



Lutto, superare il dolore

1. L'APPUNTAMENTO CON LA MORTE: CATASTROFIZZAZIONE O ACCETTAZIONE?

La perdita di una persona cara rappresenta uno dei tanti momenti dolorosi della nostra vita. Anche se per alcuni di noi può costituire il loro unico episodio doloroso veramente importante è universalmente noto che questa esperienza, spesso inattesa ed imprevista, è destinata a succedere a tutti coloro che vivono in questo mondo e nessuno di noi mortali può sottrarsi.

A differenza di altre esperienze di umana sofferenza questa costituisce un appuntamento sicuro, improrogabile ed ineludibile tanto che i nostri antenati lo riportavano anche sulle lapidi, a memoria di questa imperscrutabile legge di vita hodie mihi cras tibi (oggi a me domani a te) come per sfatare il luogo comune del "perché proprio a me". Il motto latino ci ricorda la fondamentale legge della vita nei suoi due aspetti drammatici: l'inevitabilità della morte e provare, anche una sola volta nella propria vita, l'esperienza dolorosa della sofferenza per una vita spezzata. Quando ciò accade non sempre si accetta.

Ma se non si accetta l'inevitabile oltre ai problemi connessi con la perdita subita si rischia di essere coinvolti da un problema emozionale che può sfociare in una depressione importante o in altra malattia mentale ancora più invalidante. "Non doveva succedere, non doveva morire" sono solitamente questi i pensieri della non accettazione della morte come evento naturale.

Come posso dimostrare che non doveva succedere? Non posso dimostrarlo in quanto succede prima o poi a tutti e se penso ancora che non doveva succedere sono fuori dalla realtà ed il mio pensiero è irrealistico. Dove sta scritto che non doveva morire così come è stato? Solo nella testa malata di una persona che non accetta la realtà che prima o poi le persone con le quali intratteniamo rapporti moriranno. Ciò che è successo è terribile?

Terribile è solo una cosa che non deve succedere, ma dal momento che in questo mondo tutto può succedere, nulla può essere pensata come terribile, anche perché può sempre, fintanto che si è vivi, come chi legge questo articolo, succedere qualcosa di peggio: potrebbe esserci pure una morte peggiore, una modalità di morire tra infinito





strazio, violenze e sevizie indescrivibili perpetrate da assassini senza scrupoli. Ma ciò fortunatamente non è successo, anche se sarebbe potuto succedere, per quale motivo poi non doveva accadere anche questo? Il lettore è forse in grado di dimostrarlo?

Accettando realisticamente, anche se con umano e comprensibile dolore, che la morte è un fatto inevitabile per tutti noi e che nessuno di noi potrà fare nulla per impedirla si potrà più facilmente superare l'attuale dolore: pensando ai bei momenti passati assieme, constatare quante soddisfazioni la persona mi ha dato ed infine che cosa posso fare adesso per continuare a provare ancora momenti di piacere e felicità.

L'accettazione intesa come il prendere realisticamente coscienza di ciò che è successo è il primo passo per poter cambiare e vivere meglio.

Nel caso che nel breve tempo l'emozione spiacevole provata non si riducesse di intensità grazie ai ragionamenti indotto da questo breve scritto di auto aiuto conviene modificare i pensieri "doveristici, catastrofici e terribili" tramite l'aiuto reale di uno psicoterapeuta di orientamento cognitivo-comportamentale secondo il cui modello di riferimento possiamo ridurre di intensità le emozioni spiacevoli, qualora queste ci creino dei problemi interferendo con la nostra vita quotidiana, modificando i nostri pensieri non realistici che sono in ultima analisi i responsabili veri del nostro malessere.

2. IL DOLORE DA LUTTO TRA NORMALITA' E PATOLOGIA

La reazione emotiva più evidente che consegue alla perdita di una persona cara è la depressione dell'umore caratterizzata solitamente da sentimenti di tristezza, diminuzione di interesse e piacere nel fare le cose, insonnia, scarso appetito, perdita di peso (vedi "L'altalena dell'umore") ed è naturale che sia così.

Spesso a questa reazione fisiologica si associa un eccessivo senso di colpa e di autorimprovero che rischia di compromettere per la sua intensità, durata e frequenza, la vita lavorativa e sociale di una persona. Pur tuttavia nessuna persona che sperimenta il lutto ricerca un aiuto professionale per curarsi. Ma quando, in seguito ad un lutto, certi sintomi sono da considerarsi normali e quando invece sono patologici?

