

Perché si soffre? Itinerari del dolore

MARIA RITA SERIO*

La sofferenza

La società del tempo presente è spaventata dal dolore e ciascuno di noi lo teme. Potremo definire questo momento della storia come il periodo della lotta al dolore, della lotta alla sofferenza. Le ricerche sono rivolte alla creazione di farmaci per eliminare il dolore, gli interventi chirurgici agiscono sulle sedi anatomiche del dolore, persino l'eutanasia: la morte per non soffrire!

Eppure la sofferenza, da sempre, è stata compagna di viaggio dell'uomo. Tra le righe della storia dell'umanità possiamo leggere la sua presenza accanto all'uomo. Sotto varie forme possiamo riconoscerla nel cammino dell'uomo dalla sua creazione ai giorni nostri.

Basti pensare alla vita umana fin dalla nascita, quando inizia la prima sofferenza: il nascituro per uscire dall'utero materno deve attraversare un canale molto stretto per venire alla luce, e non è "pura fatalità il suo pianto". Durante il ciclo vitale, molteplici sono i casi in cui l'uomo è "a tu per tu" con la sofferenza, basta un incidente, una malattia o un qualche evento doloroso o calamità naturale per farlo soffrire per un tempo limitato o per tutta la vita.

L'esperienza della sofferenza, è un'esperienza che investe tutti. È un'esperienza che investe globalmente la personalità ed implica la sfera emozionale. Quando facciamo riferimento alla sofferenza non intendiamo solo il dolore fisico, quello cioè che deriva dai diversi recettori e che è trasmesso, attraverso il sistema nervoso, ai centri corticali, come avviene, per esempio in alcune malattie o terapie, ma anche al vissuto emozionale, alla ricerca di un fine del patire, della sofferenza.

Strettamente collegato al dolore ed alla sofferenza è il tema della morte, di cui tanti filosofi, scrittori, saggisti, e poeti hanno scritto, crean-

* Università di Lecce, Facoltà di Lettere e Filosofia, "Palazzo Parlangei", via Stampacchia - 73100 Lecce

do intorno ad essa un'intera mitologia, che come tutte le mitologie, si fonda su un bisogno psicologico innato, presente in tutta l'umanità e che mira a combattere la paura, ad esorcizzare in qualche modo il terrore che l'uomo ha di fronte alla sofferenza ed alla morte.

Nell'antichità l'uomo aveva una visione antropomorfica dell'universo, immaginando il cielo popolato da divinità che distribuivano felicità o dolore, vita o morte. Sfogliando le pagine della storia, possiamo osservare che l'uomo ha avuto sempre paura della sofferenza e della morte. Questa paura che l'uomo ha, può essere spiegata dal punto di vista psicologico. Il nostro inconscio non è capace di pensare la propria morte per cause naturali. In altre parole possiamo affermare che la morte, intesa come fine della vita, è attribuita ad un intervento esterno, nefasto per opera di qualcuno.

Freud (1915) a proposito scriveva: "L'uomo dei tempi preistorici sopravvive immutato nel nostro inconscio. Il nostro inconscio quindi non crede nella propria morte; si comporta come se fosse immortale"; oppure: "La morte è un concetto astratto con un contenuto negativo per il quale non può essere provato un correlativo inconscio... credo che la paura della morte sia qualcosa che si realizza fra l'io o il super-io come la paura della coscienza... uno sviluppo della paura di castrazione" (Freud, 1923).

Ma l'errore più grande che possiamo fare, dinanzi alla morte, è quello di rifiutarla perché immagine di un non-senso. È vero quando perdiamo qualcuno a noi caro, la prima reazione che abbiamo è quella di un'assoluta mancanza di senso: "Perché è successo?" continuiamo a chiederci impietosi, insieme al rammarico di non aver fatto abbastanza per impedirlo. Ma questo ci porta a perdere di vista come l'altro, abbia vissuto la propria morte e quale senso abbia dato alla propria vita. Non dimentichiamo, infatti, che la morte come compimento, come termine di un viaggio, ha anche una valenza totalizzante: è il momento in cui l'arcano senso di una vita può rendersi esplicito; sono tirate le somme e riallacciati i fili spezzati. Non è un caso vedere sul volto del morente un'inusitata tranquillità che la nostra razionalità giustifica come perdita della coscienza, ma non è così. Forse il morente ha raggiunto la "soglia della vita" con serenità e fiducia, cosa alla quale noi possiamo solo anelare, schiacciati come siamo da una cieca paura che c'impedisce di gettare uno sguardo fiducioso oltre la soglia.

Perché il male?

Di fronte al dolore, alla malattia, alla morte ci viene spontaneo chiederci: “Perché?” “Perché Dio permette la sofferenza?” Di fronte a quest’interrogativo il pensiero lambisce l’aporia, l’assenza assoluta di soluzione.

Quando, per la nostra ricerca sui malati oncologici (Serio, 2004), abbiamo incontrato nel letto dell’ospedale un bambino di dieci anni, che chiameremo Michele, ammalato di cancro con accanto i genitori pregando Dio per la guarigione, affiora in noi la domanda che Dostoevskij (1992) pone ad Ivan Karamazov di fronte alla sofferenza di una bimba: “Tutta la scienza del mondo non vale la lacrima di quella bambina invocante il bon Dio. Dalle lacrime di cui è imbevuta tutta la terra, dalla crosta fino al centro, non dirò nemmeno una parola”.

Dunque il silenzio. Lo stesso che Simone Weil (1988) trascrive nei Quaderni: “La sventura costringe a porre continuamente la domanda –perché?– la domanda essenzialmente senza risposta. Così mediante essa si ode la non risposta. Il silenzio essenziale [...]”.

