



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2020

**L'utilizzo dell'ipnosi clinica
e della comunicazione ipnotica
in Cure Palliative**

**Un progetto per l'ambulatorio
delle simultaneous care**

Candidato: Musi Paola |

Relatore: Dott. Paolo Granone

INDICE

1. Il contesto di questo progetto	pag. 2
2. L'ipnosi: breve definizione e descrizione	pag. 4
3. Le cure palliative: breve definizione e contesto di lavoro	pag. 8
3.1 Nello specifico delle Cure Simultanee	pag. 10
4. Ipnosi in cure palliative	pag. 14
5. Il progetto teorico: Ipnosi e Simultaneous Care, ovvero la presenza precoce dell'ipnologo nel <i>team</i> di cura	pag. 19
6. Una riflessione su questo 'sfortunato' corso	pag. 25
Bibliografia	pag. 27

1. IL CONTESTO DI QUESTO PROGETTO

L'esperienza accumulata in oltre un decennio, mi ha convinta che l'approccio precoce del palliativista, sinergicamente con i medici specialisti durante la fase delle cure attive, sia non solamente importante ma bensì vincente per il paziente.

Le conoscenze acquisite durante questo corso mi hanno permesso di intravedere il possibile potenziamento di questo approccio precoce: introducendo, infatti, nel *team* di cura una figura esperta in queste discipline, si potrebbe armonizzare ulteriormente l'applicazione delle cure e la *compliance* dei pazienti.

Di conseguenza, ho incentrato questo elaborato sulla produzione di un progetto specifico, temporaneamente impossibilitato nell'attuazione in parte a causa della pandemia ed in parte ai vincoli legislativi¹ che regolamentano l'utilizzo dello strumento.

Questo progetto prevede l'inserimento di personale specializzato, adeguatamente addestrato nell'utilizzo dell'ipnosi, nel *team* dell'ambulatorio di cure simultanee del Niguarda *Cancer Center* che già affianca gli specialisti oncologi che seguono il paziente e la famiglia durante la fase attiva della malattia.

¹ Secondo la normativa vigente in Italia possono utilizzare l'ipnosi solamente medici e psicologi iscritti al proprio albo professionale. Per quanto riguarda l'ipnosi terapia è necessario aver completato inoltre la scuola di psicoterapia. Per quanto riguarda la comunicazione ipnotica può essere strumento utilizzato, previa formazione specifica, dai professionisti sanitari iscritti al proprio albo, quali per es. infermieri, ostetriche, fisioterapisti ...

L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica, come ogni pratica di relazione di aiuto, necessitano che si instauri un rapporto di fiducia tra il paziente e l'*équipe* curante, favorito da un prolungato tempo di conoscenza e dalla possibilità di sperimentare l'efficacia di una terapia lungo le varie fasi del decorso clinico.

Tra i vari utilizzi dell'ipnosi, ritengo che l'ipnosi autoindotta² possa essere un valido strumento offerto al *selfcare* del paziente, e possa restituire consapevolezza di sé e autodeterminazione che la malattia, lentamente e inesorabilmente, sottrae.

Nei capitoli successivi introdurrò i concetti teorici chiave per la stesura e comprensione del progetto che sarà successivamente illustrato nei suoi punti principali.

² L'ipnosi autoindotta o autoipnosi, è qui intesa come la variante dell'ipnosi autoindotta dal paziente il cui utilizzo sarebbe appreso attraverso un percorso con lo specialista in ipnosi

2. L'IPNOSI: breve definizione e descrizione

Secondo la definizione di F. Granone definiamo l'ipnosi *“uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente”*³.

Attraverso questa procedura che si compone di più passaggi, è possibile per l'operatore di indurre uno stato di *trance* ipnotica, contraddistinto da un intenso rilassamento ed una diminuzione della propria critica in rapporto con le indicazioni dell'operatore stesso.

Quindi, lungi dal credere come in passato che gli ipnotisti fossero persone con un potere magico in grado di manipolare la volontà delle persone, intendiamo la *trance* come una condizione biologicamente adattativa, che permette di creare uno stato di attenzione selettiva nei confronti di uno specifico stimolo.⁴

Offrire, quindi, un trattamento di ipnosi ad un paziente significa fornirgli un modo per prendersi cura di sé, aumentando o recuperando la

³ Franco Granone. Trattato di ipnosi. Utet 1989

⁴ Cavallaro E. L'ipnosi: una introduzione psicofisiologica. Collana caleidoscopio- ed italiana. Medical systems spa, issn 0394 3291

fiducia e la consapevolezza di sé. Spesso, infatti, nei malati terminali si incontra una spersonalizzazione, una perdita di identità e una profonda sensazione di impotenza che porta, talvolta ad un *di-stress* psichico ed esistenziale che produce una condizione di sofferenza difficilmente controllabile.

