

L'IPNOSI NELLE CURE PALLIATIVE

Monia Belletti

Psicologa specializzata in Psicoterapia Ipnotica Ericksoniana

ABSTRACT

Lo scopo del lavoro svolto in ANTEA (associazione U.O.C.P, Roma), nell'arco di un anno, é stato di valutare se l'ipnosi, applicata a pz oncologici con una prognosi in media di tre mesi, possa essere una terapia complementare a quella farmacologica nel controllo del sintomo e quindi nel migliorare la qualità della vita.

Sono stati valutati 54 soggetti di sesso sia femminile che maschile con un'età variabile dai 31 ai 90 anni su un campione totale di 833 (media annuale dei pz trattati dall'ANTEA). Questi pz sono stati seguiti sia in Hospice che a domicilio da un' équipe composta da un medico, un infermiere, un fisioterapista ed un'ipnotista. E' stata applicata loro la psicoterapia ipnotica per il trattamento di sintomi come il dolore, la dispnea, l'astenia, l'inappetenza, le vertigini, la nausea.

I risultati ottenuti sono: 43% positivi (annullamento del sintomo), 33% parziali (diminuzione del sintomo), 24% negativi (il sintomo persiste o se scompare é grazie ad un aumento o cambiamento della th farmacologica). Nei risultati positivi si é potuto riscontrare, nel 48% dei casi, una diminuzione della th farmacologica.

L'annullamento del sintomo o la sua diminuzione ha determinato, nel 76% dei casi trattati, un miglioramento della qualità di vita riscontrata dal pz, dal care-giver e dall'équipe.

INTRODUZIONE

Da una ricerca svolta dall'ANTEA in collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma, si é potuto osservare come la psicoterapia ipnotica, in Italia, non venga attualmente applicata sui sintomi nell'ambito delle cure palliative.

Sono stati somministrati, a livello nazionale, dei questionari ai responsabili dei centri delle cure palliative per venire a conoscenza delle varie terapie alternative psicologiche che vengono applicate, attualmente, per il controllo del dolore. Dal resoconto di questo lavoro si é potuto constatare che la psicoterapia ipnotica viene adottata, momentaneamente, solo dall'ANTEA (Roma). Gli altri centri hanno riportato riscontri positivi sull'attuazione di th alternative come

il Training Autogeno, la musicoterapia, l'aromaterapia e l'agopuntura.

Si é cercato di capire il perché di questa "indifferenza" nei confronti dell'ipnosi.

Dopo un breve sondaggio, effettuato a persone di diverso livello culturale e di età, ai fini di un convegno "ipnosi nelle cure palliative" tenuto il 22.01.2007 a Roma organizzato dall'Antea, si é constatato che vige una distorsione di significato della parola ipnosi. Le persone, condizionate dai mass-media, riportano sinonimi di ipnosi come "magia", "sonno profondo", "dipendenza"...

Purtroppo questo pensiero non è presente solo nei pz ma anche nella gran parte del personale sanitario il quale ha dichiarato, spesso, che "l'ipnosi è una tecnica passiva, inutile soprattutto per la gente che sta morendo e non ha tempo da perdere".

Anche a livello internazionale ci sono ancora pochi studi a riguardo poiché la

variabile "prognosi breve" potrebbe essere, a volte, un ostacolo per questa terapia.

Dalla letteratura internazionale si può rilevare che esistono pochi articoli a riguardo: lavori svolti soprattutto in America ed in Inghilterra. Alcuni scritti prendono in considerazione l'applicazione dell'ipnosi su soggetti ai quali si riscontra ansia, depressione o rabbia (stati emotivi tipici di questa patologia) ma, sono veramente pochi gli articoli che riguardano il trattamento ipnotico al fine di contrastare il dolore oncologico o altri sintomi nelle cure palliative.

Nonostante ciò l'ANTEA ha deciso di condurre un lavoro focalizzato sull'ipnosi applicata a pz oncologici terminali al fine di porre delle riflessioni sulla possibilità di prendere in considerazione una futura applicabilità di questo trattamento nelle cure palliative.

ANALISI

OBIETTIVI

Il lavoro che é stato svolto sui pz oncologici terminali per il controllo del sintomo nasce da più ipotesi:

- 1) l'ipnosi può essere una terapia complementare a quella farmacologica al

fine di migliorare la qualità di vita del pz terminale?

- 2) l'ipnosi accompagnata da una terapia farmacologica può ridurre o eliminare il sintomo al pz terminale?
- 3) si può riscontrare una variazione di terapia farmacologica con l'applicazione dell'ipnosi nelle cure palliative?

SOGGETTI

Nell'arco di un anno sono stati sottoposti al trattamento ipnotico, con il loro consenso, 54 pz oncologici con prognosi in media di tre mesi.

E' stato rilevante considerare alcune caratteristiche dei pz come il livello culturale, l'età, la conoscenza di diagnosi e prognosi, il tipo di sintomo e di patologia.

