

Qualità della morte e psiconcologia transpersonale in Hospice

M. ARAGONA, E. LIPARI, G. MAISANO

Accompagnare il morente nel territorio incerto e difficile della morte e del morire (Kubler-Ross) è particolarmente complesso, specie in Oncologia. La ricerca costante ed esasperata di una spiegazione razionale a qualsiasi aspetto della vita e l'annullamento del senso del mistero, hanno prodotto una maggiore angoscia del "vivere" e una maggiore paura del viaggio finale e, dunque, della morte. La morte, che San Francesco chiamava "Sorella Morte", da compagna onnipresente nella vita umana, ha assunto sempre più nel tempo i connotati di un duro fantasma, che deve essere cancellato, anzi, mai nominato. L'esperienza della morte sappiamo che è estremamente drammatica per i pazienti, i familiari e gli operatori sanitari, coinvolgendo tutti gli aspetti della vita. Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta ai morenti con la necessità di riorientare la fine della vita verso la ricerca di nuovi significati e di spiritualità. La dignità più alta della morte allora sembra essere quella di poterla "vivere", interpretandola come coronamento, vertice di tutta la vita, al di là dell'età biologica dell'individuo. Per far questo occorre vivere comunque in confidenza con la morte per tutta la vita, cercando di trovare il senso dell'esistenza senza prescindere dalla morte e il senso di questa, nella vita stessa (Funghi). Così, meditare sulla morte e prendersi cura di chi muore sono modi per affermare la vita. Dobbiamo aprire, dunque, il dialogo non solo sulla morte, ma con la morte, restituendo ad essa la sacralità che le spetta. Nell'assistenza ai morenti, il sostegno spirituale diviene fondamentale

e di pari importanza di una terapia del dolore adeguata o del controllo sui sintomi (Borasio). Sostegno spirituale significa entrare in rapporto con la vita, aiutare l'altro a scoprire la propria verità, anche se potremmo non condividerla, restare presenti nel territorio del mistero e delle domande senza risposta. Morire è così un atto sacro, un momento di abbandono e di trasformazione, e morire è quindi un'opportunità per scoprire ciò che è nascosto, cioè la verità di ciò che era già lì da sempre (Ostaseski). Due Autori (Smith e Randall Curtis), hanno identificato dei parametri, costituiti da alcuni principi, che sono necessari per una buona morte, costruendo un questionario a 31 voci, la "Quality of Dying and Death" (QODD), al fine di esplorare le variabili ed i processi che intervengono nel fine vita con lo scopo di ottimizzare le cure e gli interventi per i pazienti terminali e le loro famiglie in ambito medico, spirituale e psicologico. Sono stati estrapolati due singoli item, sulla qualità della vita durante l'ultima settimana e la qualità della morte, che spiegano il 38% della varianza nel punteggio totale della QODD. Il lavoro negli stati ordinari di coscienza, che si basa sui processi quali memoria, percezione, attenzione, emozioni, ci permette indubbiamente di muoverci nel nostro ambiente, di decodificare la realtà sociale esterna, nonché le esperienze ed i valori che ne sono alla base, ma spesso è carente nelle situazioni limite quali il morire.

Invece, numerose evidenze suggeriscono l'utilità dell'approccio transpersonale, nella fase di incertezza della morte e del morire come momento fondante di un percorso di realizzazione psico-spirituale (Grosman). Questo è un approccio che si occupa anche della cultura della spiritualità e delle esperienze spirituali, soprattutto per la possibilità di oltrepassare i confini del corpo, delle emozioni, della personalità e della mente, enfatizzando la dimensione spirituale e

Ambulatorio di Psiconcologia, UOC di Oncologia Medica con Hospice,
Dipartimento di Patologia Umana DETEV, Azienda Policlinico Universitario
di Messina, Messina, Italia

