

PSICOLOGI A CONFRONTO
 A CURA DI GERRY GRASSI

Mors tua, vita tua

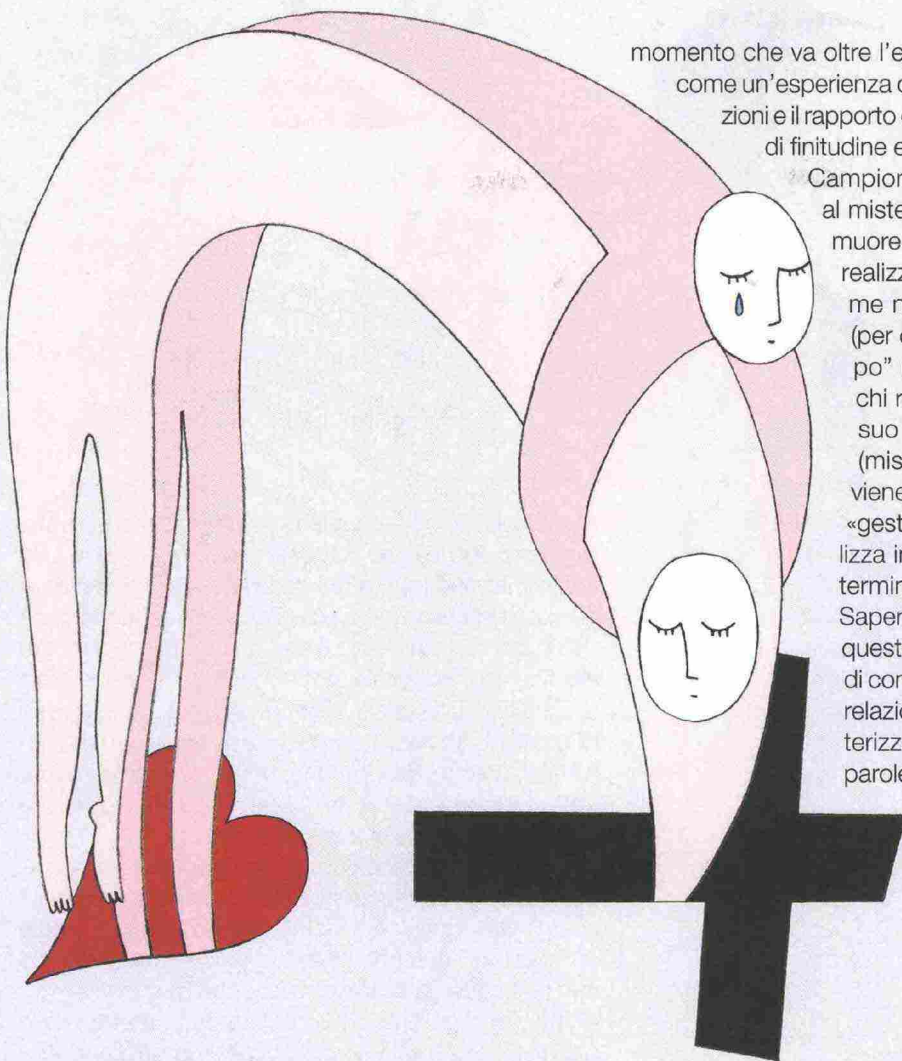


UN DITTICO SULLA MORTE: LE VOCI SONO QUELLE DEL TANATOLOGO FRANCESCO CAMPIONE E DELLO PSICOONCOLOGO MARCO CECCANTI, ACCOMUNATE DALLA SENSIBILITÀ DI CERCARE UN SENSO IN QUELL'EVENTO CHE MENO DI TUTTI NE PARE DOTATO

Tutti noi, a un certo punto, dobbiamo affrontarla; è un evento di tale importanza che può rendere insignificante tutto il resto nella nostra vita: la fine della nostra esistenza. La Fine è l'argomento che tratteremo in questo nostro nuovo appuntamento. Viviamo in una cultura che nega la morte. Ci viene insegnato che essa è qualcosa a cui dobbiamo abbandonarci o cercare di dimenticare. Se ci fermiamo a riflettere sulla nostra mortalità veniamo assaliti da un senso di impotenza e ansia. In psicologia, la teoria della gestione del terrore (Terror Management Theory, TMT) suggerisce che una gran parte del comportamento umano è generata dal timore inconscio della morte. Questa paura provoca un'ansia e un disagio fondamentali, che cerchiamo di compensare con comportamenti come la ricerca dello status o la forte difesa dei valori della nostra cultura. Ci sentiamo minacciati dalla morte e quindi cerchiamo la sicurezza e il significato per difenderci contro di essa.