Il dolore nella fisicità delle sue piaghe ci getta nell’angoscia del perché? È il male oggettivo, se così si può definire, dal quale le diverse teodicee hanno voluto salvare la bontà del Creatore e contro il quale la scienza lotta, nella speranza di uscirne vittoriosa. La risposta a questa domanda la troviamo nel fatto che l’uomo è stato creato ad immagine di Dio, cioè libero. Va detto senza ma e senza se che Dio è Amore, che non ha voluto la sofferenza e la morte. Sì, Dio è onnipotente, ma la sua onnipotenza è inseparabile dalla sua “omnidebolezza”. Dio si ritira in qualche modo per lasciare spazio alla libertà dell’uomo. Dio è amore, ma non ce lo impone. Dio permette la sofferenza dell’uomo, ma non l’abbandona mai.

Esempio classico è Giobbe, che fu messo alla prova da Satana, il quale non ha avuto potere su di lui: “Ecco, quanto possiedo è in tuo potere, ma non stendere la mano su di lui” (Giobbe 1,12).

All’uomo è lanciata un’ancora di salvezza per sopravvivere: la fede. La “filosofia” della sofferenza comporta il coraggio della fede perché è normale aver paura della propria sofferenza.

Un credente vivrà il dolore, la sofferenza in modo diverso da chi non

crede; una persona che ha in sé ben radicati i valori della vita affronterà meglio le “tempeste dell’esistenza”. A riguardo Frankl (1973) dice: “La psicanalisi ci ha chiarito la volontà di piacere, per cui noi possiamo prendere atto del principio di piacere, e la psicologia dell’individuo ci ha familiarizzato con la volontà di potenza nella forma della brama d’auto-affermazione; tuttavia ancora più a fondo è radicato nell’uomo ciò che io chiamo volontà del senso, la lotta per dare più senso possibile alla sua esistenza. [...] L’uomo di oggi non soffre tanto per la percezione che egli ha di valere meno dell’altro, quanto piuttosto sotto il presentimento che il suo essere non ha alcun senso”.

Per noi uomini, che viviamo in quest’arco di tempo, Auschwitz è il nome stesso del male nella sua forma meno occultata, più radicale, che ha dato l’impronta della tragedia e del fallimento alle nostre più radicate certezze, facendo crollare le categorie filosofiche e religiose tradizionali entro le quali l’uomo occidentale si sentiva custodito e al sicuro.

L’attuale scenario al quale siamo costretti a partecipare è pieno di orrore. Quei due aerei che si scaraventano contro le due Torri, sono immagini capaci ancora di torturarci. Per quante volte le possiamo rivedere, una scossa ci percorre sempre. Centinaia di persone sequestrate durante un volo sono state usate come proiettili umani contro altre migliaia di loro simili. Un massacro spaventoso: uomini e donne, giovani ed anziani, bruciati e dilaniati dalle macerie. Le immagini dei bambini di Beslan, la disperazione di Madrid, i decapitati iracheni, fungono da catalizzatore del male di questi anni.

Questa cultura del male, della distruzione, ha davvero trovato presa e diffusione? Troppo complesso cercare di dare una risposta qui, ma resta il fatto che anche noi, ognuno di noi, si deve assumere delle responsabilità morali alle quali non possiamo venir meno.

Il problema del male, della sofferenza si comprende meglio quando l’indagine psicologica è ben integrata con quella filosofica e letteraria, mantenendo e ritrovando le analogie con le differenze.

Del concetto del male, molti studiosi si sono interessati e nel campo psicologico prima fra tutti, Carl Gustav Jung, che per l’appunto ha inserito nella psicologia una questione di pertinenza filosofica, letteraria e religiosa. In questo senso fondamentale sono state le opere di Heidegger, Sartre, Scheler, Agostino e Pascal.

Il male dal punto di vista psicologico è strettamente legato all'antinomia conoscenza-coscienza. Solo nella sfera della coscienza è possibile porsi il problema del male perché la coscienza stessa è fondata sull'antinomia. A proposito Jung (1921) ci dice: "Alla distinzione cosciente si deve senz'altro la separazione delle coppie di opposti, giacché solo la coscienza può individuare ciò che è conveniente e distinguerlo da ciò che non lo è o che è privo di valore. Solo la coscienza può riconoscere questa funzione come pregevole, e quella come priva di valore e perciò fornire alla prima la forza della volontà respingendo in tal modo le pretese della seconda. Dove non vi è coscienza, dove regna ancora sovrano l'elemento istintuale inconscio, non vi è riflessione, non vi è un pro o un contro, e non vi è disaccordo, bensì un semplice succedersi di eventi, ordinata istintualità, proporzione di vita".

Dal punto di vista della clinica psicoanalitica, il problema del male è rappresentato dalla scissione della personalità dell'individuo. La scissione, come sappiamo, sta alla base della più grave patologia: la schizofrenia. Etimologicamente il termine schizofrenia deriva dal greco, "σχίζω" scindo, e "φρην" mente. Il fenomeno della scissione sembra presentare singolari analogie con il problema del male. Come il male nasce dalla rottura dell'antinomia tra conoscenza-coscienza, ossia dalla perdita del concetto di limite rappresentato dalla coscienza, così la scissione nasce da un abbassamento della coscienza. Ma cosa c'è alla base dell'antinomia e della sua frattura?

È Jung (1929) stesso che c'illumina a riguardo.