É uno strumento che richiede una forte alleanza terapeutica tra l'operatore e il paziente, il quale compie volontariamente l'atto di farsi guidare dal professionista in questo percorso di conoscenza approfondita di sé e delle proprie risorse fisiche, psichiche ed esistenziali.

Durante l'utilizzo dell'ipnosi, si possono distinguere schematicamente diverse fasi:

Una fase preliminare di colloquio (pre-talking) necessaria per conoscere meglio il paziente ed intessere il *Rapport*⁵: una relazione empatica ed esclusiva in grado di stabilire un rapporto di fiducia e confidenza, tra l'operatore e il paziente, che sarà indispensabile nel prosieguo del trattamento e per far crescere la motivazione verso l'obiettivo terapeutico che si intende raggiungere.

⁵ Stephen R. Lankton (2015) Hypnosis and Therapy for a Case of Vomiting, Nausea, and Pain, American Journal of Clinical Hypnosis, 58:1, 63-80, DOI: 10.1080/00029157.2015.1040298

Il colloquio è utile anche per identificare i canali comunicativi preferenziali (cinestesico, visivo, olfattivo e acustico) del paziente: questo permetterà al professionista sia di individuare la tecnica migliore per l'induzione ipnotica sia per il successivo lavoro terapeutico.

La fiducia e la conoscenza così acquisite permetteranno al paziente di abbassare la soglia di critica nei confronti della pratica ipnotica e al professionista di comporre suggestioni più vicine alla realtà del paziente.

La fase di **induzione** si ottiene attraverso la focalizzazione del paziente su uno stimolo, successive affermazioni prontamente verificabili da parte del paziente e attraverso l'elaborazione verbale e descrittiva di quanto sta accadendo. È importante adoperare attenzione alla modalità espressiva, al tono della voce e al linguaggio usato. Il fine di un opportuno comportamento e codice verbale dell'ipnologo ha il fine di condurre il paziente attraverso frasi e affermazioni positive atte a confermare al paziente la sua libera scelta, e questo gli restituisce un senso di competenza e di efficacia sulla sua situazione. Lo scopo dell'induzione è quello di far sviluppare al paziente un **monoideismo plastico**⁶ che, potenziato nella successiva **fase di**

⁶ Il monoideismo plastico costituisce l'intuizione originale di Granone: sotto la guida dell'ipnologo, il paziente è guidato alla creazione di un'idea, un'immagine mentale talmente potente da diventare plastica, cioè capace di produrre effetti psichici e fisici. Attraverso l'osservazione di esami strumentali di persone sotto ipnosi si rileva che, ad esempio, per un'ipnosi che ha come scopo l'analgesia, vengono attivate aree cerebrali differenti rispetto a quelle di quando si prova dolore; in questo modo il dolore fisico

approfondimento, permette di raggiungere il grado di concentrazione e di *trance* necessari per il lavoro terapeutico sull'obiettivo concordato (analgesia, abbassamento dell'ansia, rinforzo dell'io).

La **fase di lavoro terapeutico** si svolge fornendo al paziente le opportune suggestioni elaborate grazie al materiale raccolto durante la fase preliminare e concretizzando al meglio tutte le accortezze precedentemente accennate. Le suggestioni sono in sostanza un insieme di metafore e racconti necessari per rappresentare e far rappresentare al paziente la risoluzione della sua problematica o il possibile sollievo che potrebbe ottenere da una corretta gestione dei suoi comportamenti o pensieri.

Nel momento di acme di questa fase, può essere utile offrire al paziente un **ancoraggio**: un gesto semplice e di facile esecuzione, che permetta al paziente, di ricreare in tempo breve ed in maniera autonoma i presupposti per raggiungere lo stato di *trance* e la creazione del monoideismo plastico tale da poter influire all'occorrenza sul sintomo trattato.

Infine, la **fase della de-induzione** è contraddistinta da un progressivo ripristino dello stato di veglia.

legato ad un intervento chirurgico o ad una patologia cronica o di tipo oncologico non viene recepito e classificato come tale. Più l'immagine sarà reale, più profonda sarà la *trance* e più efficace sarà l'effetto che cerchiamo di raggiungere.

