



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

Riflessioni sulla Morte e sul Morire
(Affrontare la Morte e la perdita nella contemporaneità)

RELATORE:
GIUSEPPE ORESTE POZZI

CORRELATORE:
Domenico Cosenza

Tesi di Laurea di
Claudia Bianchetti
Matricola 522590

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INDICE	1
ABSTRACT	3
CAPITOLO 1 – LA MORTE TRA ANTICHITA' E CONTEMPORANEITA'	4
1.1 – INTRODUZIONE	4
1.2 – DAL BANCHETTO TOTEMICO AL PREDOMINIO DELLA TECNICA	7
1.2.1 – IL BANCHETTO TOTEMICO	8
1.2.2 – LA SECONDA GUERRA MONDIALE ED IL DOPOGUERRA	10
1.2.3 – LA PAROLA CHE CURA	13
1.2.4 – IL DOMINIO DELLA TECNICA	15
1.3 – IL RITO FUNEBRE TRA ANTICO E CONTEMPORANEO	19
1.3.1 – INTRODUZIONE	19
1.3.2 – IL RITO FUNEBRE NELLE CULTURE OCCIDENTALI	20
1.3.3 – IL RITO FUNEBRE NELLE CULTURE ORIENTALI	26
1.4 – RIFLESSIONI	29
CAPITOLO 2: LUTTO E PERDITA	33
2.1- LUTTO ED ELABORAZIONE DEL LUTTO	33
2.2.1 – PER CHI RIMANE	36
2.2.2 – LUTTO E MELANCONIA	37
2.2.3 – LUTTO E MANIA	41
2.2.4 – IL DOLORE	43
2.2. – LUTTO E ATTACCAMENTO: BOWLBY	46
2.2.1 – TEORIA DELL'ATTACCAMENTO	46
2.3 – LE REAZIONI AL LUTTO	52
2.3.1 – JHON BOWLBY	52
2.3.2 – LUTTO PERSISTENTE E COMPLICATO NEL DSM-V	54
2.3.3 – ELISABETH KÜBLER ROSS	57
2.4 – IL COMPIMENTO DEL LAVORO DEL LUTTO	61
2.5 – L'ACCOMPAGNARE: IL CAREGIVER	63

2.6 – RIFLESSIONI	68
CAPITOLO 3 – IL MORIRE	70
3.1 - INTRODUZIONE.....	70
3.2 – REAZIONI ALLA DIAGNOSI.....	74
3.2.1 – RIFIUTO E NEGAZIONE	74
3.3 – SFUGGIRE ALLA MORTE	82
3.4 – PRE MORTE	84
3.5 – CURE PALLIATIVE E BUONA MORTE	87
3.5.1 – LA BUONA MORTE.....	93
3.5.2 – IL SUPPORTO PSICOLOGICO NELLE CURE PALLIATIVE.....	96
4 – CONCLUSIONI.....	108
BIBLIOGRAFIA	117

ABSTRACT

La Morte intesa come finitudine e perdita è una tematica che fin dall'alba dei tempi ha costituito un motivo di riflessione, portando a modificare quelli che sono gli atteggiamenti individuali e collettivi nei confronti della Morte.

Partendo dall'uomo primitivo fino ad arrivare ai giorni nostri, l'uomo e la società hanno cercato di dare una spiegazione a questo evento, considerandolo come un confine naturale, un limite che ci permetteva di rivalutare la vita in virtù di ciò; fino ad arrivare ai giorni nostri, dove a causa del dominio del linguaggio della Tecnica, si cerca di evitare e negare l'esistenza della Morte stessa.

Si cerca di eliminare quel limite di cui la Morte si fa portatrice, nella speranza e illusione che sia possibile evitare di dover dare un senso a ciò che in realtà, appartiene al fuori-senso.

Attraverso l'analisi dei diversi rapporti della vita umana con l'esperienza della perdita, sia dal punto di vista dell'elaborazione del lutto sia da quello dell'accettazione della propria Morte, si è cercato di evidenziare come sia opportuno un cambiamento culturale nell'affrontare questa tematica.

Cambiamento che passa attraverso la narrazione, attraverso il linguaggio ed attraverso la parola piena: piena dell'angoscia della morte, piena del limite che rappresenta e piena di Reale. Una parola che, sapendo come poter svuotare la pienezza angosciosa della Morte, favorisca l'incontro con il vuoto che la mancanza della mancanza rappresenta in quanto possibile espressione "laica" della condizione esistenziale del soggetto. In questo senso allora anche possibile parola che cura nel momento in cui riesce a non negare la Morte ma sostenere il silenzio che accompagna il suo enigma.

CAPITOLO 1 – LA MORTE TRA ANTICHITA' E CONTEMPORANEITA'

1.1 – INTRODUZIONE

*Fiumi poi campi, poi l'alba era viola,
bianche le torri che infine toccò,
ma c'era su la porta quella nera signora
stanco di fuggire la sua testa chinò:
"Eri fra la gente nella capitale,
so che mi guardavi con malignità,
son scappato in mezzo ai grilli e alle cicale,
son scappato via ma ti ritrovo qua!"¹*

In questa breve strofa tratta dalla canzone "Samarcanda" di Roberto Vecchioni, che noi tutti conosciamo per il ritornello "Oh Oh cavallo", si cela in realtà una ineluttabile verità: non si può sfuggire alla morte.

A parole tutti noi siamo razionalmente in grado di dire che si tratta del necessario esito della vita, che dà senso al nostro essere nati, al nostro essere vissuti. Nella pratica, purtroppo, non è così: soprattutto con l'avvento della medicina odierna e del cosiddetto benessere capitalista, l'uomo ha perso i contatti con questo avvenimento, facendone una sorta di tabù di cui avere paura.

Questa paura nasce anche dall'incapacità che abbiamo di rappresentare la nostra come l'altrui morte. Abbiamo provato, attraverso i miti e i riti funebri, di darne una rappresentazione, ma, in ogni caso, ne rimaniamo

¹ Roberto Vecchioni (1977), *Samarcanda*, Philips

sempre spettatori: in fondo nessuno crede alla propria morte, perché, come dice infatti Freud, *“nell’inconscio ciascuno di noi si ritiene immortale”*². Per quanto riguarda, invece, la morte altrui, si cerca di non parlarne, di sottolinearne la natura accidentale, la malattia, riducendola a pura causalità. Come dice Kübler Ross *“nel nostro inconscio noi possiamo solo essere uccisi; è inconcepibile morire di una causa naturale o di vecchiaia”*.³

Freud ne *“Considerazioni attuali sulla guerra e la morte”* (1915), ci parla della relazione con la morte partendo dall'uomo primitivo, arrivando fino ai giorni antecedenti la Prima guerra mondiale. Nello specifico fa emergere una profonda contraddizione nel rapporto del primo con la morte: la morte altrui veniva accettata, era una manifestazione della propria onnipotenza, del proprio soverchiare l'altro, il nemico. E non si aveva timore ad uccidere, come altresì ad accettare l'altrui fine vita. Dall'altro, invece, quando la morte riguardava non un nemico, bensì una persona ad esso vicina, le reazioni erano ben diverse: da un lato scaturisce nell'uomo primitivo il dolore, dall'altro lo mette davanti all'ineluttabilità della morte, che coinvolge tutti, anche sé stessi.

*“L'uomo non poteva più tenere lontana la morte, perché gli aveva fatto assaporare il dolore per i defunti, ma non voleva ammetterlo, poiché non poteva rappresentarsi la sua stessa morte”*⁴.

Il culto dei morti divenne quindi da un lato una forma di devozione, di ricordo dei defunti, dall'altro un modo per immaginarsi un aldilà attraverso il quale negare la propria morte, considerandola transitoria.

Si parla, riprendendo una locuzione di Alfonso di Nola, di trionfazione della morte⁵: la ritualità funebre si pone come ponte tra questo mondo e

² S. Freud (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023, p.91

³ E. Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella Editrice

⁴ S. Freud (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023, p.98

⁵ Alfonso di Nola (1995), *La morte trionfata*, Roma, Newton Compton

l'aldilà, rispondendo all'esigenza, di cui sopra, di dare un senso alla propria finitudine, e di trovare un modo per oltrepassarla.

A questa si aggiunge una terza funzione: diminuire l'ira degli dèi, invocare pietà verso coloro che sono in lacrime, ridurre la propria responsabilità e il senso di colpa nella morte della persona cara. Questo riporta da un lato all'onnipotenza e immortalità inconscia che, nel corso dei secoli, abbiamo perpetrato attraverso rituali e sacrifici, dall'altro rappresenta un meccanismo per scacciare la paura della morte, per darci l'illusione di dominio su di essa.

1.2 – DAL BANCHETTO TOTEMICO AL PREDOMINIO DELLA TECNICA

Prima di analizzare le funzioni simboliche dei diversi miti e rituali funebri, è necessario capire cosa si intende per “morte” e vedere come è cambiato il nostro rapporto con essa. A prescindere dalle culture, religioni, epoche storiche, possiamo definire la morte come *l'irreversibile disintegrazione dell'unità della persona* (Testoni, 2015)⁶.

Il grido del dolore, del lamento per la perdita, rompe il silenzio della natura primitiva, introducendo la morte nel discorso comunitario e verbalizzando l'invisibile. La parola costruisce la relazione interpersonale, come vedremo più avanti, permettendoci di essere riconosciuti. La parola è la parola che, nell'accezione di Lacan⁷, è propria del lavoro analitico, della religione e della medicina, la parola che cura. Potere dialettico che, in questo caso, apre alla intersoggettività, alla comunicazione collettiva, al riconoscimento della propria parola, del proprio dolore da parte dell'altro. Facendo un parallelismo tra la parola analitica di Lacan e il lamento funebre, si vede come tra i due ci sia una forte assonanza d'intenti.

Il grido, il lamento, la preghiera stessa, sottendono un ascolto da parte dell'altro, una risposta. Un sapere che c'è qualcuno al di fuori di sé stessi, che ci sta ascoltando e che ci sta rispondendo: questa risposta ci dice la posizione che occupa il proprio desiderio di presenza nel desiderio altrui. La preghiera svolge la funzione di dare la certezza e sicurezza che ci sarà sempre qualcuno pronto ad ascoltare, che non può perderci.

Il soggetto non si aspetta la parola vuota detta a sé stesso, in cui la relazione non sussiste, come un grido di dolore perduto nel silenzio, bensì una parola piena, in cui l'Altro simbolico è lì a riconoscere questo

⁶ I. Testoni (2015), *L'ultima nascita*, Torino, Bollati Boringhieri

⁷ A. di Ciaccia (1996), *Lacan ed il linguaggio. L'inconscio strutturato come un linguaggio*, Da un intervento tenuto a un Convegno di psicoanalisi (di diversi orientamenti), Roma, <http://www.psychiatryonline.it/node/7425>

dolore, a riconoscere l'essere, a dare l'interpretazione simbolica che possa aiutare ad integrare nel proprio discorso quel reale della morte che, in quanto tale, è al di fuori del dicibile.⁸

1.2.1 – IL BANCHETTO TOTEMICO

Nel 1913, viene pubblicato *Totem e Tabù*⁹, all'interno del quale Freud, rifacendosi a Robertson Smith, parla del cosiddetto banchetto totemico e del relativo rito del sacrificio, sottolineandone la funzione di unione sociale tra la divinità ed i suoi adoratori. Perché questo legame potesse permanere, era necessario un sacrificio dell'animale sacro, un'uccisione sotto la responsabilità della tribù, non dell'individuo. L'animale ucciso viene compianto e rimpianto e a questo lutto fa seguito una festa. Lo stato d'animo gioioso e ciò che ne deriva potrebbe essere spiegato col fatto che gli uomini hanno assorbito la vita sacra di cui la sostanza del totem era l'incarnazione, il veicolo.

Il banchetto totemico altro non è che la celebrazione e commemorazione di questa azione criminale, che ha costituito il punto di partenza per le religioni, le organizzazioni sociali, le limitazioni morali. Freud ci dice che in realtà l'animale sacrificato rappresenta il padre. Ciò che prima il padre aveva impedito con la sua presenza, ora i figli se lo proibivano autonomamente, nella situazione psichica nota come ubbidienza postuma. Il rimorso filiale ha così generato i due tabù fondamentali del

⁸ Lacan propone una tripla chiave interpretativa, basata su tre concetti: immaginario, simbolico, reale. Per immaginario intende il rapporto tra una persona ed il proprio simile (rapporto tra madre e bambino). Sottende una trama linguistica sottostante. Il simbolico è dove già interviene il simbolico in quanto tale, che secondo l'Edipo, è rappresentato dal padre, o per meglio dire, dal Nome del Padre. Questo riassume in sé il senso del linguaggio, sapere e leggi che caratterizzano la nostra società. Il reale, invece, si differenzia dalla realtà, riguarda l'ordine del godimento. È qualcosa di indicibile, caratterizzato da assenza, pienezza ed eccesso. Riassume in sé l'eternità della morte (A. Di Ciaccia (2020), Vocabolario Lacaniano – Reale, immaginario, simbolico. In I PODCAST DI PSYCHIATRY ON LINE ITALIA, <https://www.youtube.com/watch?v=-QeArZBSqh0>)

⁹ S.Freud (1913), *Totem e tabù*, Roma, Newton Compton Italiana, 1970

totemismo che coincidono perciò con i due desideri repressi del complesso di Edipo: l'incesto e l'uccisione.¹⁰

Il totemismo appare quindi come un primo tentativo di religione, sorta dal senso di colpa dei figli, come un tentativo per ottenere la riconciliazione col padre ucciso, con un'ubbidienza postuma. Serve anche a ricordare il trionfo riportato sul padre, perpetrandone contemporaneamente il ricordo. In seguito, l'animale perde il suo carattere sacro, mentre il padre, ristabilito nei suoi diritti, si vendica ed esercita un'autorità dispotica.

