesem într-un final revelația că singura cale de a rezolva problema nu era să devenim mai abili la prinsul lor. În schimb, trebuia să încercăm să-l oprim pe tipul care le arunca. Trebuia să descoperim cum să ajungem în vârful clădirii, să-l găsim pe tip și să-l anihilăm.

Mi-ar fi plăcut teribil să fac asta în viața reală; ca tânăr boxer, aveam un croșeu de stânga destul de puternic. Dar evident că medicina e puțin mai complicată. Până la urmă, mi-am dat seama că trebuia să abordăm situația — ouăle care cădeau — într-un fel complet diferit, cu o altă paradigmă de gândire și folosind un set distinct de instrumente.

Pe scurt, despre aceasta este cartea de față.

PARTEA I

Jocul îndelungat

De la moarte rapidă la moarte lentă

Vine un moment când trebuie să încetăm să mai scoatem oameni din râu. Trebuie să ne ducem în amonte și să descoperim unde cad în apă.

EPISCOPUL DESMOND TUTU

Nu o să-l uit niciodată pe primul pacient pe care l-am văzut murind. Eram la începutul celui de-al doilea an la facultatea de medicină și-mi petreceam o seară de sâmbătă făcând voluntariat la spital, activitate pe care facultatea ne încuraja să o facem. Dar se presupunea că trebuia să fim doar observatori, pentru că în perioada aceea nu aveam cunoștințe destule cât să facem bine pe cineva și eram din cauza asta periculoși.

La un moment dat, o femeie cam de 35 de ani a venit la camera de gardă spunând că respiră greu. Era din East Palo Alto, un fief al sărăciei în acel oraș foarte bogat. În timp ce asistentele lipeau pe ea un set de senzori EKG și-i puneau o mască de oxigen pe nas și pe gură, stăteam lângă ea, încercând să-i distrag atenția și făcând conversație. *Cum te cheamă? Ai copii? De când te simți așa?*

Deodată, fața i s-a încordat de spaimă și a început să respire cu dificultate. Apoi și-a dat ochii peste cap și a leșinat.

În câteva secunde, nenumărate asistente și medici au invadat holul camerei de gardă și au început să-i aplice un „cod“, introducându-i un tub pe gât și injectându-i o mulțime de medicamente

puternice într-un ultim efort de a o resuscita. Între timp, unul dintre rezidenți a început să-i facă compresii toracice. La fiecare câteva minute, toată lumea făcea un pas în spate, medicul de gardă îi lipea padelele defibrilatorului pe piept, iar corpul i se convulsiona traversat de șocul electric. Totul avea o coregrafie exactă; cunoșteau procedura.

M-am făcut mic într-un colț, încercând să nu le stau în drum, dar rezidentul care făcea manevrele de resuscitare m-a zărit și a zis: „Hei, colega, poți să vii aici să mă ajuți? Trebuie doar să apeși cu aceeași forță și în același ritm cum fac eu acum, bine?”

Așa că am început să fac compresii, pentru prima oară în viața mea, pe cineva care nu era un manechin. Dar nimic nu funcționa. Femeia a murit, chiar acolo pe masă, în timp ce eu continuam să-i apăs pieptul. Cu doar câteva minute mai devreme, o întrebam despre familia ei. O asistentă a tras cearșaful să-i acopere fața și toți s-au împrăștiat la fel de repede cum veniseră.

Aceasta nu era o întâmplare neobișnuită pentru niciunul dintre cei din încăperea, dar eu am fost îngrozit, oripilat. *Ce naiba tocmai se întâmplase?*

Aveam să mai văd mulți pacienți murind, dar moartea acelei femei m-a bântuit ani de zile. Bănuiesc acum că probabil murise din cauza unui embolism pulmonar major, dar tot am continuat să mă întreb de fapt ce problemă avea. Ce se întâmplase înainte să ajungă la camera de gardă? Și oare lucrurile s-ar fi petrecut diferit dacă ar fi avut mai ușor acces la îngrijire medicală? Oare soarta ei tristă ar fi putut fi schimbată?

Ulterior, din poziția de chirurg rezident la Johns Hopkins, aveam să învăț că moartea vine cu două viteze: rapidă și lentă. În zonele urbane din Baltimore, moartea rapidă domnea pe străzi, răspândită prin arme, cuțite și autovehicule care merg cu viteză. Pe cât de pervers sună, violența orașului era o „componentă” a programului nostru de pregătire. Deși alesesem Hopkins datorită excelenței sale în chirurgia cancerului de ficat și pancreatic, faptul că avea în medie mai mult de zece cazuri de răni deschise pe zi, în mare parte provocate de gloanțe sau plăgi prin înjunghiere, însemna că eu și colegii mei urma să avem suficiente ocazii să ne dezvoltăm abilitățile chirurgicale reparând corpuri care adesea erau prea tinere, sărace, de culoare și de sex masculin.