3. – LE CURE PALLIATIVE: BREVE DEFINIZIONE E CONTESTO DI LAVORO

Per definire le Cure Palliative ci rifacciamo alla definizione del 2002 ad opera dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella quale viene maggiormente enfatizzata la prevenzione della sofferenza: «Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie mortali, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'impeccabile valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali.»⁷

Inoltre, dalla legge 38/2010, le cure palliative vengono definite come «l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.»⁸

Una nota particolare merita la delibera della regione Lombardia DGR 5918, 2016, che amplia, in linea con la normativa nazionale, l'arco di applicazione delle cure palliative non limitandole al momento in cui 'non c'è più nulla da fare', ma

⁷ Società Italiana di Cure Palliative (SICP), *Il core curriculum dello psicologo in cure palliative*. Milano. Collana *Punto e Virgola*. 2013

⁸ Ibid. 9

anticipando la presa in carico di paziente e familiare simultaneamente al tradizionale approccio clinico di cura.

Le cure palliative e la terapia del dolore quindi si affiancano e integrano coi sistemi di cure primarie, specialistiche e ospedaliere. Quando attivate prontamente e non negli ultimi giorni o settimane di vita, possono offrire, attraverso la metodologia che è loro propria, vantaggi sostanziali alla qualità delle cure attive. Il controllo dei sintomi più disturbanti, anche attraverso l'ascolto e il sostegno delle esigenze emotive e spirituali di paziente e familiare, portano ad un sostanziale miglioramento della qualità di vita in tempo di malattia e divengono percorso privilegiato per accompagnare i soggetti interessati a prendere decisioni importanti.

Le cure palliative quindi, si caratterizzano per un intervento terapeutico che ha per obiettivo la qualità della vita residua del malato inguaribile e del contesto familiare al quale il malato appartiene⁹, non limitandosi al controllo dei sintomi fisici, ma estendendo la propria cura agli aspetti psicologici, relazionali, sociali, e spirituali. Tutto questo avviene grazie alle competenze specifiche di differenti

^{9 9} «La famiglia cui appartiene un malato terminale è anch'essa da considerarsi 'terminale' in quanto il sistema relazionale così come è sempre stato affronta e si prepara alla perdita di uno dei suoi membri. Questo dà luogo ad una modificazione del sistema tale per cui quello di prima non c'è più, ma si apre un contesto nuovo ed un nuovo nucleo familiare a partire dall'assenza.»

Barbara LISSONI, *La famiglia terminale, Strumenti per la formazione di équipe*; documentazione grigia.

professionisti e attraverso l'alleanza terapeutica che viene a crearsi tra il *team* di lavoro e il nucleo terminale che permette la valorizzazione delle risorse del malato, della famiglia e del tessuto sociale in cui essi sono inseriti.

3.1 NELLO SPECIFICO DELLE CURE SIMULTANEE

«Le Cure Palliative iniziano nel momento in cui si comprende che ogni malato ha la sua storia personale, specifiche relazioni e cultura e che merita rispetto in quanto individuo unico. »¹⁰

Da quanto fin qui descritto risulta chiaro come l'affidamento precoce alle cure palliative possa avere di gran lunga maggiori benefici rispetto ad una presa in carico negli ultimi giorni di vita.

Per questo, presso il dipartimento di ematologia e oncologia del Niguarda Cancer Center è operativo da alcuni anni l'ambulatorio di Cure Simultanee (*Simultaneous Care*), di cui ora racconto brevemente obiettivi e modalità operative.

Le Cure Simultanee rappresentano appunto quel modello organizzativo mirato a garantire la presa in carico globale attraverso un'assistenza continua,

¹⁰ Cicely Saunders — “Palliative Care – The solid facts”, WHO 2004

integrata e progressiva fra terapie attive e cure palliative quando l'outcome non sia esclusivamente la sopravvivenza in termini di quantità di vita.

Gli obiettivi che vengono perseguiti in questo tipo di presa in carico globale, attraverso un'assistenza integrata e continua sono innanzitutto quello di ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia; di garantire inoltre la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni e di conseguenza evitare il senso di abbandono che spesso il malato e la famiglia provano giunti alla fase avanzata e terminale del loro percorso.

L'applicazione precoce dei principi delle cure palliative nell'ambito delle cure simultanee si basa, secondo quanto fin qui detto, su motivazioni cliniche, ed esistenziali, quali il miglioramento nel controllo dei sintomi e nella qualità di vita dei pazienti.

L'ambulatorio attualmente attivo nell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, Niguarda *Cancer Centre* si attiva, su decisione dello specialista oncologo¹¹, quando la malattia è inguaribile, in fase metastatica ma non ancora in fase terminale.