Il totem, l'animale sacrificale, che ucciso e smembrato funge alla celebrazione della comunità, richiama il martirio della divinità, da cui nascono le leggi morali, prima tra le quali, per Freud, non uccidere ed il divieto di incesto. Il suo sacrificio rende sacra la morte in funzione della vita.

Il rito sacrificale serve quindi a stabilire quei confini da non superare, lungo un percorso a tappe che elimina progressivamente gli spazi del contagio.

Il cannibalismo, il banchetto totemico, è espressione estrema di questa eliminazione dell'indifferenziato, dello stato di natura: essere cibo anziché un'entità degna di rispetto. I tabù appaiono quindi essere gli accessi al naturale, che vengono eliminati nella costruzione di quel confine che separa lo stato di natura dalla civilizzazione. Il cannibalismo corrisponde all'assimilazione totale del differente, considerato materia commestibile. L'Altro viene inglobato nel proprio corpo, in un tentativo di rendere il differente più simile a sé stessi, e di conseguenza più "assimilabile".

Freud ci mostra inoltre come il rapporto che l'uomo primitivo ha con la morte e l'uccisione dell'altro sia estremamente contraddittorio. Come ci dice infatti in *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte* (1915)¹¹

¹⁰ S.Freud (1913), *Totem e tabù*, Roma, Newton Compton Italiana, 1970

¹¹ S.Freud (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023

“davanti al dolore per la perdita di una persona amata, doveva avvedersi che lui stesso sarebbe potuto morire. [...] Così accetta il compromesso di ammettere la morte anche per sé, ma negando che potesse significare l’annientamento della vita come nel caso della morte del nemico. [...] Il continuo ricordo dei defunti divenne la base dell’idea di un’altra forma di esistenza, di una sopravvivenza dopo la morte apparente.”

Sempre all’interno di questo libro, Freud descrive un inconscio che affronta il problema della morte considerandosi immortale: *“ciò che noi definiamo “Inconscio” [...] non conosce niente di negativo [...] e di conseguenza non conosce neppure la propria morte a cui possiamo soltanto dare un contenuto negativo”.*

L’angoscia di morte che ci assale deriva in realtà da quel senso di colpevolezza del figlio descritto in *Totem e Tabù* per l’uccisione dell’animale totemico/padre, ma soprattutto per i nostri moti inconsci che ci portano ad eliminare l’estraneo, il nemico, ogni giorno.

È a causa della Prima guerra mondiale, secondo Freud, che si ritorna all’uomo primitivo, in quanto vengono meno tutte quelle stratificazioni sociali e morali costruite sulla base dell’omicidio primario.

Questo progressivo abbandono delle pratiche sacrificali e del significato simbolico del banchetto funebre, aprono ad una valorizzazione delle celebrazioni funerarie, a sostegno della memoria imperitura dell’individuo, con le sue caratteristiche psicologiche individuali.

1.2.2 – LA SECONDA GUERRA MONDIALE ED IL DOPOGUERRA

Durante la Seconda guerra mondiale, nella Germania nazista si inizia a educare alla “giustizia” della morte, sia intesa come uccisione del più debole, sia come sacrificio in onore del più forte¹². Questo dà il la,

¹² G. Ziemer (1943), *Education for death*, in I. Testoni (2022), *Il Grande libro della morte*, Milano, Il Saggiatore

legittimandola, a quella che Galimberti definisce l'età della tecnica¹³, dove i sentimenti e le emozioni sono solo un ostacolo al raggiungimento del fine ultimo: efficienza ed efficacia del proprio operato. Di conseguenza anche la morte non sembra più creare angoscia, diventa semplicemente un evento privo di qualsiasi connotazione emotiva. Come disse chiaramente François Cheng, ne "*Cinq méditation sur la mort, autrement dit sur la vie*"¹⁴ la morte è stata uccisa con il nazismo.

In seguito a questa dipartita delle emozioni e dell'empatia, per compensazione, si è cercato di eclissare la morte come evento concreto, creando una sorta di immaginario collettivo funzionale alla rimozione della stessa dal nostro orizzonte di senso.

L'umanità progressivamente si affranca dal sacro, costruendo un mondo, un immaginario collettivo in cui recintare la morte e quindi escluderla dall'orizzonte semantico di ognuno di noi. La salma, il corpo, diventa così cadavere in putrefazione, da agghindare e rendere esteticamente accettabile e pronto all'ultimo saluto; parallelamente, la città capovolta non più luogo di confine, di incontro con il mondo dell'invisibile, bensì viscere infernali da scacciare e nascondere.

Lo stesso sviluppo della medicina, dei farmaci e di nuove tecniche di cura, hanno fatto sì che si creasse nella mentalità comune, la pretesa di potere, attraverso questa, debellare ogni malattia, sconfiggendo, così, la morte.

Sul piano concreto, basti vedere come si cerchi di allontanare la morte relegando i nostri anziani in appositi spazi, lontani dalla nostra quotidianità e dalla nostra presa di consapevolezza della propria e altrui caducità. Si sono allontanati e respinti in questo modo anche tutti quei rituali che permettevano di congedarsi dal morto, di elaborare e gestire il

¹³ U.Galimberti (2021), *Il libro delle emozioni*, Milano, La Feltrinelli

¹⁴ F.Cheng (2013), *Cinq méditation sur la mort, autrement dit sur la vie*, Paris, Albin Michel

lutto, donando il corpo a un ennesimo show, un'ennesima esplicitazione spettacolare del proprio vivere.

Vita e morte appaiono in ognuno di noi come due certezze: sappiamo che nasciamo e che il nostro viaggio terminerà con la morte. All'interno di questi due estremi, superata la prima certezza, procediamo allo scopo di allontanarci sempre più dalla seconda, la morte, ignari del fatto che così facendo stiamo comunque dirigendoci verso di essa senza porre attenzione al viaggio, senza viverlo realmente. Così facendo, non possiamo provare altro che paura, perché ciò che stiamo compiendo, è una fuga, non un'esplorazione.

L'antropologo Ernest Becker (1974), nel suo libro *The Denial of Death* (La negazione della morte) affronta questa tematica in modo esemplificativo, riportando la paura della morte ad un interrogativo insolubile per molti. Questo comporta il subentrare del meccanismo di negazione, che permette di continuare ad agire nel mondo, a fuggire senza capire quale e dove sia la destinazione, perché l'unico scopo è quello di mantenere sotto controllo il terrore dell'incertezza.

Si vive nell'illusione, intesa come mezzo per risparmiare dispiaceri, lasciando al contempo godere di certi soddisfacimenti¹⁵ e permettendo di sopravvivere riconoscendo però quelle che sono le grandi chimere, ovvero i miti e i rituali considerati da Freud, come l'incarnazione dei più antichi e profondi desideri del genere umano.

Le narrazioni, gli stessi riti funebri e i simboli funerari, hanno oggi tutte lo scopo unico di allontanare sempre più l'evento, di negarlo, creando da un lato una dimensione di speranza ed illusione, di immortalità simbolica, dall'altro privando di importanza l'evento stesso, in quanto non più in grado di creare un collegamento con la vita.

¹⁵ S. Freud (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023, p.79

Rendono la vita ormai prevedibile, quel tanto per darci l'illusione di conoscere la direzione in cui stiamo andando.

1.2.3 – LA PAROLA CHE CURA

Nell'antica Lucania vi era l'usanza di celebrare riti funebri con prefiche: attrici che venivano assoldate per interpretare il ruolo delle "dolenti", coloro che sono in lutto, esprimendo il vivo dolore con urla, pianti e lamenti.¹⁶

Analizzando queste figure, Ernesto de Martino le ha definite prototipi della follia, sottolineando come esse rappresentino simbolicamente lo strazio di chi rimane.

La morte, infatti, mettendo di fronte alla perdita ed all'assenza, fa implodere il senso stesso dello stare al mondo. Attraverso queste rappresentazioni collettive di lamento e pianto, il dolore si collettivizza, la comunità si dispone intorno a chi resta, testimoniando da un lato la ricostituzione della norma (strazio come momento condiviso), dall'altro imponendo uno specifico copione comportamentale. Sono infatti le prefiche che si fanno carico dell'espressione del dolore dei "dolenti", che, al contrario, sono costretti a tacere.

Si esplica in questo modo il rapporto tra cordoglio e lutto: solo attraverso la condivisione del vuoto di senso a cui si incombe con l'incontro con il cadavere e ad una esternalizzazione dello stesso attraverso un lamento per procura codificato secondo un linguaggio comune, il dolore può essere trasformato in parola e comportamento codificato.¹⁷

¹⁶ Ernesto de Martino (2000), *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Torino, Bollati Borinngieri

¹⁷ I. Testoni (2022), *Il grande libro della morte. Miti e riti dalla preistoria ai cyborg*. Il Saggiatore.

Questo ci riporta a quanto affermato da Lacan, secondo cui il nostro inconscio è strutturato come il linguaggio, inteso nel senso di de Saussure: con elementi discreti, articolati e rispondenti a leggi proprie.

Proprio per questo, l'inconscio deve essere decodificato: un linguaggio che si sviluppa al di fuori del soggetto, ma che lo riguarda in modo preminente. È il luogo in cui il soggetto pone una domanda ad un Altro esterno a lui, chiamato a riconoscere il soggetto richiedente rispondendo ad un quesito che riguarda il soggetto stesso.

È questo il potere della parola: la parola è curatrice, è esperienza umana; ha il potere di far insorgere l'interlocutore, colui che detiene la risposta. La parola è alla base della relazione.

Ma cosa ci attendiamo da questa risposta? Di essere riconosciuti. ¹⁸

Ed è esattamente quanto avviene con l'impiego delle prefiche di cui sopra: attraverso la parola, attraverso il linguaggio dell'attrice che mette in scena il proprio dolore, questo viene riconosciuto. Attraverso la parola dell'Altro, non solo vengo riconosciuto come soggetto sofferente, ma il dolore stesso causato dalla perdita diventa esperienza comune, diventa meno doloroso. È un linguaggio, e di conseguenza un inconscio, che viene trasportato attraverso la parola fuori dal soggetto, ma che continua a dire di lui e del suo rapporto con il dolore della perdita. *Io faccio dipendere il mio desiderio dal tuo essere, nel senso che ti chiamo ad entrare nel percorso di questo desiderio, qualsiasi esso sia, in maniera incondizionata*¹⁹. In questo caso si fa appello al soggetto, alle prefiche, in quanto portatore della mia parola, del mio dolore.

¹⁸ A. Di Ciaccia (1996), *Lacan ed il linguaggio. L'inconscio strutturato come un linguaggio*. Da un intervento tenuto a un Convegno di psicoanalisi (di diversi orientamenti), Roma, <http://www.psychiatryonline.it/node/7425>

¹⁹ J. Lacan (1958) - *Lo Schema L – La Forclusione del nome del Padre – V Seminario – Cap. VIII, in Il Seminario. Libro V. Le formazioni dell'inconscio*, Torino, Biblioteca Einaudi, 2004, p. 153 <https://www.laboratoriofreudiano.it/testi-on-line/psicanalisi/lo-schema-l-la-forclusione-del-nome-del-padre-v-seminario-cap-viii/>

1.2.4 – IL DOMINIO DELLA TECNICA

Anche la maggioranza degli antropologi e sociologi che hanno studiato la dimensione sociale del morire sostiene questo: il rito funebre da un lato ha lo scopo di restituire i dolenti alla vita della comunità; dall'altro simboleggia la vittoria dell'uomo sulla morte, intesa come comprensione del significato autentico del morire. Se la comunità mi accoglie nel dolore, insegnandomi cosa voglia dire davvero morire, io non ho più paura.

Nel corso dei secoli il rito funebre ha però modificato la propria funzione: basti pensare alla maschera funeraria, la mummificazione o la tanatoprassi.

Nati nell'antico Egitto allo scopo di rendere eterno il corpo, non solo lo spirito, avevano la funzione di lasciare ai posteri un'immagine positiva del defunto.

L'uso del calco, la cui tradizione dall'antica Roma è giunta fino ai giorni nostri evolvendosi nella moderna fotografia, aveva infatti la funzione di ricordare il trapassato.