Il trattamento ipnotico è stato applicato sia a uomini che a donne con un'età variabile dai 31 ai 90 anni (vedi grafici n.1-2).

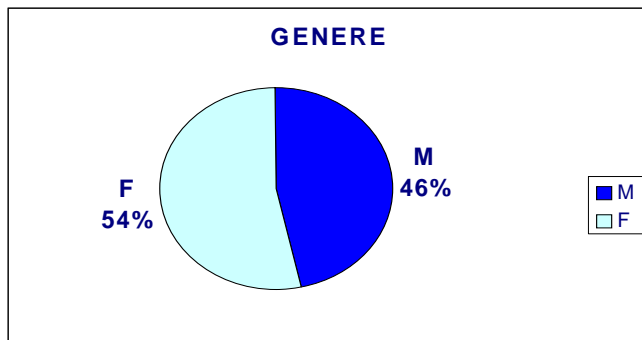


Grafico n. 1: genere M-maschile; F-femminile

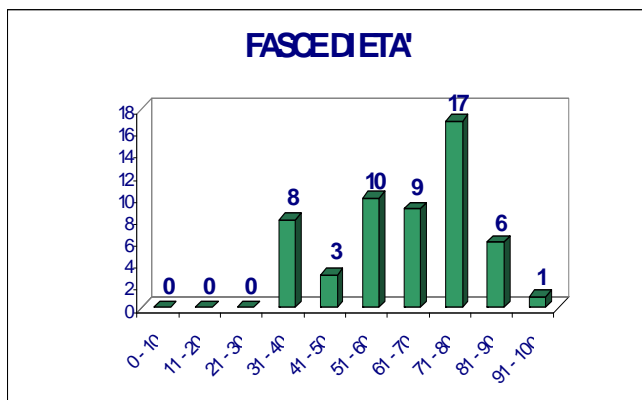


Grafico n. 2: fascia di età dei pz trattati

METODO

Ad ogni soggetto è stato somministrato il test VAS pre e post seduta ed una scheda compilata da ogni membro dell'équipe (pz, familiare, medico, infermiere, fisioterapista, ipnotista..) per avere i vari punti di vista soggettivi sull'andamento del sintomo a livello quantitativo dopo aver iniziato la terapia ipnotica.

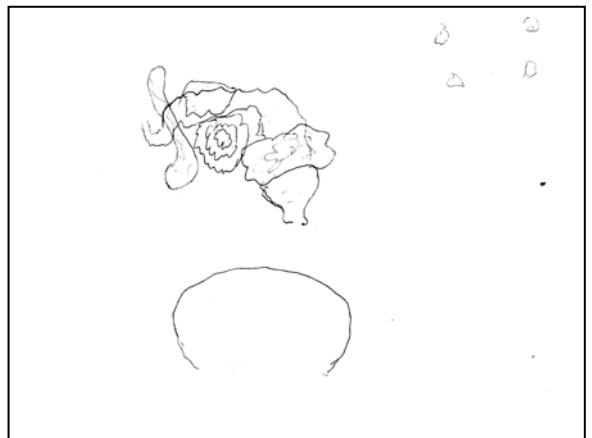
L'ipnosi è stata somministrata, inizialmente, soprattutto per un maggior controllo del dolore e della dispnea sia in Hospice che a domicilio. Ad ogni pz è stato utilizzato un trattamento ipnotico "soggettivo": cambiava da pz a pz e da seduta a seduta. Anche la durata

delle sedute poteva variare da 30 minuti a 2/3 ore, una o due volte la settimana. Per facilitare la trance al pz sono state utilizzate tecniche immaginative di rilassamento e strategie per entrare maggiormente in contatto con l'apparato sensoriale più sviluppato nel soggetto.

Con i pz sono state utilizzate metafore, alcuni schemi di trattamento ipnotico per alleviare il dolore come ad esempio la dissociazione corporea, la suggestione ipnotica indiretta, spostamento ipnotico della sede del dolore..

A seduta terminata si chiedeva al pz di scrivere o riferire le sensazioni provate durante il trattamento ipnotico.

Ad alcuni soggetti è stato richiesto di visualizzare, tramite un disegno, il tumore. Questo dato è servito al fine di creare metafore per entrare maggiormente in contatto con l'inconscio.



La paziente, ex infermiera di 38 anni, k utero con metastasi colon, disegna, (vedi figura sopra), la sede del tumore come se fosse una radiografia. In alto a dx raffigura le metastasi. In basso la pz disegna "l'utero senza il tumore" (parole riferite dalla pz.)