"Affinché questa cooperazione di stati opposti fra loro sia semplicemente possibile essi devono coesistere entrambi coscientemente in completa contrapposizione. Questo stato deve comportare un violentissimo dissidio con se stessi, tale che tesi e antitesi si neghino a vicenda, mentre l'Io è costretto ad ammettere la sua incondizionata adesione tanto all'una quanto all'altra. Quando invece sussista una qualche inferiorità in una delle sue parti, il simbolo sarà prevalentemente il prodotto dell'altra e sarà anche nella stessa misura più un sintomo che un simbolo, il sintomo cioè di un'antitesi soppressa. Ma nella misura nella quale un simbolo è soltanto un sintomo, esso viene anche a perdere ogni efficacia liberatrice, giacché non esprime più il completo diritto all'esistenza di tutte le parti della psiche, ma testimonia la sop-

pressione dell'antitesi, anche nel caso che la coscienza non dovesse rendersene conto.

Quando invece sussiste una completa uguaglianza ed equiparazione degli opposti, testimoniata dall'incondizionata compartecipazione dell'Io a tesi e antitesi, si ha un arresto del volere, giacché l'atto volitivo diviene impossibile, ogni motivo avendo accanto a sé il proprio opposto dotato di uguale forza. Poiché la vita non sopporta mai un arresto, ne nasce una congestione dell'energia vitale, che condurrebbe a uno stato di cose insopportabile se dalla tensione degli opposti non sorgesse una nuova funzione unificatrice che conduce oltre gli opposti”.

Dunque per Jung, la scissione è data dall'indebolire della coscienza, e dalla sua incapacità di tenere uniti i poli dell'antinomia.

Per spiegare come i medici nazisti abbiano potuto commettere atti di genocidio pur rimanendo persone normali in famiglia Lifton (1988) si serve proprio di una dinamica scissionale legata all'uccisione del Sé: “La divisione del Sé in due interi funzionanti, in modo che un Sé parziale agisca come un Sé intero”.

Se dunque il male non ha origine nell'inconscio, da dove viene il male? La risposta di Jung (1980) è inevitabilmente paradossale. Il male esiste, “la natura umana è capace di malvagità infinita, e le cattive azioni sono altrettanto reali di quelle buone”; e al tempo stesso “è una categoria di valore umana; e se è vero che noi siamo gli autori dei giudizi di valore morali, solo entro certi limiti siamo gli autori anche dei fatti che sono sottoposti a tali giudizi (...) accertare la responsabilità umana non è così facile. Si dovrebbe, per questo, poter definire chiaramente l'ambito del libero arbitrio. Lo psicologo sa che ciò implica un compito estremamente difficile”.

Per non cadere nel dualismo il male non va visto come una forza autonoma, ma va trattato come una forza “reale”. Il male per Jung è un giudizio dell'Io e dipende dalla sua esistenza dalla coscienza: “Senza coscienza umana in cui riflettersi, bene e male accadrebbero semplicemente, o piuttosto non ci sarebbero il bene e il male, ma solo una sequenza di eventi naturali, o ciò che i buddisti chiamano *Nidhanachain*, l'ininterrotta casuale concatenazione che porta alla sofferenza, alla vecchiaia, alla malattia, alla morte” (Jung, 1977).

Jung, tuttavia, completa questo concetto con quello dell'Ombra.

L'esperienza dell'Ombra è principalmente l'esperienza del proprio limite, della negatività, del male. Del male di cui siamo colpevoli e del male di cui siamo vittime. L'Ombra è la parte oscura delle nostra personalità. L'ombra costituisce una zavorra per noi. Vogliamo liberarcene, ma nello stesso tempo avvertiamo la nostra impotenza.

Potremmo anche affermare che “L'Ombra è il male celato contro di noi. Se l'Io cosciente è naturalmente orientato al Bene (nel senso che è orientato dalla coscienza del bene), l'Ombra è qualcosa di molto prossimo alla sua antitesi. Nel Sé-Ombra risiedono energie e pulsioni che influenzano la nostra determinazione volontaria, che orientano le nostre risposte alle esperienze consapevoli, che accendono le nostre reazioni emozionali” (Godino, 2004).

Da tutto ciò emerge che la via della nostra libertà non è piena di luce, chiara raggiante ma presenta molte zone “in ombra”. L'ombra può incombere opprimere e minacciare la nostra libertà, sottraendo grande spazio alla luce, “oscurando” il nostro orizzonte.

Rileggendo i testi di Freud, e prestando attenzione al problema del male ci si accorge che l'autore non parla mai esplicitamente del male, si avvicina, lo sfiora, ma sempre in modo generico, e comunque relativo alla vita psichica soggettiva. Da questo si possono trarre delle ipotesi. Una può essere che Freud non usi il termine male perché non crede alla sua esistenza.

D'altronde è difficile trovare nei testi di psichiatria e psicologia il concetto di “male”. Per la psicoanalisi il problema del male è ricondotto alla presenza nell'essere umano di un istinto di morte (Freud, 1977) (Freud, 1921, per descrivere il conflitto esistenziale prende in prestito due figure della mitologia greca: Eros e Thanatos. Eros rappresenta le pulsioni di vita, l'amore, il desiderio, la soddisfazione piena, Thanatos rappresenta invece, le spinte all'aggressività distruttiva, la tendenza alla morte) o di pulsioni distruttive e di attrazione verso colui che è morto (Fromm, 1975).

Non è forse vero che, il nostro inconscio è per natura “immorale” perché agisce in base ad immagini e relazioni prive di qualsiasi fondamento etico? Dunque se le nostre azioni possono essere sempre riconducibili a motivazioni di ordine inconscio, ne scaturisce l'impossibilità di attribuire qualsiasi tipo di responsabilità morale ad un comportamento

umano, qualora si avesse la necessita o la curiosità di interpretarlo alla luce di una teoria psicologica.

Il comportamentismo, corrente psicologica moderna, è ugualmente deresponsabilizzante ai fini di un giudizio morale (Watson, 1972). In altre parole, le nostre azioni sono condizionate da diverse stimolazioni ambientali, in rapporto alle quali il nostro comportamento si è adeguato in base alla gratificazione o punizione che ha ricevuto.