Il lutto rientra tra gli eventi di vita importanti, acuti ed improvvisi (life events) che vengono visti dagli psicologi come eventi stressanti (stressors). Ora l'evento stressante come tale rappresenta comunque sempre un fattore di rischio che può compromettere lo stato di benessere di una persona. Tutti noi infatti reagiamo, utilizzando le risorse a nostra disposizione, verso l'evento stressante, in funzione diretta all'impatto che questo ha sulla nostro stile di vita, al fine di ridurre gli effetti nocivi.





Nella maggior parte dei casi le persone di solito riescono a fronteggiare la perdita di una persona cara attingendo al proprio repertorio di abilità cognitive, facendosi una ragione di ciò che è successo, valutando realisticamente il danno subito ed adattandosi alla fine alla nuova situazione. In tali casi la reazione del lutto può risolversi spontaneamente con la riduzione dell'intensità della sintomatologia tra i 2 ed i 6 mesi circa.

Solitamente non si assiste alla remissione spontanea della sintomatologia nel caso in cui la persona colpita dal lutto non possieda quelle abilità cognitive e comportamentali necessarie a fronteggiare nel tempo l'emergenza, non tutti infatti possiedono un repertorio competente di fronteggiamento di eventi stressanti improvvisi ed intensi come può essere la perdita di una persona cara. In tale caso ci potrebbe essere il rischio che l'esperienza della perdita porti ad un progressivo peggioramento della qualità della vita della persona fino a scatenare, in persone già predisposte, l'insorgenza di una malattia mentale.

Infatti il meccanismo in base al quale si può scatenare una malattia mentale fa riferimento al modello cognitivo-comportamentale stress/vulnerabilità. Secondo tale modello determinati stressors, in genere connessi proprio con una perdita, possono causare un disturbo mentale qualora la persona possieda una alta vulnerabilità psicobiologica e contemporaneamente è dotata di un basso repertorio di competenze sociali per elaborare e fronteggiare adeguatamente l'evento traumatico .

Si ritiene infatti che ogni individuo abbia, in parte ereditata ed in parte acquisita, una sua soglia di vulnerabilità agli stressors, quando questi la oltrepassano e la persona non li affronta con un comportamento socialmente abile allora possono scatenare l'insorgenza di una malattia mentale.

L'importante è, se si conosce il proprio passato ed eventuali caratteristiche di vulnerabilità, rivolgersi per tempo allo psicoterapeuta senza necessariamente attendere i tempi di risoluzione spontanea presentati dalla letteratura scientifica. In altri casi, anche in assenza di una chiara vulnerabilità, la persona può sentire il bisogno di ricorrere ad uno psicoterapeuta per ridurre al limite dell'adeguato il dolore eccessivo pure pochi giorni dopo dal lutto.

Chi poi non volesse attendere di essere coinvolto nell'evento luttuoso per decidere se e quando ricorrere allo specialista può prepararsi al peggio con un programma individualizzato di psicoprofilassi (vedi la "Psicoprofilassi") volto a predisporre nella persona quelle abilità sociali necessarie a fronteggiare stressors estremi come la morte e al tempo stesso desensibilizzarla preventivamente vaccinandola neuropsicologicamente (stress inoculation training) per resistere meglio ad una futura perdita.





3. LOTTARE CONTRO LA MORTE

Di fronte ad una persona cara che sta per morire solitamente ci troviamo a provare diverse emozioni e spesso anche contraddittorie, così come capita che ci possiamo stupire pure dei nostri comportamenti. Ciò per la difficoltà di affrontare il rapporto con il malato grave ed inguaribile. Si va da un progressivo evitamento del morente, che può diventare anche disimpegno terapeutico ed assistenziale, al terrore e alla depressione per l'imminente perdita, al desiderio della morte per porre fine alla sofferenza di una persona a noi cara, ai sensi di colpa per contrasti avuti in passato con il morente.

Lo stesso morente si trova a dibattere con emozioni e comportamenti inusuali che si modificano con il passare del tempo per la difficoltà a fronteggiare la morte imminente.

Secondo gli psicologi il morente vive il suo rapporto con la morte secondo delle fasi processuali che si modificano con il passare del tempo. La prima fase di rifiuto ed isolamento, si presenta sia in chi è stato informato fin dall'inizio del decorso della malattia, sia in chi ne è stato informato in seguito; in essa il paziente tende a negare il proprio stato. Questa negazione va interpretata positivamente se dà a lui e alla sua famiglia il tempo e la possibilità di passare dall'ignoranza all'accettazione, mentre ha valenza negativa se è persistente. In questa fase il paziente non va forzato; egli deve semplicemente sentire che gli altri sono disponibili a parlare con lui.

