

**Baracco Gloria Angela Psicologa –Psicoterapeuta  
Galvano Osvaldo Michele Psichiatra -Psicoterapeuta**

## **Il colloquio nel lutto: la dimensione “irreale” del dolore**

### Il dolore nella elaborazione del lutto: le reazioni

La reazione alla scomparsa di una persona cara è complessa e può essere descritta attraverso molte prospettive. Sono state identificate tre maggiori componenti che giocano influenze diverse, nelle varie fasi che seguono la perdita di una persona cara (Astorre, et. All. 1999).

#### *La necessità di piangere e la ricerca della persona perduta*

Gli esseri umani condividono con gli animali a struttura sociale complessa la forte tendenza ad esprimere un sentimento di dolore per la scomparsa di una persona cara. Questo sentimento è spesso accompagnato nell'uomo dall'impulso a piangere e a ricercare senza sosta la persona scomparsa e in questi frangenti si possono avere crisi di grande dolore scatenate da eventi, situazioni o oggetti, che ricordano il proprio familiare.

#### *La necessità di evitare il pianto*

Spesso per convenzione sociale viene posto un limite alla piena espressione delle emozioni, si possono osservare varie forme di autocontrollo delle emozioni da parte delle persone afflitte per un lutto. L'individuo infatti può rispondere a questo travaglio emozionale con una diversità di comportamenti che vanno dal piangere apertamente alla completa inibizione delle emozioni esterne. Studi a questo riguardo (cfr. bibliografia allegata) suggeriscono che coloro che reprimono maggiormente il dolore e le emozioni sono a un maggiore rischio per disturbi psicologici e psichiatrici successivi, di varia tipologia.

#### *La necessità di riesaminare e modificare i modelli interni*

La perdita, la morte di una persona cara rimettono in discussione un grande numero di assunti riguardo la visione del mondo, la modalità di pensiero e di comportamento che facevano riferimento alla persona scomparsa, le vecchie regole, abitudini di vita vengono abbandonate e ne devono essere adottate delle nuove; i programmi possono cambiare; lo status sociale, il potere ed il controllo sono spesso persi o modificati.

Può accadere che la persona scomparsa sia percepita come vicina, minimi rumori possono essere erroneamente interpretati come presenza del defunto. Transitorie allucinazioni di questo tipo si verificano, ad esempio, nel 50% delle donne rimaste vedove.

Tutto questo mette in crisi il proprio senso di sicurezza; ogni pensiero irreali, viene controllato e valutato, altresì in molti casi viene assimilato come reazione naturale all'evento luttuoso nel tentativo di rendere sopportabile una nuova situazione dolorosa ed i modelli di pensiero diventano, per alcuni periodi, patologici ed irreali.

### Il dolore nella elaborazione del lutto: le fasi

In soggetti con una buona struttura di personalità e un buon supporto sociale, il lavoro di elaborazione del lutto si risolve in maniera del tutto naturale e porta, in tempi relativamente contenuti e comuni (normalmente da sei mesi a uno/due anni), a una ridefinizione strutturalmente funzionale delle caratteristiche psico-relazionali.

Per avere una base teorica dobbiamo fare riferimento a una teoria classica, possiamo unire le intuizioni bowlbiane sulla rottura dei legami affettivi e sulle fasi di separazione, 1) torpore e chiusura emozionale; 2) rabbia e ricerca dell'oggetto perduto; 3) disperazione e 4) riorganizzazione, con la "teoria a cinque fasi" ("fasi" e non "stadi", come nella teoria freudiana classica, perché si presuppone la possibilità che i diversi momenti possano sovrapporsi, ripresentarsi, non presentarsi con uguale intensità, alternarsi, etc.) di E. Kübler Ross, per l'elaborazione del lutto" come un percorso che si snoda con i seguenti punti:

- 1) fase dello shock, della negazione o del rifiuto: caratterizzata da rifiuto dell'esame di realtà e processo di rifiuto psicotico della verità;
- 2) fase della rabbia: caratterizzata da chiusura e ritiro in sé, attribuzione esterna (a Dio, ai medici, etc.) o interna (all'incapacità di vivere il proprio ruolo, ad, es. essere genitori ) dei propri dolori e sentimento di essere incompresi;
- 3) fase della depressione (reattiva o preparatoria): caratterizzata dalla presa di consapevolezza che il dolore della perdita non è esclusivo e che la morte è ineluttabile;
- 4) fase della contrattazione o del patteggiamento: caratterizzata dalla verifica delle proprie capacità di ripresa e delle risorse esterne e dalla ristrutturazione dell'esame di realtà;
- 5) fase dell'accettazione e del superamento: caratterizzata dall'elaborazione completa della perdita vissuta e dall'accettazione della nuova condizione di vita.