Non solo: ha anche lo scopo di coprire, nascondere ciò che, a livello sociale, viene ora considerato come repellente e ripugnante, in quanto contaminato dalla morte. È ora socialmente appurato che si debba inorridire davanti ad un cadavere e alla morte in sé, cercando di non vedere, di coprire attraverso "belle effigi".

Gli stessi luoghi sacri di sepoltura hanno perso la loro funzione di spazi di raccoglimento in cui elaborare il lutto, il distacco, in cui riflettere sulla morte stessa. Riflessione che permetteva di vedere la morte come elemento di continuità tra visibile e invisibile, tra scibile e non.

Oggi si muore da soli, si soffre da soli, si gestisce il lutto da soli: la capacità sociale di ragionare sulla morte è andata perduta.

Oggi fa tutto riferimento al linguaggio della scienza, alla capacità, come detto prima, di razionalizzare il “perturbante”, e di conseguenza, anche la morte.

Ma è davvero la soluzione? Può essere la risposta alla nostra angoscia?

Nel suo libro *Le intermittenze della morte*, Josè Saramago ci mostra quelle che potrebbero essere le conseguenze se la Morte non facesse più il proprio lavoro.

Le persone non muoiono più e sono costrette ed affidarsi alla mafia per poter incontrare la Morte, ripristinando un rapporto naturale con la vita.

Interessante, dal punto di vista della concezione che l'epoca moderna ha della morte, è una diatriba tra il parroco ed il premier.

Il premier afferma, in un comizio pubblico, che “*se quella sarà la volontà di Dio, accetteremo la sfida dell'immortalità del corpo*”. A questo fa subito seguito la controrisposta del parroco: “*Senza morte, mi ascolti bene, signor primo ministro, senza morte non c'è resurrezione*”²⁰.

Questo può fare comprendere come l'imperante medicalizzazione, declinata in continui interventi chirurgici e innumerevoli prescrizioni di farmaci stile elisir di lunga vita, cercano di celare il ciclo naturale della vita, cancellando l'orrore della morte con un ulteriore orrore, quello dell'eternità.

Evidente, inoltre, nel passaggio sopra citato, il rapporto tra sacro e profano: quel continuum tra angoscia di morte e illusione che lenisce, basato su tutte le forme di oppressione morale che le religioni impongono. L'uomo, infatti, pur di non analizzare coscientemente ciò che di appartenente al non visibile lo aspetta, accetta questa oppressione.

²⁰ J.Saramago (2005), *Le intermittenze della morte*, traduzione di Rita Desti, collana "Super ET", Torino, Einaudi. p.14

Lo stesso Lacan, all'interno della Conferenza di Lovanio (1972)²¹, afferma che la morte è un prodotto della fede e della credenza: *«La mort... est du domaine de la foi. Vous avez bien raison de croire que vous allez mourir, bien sûr. Ca vous soutient ! Si vous n'y croyez pas, est-ce que vous pourriez supporter la vie que vous avez ? Si on n'était pas solidement appuyé sur cette certitude que ça finira... est-ce que vous pourriez supporter cette histoire ? Néanmoins, ce n'est qu'un acte de foi. Le comble du comble, c'est que vous n'en êtes pas sûr ! Pourquoi il n'y en aurait pas un ou une qui vivrait jusqu'à cent cinquante ans. Mais, enfin quand même, c'est là que la foi reprend sa force.»*

La vita non bisogna viverla passivamente, ma pensarla attivamente: e questo è un atto di fede.

Oggi ci troviamo quindi ad abitare un immaginario che è caratterizzato da una crescita esponenziale della tecnologia, allo scopo di espandere i confini della vita; e, dall'altro, un tentativo di rimozione sistematica della morte dal nostro orizzonte semantico, ormai privato di tutti quei simboli capaci di renderci testimonianza di un "dopo".

La difficoltà, oggi, sembra essere la capacità di discernere ciò che è reale da ciò che non lo è, e, sulla base di questo, mantenere vivida la comprensione che la realtà non è esclusivamente ciò che vediamo.

L'occidentale in quanto *“essere contingente che nascendo sporge provvidamente dal nulla per ricadervi a causa della morte²²”*, non può quindi che provare angoscia nei confronti della morte, intesa come sparizione nel nulla. Se si accetta questo, allora è necessario accettare che tutto sia annientabile, anche l'anima.

²¹ J. Lacan (1972), *Conférence de Louvain*, Texte établi par Jacques-Alain Miller, Jacques Lacan

Dans *La Cause du Désir* 2017/2 (N° 96), pages 7 à 30, <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2017-2-page-7.htm>, (trad. mia)

²² I. Testoni (2022), *Il grande libro della morte. Miti e riti dalla preistoria ai cyborg*. Milano, Il Saggiatore. p 338.

È questo che tentiamo di rimuovere, attraverso miti e riti funebri che ormai hanno perso ogni funzione simbolica di elaborazione del dolore; attraverso la sostituzione di Dio con la Tecnica, in un tentativo disperato di salvarsi dalla morte.

È quanto sottolinea Severino, nella sua prefazione al libro di I. Testoni, *L'ultima nascita*²³: la cecità dinnanzi alla Tecnica che svolge la stessa funzione di Dio, ovvero essere rimedio contro la morte ed il dolore, nascondendo, così facendo, proprio ciò che cerca di combattere.

Il linguaggio della Tecnica/Dogma svolge la funzione sia di evitamento del vuoto del reale della morte, sia di saldatura dello stesso: la soluzione, al contrario sarebbe quella di costeggiare, circumnavigare questo vuoto, questo essere fuori dal senso, dal controllo.

²³ E. Severino, prefazione a I. Testoni (2015), *L'ultima nascita*, Torino, Bollati Boringhieri

1.3- IL RITO FUNEBRE TRA ANTICO E CONTEMPORANEO

1.3.1 – INTRODUZIONE

Ciò che contraddistingue le due concezioni, è essenzialmente il concetto di individualità: in Occidente si immagina il trapasso come un'evoluzione, un cambiamento che non mette però in pericolo la propria coscienza, la propria anima intesa come principio di identità essenziale dell'individuo.

In oriente, al contrario, si crede che si possa tornare al principio primo come coscienza cosmica solo abbandonando il proprio io.

Il culto funerario in passato, indipendentemente dalla cultura, era un apparato simbolico che permetteva ai vivi di riconoscere la morte e mantenere un rapporto disciplinato socialmente e simbolicamente con il defunto, attraverso luoghi e riti preposti a questo. In realtà questa non è la loro unica funzione: attraverso una simbolizzazione della salma, della morte in quanto evento che priva, che rende evidenza dell'assenza, si cerca di rendere visibile l'invisibile, e di conseguenza, concretizzandola, ridurre l'angoscia.

Le religioni ed i culti orientali, inoltre, hanno un'idea della morte molto diversa da quella presente solitamente in occidente, in parte perché legata alla cremazione che ultimamente si sta diffondendo anche nel nostro paese.

Questo genera un attaccamento all'oggetto perduto estremamente differente rispetto a quello occidentale, proprio perché non vi è un luogo fisico in cui poter sostare per elaborare la perdita.

Si tratta di trovare un luogo interiore, in cui ricordare il defunto e metabolizzare l'assenza, non legato al rituale del "dirigersi verso un luogo di culto". L'anima deve essere lasciata andare, senza vincolarla, attraverso la memoria, le effigi, i luoghi di culto, all'immagine ed al ruolo che il defunto occupava in vita.

Ciò che invece accomuna ogni epoca, ogni religione e cultura, è la fede nell'utilizzo della sepoltura come pratica per allungare la sopravvivenza del morto. Essa è negazione della morte in quanto annientamento e, in contraddizione a ciò, riconoscimento di essa come evento reale. Il trauma della morte evidenzia questa contraddizione²⁴.

1.3.2 – IL RITO FUNEBRE NELLE CULTURE OCCIDENTALI

La cultura egiziana è forse quella che in maniera più eclatante mostra la funzione del rito funebre come celebrazione della vita e trasmissione del ricordo come atto di immortalità. La morte rappresentava la transizione verso una vita eterna.

Le piramidi sono l'emblema di questa concezione: maggiore era l'imponenza della tomba, maggiore le ricchezze e lo sfarzo in esse contenute, più il viaggio verso l'eternità dell'aldilà sarebbe stato semplice.

La piramide esprimeva sia una altrove dove garantire ai defunti uno spazio proprio, sia un luogo di confine, un luogo dove poter immaginare la presenza di entità imperiture anche dopo il trapasso. Rappresenta il confine tra il mondo dei vivi e dei morti, una commistione tra l'aldilà e l'aldiquà, in uno spazio di interazione continua tra i due mondi.

Anche la tecnica della mummificazione dei morti esprime questa volontà di presenza imperitura: la preparazione dei corpi per garantire la loro presenza anche oltre il visibile. La struttura funebre, il corpo mummificato, sono i luoghi in cui si custodiva la memoria del defunto attraverso la presenza, garantendogli quell'immortalità che rendeva la morte un evento non angosciante.

Anche l'antica Grecia possedeva un repertorio rituale estremamente ricco e significativo. La morte appare come un'entità maschile: si chiama Thanatos, è figlio della Notte e fratello del Sonno.

²⁴ E.Morin (1951), *L'uomo e la morte*, Trento, Il margine

La morte, Thanatos, veniva inteso come il momento in cui l'anima abbandonava il corpo in un ultimo sospiro. La morte biologica non metteva però fine alla permanenza dell'essere nel mondo dei vivi.²⁵ Se il rito funebre, infatti, non era compiuto adeguatamente, il defunto era costretto ad errare senza fine tra il mondo dei vivi e dei morti.

Nell'Iliade, lo stesso Priamo chiede²⁶

Abbi ai numi rispetto, abbi pietade

Di me: ricorda il padre tuo: deh! pensa

Ch'io mi sono più misero, io che soffro

Disventura che mai altro mortale

Non soffrì, supplicante alla mia bocca

La man premendo che i miei figli uccise.

In questa preghiera viene racchiuso il significato simbolico del funerale per gli antichi: onorare gli dèi attraverso il rito funebre, onorare la memoria del guerriero morto, permettere al padre di piangere il figlio perduto condividendo con la comunità il proprio dolore. E ancora, permettere al morto di trascendere la vita terrena per proseguire in un aldilà.

I miti e le tragedie greche non ci danno solo indicazioni sulle modalità con cui si prestava commiato ai propri morti. Come già citato in precedenza, secondo il padre della psicanalisi, ci raccontano dei nostri desideri primitivi, profondi, e, di conseguenza, anche delle nostre paure.

²⁵ Reine – Marie Bérard (2024), *Quand l'âme s'échappe de l'enclos des dents. Mourir dans le mond grec antique*, in *Ornicar* n.58, Mourir. Revue du Champ Freudien

²⁶ Omero, *L'Iliade*, libro XXIV; <https://iliade.altervista.org/libro-xiv-14/>

Pensiamo ad un “*Edipo re*”²⁷: trattato da Freud ne “*L’interpretazione dei sogni*”: “*Edipo re è una cosiddetta tragedia del fato; [...] lo spettatore dovrebbe apprendere attraverso la tragedia la rassegnazione al volere della divinità, la cognizione della propria impotenza*”.²⁸

Freud utilizza questo mito classico per dirci altro, ma all’interno del discorso morte, ciò ci fa capire come, nel mondo classico, ci fosse già una educazione alla finitezza, espressa in queste tragedie sotto forma di scelta divina, ma che corrisponde a livello simbolico alla presa di consapevolezza della nostra impotenza davanti alla natura.

Della stessa trilogia è *Edipo a Colono* e *l’Antigone*²⁹, la quale, oltre a svelarci, come per l’*Edipo Re* per Freud, quella che è la nostra capacità di elaborare il lutto, inteso come perdita dell’oggetto di godimento, ci dà un’ulteriore indicazione sui rituali funebri e sul loro valore simbolico.

Anche in questa tragedia, infatti, ritornano i tratti comuni della concezione della morte e del rituale funebre tipici di questo periodo storico: il funerale permette all’anima di trapassare, impedendole di vagare tra il mondo dei vivi e dei morti; è un ringraziamento agli dèi che permette all’anima di varcare le soglie dell’aldilà, allontanando sempre più la propria e altrui dipartita in una sorta di partita a scacchi con la morte, accompagnati dall’illusione di vittoria.

In particolare, nella richiesta di sepoltura del fratello Polinice da parte di Antigone, c’è la richiesta di un punto zero, di azzeramento delle leggi divine (e di conseguenza del mondo) e di pagamento del debito ereditato dal padre Edipo. La sepoltura diventa un atto di cancellazione, di annullamento che permette la riscrittura di una nuova vita.