Il male nella forma della perdita

Per l'esperienza del male ricevuto, nella forma della perdita, si può fare riferimento al saggio di Freud (1915) sul lutto e la sua elaborazione. In questo testo Freud analizza molto bene il lutto e la sua elaborazione, anche se dobbiamo dire che il termine lutto lo ha utilizzato come metafora per costruire una teoria interpretativa dei disturbi depressivi, strettamente connessi non solo alla perdita di una persona cara, ma anche alla perdita di un oggetto interno.

Dal punto di vista psicologico, il lutto può essere descritto come una reazione complessa, individuale o di gruppo, dinanzi ad una separazione o di una perdita percepite e vissute come irrecuperabili. Il prototipo di questa reazione è il lutto di fronte alla morte (Horowitz, 1986).

Il fenomeno del lutto è un fenomeno che ha origine con l'uomo. I più antichi reperti storici che abbiamo sono costituiti da tombe e da rituali funebri.

L'esperienza del lutto ci accomuna tutti. Ognuno di noi nel corso della vita perde un familiare, una persona amica. Chiaramente ognuno di noi reagirà in maniera diversa. Questo dipende dalla nostra personalità, dal nostro carattere, dal nostro temperamento. Dall'incidenza dei modelli socioculturali coscienti, inclusi quelli di derivazione religiosa, dall'emergere incontrollato di pensieri e sentimenti, nonché dalla duttilità dei meccanismi di difesa nel canalizzare pensieri ed emozioni in funzione della ristrutturazione dell'identità. C'è chi è capace di superare il lutto in poco tempo, c'è invece chi ha bisogno di più tempo a disposizione, altri subiscono un vero e proprio trauma a livello psicologico e altri porteranno il lutto nel proprio cuore per tutta la vita.

Quando parliamo di elaborazione del lutto dobbiamo pensare ad un “lavoro psichico” che inizia, si sviluppa e si conclude. L’attaccamento alla persona deceduta si attenua piano piano, e la vita inizia a riprendere il suo iter naturale, colmando i vuoti con nuovi compiti e nuove presenze.

Nel campo psicologico tre sono le principali teorie relative all’elaborazione del lutto:

- La teoria biologica
- La teoria psicoanalitica
- La teoria esistenziale

Per la teoria biologica dobbiamo fare riferimento a Bowlby J. (1983) e Parkes C.M. (1980).

Con la morte, c’è una vera e propria cesura al legame d’affetto, di attaccamento, mettendo in crisi il soggetto che sopravvive.

Generalmente, nel lutto non patologico, si verificano tre reazioni nelle persone che hanno subito la perdita. La prima reazione è quella di una ricerca spasmodica della persona scomparsa. Ci sono persone che cercano di ritrovare la persona scomparsa girando in tutta la casa, cercando di scrutarla in qualche angolo nascosto, tenendo lo sguardo attento nelle zone dove è più probabile trovarla. Chiamando per nome la persona deceduta. Parkes (1980) mette in evidenza che questo tipo di atteggiamento lo si può ritrovare indifferentemente sia negli uomini sia nelle donne.

La seconda reazione è dominata da rabbia, colpa, depressione. Secondo Bowlby (1983) la rabbia è un fattore normale nel cordoglio. Dagli studi fatti da Parkes (1980) emerge nelle vedove un intenso impulso ad agire, generalmente di tipo aggressivo “le vedove inquiete avevano probabilità di prendere fuoco in qualsiasi momento, e di riempire di attività la loro vita. “Mi sento tutto un tumulto dentro”; “sono arrivata al limite”; “stupide piccole cose mi travolgono”; “ho i nervi allo stremo”. Queste reazioni indicano l’umore generalmente irritabile di una persona.

La terza reazione è caratterizzata da un affievolimento dei legami con la persona deceduta. Concludendo possiamo dire che secondo la teoria biologica prima si verificherebbe nelle persona in lutto una ricerca spasmodica dello scomparso, successivamente, dopo aver preso atto della persona scomparsa emergerebbero dei sentimenti di rabbia, di allarme per chi si sente minacciato nella sua sopravvivenza, ed in ultimo un adatt-

tamento alla nuova situazione. Con questa fase l'elaborazione del lutto dovrebbe essere conclusa.

La teoria psicoanalitica condivide i fenomeni esaminati dalla teoria biologica, ma l'interpreta in maniera diversa. Ad esempio, la ricerca spasmodica della persona perduta, lo scrutare ogni angolo della casa, rivolgere l'attenzione verso posti dove con maggiore possibilità potrebbe esserci la persona deceduta avrebbe, per la teoria psicoanalitica, un carattere difensivo. Questo perché la persona in lutto sa perfettamente, a livello razionale, che se una persona è morta non può ritornare nel mondo dei vivi, e dunque ci si difende da questa certezza.

Anche la seconda fase, che potremmo chiamare semplicemente come la fase della collera, dell'ira, è interpretata dalla psicoanalisi in chiave difensiva. Nella fase del lutto, chi prova rabbia, collera, esterna questi sentimenti cercando un bersaglio contro il quale scagliarsi, perché non riesca ad accettare questa perdita così dolorosa.

La terza fase, quello della calma, in un certo senso dell'accettazione della perdita subita, che per la teoria biologica è interpretata come fine dell'elaborazione del lutto, la teoria psicoanalitica l'interpreta come ritiro della libido. Per essere più chiari: Freud sostiene che quando una persona subisce la perdita di qualcuno, sul quale c'era stato un alto investimento di libido, egli gradualmente giunge a comprendere che la soddisfazione dei bisogni autocentrati non può essere più realizzata attraverso un legame con la persona perduta. Tale legame perciò dovrà essere interrotto e la libido dovrà essere ritirata. Una volta che la libido è ritirata, è libera di essere nuovamente canalizzata in qualche altro legame affettivo.

