

ATTI DEL CORSO



“Solo coloro che si tengono lontani dall’amore possono evitare la tristezza del lutto. L’importante è crescere, tramite il lutto, e rimanere vulnerabile all’amore.”

John Brantner

LE PROFESSIONI D’AIUTO TRA VITA E MORTE

A cura di

Flavia Centurrino

Francesca Mancini

IL BAMBINO E LA MORTE:

COSTRUZIONE DEL CONCETTO DI MORTE E PERCEZIONE ENDOPSICHICA INCONSCIA

Il bambino è un grande investigatore, un piccolo scienziato sperimentale; se da un lato il suo istinto epistemofilo, sostenuto dalle pulsioni libidiche, lo porta a produrre fantasie ed ad indagare sulla nascita e la procreazione, dall'altro fantasie ed investigazioni sono indirizzate anche sul problema della fine della vita: la morte.

Per parlare di nozione di morte in età evolutiva bisogna tenere presente due piani distinti anche se interdipendenti. Il piano cosciente ed intellettuale, vale a dire le progressive tappe del pensiero che conducono alla costruzione del concetto di morte come fenomeno universale ed inevitabile e il piano inconscio, vale a dire le manifestazioni della pulsione di morte nella produzione di fantasmi inconsci con la conseguente stimolazione di angoscia e di meccanismi di difesa.

Nascita e sviluppo del concetto di morte

Prima dei cinque anni, il bambino riesce a concettualizzare la morte solo come assenza. Vita e morte non sono dissociabili dall'altra coppia di opposti presenza – assenza. Morto è colui che non c'è ma può sempre riapparire.

È fra i cinque e i dieci anni che prende forma il concetto di morte. La sua costruzione è parallela a quella del concetto di vita. Nel periodo denominato da Piaget "artificialismo" tutto ciò che si muove a cui il bambino dà un'intenzionalità (vento, sole, nuvole, ecc.) è considerato vivo. Inizialmente il bambino identifica il movimento con la vita: una bimba di sei anni, alla domanda: "Cosa sono i morti?" risponde: "Quelli che non si muovono più".

Man mano la nozione di vivente viene ristretta ai soli oggetti con moto proprio, successivamente ai soli animali e piante e solo per questi ultimi il bambino parlerà di morte.

Il carattere di irreversibilità della morte viene acquisito relativamente tardi (verso gli otto anni). Prima è un'assenza provvisoria e reversibile. Ecco il motivo delle domande imbarazzanti del bambino tipo: "Ora è morto, ma quando ritorna?", oppure: "Per quanto tempo deve stare il cielo?".

Anche il carattere di inevitabilità della morte è oggetto di una progressiva evoluzione del pensiero. In un primo momento la morte è associata ad un incidente, è la conseguenza di un atto aggressivo esterno. È morto chi viene ucciso. Solo più tardi la morte acquista i caratteri di legge iscritta nell'ordine biologico, di evento inevitabile. Da quel momento la morte si lega alla vecchiaia. Se quindi solo alle soglie della pubertà il bambino è in grado di pensare alla morte come evento ineluttabile ed irreversibile, ben prima, a livello di fantasmi inconsci e di angosce, la morte fa la sua comparsa.

Pulsione di morte ed angosce di morte

Nel 1920, in *"Al di là del principio del piacere"* Freud postula l'esistenza della pulsione di morte, in opposizione dicotomica con le pulsioni di vita. Mentre la prima tende alla distruzione, disintegrazione delle unità vitali, al livellamento radicale delle tensioni attraverso la riconduzione dell'essere vivente allo stato inorganico, le seconde mirano alla conservazione dell'unità vitale esistente e alla costruzione, a partire da esse, di unità più complesse e strutturate.

La pulsione di morte originariamente è diretta verso l'interno e tende all'autodistruzione, successivamente viene proiettata all'esterno, manifestandosi sotto forma di pulsioni aggressive o distruttive.

M. Klein (1948) ipotizza che l'esistenza della pulsione di morte sia avvertita dall'organismo sotto forma di angoscia di annientamento. Proiettata all'esterno, essa dà l'avvio alle angosce persecutorie della fase schizo-paranoide. Per la Klein è sul "seno cattivo", il seno che infligge le frustrazioni, che viene deflessa l'angoscia di annientamento del lattante, esso diventa il rappresentante esterno della pulsione di morte. Il lattante però introietta anche il seno cattivo, ciò rafforza le angosce primarie di pericolo interno e ingenera una nuova spinta proiettiva.

L'elicitazione dell'angoscia di annientamento provoca, come difesa, l'intensificazione dei meccanismi proiettivi e la costruzione di oggetti persecutori. Ciò è ben visibile nei comportamenti dei bambini affetti da malattie croniche e mortali. Ho avuto modo di seguire per qualche tempo due bambini affetti da tumore, benché di età e personalità diversa entrambi occupavano la maggior parte delle sedute ripetendo, pur con varianti, lo stesso gioco: il protagonista invincibile e onnipotente (magico) era perseguitato da esseri malvagi e stupidi, si scatenava un combattimento e l'eroe alla fine distruggeva, a volte in modo sadico, i nemici. Ciò che distingueva questi giochi di lotta da altri analoghi di altri bambini era l'impossibilità assoluta del protagonista di poter essere anche minimamente leso o solo scalfito, la denigrazione eccessiva del nemico, l'intensità del piacere goduto dal bambino nella lotta ed il suo senso di trionfo.