Dacă rănile deschise apăreau predominant noaptea, zilele erau dedicate pacienților cu afecțiuni vasculare, boli digestive și, mai ales, cancer. Diferența era că „rănile“ acestor pacienți erau provocate de tumori care creșteau lent și dura mult până să fie depistate, deși nici dintre ei nu supraviețuiau toți — nici măcar cei bogați, cei care se aflau în vârful piramidei. Cancerul nu știe cât de bogat ești. Sau cine e chirurgul tău, pe bune! Dacă vrea să descopere o modalitate de a te ucide, o s-o găsească. Până la urmă, morțile astea lente au ajuns să mă deranjeze și mai tare.

Dar aceasta nu este o carte despre moarte. De fapt este exact despre opusul ei.

La mai bine de 25 de ani de când femeia aceea a intrat în camera de gardă, încă mai practic medicina, dar într-un fel foarte diferit de cum îmi imaginasem. Nu mai fac operații de cancer și niciun alt fel de intervenții chirurgicale. Dacă vii la mine pentru o eczemă sau o mână ruptă, probabil că nu o să te pot ajuta cu mare lucru.

Așadar ce *fac* de fapt?

Bună întrebare. Dacă m-ai întreba asta la o petrecere, aș face tot posibilul să mă fofilez. Sau aș minți și aș spune că sunt pilot de curse, ceea ce vreau de fapt să devin când mă fac mare. (Planul de rezervă: păstor.)

Ca medic, mă concentrez pe longevitate. Problema e că mă cam enervează cuvântul *longevitate*. A fost definitiv mânjit de o succesiune de hoțomani și șarlatani care au pretins secole întregi că dețin un elixir secret pentru o viață mai lungă. Nu vreau să fiu asociat cu acest gen de persoane și nu sunt suficient de arogant să-mi imaginez că eu însumi am vreun răspuns facil la această problemă care i-a dat de furcă umanității secole de-a rândul. Dacă longevitatea ar fi o chestie banală, atunci poate nu ar mai fi fost nevoie de cartea asta.

O să încep cu ce nu este longevitatea. Longevitatea nu înseamnă o viață veșnică. Nici măcar nu înseamnă să trăiești până la 120 sau 150 de ani, ceea ce unii experți autoprocamați le promet în mod obișnuit discipolilor lor. Cu excepția situației în care se va face o descoperire esențială, una care cumva ar răsturna două milioane de ani de istorie evoluționistă și ne-ar elibera de

săgeata timpului, toți și toate care sunt azi vii vor muri fără îndoială. E o stradă cu sens unic.

Longevitatea nu înseamnă nici doar să punem pe răboj din ce în ce mai multe zile de naștere, în timp ce ne stingem lent. Asta s-a întâmplat cu un grec lacom devenit legendă, pe nume Tithonus, care le-a cerut zeilor viață eternă. Spre bucuria lui, zeii i-au îndeplinit dorința. Dar, pentru că a uitat să ceară și tinerețe eternă, corpul lui a continuat să se degradeze.

Majoritatea pacienților mei înțeleg implicit asta. Când vin prima oară să mă vadă, insistă în general că *nu vor* să trăiască mai mult, dacă asta înseamnă să prelungească o stare de permanent declin al stării de sănătate. Mulți și-au văzut părinții și bunicii îndurând o astfel de soartă, încă vii, dar schilodiți de slăbiciune fizică sau demență. Nu își doresc deloc să retrăiască suferința vârstnicilor lor. Aici îi opresc. Doar pentru că părinții tăi au îndurat o bătrânețe dureroasă sau au murit mai tineri decât ar fi trebuit, spun eu, nu înseamnă că și tu trebuie să pățești la fel. Trecutul nu dictează viitorul. Longevitatea ta este mai flexibilă decât îți imaginezi.