Vengono qui di seguito riportate alcune testimonianze dei pz trattati:

..”pur sapendo di morire, grazie all’ipnosi ho ritrovato il coraggio e la gioia di vivere”..(Bruno)

...”quando faccio l’ipnosi mi dimentico del dolore”...(Sergio)

..”durante le sedute ipnotiche avverto la stessa sensazione della Morfina: secchezza nella bocca, mandibola cadente e rilassamento corporeo”...(Silvia)

...”finalmente ho ritrovato l’interesse per la lettura e la pittura”...(Riccardo)

...”mi ero dimenticata di avere un figlio da quando ho iniziato l’ipnosi ho ritrovato l’amore per lui”...Amelia

..”ricordo che Arnaldo mi raccontò quasi incredulo che era uscito in strada senza alcun ausilio tenendo presente che non si muoveva da tempo dal letto in quanto riferiva essere affetto da dolori alla gamba e quindi non voglioso di camminare”..(Luigi, volontario, ANTEA)

RISULTATI

I risultati ottenuti sono 43% positivi, 24% negativi, 33% parziali. Con i primi si intende che vi è stato l’annullamento del sintomo, parziali una diminuzione di quest’ultimo, negativi il sintomo o è rimasto uguale o è scomparso grazie ad altre terapie (vedi grafico n. 5). Nei risultati positivi si è potuto rilevare, in alcuni pz, una diminuzione della th farmacologica precisamente nel 48% dei casi e nel 52% la th non è stata variata (vedi grafico n. 9). Inoltre se per la maggior parte dei sintomi si sono potuti constatare risultati positivi o parziali, per la nausea e le vertigini si sono ottenuti risultati negativi.

Facendo una distinzione tra i risultati positivi, parziali e negativi si è voluto osservare se erano presenti dati significativi riguardo la conoscenza della diagnosi e prognosi (ricordiamo sempre che in questo articolo si intende per prognosi la conoscenza della non guarigione). Nei risultati positivi si è riscontrato che un 13% dei pz non è a conoscenza della D/P; il 35%

è a conoscenza della diagnosi e prognosi; il 52% è a conoscenza della diagnosi.

Nei risultati parziali il 22% dei pz non è a conoscenza della diagnosi e prognosi; il 17% è a conoscenza della D/P; il 61% è a conoscenza della diagnosi.

Nei risultati negativi: 23% dei pz non è a conoscenza della D/P; il 77% è a conoscenza della diagnosi; non c’è un pz tra quelli esaminati che sappia D/P (vedi grafico n. 6).

A questo riguardo si è rilevato un dato significativo soprattutto nei risultati negativi in quanto nei pz trattati che erano a conoscenza della diagnosi e della prognosi non si è riscontrato nessun risultato negativo.

Da questo lavoro si è potuto osservare che per favorire il successo del trattamento ipnotico a questa tipologia di pz è auspicabile che il soggetto sia a conoscenza della diagnosi e della prognosi e che abbia un livello culturale medio alto (vedi grafico n. 7). I pz con un livello culturale basso sono più predisposti allo schema del trattamento ipnotico riguardante la suggestione diretta ma questo tipo di ipnosi non ha dato risultati con una certa continuità. Alcuni di questi pz hanno avuto timore di questa tecnica, anche se hanno accettato la sua applicazione, ma questa paura è stata determinante affinché il pz non riuscisse a lasciarsi andare e di conseguenza ad arrivare ad uno stato di trance. In questo lavoro l’ipnosi è stata adottata per vari sintomi ma i principali sono stati il dolore e la dispnea (vedi grafico n. 4). Il 37% dei pz provava un dolore somatoforme o viscerale o neuropatico ed un 35% dispnea. Di conseguenza le patologie maggiormente riscontrate in questi pz sono state quelle localizzate al polmone ed alla mammella (vedi grafico n. 3).

Ma, il dato più significativo di questo lavoro, per l’ANTEA, riguarda il 76% dei pz, sottoposti al trattamento ipnotico, che ha riscontrato un miglioramento della qualità della vita. Si è potuto osservare che i pz, ai quali il sintomo è scomparso o diminuito (risultati positivi e parziali), riuscivano a svolgere meglio o completamente cose, azioni o comportamenti anche semplici ma che portavano il soggetto a non essere solo un pz ma anche una “persona”. Ad esempio i pz potevano uscire di casa, andare a fare la spesa, leggere, giocare con i figli, andare al mare... Tutto ciò dava loro dignità, si dimenticavano, a volte, di avere dolore e di

essere pz e si riscontrava una diminuzione, di conseguenza, anche della sofferenza psicologica. Questi dati sono stati ricavati dai diari che tenevano quotidianamente i soggetti e da affermazioni verbali dei familiari e dell'équipe. In conclusione grazie ad un lavoro di équipe e all'applicazione del trattamento ipnotico si é riscontrato un miglioramento della qualità della vita nel 76% dei soggetti trattati (vedi grafico n. 8). Qui di seguito vengono riportati schemi che sintetizzano i risultati. Si vuole precisare che la parola prognosi non vuole essere intesa come nella quantità di giorni che mancano da vivere, ma, nell'essere a conoscenza o non dell'impossibilità di guarire.