In effetti spesso la malattia è vissuta dal bambino come un violento attacco e una grossa ferita narcisistica, la reazione difensiva è la fuga nell'onnipotenza, da un lato, e dall'altro l'identificazione con l'aggressore vissuto come potente e sadico. Freud parla di lavoro antagonistico tra pulsione di morte e pulsione di vita, Klein individua in questo antagonismo la spinta alla nascita e allo sviluppo del mondo interno del lattante e il motivo dell'alternarsi delle fasi schizo-paranoide e depressiva nelle dinamiche relazionali successive. L'insorgere della fase depressiva è stimolata dalla pulsione di vita che trova il suo primo rappresentante nel "seno buono". Secondo la Klein è la pulsione di vita che conduce il bambino, all'inizio della fase depressiva, quando riconosce la madre come oggetto totale e non più scisso in buono e cattivo, a fantasie riparatorie rispetto all'oggetto amato vissuto fantasmaticamente come leso dagli attacchi aggressivi e proiettivi della

precedente fase schizo-paranoide.

Nel 1912, prima di Freud quindi, Sabina Spielrein pubblica un saggio: *"La distruzione come causa della nascita"*. In questo lavoro ipotizza che il motore propulsivo di ogni creazione, dall'atto procreativo vero e proprio, alle produzioni artistiche sia una miscellanea di spinte costruttive e distruttive, un prodotto del lavoro congiunto di spinte verso la distruzione e spinte volte alla strutturazione, una morte – nascita.

Fanti, nel 1981, sembra riprendere questa intuizione e, attraverso l'individuazione di un'unica pulsione di morte-di vita, sottolinea questa sinergia.

Fanti rielabora la metapsicologia freudiana secondo i paradigmi teorici della fisica dell'ultimo secolo. Ipotizza che l'energia che costituisce ed anima le entità sia sottoposta ad una spinta dicotomica: da un lato una tendenza alla destrutturazione – scomposizione ai cui limiti esiste il vuoto (attrazione per il vuoto), dall'altra un'esigenza, a partire da un certo grado di destrutturazione, di vincolamento e ristrutturazione (fuga dal vuoto). Nell'essere umano questa perpetua oscillazione tra spinta destrutturatrice e fuga-rimbalzo verso la complessizzazione è modulata attraverso la pulsione di morte-di vita.

Mentre la componente di morte esprime la propensione alla destrutturazione, alla perdita del legame, la componente di vita esprime la tendenza alla strutturazione, al legame. A partire da un certo grado di vuoto o destrutturazione creato dalla componente di morte, della pulsione di morte-di vita, scatta per rimbalzo la componente di vita che dà avvio alla strutturazione energetica.

L'antinomia è quindi rielaborata come continua oscillazione tra i due poli. Per la micropsicoanalisi pulsione di morte e pulsione di vita invece di opporsi in un dualismo, costituiscono una sinergia motrice, un perpetuo meccanismo di azione-reazione.

Note:

Per la Klein il seno buono e il seno cattivo sono i primi oggetti interni del lattante nati dall'interazione con la madre e costruiti tramite identificazioni e proiezioni successive.

Bibliografia

L. Di Cagno, F. Ravetto, *"Le malattie croniche e mortali nell'infanzia e l'angoscia di morte"*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1980 Roma
S. Fanti, *"La micropsicoanalisi"* Borla, 1983 Roma
S. Fanti, *"Dizionario di psicoanalisi e di micropsicoanalisi"*, Borla, 1984 Roma
P. Ferrari, Il bambino affetto da malattia mortale in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *"Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza"*, N.2 Borla 1990 Roma

S. Freud (1920): Al di là del principio del piacere, in " *Freud Opere* " Vol.9, Boringhieri, 1977 Torino
M. Klein (1948), Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa in " *Scritti: 1921 – 1958* " Boringhieri, 1978 Torino
J. Piaget (1926), " *La rappresentazione del mondo nel fanciullo* ", Boringhieri, 1966, Torino
S: Spielrein (1912) , La distruzione come causa della nascita, in *Jb, psychoanal. Pscycopach. , Forsch, 4,465*, 1912

IL DOLORE E IL LUTTO NORMALE

I termini ' **dolore e lutto** ' si applicano alle reazioni psicologiche delle persone che sopravvivono a una **perdita significativa**. Il dolore è il sentimento soggettivo provocato dalla morte di una persona amata; il termine viene usato come sinonimo di lutto, sebbene, in senso più stretto, il **lutto** sia **il processo con cui si risolve il dolore**. La perdita significa letteralmente la condizione di privazione di qualcuno in seguito a morte e si riferisce al trovarsi in stato di lutto.

Indipendentemente dalle differenze semantiche, sono presenti analogie sufficienti nell'esperienza del dolore e della perdita di una persona amata per **legittimare il lutto come una sindrome** che ha segni, sintomi, decorso e risoluzione prevedibili.

L'espressione del dolore si estende a un'ampia fascia di emozioni, che dipendono dalle aspettative e dalle norme culturali e dalle circostanze della perdita. **L'elaborazione del dolore** è un complesso processo psicologico di distacco dall'attaccamento che si esplica attraverso il dolore del lutto.

IL LUTTO NORMALE

Il **lutto non complicato** è considerato una **risposta normale** in virtù della prevedibilità dei suoi sintomi e del suo corso. Inizialmente si manifesta come uno stato di shock, esprimibile come una sensazione di intontimento e un senso di smarrimento. Questa evidente incapacità di comprendere quanto è accaduto può risultare di breve durata ed è accompagnata da espressioni di sofferenza e di dolore. Si possono anche manifestare astenia, inappetenza, calo ponderale e difficoltà di concentrazione, di respirazione e di comunicazione. I disturbi del sonno possono comprendere difficoltà nell'addormentamento, periodi di veglia notturna e risvegli prematuri. Accade spesso di sognare la persona scomparsa, dopo di che chi stava sognando si risveglia con un senso di delusione nello scoprire che era solo un sogno.