La 1900, speranța de viață¹ era pe undeva prin jurul vârstei de 50 de ani și majoritatea oamenilor riscau să moară din cauze „rapide”: accidente, răniri și boli infecțioase de diverse feluri. De atunci, moartea lentă a înlocuit moartea rapidă. Majoritatea celor care citesc această carte se pot aștepta să moară undeva între 70 și 80 de ani, plus sau minus, și aproape toți din cauze „lente”. Presupunând că nu ești genul de persoană care se implică în comportamente ultrariscante precum săritura BASE, cursele de motociclete sau trimiterea de mesaje în timp ce conduci, ai o probabilitate copleșitoare să mori din cauza uneia dintre afecțiunile cronice ale bătrâneții, pe care eu le numesc „cei patru călăreți”: boli cardiovasculare, cancer, boli neurodegenerative sau diabet de tip 2 și disfuncții metabolice aferente. Pentru a obține longevitatea — pentru a trăi mai mult și mai bine mai mult timp — trebuie să înțelegem și să ne confruntăm cu cauzele morții lente.

Longevitatea are două componente. Prima este cât de *mult* trăiești, durata cronologică a vieții, dar partea a doua, și la fel de importantă, este cât de *bine* trăiești — calitatea anilor vieții tale.

Cea din urmă este denumită *durata stării de sănătate** și asta e ceea ce a uitat Tithonus să ceară. Durata stării de sănătate este în general definită ca perioada din viață când nu suferim de dizabilități sau boli, dar mi se pare o definiție prea simplistă. Sunt la fel de lipsit de „dizabilități și boală“ ca atunci când eram un student la medicină, de 25 de ani, dar sinele meu de la 20 și ceva de ani ar putea să alerge în cerc în jurul celui de la 50 de ani, atât fizic, cât și mintal. Acesta e doar unul dintre adevăruri. Așadar a doua parte a planului nostru pentru longevitate este să ne păstrăm și să ne îmbunătățim funcțiile fizice și mentale.

Întrebarea esențială este: încotro mă îndrept de aici? Care este traiectoria mea viitoare? La jumătatea vieții există deja multe semnale de atenționare. Am fost la înmormântări ale prietenilor mei din liceu, dovezi ale creșterii abrupte a riscului de mortalitate la vârsta de mijloc. În același timp, mulți dintre noi, cei cu vârste de 30, 40 sau 50 de ani îi privim pe părinții noștri pornind pe drumul spre dizabilitate fizică, demență sau boală cronică. E mereu trist să vezi asta și nu face decât să întărească unul dintre principiile mele de bază, care se referă la faptul că singura cale de a-ți croi un viitor mai bun — de a te poziționa pe o traiectorie mai bună — este a începe să te gândești la asta și a acționa *acum*.

Unul dintre principalele obstacole în căutarea longevității este faptul că abilitățile pe care eu și colegii mei le-am dobândit în timpul pregătirii noastre medicale s-au dovedit până acum mai eficiente împotriva morții rapide decât a celei lente. Am învățat să punem la loc oase rupte, să eliminăm infecții cu antibiotice puternice, să susținem și chiar să înlocuim organe afectate și să realizăm decompresii în cazul unor vătămări grave ale coloanei vertebrale și creierului. Aveam o capacitate uimitoare de a salva vieți și de a reface funcționarea completă a corpurilor accidentate, chiar de a readuce la viață pacienți care erau aproape morți. Dar am avut în mod evident mai puțin succes în ajutarea pacienților noștri cu boli cronice, precum cancer, boli cardiovasculare sau neurologice, să scape de moartea lentă. Le puteam ameliora simptomele și adesea le puteam întârzia puțin finalul, dar parcă nu reușeam să resetăm ceasul, așa cum făceam cu problemele

* În engleză, în original, *healthspan*. (N.T.)

acute. Deveniserăm mai pricepuți la prinsul ouălor, dar aveam capacități limitate de a le opri din cădere.

Problema era că tratam ambele tipuri de pacienți — victimele accidentelor și suferinzii de boli cronice — cu același scenariu de bază. Treaba noastră era să *îl împiedicăm pe pacient să moară*, indiferent cum. Îmi aduc aminte mai cu seamă de un caz al unui băiat de paisprezece ani care a fost adus la camera de gardă aproape mort. Fusese pasager într-o Honda izbită în plin de un șofer care trecuse pe roșu cu o viteză criminală. Semnele lui vitale erau slabe, iar pupilele îi erau fixe și dilatate, sugerând un traumatism cranian sever. Mai avea puțin și murea. Fiind responsabil pe partea de traumatologie, am derulat imediat un cod pentru a încerca să-l resuscit, dar, ca și în cazul femeii din camera de gardă de la Stanford, nu a funcționat nimic. În schimb, am tot rulat coduri, îndesând pungi cu sânge și epinefrină în corpul lui lipsit de viață, pentru că nu puteam să accept faptul că viața unui băiat nevinovat se putea termina așa. După aceea, am plâns afară, pe scări, dorindu-mi să-l fi putut salva. Dar, când a ajuns la mine, soarta îi fusese deja pecetluită.