Secondo la teoria esistenziale, ciò che entra in crisi con la morte della persona cara è proprio il senso della vita, dunque il lutto è visto come una crisi della vita umana, l'unico rimedio a tutto questo è dimenticare.

Si evince subito che la teoria esistenziale è paradossale alle altre due teorie, quella biologica e quella psicoanalitica. Per la teoria biologica, l'uomo non può dimenticare, per la teoria psicoanalitica la persona non può più ricordare il dolore, la sofferenza della persona cara, ma può farla rivivere sotto altra forma, e rivivere vuol dire rendere il passato presente.

Perdere una persona amata è un'esperienza profondamente dolorosa. È dolorosa non solo da provare, ma anche da gestire perché si è vittime di un gran senso d'impotenza.

La fase iniziale è un vero e proprio trauma. In un primo momento si cerca di annullare la notizia della morte della persona cara, poi gradualmente si cerca di accogliere quest'evento doloroso. Successivamente la tristezza popolerà le giornate, le notti e i pensieri dei sopravvissuti. Accadrà che ogni volta si nominerà la persona deceduta, o qualche oggetto o luogo richiamerà momenti condivisi insieme, ci si ritroverà in lacrime. Naturalmente tutto è relativo all'intensità del rapporto che si aveva con la persona deceduta e alla nostra personalità. Se siamo delle persone inclini al pianto, è preferibile cedere a tale impulso, se invece al contrario siamo delle persone che preferiscono trattenere le lacrime in pubblico è giusto non cedere al pianto. Piangere non significa, necessariamente, non essere forti o non essere coraggiosi. Si può tranquillamente piangere ed essere, nello stesso tempo forti.

Nella fase intermedia si cerca di prendere consapevolezza che la vita deve continuare. Certo questo è un processo che richiede del tempo non è facile riprendere a vivere senza la persona amata, è naturale sentirsi tristi, abbattuti. Potrebbe essere utile esternare i nostri sentimenti con qualcuno e se le cose non migliorano chiedere l'aiuto ad un esperto. Generalmente in questa fase possono sorgere delle domande collegate alla perdita della persona cara: "E se avessi chiamato il medico prima? "E se avessi insistito per una terapia sperimentale?" etc. Il sorgere di questi interrogativi sono normali nell'elaborazione del lutto. Dobbiamo anche preventivare che a questo genere di interrogativi non ci siano delle risposte, e che il dolore provocato da tali domande lenirà piano piano, quando il processo del lutto sarà terminato.

Ma quando si può affermare che il processo del lutto è risolto? Il processo del lutto sarà risolto, quando la persona che ha subito il lutto sarà capace di ricordare e parlare della persona deceduta con affetto, gioia, serenità e ricorderà tutti i momenti felici trascorsi insieme senza dolore, forse con un po' di rimpianto, ma con serenità.

Non si può quantificare esattamente in termini di tempo, quanto possa durare la prima fase, o la seconda, o il lutto nel suo insieme. Il tutto può avvenire in termini di mesi, come può prolungarsi per anni.

Secondo la teoria psicodinamica, il fattore cruciale nel determinare le modalità d'impatto con la morte e le strategie operative con cui poi è attivato il processo del lutto, è rappresentato dalle risorse della persona-

lità individuale da quella che si chiama “forza dell’io” e della funzionalità adattativa dei meccanismi di difesa (Pinkus, 1982).

Una variabile da tenere in considerazione, quando parliamo di morte è la circostanza della morte. Per esempio, è importante sapere come la persona è morta, se per omicidio, suicidio, incidente stradale, malattia etc. La percentuale di violenza che si collega ad alcune modalità di morte, costituisce un fattore particolarmente distruttivo, perché ferisce il narcisismo sano della personalità e ne mina le sicurezze di base (Kohut, 1986).

La morte dovuta ad eventi improvvisi ed imprevedibili come un incidente stradale, un incidente sul lavoro o domestico, l’annegamento durante una nuotata, o la caduta durante un’escursione in montagna, oppure a causa di malattie che per il loro andamento clinico, la sofferenza che implicano, il gran senso di impotenza che scatenano, risultano essere logoranti dal punto di vista emotivo, e oserei dire anche dal punto di vista esistenziale. Un conto è morire improvvisamente, è un conto morire perché si è raggiunta una certa età. Questo tipo di morte, è considerata un evento naturale, nel senso che, oltre ad esservi forse preparati da tempo, tutto avviene senza l’intervento di fattori particolarmente stressanti.

Un’altra variabile molto importante è il tipo di relazione che si aveva con la persona scomparsa. Se il legame era di amicizia, o di parentela, o di coppia, il grado di attaccamento, dipendenza o autonomia psicologica nei confronti della persona morta (Grappiolo, 1988).

Un’altra variabile può essere rappresentata dal contesto concreto in cui viene a trovarsi la persona che sopravvive ad un’altra, soprattutto, ma non esclusivamente amata (Bretherton, 1985). Qualora sia immersa in una situazione d’isolamento, carenza di rapporti interpersonali, povertà emotivo-affettiva. Questo tipo di persona incontrerà molte difficoltà nell’affrontare l’elaborazione del lutto. Al contrario persone aperte, con diversi legami sia amicali che affettivi affronterà il processo del lutto coadiuvata da queste “forze”.

Negli ultimi anni, soprattutto nei grossi centri urbani stanno nascendo diversi gruppi di auto-aiuto (formato da persone che hanno vissuto nel passato situazioni simili, e quindi capaci di offrire sostegno) e gruppi di volontariato che si formano nell’ambito delle istituzioni religiose (Pangrazzi, 1986).