Grafici

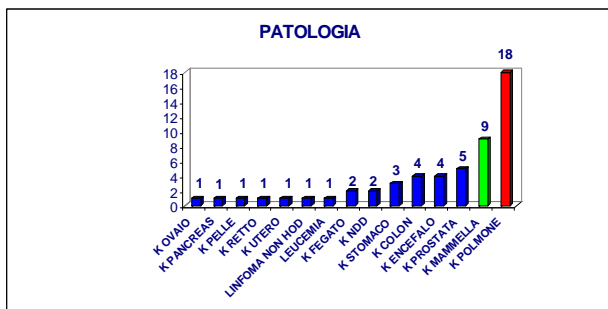


Grafico n.3: tipologia di patologia riscontrata nei pz sottoposti all'ipnosi

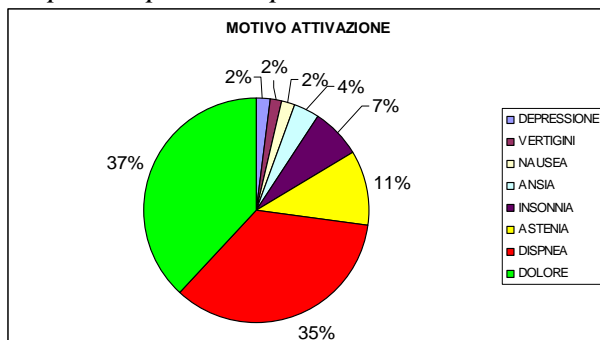


Grafico n. 4: percentuale dei pz differenziati in sintomi

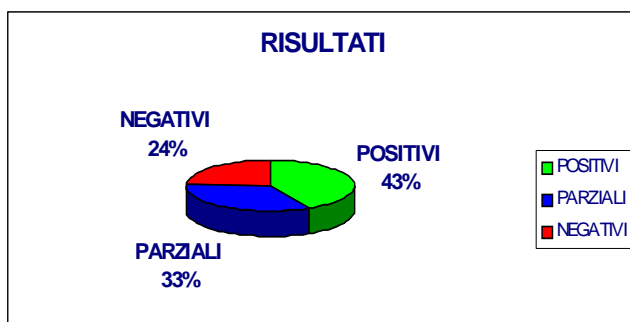


Grafico n. 5: risultati dell'ipnosi sul trattamento dei sintomi

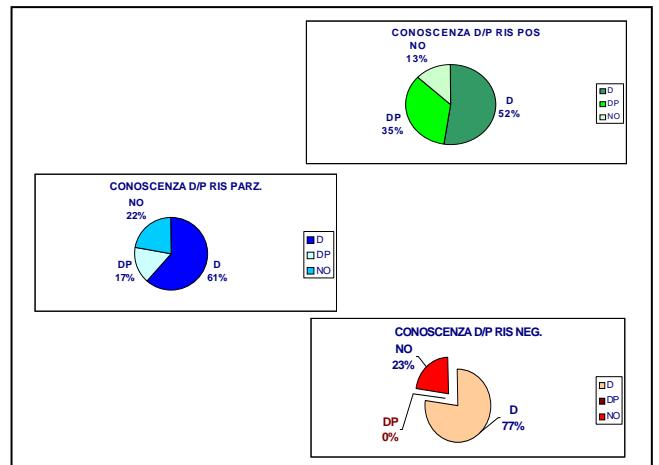


Grafico n. 6: conoscenza della diagnosi e prognosi dei soggetti differenziati secondo risultati positivi, parziali, negativi

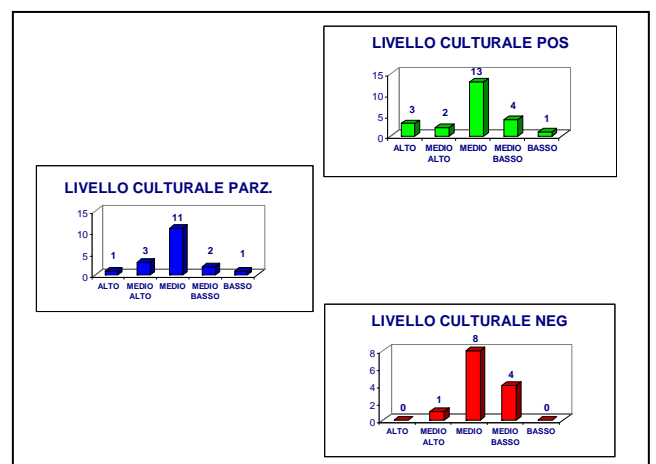


Grafico n. 7: livello culturale dei 54 pz trattati differenziati secondo risultati positivi, parziali, negativi.

