

Storia di un ragazzo.

Ho conosciuto G. in una fredda e piovosa giornata di novembre. Era sera, avevo quasi finito il turno e stavo per andare via, quando mi hanno informato che c'era stato un nuovo ricovero e che si trattava di un paziente giovane.

Sono andata a vederlo, per conoscerlo, con l'intenzione di salutarlo velocemente e poi tornare con calma il giorno seguente.

Sono entrata nella stanza: lui era sopra il letto, con un'aria smarrita e confusa e vicino, sofferente, c'era la madre. G. mi ha salutato sorridente e così la madre, abituati a vedere andare e venire medici e infermieri da ormai 4 lunghi anni. Mi sono presentata: mi chiamo Simona, sono una psicologa. Lo sguardo di G. è cambiato e ha fatto un sorriso ironico, dicendo: "ah... allora avrai da fare con me! ... Comunque ti dico subito che io *non ci credo* negli psicologi". Ho sorriso e ho risposto: "Fai bene!" e dopo aver scambiato qualche battuta l'ho salutato. Quindi, già iniziavamo con molte resistenze, difese e diffidenza. Quasi una sfida... Mi avevano colpito diversi elementi: G. era disteso sul letto ma vestito, in tuta e senza coperta. Voleva mostrarsi forte. Quando gli ho chiesto come stava mi ha risposto subito "bene!" dicendo che era lì solo per qualche giorno e per un "controllo", poiché aveva dolore. Era incredibile la sua energia e una forte difesa psichica, la negazione, che toglieva a se stesso la presa d'atto di un dramma terribile e inaccettabile. La madre appariva rassegnata e faceva di tutto per sostenere il figlio e assecondarlo nel "gioco" del non-detto.

Era una situazione straziante.

Sapevo che avrei avuto un duro lavoro: prima di tutto farmi accettare.

G. aveva 38 anni e la sua diagnosi era: carcinoma squamocellulare sinistro del comparto testa-collo. Era stato inviato del reparto di oncologia dell'ospedale per attivazione di cure palliative, in quanto non suscettibile di ulteriori trattamenti. Questa la sua storia:

G. nasce da una famiglia medio borghese della provincia di Viterbo, padre impiegato, madre casalinga, un fratello minore di due anni con cui ha un legame profondissimo. Prima della malattia, G. lavorava come rappresentante per una multinazionale di bibite gassate; lo riteneva un buon posto di lavoro, ne era soddisfatto, sia economicamente che emotivamente. Aveva avuto delle fidanzate, ma dopo diverse storie ora era da solo, probabilmente anche a causa della sua invalidante patologia.

Con il suo lavoro era riuscito a comprarsi casa, che amava moltissimo e di cui era orgoglioso. La aveva arredata con colori caldi e la aveva inaugurata con feste e amici.

Era infatti un tipo molto socievole, amava la compagnia ed era veramente pieno di amici! Un giorno, mi racconta, si accorge che ha un problema a un dente, verosimilmente una gengiva. Fa una visita dal dentista e si capisce subito che c'è qualcosa che non va: iniziano così le lastre e le ricerche per approfondire quello che sembra essere di più di una semplice infezione. Fino a quando, nel 2008, in seguito a gengivorragia, viene effettuata la biopsia con asportazione del fornice gengivale e con diagnosi di tumore epidermoidale del comparto testa-collo. Nel gennaio 2009 subisce un intervento di emimaxillectomia sinistra e linfadenectomia latero-cervicale sinistra con ricostruzione. Nel dicembre 2009 si verifica una recidiva linfonodale che viene trattata chirurgicamente con svuotamento funzionale del collo seguito da Radio Terapia su linfonodi laterali cervicali. Nel marzo 2010 di nuovo si ha una recidiva linfonodale che viene trattata chirurgicamente: si tratta di un carcinoma squamocellulare scarsamente differenziato, con margini e branca ossea indenni. Nell'aprile del 2010 si esegue la PET captante a livello sottomandibolare e mucosa geniena. Si procede con 5 cicli di chemioterapia. Nel settembre del 2010 si verifica una recidiva locale e a novembre dello stesso anno si procede con un ulteriore intervento chirurgico con asportazione del muscolo massetere sinistro. Da gennaio a maggio 2011 si effettuano altri 10 cicli di chemioterapia. Nonostante questo, a luglio 2011 si verifica la comparsa di una lesione ulcerata a carico della neomucosa geniena.