Questo però non avviene, anzi, è Antigone stessa ad essere sepolta: è lei stessa, con il suo atto, a ricercare quello che, dall’alba dei tempi, le

²⁷ Sofocle, *Edipo Re*, in *Antigone-Edipo re-Edipo a Colono. Testo greco a fronte*, Franco Ferrari (a cura di), Milano, Rizzoli (1982)

²⁸ S.Freud (1899), *L’interpretazione dei Sogni*, Torino, Bollati Boringhieri, 2022 p. 248

²⁹ Sofocle, *Antigone*, in *Antigone-Edipo re-Edipo a Colono. Testo greco a fronte*, Franco Ferrari (a cura di), Milano, Rizzoli (1982)

diverse culture cercano: la seconda morte. Morte da cui si rinasce a nuova vita, al di là delle rappresentazioni passate, delle identità passate, del dolore e sofferenza passate.

È quanto emerge anche nel commento all'Antigone svolto da Lacan nell'Etica della psicoanalisi, in cui mostra come la negazione della sepoltura, impedisce al lavoro del lutto di dispiegare la propria portata simbolica. La morte di persone care apre un buco nel reale, cui si cerca di far fronte con l'apparato simbolico dei riti funebri ³⁰.

L'antica Roma, come avvenuto per l'Egitto, ha lasciato un ricco patrimonio culturale per quanto riguarda le pratiche funerarie, considerando lo sfarzo del rito proporzionale all'importanza che il morto aveva avuto in vita. I funerali erano l'occasione per i parenti di rendere omaggio al defunto e dargli l'estremo saluto: nel momento del trapasso il parente più prossimo dava l'ultimo bacio al moribondo per raccogliere l'ultimo respiro con il quale l'anima abbandonava il corpo e poi gli chiudeva gli occhi. Da questo istante il nome del defunto veniva ripetuto a gran voce ad intervalli (conclamatio) fino al momento della sepoltura. Alle lamentazioni partecipavano le donne della famiglia, ma anche estranee (praeficae) pagate per questa prestazione; oltre ad esternare il dolore per la perdita della persona cara, questo rituale aveva lo scopo di accertare il decesso e scongiurare il pericolo di una morte apparente.³¹ Il lamento funebre svolgeva anche una funzione estremamente importante di catarsi e accoglimento del senso di Sé.

Anche nell'antica Roma troviamo l'idea dell'aldilà e della necessità di permettere all'anima di trapassare nell'Ade: in bocca al defunto, infatti, veniva messa una moneta per pagare il traghettatore Caronte.

Lo scopo dei rituali funebri era quello di purificare la famiglia ed il corpo sociale dalla contaminazione della morte: la *suffitio*, che aveva luogo nella

³⁰ J. Lacan (1959-1960), *Il Seminario, Libro VII. L'etica della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 1994.

³¹ [https://www.treccani.it/enciclopedia/l-archeologia-delle-pratiche-funerarie-mondo-romano_\(Il-Mondo-dell'Archeologia\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-archeologia-delle-pratiche-funerarie-mondo-romano_(Il-Mondo-dell'Archeologia)/)

casa del defunto; il primo banchetto funebre in occasione del funerale; i nove giorni di lutto che si concludeva con un secondo banchetto, la cena novendialis, durante la quale si lasciavano offerte alimentari.³²

L'omaggio vegetale associava il defunto alla rinascita della natura e all'eterna primavera della vita ultraterrena. Al contrario del cristianesimo, questa vita ultraterrena non prevedeva il concetto di salvezza nell'aldilà: la vita oltre la morte consisteva in una permanenza più o meno felice nell'oltretomba. Gli spiriti dei morti, però, mantenevano la propria individualità, e potevano frequentare le dimore dei vivi, che, per questo, dovevano essere decorate secondo le regole del rituale. Il desiderio di immortalità, grazie al ricordo di chi rimane, era quindi espresso attraverso questo apparato decorativo.

A contribuire non solo alla memoria del defunto, ma anche all'elaborazione della perdita, interviene quella che viene definita la città capovolta³³: le catacombe. Alla grande bellezza, alla luce della superficie corrisponde l'ombra della città dei morti, dove però viene restituita dignità al resto umano, attraverso un posizionamento preciso, rigoroso dello stesso ed una narrazione iconografica del loro essere in vita, a rendere onore della loro essenza terrena da un lato e trasformare l'orrore in mirabilia dall'altro.

La compresenza di questi due mondi, nella cultura romana come in altre culture, ha reso necessaria anche la costruzione di un corpus di regole per definire la comunicazione ed il grado di permeabilità tra i due. Si pensi al mito di Orfeo ed Euridice, o alle prove che Enea ha dovuto compiere per scendere negli Inferi: da un lato c'è una codifica della comunicazione ed una sconfitta della morte attraverso la memoria (Orfeo, tornato nel mondo dei vivi, continua a cantare dell'amata perduta), dall'altro, cosa

³² *Ibidem.*

³³ I. Testoni (2022), *Il grande libro della morte. Miti e riti dalla preistoria ai cyborg*, Milano, Il Saggiatore.

che non era avvenuta nella cultura greca, vengono definiti per la prima volta i confini dell'Ade (il Tartaro ed i Campi Elisi).

Nel Tardo Medioevo e primo Rinascimento emerge invece in maniera preponderante l'interesse per il *limes*, il confine che separa questo mondo da quello dei morti. La morte si lega al peccato, al vano, all'effimero della vita. L'anima dell'individuo, in base alla propria condotta in vita, poteva venire punita per l'eternità, o, al contrario, essere premiata con la vita eterna.

È intesa come un inevitabile destino, una ciclicità della vita: per questo doveva essere vissuta con naturalezza (sentimento che raggiunse il suo apice in seguito alla peste nera ed alla grande crisi del Basso Medioevo), in prima persona dal morente, nel suo letto, circondato dalle persone a lui care. In virtù della nuova visione cristiana, questo era il momento della morte corporea: l'anima era pronta per il giudizio divino e per la vita eterna. Indispensabile, quindi, la confessione e la preghiera ante mortem.

Diventa inoltre fondamentale l'attenzione e il ricordo dei parenti rimasti in vita, che attraverso le loro preghiere, possono dare la salvezza all'anima del defunto. Questo porta la Chiesa a "creare" un luogo intermedio tra Inferno e Paradiso, dove le anime attendevano la salvezza attraverso le preghiere dei vivi.

Anche in questo caso, si affronta la paura della morte attraverso la fede in un aldilà e soprattutto, attraverso il ricordo, la memoria di me in chi rimane, esplicitato tramite la preghiera.

Abbiamo bisogno che sia l'altro a dirci quale sia la nostra posizione all'interno del loro ricordo, per ottenere addirittura la salvezza eterna.

La sepoltura diviene nel Medioevo espressione dell'importanza del defunto in base non tanto alla magnificenza delle tombe, bensì alla vicinanza delle reliquie di un santo. È questo, infatti un periodo, se non IL periodo d'oro per il culto cattolico e ortodosso delle reliquie dei santi.

Per soddisfare questa necessità, la sepoltura avveniva nei pressi delle chiese, se non, per i nobili e gli ecclesiastici, addirittura all'interno delle stesse.

È in questo periodo che nasce la figura del necroforo, colui che è deputato al trasporto ed alla sepoltura dei morti. Inizialmente, proprio per il fatto che la morte era ormai un evento pienamente accettato e socialmente condiviso dall'intera comunità, il becchino aveva solo la funzione di scavare la fossa.

Con la peste del 1347-1352, il necroforo divenne un vero e proprio mestiere volto a dare degna sepoltura ai corpi. Forse per una ragione di salute pubblica, o forse per una questione di compassione verso l'anima ed il corpo del defunto.

1.3.3 – IL RITO FUNEBRE NELLE CULTURE ORIENTALI

La tradizione cinese considera i riti funerari come un modo per rendere omaggio agli antenati, e preservare l'integrità familiare. Nella Cina antica, questi erano estremamente sontuosi ed elaborati, in quanto considerati segno di rispetto verso la famiglia del defunto e verso lo stesso. Successivamente, con l'avvento del buddismo e del taoismo, hanno iniziato ad evolversi nello spirituale. Ad esempio, il taoismo considera l'anima immortale, ma per elevarsi all'immortalità deve liberarsi dal corpo.

L'idea della compresenza tra mondo dei vivi e degli spiriti è, inoltre, estremamente presente nell'antica Cina, dove si crede che le parole avessero il potere di modificare la realtà. Il nome del defunto, pertanto, poteva essere nominato solo all'interno di riti e spazi controllati.

Nella cultura orientale, come in quella dell'America Latina, la figura dello sciamano, o divinatore, ancora presente nell'area degli Urali, rappresenta la dicotomia della realtà: da un lato il mondo dei vivi e dall'altro quello dei morti. Lo sciamano è colui il quale, grazie alle proprie

capacità di vedere l'invisibile, riesce a spingersi oltre quei confini che separano i due mondi.

La “buona morte”, quella che oggi associamo all'eutanasia, alla decisione di morire senza, o con la minor possibile sofferenza, trova le sue radici nei miti greci, dove, al contrario, indicava la volontà di morire eroicamente, senza paura.

Questa pratica la si ritrova non solo nel mondo occidentale, molto più individualista, bensì anche in quello orientale, trovando la sua espressione più cruenta nell'auto mummificazione del buddismo tantrico. Il rituale del “Buddha nel suo stesso corpo” comprendeva tre fasi:

- Per 1000 giorni il monaco si cibava solo di acqua, noci e semi che raccoglieva nel bosco
- Nella seconda fase, dopo aver bevuto una bevanda tossica che rendeva il corpo repellente a larve e insetti, veniva rinchiuso in una cripta dove poteva respirare solo attraverso una cannuccia infilata in una fessura della cripta
- Quando il monaco si sentiva pronto a morire, la cripta veniva sigillata. L'unico mezzo di comunicazione con il mondo esterno era un campanello che ogni giorno veniva fatto suonare per comunicare il proprio essere in vita. Quando il monaco smetteva di suonare la campanella, i suoi aiutanti ne constatavano la morte e sigillavano la cripta per altri 1000 giorni.

Se dopo questo periodo il corpo era conservato e intatto, significava che il rituale aveva avuto successo. Il corpo veniva prelevato e portato al tempio per essere venerato. Quando il rituale falliva, invece, veniva praticato un esorcismo rituale e i resti venivano definitivamente sigillati e sepolti nella cripta che già li conteneva. Il monaco era comunque tenuto in grande considerazione come esempio di austerità e perseveranza.³⁴

³⁴ <https://saikegiappone.com/sokushinbutsu-rituale-auto-mummificazione/>

Questo rituale ha due significati: da un lato mostra come la morte possa essere affrontata con determinazione e senza paura, avendo ben chiaro il senso da attribuirle; dall'altro, era un modo per interrompere il ciclo della sofferenza a cui l'uomo è condannato. Per il Buddhismo, infatti, si è all'interno di un continuo ciclo di morti e rinascite. Solo raggiungendo il Nirvana e comprendendo la verità e il vuoto gli esseri umani hanno la possibilità di salvarsi e interrompere questo ciclo di sofferenza.

A differenza del buddismo, dove la morte del corpo non corrisponde alla morte dello spirito, la religione animistica dello Shintoismo non si occupa dell'aldilà.

È una religione che vede la terra popolata da spiriti (kami) e si occupa principalmente della comunicazione con essi, attraverso rituali che simboleggiano la forza e la purezza della natura. Proprio per questo, fino al XIX secolo, non vi era un impianto funerario specifico come accadeva invece nel buddismo. È stato creato successivamente, e prevedeva venti passaggi, ognuno nominato specificatamente. Alcune delle ceneri del defunto cremato vengono sepolte, mentre alcune di esse vengono donate ai familiari e collocate nei loro santuari domestici.³⁵

Lo Shintoismo è ben visibile nei riti di purificazione, che, attraverso la purificazione del corpo, permette di avvicinarsi ai Kami. Seppur con una funzione superficialmente diversa, questi rituali di purificazione rientrano all'interno di quella concezione universale, per la quale ciò che è contaminato ci riporta a qualcosa di mortifero, e pertanto da celare (pensiamo alle maschere funebri, all'imbalsamazione dei corpi, alla tanato-estetica). In questo caso i riti di purificazione non rientrano in un immaginario relativo all'aldilà, proprio perché assente nello Shintoismo, ma riprendono comunque l'idea che ci sia qualcosa da nascondere, di ripugnante che ci trattienga nel viaggio verso un qualcosa di non visibile, sia anche il mondo dei Kami.

³⁵ <https://it.fusedlearning.com/death-funerals-japanese-culture>

1.4 – RIFLESSIONI

Non bisogna confondere religione e spiritualità: fa parte di ognuno di noi la possibilità di pensare sé stessi in relazione ad una dimensione trascendentale, alla ricerca di quelli che sono i valori universali dell'essere. Si tratta quindi di una risorsa importante per gestire la paura il terrore della morte, mantenendola però ben separata dai vari dogmi religiosi. L'aderenza ad un culto religioso, infatti, può essere interpretata come una conditio sine qua non per il raggiungimento della salvezza, per poter continuare a sperare. Con la trascendenza, invece, si cerca di dare a tutti la possibilità di effettuare un percorso di analisi di sé, alla ricerca di quegli strumenti, di quella resilienza atta a permetterci di concludere in modo evolutivo e arricchente il lavoro del lutto. Permette di gestire la propria visione di sé stessi al di là della morte.