Tuttavia, c'è una grande quantità di prove e di casi che dimostrano come la consapevolezza della morte possa avere un potente effetto positivo e promuovere un cambiamento radicale nell'atteggiamento e nella visione di prospettive. Di fronte alla morte sperimentiamo una nuova capacità di vivere nel presente: il futuro e il passato non sono importanti, la vita si svolge in questo momento, nel qui ed ora. Nel contributo di Francesco Campione, tanatologo e psicologo presso l'Università di Bologna e presidente delle Associazioni Clinicacrisi e Rivivere, sono descritte tre grandi tipologie all'interno delle quali ogni "ipotesi sulla morte" occupa un posto particolare e merita uno studio ben definito. Invece Marco Ceccanti, psicologo e psicoterapeuta esperto in cure palliative e sostegno psicologico al lutto e alle problematiche inerenti alla patologia oncologica di fine-vita, ci spiega come possiamo con-vivere con l'esperienza del morire e come possiamo accompagnare la persona alla fine della sua vita. Entrambi gli autori evidenziano l'aspetto umano della morte, descrivendola come un

LA FINE



momento che va oltre l'evento clinico e che si declina come un'esperienza coinvolgente la sfera delle relazioni e il rapporto con la nostra intima esperienza di finitudine e il nostro desiderio di infinito.

Campione sottolinea come di fronte al mistero della morte chi resta e chi muore possano scambiarsi le parti e realizzare l'Umanità: «essere insieme nella contingenza della morte (per chi muore) e nell'oltre del "dopo" (per chi resta), vivendo così, chi resta, la morte di chi muore (il suo mistero) e, chi muore, l'oltre (misterioso) di chi resta». La fine viene descritta da Ceccanti come «gesto solenne che nasce e si realizza in un momento sacro qual è il termine della vita di una persona». Saper accompagnare la persona in questa fase della vita è «un esercizio di consapevolezza dello stare in una relazione fatta di reciprocità, caratterizzata da gesti che curano e da parole che generano conforto».