Indirizzo per la corrispondenza:
Marcello Aragona
E-mail: marcello.aragona@unime.it

trascendente del Sé, nonché accompagnare le persone. È così che, conoscendo più profondamente le cose, è possibile comprenderle, sviluppare quelle che devono essere sviluppate e realizzare quelle che devono essere realizzate (Jevolella). L'approccio psicoterapeutico e medico transpersonale origina con Maslow dalla psicologia umanistica e dal lavoro di Jung, Assagioli, Grof, Grossman, Dossey e tanti altri e va oltre (Aragona). Quindi, con l'esperienza transpersonale, si raggiunge il superamento dei confini della percezione ordinaria, per entrare in stati non ordinari di coscienza, al di là di ciò che è definito persona o subpersonalità o relazione dell'Io con le sue parti (Assagioli) ed in cui si esperisce la coscienza allo stato primitivo, arcaico, liberata da condizionamenti sociali imposti, in cui è possibile "incontrare se stessi" in modo più ampio. In questo senso hanno avuto notevole sviluppo antiche culture che hanno tramandato le loro conoscenze attraverso manuali specifici di preparazione alla morte (libri tibetano, egiziano, cristiano, tolteco dei morti) e tradizioni sciamaniche tramandate per esperienza e non con la scrittura (Ruiz). Infatti, una delle funzioni specifiche degli sciamani è quella dello *psicopompo*, cioè dell'accompagnamento dell'anima del morante nel mondo dello spirito; in questo contesto la morte è vista come una rinascita spirituale (Aragona, in pubblicazione). Qui si pone l'accento sulla formazione esperienziale di chi si appropria alla morte e, quindi, anche del personale sanitario, attraverso un passaggio di consapevolezza ed accedendo agli stati non ordinari di coscienza e dunque con una formazione specifica del personale sanitario (Aragona 2009, 2009b, 2012). L'espansione di coscienza verso esperienze dette "vetta" (Maslow, Ferrucci) o dell'"Unità" o "transpersonali", orienta verso un processo di psicosintesi (Assagioli) ed armonizzazione di tutti gli aspetti consci ed inconsci di se stessi e dell'ambiente. Ciò porta notevole benessere di elevata qualità eudaimonico-transpersonale. Attraverso le esperienze "vetta" si raggiunge uno stato di Unità, la percezione globale di sé: sono stati di coscienza caratterizzati da una sensazione di totale unità, in cui non si percepisce più alcuna divisione o separazione tra mente e corpo, tra sé, l'ambiente e la vita. È lo stato "non duale" che corrisponde ad una sincronizzazione globale del cervello e del corpo, a volte anche caratterizzato da onde armoniche che abbracciano l'intero spettro delle onde cerebrali (Montecucco). Gli stati non ordinari di coscienza sono queglii stati che, dal punto di vista elettrofisiologico, sono detti alpha, theta o delta, in cui le

onde cerebrali sono sempre più lente, come nel rilassamento, sogno e sonno profondo oppure gamma ad altissima frequenza per le esperienze "vetta", tipiche degli stati di estrema focalizzazione dell'attenzione (Davidson, 2000-2005) anche con particolari *shift* di attivazione tra aree cerebrali in senso laterale e antero-posteriore (Flor-Henry). Al contrario, i livelli di coscienza ordinari in stato di veglia sono caratterizzati da onde cerebrali di tipo beta ad alta frequenza. Raggiungere questi stati di onde lente, durante la veglia, specie quelli a frequenza più bassa, theta e delta, oppure ad elevata gamma, permette di esplorare il mondo interiore, i disagi, ma anche le capacità, le risorse, amplificando i momenti in cui ci sentiamo particolarmente "creativi", insolitamente "intuitivi", eccezionalmente "lucidi", profondamente "rilassati", disponibili alle *peak experiences* (esperienze "vetta"), alle sincronicità, agli stati mistici, meditativi. In queste esperienze, attraverso simboli, archetipi, sincronicità, *entanglement* e accesso al superconscio, al Sé transpersonale, all'inconscio collettivo, si acquisisce una percezione diretta, spesso intuitiva o ispirata, più ampia di sé, della propria via e vita e della verità che appare inequivocabile. In psicoterapia transpersonale, oltre a mantenere le acquisizioni delle principali correnti psicologiche (Maslow), si aggiungono tecniche di consapevolezza, sia verbali sia non verbali, psico-corporee-energetiche, basate sulle percezioni sensoriali e la consapevolezza secondo il nuovo paradigma transpersonale (Dossey). Tra queste: le meditazioni creative, recettive, riflessive ed energetiche molto profonde, il lavoro corporeo con la bioenergetica, la psicosintesi (Assagioli) musiche specifiche ritmiche e subliminali, il disegno creativo e quello indicato secondo la metodologia di Simonton e tanto altro (Aragona).