La più evidente differenza tra mondo occidentale e orientale sta nell'esistenza di una coscienza cosmica, a cui si ritorna abbandonando ogni vincolo con il mondo e soprattutto nel potere della parola.

Nel mondo orientale la parola viene svuotata di senso e utilizzata solo per la sua sonorità. Nel mondo occidentale, come abbiamo visto all'interno del lamento funebre e nel ruolo delle prefiche, invece, la religione intercetta i vissuti spirituali, traslandoli dal privato al pubblico, dotando la parola di un senso comunitario, circoscritto all'interno di specifici luoghi di culto.

Il nuovo millennio sembra essersi aperto con una tendenza dell'uomo a evitare tutto ciò che gli ricorda di essere mortale, elevando, di contro, il pensiero che la vita debba essere divertimento, in quanto unico strumento per contenere l'angoscia. Si valorizza il valore della leggerezza e dello svago, da un lato attraverso la spettacolarizzazione della morte, dall'altro occultando quella reale. La Tecnica, che alla fine del secolo scorso ci aveva dato la speranza di poter "creare" e ottenere l'elisir di lunga vita, di poter aumentare i tempi di benessere, ha mostrato anche l'altra faccia della medaglia: l'allungamento della malattia, della

terminabilità e la conseguente perdita progressiva della propria identità. Ha portato anche, riprendendo quanto sopra, ad un occultamento della stessa, relegando i malati in hospice, in case di cura separate dagli altri, nella non visibilità della sofferenza e del dolore, sia da parte di chi resta che di chi muore.

Ci ha anche messo davanti un ulteriore dilemma, al confine tra vita e morte: la definizione di morto associata ad un corpo ancora vivo. Pensiamo infatti al coma irreversibile, alla mancanza di risposta del tronco encefalico, che decreta la morte della persona. Ma cosa è morte? Quale disgregazione dell'unità della persona? Quella del cervello? Quella della coscienza? O quella del corpo?

Alla base della questione mente/coscienza – cervello, vi sta il riconoscimento di quello che significhi per noi essere umano. Come abbiamo potuto vedere, le forme più diffuse di rappresentazione del rapporto identità – morte, nelle culture occidentali e non, sono le seguenti (Testoni, 2015)³⁶

- Annientamento totale: dopo la morte, l'uomo, come la natura, la terra ed ogni cosa, viene annientato.
- Permanenza parziale di un principio di identità desoggettivato o depauperato. Il principio di identità può subire delle limitazioni come la vita diminuita (mondo dei morti/Ade), esistenza terrestre invisibile (civiltà arcaiche), immortalità corporea come dimensione biologica e tecnologica, separazione dell'anima dal corpo, permanenza della traccia soggettiva nella memoria storica.
- Permanenza di un principio di identità essenzialmente soggettivo (visione dualistica cartesiana e platonica)
- Eternità, nella visione di Severino, secondo cui l'essere sé e non altro corrisponde all'eternità.

³⁶ I. Testoni (2015), *L'ultima nascita*, Torino, Bollati Boringhieri

Sono queste le rappresentazioni che, unitamente all'insegnamento di altri autori moderni come Freud, Otto Rank, e Becker, hanno dato origine ad un forte dibattito non solo sul rapporto identità – morte, ma anche sul rapporto che sussiste tra la nascita e la morte.

In *Al di là del principio di piacere* (1920), Freud ci descrive ciò che muove la mente al di fuori della ricerca del piacere: ovvero la pulsione di morte. Dice Freud: *“l'uomo ha nel suo interno la spinta a procurare agli altri e a sé stesso la morte”*³⁷.

Siamo dopo la Prima guerra mondiale e la morte è prepotentemente esplosa: l'autore si chiede quindi perché esista la ripetizione di situazioni penose, questa continua ricerca di sofferenza. La sua risposta appare paradossale: *se c'è una pulsione a produrre qualcosa, vuol dire che questo qualcosa non è sicuro*³⁸.

Per Freud la morte non è sicura: *“Chi lo dice che dobbiamo morire? Moriamo tutti ma non è così obbligatorio: moriamo perché tutti noi individui pluricellulari pretendiamo di tornare allo stato d'assenza di vita, tendiamo a ritornare a spegnerci”*³⁹.

La pulsione subentra nel momento in cui c'è la necessita di creare qualcosa che altrimenti non ci sarebbe (la natura crea la spinta sessuale perché potrebbe non esserci l'incontro sessuale).

Freud teorizza una lotta dialettica pulsionale: *“Alle pulsioni di vita che rappresentano gli sforzi compiuti dall'Eros per tener coesa la sostanza vivente sospingendola verso unità sempre più vaste, si oppongono fin dalle origini le pulsioni distruttive o di morte, che sospingono inesorabilmente ogni sostanza organica verso la decomposizione inorganica, trascinando demonicamente ogni sforzo di vita verso il nulla della morte”*.⁴⁰

³⁷ S. Freud (1920), *Al di là del principio di piacere*, Milano, Mondadori, 2007

³⁸ *Ibidem*

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰ S. Freud (1920), *Al di là del principio del piacere*, Milano, Mondadori, 2007 p. 13.

Nella ripetizione, pertanto, visibile sia nei sadici che masochisti, come anche nei bambini che ripetono gli stessi gesti, c'è qualcosa che va oltre il principio di piacere: è la pulsione di morte, Thanatos. È l'autopunizione che consegue all'impossibilità del piacere. Essa può essere trattenuta all'interno, o convogliata verso l'esterno.

Thanatos è l'impulso inconscio di morte, di distruzione, ma anche di ritorno ad uno stato di quiete inorganica. È questo che spinge l'individuo all'annullamento. Senza la morte, la vita è destinata a perenne insoddisfazione.

Questa polarità viene tradotta da Otto Rank come il primo incontro con la morte in cui consiste la nascita: il passaggio dal ventre materno, luogo sicuro e protetto, all'esterno rappresenta il prototipo di ogni pericolo, dell'angoscia associata al dolore della perdita. Come afferma Becker, la condizione umana, infatti, richiede una forza titanica per essere vissuta nella consapevolezza della propria morte.

Questo viaggio ha portato l'uomo a creare un apparato culturale fondato su illusioni funzionali a rendere più tollerabile la vita.

Ed è questo viaggio, con le sue tappe ed i suoi bagagli, che, a partire dal mondo antico fino ad arrivare ai giorni nostri, caratterizza il nostro vivere ed il nostro morire.

CAPITOLO 2: LUTTO E PERDITA

Come abbiamo visto nel capitolo precedente, la presa di consapevolezza della finitudine e della perdita avviene nel momento in cui l'uomo primitivo, dinnanzi al cadavere di una persona cara o amata, prova dolore.

È da questo momento che emerge il trauma della perdita, che può sfociare in situazioni di melanconia/rimpianto o di elaborazione del lutto e quindi di gratitudine, in un utilizzo del ricordo, dell'assenza, come generatore di presenza, di nuove esperienze in chi rimane.⁴¹

2.1- LUTTO ED ELABORAZIONE DEL LUTTO

Nel momento in cui si nasce si inizia a morire, a fare esperienza della perdita: di animali domestici, amici, o di altri oggetti esterni a noi; perdiamo così anche dei pezzi di noi, i nostri ricordi d'infanzia, le nostre emozioni e la nostra identità.

Ogni separazione, ogni perdita, non riguarda solo l'altro, l'oggetto perduto, bensì anche una parte del soggetto stesso. Si sprofonda nel nulla insieme all'oggetto perso. È questa la caratteristica che ci impedisce di trovare una cura al lutto, una pillola "ricostituente" del proprio essere.

Quello che ci diversifica dalle altre specie animali è proprio questa consapevolezza della perdita, sia propria che altrui, che ci accompagna lungo tutto il percorso chiamato vita, percepita come una spada di Damocle che pende sul nostro destino, una certezza nell'incertezza.

Sappiamo per certo che siamo destinati alla scomparsa, a ritornare dal nulla da cui siamo usciti nascendo, ma non ci è dato sapere quando.

⁴¹ M.Recalcati (2022), *La luce delle stelle morte*. Milano, La Feltrinelli

Il nulla a cui siamo destinati è un nulla che ci dissolve, che non lascia più traccia di noi: non ci permette di poter tornare, né di contattare più nessuno.

È esattamente in questo punto che emerge l'importanza dell'apparato rituale visto prima: noi possiamo illuderci di non sparire nel nulla, solo grazie al ricordo, al posto che abbiamo e che occupiamo nel desiderio altrui. Non solo il ricordo, ma anche il luogo di culto, di commemorazione, svolge un ruolo importante.

La perdita, infatti è anche dissoluzione di quel luogo, inteso come il corpo altrui, in cui vivevamo la presenza. *“Il primo luogo che si perde, quando l'Altro scompare, è infatti il luogo del suo corpo.”*⁴²

La questione appare però parziale nel momento in cui si vive la perdita, l'assenza nella presenza corporea: pensiamo a patologie come l'Alzheimer, a patologie che riguardano la corteccia frontale, allo stato vegetativo o alle stesse psicosi.

In questo caso come giustificare la sofferenza data dalla perdita di un altro inteso come dotato di un'individualità, di un desiderio nei nostri confronti, il cui corpo, la cui presenza sensibile è ancora presente?

Nell'elaborazione del lutto la discriminante per far sì che, come anticipato, la perdita diventi costruttiva e non distruttiva (elaborazione del lutto vs melanconia/nostalgia) è che chi rimane sappia rispondere sì alla domanda del morente/oggetto perduto: *“Puoi perdermi?”*.

Nella perdita, nell'assenza, la domanda si declinerà in *“posso perderlo? Posso non avere risposta nel mio essere desiderio di desiderio?”* Nel momento in cui perdo l'oggetto, c'è una sparizione, l'altro che mi dirà qual è il posto che io occupo all'interno del suo desiderio non ci sarà, sarà caduto in quel nulla dal quale nasciamo. In questo caso, la perdita

⁴² M.Recalcati (2022), *La luce delle stelle morte*. Milano, La Feltrinelli, p. 28

dell'altro si associa ad una perdita del proprio sé, di quel qualcuno che possa riconoscermi in quanto occupante un posto nel desiderio altrui.

Nel momento in cui si è in grado di rispondere “*sì, posso perderli*”, la perdita non si cronicizza né patologizza, in quanto si è in grado di trovare il proprio posto nel desiderio dell'altro, anche in assenza di questo.

Si può ricorrere alla memoria, al ricordo passato, per trovare sia quella risposta che l'altro ci ha dato e su cui ci siamo strutturati nel nostro essere; sia per continuare a costruire un'immagine di sé in evoluzione, basandosi su quanto già creato; oppure cercare un altro oggetto di desiderio che trasformi, come vedremo più avanti, la melanconia in mania.⁴³

Nel primo caso si parla della cosiddetta nostalgia-gratitudine, in cui la perdita non ci porta a viaggiare a ritroso, alla ricerca di qualcosa di perduto e non recuperabile, bensì ci aiuta nel viaggio verso il futuro, verso la costruzione di sé.

La memoria, il ricordo, può essere da un lato funzionale all'elaborazione del lutto, dall'altro, può reiterare la volontà di non prendere coscienza della perdita.

Il lamento funebre esprime bene questa dicotomia funzionale: nella *conclamatio* dell'antica Roma, il nome del defunto veniva ripetuto lungo il viaggio dall'abitazione al luogo di sepoltura, allo scopo di rendere omaggio alla salma e accompagnarla nel viaggio eterno all'interno del regno dei morti.

La parola può essere considerata come segno di presenza dell'altro assente. Nominandolo, permane l'illusione di poter ancora contare sulla presenza. Si cerca di coprire l'assenza rattoppando questo vuoto con la parola, che, per quanto curatrice, non permette di elaborare la perdita, anzi, causa una reiterazione della stessa e del dolore che essa provoca.

⁴³ S.Freud (1915). *Lutto e melanconia*. In *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli.2023

Di altro avviso in Cina, dove la parola aveva il potere di modificare la realtà: solo all'interno di specifici riti si poteva nominare il defunto.

Il lavoro di elaborazione del lutto, al contrario, permette un effettivo distacco dal soggetto/oggetto perduto, senza per questo provocare una perdita di importanza del defunto o di dolore per il parente rimasto in vita.

2.2.1 – PER CHI RIMANE

La morte è un viaggio di sola andata, da cui non è possibile tornare o rendere testimonianza in alcun modo. Solo coloro che rimangono, che soffrono per la perdita, possono raccontare il mistero della morte, l'angoscia, ma non chi muore.

Per questo, come abbiamo visto nel primo capitolo, è necessario istituire tutto un apparato culturale e rituale che sia il simbolo del mistero della morte.

Un apparato che possa rappresentare una presenza nell'assenza, una celebrazione della vita in opposizione al vuoto della morte.