I POTESI SULLA MORTE

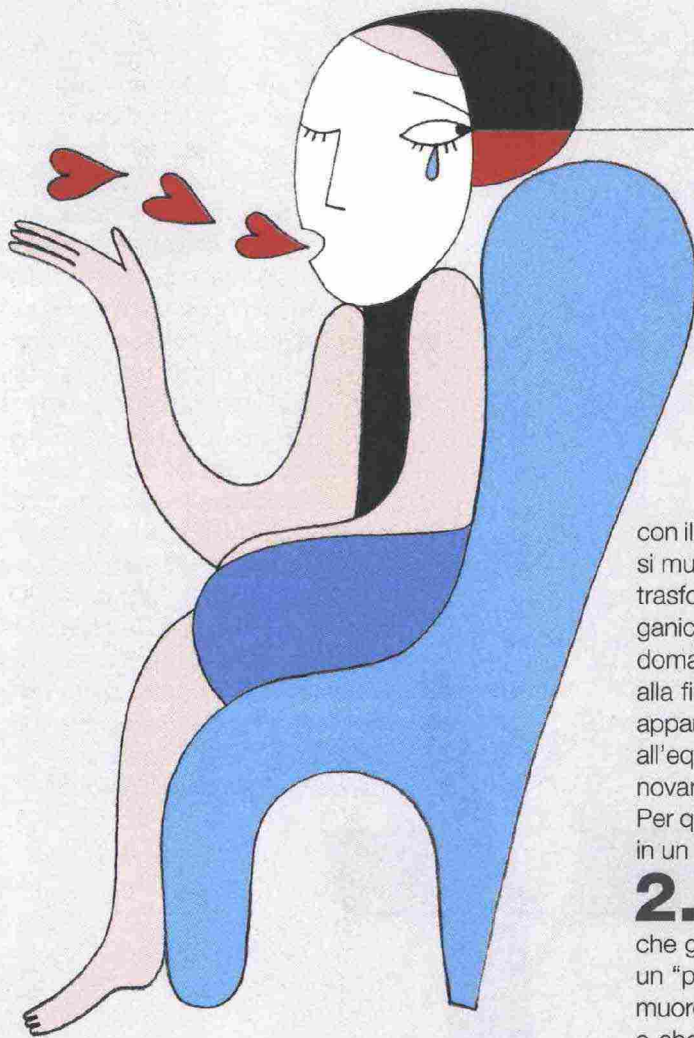
Francesco Campione

Di fronte all'esigenza di definire la morte, potremmo facilitarci il compito facendo come oggi si tende a fare in tutti i campi, e dire semplicemente che la morte non è altro che l'oggetto di studio della tanatologia (Campione, 2005).

In realtà la morte è un oggetto di studio così "speciale" da rischiare di sfuggire ad ogni logos/sapere. La morte, infatti, in quanto cessazione della vita è una "fine" così totale e assoluta da sfuggire ad ogni definizione, e al tempo stesso, in quanto "fine" che annulla il soggetto di ogni esperienza, è un oggetto che nessuno

può sperimentare (Jankélévitch, 2009). Si potrebbe sostenere che l'unica cosa certa della morte è il suo essere un "male" che sarebbe desiderabile controllare o abolire. Ma neanche questo è vero del tutto, perché la morte è un male che talvolta (per esempio di fronte a una sofferenza insopportabile) può diventare un "bene" da desiderare o addirittura da promuovere.

Ne deriva che la morte può essere considerata il "regno dell'ipotetico", dato che, per poterla studiare, la tanatologia deve ragionare appunto ipoteticamente: se prima definiamo la morte in un certo modo, possiamo



«La morte è certa nel suo quid e incerta nel suo perché e nella sua ora»

farne un oggetto di studio. Ecco l'astuzia che il pensiero oppone alla morte: «Tu, morte, fai finire tutto e ti sottrai ad ogni definizione o esperienza, ma io formulo su di te le mie ipotesi astratte e ti comprendo». È proprio ciò che ognuno di noi, prima o poi, fa quando aggiunge alla morte un attributo, cioè quando decide di guardarla da un certo lato e poi le attribuisce le percezioni che ne derivano. L'operazione equivale a privilegiare la particolare concezione dell'uomo (antropologia) che deriva a ciascuno dalle filosofie o credenze che condivide sulla base – se seguiamo l'indicazione data da Hegel – della propria autobiografia. In estrema sintesi, si possono individuare 3 grandi tipologie, all'interno delle quali ogni ipotesi sulla morte occupa un posto particolare e merita uno studio particolare (Campione, 2003).

1. Chi concepisce l'uomo come un *essere biologico* avrà una prospettiva che gli farà formulare l'ipotesi secondo la quale la morte è un evento o un fatto della vita che appartiene a tutti e riguarda tutti, e che può essere studiato con i metodi della *biologia*. Come evento e come fatto, la morte è "certa" e si identifica

con il cadavere. Ora sappiamo cos'è la morte e perché si muore, con la biologia possiamo definirla come una trasformazione (quella del cadavere) della materia organica in materia inorganica. Possiamo rispondere alla domanda se sia un bene o un male morire: se si muore alla fine del ciclo vitale, è un bene per la specie a cui apparteniamo, la quale: a) sopravvive e prospera grazie all'equilibrio tra nascite e morti; b) si evolve grazie al rinnovarsi, ad ogni generazione, del patrimonio genetico. Per questa visione la morte fa parte della vita biologica e in un certo senso è al suo servizio.