Această etică este înrădăcinată în toți cei care se duc să facă medicina: nimeni nu moare când sunt eu de gardă. Îi abordam pe pacienții cu cancer în același fel. Dar de multe ori era evident că interveneam prea târziu, când boala evoluase deja până la punctul din care moartea era inevitabilă. Cu toate acestea, ca și cu băiatul din accidentul de mașină, făceam tot posibilul să le prelungim viețile, folosind tratamente toxice și adesea dureroase chiar până la final, făcând rost de câteva săptămâni sau luni de viață, în cel mai bun caz.

Problema nu e că nu ne străduim. Medicina modernă a investit o cantitate incredibilă de efort și de resurse în fiecare dintre aceste boli. Dar progresele făcute nu au fost deloc excepționale, cu posibila excepție a bolilor cardiovasculare, la care am redus ratele de mortalitate cu două treimi în lumea industrializată², în aproximativ 60 de ani (deși mai sunt încă multe de făcut, așa cum vom vedea). Pe de altă parte, ratele de deces cauzat de cancer³ aproape că nu s-au clintit în cei peste 50 de ani de când a fost declarat Războiul Împotriva Cancerului, în pofida miliardelor de dolari cheltuiți pe cercetare din resurse publice și private.

Diabetul de tip 2 rămâne o criză majoră de sănătate care nu dă niciun semn de ameliorare, iar boala Alzheimer și bolile neurodegenerative înrudite lovesc populația noastră vârstnică, practic fără să se întrevadă la orizont tratamente eficiente.

Dar în toate cazurile intervenim la momentul greșit mult după ce boala a început și adesea când este deja prea târziu — când ouăle cad deja. M-am simțit sfâșiat de fiecare dată când a trebuit să-i spun cuiva care suferă de cancer că mai avea șase luni de trăit, știind că probabil boala îi acaparase corpul cu câțiva ani înainte să fie măcar detectabilă. Pierdusem o groază de timp. Deși prevalența tuturor bolilor specifice fiecăruia dintre „cei patru călăreți“ crește vertiginos odată cu vârsta, în mod normal ele debutează mai repede decât ne dăm seama și adesea le ia mult timp să ne omoare. Chiar și atunci când cineva moare „deodată“ din cauza unui infarct, probabil că boala a evoluat în arterele sale coronariene vreme de 20 de ani. Moartea lentă se mișcă și mai încet decât ne imaginăm.

Concluzia logică este că trebuie să intervenim mai devreme pentru a încerca să-i oprim pe „cei patru călăreți“ din drumul lor — sau, și mai bine, să-i împiedicăm complet să mai pornească. Niciunul dintre tratamentele noastre pentru stadiul final al cancerului de plămâni nu a redus mortalitatea la fel de mult cum a făcut-o reducerea fumatului la nivel mondial, care a avut loc în ultimele două decenii, mulțumită în mare parte interdicțiilor generalizate care au vizat fumatul. Această măsură simplă de prevenție (fumatul interzis) a salvat mai multe vieți decât orice intervenție într-o etapă avansată pe care a elaborat-o medicina. Cu toate acestea, medicina convențională insistă să așteptăm până la momentul diagnosticului înainte de a interveni.

Diabetul de tip 2 oferă un exemplu perfect în acest sens. Indicațiile standard de tratament ale Asociației Americane de Diabet menționează că un pacient poate fi diagnosticat cu *diabetes mellitus* când are hemoglobina A1c (HbA1c)* 6,5% sau mai mare, care corespunde unui nivel de glicemie de 140 mg/dL (normal este pe la 100 mg/dL sau HbA1c de 5,1%). Acești pacienți primesc un tratament complex, care include medicamente ce ajută

* HbA1c măsoară cantitatea de hemoglobină glicozilată din sânge, care ne permite să estimăm nivelul mediu de glucoză din sânge în ultimele aproximativ 90 de zile. ▲

corpul să producă mai multă insulină, medicamente care reduc cantitatea de glucoză produsă de corp și, într-un final, și hormonul insulină, pentru a introduce forțat glucoza în țesuturile lor rezistente la insulină.

Dar, dacă valoarea HbA1c este de 6,4%, ceea ce implică un nivel mediu de glicemie de 137 mg/dL — cu doar trei puncte mai jos — teoretic individul nu suferă de diabet de tip 2. În schimb, suferă de o afecțiune denumită prediabet, pentru care recomandările standard de tratament includ mișcare moderată, schimbări vag definite ale dietei, poate utilizarea medicamentului de control al glucozei denumit metformin și „monitorizare anuală” — în esență, o stare de expectativă pentru a vedea dacă pacientul face diabet, înainte de a trata afecțiunea ca pe o problemă urgentă.