## Le fasi del lutto normale e lutto patologico.

Il normale susseguirsi delle fasi sopra citate permette alle persone di superare una separazione esistenziale molto importante. E' un processo sia individuale che sociale, in quanto l'ambiente in cui abita la persona in lutto sviluppa nel tempo una serie di riti e rituali per aiutarla in questo delicato e lungo processo.

Si tratta di un processo non scevro di pericoli: se rabbia e depressione possono portare ad aspetti deliranti, la mancanza di un patteggiamento potrebbe non fare superare la depressione portando alla prostrazione e anche alle idee suicidarie. In conclusione una volta iniziato il processo normale di lutto non è detto che esso si sviluppi in modo liscio e lineare, anche se è presente nemmeno con l'aiuto dell'ambiente sociale e familiare.

S. Freud è stato il primo autore a mettere insieme la tristezza del lutto con quella della depressione, ipotizzando che in comune avessero la perdita in un oggetto d'amore, reale nel lutto, introiettato e fantasmagorico nella depressione. Normalità e patologia hanno molti punti di contatto.

### 1) I disturbi possibili nella fase di shock, negazione e rifiuto

Lo shock e la rabbia possono indirizzarsi verso una via patologica attraverso la presenza di allucinazioni. Queste vengono definite come percezioni senza oggetto e vengono discriminate dalle paraeidolie, in cui vi sono interpretazioni diverse di fenomeni che vengono effettivamente percepiti, p. es. un'ombra fa ricordare l'ombra della persona amata e deceduta, per poi rendersi conto che si è trattato di un errore. Le allucinazioni non hanno alcun oggetto da percepire e vengono prese come reali, effettive, resistenti alle critiche. Il nostro apparato sensoriale è destinato a percepire sempre e comunque come dimostrato negli esperimenti fatti sulla deprivazione sensoriale; per esempio negli anni settanta una Banda eversiva la Baader-Meinhoff in Germania, venne imprigionata in celle individuali, bianche, senza suppellettili, con scarso arredo bianco, mancanza di finestre, una lampadina elettrica perennemente accesa e nessun contatto con qualsiasi essere umano. Dopo un po' di tempo questi prigionieri produssero delle allucinazioni. Un'altra situazione in cui si possono verificare le allucinazioni è la dissociazione della coscienza davanti ad eventi traumatizzanti. Se questi sono transitori difficilmente si verificano le allucinazioni, ma se sono continuativi, ripetuti, oppure molto forti, le allucinazioni si possono presentare successivamente come voci interne, descritte come "pseudo-allucinazioni". Se a questo aggiungiamo la possibilità autonoma dei nostri organi del senso di produrre percezioni, la persona in lutto che non accetta la morte della persona amata, può facilmente produrre allucinazioni, che non erano comparse prima nella vita della persona e pertanto non identificabili come una patologia. Mentre le allucinazioni si ascoltano nelle orecchie, oppure in luoghi assurdi, come la pancia (allucinazioni extracampiche), le pseudo-allucinazioni si ricevono direttamente in testa.

La voce interna che rassicura dando notizie sul defunto, è accettabile ma in alcune persone già sofferenti per situazioni simili finirà per darle un credito assoluto, favorirle, aspettarle. Ricordiamo che per alcune filosofie ed esperienze religiose, dal punto di vista culturale le allucinazioni vengono aspettate e desiderate. In questo modo la persona in lutto arriverà ad una più facile accettazione della scomparsa dell'oggetto, considerata patologica da molti, ma se temporanea e contestualizzata può

evitare reazioni anche gravi come la depressione ed il suicidio, arrivando poi alla fase del superamento.