Il **rimorso** è un fatto comune, sebbene sia meno accentuato nel dolore normale rispetto a quello patologico. I pensieri di rimorso si focalizzano normalmente su alcuni atti relativamente minori di omissione o reazione verso la persona scomparsa. Un fenomeno conosciuto come senso di colpa si manifesta in persone che sono alleviate dal fatto che la morte è capitata a qualcun altro e non a loro. Nel periodo della perdita si manifestano **forme di negazione**; spesso l'individuo che ha perso una persona cara inavvertitamente nega il decesso o agisce come se non fosse mai accaduto. I tentativi di continuare il rapporto perduto sono evidenziati dal conservare gli oggetti che appartenevano alla persona scomparsa o che ricordano il dolore (oggetti di legame).

La sensazione della presenza della persona scomparsa può essere così intensa da costituire **un'illusione o un'allucinazione** (ad es., sentire la sua voce o avvertirne la presenza). Nel dolore normale, tuttavia, chi sopravvive si rende conto che la percezione non è reale. Nell'ambito di ciò che è stato chiamato **fenomeno d'identificazione**, chi sopravvive può assumere qualità, atteggiamenti o caratteristiche del defunto per perpetuarlo in modo concreto. Tale manovra può potenzialmente diventare un'espressione patologica, con l'insorgenza di sintomi fisici analoghi a quelli provati dalla persona scomparsa o suggestivi della malattia che ne ha provocato la morte.

John Bowlby ha ipotizzato quattro **fasi del lutto**:

lo stadio 1 è una prima fase di disperazione acuta, caratterizzata da stordimento e protesta. Vi può essere immediato rifiuto e sono comuni crisi di rabbia e di dolore. La fase può durare da alcuni momenti a giorni e può interessare periodicamente la persona afflitta per tutta la durata del processo di lutto.

Lo stadio 2 è una fase d'intenso desiderio e di ricerca della persona deceduta; è caratterizzata da irrequietezza fisica e da preoccupazione eccessiva verso il morto. La fase può durare alcuni mesi o anche anni in forma attenuata.

Nello stadio 3, descritto come una fase di disorganizzazione e di disperazione, la realtà della perdita comincia a essere accettata. Domina una sensazione che la vita non sia reale e la persona afflitta sembra essere chiusa in se stessa, apatica e indifferente. Spesso si verificano insonnia e calo ponderale così come la sensazione che la vita abbia perso il suo significato. La persona addolorata ricorda costantemente lo scomparso; insorge un inevitabile senso di delusione quando la persona che ha subito la scomparsa di una persona amata riconosce che i ricordi sono solo ricordi.

Lo stadio 4 è una fase di riorganizzazione, durante la quale gli aspetti acuti del dolore cominciano a ridursi e la persona afflitta comincia ad avvertire un ritorno alla vita. La persona perduta viene ora ricordata con un senso di gioia, ma anche di tristezza, e la sua immagine viene interiorizzata.

LETTURA CONSIGLIATA:

IL LUTTO IN PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

Il lutto non è una malattia e la maggior parte di noi riesce nel tempo a superare l'evento senza danni rilevanti. Alcune persone hanno però molta difficoltà a elaborare la perdita, rischiando di incorrere in gravi rischi per la salute psicofisica. Con un taglio prettamente clinico, noti psicologi, psichiatri, psicoterapeuti e medici offrono con questo testo un'informazione allargata e imparziale sul tema, presentandone i modelli teorico-scientifici e le modalità di aiuto al paziente. Particolare attenzione viene rivolta, oltre ai fattori di rischio, agli aspetti di resilienza e alle capacità di superamento di eventi anche molto gravi.

Partendo dalla «naturalità» ed universalità dei lutti, il volume si apre con due ampi capitoli relativi ai modelli clinici e alle ricerche scientifiche degli ultimi cento anni - da Freud al «lutto come evento stressante» -, soffermandosi sui vari aspetti, come il lutto traumatico e patologico e gli apporti psicobiologici sul tema «lutto e salute». Due contributi speciali sono destinati ad aiutare i parenti e gli amici che devono affrontare un lutto per suicidio o per eventi gravi come guerre, atti violenti e incidenti.

A cura di Maura Sgarro, presentazione di Antonio Filiberti

GLI AUTORI

A. Aprea, M. Belletti, G. Biondi, E. Cazzaniga, C. De Ranieri, C. Favale, A. Fiorini, G. Genovese, A. Lamberto, D. La Rocca, A. Loperfido, P. Maghella, A. Marcianò, S. Morgante, L. Pinkus, A. Roncella, A. Rossi, G. Sacco, V. Salvi, P. Tabarini, A. Zuliani.

IL "LAVORO" DEL LUTTO

Il **lutto** è uno stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo che ha fatto parte integrante dell'esistenza. La perdita può essere di **un oggetto esterno**, come la morte di una persona, la separazione geografica, l'abbandono di un luogo, **o interno**, come il chiudersi di una prospettiva, la perdita della propria immagine sociale, un fallimento personale e simili. Dal lutto, che comporta sempre un'identificazione con l'oggetto perduto, si esce attraverso un processo di elaborazione psichica, o **«lavoro del**

lutto» che prevede:

uno **stadio di diniego** in cui il soggetto rifiuta l'idea che la perdita abbia avuto luogo, uno **stadio di accettazione** in cui la perdita viene ammessa, e uno **stadio di distacco** dall'oggetto perduto con re-investimento su altri oggetti della libido ad esso legata.

Il lavoro del lutto richiede un certo tempo per il ritiro degli investimenti libidici, e l'umanità ha sempre provveduto a occupare questo tempo con cerimonie e pratiche rituali.