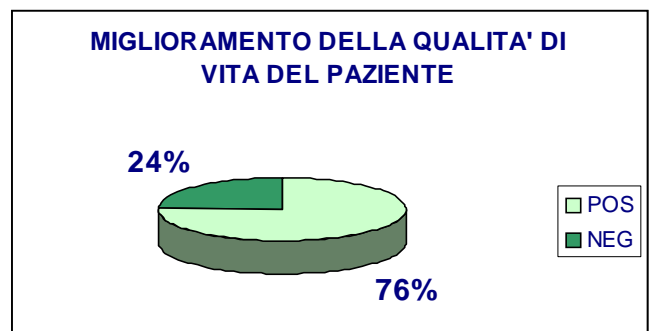


Grafico n. 8: risultati sulla qualità della vita dei pz dopo il ciclo del trattamento ipnotico

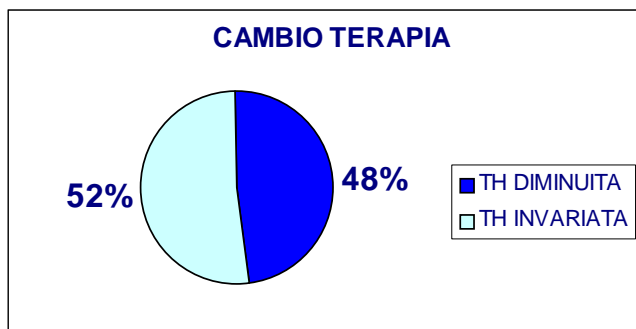


Grafico n. 9: variazione della th farmacologia nei risultati positivi

DISCUSSIONE

“Non c’è nessuno, che, in fondo, creda alla propria morte, detto in altre parole, nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità” (Sigmund Freud)

Nessuno è veramente consapevole della propria morte!

Prima di applicare l’ipnosi a questi pz è stato fondamentale per l’operatore immedesimarsi, capire fino in fondo cosa voglia dire essere vicino alla propria fine (a questo riguardo ringrazio il Prof. Marco Margnelli che mi ha dato l’opportunità di osservare la malattia sia con gli occhi dell’ipnotista che del pz). Questa è la base per poter aiutare nel migliore dei modi queste persone!

I pz terminali vivono in balia della malattia, in attesa del futuro dolore. L’ipnosi dà l’opportunità, oltre a diminuire o eliminare il sintomo, a dimenticarsi spesso di essere pz e ad esternare ed enfatizzare le proprie risorse. A volte si è avuta l’occasione di entrare in contatto con persone che richiedevano l’eutanasia. Grazie ad un “gioco di squadra” ed all’ipnosi questi pz hanno potuto riassaporare la gioia di vivere anche tramite piccoli gesti: creare un libro fotografico per lasciarlo come ricordo al proprio figlio, continuare a scrivere articoli distogliendo il pensiero dalla propria paralisi, fermarsi davanti ad un pino riassaporando l’odore della natura, avere la voglia di interagire con i propri familiari in serenità dopo anni di litigi.

Per il pz terminale è fondamentale non sentirsi solo. Essergli vicino, prendersi cura di lui, capirlo, trasmettergli serenità sono

fattori importanti per facilitare quel rapporto empatico necessario per applicare l’ipnosi.

Una delle difficoltà riscontrate è il fattore tempo che si può affrontare se esiste un buon gioco di squadra, un’ottima comunicazione tra i membri dell’équipe e se il pz è fiducioso e predisposto a “lasciarsi andare”.

Sì, l’équipe è un punto di forza per l’ipnosi poiché non è mai il pz a richiederla ma un membro del team a proporla e ciò avviene quando il dolore o il sintomo persiste, anche dopo aver somministrato gli oppioidi, in quanto nella maggior parte dei casi, dato il contesto, vige una forte componente psicologica. E’ molto importante il modo in cui l’ipnosi viene proposta al pz e la fiducia che serbi quest’ultimo nella figura dell’équipe.

Volendo commentare gli schemi riportati sopra possiamo osservare che le persone, dove si è avuto un buon risultato, siano caratterizzate da un livello culturale medio-alto e dalla conoscenza di diagnosi e prognosi. Persistono delle difficoltà ad attuare un lavoro ipnotico con i pz che sono a conoscenza della diagnosi ma sospettano la prognosi. Ciò porta la persona a crearsi ipotesi, dubbi, pensieri e di conseguenza ad una maggiore ansia.

I sintomi più studiati sono stati il dolore e la dispnea poiché il lavoro è iniziato ponendo maggiormente l’osservazione su di essi.

Dai risultati ottenuti si è rilevata una diminuzione o un annullamento del sintomo rispettivamente del 33% e 43%.

Nei casi dei risultati positivi è stata riscontrata una diminuzione della terapia farmacologica del 48%: minor uso di ansiolitici, minor FANS e minor dosaggio della Morfina. Per tutti gli altri soggetti, dopo aver iniziato la terapia ipnotica non è stato necessario un aumento del dosaggio farmacologico.