Perché proprio a me?

Approccio psicologico al paziente con neoplasia maligna.

Studi ed osservazioni collimano nell'affermare che nella maggior parte dei pazienti, con neoplasie maligne, l'apparire di questa domanda segna l'acquisizione di una piena coscienza di malattia.

“Perché proprio a me?” è una domanda che cela dentro di sé la necessità del malato di dare un senso al proprio destino, e il fatto purtroppo che non ci sia una risposta a questa domanda ne rivela la più profonda drammaticità. È una domanda, che ha nella vita interiore di ogni paziente, diverse tappe. Cerchiamo di seguirle insieme con l'analisi che ne fa Canestrari (2002).

La prima tappa, è comune a tutti, malati e non malati, e deriva dall'immagine che ci fornisce la nostra società. Il termine cancro evoca nella maggior parte delle persone ansia e paura. Paura della morte, paura della sofferenza, paura di perdere il lavoro, paura di non essere più autosufficienti, paura di restar da soli etc. Nella mente di ognuno di noi si pone l'equivalenza cancro=morte. Sono luoghi comuni ormai che il “cancro non perdona”, “che è misterioso”, che è doloroso, e la cosa più brutta da buttar giù è che è incurabile.

La seconda tappa è rappresentata dai “correlati soggettivi dei controlli clinici specifici” per le neoplasie, che si vanno diffondendo, grazie anche alle diffusioni di notizie, tramite i canali televisivi, radiofonici, internet, una buona educazione sanitaria, a fasce sempre più grandi di popolazione.

La parola d'ordine è prevenire. Come recita un famoso spot di sensibilizzazione “prevenire è meglio che curare!”. È ormai alta la percentuale di donne che si sottopongono periodicamente a mammografie, ecografie ed altri esami specifici. Anche se bisogna dire che esiste anche una piccola percentuale di persone che per paura di una diagnosi nefasta preferiscono rimandare ogni esame. Un atteggiamento difensivo che in psicologia è conosciuto con il termine di “scotomizzazione”.

Alcune volte si possono incontrare persone incredule alla diagnosi, che ripetono l'esame in altri ospedali, da altri dottori, nutrendo la speranza che, prima o poi, un medico possa “smentire” la diagnosi nefasta precedente.

C'è poi la terza tappa, in cui ci si trova di fronte all'esito degli esami. In questa fase si può osservare la mole d'interrogativi che il paziente rivolge al medico. "Cosa c'è scritto?, C'è qualcosa che non va? C'è da preoccuparsi? Dottore mi dica la verità, morirò?". Arrivati a questo punto, il problema da affrontare non è più quello del paziente, ma quello del medico. Dire o non dire la verità?

Si giunge così, alla quarta ed ultima tappa del processo d'acquisizione della diagnosi nefasta. In cui il paziente conosce o non conosce, conosce a livello inconscio, ma non conosce a livello conscio. Oppure conosce, ma finge di non conoscere. In altre parole, la coscienza chiara di avere un cancro, è propria solo di pochi soggetti. Ma non abbiamo ancora nessun dato certo; non ci sono ricerche in merito. In psicologia, avanza la tesi che l'apparato psichico "si difende" da tutto ciò che provochi angoscia, ansia, dolore.

Per capire questi meccanismi, bisogna far riferimento alla teoria psicoanalitica dei meccanismi di difesa.

La teoria psicoanalitica, fu introdotta da Freud circa un secolo fa. La struttura della mente è in grandissima parte inconscia, e soltanto in piccola parte entra nella sfera del conscio.

Il conscio lo possiamo immaginare come la punta emersa di un iceberg. Il nostro apparato psichico può essere diviso in tre parti: l'Es, l'Io, e il Super-io.

L'Es o Id è l'istanza basilare, quella che rappresenta i fondamenti biologici elementari della personalità. Essa è la fonte delle energie istintive, che tendono ad emergere alla coscienza, determinando così il nostro comportamento. Obbedisce al solo principio del piacere, vale a dire ha come unica meta la ricerca della soddisfazione e l'evitamento del dolore. Quest'istanza psichica primitiva è la prima a svilupparsi ed è la sola presente nel bambino piccolo.

L'Io o Ego, è l'istanza razionale e realista, quella che funziona prevalentemente a livello conscio. L'Io media tra il piacere (l'Es) e il principio della realtà. Il Super-ego o il super-io, segue le leggi della morale dell'etica. Esso esiste solo nella specie umana. Su quest'analisi, fatta da Freud, possiamo dedurre che l'Io funge da barriera nei confronti di tutto ciò che possa creare dolore, ansia, angoscia, o da qualsiasi cosa spiacevole o negativa.

Con queste premesse, possiamo ora inoltrarci nel discorso ed esaminare i meccanismi di difesa del malato di cancro.

Possiamo paragonare i meccanismi di difesa a delle strategie d'elaborazione "automatica" dei dati, tendenti a proteggere l'omeostasi del sistema di personalità. In modo particolare, essi hanno lo scopo di risolvere dei conflitti e di superare l'ansia, intesi come indicatori di pericolo, e ad individuare quei percorsi esistenziali che rappresentano "ciò che conferisce struttura alla mente in rapporto ai temi della vita affettiva" (Jervis, 1993).

Da quanto detto emerge la duplice funzione dei meccanismi di difesa: da un lato, quella di mantenere al di fuori dell'ambito della coscienza le rappresentazioni mentali ansiogene; dall'altro, quella di aiutare la persona a prendere iniziative pertinenti in grado di garantire un livello di equilibrio che gli consenta una buona autonomia e una stabile autostima.