2. Chi concepisce l'uomo come un *essere personale* unico e insostituibile avrà una prospettiva che gli farà formulare l'ipotesi per la quale la morte è un "passare" che appartiene in modo esclusivo a chi muore e riguarda soltanto coloro che gli sono "legati"; e che quindi può essere studiata con i metodi delle *psicologie*. La morte sarà certa nel suo quid e incerta nel suo perché e nella sua ora. L'oggetto di studio della tanatologia non sarà più il cadavere bensì i pensieri, le emozioni e i comportamenti delle singole persone nei confronti della "morte propria" e di quella di coloro ai quali si è legati.

3. Chi concepisce l'uomo come un *essere umano* (ossia come il risultato non solo della sua biologia e della sua biografia, ma anche e soprattutto del suo generarsi e costruirsi insieme agli altri, potenzialmente all'infinito) avrà una prospettiva che gli farà formulare l'ipotesi secondo la quale la morte è un grande punto interrogativo, un "mistero" (Campione, 2012a) che appartiene in modo esclusivo a chi muore, ma che riguarda tutti gli altri. La morte sarà ora concepita come incerta non solo nella sua ora (come per tutte le concezioni), ma anche nel suo "che cosa" (come nella concezione personale) e nel suo "perché". Si tratterà di studiarla non come si studia un fatto oggettivo (il cadavere) o un fatto soggettivo (pensieri, emozioni e comportamenti suscitati dalla morte), ma per rispondere alla domanda sul suo "senso": cosa significa morire per la vita degli uomini?

LA FINE

DIVERSE CONCEZIONI DELLA MORTE

1. Nell'ambito della concezione biologica dell'uomo, l'interesse è concentrato nel definire la vita, e di conseguenza la morte viene "usata" unicamente per definire la vita. Il chirurgo e fisiologo francese Bichat diceva infatti, pressappoco, che «la vita è l'insieme dei fattori che si oppongono alla morte». In quest'ottica la psicologia della morte (cioè i pensieri, le emozioni e i comportamenti che la morte suscita) deriva dalle circostanze della vita: si pensa alla morte e se ne ha paura quando incombono minacce di morte (per esempio, quando si ha una malattia grave che minaccia la vita); si cercano vie di salvezza – attuando comportamenti di fuga o invocando qualche salvatore – quando la morte è prevedibile o imminente; si desidera la morte, o la si accelera, quando la vita è invivibile ecc. La morte degli altri ci riguarda quando minaccia la nostra sopravvivenza. In tale prospettiva la "buona morte" è la morte che arriva alla fine di una lunga vita spesa bene e senza una lunga agonia. Per l'uomo biologico, infatti, la buona vita è una vita di alta qualità, caratterizzata cioè dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali che tutti gli appartenenti alla specie hanno in comune. Per realizzare l'obiettivo di una "buona vita", bisogna soddisfare i bisogni fondamentali, combattere le cause di morte (malattie che minacciano la vita, catastrofi, guerre ecc.) e allungare la vita. La "buona morte", allora, non è altro che la buona vita ancora possibile in vicinanza della fine, conseguibile tenendo alti gli standard della qualità di vita e alleviando le sofferenze. Palesemente, sono gli obiettivi della medicina (medicina curativa per il primo e medicina palliativa per il secondo).

2. Se consideriamo la morte come un "passaggio" (verso il nulla, verso un'altra vita o verso gli altri che restano e a cui lasciamo un'eredità di affetti), essa può essere considerata, come abbiamo detto, *certa* in quanto annullamento, resurrezione o eredità, ma *incerta*, oltre che nella data, anche nel "che cosa", il quale potrebbe essere: a) un "nulla", di cui niente si può dire; b) un'altra vita, che si può immaginare inferandola da questa vita, sulla base di "visioni rivelate" da qualcuno degno di fede; c) un lascito agli altri di cui chi resta può fare ciò che vuole. La morte sarà allora, sì, definibile (come nulla, come "altra vita" o come lascito agli altri), ma da ciascuno a modo proprio, in termini soggettivi, non oggettivi. La "buona morte" è quella che impetra Rilke in un suo famoso verso («O Signore, concedi a ciascuno la sua morte»). Una morte "personalizzata", per garantire la quale bisogna appunto personalizzare al massimo sia la medicina curativa che quella palliativa, fornendo a ciascuno un aiuto per conseguire ciò a cui soggettivamente aspira (il nulla, un'altra vita o la cessione di un'eredità di affetti). Consiste precisamente nell'esigenza di