Inoltre si è potuto osservare che con la diminuzione del sintomo il pz cambiava comportamento, pensiero attraverso agiti semplici che non richiamavano la malattia ma una “normalità di vita”.

In conclusione si è potuto riscontrare che al 76% dei pz è migliorata la qualità di vita. A questo proposito si è riusciti a dare una risposta alle tre ipotesi iniziali al fine di voler portare soprattutto il personale sanitario a riflettere sulla possibilità di prendere in considerazione l’ipnosi come terapia complementare a quella farmacologica per il pz oncologico terminale.

CONCLUSIONI

Da questo lavoro é stato possibile dare una risposta ad ogni ipotesi formulata inizialmente:

- 1) L'ipnosi può contribuire a migliorare la qualità di vita del pz.
- 2) Il trattamento ipnotico può essere una terapia complementare a quella farmacologica per il controllo del sintomo.
- 3) In alcuni casi, si é riscontrata una diminuzione della terapia farmacologica.

Tutto questo ha come scopo il proporre delle riflessioni sull'ipnosi, che potrebbero essere prese in considerazione per future sperimentazioni nell'ambito delle cure palliative. E' importante, però, che il personale sanitario sia maggiormente sensibilizzato ed informato correttamente sul significato di questa terapia e che venga presa in considerazione come una tecnica scientifica (e non di spettacolo) e terapia complementare a quella farmacologica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CASULA C.C. *L'ascolto terapeutico*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 4:96-101,1999.
- 2) CALZAVARA G. *L'ipnosi nelle sindromi dolorose croniche*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 4:110-113,2000.
- 3) CALZERONI A. *L'arte della comunicazione in psicoterapia*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 2: 33-42,1999.
- 4) EFFICACE F. *L'ipnosi in una prospettiva psicobiologica e il suo ruolo nella cura dei pazienti oncologici*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 4:105-109,2000.
- 5) ERICKSON M.H., ROSSI E.L., ROSSI S.I. *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma 1979.
- 6) ERICKSON M.H., ROSSI E.L., ROSSI S.I. *Ipnoterapia*, Astrolabio, Roma 1982.
- 7) FORS E.A., HAROLD, SEXTON, GOTESTAM. K.G. *The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: a prospective, randomized, controlled trial*, Journal of Psychiatric, 36:179-187, 2002.
- 8) IGLESIAS A. *Hypnosis and Existential Psychotherapy with End-Stage Terminally Ill Patients*, American Journal of Clinical Hypnosis, 3:201-213,2004.
- 9) LANZINI I. *L'approccio non-direttivo e meta-interpretativo in psicoterapia*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 3:74-75,1998.
- 10) LIOSSI C., WHITE P. *Efficacy of Clinical hypnosis in the Enhancement of quality of Life of Terminally Ill Cancer Patients*, Contemporary Hypnosis, 3:145-160,2001.
- 11) MARGNELLI M. *Natura e struttura di alcuni stati di coscienza*, Poletto, Milano 2003.
- 12) MARWIT S.J. *Professional Psychology's Role in Hospice Care*, Professional Psychology, 5:457-463,1997.
- 13) MOSCONI G. *Ipnosi e psicoterapia ipnotica atti del X congresso del 1995*, Edizioni Amisi, Milano 1995.
- 14) MOSCONI G. *Quarant'anni di ipnosi in Italia atti del XI congresso nazionale 1998*, Edizioni Amisi, Milano 1998.
- 15) MOSCONI G. *Teoretica e pratica della psicoterapia ipnotica*, Franco Angeli, Roma 1998.
- 16) MOSCONI G. *Sull'approccio al rapporto ipnotico*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 2:47-50,1999.
- 17) MOSCONI G. *Ipnosi del 2000 atti del XII congresso nazionale del 2001*, Edizioni Amisi, Milano 2001.
- 18) MOSCONI G. *Questa è l'ipnosi. Storia, tecniche e successi di una terapia tutta da scoprire*, MEF, Milano 2002.
- 19) PAN C.X., MORRISON R.S., NESS J., FUGHERMAN A. LEIPZIG R.M. *Complementary and Alternative Medicine in the Management of Pain, Dyspnea, and Nausea and Vomiting near the end of Life: A systematic Review*, Journal of Pain and Symptom Management, 5:374-387,2000.