Grossman ha sviluppato un interessante modello di formazione e preparazione alla morte secondo il modello transpersonale, portando avanti corsi specifici dal titolo "Vivere e morire", attuati anche nella formazione del personale sanitario (Aragona 2009). Questo modello psicoterapeutico transpersonale utilizza un approccio psico-corporeo-spirituale con tecniche di bioenergetica, respirazione, meditazione profonda, in stati non ordinari di coscienza e l'induzione di esperienze "vetta".

Con queste tecniche, l'approccio transpersonale e con quanto indicato dal riadattamento della piramide dei bisogni gerarchici di Maslow (che nel fine vita è inversa perché prevalgono in alto la trascendenza e le esperienze vetta) (Aragona), è possibile per i pazienti

terminali acquisire le necessarie risposte e curare se stessi e la propria storia di vita per oltrepassare il limite della morte con buona qualità.

Ricerca applicata in Hospice

Per approfondire queste tematiche presso il nostro Hospice, abbiamo ampliato un precedente studio (Aragona 2012), attenzionando pazienti in cure palliative e terminali, ricoverati in hospice, seguiti con la metodologia di preparazione alla morte dell'approccio transpersonale, per aiutarli a riappropriarsi del tempo loro concesso, preparandosi alla morte come esperienza culminante della vita. Coloro che hanno ricevuto il trattamento per questo passaggio, specialmente insieme ai familiari, hanno migliorato notevolmente sia la qualità della vita residua, sia la qualità della morte rispetto al gruppo di controllo (Aragona 2012).

Materiali e metodi

Nel presente studio abbiamo sempre fatto riferimento ai dodici principi della *Good Death* di Richard Smith e Randall Curtis ed a quelli di Grossman, ed abbiamo reclutato 40 pazienti, malati terminali con i loro *caregiver*, studiati in hospice e divisi in due gruppi in modo casuale:

- gruppo sperimentale (20 pazienti), che ha ricevuto un trattamento transpersonale di preparazione alla morte;
- gruppo di controllo (20 pazienti) che non ha ricevuto questo trattamento.

Principi di una buona morte (Smith e Randall Curtis) (* = parametri aggiunti perché ritenuti fondamentali nel modello transpersonale di Grossman):

1. sapere quando la morte arriverà, e capire che cosa ci si può aspettare
2. essere in grado di mantenere il controllo su quello che succede
3. permettersi dignità e privacy
4. avere controllo e sollievo sul dolore e gli altri sintomi
5. avere controllo e possibilità di scelta del luogo dove avverrà la morte (a casa o altrove)
6. avere accesso alle informazioni e alla competenza necessaria
7. avere accesso a qualsiasi supporto, spirituale o emotivo richiesto

8. avere accesso alle “cure palliative” in qualsiasi luogo, non solo in hospice
 9. avere il controllo su chi sarà presente e condividerà la fine
 10. essere in grado di comunicare direttive anticipate che assicurino che i desideri vengano rispettati
 11. avere il tempo di dire addio e il controllo sugli aspetti tempistici
 12. essere in grado di andare quando è il momento, e non avere una vita prolungata inutilmente
- * sentirsi libero dall'attaccamento familiare e sociale.
 - * risoluzione di conflitti interiori emotivo-relazionali-spirituali, ed accedere al beneficio del perdono profondo
 - * soddisfazione dei bisogni di auto-realizzazione e trascendenza, con l'apertura al Superconscio ed al Sé transpersonale ed il raggiungimento di esperienze transpersonali
 - * cogliere il senso di significato e di scopo della propria vita.

Si è, quindi, utilizzato il modello transpersonale di preparazione alla morte secondo Grossman, tenendo conto della necessità di chiarire e risolvere i conflitti interiori ed accedere ai livelli più profondi del “perdonare”, utilizzando modalità verbali e non-verbali con meditazioni creative energetiche profonde e l'induzione di stati non ordinari di coscienza ed esperienze “vetta” e il dare il significato della propria vita (Aragona 2009).

La qualità di vita dei pazienti (QOL) nell'ultima settimana e la qualità della morte (QOD), sono state valutate mediante scala analogico-visiva (VAS) su due singoli *item*, somministrati al personale sanitario e facendo riferimento ai criteri Randall Curtis-Smith, modificati con i parametri transpersonali secondo Grossman.