La presa in carico del malato e della sua famiglia avviene, in modo coordinato e integrato da parte dei due specialisti: oncologo/palliativista, e, a livello teorico,

¹¹ Da alcuni anni, attraverso consulenze specifiche del palliativista, convocato in reparti quali medicina, cardiologia, epatologia ..., si sta cercando di estendere la cultura delle cure palliative precoci anche ad altre patologie che non siano esclusivamente oncologiche. (ndr)

anche da parte dell'intera *équipe* multidisciplinare di cure palliative nella quale sono presenti differenti figure professionali, quali lo Psicologo e l'Assistente Spirituale per l'ascolto, la risposta e il monitoraggio dei bisogni che via via insorgono nel 'nucleo' affetto da malattia ormai inguaribile.

Nello specifico vengono affrontati:

- 1) Il dolore e tutti i sintomi somatici
- 2) Le problematiche legate alla prognosi
- 3) Il supporto che si offre al malato e alla sua famiglia nel percorso di comunicazione della prognosi,
- 4) l'accettazione graduale dell'inguaribilità
- 5) il percorso del *decision making*

Nella tabella sotto riportata si schematizzano i contenuti professionali del palliativista nel suo rapporto di collaborazione con l'oncologo nell'ambito dell'ambulatorio di cure simultanee.

Quali contenuti professionali nell'intervento precoce delle Cure Palliative?

Costruzione della relazione con malato e familiari	
Attenzione ai sintomi	- Valutazione dei sintomi e loro trattamento
Attenzione al processo di coping	- Capacità di adattamento alla situazione - Spiritualità e fede - Stato emotivo - Riferimento ad assistente sociale, psicologo, psichiatra
Definire la comprensione [del paziente] del proprio stato di malattia	-Preferenze personali rispetto alla informazione su diagnosi e prognosi - Consapevolezza della prognosi
Discussione dei trattamenti contro il cancro	- Effetti dei trattamenti contro il cancro - Decision-making per i trattamenti contro il cancro
Pianificazione delle cure di fine vita	- Discussione rispetto all'eventuale presa in carico da parte delle cure palliative - Aspetti pratici
Coinvolgimento dei familiari	

Adattata da Yoong J. Park E.L. et al. "Early palliative care in advanced lung cancer. A qualitative study"
JAMA Jan. 2013

4. L'IPNOSI IN CURE PALLIATIVE: breve excursus della letteratura

Le professioni coinvolte nei team di Cure Palliative, come emerso durante la trattazione, prendono in cura il paziente nella sua globalità e si adoperano per l'ascolto e la risposta ai suoi bisogni e a quelli del nucleo familiare cui appartiene: parliamo di bisogni sul piano fisico, psicologico, spirituale e sociale.

Quindi la cura offerta dovrà unicamente comprendere trattamenti clinici e farmacologici, ma anche la gestione delle emozioni, delle paure, degli aspetti relazionali e spirituali: ciò è possibile solo affiancando alla medicina tradizionale professionisti di altre aree esistenziali, in grado di supportare e accompagnare il paziente e la sua famiglia. L'obiettivo principe è mantenere un'adeguata Qualità di Vita, ridefinendola *in itinere* identificando sinergicamente le esigenze specifiche e ottenibili a seconda della fase di malattia che si attraversa.

Negli ultimi anni molto si è fatto per sviluppare questa modalità di cura sia nella ricerca e nuova scoperta di farmaci sempre più efficaci, sia nell'introduzione nei *team* di cura di figure quali psicologo, assistente spirituale, esperti di medicine complementari e altre figure più o meno strutturate o emergenti.

In particolare, ad esempio, nella fase terminale della malattia, è fondamentale per il paziente e la famiglia di non sentirsi abbandonati e sperimentare che, nonostante

la prognosi infausta, ci sia ancora qualcosa da fare *per arrivare alla morte vivi*¹², se lo si desidera, oppure affidando gli ultimi momenti all'azione di farmaci e terapie che permettano di scegliere come attraversare il passaggio finale.

In definitiva, a fare la differenza è *come* si arriva al traguardo e, perciò, è importante poter affrontare le varie fasi e tappe accompagnati e supportati da un *team* di professionisti competenti in conoscenza e umanità, capace di costruire una relazione compassionevole con i soggetti in cura.

In questo scenario ben si inserisce l'ipnosi "*come strumento privilegiato di relazioni e, in quanto permette di entrare nel più breve tempo possibile in un contesto relazionale efficace con il paziente e i familiari*"¹³.