Secondo Canestrari (2002):

- I meccanismi di difesa si possono riscontrare in ogni persona, ma sono limitati.
- I meccanismi di difesa bisogna studiarli con riferimento ad ogni singola persona, perché l'Io è differente da persona a persona.
- Le difese psicologiche dell'Io variano con l'età, e si modificano con riferimento anche al contesto socio-culturale in cui vive la persona.
- Le reazioni psicologiche di difesa sono condizionate anche dall'intensità degli stimoli dolorosi che deve filtrare.
- Le difese psicologiche, per combattere l'angoscia, il dolore, possono avere successo ma anche fallire.

Dalla letteratura sull'argomento, i meccanismi di difesa che si verificano in un paziente con un tumore maligno sono: la negazione, la rimozione, la regressione.

Quando c'è una realtà troppo dura da affrontare, come può essere una diagnosi di cancro, una persona può negare tale realtà. I familiari di un malato di cancro possono rifiutare di ammettere la gravità della situazione, anche se ampiamente informati della diagnosi e del risultato atteso. In una grave situazione di crisi, il meccanismo della negazione può dare tempo alla persona per affrontare tale situazione con una certa gradualità. Chi riceve una diagnosi di una neoplasia maligna, una prima reazione

ne potrebbe essere quella di mollare tutto se venisse a completa conoscenza della reale condizione. La speranza dà loro il tempo per continuare a lottare.

Diventano evidenti gli aspetti negativi della negazione quando le persone tardano a cercare un aiuto medico: una donna può negare la possibilità che il gonfiore al seno che lei avverte con il tatto possa essere un tumore, e così ritardare la visita medica.

La negazione, in maniera particolare nei malati oncologici, si manifesta nelle prime fasi della malattia. Pensare “Non è possibile, la cosa non mi riguarda”, affievolisce l’impatto con la morte, guadagnando tempo per adattarsi alla triste realtà.

Chiaramente questo meccanismo di difesa varia in riferimento allo stile personale della persona e in relazione alla maturità dell’Io. Abbiamo già ricordato come, l’Io della persona funziona come una vera e propria barriera, non permettendo il passaggio di stimoli angoscianti. Ecco perché l’individuo si difende negando la realtà.

La rimozione, secondo Freud (1925) è tra i più importanti meccanismi di difesa. Nella rimozione, gli impulsi o i ricordi troppo paurosi e dolorosi sono esclusi dalla coscienza. La rimozione è una specie di difesa che protegge il soggetto dalla consapevolezza di ciò che sta provando. Quando la rimozione è in azione, il soggetto prova sentimenti ed impulsi che non riesce a riconoscere e, analogamente, non riesce a riconoscere la situazione che può evocarli.

Ci si può accorgere che il soggetto attua il meccanismo di rimozione quando (Perry, 1994):

- Il soggetto dimentica dei particolari molto significativi, che generalmente dovrebbero essere ricordati.
- Il soggetto cerca d’essere vago sulle cose spiacevoli: ha difficoltà a ricordare o non riesce a richiamare alla mente esempi specifici, quando almeno alcuni dovrebbero essergli presenti.
- Il soggetto dimentica in modo frequente ciò di cui sta parlando, specialmente se si tratta d’argomenti con forte carica emotiva. Può dare risposte brevi alle domande su tali argomenti o replicare “Non so” ripetutamente, quando ci si aspetterebbe una risposta più esaustiva.
- Il soggetto è spesso incapace di definire un particolare tipo d’emozione, impulso, paura.

- Il soggetto non sembra conoscere o essere in grado di descrivere in modo articolato reazioni emotive.
- Il soggetto è turbato, piange o si arrabbia senza un chiaro motivo, e non sa perché (ad es.: “Non so perché sono turbato proprio ora”, “Non c’è motivo di piangere”).
- Il soggetto commette tre o più *lapsus linguae*; oppure commette un lapsus d’evidente importanza, che dovrebbe confonderlo per un attimo, o comunque imbarazzarlo.

La rimozione è caratterizzata dal fatto che il paziente continua a vivere normalmente la sua vita come se la sua salute fosse ottima. In altre parole rimuove completamente la possibilità di avere un cancro. La regressione è un meccanismo di difesa che può indurre l’Io ad uno stadio psichico precedente o infantile. Per dare l’idea della regressione Freud (1925) ha fatto ricorso ad un’immagine suggestiva. Ha paragonato lo sviluppo e le forze dell’io ad un esercito in massa verso un obiettivo. A mano a mano che l’esercito avanza, sono lasciati dei presidi, delle postazioni lungo il percorso per motivi logistici. Qualora l’esercito dovesse incontrare delle difficoltà durante la marcia, può avere la possibilità di ritirarsi sulle postazioni arretrate, dove ci si può difendere meglio e riorganizzarsi. Nella regressione avviene proprio questo. L’Io durante il suo percorso di crescita e maturazione verso la meta dell’età adulta, può incontrare delle difficoltà e, quando questo accade, può ritirarsi su posizioni più arretrate del suo cammino, del suo sviluppo, in maniera particolare su quelle considerate dall’Io più sicure e gratificanti. È chiaro dunque che se l’Io è forte può subire una leggera regressione, se è debole avviene il processo contrario. La regressione rappresenta un ritorno ad uno stadio primitivo, di solito uno stadio in cui si sia vissuto il compenso della gratificazione.

La regressione si può facilmente costatare nei bambini. Un bambino piccolo che busca una banale influenza può regredire perdendo l’uso del linguaggio da poco appreso. Un altro es. può essere fornito dall’adolescente che “regredisce” allo stadio infantile, piagnucolando o facendo capricci quando i genitori gli impongono le loro richieste.

Anche negli adulti si possono osservare delle regressioni. Basti pensare a quanti chilometri una moglie può essere soggetta a fare, tra la cucina e la camera da letto, se il marito ha subito un piccolo intervento chirurgico!