## 2) I disturbi possibili della fase della rabbia

Questo stato emotivo, sentimento umano e animale, che viaggia insieme a quello che viene descritto come l'istinto di attacco e fuga, difficilmente riesce a estinguersi da solo senza conseguenze. L'attacco e la fuga, attivano il sistema parasimpatico, con adrenalina e cortisolo, magari già aumentati dallo shock e si estinguono quando si procede con un'azione, o contra il nemico, oppure contro sé stessi. La rabbia può diventare l'odio verso tutte le persone che sono colpevoli di essere rimaste in vita. Si tratta di persone che s'isolano, che rispondono male a tutti, potendo arrivare all'idea delirante che si è trattato di un complotto contro la persona che è morta. A nulla servono le spiegazioni sulla morte naturale del defunto, per es. un cancro avanzato, perché questo sarà stato causato da qualcuno, ad es. il medico che non l'ha curato adeguatamente o preventivamente.

Alcune persone possono trovare una via accettabile per la rabbia, per es. dedicarsi alla prevenzione di incidenti stradali, oppure di alcune malattie. Sono persone che andranno incontro a depressione, troveranno un'altra motivazione per continuare a vivere, ma potranno patteggiare e superare il lutto. Altre persone invece possono diventare crociati contro interessi determinati, oppure associazioni, ecc., identificate come i colpevoli della morte del caro. Questo comportamento aumenta i livelli di noradrenalina, evitando la depressione, ma spesso senza arrivare mai al superamento.

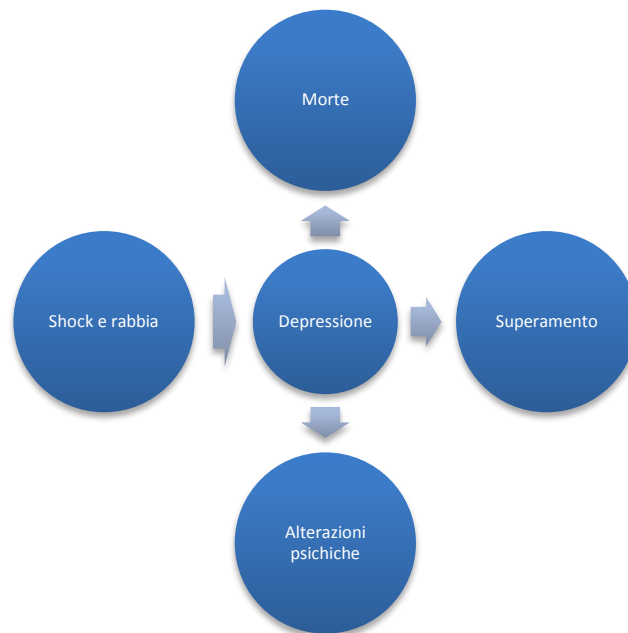
## 3) I disturbi possibili durante la fase depressiva

Il ritiro sociale, il pianto, sono elementi normali in un processo di lutto, vengono insegnati alle persone sin da piccoli e richiesti dalla comunità, altrimenti la persona in lutto viene additata come priva di sentimenti e di emozioni. In psichiatria la distinzione tra un lutto normale e uno patologicamente prolungato, che arriva alla depressione è a stato arbitrariamente fissato nel DSM IV – R in 6 mesi, ma tutti sappiamo che si tratta di un limite messo da un manuale che richiede informa con una eccessiva precisione per poter effettuare le statistiche. Nel manuale DSM IV-R la depressione si ha quando la condizione di tristezza altera la vita normale e sociale dell'individuo sia per l'intensità, sia per il suo prolungarsi.

Nel Manuale DSM V vi è stato un cambiamento, in quanto i sentimenti intensi di stanchezza, i pensieri ruminanti sulla perdita, l'insonnia, la riduzione dell'appetito e la perdita di peso, vengono considerati congrui con il lutto e non un segno di depressione, infine non vi è un'indicazione di limite temporale oltre il quale si passa dal lutto alla depressione. Al lutto si può aggiungere anche la depressione reattiva alla perdita, ma è il clinico che deve decidere se si è sovrapposta al lutto o meno. In genere gli autori di questo testo considerano che se al lutto si aggiunge una depressione questa persona era già predisposta a questa patologia, e che il disturbo depressivo sarà peggiore sia come sintomatologia sia come prognosi, perciò è necessario pensare ad una terapia farmacologica antidepressiva.