L'ipnosi, cioè, può essere intesa come *strumento per ridurre l'ansia, la depressione e il dolore, che aggiunti alla consapevolezza della propria terminalità ed alle conseguenze indotte dalla malattia, modificano grandemente l'immagine e l'identità personale del paziente, da individuo sano a malato e di conseguenza del nucleo familiare* (V. Baroni, 2015). Diventa quindi un aiuto per vivere il momento presente,

¹² G. Grassi: "... del bisogno tutto umano di entrare da vivi nella morte ..." Questo è un concetto più volte espresso dall'autore in libri, articoli, interviste.

¹³ V. Baroni. AL CONFINE TRA DUE MONDI: L'APPLICAZIONE DELL'IPNOSI NELLE CURE PALLIATIVE (2015) - vivereilmorire.eu

fronteggiando costantemente i sintomi¹⁴ che più distolgono dal raggiungimento di una Qualità di Vita adeguata possibile nonostante la malattia.

Inoltre, può essere un valido strumento per favorire la resilienza, aiutando la persona attraverso specifiche suggestioni: rafforzandone l'Io, sviluppandone la consapevolezza delle proprie paure e preoccupazioni, trovando e mettendo in atto strategie e scelte lungo tutto l'arco della malattia fino alla fase terminale della stessa. (V. Baroni, 2015)

Molti sono gli autori che hanno scritto articoli scientifici per supportare con dati queste affermazioni. Si fa qui riferimento alla *review* bibliografica di V. Baroni (Baroni, 2015)¹⁵ accennandone i risultati più significativi.

Il *National Institute for Health and Clinical Excellence*, nel 2004 presenta l'ipnosi come strumento utile in Cure Palliative compatibilmente con diversi studi che forniscono dati evidenzianti l'efficacia nell'eliminazione o riduzione di vari sintomi fisici, psicologici o spirituali (Iglesias, 2004; Douglas, 1999; Genuis, 1995; Kraft, 1990): tra i principali il dolore (Torresan & Muro, 2015; Jensen et al., 2009; Belletti et al., 2007; Peynovska et al., 2005). Nello specifico, questi studi evidenziano

¹⁴ Sintomi sia fisici che psichici: il dolore fisico, gli effetti collaterali delle cure farmacologiche (nausea, vomito ...), la dispnea, una considerevole tensione emotiva, l'ansia, la depressione e tutta una serie di corollari comuni e specifici delle varie malattie.

¹⁵ V. Baroni. AL CONFINE TRA DUE MONDI: L'APPLICAZIONE DELL'IPNOSI NELLE CURE PALLIATIVE (2015) - vivereilmorire.eu

una riduzione significativa dell'impiego di farmaci oppiacei antalgici (Peynovska et al., 2005) e una riduzione della sensazione nocicettiva percepita¹⁶.

Gli studi di Piazza (2015), sottolineano come l'induzione ipnotica attivi una alterazione percettiva che permette la soppressione delle componenti emotivo-affettive del dolore e che, anche laddove non venga riscontrato un significativo sollievo dal dolore, quasi sempre si possono riscontrare benefici come il miglioramento del sonno, un maggior senso di calma e benessere e la conseguente riduzione dello stress.

La diminuzione dell'astenia/fatigue e il conseguente aumento dell'energia fisica è ben documentato dagli studi di Torresan & Muro (2015), che sottolineano anche, all'unisono con Brugnoli (2016), Belletti et al. (2007) la diminuzione della dispnea. Ancora Brugnoli, sottolinea la maggior percezione di benessere da parte del paziente e Belletti et al. (2007) Peynosvska et al. (2005) esplicitano come l'incremento della qualità del sonno e il miglioramento di questi sintomi portino ad una migliore percezione di benessere, ad una riduzione della terapia ansiolitica (Luethi et al., 2012), e quindi anche ad una riduzione degli effetti collaterali da ansiolitici, FANS, morfina.

¹⁶ Si tratta dell'effetto analgesico di cui parla Brugnoli (Brugnoli, 2016).

Nell'approssimarsi della fine, inoltre, l'ipnosi clinica può attivare e supportare la coscienza spirituale attraverso l'induzione di immagini serene e positive; può supportare nel contattare i valori più profondi della persona, nella ricerca del senso della vita nonostante la malattia, facendo sperimentare un senso di pace e di vitalità e di interconnessione con qualcosa di più grande di sé, che trascenda il presente e aiuti nella comprensione che è possibile passare attraverso la morte nella certezza che una parte di sé continuerà a vivere. (Casula, 2018; Brugnoli, 2016). Questo favorisce, nel paziente e in chi gli è vicino, la possibilità di esprimere e quindi di fronteggiare le emozioni forti e sconvolgenti, sia durante la malattia che durante il lutto; inoltre offre talvolta, le premesse per un percorso di pacificazione e di recupero del senso della vita e quindi della morte: questa non viene considerata la fine di tutto ma l'evento più grande che sarà possibile sperimentare nella nostra vita fisica, un normale e naturale processo all'interno dell'esistenza (Lioffi, 2001; Brugnoli, 2016).