Un blocco nel lavoro del lutto porta alla **melanconia**, che insorge quando il soggetto sente l'oggetto perduto come una parte ineliminabile di sé da cui non può separarsi se non separandosi da se stesso. In questo caso il dolore del lutto da normale diventa patologico.

ELABORAZIONE DEL LUTTO

Il lutto e gli operatori: una necessaria formazione

Il lutto non è un "lavoro" da iniziare dopo la morte. Deve cominciare prima, nella fase in cui la consapevolezza dell'inguaribilità della malattia si sostituisce all'atteggiamento mentale della lotta per la guarigione.

L'équipe che segue il malato modifica la strategia primaria e in conseguenza la tattica. La finalità non è più vincere, ma partecipare offrendo il massimo di assistenza e di conforto alla persona seguita, permettendole di capire la sua nuova situazione, rassicurandola e confermandole che non sarà mai abbandonata e che verrà invece privilegiata la qualità della sua vita. Fare il lutto di se stesso è un compito arduo e purtroppo spesso svalutato dai curanti e dai familiari. Abbiamo spesso denunciato i danni di cui è responsabile il tristemente famoso "complotto del silenzio" che conduce solo ad un isolamento della persona morente, un'incomunicabilità tra i membri della famiglia, la perdita irrecuperabile di momenti preziosi da vivere tra colui che se ne va e coloro che rimangono, e favorisce un senso di colpa suscettibile di perdurare a lungo, fonte di problemi psicologici e somatici.

Più la fase terminale della malattia avanza, più crescono e si diversificano le perdite che devono diventare oggetto di un'elaborazione di lutto da parte della persona ammalata.

Aiutare la persona ammalata a compiere il lutto delle sue perdite è parte integrante dell'accompagnamento alla morte.

A questo punto diventa essenziale un'elaborazione da parte dell'équipe (preparata accuratamente su queste tematiche) con i familiari, per riflettere insieme sul processo di avvicinamento alla naturalità e all'inevitabilità del morire. Nell'aiuto all'elaborazione del lutto, la preparazione delle persone protagoniste del dramma dipende da molti fattori. A grande linee, possiamo citare prioritariamente: il grado di coinvolgimento, l'età degli attori, la sensibilità e l'emotività individuale, il background culturale, la preparazione

generale all'evento in funzione dei propri valori e l'approccio o il rifiuto aprioristico della morte e del morire. Una riflessione specifica deve essere dedicata al tipo di morte con la quale si viene confrontati: l'impatto è diverso se la morte ha per quadro la vecchiaia o la prima infanzia e la "non nascita" (ossia la morte di un bambino non ancora nato o al momento della nascita stessa). Quando la morte viene a conclusione di una grave malattia, la reazione emotiva dipende spesso dal tipo di patologia, dalla sua durata e dal grado di dolore e di sofferenza che l'ha accompagnata. Infine l'elaborazione di un lutto segue un cammino particolare quando la morte è legata ad un incidente, una morte improvvisa (arresto cardiaco...), una catastrofe naturale, un fatto di guerra, un'azione di terrorismo, una morte violenta, con o senza violenze sessuali, un suicidio. Non è possibile nello spazio di questa riflessione analizzare dettagliatamente ogni struggente aspetto di quanto abbiamo appena menzionato. Desideriamo solo porre le basi per una riflessione con l'intento di fare comprendere ai familiari, agli operatori sanitari, ai volontari che l'accompagnamento alla morte come l'elaborazione del lutto è un'arte insieme ad una somma di conoscenze. L'improvvisazione, quando non produce effetto, può risultare pericolosa per ognuno degli interessati, malato, familiari e personale curante ed essere fonte di conseguenze negative quanto dolorose per il futuro degli accompagnanti. menzionato. Desideriamo solo porre le basi per una riflessione con l'intento di fare comprendere ai familiari, agli operatori sanitari, ai volontari che l'accompagnamento alla morte come l'elaborazione del lutto è un'arte insieme ad una somma di conoscenze. L'improvvisazione, quando non produce effetto, può risultare pericolosa per ognuno degli interessati, malato, familiari e personale curante ed essere fonte di conseguenze negative quanto dolorose per il futuro degli accompagnanti.

Dopo il decesso

Prima di tutto dobbiamo capire il lutto. Elaborare il proprio lutto necessita tempo ed energia, e quando è possibile, una guida competente. Non si possono imporre regole, tempi o metodologie standard. Si può soltanto ascoltare, accogliere, condividere, accompagnare e poi, quando ci sembrerà il momento, proporre delle linee-guida. Vorremmo offrire agli operatori, e a chiunque si avvicini alla situazione del lutto, alcuni punti di riferimento sui diversi tipi di lutto, su quanto è possibile definire una normale elaborazione e sui segni che preludono all'installazione di una situazione di lutto cronico o patologico.

Il lutto normale: E' spesso considerato dagli autori che su di esso hanno riflettuto, come avente una certa similitudine con la melanconia. Nel 1911, Karl Abraham lo definì una "emorragia interna" e spinse Freud a lavorare sul problema. Per Freud, quello che viene definito il lavoro di lutto, è indispensabile per riacquistare un equilibrio, ma può solo iniziare dopo la fine delle fasi del rifiuto e della collera che avvengono successivamente al decesso. Il processo del lutto segue delle tappe che obbediscono a vari fattori. Secondo la cultura e l'indole della persona in lutto, i segni esteriori variano passando da dimostrazioni apparentemente esagerate e volutamente vistose per tutti ad atteggiamenti più privati, ma non meno sentiti.

Le reali tappe del lutto e le sue espressioni sono però legate alla presa di coscienza della perdita che avviene dopo il rifiuto, la ricerca dell'oggetto perso, l'agitazione, l'apatia...