Questi due singoli *item* (nominali, con valori 0-10), sulla qualità della vita durante l'ultima settimana e la qualità della morte, spiegano il 38% della varianza nel punteggio totale della QODD ($r = 0.63$; $p < 0.001$) (Smith e Randall Curtis). Gli *item* sono stati sottoposti, dopo la morte del paziente, a 7 oncologi e 7 infermieri e ne è stato calcolato il valore medio:

1. “come valuta la qualità della vita di (nome del paziente) durante gli ultimi sette giorni della sua vita?”.
2. “Come valuta la qualità del momento della morte di (nome del paziente)?”.

Inoltre sono stati valutati il dolore, la sedazione farmacologica e lo stato di coscienza prima della morte.

Risultati

I valori medi dei quesiti somministrati a 14 tra oncologi e infermieri hanno mostrato che:

- il valore di QOL risulta migliorato nel gruppo transpersonale di pazienti ($5,38 \pm 0,87$) rispetto al gruppo di controllo ($4,5 \pm 1,13$), con differenze significative ($p = 0,035$) (Figura 1);
- il valore di QOD risulta migliorato nel gruppo transpersonale di pazienti ($5,95 \pm 0,94$) rispetto al gruppo di controllo ($5,09 \pm 1,11$) con differenza significativa ($p = 0,045$) (Figura 2).

Nessuna differenza significativa è stata osservata per gli altri parametri valutati (dolore, sedazione farmacologica e stato di coscienza). I risultati ottenuti dalla ricerca, hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa ($p= 0,035$; $p=0,045$) tra il gruppo di controllo ed il gruppo transpersonale. In particolare i valori di QOL e QOD risultano più alti in media nei pazienti trattati con l’approccio transpersonale rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Ad alcuni pazienti che non hanno potuto ricevere direttamente il trattamento, perché non coscienti, questo è stato però effettuato indirettamente, tramite i familiari. Anche in questi casi il beneficio è identico, probabilmente per l’accesso allo stesso campo energetico di coscienza, all’inconscio collettivo comune tra terapeuta, paziente e parenti (Aragona 2015).

Caso di P.I.: uomo con carcinoma del polmone metastatico, terminale. Il paziente ha una personalità estremamente introversa e privilegia il ricorso al ragionamento e alla logica razionale. Nei frequenti momenti di disperazione afferma: “la vita è senza senso, è un processo meccanico e tutto finisce con la morte, non esiste nulla oltre”. Ed anche: “è meglio finirla qui”, “la vita è una noia mortale! Non sopporto aspettare questa morte che non arriva mai”. Col metodo transpersonale di Grossman si è riusciti a suscitare in lui un ragionevole dubbio nella sua rigidità di pensiero, per aprirsi a nuove possibilità. Attraverso il rito, cioè la riproduzione simbolica della soluzione delle enormi carenze affettive e di riconoscimento, subite sin dalla nascita, si è aperta una porta per sanare i principali suoi tormenti. Infatti, circa quindici giorni prima della morte, afferma: “mai nessuno ha fatto questo per me”, “questa è la gioia più grande della mia vita”. Dopo