Di nuovo si procede con la chemioterapia e la radioterapia, fino a marzo 2012 quando si reca in Francia, a Parigi, nel tentativo di ulteriori, e con la speranza appesa a un filo, forse risolutive, terapie. Purtroppo però non ci possono essere indicazioni per trattamenti chirurgici. Pertanto viene proposta una terapia settimanale con methotrexate.

Infine nell'ottobre 2012 si effettua un ricovero nel reparto di oncologia dell'ospedale di Viterbo per scadimento delle condizioni generali e dolore.

Quando giunge in Hospice, nel dicembre 2012, è portatore di Port a Chat, semi-autosufficiente, cachettico, astenico, con un dolore retro-orbitale sinistro e guancia sinistra discretamente elevato, persistente e pressoché cronico. Non ci sono indicazioni per ulteriori trattamenti. La previsione di sopravvivenza è inferiore a 90 giorni.

Farsi accettare.

La prima cosa da fare con questo paziente era farsi accettare. Era chiaro quanto fosse spaventato. La prima e unica cosa che lui vedeva e sentiva era il dolore. È da qualche anno che lavoro all'Hospice e so che si tratta di situazioni estreme per le quali “non c'è

più niente da fare”. Questa era una di quelle. Ma la mia convinzione è che, anche in questi casi così al limite, è possibile intervenire e aiutare il paziente a lenire l’angoscia di morte. Sappiamo che *il dolore* ha molte componenti, è una realtà multidimensionale complessa, da considerarsi parte dell’esperienza della persona, perciò estremamente soggettiva.¹

Da cosa era dato il dolore dunque in questo paziente?

Ovviamente dalla malattia in sé, ma anche dalla stanchezza, dagli anni passati negli ospedali, sempre con la speranza di guarire, dai viaggi in tutta Italia e all’estero, con l’illusione di farcela. Stanchezza del fisico, della mente. Aver provato tutto e sapere che nulla è servito, che nonostante tanti sforzi, tanti soldi, tanto dolore, nulla è cambiato, nulla si è risolto. Allora interviene un meccanismo nella nostra mente che ci protegge: la negazione. Rifiutare di accettare la realtà di una malattia incurabile e rifugiarsi nella fantasia: guarirò. Questo mi ha detto: “A marzo (2013) mi opererò e farò una plastica, tornerà tutto a posto”. Cosa dire a un ragazzo che desidera con tutte le sue forze vivere, lottare, costruire... e invece non può? È giusto togliergli l’illusione?...

Mi sono avvicinata a lui molto piano, poco a poco. Inizialmente ci scherzavo, giocando sulla sua diffidenza per gli psicologi. Ha iniziato a fidarsi di me quando un giorno sono rimasta nella stanza durante la sua medicazione. La madre, ossessivamente presente e controllante, non lo lasciava mai. Sono entrati il medico e l’infermiere con le bende e le medicine. Lui era terrorizzato.

Temeva il dolore. *Si aspettava* il dolore. Era questa la sua esperienza: i cerotti tirano e fanno male, il disinfettante brucia e poi... sentirsi toccare la parte dolorante era un’esperienza terribile. *Sapeva* che avrebbe sofferto. Inoltre, anche se non si era mai guardato sotto le fasciature, *sapeva* che era orribile, tutto aperto, dilaniato.

Mi ha visto lì, con lui, sorridente. Spaventato per quello che sarebbe successo di lì a poco, mi ha guardato e stupito mi ha chiesto: “Rimani?... Sei sicura?...” Alla mia risposta affermativa ha detto: “non ti fa impressione?...” Io, con aria stupita a mia volta della sua domanda, ho risposto sorridendo di no. Si è rasserenato. Da quel momento è iniziato il nostro rapporto. Avevo stabilito un contatto. Ero riuscita ad entrare nella sua realtà, nella sua sfera privata, nel suo intimo spazio. Ed era una cosa nuova per lui: non c’era mai stato uno psicologo durante la sua medicazione! Gli psicologi erano per i matti!... E, soprattutto, io non avevo paura. Altre volte mi è capitato con questi pazienti: loro sono spaventatissimi e, avendo visto le espressioni di orrore spesso nel volto del

¹Vedi “Gate Control Theory, 1968” in C. Valerio SIIPE 2003

personale che li assiste, sono quasi certi che è questa la sensazione che suscitano: orrore. Loro si sentono orribili, in qualche modo sanno di esserlo. E si difendono allontanandoti. E poi uno psicologo!... Donna! Giovane!... *Si aspettava* la mia reazione di repulsione, di orrore. E invece...