În opinia mea, aceasta este aproape exact modalitatea greșită de a aborda diabetul de tip 2. Așa cum vom vedea în capitolul 6, diabetul de tip 2 face parte dintr-o categorie de disfuncții metabolice care debutează cu mult înainte ca o persoană să treacă de pragul acela magic al diagnosticului în urma unei analize de sânge. Diabetul de tip 2 este doar ultima stație de pe traseu. Momentul potrivit pentru a interveni este cu mult înainte ca pacientul să se apropie măcar de zona aceea; chiar și prediabetul este foarte avansat în ecuație. Este aberant și nociv să tratăm această boală ca pe o răceală sau un os rupt, pe care le ai sau nu; nu e ceva binar. Din păcate, prea adesea, momentul diagnosticului clinic este cel în care încep intervențiile noastre. De ce e asta în regulă?

Cred că obiectivul nostru ar trebui să fie să acționăm cât mai devreme posibil pentru a încerca să prevenim dezvoltarea diabetului de tip 2, precum și a bolilor aduse de ceilalți „călăreți”. Ar trebui să fim proactivi, nu reactivi, în abordarea noastră. Schimbarea modului de a gândi trebuie să fie primul pas în ofensiva împotriva morții lente. Vrem să întârziem sau să prevenim apariția acestor afecțiuni ca să putem trăi mai mult *fără* boală, în loc să ne prelungim viața *cu* boală. Asta înseamnă că momentul cel mai bun pentru a interveni este înainte ca ouăle să înceapă să cadă — așa cum am descoperit chiar în viața mea.

Pe 8 septembrie 2009, o zi pe care nu o voi uita niciodată, mă aflam pe o plajă de pe Insula Catalina când soția mea, Jill, s-a

întors spre mine și mi-a spus: „Peter, cred că ar trebui să te străduiești să nu mai fii atât de puțin slab“.

Am fost așa de șocat încât aproape mi-a căzut cheeseburgerul. „Ați de puțin slab?“ Scumpa mea nevastă mi-a spus *asta*?

Eram convins că îmi câștigasem burgerul, dar și Coca Cola din cealaltă mână, pentru că tocmai înotasem până la această insulă pornind din Los Angeles și traversând oceanul pe o distanță de 34 km — o călătorie care-mi luase 14 ore, contra curentului aproape în întregime. Cu un minut înainte, fusesem entuziasmat că bifașem această cursă înot pe distanțe mari de pe lista mea cu lucruri de făcut în viață.* Acum eram Peter-Cel-Nu-Prea-Slab.

Totuși am știut imediat că Jill avea dreptate. Fără să-mi dau măcar seama, mă umflasem până ajunsesem la 95 kg, cu vreo 22 mai multe decât greutatea mea de boxer adolescent. Ca mulți tipi trecuți de prima tinerețe, încă mă mai consideram un „sportiv“, chiar în timp ce îmi îndesam corpul ca un cârnat în pantalonii mărimea 36. Fotografiile din perioada aceea îmi aduc aminte că burta mea arăta exact ca a lui Jill când era însărcinată în șase luni. Devenisem mândrul deținător al unui corp masiv de tătic și nici măcar nu împlinisem 40 de ani.

Analizele de sânge au scos la iveală probleme mai grave decât cele pe care puteam să le văd în oglindă. În pofida faptului că eram un fanatic al exercițiilor fizice și mâncam ceea ce consideram a fi o dietă sănătoasă (făcând abstracție de ocazionalul cheeseburger după înot), cumva dezvoltasem rezistență la insulină, unul dintre primii pași pe drumul spre diabetul de tip 2, și multe alte probleme. Nu e deloc exagerat să spun că viața îmi era în pericol — nu unul imediat, dar în mod clar pe termen lung. Știam exact unde putea duce drumul acesta. Amputasem picioarele oamenilor care, cu 20 de ani în urmă, semănaseră mult cu mine. Și mai aproape, propriul meu arbore genealogic era plin de bărbați care muriseră pe la 40 de ani din cauza unor boli cardiovasculare.

Momentul acela de pe plajă a marcat începutul interesului meu față de — iar cuvântul acela! — longevitate. Aveam 36 de ani

* De fapt, asta era a doua oară când făceam traversarea aceasta. Înotasem de la Catalina la LA cu câțiva ani înainte, dar în direcția inversă a durat cu patru ore mai mult, din cauza curentului.