5. IL PROGETTO TEORICO: IPNOSI E CURE SIMULTANEE

Il quadro sin qui descritto permette di strutturare il progetto come di seguito, prevedendo appunto la possibilità di inserire un ipnologo nel *team* di base del percorso di Cure Simultanee.

*“L’ipnosi offre la possibilità di creare una forte alleanza terapeutica tra il caregiver (ipnologo) e il paziente, un’alleanza basata su motivazione, fiducia e collaborazione.”*¹⁷ La motivazione del paziente, continua Casula, è basata sul desiderio di raggiungere quella che potremo chiamare *comfort zone*, uno stato di benessere nella malattia, che permetta al malato e ai suoi cari di assaporare una qualità di vita accettabile, nonostante l’inesorabilità della prognosi.

Dall’articolo di V. Baroni (2015) apprendiamo inoltre che *“Per favorire il successo del trattamento ipnotico è auspicabile che la persona sia a conoscenza della diagnosi e della prognosi e che abbia un livello culturale medio alto. Persistono delle difficoltà ad attuare un lavoro ipnotico con pazienti che sono a conoscenza della diagnosi ma sospettano la prognosi, dal momento che questo atteggiamento li porta a crearsi ipotesi, dubbi, pensieri e conseguentemente una maggiore ansia (Belletti et al., 2007). È stato rilevato inoltre che se il trattamento ipnotico viene iniziato al*

¹⁷ C. Casula – CLINICAL HIPNOSYS, MINDFULNESS AND SPIRITUALITY IN PALLIATIVE CARE – Maggio 2017

momento della diagnosi, risulta essere un valido strumento per migliorare l'adattamento del paziente alla malattia, e quindi prevenire l'insorgenza di seri quadri ansiosi, depressivi e attacchi di panico. L'inizio precoce del trattamento favorisce perciò l'aderenza alle cure e migliora la risposta psicologica generale alla malattia, fattore prognostico collegato al tasso di sopravvivenza nel tempo (Peynovska, 2005)".¹⁸

La costruzione del rapporto di fiducia necessaria per sottoporsi ad un percorso di ipnosi ha bisogno di tempo e di una relazione operatore-paziente che possa beneficiare di dialogo e ascolto. Tale rapporto si potenzierà progressivamente grazie ai benefici dell'ipnosi che costelleranno l'esperienza del paziente. Questo circolo virtuoso, per essere efficace e poterlo aiutare a recuperare le risorse per fronteggiare la morte, non può avvenire *in extremis*.

Inoltre, Belletti et al. (2007) osservano come sia importante che l'ipnosi venga proposta da un membro del *team*, con cui si è instaurata un rapporto di intensa fiducia, che è a conoscenza, non soltanto degli aspetti strettamente clinici della malattia, ma anche del contesto affettivo e sociale nel quale il paziente vive e che

¹⁸ V. Baroni. AL CONFINE TRA DUE MONDI: L'APPLICAZIONE DELL'IPNOSI NELLE CURE PALLIATIVE (2015) - vivereilmorire.eu

può aver rilevato la persistenza di un sintomo che non risulta controllabile con la tradizionale terapia farmacologica.

È per questo motivo che, questo progetto prevede di inserire la figura dell'Ipnologo (medico, psicologo o altra figura professionale abilitata ...) nel *team* di base del percorso di cure simultanee. Gli stessi benefici sopra elencati nella presa in carico precoce delle cure palliative sono più facilmente e più stabilmente raggiungibili inserendo l'ipnosi come medicina complementare che affianchi gli altri specialisti. Inoltre, per la peculiarità del trattamento ipnotico, i professionisti potranno essere facilitati ad entrare in contatto e in sinergia con il mondo emotivo e spirituale del paziente, offrendo un supporto globale al suo stato di malattia in una condizione di continuità, accompagnandolo cioè in tutte le fasi della malattia.

L'obiettivo che si vuole perseguire è quello di *umanizzare* le cure dei malati con prognosi infausta a medio termine, attraverso l'offerta di un *team* di specialisti, che permetta uno sguardo a 360° sulla situazione: concretamente si prevede l'inserimento di un professionista con competenze in ipnosi nel *team* di cura, che affianchi il medico palliativista già dai primi incontri.