questa personalizzazione, di cui essa si fa portatrice, la difficoltà della psicologia nella collaborazione con la medicina palliativa nell'ambito delle cure palliative. Infatti, né l'assistenza psicologica ai morenti né quella ai dolenti in lutto si possono standardizzare, come vorrebbe una medicina palliativa che si sta allontanando sempre più dalle sue origini e si fa conquistare sempre più dai tecnicismi dell'evidence based medicine.

3. Se consideriamo la morte come un "mistero", essa ci apparirà *incerta*, oltre che come data, anche come fatto e come passaggio. Ora la morte non sarà in alcun modo definibile né esperibile; e pensieri, emozioni e comportamenti che la riguardano non potranno essere né solo spersonalizzati, oggettivandoli come "fatti" della morte, né solo personalizzati, soggettivandoli come vissuti di "morte". L'ipotesi che la morte sia un "mistero" ci fa tornare al punto di partenza, con un'unica possibilità: pensieri, emozioni e comportamenti riguardanti la morte bisognerà cercare di spersonalizzarli e personalizzarli, insieme e contemporaneamente; insomma, bisognerà *umanizzarli*! Significa che solo l'umanità che si costruisce vivendo insieme e "parlandosi" può far convivere particolarità (per chi muore) e universalità (per tutti gli altri) del mistero della morte. In altri termini, se la morte è un mistero sia *per me* che muoio della mia propria morte sia *per tutti gli altri*, è proprio su questo terreno della morte che il particolare e l'universale possono trovare un punto di incontro.

Nell'aiuto a chi muore e a chi è in lutto le cose si modificano nel seguente modo: non è più, come nella medicina palliativa, la morte oggettiva al centro dell'assistenza, con la conseguenza che questa diventa un aiuto a vivere invece che a morire (la buona morte si basa sulla qualità della vita nelle ultime fasi); non è, come nell'assistenza psicologica personalizzata al singolo morente, la morte soggettiva al centro dell'assistenza (con la conseguenza che la buona morte è un "essere se stessi" anche nella morte, cioè, di nuovo, l'aiuto sarà un aiuto a vivere piuttosto che a morire, sebbene concepito come un aiuto biografico invece che biologico); solo considerando la morte un "mistero" (appartenente al morente e riguardante tutti) si può umanizzare l'assistenza facendo convivere la spersonalizzazione e la personalizzazione; solo ora, infatti, l'aiuto oggettivo e quello soggettivo si possono intrecciare per trovare un superamento in un aiuto *intersoggettivo*, nel quale, morendo nel mistero della sua

«Per il medico Bichat, la vita è l'insieme dei fattori che si oppongono alla morte»

propria morte, chi muore aiuta gli altri nel loro futuro lutto, mentre gli altri, accollandosi la responsabilità del mistero della morte altrui, aiutano chi muore nella sua morte, promettendogli di aiutarlo anche dopo, e cioè di vivere anche per lui. Ora, in altri termini, chi muore e chi resta si possono scambiare le parti e realizzare, di fronte al mistero della morte, l'umanità: essere insieme nella contingenza della morte (per chi muore) e nell'*oltre* del "dopo" (per chi resta), vivendo così, chi resta, la morte di chi muore (il suo mistero) e, chi muore, l'*oltre* (misterioso) di chi resta. Infatti, di fronte alla morte propria e dell'altro, quando ci si aiuta umanamente ciascuno ha un compito (svelare un mistero non svelabile nel tempo finito della vita umana) che insinua nella "fine" un desiderio dell'in-finito (Lévinas, 1996) (il tempo necessario a svelare il mistero) suscettibile di rendere superflua

la vana ricerca dell'immortalità che tanto ha estenuato le culture umane da indurle a rinunciare ai loro tesori, cadendo nel nichilismo così spesso protagonista della nostra contemporaneità. Per chi scrive, a questa possibilità dovrebbe ispirarsi un'assistenza *umana* –cioè medica, psicologica, insieme e oltre – del morente e dei dolenti (Campione, 2012b).