Nel percorso di elaborazione del lutto, il dolore che ne scaturisce non è solo, come abbiamo detto, riferito alla perdita dell'oggetto, bensì anche alla perdita di senso che quell'oggetto conferiva alla mia realtà e alla mia identità.

Perdita che non necessariamente sta ad indicare assenza, anzi. Spesso il dolore è associato alla preponderante presenza dell'assenza. La mancanza la sentiamo quotidianamente, ogni momento della giornata: l'assenza diventa Presenza invalicabile, insostenibile, immutabile.

Rimaniamo immobili in una dimensione spazio-temporale a sé stante, dove l'accettazione della perdita e della separazione dall'oggetto perduto non sono ammessi. Si rimane pertanto bloccati, freezati in un eterno ricordo di godimento.

2.2.2 – LUTTO E MELANCONIA

La differenziazione tra lutto e melanconia ci viene dal saggio del 1915, intitolato appunto *Lutto e melanconia*, di Freud. Egli definisce il lutto come reazione alla perdita, fisica o astratta, di quello che definisce l'oggetto del desiderio.

Per alcuni soggetti, predisposti alla patologia, il lutto lascia il posto alla melanconia, definita come *“psichicamente caratterizzata da un amore depresso profondamente doloroso, da un venire meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di ogni attività e dallo svilimento del sentimento di sé, che si esprime in autoinsulti e si intensifica sino a un'attesa delirante di punizione”*.⁴⁴

La perdita comporta una separazione libidica dall'oggetto perduto, che, in quanto tale, non può più soddisfare questa pulsione.

Come per la pulsione di morte, anche qui vi è una spinta al piacere, *Eros* e *Thanatos*, per cui il soggetto difficilmente lascia andare quell'oggetto che soddisfa ed accende la sua libido.

È necessario un lavoro sul lutto che consideri ogni singolo evento associato all'oggetto perduto, che lo elabora, e che attui un distacco della libido da esso.

Tutto questo a livello razionale e conscio: nulla di ciò che riguarda la perdita è inconscio.

Questo a volte non accade, come ad esempio per i melanconici, di cui sotto, o per le psicosi allucinatorie, per cui il soggetto rimane vincolato libidicamente all'oggetto perduto, che diventa persecutoriamente presente.

⁴⁴ S.Freud (1915). *Lutto e melanconia*. In *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli.2023, pp 44-45

Come ci ricorda Freud⁴⁵, infatti, la melanconia è il frutto di una mancata elaborazione del lutto. Questo significa che, a differenza dei primi, i melanconici sono vittima di una cronicizzazione del ricordo e, di conseguenza, della perdita.

In questo caso, però, la perdita non è vissuta come tale, come assenza, bensì come un troppo di presenza: l'oggetto perduto ingombra con la sua assenza e di conseguenza con la sua presenza, tutto lo spazio interiore ed esteriore del soggetto dolente.

Ma cos'è che lega in modo così vincolante all'oggetto perduto? È ciò che va al di là del principio di piacere, è la pulsione di morte. Si cerca di tornare all'inorganico, all'immobilità caratteristica, in questo caso dell'assenza/presenza.

Questo rimanere fermo in un preciso istante a-temporale ed a-spaziale, comporta non solo una mancanza di trasformazione ed elaborazione del lutto; ma anche una regressione ad una situazione di colpevolezza che impedisce di tagliare quei legami di cui sopra.

Il senso di colpa per quello che abbiamo o non abbiamo fatto, o detto, ci mummificano in una situazione senza tempo e senza spazio, dove la presenza dell'assente si fa persecutoria. È proprio questo ciò che differenzia la melanconia dal lutto: il sentimento di sé, assente nel lavoro di elaborazione, dove il senso di colpa, l'automortificazione, l'autoaccusa, non rientrano all'interno delle caratteristiche che descrivono la relazione tra soggetto ed oggetto perduto.

Pur di non intraprendere il lavoro del lutto, si trasforma l'oggetto perduto in oggetto mortificante, andando a "dissolvere" una parte di sé stessi.

Si rifiuta la separazione simbolica dall'oggetto, rimanendo quindi solo sul piano immaginario; o, in alternativa, ci si identifica con esso.

⁴⁵ S.Freud (1915). *Lutto e melanconia*. In *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023

È il caso di quanto espresso dalle persone che, perdendo per una malattia oncologica il proprio genitore o persona a loro vicina, respingono il lavoro del lutto, deviando verso la malinconia, facendo del loro stesso corpo un corpo deperito, facendosi espressione dell'oggetto perduto.

È un rifiuto del lavoro del lutto che passa anche attraverso l'idealizzazione di colui che si è perso, in modo da prolungare la sua presenza, esaltandone solo i lati positivi e nascondendone invece i negativi, quelli che potrebbero permettere una migliore e maggiore simbolizzazione della perdita.

Di primo acchito potrebbe quindi sembrare che il culto dei morti in culture come quelle egizia o romana, con le loro piramidi, effigi o calchi, fosse funzionale alla melanconia, più che al lutto inteso nell'accezione di cui sopra. In realtà, proprio perché queste effigi, questi moniti ad eterna memoria, rappresentavano il limes, essi erano dei luoghi di confine in cui effettivamente il luogo ed il tempo erano fermi, immobili, cristallizzati. Questi luoghi erano specifici, esterni alla realtà quotidiana e legittimavano quindi la cristallizzazione nella presenza dell'assenza solo in quei determinati spazi e momenti.

Se noi pensiamo alla malinconia oggi, al rifiuto del lavoro del lutto, questi luoghi di legittimazione non hanno confini ben stabiliti perché è tutta la realtà del soggetto che è bloccata nella rievocazione dell'illusione di presenza.

Un'altra differenza tra lutto e melanconia consiste nel diverso rapporto tra realtà – soggetto – oggetto di desiderio: nel primo la realtà, a causa della perdita dell'oggetto, risulta impoverita, priva di una parte estremamente importante, comunque esterna al soggetto; nella melanconia, come abbiamo visto, la perdita dell'oggetto, della persona cara, comporta anche una perdita di una parte del soggetto dolente/desiderante stesso.

Si perde l'esame di realtà, la coscienza morale soverchia tutto il resto, per cui l'auto insulto e l'auto flagellazione diventano la realtà: un modo per riversare il proprio dolore, la propria impotenza a monito, a rimprovero nei confronti di colui che è assente.

Un rimprovero verso sé stesso per aver procurato e di conseguenza voluto, la perdita dell'oggetto. Si torna al banchetto totemico, dove dal senso di colpa e dal pentimento per l'uccisione del padre, nacquero i due tabù principali.

In questo caso *“l'ombra dell'oggetto cadde così sull'lo che da quel momento poté essere giudicato da un'istanza particolare come un oggetto, cioè l'oggetto abbandonato”*.⁴⁶

La libido, liberata dalla sua traiettoria verso un particolare oggetto di desiderio, non viene indirizzata verso un altro oggetto, bensì verso sé stessi: io mi faccio carico della tua assenza rendendoti presente all'interno di me stesso, in un circuito di auto godimento distruttivo.

Colui che rimane fa propri anche tutti quei lati negativi dell'oggetto perduto che potevano creare sofferenza, in una sorta di meccanismo di difesa inconscio per non accettare l'assenza.

Tre quindi, in conclusione, sembrano essere le caratteristiche della melanconia:

- Perdita dell'oggetto
- Ambivalenza (intesa come la compresenza di sentimenti negativi e positivi)
- Regressione della libido, in una ricerca di compromesso tra soddisfazione del desiderio e negazione, respingente, dello stesso

⁴⁶ S.Freud (1915). *Lutto e melanconia*. In *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023. p.52

A differenza della melanconia, il lutto, accettando la perdita dell'oggetto, decidendo di non perdere il proprio Io, supera l'ambivalenza permettendo una fissazione ridotta della libido all'oggetto. Questo talvolta in seguito a forti emozioni di rabbia, senso di colpa, autocolpevolizzazione: emozioni che rimangono comunque tutte esterne al soggetto.

La melanconia ha, inoltre, un legame molto stretto con la nostalgia: il ritorno, il ricordo, unito al dolore. Il fantasma del passato fa sì che si torni continuamente a quegli eventi in cui la pulsione libidica era indirizzata verso quella specifica persona, quello specifico oggetto del desiderio. È una spinta al passato, unitamente all'impossibilità di recuperarne l'esistenza, a cui si cerca di ovviare idealizzandolo.

Come nella malinconia, anche nella nostalgia il tempo è bloccato, fissato in un momento specifico, nel tentativo di dominare sull'inesorabile suo scorrere.

2.2.3 – LUTTO E MANIA

Secondo il DSM VI⁴⁷, un episodio maniacale deve corrispondere ai seguenti criteri:

almeno una settimana di umore persistentemente elevato, euforico o irritabile e di un'aumentata attività finalizzata ad un obiettivo o da un notevole aumento di energia più almeno tre sintomi addizionali (almeno quattro se l'umore è solo irritabile):

- Autostima ipertrofica o grandiosità
- Ridotto bisogno di sonno
- Maggiore loquacità del solito
- Fuga delle idee o accelerazione del pensiero
- Distraibilità

⁴⁷ *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Text revision, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2023

- Aumento dell'attività finalizzata a un obiettivo o agitazione psicomotoria
- Coinvolgimento eccessivo in attività ad alto potenziale di conseguenze negative (p. es., spese eccessive, investimenti in imprese fallimentari)

Come abbiamo visto prima, una delle modalità per “gestire” la perdita è quella di deviare il proprio desiderio su un altro oggetto.

In *Lutto e melanconia*⁴⁸, Freud considera questa possibilità come un viraggio dalla malinconia alla mania. Alla base di entrambi sembra esserci la perdita dell’oggetto di desiderio, ma, se nel primo la perdita viene introiettata, cristallizzata, nella mania, al contrario, c’è una ricerca fanelica di trovare un altro oggetto del desiderio su cui riversare la propria libido ed un rifiuto semplice e categorico del lutto. La perdita non esiste più, viene cancellata, e di conseguenza, nessun trauma sussiste.

I maniaci, come dichiarato nel DSM V, appaiono euforici, iperattivi, esaltati. Scacciano il dolore, la nostalgia, il rimpianto cercando compulsivamente un altro oggetto del desiderio. “*Morto un papa se ne fa un altro*” è il loro motto.

I maniaci si concentrano sempre nel concepire progetti, eventi grandiosi, megalomani: è questa, la versione maniacale dell’autodistruzione dell’io melanconica. Si eleva il proprio io a livelli estremi, si sfida la morte in un estremo braccio di ferro, cercando di dimostrare di essere più forti di essa. Ma non è così: l’io manca di una base strutturata per poter anche solo pensare di poter accettare la propria e altrui ineluttabilità: ancora una volta, ci si nasconde dietro un dito.

Sembrerebbe quasi che la società viri verso la mania nella gestione e nell’assimilazione del concetto di morte: non ne parla, non se ne deve parlare, in un tentativo di sfuggire all’evento. È il tentativo di rispondere

⁴⁸ S.Freud (1915). *Lutto e melanconia*. In *L’elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli.2023

alla domanda “*Se un albero cade in una foresta e nessuno è nei paraggi per sentirlo, emette un suono?*” Se nessuno parla della morte, se non esistono testimonianze di essa da parte di chi l’ha vissuta, se nessuno la può vedere concretamente, esiste?

Come dice Lacan: la morte è sotto il dominio della fede⁴⁹.

Anche da un punto di vista individuale ci si diriga verso la mania, con qualche deviazione, per chi è più incline, verso la malinconia.

In pochi, purtroppo, imboccano la strada tortuosa e faticosa del lutto.

2.2.4 – IL DOLORE

La perdita dell’oggetto, come abbiamo visto, comporta una sofferenza a livello psichico, libidico, che viene somatizzata a livello fisico e causa angoscia.

Ma qual è la discriminante per cui si decide di intraprendere il lavoro del lutto, piuttosto che declinare nell’angoscia o semplicemente rimanere a livello del dolore?

Freud ⁵⁰ discrimina il dolore dal lutto e dall’angoscia affermando che il primo rappresenta la vera e propria reazione alla perdita dell’oggetto; la seconda è la reazione al pericolo della perdita dell’oggetto stessa.

Si potrebbe affermare, in un contesto di perdita per la morte della persona cara, che l’angoscia sia un prodromo del dolore e di conseguenza del lutto o melanconia. È questo il nodo: nell’angoscia siamo proiettati in avanti, incatenati ad un’idea di futuro caratterizzata dal pericolo della mancanza. Nel lutto, a differenza della melanconia, l’angoscia è “arrivata a destinazione”: la perdita fisica c’è stata e il

⁴⁹ Lacan (1972), “*Conference de Louvain*”, conferenza pronunciata il 13 ottobre 1972 a Louvain, *La cause de désir*, n°96, giugno 2017, <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2017-2-page-7.htm>

⁵⁰ S.Freud (1915). *Angoscia, dolore e lutto*. In *L’elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023

pericolo che questo accada non sussiste più. Si tratta di fare i conti con le conseguenze di ciò che avviene arrivati a destinazione: il dolore per il vuoto che c'è al di là, dove l'oggetto di desiderio può vivere solo nel passato, nella memoria, o nel futuro, come insegnamento. Viene a mancare *l'hic et nunc*, la soddisfazione libidica nel presente.