La depressione per il lutto è una reazione frequente nell'individuo che ha perso una persona cara. Nei peggiori dei casi non si riconosce una separazione fisica tra le persone in vita e quella deceduta, ovviamente perché non vi è una separazione mentale tra le due. L'unica soluzione sarà raggiungere l'altro nell'aldilà. Da questo punto di vista si verificano due possibilità, la prima, più drammatica, è il suicidio, senza via di scampo, talvolta con aspetti allucinatori, come le voci che lo richiamano nell'altra vita, talvolta con aspetti deliranti di sicurezza assoluta che si riunirà con l'altro e con gli antenati. La seconda possibilità è quella di lasciarsi morire, avere uno stile di vita, un prolungarsi del

quadro depressivo, oppure contattare l'altro che non esiste in questa vita attraverso sistemi spiritualistici, religiosi, parapsicologici, mediatici.



Le alterazioni psichiche che permettono di uscire dalla depressione, ma non superare il lutto consistono nel fanatismo, in genere attraverso una credenza, oppure una religione, che assicuri il contatto tra la persona viva e quella morta. Come abbiamo visto precedentemente le allucinazioni, le sicurezze incontestabili delle idee possono arrivare al quadro francamente delirante, ma nel DSM V le voci allucinatorie, possono essere incluse nel quadro di Disturbo da Stress Post-Traumatico come a ratificare che da un evento traumatico si possono avere dei quadri psichici che in altri tempi venivano catalogati esclusivamente tra le psicosi.

Se il fanatismo non ammette alcun tipo di critica, se la personalità precedente poteva essere particolarmente rigida, si può manifestare francamente un quadro schizo-tipico, in cui vi sono convinzioni estranee, ma condivisi da alcuni gruppi, come il contatto con gli angeli, gli extra-terrestri, ecc. determinando comportamenti conformi a queste credenze, che permettono di rimanere in contatto con la persona morta, come nei disturbi possibili dovuti alla rabbia, ma in questo caso non superando la fase depressiva.

#### 4) I disturbi possibili nella fase di patteggiamento-contrattazione

Il patteggiamento è la realtà che si fa sempre più presente nella persona in lutto, che da una parte non desidera accettare la morte della persona cara, allo stesso tempo che un pò alla volta, comincia a riprogettare la propria vita "senza" e a riprendere le attività della vita quotidiana.

Uno dei disturbi possibili, è la convinzione fanatica della possibilità di mantenere il contatto con il morto, attraverso lo spiritismo, oppure credendo di poter entrare in contatto con l'aldilà con sistemi e mezzi di parapsicologia. Vi sono gruppi che condividono queste credenze e le ratificano, creando il gruppo degli illuminati che agisce e crede in alcune regole di vita ed *oltre-morte* diverse (ad. Es. la

metempsicosi), rispetto al resto dell'umanità. Se la personalità precedente della persona in lutto poteva essere particolarmente rigida, si può manifestare francamente un quadro schizotipico, in cui vi sono convinzioni estranee che determinano comportamenti conformi a queste credenze, che permettono di rimanere in contatto con la persona morta, come nei disturbi possibili dovuti alla rabbia, ma in questo caso andando oltre la fase depressiva attraverso un'iper-attivazione, ma senza mai arrivare al superamento.

Una piccola nota va segnalata rispetto al criterio del DSM V che parla d'inizio del Disturbo Schizotipico di Personalità in tarda adolescenza, oppure in prima età adulta. Il quadro, sopra descritto, sia nelle componenti psicologiche che biologiche si avvicina alla schizofrenia, ma non nel peggioramento cognitivo, questo permette a molte persone affette da questa patologia precedentemente, di iniziare una vita apparentemente normale, sposarsi, avere figli, fare una vita sociale e lavorativa normale ma non arrivare all'osservazione di uno specialista, questo potrebbe spiegare come il disturbo che si può presentare nel patteggiamento sia predisposto anticipatamente, ma si sviluppi in modo evidente dopo il lutto.