L'ascolto sui bisogni e sullo stato d'animo del paziente e dei familiari più stretti, oltre che la conoscenza del decorso clinico di sintomi e malattia, possono offrire al tecnico ipnologo materiale su cui iniziare un percorso di ipnosi con l'obiettivo di

migliorare la Qualità di Vita del paziente attraverso interventi su analgesia e ansia; offrire, attraverso suggestioni costruite *ad hoc* e ancoraggio, metodi con cui il paziente possa auto-curarsi, acquisendo uno strumento importante per essere attivo nel percorso di cura; il paziente è anche aiutato nella maggior consapevolezza di sé, del proprio essere e di quanto ancora resta da affrontare.

Nello specifico: il progetto prevede la formazione di un *team* stabile di cure simultanee, che prenda in carico il paziente, in concerto con l'oncologo, già al momento della comunicazione della prognosi: per chi riceve la comunicazione di una prognosi infausta, anche in tempi non brevi, l'impatto emotivo è molto potente e fa i conti con un "non c'è più nulla da fare" che ben può essere contrastato innanzitutto dal trovarsi preso in carico da un'*équipe* intera di professionisti differenti che trasmettano la sicurezza di un cammino che prosegue con sempre più strumenti, a seconda delle necessità. Già nelle primissime fasi della presa in carico, vengono presentate al paziente e alla sua famiglia, le risorse cui poter attingere, e tra queste anche l'ipnosi: già da questa prima fase può infatti essere strumento utile per superare lo *shock* iniziale e per iniziare a costruire una relazione di fiducia e di complicità tra l'ipnologo e il paziente tale da poter lavorare sulla resilienza, sulle risorse del paziente, sulla qualità di vita.

A seconda poi della storia di malattia e delle reazioni e dei bisogni, man mano che si prosegue, l'ipnosi può essere risorsa utile per il controllo del dolore, per il controllo di sintomi quali la perdita del sonno, l'ansia, l'apatia; e nelle fasi più avanzate può accompagnare l'approssimarsi alla morte aiutando nel percorso del lutto che il paziente vive progressivamente nella perdita di 'parti di sé', e nel recupero della dimensione interiore che permette di abbassare i livelli di ansia e di affrontare l'imminenza della morte facendo leva su risorse interiori.

L'offerta del *team* si costruisce attorno ai reali bisogni manifestati dal paziente e dai familiari, per poter essere una cura puntuale e, il più possibile mirata. Le sedute di ipnosi, così come le altre prestazioni specialistiche (medico, infermiere, assistente spirituale, psicologo ...) vengono svolte presso la struttura di riferimento o al domicilio a seconda del regime di cura che si dimostra più opportuno ed efficace nella fase attraversata. Questo accompagnamento, come detto, si spinge in armonia e/o in alternanza con i vari professionisti, e anche oltre: dopo il decesso – e secondo l'opportunità anche prima – i familiari possono usufruire delle medesime risorse del paziente: l'ipnosi, come le altre discipline diventa risorsa per risvegliare e consolidare le risorse interiori utili alla resilienza; fornire una presa in cura di sé al familiare, troppo spesso assorbito totalmente dalla cura al paziente; accompagnare nel lutto quotidiano del vedere il proprio caro

morire ogni giorno di più; ed infine accompagnare, se fosse necessario, nelle prime fasi dell'elaborazione del lutto post mortem.

Il progetto teorico quindi, si declina concretamente in singoli percorsi costruiti *ad hoc* insieme a pazienti e familiari, affinché diventino sempre più protagonisti della loro cura e non oggetti delle cure di altri.

Perciò addestrare il paziente per utilizzare consapevolmente l'autoipnosi può diventare strumento cardine per alleviare i sintomi e recuperare, possibilmente, una adeguata Qualità di Vita.

Sarà necessario identificare dei momenti di verifica, sia qualitativa che quantitativa, inizialmente, *in itinere* e a conclusione del percorso. Queste valutazioni saranno a cura sia dei familiari che degli operatori, permettendo gli aggiustamenti necessari per offrire un servizio sempre più accurato, con una potenziale ottimizzazione sia di tempo che di risorse a beneficio dell'azienda in cui si lavora, potenziando quanto offerto ai pazienti.

Affido al futuro l'attuazione di questo progetto e le necessarie verifiche sul campo, augurandomi di potervi prendere parte in prima persona.

6. CONCLUSIONE

Lavorando in ambito ospedaliero mi rendo conto di quanto bene potrebbe fare ai pazienti, ai loro familiari, ma anche agli operatori stessi, avere a disposizione persone che, con competenza e umanità, possano offrire, anche attraverso questo strumento, il supporto e la cura. Questo lo vedo oggi, in questa seconda ondata della pandemia di SARS Cov-2, ancor più necessario.