- 20) RICHARDSON J., SMITH J.E., MCGALL G., PILKINGTON K. *Hypnosis for procedure-related pain and Distress in pediatric Cancer patients: A Systematic Review of Effectiveness and Methodology Related to Hypnosis Interventions*, Journal of Pain and Symptom Management,1:70-84,2006.
- 21) ROCCA R., STENDORO G. *La procedura immaginativa*, Masson, Milano 1993.
- 22) SALOMON L., BELOUET C., VINANT-BINAM P., SICARD D., VIDAL-TRECAN G. *A Terminal Care Support Team in a Paris University Hospital: Care Providers' Views*, Journal of Palliative Care, 2:109-116,2001.
- 23) TAYLOR E.E., INGLETON C. *Hypnotherapy and cognitive-behaviour therapy in cancer care: the patients'view*, European Journal of cancer Care, 12:137-142,2003.
- 24) WRIGHT S., COURTNEY U., CROWTHER D. *A quantitative and qualitative pilot study of the perceived benefits of autogenic training for a group of people with cancer*, European Journal of Cancer Care, 11:122-130,2002.
- 25) ZELTZER L.K., TSAO J.C.I., STELLING C., POWERS M., LEVY S., WATERHOUSE M. *A Phase I study on the Feasibility and Acceptability of an Acupuncture/Hypnosis Intervention for Chronic Pediatric Pain*, Journal of Pain and Symptom Management,4:437-446,2002.

**TESTIMONIANZA SOTTOFORMA DI
AUTOINTERVISTA DI UN PZ
“MORENTE”**

**Risposte del paziente esigente Gianni
Grassi, dall’Hospice Antea,
SULLA PSICOTERAPIA IPNOTICA COME
AUTO IPNOSI
NELLE CURE PALLIATIVE**

1) Premessa: chi sono?

Affidato alle cure *palliative*, **la mia situazione** la riassumo così: 67 anni, da 10 anni portatore consapevole di cancro alla vescica (dichiarato *in remissione*, cioè guarito); da 6 anni però anche alla prostata, subito rivelatosi *mortale*, cioè con metastasi ai linfonodi, oggi estese a tutto il rachide e alle costole. Dal 3 giugno ricoverato nell’Hospice, paralizzato per infiltrazione metastatica al midollo spinale, dichiarata *inoperabile e irreversibile*.

Se proprio devo definirmi, all’espressione *malato terminale* preferisco quella di **morente**: fin da quando nasciamo siamo tutti *morituri*, e prima o poi diventiamo quasi tutti *moribondi* e agonizzanti. Definendomi *morente* intendo rivendicare il mio essere un soggetto morale che, conoscendo la diagnosi e la prognosi che lo riguardano, sa di essere alla fine della propria vita e cerca di adeguare coerentemente l’una all’altra.

2) Domande e risposte:

a) **che cosa pensava che fosse la psicoterapia ipnotica, sotto forma di auto ipnosi, prima di provarla?**

Non ne avevo idea. Pensavo fosse una forma di *riabilitazione psicologica*. Non m’era noto il significato tecnico-scientifico di *auto ipnosi*, ma non lo identificavo con quello divulgato dal circo mediatico televisivo. non ero la persona più facile da convincere con proposte di *auto ipnosi*, rappresentando essa per me piuttosto una sfida: una provocazione, più intellettuale che emotiva, da raccogliere, da smascherare magari, senza farmi guidare dai pregiudizi e mantenendo una certa sana curiosità, insieme a una buona voglia di sperimentare novità e tecniche per distaccarmi dalle tensioni.

b) **che cosa pensa che sia, dopo averla provata?**

Una tecnica utile, ma non da sola, e non per me solo. Lo stile metodologico e operativo della psicoterapeuta (così come quello del fisioterapista) mi pare avviato nella direzione di osservare, recuperare, valorizzare e riabilitare tutte le residue *risorse interne* dei malati affidati alle loro cure.

Scherzando, dico che fa parte di una delle scuole di pensiero e di azione esistenti e operanti tra i familiari, gli amici e i curanti intorno a me. Le definisco così: 1) *agevolare* 2) *agire* 3) *fuggire*. Della prima fanno parte coloro che cercano di convogliare in un alveo facilitante ogni sintomo positivo o negativo, ogni spiegazione, ogni indicatore.. Un alveo scivoloso in cui lasciarsi andare, facendo – appunto – **metaforicamente il morto**, per morire addormentati. Della seconda fanno parte coloro che, avendo individuato la mia esigenza di fondo di intellettuale, quella di resistere per morire vivo, lucido, mi aiutano a resistere, cioè metaforicamente a nuotare il doppio solo per rimanere fermo al punto in cui sono, vivo: non per non morire bensì per morire lucido. Della terza scuola posso dire che non si tratta di una drastica differenziazione dalle altre, nè di una fuga totale dal difficile appuntamento con la propria morte oltre che con la mia: si tratta più spesso di una fuga parziale, nel tempo e nei modi. Un alto e basso che sta coinvolgendo anche me. Li capisco.

c) **che cosa è cambiato per lei, pur restando ospite dell’Hospice?**

Abbastanza, ma proprio in quanto mi è capitato di rimanere ospite dell’Hospice, di non tornare a casa. Mi pare utile e indispensabile poter usufruire, nella situazione in cui mi trovo, di un supporto del genere. Soprattutto nella prima fase con la psicoterapeuta abbiamo utilizzato *colloqui* (quasi quotidiani) e *schede*, da riempire come forma di diario emotivo razionale, riassuntivo delle tecniche usate. Delle schede posso dire che andrebbe ampliato lo spazio dedicato alle proprie osservazioni: meno acronimi, meno sigle, meno tabelle e più spazio a un diario autobiografico veramente utile.