#### 5) La fase di accettazione e il superamento

In questo caso, arrivando alla fase di superamento, non vi sono disturbi dovuti allo stadio in sé, anche se possono rimanere sintomi residui delle fasi precedenti. Uno dei segreti del superamento è trovare un senso a qualcosa che un senso non ne ha. Ma nel mondo delle creature, afferma G. Jung citato da Gregory Bateson: "Non è possibile vivere in eterno, sia per rinnovare le specie ed il mondo vivente, sia per dare spazio al nuovo". Vi sono incidenti stradali, catastrofi naturali, malattie, che portano via delle persone, cose che in sé non danno senso alla fine di una vita, ma che appartengono al modo di vivere degli esseri umani e che stranamente da una parte migliora e facilita il modo di stare in questo mondo. Una considerazione a parte meritano invece le morti dovute a sacrifici, optato da alcuni per dare un mondo migliore agli altri. Un comportamento simile potrebbe alterare il decorso spontaneo della morte che sceglie prima le vecchie generazioni, ma potrebbe avere un senso generale, non diverso della lucertola che perde la coda per non perdere la vita, della persona che perde un organo per non perdere l'intero corpo. Dare, trovare e condividere un senso sulla morte dei cari, talora rinforzato da situazioni culturali può dare origine al vero superamento che consiste nel capire che la morte della persona cara non è stata casuale, che è stata una scelta non desiderata ma contemplata nella situazione che doveva affrontare e, se da una parte c'è il dolore per la perdita, d'altra parte c'è l'orgoglio per la scelta coraggiosa e non da tutti: le madri di Plaza di Mayo, o le abuelas (nonne), dell'Argentina dei Desaparecidos, sono esempi di superamento di tutte le fasi del lutto fin qui trattate.

#### Lecture consigliate

Kubler-Ross E. La morte e il morire. Assisi: Cittadella Editrice 1992.

Kubler-Ross E. La morte e la vita dopo la morte. Roma: Edizioni Mediterranee 1991.

#### **Bibliografia**

Ariès P. L'uomo e la morte dal medioevo ad oggi. Bari: Laterza 1985.

Paolo Astorre, Teresa Crescini, Raffaele Maritati, Cataldo Mastromauro, Luca Persemoli, Olivia Bacciu, Amalia Falzetta, Luigi Pelagalli, Olivera Markovic, Maria Beatrice Rondinelli La difficile elaborazione del lutto, In psicoterapia, n° 36-37, gennaio-agosto 1999, pagg. 76-85, Roma

Mondella F. Morte e sviluppo storico del pensiero medico in: Di Mola G. (a cura di) *Cure Palliative*. Milano:Masson 1988.

Landsberg PL. *Essai sur l'expérience de la mort*. Paris : Ed. du Seuil 1951.

Fuchs W. *Le immagini della morte nella società moderna*. Torino: Einaudi 1973.

Elias N. *La solitudine del morente*. Bologna: Il Mulino 1975.

Thomas B L V. *Antropologia della morte*. Milano: Garzanti 1976.

Freud S. Totem e tabù in: *Opere*, vol. VII. Torino: Boringhieri 1975.

Natoli S. *L'esperienza del dolore*. Milano: Saggi Feltrinelli 1986.

Di Mola G. *Il dolore della coscienza di morte*. Milano: Algos 1989.

De Martino E. *Morte e pianto rituale nel mondo antico*. Torino:Boringhieri 1977.

Di Mola G. *Elaboration of Grief and Reassertion of Life in the Culture of Suburban Areas in Italy*. London: International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Abstracts 1988.

Gross WS, Kamm P. *About Mourning-Support and Guidance for the Bereaved*. New York: Human Science Press 1987.

Smith CR. *Social Work with the Dying and Bereaved*. London: McMillan LTD 1987.

Hinton J. *Dying*. Harmondsworth: Penguin Books LTD 1967.

Parkes C M. *Bereavement*. Harmondsworth: Penguin Books LTD 1980.

Guerra C. *Quando la morte mette a nudo alcuni rapporti famigliari in: La Famiglia Oggi*. Milano: Ass. Don Zilli, Milano 1984.

Freud S. *Lutto e melanconia*. Torino: Boringhieri.

Melchiorre V. *Sul senso della morte*. Brescia: Morcelliana 1964.

Di Mola G, Tamburini M, Selmi S, Ventafridda V. *Continuous Care for Advanced Cancer Pain, a new Model of Treatment*. *Schmerz-Pain-Douleur* 1986 ; 3.

AA.VV. Tamburini M (a cura di ). *La formazione del Volontariato in Oncologia*. Milano: Lega Italiana Lotta Contro i Tumori - Sezione Milanese 1988.

Di Mola G, Tamburini M, Fusco C. *The Role of Volunteers in Alleviating Grief*. *J. of Pall. Care*, 1990; 6:1.157

Wilber K. *Oltre i confini*. Assisi: Cittadella Editrice 1988.