Nel dolore corporeo vi è una forte concentrazione su punti specifici del corpo, che privano il soggetto di ogni energia, convogliandola tutta in quello specifico punto dolente. È quanto accade nella melanconia, dove la perdita dell'oggetto priva il soggetto, portandolo a concentrare tutta la propria energia sulla presenza dell'assenza, rimanendone svuotato e imprigionato all'interno di un circolo vizioso di dolore.

Nel lutto questo non avviene, in quanto si separa l'oggetto di desiderio perduto da tutte quelle situazioni caratterizzate da un forte investimento libidico su di esso. Questa separazione comporta comunque dolore, un dolore in evoluzione, non fissato.

È una sorta di periodo di convalescenza, all'interno del quale non si cerca né di crogiolarsi nel dolore (melanconia), né si assumono medicine che curano soltanto il sintomo (mania). Nel lutto i due aspetti sono complementari: vivo il dolore, cercando delle soluzioni per superarlo, andando però a fondo del problema, non lavorando in superficie.

Questa convalescenza, questo lavoro del lutto, si colloca tra due estremi: il trauma della perdita e la sua elaborazione simbolica. È il tempo necessario per incorporare con il proprio io la perdita, separandosi al contempo dall'oggetto. È il tempo tra la presa di consapevolezza dalla morte e dell'irreversibilità di essa, tra la scomparsa dell'oggetto, che crea un buco nel mondo, e lo svuotarsi del soggetto che crea un buco nel soggetto.

È il tempo, quello del lutto, della memoria, dove ogni ricordo dell'oggetto perduto, del defunto, ritorna come un lampo, come una fitta psichica che ci riporta alla mancanza. Si crea un circuito di dolore e sofferenza,

causato dalla consapevolezza della morte, ma comunque necessario e funzionale all'elaborazione. Molto spesso ci si isola, ci si estranea dal mondo quando subiamo un lutto: questo sia per "stare" il più possibile con il ricordo, con la perdita; sia perché il dolore psichico che emerge è troppo intenso. Al contrario di quanto invece avviene con la mania, che rifugge questo dolore, sostituendo l'oggetto perduto con un altro.

Nel lavoro del lutto si ricorda, si soffre, si necessita di tempo, in un percorso lento e doloroso dentro e fuori la mancanza, con il fine ultimo di simbolizzarla.

È questo percorso che ci causa sempre più dolore psichico, fatica psichica e a volte anche fisica: l'esternazione della mancanza, permette di esprimere la perdita, per prendere consapevolezza della sua irreversibilità e per liberare la propria libido dai vincoli che essa impone (Freud).

Il lavoro del lutto, secondo la teoria freudiana, si conclude quando subentra un oblio: la perdita dell'oggetto perduto non occupa tutto il mio io, il suo ricordo non occupa tutto lo spazio; non è stato sostituito. L'oggetto del desiderio, la persona defunta, viene dimenticata in quanto il dolore per la sua perdita è stato elaborato e il suo ricordo diventa accompagnatore, non persecutore o sovrachiatore.

Il vuoto lasciato dalla perdita non viene coperto, bensì organizzato, dandogli quella dignità simbolica che permette di riflettere sull'assenza incorporandola nella realtà psichica del soggetto, come una sorta di presenza alla stregua di una guida confortante.

È la stessa funzione di quei cimiteri privi di orpelli ed ornamenti che possiamo vedere ad esempio nel cimitero monumentale della Normandia: una distesa immensa di croci bianche, a ricordo della morte, della sua presenza irreversibile, della sua ineluttabilità. Così è: non resta altro che prenderne atto.

2.2. – LUTTO E ATTACCAMENTO: BOWLBY

In “*Avvenire di un’illusione*” (1927) Freud paragona il rapporto tra uomo e Dio come il rapporto tra padre e figlio, riprendendo quanto già esplicito sul banchetto totemico e sulla nascita dei tabù.

Questo parallelismo tra soggetto/divinità e soggetto/padre ha fatto sì che si sviluppasse un dibattito relativo al nostro rapporto con il culto e il nostro rapporto di attaccamento con la figura primaria.

2.2.1 – TEORIA DELL’ATTACCAMENTO

John Bowlby sosteneva che: “*l’attaccamento è parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba*” (Bowlby, 1982)

Osservando il comportamento dei mammiferi e dei bambini, in particolare quelli orfani e malati, crea, dal 1964 al 1979 la sua trilogia: *Attaccamento* (1969), *Separazione* (1973) e *Perdita* (1980).

A differenza di Freud, per il quale lo sviluppo del bambino si dirama attraverso una serie di fasi, da quella anale a quella genitale, in un percorso psicosessuale; egli sostiene che lo sviluppo era basato sul riconoscimento delle emozioni, in particolare sulla sintonizzazione emotiva con la figura primaria di riferimento.

Questa figura, nella sua teoria, deve essere in grado di sintonizzarsi sui bisogni del bambino, dandogli protezione e sicurezza: base sicura. Il bambino ha il diritto e dovere di imparare, di esplorare il mondo, ma nel farlo deve sapere che, in caso di pericolo, ha un posto dove tornare e ricevere conforto e sicurezza.

Questa teoria ha una valenza biologica: l’attaccamento, inteso come l’insieme dei comportamenti messi in atto per creare e poi preservare un rapporto di prossimità privilegiato con una persona, ha una funzione di sopravvivenza.

Essere infatti aiutato nel caso di minaccia, pericoli, aumenta le chance di superare gli ostacoli.

È inoltre una predisposizione innata, una motivazione intrinseca alla protezione ed all'accudimento da parte della figura di riferimento, il caregiver (colui che si prende cura). È questa una figura di fondamentale importanza, sia nelle fasi iniziali della vita di ognuno di noi, sia nelle fasi finali, una sorta di accompagnatore che ci permette di esplorare e acquisire sicurezza sia nel viaggio della vita, sia in quello della morte. Cambiano le persone, ma la funzione rimane invariata.

Il primo e fondamentale rapporto di attaccamento è quello che si stabilisce tra bambino e genitore, in base alla sintonizzazione del secondo sui bisogni del primo, sulla sua presenza affettiva ed emotiva, sulla sua risposta al bisogno di sicurezza e protezione del primo.

Questo legame è ciò che, secondo Bowlby, caratterizzerà il nostro approccio emotivo ed affettivo in tutte le relazioni, dalla nascita fino alla morte.

Tre sono le caratteristiche principali di questo legame:

- La ricerca di vicinanza al caregiver, o comunque alla figura preferita
- Caregiver come base sicura, da cui partire per esplorare e a cui tornare in caso di minacce o pericoli
- Protesta per la separazione come strumento per verificare l'effettiva risposta del caregiver ai bisogni del bambino

Bowlby riconosce quattro momenti nella creazione del legame di attaccamento, partendo dal momento della nascita:

1. Da 0 – 2 mesi, il bambino, spinto solo ed esclusivamente dall'istinto di sopravvivenza, crea legami di attaccamento generico e non intenzionali

2. Da 2 – 6 mesi, il bambino comincia a discriminare le persone, iniziando a creare un rapporto preferenziale con il caregiver principale
3. Dai 6 – 18 mesi, il bambino struttura sempre di più il legame con il caregiver e dall'anno in poi, acquisendo le attività motorie, dà il via al proprio compito di esplorare il mondo. Il legame di attaccamento è ormai formato: subentrano le proteste, l'ansia alla separazione e si dà il via al processo di individuazione.
4. Dai 18 mesi, il rapporto si fa bidirezionale: anche il bambino inizia ad accorgersi dei bisogni del genitore

Bowlby attua una discriminante tra attaccamento sicuro, derivante dall'aver introiettato da parte del bambino un modello operativo interno basato sulla sicurezza di poter contare su una persona di riferimento che possa dargli cura, protezione e sicurezza, lasciandogli la libertà di esplorazione; ed un attaccamento insicuro, a causa del quale il bambino può vedere il mondo come un mondo pieno di pericoli, o sé stesso come non degno di amore. Questo sulla base della risposta del caregiver, che può essere rifiutante o imprevedibile.

Sarà, però, la Ainsworth a descrivere queste categorie per la prima volta e a catalogare i legami di attaccamento, definendoli MODELLI OPERATIVI INTERNI e creando un paradigma sperimentale chiamato *Strange Situation* (1973).

I legami di attaccamento vengono in questo modo suddivisi:

- Sicuro: il bambino utilizza il caregiver come base sicura per esplorare il mondo. Al momento della separazione, protesta, ma supera la separazione. Questo grazie all'accudimento di un caregiver che si è sempre mostrato adeguato nella risposta ai bisogni del bambino, creandogli sicurezza in sé stesso e negli altri. È degno di essere amato e ha fiducia nell'aiuto degli altri

- Insicuro evitante: il bambino è disinteressato alla presenza o meno del caregiver e procede con l'esplorazione a prescindere dalla sua presenza o assenza. Il sistema affettivo è disattivato, dando così prevalenza all'autonomia del bambino ed al pensiero che gli altri non lo possano aiutare o non vogliano farlo. Non esprime il proprio disagio perché convinto che non cambierebbe comunque la situazione. In questo caso il caregiver si è spesso dimostrato emotivamente non disponibile cercando di rendere autonomo ed indipendente fin da subito il bambino facendogli sviluppare solo le capacità di problem solving
- Insicuro ambivalente: il caregiver risponde in modo ambivalente ai bisogni del bambino, spesso sintonizzandosi più sulle proprie necessità che su quelle del bambino. Risulta quindi troppo presente o troppo poco. Il bambino, di conseguenza, non sa cosa aspettarsi e cerca di rimanere il più possibile vicino, attaccato alla figura di riferimento, con la paura che possa sparire e non tornare.

In entrambi gli attaccamenti insicuri, il bambino crea un'immagine di sé come non amabile e non degno di aiuto.

- Disorganizzato: introdotto successivamente da Main, Kaplan e Cassidy, caratterizza i bambini che vivono in contesto di abuso o maltrattamento. Il caregiver appare sia come base sicura, sia come fonte di pericolo, creando un forte conflitto emotivo interiore nel bambino, che non sa come comportarsi.

Questi MOI (Modelli Operativi interni) sono stati ripresi, come detto inizialmente, per tentare di spiegare l'attaccamento al divino: per Lee Kirkpatrick (1992), Dio potrebbe essere considerato come un caregiver sicuro, che dia conforto, sicurezza e protezione.

Successivamente, insieme a Phillip Shaver (Kirkpatrick e Shaver 1992)⁵¹ avanzano due ipotesi: della corrispondenza e della compensazione.

Nella prima ipotesi, in base all'attaccamento sicuro, evitante o ambivalente alla divinità, si può avere una diversa visione di essa: positiva nel primo caso; distante o inaccessibile nel secondo; dipendente da essa nel terzo.

Nella seconda ipotesi, invece, il rapporto con la divinità, con Dio, viene attivato in funzione di una sostituzione della figura di attaccamento, venendo in soccorso nel momento in cui il soggetto si senta in pericolo, minacciato, nel quale non abbia una figura di riferimento a cui affidarsi.

Entrambe le ipotesi confermano la teoria secondo la quale sostituiamo rappresentazioni reali, legami reali, con quelli mentali, confidando nella responsività altrui. È quanto, abbiamo visto, avviene grazie alla simbolizzazione del lutto attraverso i rituali funebri.

La teoria dell'attaccamento permette di descrivere in chiave affettiva, e non psico-sessuale come avviene nella psicanalisi, quelle che sono le modalità di relazione di ognuno di noi, dalla nascita alla morte. Permettono quindi di descrivere anche la separazione e la perdita, eventi che trovano la loro definitività nella morte di persone esterne a noi, tra cui, anche il caregiver primario.

I bambini oggetti di studio di Bowlby mostravano un intenso dolore alla separazione, che, estremizzato, poteva portare a deficit irreversibili nello sviluppo cognitivo, alla nevrosi, alla delinquenza, o anche a malattie mentali. Evidenziavano, questi bambini, una *fame per l'amore e la presenza della madre*.

⁵¹ In I. Testoni (2015), *L'ultima nascita*, Torino, Bollati Boringhieri

Nel momento in cui vi è la separazione dalla madre (intesa come caregiver primario nella maggior parte dei casi), il bambino attua una protesta nel tentativo di ristabilire quel senso di sicurezza che la madre da.

Attaccamento, separazione, perdita: vita, malattia, morte.

2.3 – LE REAZIONI AL LUTTO

Il primo a darci una prima descrizione della sintomatologia post lutto fu Lindermann, 1944. In seguito ad un incendio a Boston, osservò, insieme ad alcuni colleghi, un centinaio di soggetti che avevano appena subito una perdita.