Riferimenti bibliografici

CAMPIONE F. (2003), *Contro la morte*, Clueb, Bologna.
CAMPIONE F. (2005), *Manifesto della Tanatologia*, Clueb, Bologna.
CAMPIONE F. (2012a), *Lutto e desiderio*, Armando, Roma.
CAMPIONE F. (2012b), *La domanda che vola*.

Educare i bambini alla morte e al lutto, Edizioni Dehoniane, Bologna.
JANKÉLÉVITCH V. (2009), *La morte* (trad. it.), Einaudi, Torino.
LÉVINAS E. (1996), *Dio, la morte e il tempo* (trad. it.), Jaca Book, Milano.

ACCOMPAGNARE IL PAZIENTE ONCOLOGICO NEL FINE VITA

Marco Ceccanti

La nostra salute, intesa come il senso di benessere soggettivo e complessivo che la persona vive nel suo contesto di appartenenza, può inaspettatamente arrivare ad essere intaccata e aggredita dall'insorgere di una malattia. Quando la patologia che viene a minacciare la persona si chiama cancro, l'individuo è in qualche modo esposto all'esperienza dell'"indicibile"; infatti, ci possiamo confrontare con tale realtà, e com'è possibile farlo in percorsi di fine vita, ovvero in situazioni in cui lo stato evolutivo della malattia è inarrestabile e prossimo alla morte? Come con-vivere con l'esperienza del morire? La fine della vita, benché naturale e attesa esperienza dell'esistenza umana, spesso ci coglie, razionali abitatori dell'Occidente, impreparati e timorosi.

Il nostro tempo è il tempo della "crisi" dell'evento morte, soprattutto come evento significativo, degno cioè di un suo senso e di una sua discorsività (Morelli, 2011); l'accompagnamento alla dipartita terrena è tra gli argomenti di cui meno si discute e che viene negato nella vita di ognuno di noi e alcune volte persino nei percorsi assistenziali specifici. La mancanza di un tessuto sociale e culturale in grado di sostenere, almeno in parte, il confronto con l'idea della propria finitudine getta l'uomo moderno nell'impossibilità di rappresentarsi la sparizione e la fine. Come scrive il filosofo Vla-

dimir Jankélévitch (1995), «So che morirò, ma non ci credo. Lo so, ma non ne sono intimamente persuaso. Se ne fossi persuaso, completamente certo, non potrei più vivere». La morte, o meglio la sua rappresentazione, perdendo di senso non trova più uno spazio mentale che la possa con-tenere, un sentimento che la possa sentire e "soffrire", un linguaggio, un dialetto, un sistema di segni che la possa "dire".

Chi si ammala di tumore ha una speranza di sopravvivenza che varia in modo molto ampio e tantissimi sono i fattori che possono agire favorendola o rendendola sempre più improbabile. Ogni persona che si ammala è chiamata ad affrontare un difficile cammino dove ha diritto di fare tutto quello che le è possibile per guarire e continuare a vivere una vita con prospettiva. Ci sono, però, molte persone che ancora oggi, nonostante le mille peripezie, nonostante tutte le condizioni che la vita e la tecnologia mettono loro a disposizione, non ce la fanno e si trovano d'impatto davanti alla dura realtà del "non c'è più niente da fare".