Incontrando i pazienti mi rendo conto di quanto fondamentale sia offrire spazi di ascolto perché, accanto alle cure mediche e sanitarie, ci sia lo spazio per una cura della persona a 360°: chi soffre o è stato affetto da questa malattia ne resta profondamente segnato fisicamente e non solo. Ritengo che si possa asserire la stessa cosa per ogni malattia, che comprometta lo stato di salute e la qualità di vita in maniera importante e prolungata, indipendentemente dall'esito.

Ugualmente i familiari dei pazienti vivono fatiche emotive profonde: spesso costretti al solo contatto telefonico con gli operatori che si prendono cura dei loro cari con i quali non è possibile il minimo contatto.

In questo momento storico questa tipologia di strumenti e le persone che sappiano fare del “prendersi cura dell'umanità” il punto centrale della loro professione, sono decisamente essenziali e necessari.

E ancora, oggi più che mai, abbiamo bisogno di prenderci cura di chi cura: la frustrazione, la paura, la preoccupazione e la stanchezza sono gli argomenti per cui gli operatori ospedalieri chiedono a gran voce spazi di ascolto gratuito, di decompressione e di integrazione.

Dopo aver trattato la letteratura in merito, uno degli strumenti che potrebbe essere di ausilio è, a mio parere, l'ipnosi clinica: averla a disposizione potrebbe aiutarci ad attingere dal proprio bagaglio profondo di risorse umane e spirituali indispensabili per far fronte ad una malattia che spaventa e aggredisce; alla preoccupazione per la lontananza dagli affetti; all'urgenza di dover fare il meglio, in poco tempo, in situazioni talvolta rischiose oltre che per se stessi anche dal punto di vista delle tutele legali.

L'ipnosi accende i riflettori su quanto di buono e di forte io sono in grado di fare per me stessa in una specifica situazione. Strumenti come questo consentono di allargare lo sguardo e di supportare il perseguimento del ben essere non solo attraverso strumenti specificatamente medici e, andrebbero riscoperti, implementati e favoriti.

Ma questa forse sarà un'altra tesi ...!

Bibliografia

ARTICOLI

Baroni V. *Al confine tra due mondi: l'applicazione dell'ipnosi nelle Cure Palliative*. <http://vivereilmorire.eu>, 2015

Belletti M., *“L'ipnosi nelle cure palliative”*, Rai Tre nel programma Doc3: documentario di Francesca Catarci. 12 giugno 2008;

Casiglia E. et al. *“Ipnosi sperimentale e clinica”*. Bassano, Editrice Artistica, 2006.

Casula C. *“Clinical hipnosys, mindfulness and spirituality in Palliative Care”*. Maggio 2017

Cattaneo G., *“Gestione dei sintomi nel paziente oncologico in cure palliative: l'efficacia dell'ipnosi. Revisione della letteratura.”*

Corso di laurea in Cure Infermieristiche Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, aa 2016/2017, Rel. Silvana Camponovo

Cavallaro E. *“L'ipnosi: una introduzione psicofisiologica”*. Collana caleidoscopio- ed italiana. Medical systems spa, issn 0394 3291

De Benedictis G, Del Castello E, Valerio C. *“Dall'ipnosi ericksoniana alle neuroscienze.”*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Del Castello E, Casilli C. *“L'induzione ipnotica. Manuale pratico”*, Milano, Franco Angeli, 2007.

Granone F. *“Trattato di ipnosi”*. Torino, Utet, 2009

Grassi G. *“Intorno alle ultime cose”* Intervista Rai Tre nel programma Doc3: documentario di Francesca Catarci. 12 giugno 2008;

Lankton S. L., “*Hypnosis and Therapy for a Case of Vomiting, Nausea, and Pain*”, American Journal of Clinical Hypnosis, 58:1, 63-80, 2015

Muro M. “*La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell’Azienda Molinette di Torino*” su <https://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-31-articolo-365.htm>

Saunders C., “*Palliative Care – The solid facts*”, WHO 2004

Società Italiana di Cure Palliative (SICP), *Il core curriculum dello psicologo in cure palliative*. Milano. Collana *Punto e Virgola*. 2013

Torresan T., Muro F., “*La comunicazione ipnotica nei pazienti in cure palliative ospedaliere*”, in *Pain Nursing Magazine* 2015; 4: 65-72, 3 LUGLIO 2015

Yoong J., Park E.L. et al. “*Early palliative care in advanced lung cancer. A qualitative study*” JAMA Jan. 2013