Risulta necessario vincere lo stato di schok. Secondo i casi, si verificano: un peggioramento repentino della salute, una paralisi delle funzioni organiche importanti come il sonno, il mangiare, una profonda stanchezza, una totale apatia, uno stato di collera permanente contro tutti. Segue spesso uno stato di depressione.

Alcuni si manifestano da soli, altri si associano, alcuni non sono forse stati contemplati. I primi segni si verificano a **livello somatico**: ritmi di vita scombussolati (in relazione alle abitudini), stato vigile e sonno perturbato, agitazione, insonnia, sonni agitati, allucinazioni visive ed uditive... ipersonnia (sonno-fuga). Abitudini alimentari sconvolte (anoressia oppure bulimia, nausea e vomito, perdita del gusto), rischio di alcoolizzazione legato alla solitudine (l'alcool viene utilizzato nella sua funzione di stimolatore e anti-depressore), aumento del fumo, uso di stupefacenti, fuga nel sesso o castità morbosa. Astenia, stanchezza totale, mancanza di tonus, pigrizia anche nel comunicare, parlare rallentato, tono di voce bassa... Tendenze al suicidio, ricerca della morte non riconosciuta (velocità in macchina, in moto, motorino... cercare delle occasioni per provocare la morte senza mettere volontariamente in esecuzione il desiderio inconscio) o negazione del vivere (morire per anoressia, o di malattia per rifiuto manifesto o sospensione delle cure). L'intenzione è di raggiungere il caro deceduto. L'iper-attivismo, la violenza (aggressività verso gli altri o verso se stessi) sono altre manifestazioni dello stesso problema... Ogni scelta di una o altra "soluzione" ha come scopo scappare dalla realtà considerata inaccettabile.

Gli effetti della incapacità di adattarsi alla nuova dimensione di vita si verificano anche a **livello intellettuale**. Diminuzione delle capacità intellettuali, dell'attenzione e della concentrazione, dell'apprendimento, cattivo funzionamento della memoria, difficoltà nell'esecuzione degli automatismi con la consapevolezza di un cambiamento riduttivo di se stessi. Questa situazione porta un aumento del senso di colpa con un progressivo isolamento dagli altri come auto punizione, e una conseguente perdita di autostima, ciclo vizioso che alimenta la nevrosi.

Lo stesso avviene sul **piano affettivo**. Tristezza e pessimismo sono l'aspetto dominante del carattere di chi sta nella prima fase del lutto. Nega tutto in blocco, rifiuta spesso l'aiuto degli altri, conoscenti, amici o membri della famiglia. Apertamente, o nella sua solitudine, ha tendenza all'autocommiserazione. Diventa ipersensibile e suscettibile con una tendenza a denigrare gli altri, la loro solidarietà, fino all'aggressione verso di loro e verso se stesso che può spingersi all'autolesionismo.

Nello stesso tempo, la persona vive un forte senso di colpa per la consapevolezza dell'ingiustizia del proprio atteggiamento verso le persone care. La manifestazione della sua ansia può passare dalle crisi di pianto incontrollabile al riso isterico, al compiere atti ripetitivi o discorsi che faceva prima con il defunto, in modo compulsivo. Il senso di colpa è complesso e non identificato chiaramente da chi lo subisce. Va dalla colpevolizzazione per la morte dell'altro, all'autocritica per un'assistenza insufficiente, al non detto, al mal fatto, ad un giudizio esacerbato sugli sbagli e dimenticanze eventuali o peccati commessi. Tutti i ripianti, i sogni infranti e quello che si è sempre rimosso escono adesso alla superficie, in modo disordinato e distruttivo. La tendenza al rifiuto di qualsiasi manifestazione di piacere, anche il più semplice e banale, viene messo a mo' di regola: rifiuto di incontrare amici cari, di uscire... Fuga da luoghi o da persone che esprimono allegria e che aumentano la propria sofferenza. Un altro aspetto importante che blocca il

necessario distacco è l'idealizzazione della persona deceduta. Per alcuni risulta necessario quello che si può definire il processo di santificazione. L'immagine del defunto viene ripulita e glorificata e la persona in lutto si sente investita del ruolo di protettore, difensore, custode della purezza del ricordo.

L'**accettazione** è l'ultima fase che permette una ricostruzione del proprio io. È il momento in cui si riesce a raccogliere i pezzi del puzzle sparsi ed a ricomporre la struttura della propria personalità. Non si nega più, non si cancella la realtà, la si accetta. L'accettazione intellettuale rende consapevole l'inevitabilità del cambiamento radicale dell'esistenza: la vita non sarà mai più come prima. Il ritorno alla vita quotidiana diventa possibile con l'accettazione della ripresa del proprio ruolo e l'assunzione degli obblighi familiari, sociali e professionali. L'immagine onnipresente del defunto diminuisce, si integra con armonia nella personalità dell'altro, l'arricchisce. Secondo i valori, la cultura, le scelte, i bisogni di ognuno, diventano possibili nuovi attaccamenti affettivi, oppure la sublimazione consapevole nella ricerca di una nuova dimensione della vita. Per riassumere in due parole, trattasi della scoperta di una nuova motivazione esistenziale come risultato finale del processo di elaborazione.

Le complicazioni del lutto: lutto cronico e lutto patologico.