La malattia oncologica in stadio avanzato rappresenta una condizione di profonda crisi sia a livello biologico, perché comporta sofferenza e disagi, sia a livello esistenziale, in quanto interrompe e disorganizza l'abituale ritmo di vita, altera il rapporto con il proprio corpo

LA FINE



«Le cure palliative prevedono per il paziente un percorso di ri-costruzione di senso»

e con gli altri, fa perdere ruoli professionali e familiari e disorienta l'identità. La malattia grave ha un effetto devastante nella vita di una persona; nel momento in cui si manifesta, il malato perde il proprio ruolo nei confronti degli altri; non è più il professionista o il marito, e il suo tempo è scandito dal succedersi delle visite e dei cicli di terapia; anche lo spazio si ridimensiona: prima il suo agire non aveva confine, dopo la malattia si restringe alla propria casa, fino a limitarsi ai confini del proprio letto. Tra la sofferenza, il dolore e le limitazioni si instaura l'angoscia di un inquietante presagio di morte. La fase terminale di una malattia costituisce un periodo particolare nel quale la stessa si evolve e si caratterizza essenzialmente per tre elementi: l'inguaribilità, la gravità, la prospettiva di morte più o meno imminente. Questi elementi che rendono la morte ineluttabile fanno sì che il progressivo deperimento organico porti a diverse complicanze, di carattere sia organico sia psicologico. Il malato viene esposto a una perdita progressiva delle autonomie, trovandosi a vivere un'esperienza indicibile e catastrofica, definita "dolore totale".

È in questo quadro di grande difficoltà che ci si avvicina alla questione del morire nelle *cure palliative*. Esse rappresentano la cura attiva e globale prestata al paziente e alla famiglia quando la malattia non risponde più alle terapie finalizzate alla guarigione; rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale, il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità

di vita sino alla fine. Le cure palliative, nel loro approccio multidisciplinare e integrativo dei saperi, prevedono una ri-costruzione di senso in un percorso in cui sembra strutturarsi una progressiva perdita di senso. L'accompagnamento della persona al fine vita è un'esperienza che aiuta il morente nel difficile passaggio, è un gesto solenne che nasce e si realizza in un momento sacro qual è il termine della vita di una persona. Saper accompagnare qualcuno in questa fase della vita è quindi un esercizio di consapevolezza dello stare in una relazione caratterizzata da gesti che curano e da parole che generano conforto. L'essere vicino a chi muore, pertanto, è molto più di un evento clinico: è un'esperienza che coinvolge la sfera della relazione, il rapporto con la nostra intima esperienza di finitudine e con i nostri ideali di altruismo (Ostaseski, 2006). Citando Cicely Saunders (1995), medico: «Tu sei importante perché sei tu, e sei importante fino all'ultimo momento della tua vita. Faremo ogni cosa possibile non solo per permetterti di morire in pace, ma anche per farti vivere fino al momento della tua morte».

Riferimenti bibliografici

JANKÉLÉVITCH V. (1995), *Pensare la morte* (trad. it.), Raffaello Cortina Editore, Milano.
MORELLI G. (2011), «È possibile vivere con il morire». In M. Cianfarini (a cura di), *La malattia oncologica nella famiglia*, Carocci, Roma.

OSTASESKI F. (2006), *Saper accompagnare* (trad. it.), Mondadori, Milano.
SAUNDERS C. (1995), *Living with dying: A guide for palliative care*, Oxford University Press, Oxford.

Gerry Grassi

è psicologo, psicoterapeuta e ipnoterapeuta. Fondatore e direttore dell'Istituto di Psicoterapia Costruttivista TIB (Terapie Innovative Brevi), è lo psicologo del format televisivo *Matrimonio a prima vista*.
www.gerrygrassi.com
www.ipnostrategica.it

Francesco Campione

insegna Psicologia clinica e Psicologia della perdita e del lutto nell'Università di Bologna, dove è anche direttore del master in Cure palliative e Terapia del

dolore per psicologi. Dirige la rivista online di tanatologia *Zeta*.

Marco Ceccanti

è psicologo e psicoterapeuta. Ha seguito il corso di perfezionamento in Cure palliative e Terapia del dolore presso la Scuola Italiana di Medicina Palliativa. Lavora come psico-oncologo in strutture deputate all'assistenza dei malati tumorali e dei loro familiari. Si occupa inoltre di sostegno psicologico al lutto e di valutazione delle problematiche inerenti alla patologia oncologica e al fine vita.