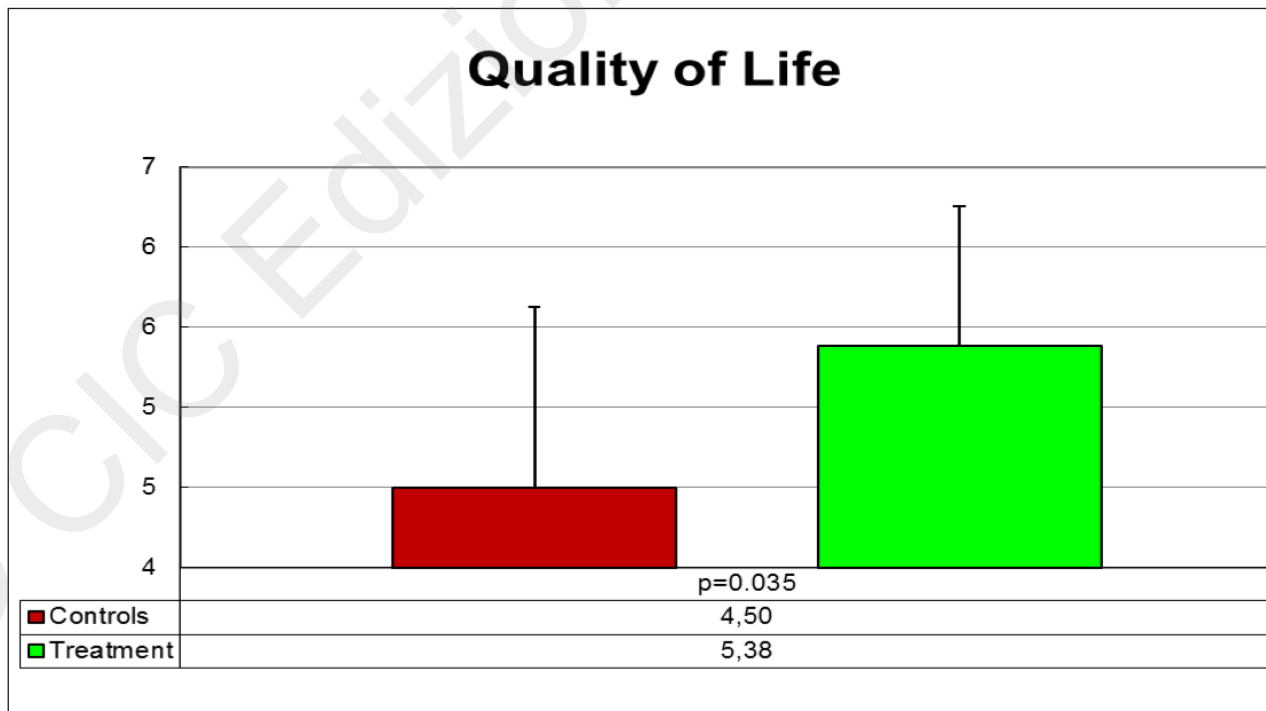


Figura 1 - Miglioramento della qualità di vita nel gruppo sperimentale di trattamento transpersonale rispetto al gruppo di controllo ($p=0,035$).



Figura 2 - Miglioramento della qualità della morte nel gruppo sperimentale di trattamento transpersonale rispetto al gruppo di controllo (p = 0,045).

aver riaperto le radici del suo innamoramento ed il suo “sentire” profondo, il paziente esplicita: “adesso mi sento restituito”. E poche ore dopo si spegne serenamente, con accanto la persona amata.

Discussione

In questo studio, si evidenzia come gli interventi verbali, che sono spesso inapplicabili in pazienti morienti, devono essere affiancati da altri metodi, come quello transpersonale, che usa anche gli stati non ordinari di coscienza, perché ci consentono di oltrepassare le barriere comunicative ordinarie e di comunicare su altri livelli, altrettanto efficaci, che diventano canali privilegiati. I dati mostrano che, nonostante il numero limitato di pazienti studiati, il trattamento con intervento transpersonale specifico permette ai pazienti di avvicinarsi alla morte con una migliore qualità di vita (QOL) e di vivere tranquillamente l’esperienza del morire (miglioramento del punteggio QOD), rispetto ai pazienti del gruppo di controllo. Ciò indica che la morte è avvenuta con consapevolezza rilassata, meno agonia, più tranquilla e veloce, con una migliore accettazione del distacco da parte sia dei pazienti sia

dei familiari, e che si è sanato e perdonato interiormente.

Nello studio, tutti i pazienti hanno ricevuto, comunque, le migliori terapie di supporto ed i risultati suggeriscono l’utilità dell’approccio transpersonale in un contesto clinico, come questo, estremamente complesso e al di fuori degli approcci ordinari.

Conclusioni

I risultati di questo studio suggeriscono l’utilità e la versatilità dell’approccio transpersonale nel difficile passaggio del morire, soprattutto quando gli interventi verbali sono limitati per via delle condizioni cliniche scadute, rilevando sia un miglioramento della qualità di vita residua sia un miglioramento della qualità della morte.

Letture consigliate

- Aragona M. La via transpersonale nella gestione dello stress in oncologia. In Aragona M e Aragona F: Fisiopatologia dello Stress: aspetti istopatologici del comportamento emozionale umano. Melino Nerella Edizioni, 2009a. ISBN 978-88-96311-