Il lutto non è una malattia, ma lo può diventare. Non sempre risulta evidente l'identificazione di segni che avvertono della trasformazione del processo normale in un processo patologico. Le manifestazioni del lutto normale si acutizzano e diventano croniche e, se non sono capite in tempo e curate, possono trasformarsi in lutto patologico: apatia, assenze, indifferenza totale, insensibilità agli stimoli, anche al dolore... Il lutto acuto può verificarsi in situazioni di morte improvvisa (incidenti) o violenta (attentati, crimini, catastrofi naturali...), o nel suicidio in cui la fase del rifiuto facilmente si protrae senza apparente via di uscita. Le manifestazioni sono identiche a quelle precedentemente analizzate, ma con una più grande intensità e presentano dei rischi gravi per la salute o anche per la sopravvivenza della persona (dispnea e blocco di certe funzioni vitali), spesso accompagnate da un rifiuto dell'igiene oltre che del nutrimento o delle cure. A livello psichico si verificano numerosi segnali. La persona soffre di allucinazioni visive ed auditive, costanti e di tipo ossessivo. Si sviluppano delle manifestazioni maniacali: stato di melanconia permanente e di depressione cronica o atteggiamenti isterici. Spesso si aggiungono delle sensazioni di persecuzione e di dipendenza patologica. Alcuni somatizzano la patologia del coniuge. Ci sono interessanti studi su questa identificazione somatica, tra cui alcune ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su lutti e cancro, aumento di malattie cardiovascolari, diabete... Il desiderio di morte, a questo livello inconscio, evolve verso una ricerca effettiva, accompagnata spesso da manifestazioni di ostilità e di violenza reali contro se stesso e verso gli altri, a livelli esecutori gravissimi. Minacce o avvertimenti, verbali o scritti, vanno presi sul serio. Tutte le date significative, collegate alla vita della persona con il caro deceduto (anniversari, feste, ricorrenze, periodi di vacanze...) sono fonti di angoscia, tristezza, depressione ecc.

Rappresentano dei potenziali fattori di ricaduta da prevedere ed accompagnare indipendentemente dal tipo di elaborazione di lutto o dal livello dello stesso in cui la persona si trova. Un'attenzione particolare meritano gli effetti derivati dai cambiamenti atmosferici sullo stato psicologico della persona in lutto.

Come prevenire le complicazioni del lutto? Come comportarsi ed accompagnare un lutto? Esiste una corretta elaborazione?

Diversi fattori intervengono: nello sviluppo del processo del lutto, quelli legati al sesso, all'età e allo stato di salute, alle condizioni del decesso. Nelle complicità del lutto, rivestono particolare importanza i fattori socioculturali e psicologici, il background culturale e religioso, il tipo di famiglia e di rapporti di amicizia... Il personale curante che ha assistito a lungo un malato con cui si è stabilito un rapporto, così come con i parenti e gli amici, si trova, di fatto, inserito nella cerchia degli intimi, è diventato parte della famiglia. Non può, il giorno dopo, "scompare". Gli operatori coinvolti nel dramma ne sono parte integrante. Devono quindi capire che, se è loro richiesto, non potranno tagliare il filo che essi rappresentano, finché sarà un bisogno per i familiari. Non è un lavoro facile perché è coinvolgente a livello emotivo. Ci vuole una preparazione culturale e una formazione. I volontari che hanno partecipato alla vita della famiglia sono anche loro un guado per riuscire a ricostruire un equilibrio e ricomporre i pezzi sconvolti dalla perdita della persona cara.

Condoglianze viene da cum-dolere, cioè 'soffrire con'. L'ascolto, la presenza discreta sono il primo passo. Fondamentale è fare capire alla persona in lutto che le sue reazioni sono normali. E' importante non arrendersi al rifiuto di assistenza della persona in lutto. La presenza di chi accompagna deve essere rispettosa e fraterna, comprensiva e discreta, ma reale ed efficace. Mai offendersi perché l'offerta di aiuto è osteggiata, mai offendersi perché le reazioni dell'altro sono contrarie ai nostri valori (bestemie, insulti...). Mai tentare di bloccare le manifestazioni del dolore, della sofferenza. Dobbiamo esprimere la nostra presenza solidale e comprensiva anche se non possiamo provare gli stessi sentimenti dell'interessato perché il lutto è solo suo (spesso la persona in lutto è gelosa della sua sofferenza e non la vuol né esprimere né condividere perché convinta che gli altri non la possono capire). Non tentare mai di fare ragionare colui che soffre perché la dimensione della sofferenza non è misurabile, come non lo è la percezione del dolore fisico. E' soggettiva e non va rinchiusa in parametri o scale pseudo-sperimentate e globalizzate. Non cadere nella tentazione della banalità delle frasi passe-partout che hanno solo come effetto di aumentare la rabbia e l'ostilità verso l'esterno. Ricordiamoci che ogni lutto, come ogni morte, è unico e così va considerato e rispettato. Allo stesso modo, segue un tempo che gli è proprio. L'accompagnamento si adatta al tempo della persona, non lo impone. Il lutto, come la morte, è un nuovo parto, sempre doloroso e non sempre riuscito.

Qualsiasi sintomo che supera l'apparente "normalità" va segnalato al medico curante (che dovrebbe essere formato alle patologie del lutto).

Il confronto con il lutto rimane una delle ultime barriere da abbattere per riacquistare un rapporto sano con la morte e il morire.

Come aiutare chi muore, a trovare valore nella fine della propria vita?

Sostegno di altri esseri umani è quello che gli esseri umani ricercano nelle situazioni più difficili. È per questo che si è indagato nelle relazioni umane. Le relazioni significativi, scomode, fastidiose, fonte di delusioni, frustrazioni, che costringono a cambiare idea e mettono in crisi. Ma la crescita nasce nella diversità, perchè la similarità non provoca attrito, non stimola alla messa in discussione di chi si è e di chi è il prossimo.