Ecco per me già l'inizio dell'intervento ipnotico: **la sorpresa**. Potrei dire che era già in trance e che, quella volta, ha fatto la medicazione in trance.

Ora eravamo amici, complici. E soprattutto, ora io *sapevo*. Non aveva più bisogno di nascondersi, di negare, di fingere. Non ero più la giovane psicologa carina che sorride, ora io *sapevo*. E non me ne sono andata. E non ho "soportato" con pena e disgusto. Ma *ho accettato*. Ho accettato G. per quello che era veramente. E mi sono avvicinata a lui ancora di più. Eravamo vicini nell'anima, nello spirito, nella sofferenza. E per me era un enorme risultato.

Costruire un intervento ipnotico

La mia formazione è in ipnosi ericksoniana. Sono abituata quindi a ragionare in termini "ericksoniani". Prima di tutto perciò va "protetto" il paziente. Prima ancora va accolto. Sull'accoglienza ho già detto il modo particolare con cui sono entrata in contatto con G. La "protezione" la considero la cosa più importante, sempre e soprattutto con questi pazienti.

Cosa si intende per proteggere il paziente?

Cito le parole di Milton Erickson²: *"In tutto il lavoro in ipnosi occorre fare ogni sforzo per proteggere la personalità del soggetto. È di enorme importanza proteggere la personalità del soggetto in ogni modo possibile."* Qui Erickson intendeva invogliare i terapeuti ad usare le loro tecniche ma sempre nel rispetto del soggetto. Per me è uno dei punti basilari di tutta la terapia.

Il soggetto si accorge se lo rispettiamo, se lo accettiamo così come è, senza giudicarlo. Nel caso di G. significava non giudicare il suo dolore, non consolarlo, non entrare per forza nella sua sfera privata, non cercare a tutti i costi di intervenire nella *sua* sofferenza. Voleva provare meno dolore possibile, è ovvio, ma non voleva uscire dalla sua condizione, semplicemente perché *era la sua condizione*. Non sapeva cosa ci sarebbe stato "al di là", non conosceva altro da 4 anni e non voleva lasciare quell'illusione di guarigione che tanto faticosamente si era costruito.

²"La comunicazione mente-corpo in ipnosi", Milton H. Erickson, Astrolabio, 1988

In questo modo, quantomeno, riusciva a controllare la situazione e, anche se soffrendo, sapeva cosa aspettarsi.

Se si apriva con uno psicologo, se confidava le sue angosce, sarebbe crollato tutto il suo mondo, si sarebbe trovato improvvisamente di fronte a una realtà troppo forte, schiacciante, senza speranza. Non aveva solo se stesso da proteggere, ma anche i suoi genitori, sua madre, suo padre, e suo fratello, così silenziosamente disperati.

La protezione del paziente per me inizia prima di costruire l'intervento ipnotico, quando ci accingiamo ad avvicinarci a lui e a quello che è il suo particolarissimo contesto di vita. Considero l'ipnosi uno strumento forte ma da trattare con delicatezza, che permette di intervenire in modo sottile entrando lentamente in contatto con un'altra realtà, quella del paziente che ho davanti.

La mia idea dunque era di mostrare a G. che potevamo lavorare insieme e, forse, fare un pezzettino di strada insieme, se lui me lo permetteva.

La costruzione dell'intervento ipnotico perciò è iniziata dal contatto che abbiamo stabilito e con la "sorpresa" di vivere la sua medicazione, il momento peggiore, in un modo "diverso". Indirettamente la **distrazione** ha permesso a G. di fissare l'attenzione su questa novità, la mia presenza, togliendo dunque una buona percentuale alla componente del dolore data dall'aspettativa del dolore. Ora era più impegnato ad osservare me, a capire che reazione potevo avere, che cosa potevo dirgli o fare...

Grazie dunque alla sorpresa, la distrazione e la **fissazione dell'attenzione**, G. era velocemente e sorprendentemente **entrato in trance**. Guardava me e non l'infermiere ed era distratto dalle mie parole e dai miei movimenti, non "sentiva" i cerotti che si strappavano o il disinfettante. Ogni tanto faceva una smorfia di dolore, ma poi tornava a concentrarsi su di me. Io apparentemente non facevo niente di "particolare": ero lì. Sorridevo. Dicevo qualche parola "casuale" inserita in un discorso colloquiale, tipo "tranquillamente" "facilmente" "confortevole" "a tuo agio" "piacevole".