In un secondo momento subentra una fase di collera, di rabbia e di risentimento per quanto il destino gli ha riservato. Spesso questa collera si riversa anche sugli operatori sanitari; se questi non ne comprendono le ragioni, e rispondono a loro volta aggressivamente, si instaura una spirale di progressiva incomunicabilità. La fase di aggressività passa invece in fretta, di regola, se il malato si sente rispettato e compreso.

In una terza fase di patteggiamento, il paziente contratta con Dio, o con il destino, il prolungamento della propria vita, e promette di dedicarsi ad opere meritorie in cambio di un miglioramento. Questo patteggiamento precede la fase di depressione, che insorge quando il paziente giunge a non poter più negare l'ineluttabilità dell'esito della malattia. Egli è sopraffatto dal senso di impotenza, isolamento, disperazione. Questa depressione non richiede, come purtroppo invece spesso avviene sia da parte dei familiari sia da parte degli operatori sanitari, parole o frasi fatte di incoraggiamento e di speranza in un futuro che tutti sanno impossibile. Queste frasi non possono che irritare il malato, che chiede in questa fase la presenza, il silenzio affettuoso e la vicinanza empatica.





L'ultimo periodo di depressione, definito preparatorio, è necessario per morire in una condizione di accettazione e di pace, rinunciando cioè gradatamente all'attaccamento alla vita. Il malato diventa più chiuso e taciturno, ed allenta i contatti con i familiari e gli amici. Questi ultimi spesso interpretano questo allentamento dei rapporti come un rifiuto, e spesso reagiscono moltiplicando le sollecitazioni; si tratta invece di un necessario e graduale distacco dalla vita che facilita l'accettazione della morte.

L'ultima fase è caratterizzata da una serena accettazione, fatta di calma interiore, di rappacificazione verso gli altri, di rinuncia ad una dimensione temporale, di soddisfazioni tratte dalle piccole gioie che ogni giorno la vita, anche nei suoi ultimi momenti ancora può riservare. Le fasi lungo cui si snoda il percorso interiore del morente richiedono tempo, e non possono essere attraversate rapidamente. Se si volesse per un qualsivoglia motivo accelerare la realistica adesione del malato grave alla morte si rischierebbe in tale modo di impedire al malato di avere il tempo necessario di rielaborare la collera in patteggiamento e infine in accettazione.

Non tutte le persone però passano attraverso queste fasi, necessarie e realisticamente adeguate. Alcune persistono nella negazione soprattutto con i familiari; altri mantengono un atteggiamento di collera fino alla fine. Talvolta il familiare di fronte alle difficoltà sue e del morente può necessitare di una consulenza psicologica sull'accettazione della morte come fenomeno umano che passa attraverso un training di preparazione alla morte di una persona cara, come evento altamente stressante (stress inoculation training), che comporta di non dover vedere più persone familiari che si vedono quotidianamente.

Per il morente invece il problema dell'accettazione della morte per il morente si collega al problema più generale dell'informazione precedentemente datagli sul suo reale stato di malattia. Non si tratta certo di dire improvvisamente al paziente, dopo mesi di silenzio, la cruda verità circa la gravità del suo stato, né di lasciare il malato solo con la sua verità. Si tratta invece di dare al malato fin dall'inizio della malattia, per qualsiasi malattia la possibilità di accedere a tutte le informazioni che lo riguardano. E si tratta soprattutto di saper aiutare il paziente a superare l'ansia e la disperazione. Non è infatti possibile vincere la dipendenza ed elaborare meccanismi di difesa adeguati se si è nell'ignoranza del proprio stato. Questo è particolarmente vero di fronte alla malattia inguaribile; il malato grave non può essere aiutato ad avere una buona morte - cioè una morte umana e dignitosa - se non può parlare con qualcuno. Il rifiuto ad affrontare la verità non è mai motivato dal desiderio del benessere del malato, ma unicamente da un desiderio protettivo di sé da parte dei familiari o degli operatori sanitari, che sono incapaci di affrontare emotivamente il rapporto.

A questo si deve aggiungere che il paziente, salvo casi rari che vanno valutati, si rende prima o poi conto della gravità delle sue condizioni; infatti la sua attenzione e la sua





sensibilità si acquiscono. Se la verità gli è stata taciuta, egli può sentirsi tradito e completamente solo. Inoltre egli si renderà conto delle sue condizioni quando in genere è già molto debilitato anche sul piano fisico, ed avrà perciò maggiori difficoltà nel difendersi in modo costruttivo