La relazione prevede due o più persone che siano disposte a stabilire una comunicazione autentica. Colui che presta aiuto deve avere una disposizione particolare ed essere pronto all'azione per aiutare l'altro; che a sua volta fornirà il "materiale" per essere aiutato, cioè la propria storia, ricca di significato che solo lui può portare nella relazione.

Relazionarsi può significare incontrare il dolore degli altri, la malattia che distrugge il loro corpo, la loro morte in cui inevitabilmente ci si specchia. Questa identificazione, la possibilità pur remota di essere vulnerabile, spinge l'uomo a rifuggire la vicinanza con chi soffre.

Come reagisce chi non può separarsi dal proprio corpo malato? Con sgomento, rifiuto, rabbia, disperazione. La malattia è attacco al corpo, che contribuisce a costruire l'identità di ciascuno e la "contiene".

Spesso compagno fastidioso e mai silenzioso della malattia è il dolore, che separa l'uomo sano da quello malato, per la sua incomunicabilità.

La malattia è con speranza associata all'idea di guarigione, in un'epoca nella quale la medicina ha "escogitato scampo da mali incurabili".

Ma ci sono malattie contro cui la medicina ha ingaggiato da anni una durissima guerra, non ancora vinta.

Chi riceve la condanna a morte da un medico, deve rielaborare la propria vita, i progetti che vanno distrutti e deve difendersi. Nel viaggio verso la fine i compagni sono molto spesso il dolore, i ricordi, la vita passata, perchè il tratto in cui si aspetta la morte sembra essere già non più vita. Un moribondo viene visto come un essere già morto. Non ha voce in capitolo per quanto riguarda le cure, a volte non è pienamente consapevole delle sue reali condizioni, ma se sa, è difficile comunicare con lui e la sua condizione è quasi imbarazzante.

La morte del malato terminale offre l'opportunità di pensare la vita e affrontare anche l'esperienza che sembra non abbia niente a che fare con la vita ed è invece il suo naturale epilogo.

L'OPERATORE E' CHIAMATO A INTERROGARSI

L'educatore, o il caregiver, per poter costruire con il malato terminale una relazione d'accompagnamento significativa, deve prima di tutto essere disponibile a porsi in posizione attiva con se stesso.

Egli deve calarsi nella propria intimità esistenziale e avere il coraggio e la forza per confrontarsi con le proprie angosce, paure, con i fantasmi vaganti che la malattia e la morte suscitano. Coloro che infatti svolgono una professione d'aiuto hanno di fronte alla morte la stessa esperienza di dolore, di mistero, di paura e negazione che hanno tutti gli altri esseri umani.

Può essere allora estremamente importante che l'operatore sociale si crei uno spazio in cui potersi chiedere all'infinito: " Che cos'è la morte"; uno spazio in cui il mistero della morte possa essere accolto dalla coscienza senza la pretesa di essere compreso e disvelato; uno spazio in cui dar voce alle emozioni che da questo incontro derivano.

Per potersi avvicinare a colui che sta per morire ed accompagnarlo verso una morte dignitosa, l'operatore, anche in quanto essere (uomo), deve prima accogliere ed elaborare una propria consapevolezza rispetto all'essere mortali. Chi infatti nega la morte, non può permettersi di parlarne ed è quindi facile che possa trasmettere questo rifiuto al malato stesso, rendendo impossibile quella comunicazione vitale sulla sua morte.

Non solo, l'operatore deve anche imparare a tollerare il proprio e altrui dolore psichico per poter incontrare il malato nella sua sofferenza senza uscirne devastato.

" L'operatore, - dice Cristina Pregno - proprio perché non è colui che è colpito direttamente dalla sofferenza - anche se ne avverte la possibilità e il riflesso - ha il compito di cercare le uscite da questa condizione, centrandosi sulle potenzialità dell'individuo con cui è in relazione, sulle sue risorse, quindi, e sulle prospettive di 'vita altra' che il dolore propone, cioè evidenziare le nuove strategie che la mutata situazione di vita può generare; facendo ciò l'operatore apre immense prospettive di conoscenza, per sé e per la persona: l'operatore impara, e quindi cresce, dalla sofferenza umana e dalla relazione con chi soffre."¹

Al contrario, se il caregiver, posto a stretto contatto con la sofferenza e l'ineluttabilità della morte, non sa riconoscere, gestire e condividere la natura delle proprie emozioni, il rischio di burn-out si fa quasi inevitabile. Più l'operatore si lascia assorbire dalle emozioni del morente e risucchiare dall'evento morboso senza la

¹ C. Pregno, Autobiografie: la relazione di aiuto, in Rassegna di Servizio Sociale, n.2, aprile/giugno, 1998, p.9

possibilità di gettare su di esso uno sguardo consapevole, più avvertirà un senso di vertigine ed annichilimento quando colui che ha accudito per mesi se ne andrà.

Certamente ognuno di noi, come dice Jaspers, muore solo, e noi non possiamo penetrare nella sua morte ma possiamo solamente avvicinarci ad essa rimanendo al di qua ad ammirare quell'assoluto silenzio che ci è impossibile penetrare. Eppure, forse proprio nell'esperienza di questo silenzio la coscienza accoglie la morte e le dà un senso.

Dice Melchiorre: " E se fosse proprio questo silenzio, questo inesorabile e irreversibile silenzio dell'altro a diventare per me - la prima- esperienza radicale e costitutiva della coscienza di morte?".²

Forse allora il sapere della morte sorge nel momento in cui l'uomo vede ciò che l'animale non vede: il cadavere il "mortuum". Il cadavere diventa infatti simbolo e segno di un' assenza, che sta qui nella presenza ma allo stesso tempo è distante e simbolo di un incolmabile distacco.