- 07-3. Pag 233-262.
- Aragona M. Living And Dying: Therapeutic Relationship Improvement through Death Acceptation in the Transpersonal Approach. [Workshop]. Atti del 11° Eurotas Italy 2009: Beyond The Mind: Towards a Consciousness of Unity. From a Culture of Competition to a Culture of Sharing. Milano 15-18 Ottobre 2009b. Anima Edizioni 2009:46-48.
 - Aragona M, Panetta S. Transpersonal experiential approach on living and dying improve physicians nurses communication skills and well being. Tumori 2012. 39. [Abstr].
 - Aragona M. Transpersonal Medicine: un Progetto per la Salute. Pag. 81-103. In Aragona M., & Rizzo G.: Salute Alimentazione Neoplasie: dalla prevenzione al supporto in un razionale il cui centro è l'essere umano. L'Officina delle Idee Editore. 2014. ISBN 9788890214455. Link per download: www.chiryo.it/download; www.slowfestival.it.
 - Aragona M. Lo spazio multidimensionale della relazione tra salute, cancro e guarigione, secondo la visione transpersonale. Formazione Psichiatrica e Scienze Umane. XXXVI, 2, 27-40; 2015. ISSN 0394-8897: www.formazionepsichiatrica.it.
 - Aragona M, Gulli D, Surace T, Panetta S. Transpersonal medicine and spirituality in end of life cancer care. APMB Atti dell'Accademia in Aula Peloritana dei Pericolanti. 2017.
 - Aragona M. Psiconcologia Transpersonale: dalla sofferenza alla guarigione attraverso le esperienze vette. Rivista Internazionale di Psicologia Transpersonale. In stampa.
 - Aragona M, Genitrini M, Panetta S, Nath Banstola B. Lo sciamanesimo: da antica via di conoscenza a moderna cura complementare in medicina e psicologia. Formazione Psichiatrica e Scienze Umane. In stampa.
 - Assagioli R. Principi e metodi della Psicosintesi Terapeutica. Astrolabio, Roma, 1973.
 - Assagioli R. L'atto di volontà. Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1977.
 - Borasio G. Saper morire. Bollati Boringhieri, 2015.
 - Davidson RJ. Cognitive Neuroscience Needs Affective Neuroscience (and Vice Versa). Brain and Cognition. 2000;42:89-92.
 - Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. Psychosomatic Medicine. 2003;65:564-570.
 - Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. Psychosomatic Medicine. 2004;66(1):148-152.
 - Davidson RJ. Well-being and affective style: neural substrates and biobehavioural correlates. Phil Trans R Soc Lond B. 2004;359:1395-1411.
 - Davidson RJ, van Reekum C. Emotion is not one thing. Psychological Inquiry. 2005;16:16-18.
 - Dossey L. Medicina Transpersonale: il potere curativo della mente. Red Ed. Como, 2001.
 - Ferrucci P. Esperienze delle Vette: Creatività estasi illuminazione, le nuove frontiere della psicologia transpersonale. Astrolabio, Roma, 1989.
 - Flor-Henry P, Shapiro Y, Sombrun C. Brain changes during a shamanic trance: Altered modes of consciousness, hemispheric laterality, and systemic psychobiology. Cogent Psychology. 2017;4:1313522.
 - Funghi P. Riflessione sull'idea della morte: individuazione di alcune criticità, documento del Centro di Bioetica e Biodiritto, sezione di Arezzo, 2006.
 - Grof S. Oltre il cervello. L'esplorazione transpersonale delle possibilità della coscienza umana. Cittadella Ed., 1997.
 - Grof S. L'ultimo viaggio. Urba Ed. Milano, 2007.
 - Grossman J. Vivere ed Amare. Ed. Crisalide, 1992.
 - Jevolella M. Buddha Vincere il dolore. Oscar Mondadori. 2007.
 - Jung CG il libro rosso. Libera Novus. Bollati Boringhieri. 2010.
 - Kubler-Ross E. On death and dying. London: Tavistock, 1970.
 - Kubler-Ross E. Domande e Risposte sulla morte e il morire. Red Edizioni. 1981.
 - Maslow Abraham H. Toward a psychology of being. D. van Nostrand Company, Inc, New York. 1968.
 - Montecucco NF. Psicosomatica olistica. La salute psicofisica come via di crescita personale dai blocchi psicosomatici all'unità dell'essere. Edizioni mediterranee. 2005.
 - Ostaseski F. Sapere accompagnare. Oscar Saggi Mondadori. 2006.
 - Randall Curtis J. A Measure of the Quality of Dying and Death Interviews with Family Members. J Oain Symptom Manage. 2002;24:17-31.
 - Ruiz Don Miguel, Emrys B. L'arte tolteca della vita e della morte. Il Punto d'incontro edizioni. 2015.
 - Smith R. A good death: An important aim for health services and for us all. BMJ. 2000;320:129-130.
 - Simonton C, Simonton S, Creighton J. Star bene nuovamente. Ed Nord-Ovest. 1978.