Molto spesso nel paziente oncologico può verificarsi questo tipo di regressione: si fa accudire, non reagisce. L'Io si sottopone alla forza dell'es, il paziente ritornerà ad essere un bambino e cercherà di trarre le maggiori gratificazioni dell'essere accudito, da non avere nessuna responsabilità. L'Io è piuttosto passivo nella regressione, subisce gli eventi e cerca di trovare degli equilibri. L'Io di fronte alle difficoltà, s'indebolisce, si ferma, torna indietro su posizioni che sente più sicuro, e aspetta che il momento difficile passi e possa recuperare successivamente le forze necessarie per riprendere il suo cammino (Serio, 2004).

Riassunto

Questo lavoro, nella sua semplicità, affronta il tema più spinoso della contemporaneità. Avvenimenti come la Shoah, le guerre, l'attacco alle Torri gemelle fino alla malattia, alla sofferenza ed al male nella forma della perdita, del lutto, provocano domande inquietanti sul destino della civiltà e del soggetto.

Il dolore nella sua fisicità delle sue piaghe ci getta nell'angoscia del perché?

Auschwitz è il nome stesso del male. L'attuale scenario mondiale: uomini usati come proiettili contro altri uomini, l'orrore di Madrid, le immagini dei bambini di Beslan, i decapitati iracheni... fungono da catalizzatore del male in questi anni.

Perché il male? Perché la sofferenza? Perché proprio a me? Perché è successo? Perché..?

Sono domande che in questo arco di tempo che stiamo vivendo diventano pressanti e che cercano delle risposte anche da parte della psicologia.

Abstract

This work, in its simplicity, faces the most important theme of contemporary life.

Events such as the school, wars and the attempt to the Twin towers,

sufferings and illness in the shape of loss, death, suggest a lot of questions about the destiny of civilization and man.

The pain of the body leads us to ask the reasons for this?

Auschwitz is the same of evil. The contemporary world scenario: man used as against other men, the horror of Madrid, the images of Beslam children, the Iraq beheaded are the representation of evil in these years.

Why evil? Why suffering? Why just to me? What is all this happening? Why...?

These are questions that in the time we are living are becoming unbearable and are to be answered even from the psychological point of view.

Bibliografia

- AA.VV., *Il male*, R.Cortina ed., Milano, 2000.
- Bowlby J., (1980), *Attachment and loss*: vol.3, London, Hogarth press., tr.it., *L'attaccamento alla madre, 3: attaccamento e perdita*, Bollati Boringheri, Torino, 1983.
- Bretherton I. e Waters E., *Growing point in attachment theory and research: monographs of the society for research in child development*, Chicago Univ. Press, 1985.
- Buckamn R., *Cosa dire?*, ed. Cammilliane, Torino, 1990.
- Campione F., *Rivivere: L'aiuto psicologico nelle situazioni di crisi*, Clueb, Bologna, 2000.
- Canestrari R., *Itinerari del ciclo della vita*, Clueb, Bologna, 2002.
- Dostoevskij F.M., *I fratelli Karamazov (1878-80)*, Mondadori, Milano, 1992.
- Frankl V., *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*, Herder, Freiburg, 1973.
- Freud S., (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, in *Opere*, vol.IX, Boringheri, Torino, 1977.
- Freud S., *Al di là del principio del piacere*, in *Opere di S. Freud*, vol.IX, Boringheri, Torino, 1977.
- Freud S., *Massenpsychologie und ich. Analyse, 1921*, tr. it. *Psicologie delle masse e analisi dell'io*, in *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Boringheri, Torino, 1971.
- Fromm E., *Anatomia della distruttività umana*, tr. it., Mondadori, Milano, 1975.
- Godino A. e Editoriale, in *Psychofenia. Ricerca ed analisi psicologica*, vol.VII, n.10, 2004.
- Grappiolo E., "Il lutto", in G. Di Mola (a cura di), *Cure Palliative*, Masson, Milano, 1988.
- Grassi L., Biondi M. e Costantini A., *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il pensiero scientifico ed., Roma, 2003.
- Horowitz M.J., *Stress response syndromes*, Aranson, Northvale N.J. 1986.
- Jervis G., *Fondamenti di psicologia dinamica*, Feltrinelli, Milano, 1993.
- Jonas H., *Il concetto di Dio dopo Auschwitz. Una voce ebraica*, tr. it., Il Melangolo, Genova, 1993.
- Jung C.G., *Aion: ricerche sul simbolismo del Sé*, tr. it., in *Opere*, vol. IX, Boringheri, Torino, 1980.
- Jung C.G., *Letters*, Princeton University Press, Princeton 1977.
- Jung C.G., *Tipi psicologici (1921)*, tr. it. In *Opere*, vol. VI, Boringheri, Torino, 1969.

- Kohut H., *Narcisismo ed analisi del Sé*, Boringheri, Torino, 1986.
- Lifton R.J., *I medici nazisti: lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio*, tr. it. Rizzoli, Milano, 1988.
- Pangrazzi A., "Gruppi di sostegno", in AA.VV., *Creatività a servizio del malato*, ed. Camilliane, Torino, 1986.
- Parkes C., *Il lutto*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Perry J.C., "Scala di valutazione dei meccanismi di difesa", in Lingiardi, Madeddu, *I meccanismi di difesa*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.
- Pinkus L., *Teoria della psicoterapia analitica breve*, Borla, Roma, 1982.
- Pollock G.H., "Mourning and adaptation", int. *Jour. Of Psychoanalysis*, XLII, 4-5, 1961.
- Serio M.R., *Vicino alla morte*, Milella, Lecce, 2004.
- Weil S., *Quaderni*, tr. it. Adelphi, Milano, 1988.