E di fronte a questo cadavere l'uomo spettatore come si comporta? Attraverso il pianto, il lamento, il prendersi cura della vestizione della salma e il rivolgersi ad essa con la parola, l'individuo cerca di inoltrarsi oltre quel muro dell' assenza per perpetuare il legame affettivo e la relazione che si era costruita assieme. Oppure, può rimproverare in modo appassionato e dolente al morto di averlo tradito e lasciato solo, interrompendo quella comunione di vita, che impedisce a colui che è rimasto di continuare a vivere.

Ricoeur dice: " Il silenzio dell'altro risuona analogicamente come la possibile non risposta di me stesso a tutte le parole degli uomini".

La morte di una persona cara allora per l'uomo può costituirsi ragionevolmente come la prima anticipazione della propria morte.

Ma a questo proposito penso sia illuminante ascoltare le parole che Pirandello scrisse quando venne a conoscenza della morte della madre:

" ...in fondo, nel tempo che è intercorso fra la morte di mia madre e il momento in cui l'ho saputo, io ho continuato a pensarla viva. Questo significa che dentro la mia mente ella può vivere indipendentemente dal fatto che viva realmente. Questa constatazione mi fa comprendere che io posso continuare a far vivere mia madre dentro di me anche se lei non c'è più. Ma proprio questo mi fa pensare che la morte di mia madre significa che lei non potrà mai più pensare a me nella sua mente. Così io non incontrerò più nella vita una persona che mi possa guardare con gli occhi con cui mi guardava mia madre.

² V. Melchiorre, opera citata

Sono morto dunque io dentro mia madre." ³

Queste parole ci fanno essenzialmente capire come nello stesso tempo in cui noi conserviamo sottoforma di memoria e rappresentazione la presenza dei nostri cari defunti, il lutto per noi si connota anche come perdita della propria immagine negli altri.

Dice infatti Melchiorre: " il silenzio irreversibile dell'altro suona forse già come mio silenzio e, in qualche modo già come mia morte: d'ora in poi ciò che io potevo essere, fare ed amare con l'altro non sarà più possibile, inesorabilmente, ineluttabilmente. Si tratta della caduta di uno sguardo, di una persona e anche della caduta di un centro, di una sorgente personale di possibilità che io stesso sono con l'altro." ⁴

Ma allora emerge un' altra importante consapevolezza: lo statuto originario dell'uomo non è quello della singolarità, dell'isolamento, ma quello del " con-essere". Interrogarci sulla morte e accoglierla attraverso l'esperienza di chi la vive, ci porta allora verso un nuovo orizzonte positivo dell' esistenza.

Nel con-essere e nel nostro essere in relazione reciproca con l'altro, la vita e la morte assieme possono avere un senso.

Tuttavia se l'uomo non accetta la fatica di accogliere con pazienza la domanda sulla morte allora, dice Francesco Campione, "stiamo abbandonando il morto al suo destino"⁵ e, allo stesso tempo, di fronte alla semplice e silente richiesta di colui che sta per morire di non essere lasciato solo in questo difficile passaggio, sembriamo paralizzati e sordi rispetto al suo bisogno perché non avvertiamo altro che un profondo senso di colpa per essere sopravvissuti. Leggeremo così nel morente non una richiesta d'aiuto ma paradossalmente un'accusa che egli stesso ci rivolge: l'essere vivi.

Ecco confermato ancora una volta il motivo per cui, colui che accompagna il malato terminale nella sua ultima fase di vita, deve porsi in ascolto anche di se stesso.

Dice Genevay: "Dobbiamo essere consapevoli e responsabili delle nostre reazioni e delle nostre risposte di controtransfer. Negare i nostri sentimenti verso chi muore è spesso dannoso per l'utente, ma può essere anche molto pericoloso per noi stessi.

Ammettere la propria impotenza nei confronti della morte è terapeutico sia per l'operatore che per l'utente: si crea un legame, una collaborazione, una

³ riportato da F.Fornari, La morte e il lutto, cap. V, in La morte oggi, opera citata pp.69-79

⁴ V. Melchiorre, opera citata

⁵ F. Campione, Passaggio all'ignoto, in Adulità n.5, 1997, pp.50-58

complicità." ⁶

Condividere con gli utenti e con gli altri operatori il nostro essere "umani" di fronte alla morte ci aiuta a rendere elastico il nostro equilibrio, ad essere autentici verso noi stessi e coerenti con i nostri utenti. "Un'adeguata espressione del lutto accresce la nostra abilità di continuare a lavorare con i morenti in modo creativo ed efficace".⁷

Se riusciamo infatti ad affrontare le nostre reazioni emotive più intense e il loro significato senza sentirci troppo minacciati, allora possiamo impegnarci in una relazione di sostegno responsabile.

" Anche la capacità di dire addio ai nostri utenti dipende dalla nostra disponibilità a confrontarci con le tecniche di controtransfer e a far un efficace lavoro su di noi rispetto al lutto."⁸

Nel far questo è però necessario che l'operatore abbia non solo una "stanza tutta per sé" in cui concedersi la tregua della riflessione, ma anche la possibilità del confronto.

L'educatore non può e non deve infatti rinunciare alla possibilità di confrontarsi anche con un gruppo di supporto professionale dove il controtransfer sia considerato un processo terapeutico positivo e quindi un 'importante strumento della relazione d'aiuto.

" Dato che siamo tutti parzialmente ciechi, il meglio che possiamo fare è sostenerci l'un con l'altro, così che la vista di uno possa compensare la miopia dell'altro e viceversa."

(Waelder, in Menninger e Holman, 1973, p,94)

⁶ B. Genevay e R. Katz, opera citata.

⁷ Ibidem

⁸ Citazione tratta da *Se questo è un uomo: Il valore dell'ascolto*, atti del convegno di Monza, ottobre 1998, p.59