Ho imparato che occorre prima ratificare e **riconoscere l'attuale esperienza** del soggetto. Cioè riconoscere il suo dolore. È estremamente importante che il paziente si senta accolto e riconosciuto nei suoi bisogni, capito. Se io non gli dò la sensazione di capirlo, di mostrare rispetto per la sua sofferenza, non posso stabilire con lui un contatto. Meno che mai con questi particolari pazienti terminali.

Ipnosi indiretta

Il **metodo indiretto** di inserire suggestioni in un discorso colloquiale, mi sembrava il modo migliore di far sperimentare una trance al paziente e “distrarlo” dall’aspettativa del dolore. Mi ha consentito di avvicinarmi tranquillamente, non spaventarlo, non fargli proposte di tecniche particolari (l’ipnosi). Non forzarlo ad accettare le mie tecniche stimolando solo ulteriori difese.

Occorreva intervenire subito ed efficacemente, **utilizzando** quello che al momento, in quel particolare contesto, era disponibile. Avevo da una parte la sua concreta e terribile paura. L’aspettativa del dolore. L’ansia estrema (aveva iniziato a sudare). Dall’altra c’era un elemento nuovo: la mia presenza e la reazione di sorpresa. Potevo intervenire sfruttando la sorpresa, con la consapevolezza che avevamo già costruito una alleanza in precedenza.

Mi accorsi che G. era in trance perché molti movimenti erano rallentati e c’era un ritardo nei riflessi, nella respirazione e nella deglutizione, gli occhi erano fissi, ed era passato da un eloquio veloce e concitato a non parlare affatto.

Il mio intento era depotenziare gli abituali schemi di riferimento, utilizzando la sorpresa e inserendo l’intervento ipnotico, in questo caso indiretto, nel *momento creativo* che si viene a creare quando c’è una sospensione dell’abituale modalità di funzionamento del soggetto. Cito le parole di E. L. ROSSI che descrive il momento creativo dicendo che: *“Ha luogo quando viene interrotto un modello di associazione abituale; ci può essere un cedimento spontaneo o un allentamento dei propri abituali processi associativi....Il momento creativo è dunque uno spazio vuoto nel proprio abituale modello di consapevolezza³”*. L’interruzione del nostro comune sistema di credenze è un aspetto della vita quotidiana con cui ci si confronta spesso, quando siamo di fronte a situazioni difficili o imbarazzanti che ci scuotono. Proprio queste situazioni possono però anche dare luogo a interruzioni di abituali associazioni e pertanto consentire al nuovo la possibilità di emergere.

La disseminazione di concetti in un discorso colloquiale è forse il mezzo più utile per permettere all’inconscio del paziente di utilizzare le suggestioni nel modo che gli è proprio.

Cercavo di **disseminare** parole associate a benessere e sensazioni positive, così da raggiungere una diminuzione della sofferenza senza l’induzione formale di trance.

³ Ipnoterapia, M. H. Erickson, E. Rossi, Astrolabio Ed.1979

Una modalità linguistica molto utile, all'interno dell'approccio di disseminazione, ho trovato essere il truismo: una semplice constatazione di fatto su un comportamento che il paziente ha sperimentato tante volte da non poterlo negare.

Dunque ho detto a G.: “a molte persone piace la rinfrescante freschezza di una lieve brezza marina”, “Tu sai già come sperimentare la piacevole sensazione del vento leggero che ti accarezza la pelle”. G. era in trance, estremamente attento alle mie parole e ogni tanto faceva cenno di “sì” con la testa. In tutto è durata una ventina di minuti. A volte faceva smorfie per le sensazioni di dolore ma continuava a tenere lo sguardo fisso e i movimenti erano estremamente rallentati. Il contesto del mio discorso era sufficientemente generico, stavo raccontando del tempo fuori, delle stagioni, dell'inverno che presto sarebbe finito.

Terminata la medicazione. G. si è svegliato dalla trance, e, a differenza delle altre volte, era tranquillo, quasi non se era accorto.

Questa è stata una nuova esperienza che gli ha anche permesso un nuovo apprendimento: ora sapeva che poteva vivere questo momento della medicazione come una normale prassi, senza necessariamente *aspettarsi* il dolore. Per me era un grande risultato.