Finora le tracce fornitemi - visiva, sonora, immaginativa, respiratoria e manipolatoria (la sabbia) - per distanziarmi

ed estraniarmi dal dolore fisio-psichico e dalle preoccupazioni connesse, nonché per ridimensionare fastidi come ansia, vertigini e dispnea, hanno funzionato (anche se, nelle "visioni con accompagnamento musicale" predisposte per i primi colloqui, avevo segnalato errati accostamenti video suono. Nella seconda fase ho partecipato alla scelta e all'abbinamento, con esiti migliori).

Hanno funzionato fin dalla prima occasione, subito dopo l'inizio dell'approccio psicologico, quando le ho usate per ridimensionare e sostenere i disagi del viaggio in ambulanza, dall'Hospice all'ospedale s. Giovanni – Addolorata e viceversa, e dell'esame all'interno dell'ambulatorio radiologico. Era una RMN total body particolarmente faticosa, i cui tempi si sono rivelati inaspettamente lunghi rispetto a quelli attesi e predisposti dal primario. I fastidiosi rumori della procedura RMN consistono in toni dapprima molto differenziati, poi martellanti e continui, poi di nuovo caotici con alternanze di tensione e di durata. Ebbene, i rumori sono "diventati" rispettivamente: dapprima quello del motore di un aereo sul quale immaginavo di sorvolare villa Ada, parco romano a me caro; poi quello di una carovana di muli carichi di legna e dotati di campanacci, che immaginavo inerpicata sui sentieri del Sirente, una montagna abruzzese anch'essa a me cara; poi quello degli squilli telefonici delle chiamate più affettuose ricevute nelle ore precedenti la prova. Infine, sono riuscito ad alleviare l'insopportabile durata della prova concentrandomi sulla respirazione, come le partorienti, al limite del disagio: ho assunto infatti un respiro convulso, addirittura mi sono mosso, tanto da costringere il tecnico a rifare alcune lastre.

Inoltre, nella serie delle crisi interfamiliari, che hanno poi coinvolto l'Antea, importante è stato un altro ruolo della psicoterapeuta: ha ascoltato e ci ha aiutato, svolgendo una funzione di *mediazione* e favorendo il recupero di risorse interne alla famiglia come *unità sofferente* e non solo a me. Così, con il coniuge, ho provato a manipolare la creta, a disegnare e dipingere con le **tempere**, a leggere poesie, a scriverle. In ciò favorito piuttosto che sollecitato, in un processo non lineare, fino alla *trance*: nei primi tempi un mero riposo, un chiudere gli occhi, una ricerca di silenzio, buio, ritiro, intimità (a volte di pianto), poi via via di maggior benessere. Di questo *piacere* si è rivelata componente la *speranza*

indotta dalla terapia le volte che, pur facendomi rilassare, mi ha aiutato a spostarmi *metaforicamente* dal letto alla carrozzella, ovvero a sedermi sul letto, dal periodo in cui non mi sentivo più in grado di poterlo fare sino ad oggi.

Prima di concludere desidero far riferimento al nuovo materiale "auto ipnotico" recentemente introdotto dalla psicologa: si tratta di frammenti profumati, dotati di un particolare colore e capaci di produrre rumore. In un primo tempo mi hanno richiamato certe spiagge con una sabbia eccessivamente granulosa, ma poi mi hanno evocato certe "**sassaie**" da attraversare in alta montagna, specie sotto le pareti: un pietrisco in cui è possibile saltare a piè pari per scendere e attraversare in sicurezza. Basta non soffrire di paure. Ebbene, l'associazione tra le mie esperienze dolomitiche e la nuova esperienza di rievocazione delle sassaie, grazie a questa tecnica auto ipnotica, mi ha permesso di trarne un beneficio importante: l'aiuto per riuscire a superare la pesante crisi determinata dalla necessità di prendere atto del blocco definitivo di ogni movimento (paralisi "inoperabile" e "irreversibile").

3) Conclusione.

E' questa: ***si, ha senso la psicoterapia ipnotica (auto ipnosi) nelle cure palliative.*** Non so se sia una *rivoluzione* o una *conferma* rispetto al passato, ma so che la scelta - moralmente coraggiosa - appare *rivoluzionaria* perché *conservatrice* dei valori della vita sino alla sua fine.

Come paziente che si autodefinisce *esigente* e *morente*, cioè consapevole della forza di spirito di cui è portatore e della rete di sostegno affettivo ringrazio i garanti di questa *performance*.

Grazie e buon lavoro.

www.giannigrassi.it