Fu stilata quindi una prima lista di reazioni al lutto:

- Disturbi somatici di vario tipo
- Preoccupazioni riguardanti l'immagine del defunto (pensiamo alla tanatoestetica, alle effigi, all'imbalsamazione di cui abbiamo parlato nel primo capitolo)
- Sensi di colpa nei confronti del defunto, comprendenti anche quelli relativi alle circostanze della morte
- Reazioni ostili, rabbia
- Perdita delle capacità funzionali in nostro possesso
- Tendenza ad assumere tratti comportamentali tipici del defunto

Molte sono le evidenze di parallelismo con quanto affermato da Freud nella sua opera *Lutto e melanconia* (1915).

La sintomatologia rilevata permise a Lindemann di definire gli stadi del lutto: shock e incredulità, cordoglio acuto, risoluzione del processo di cordoglio.

2.3.1 – JHON BOWLBY

Queste fasi sono state riprese e sviluppate anche da Bowlby, secondo il quale, come abbiamo potuto vedere, la reazione al lutto dipende dallo stile di attaccamento sviluppato. Se volessimo fare un paragone tra stili di attaccamento e psicoanalisi, potremmo dire che l'attaccamento sicuro ha un'alta probabilità di portare al compimento del lavoro del lutto, quello evitante alla mania e quello ambivalente alla melanconia.

Nello specifico, le fasi del lutto per l'autore sono:

- Lo stordimento: la prima reazione all'annuncio della perdita è lo sbigottimento, accompagnato dalla sensazione di impotenza e incapacità di far fronte all'evento. Questa fase può durare da alcune ore a settimane, alternando sentimenti di rabbia, dolore e sconforto
- La ricerca e lo struggimento per la persona perduta: possiamo dire che sia una prima fase melanconica del lutto. Ci si rende a tratti conto della perdita subita ed il dolore provoca un tentativo di richiamare a sé la persona perduta. È il pianto del bambino che cerca di attirare l'attenzione della madre. È il lamento funebre. La rabbia è l'emozione prevalente, sia verso la persona defunta, verso il fato, verso i medici che non hanno saputo salvare, e soprattutto, verso sé stessi.
- La disorganizzazione e la disperazione: il tormento emotivo che il lutto causa prevale sulla razionalità, con il rischio di cadere nella disperazione perché ci si sente impotenti, non in grado di riorganizzare la propria realtà, i propri modelli comportamentali, di non riuscire a salvare nulla del passato. Non si riesce a organizzarsi, a fare piani per il futuro.
- La riorganizzazione: una volta che si è preso consapevolezza della perdita, si cerca di riorganizzarsi, creando nuove situazioni, ricoprendo nuovi ruoli, manifestando maggiore fiducia in sé stessi e nella realtà circostante. Questo però, sempre accompagnato da un profondo senso di solitudine, che si può manifestare anche in sogni notturni o illusioni sensoriali. Nonostante questo, il soggetto è in grado di riorganizzare la propria vita, facendo fronte alla perdita.

Anche in questo caso, il lavoro del lutto comporta comunque un resto, un residuo di quello che era il nostro rapporto con l'oggetto del desiderio o l'oggetto del nostro attaccamento.

Successivamente Bowlby identificò due varianti disturbate del lutto: il lutto cronico, caratterizzato da disperazione e sofferenza persistente a più di 12 mesi dalla perdita; e la prolungata assenza di dolore, dove, in seguito al lutto, si viveva come anestetizzati. Tra i fattori di rischio individuati per una cronicizzazione del lutto, indicò la morte improvvisa, conflitti in ambito familiare, trascorsi infantili travagliati.

2.3.2 – LUTTO PERSISTENTE E COMPLICATO NEL DSM-V

Nonostante si abbia da sempre cercato di ovviare al problema della morte e del lutto spostando l'attenzione su altri aspetti della vita, anche il DSM-V ha inserito all'interno una parte relativa alla diagnosi di disturbo da lutto persistente e complicato, riconoscendone una declinazione psicopatologica importante.

Di seguito i criteri individuati⁵²:

- desiderio persistente e nostalgia pervasiva della persona deceduta, profondo dolore e pianto frequente o preoccupazione per essa.
- preoccupazione per il modo in cui la persona è deceduta.
- frequenza dell'idea di seguire il destino del morto.

Per la diagnosi, il DSM-5 richiede 6 sintomi aggiuntivi riguardanti la sofferenza reattiva alla morte oltre al disordine sociale e dell'identità (Criterio C).

Il criterio E del DSM contempla il fatto che la natura e la gravità del lutto debbano essere spropositate rispetto all'ambiente culturale, all'appartenenza religiosa o alla fase di sviluppo.

Nello specifico:

- A. L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta.

⁵² American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013, in *Il lutto complicato nell'era del DSM-5*, <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2596/articoli/26722/>

- B. Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi è stato presente per un numero di giorni superiore a quello in cui non è stato presente e a un livello di gravità clinicamente significativo ed è perdurato negli adulti almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:
- a. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. Nei bambini piccoli il desiderio può essere espresso nel gioco e nel comportamento anche tramite comportamenti che riflettono l'essere separato da, e anche riunito a, un caregiver o un'altra figura oggetto di attaccamento.
 - b. Tristezza e dolore emotivo intenso in seguito alla morte.
 - c. Preoccupazione per il deceduto.
 - d. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento può estendersi fino al timore per la possibile morte di altre persone vicine.
- C. Dal momento della morte almeno 6 dei seguenti sintomi sono stati presenti per un numero di giorni superiore a quello in cui non sono stati presenti e ad un livello di gravità clinicamente significativo e sono perdurati negli adulti almeno 12 mesi e nei bambini almeno 6 mesi dopo il lutto:
- a. Sofferenza relativa alla morte
 - i. Marcata difficoltà nell'accettare la morte. Nei bambini questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte.
 - ii. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo alla perdita.
 - iii. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto.
 - iv. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita.

- v. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (es. senso di autocolpevolezza).
- vi. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es. evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto; nei bambini questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti che riguardano il deceduto).

b. Disordine sociale e dell'identità

- i. Desiderio di morire per essere vicini al deceduto.
- ii. Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri.
- iii. Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri.
- iv. Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di non farcela senza il deceduto.
- v. Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità (per es. una parte di se stessi è diminuita insieme al deceduto).
- vi. Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es. amicizie, attività).

D. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti

E. La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali o religiose o appropriate per l'età.

Specificare se lutto traumatico, ovvero: lutto dovuto a omicidio o suicidio con persistenti pensieri gravosi riguardo alla natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi della perdita), tra cui gli ultimi momenti del deceduto, il grado di sofferenza e delle ferite, o la natura dolorosa o intenzionale della morte.

2.3.3 – ELISABETH KÜBLER ROSS

Altra teorizzatrice fondamentale di questa disamina è Elisabeth Kübler Ross, psichiatra svizzera vissuta nel secolo scorso (1926-2004), considerata la fondatrice della psicotanatologia ed esponente di spicco dei Death studies.

Attraverso il suo lungo lavoro con i malati terminali, che ha intervistato cercando di approfondire quale fosse la loro reazione alla consapevolezza della morte incipiente, ha dato non solo dignità alla morte, ma ha anche dato una definizione alle risposte davanti alla prognosi mortale.

Queste cinque fasi di reazione⁵³ sono considerate valide anche per descrivere la reazione alla morte di una persona vicina.

1. Rifiuto e isolamento: il rifiuto iniziale, ansioso, che segue alla diagnosi capita più frequentemente quando la comunicazione avviene in modo impersonale e frettoloso. Questo diniego è un meccanismo di difesa che permette di ritrovare coraggio, di mobilitare altre difese. Non si è pronti, in questa fase, a parlare del proprio o altrui lutto.

Allo stato iniziale di shock subentra lo stupore e l'incomprensione: non posso essere io/l'altro. Ricordiamo infatti quanto affermato all'inizio: *“per il nostro inconscio noi siamo tutti immortali, per noi è quasi inconcepibile riconoscere di dover pure noi affrontare la morte”* (Elisabeth Kübler Ross (1976)⁵⁴. Spesso al rifiuto iniziale segue la tendenza all'isolamento, in quanto, non accettando la morte, non si accetta nemmeno coloro i quali cercano di palesare l'evidenza.

2. Collera: la domanda, priva di risposta, è solo una: “perché a me?”. Sia dal punto di vista di chi subisce la perdita e di chi invece viene a mancare, è la fase più difficile da gestire e superare, proprio

⁵³ Elisabeth Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella

⁵⁴ *Ibidem*

perché l'emozione non ha un obiettivo specifico. Si è in collera con il destino che tra tutti, ha scelto proprio quell'individuo specifico; si è in collera contro gli altri che non provano la sofferenza che invece proviamo noi. In questa fase è necessario accogliere questa emozione, tollerarla e comunicare a chi la prova che sono compresi e legittimati.

3. Venire a patti: se Dio non ascolta la mia rabbia, forse ascolterà le mie richieste se fatte con delicatezza. Viene fatto un patto con Dio: la sopravvivenza, la guarigione, in cambio di acquiescenza, seguendo, in caso di malattia, alla lettera le prescrizioni mediche, ad esempio.
4. Depressione: quando non si può più negare l'evidenza, alla rabbia, negazione, collera, subentra la depressione. È l'impotenza e la tristezza per l'ineluttabilità della situazione che conducono a questo esito.

In questa fase è estremamente importante non sollecitare il dolente a non essere triste: in questo modo, infatti, si negherebbe, ancora una volta, la presenza della morte.

5. Accettazione: è un vuoto di sentimenti, non una fase felice. È come se tutti i sentimenti fossero ormai svaniti e la bandiera bianca della resa fosse stata alzata. Si può raggiungere in due modi: con una tacita comprensione soggettiva e personale della situazione; oppure dopo una lunga lotta con tutte le altre emozioni caratterizzanti le fasi precedenti. La prima caratterizza le persone più anziane; la seconda quelle che hanno a disposizione un lungo percorso di elaborazione.

Nonostante i paradigmi teorici, ciò che caratterizza la nostra reazione ad un lutto, ad una perdita, riguarda essenzialmente la sfera affettiva, comportamentale e cognitiva. Ma su tutte, la speranza.

Tristezza, senso di solitudine, rabbia, senso di colpa, stordimento, ansia, sono i sentimenti che caratterizzano la perdita, a cui si aggiungono incredulità, confusione, preoccupazione, allucinazioni.

In particolar modo il senso di colpa nasce da una sorta di rabbia verso sé stessi, perché abbiamo violato quel sistema di convinzioni che è stato radicato in noi sin da bambini. A quell'età, si è disposti a fare qualsiasi cosa pur di ottenere affetto, attenzioni, riconoscimento da parte di altri. Il compiacimento è precursore del senso di colpa, come anche il voler imporre la propria opinione, la propria identità.

Per questo può capitare che la collera non sia rivolta verso un'entità esterna che ha deciso di accanirsi per qualche misterioso motivo su quella singola persona attraverso la malattia; bensì contro sé stessi: *perché non a me? Perché mi sono comportato in quel modo piuttosto che in quell'altro?* Non si comprende come, allo stesso modo che per l'enigma della morte, alcune cose siano inspiegabili. Soprattutto, bisogna comprendere e accettare il fatto che senza senso di colpa, vivremmo solo ed esclusivamente come se l'unico sistema di convenzione esistente fosse il nostro. Attraverso il senso di colpa facciamo emergere la nostra identità, la nostra rabbia, e riusciamo a perdonare sia sé stessi che gli altri.

Dal punto di vista fisico e comportamentale, questo dolore psichico – emotivo, si manifesta nel sintomo corporeo: sensazione di apnea, vuoto, mancanza di energia. A questi si aggiungono talvolta anche disturbi del sonno e dell'appetito, pianto e lamento per bucare l'assenza.

Tanti punti in comune, ma una diversa, individuale e personale reazione alla perdita.

Indipendentemente dalle fasi e dalle strategie di coping, in questa fase è estremamente importante lo svolgimento di quattro compiti legati all'esame di realtà (Worden, 1982):

- Accettare la realtà della perdita
- Superare il dolore e il cordoglio
- Adattarsi alla nuova realtà

- Superare il desiderio di mantenere un contatto con il defunto, collocandolo invece nel nuovo orizzonte semantico creatosi

Il mantenere un rapporto con il defunto come se fosse ancora in vita non permette la guarigione della ferita causata dalla perdita; come anche negare l'assenza, la perdita: melanconia e mania.

2.4 – IL COMPIMENTO DEL LAVORO DEL LUTTO

Sarebbe molto bello poter credere, utopicamente, che il lavoro del lutto si possa portare a compimento secondo la prospettiva freudiana, senza alcun residuo dell'oggetto perduto. Ma davvero succede questo? O qualche residuo rimane?

Anche nel momento in cui è subentrato l'oblio e pertanto l'oggetto perduto viene dimenticato in quanto elaborato, qualcosa di esso rimane, in quanto, nel bene e nel male, ha segnato un tratto temporale della nostra esistenza.

È impossibile cancellare completamente i ricordi: si veda per questo *Eternal Sunshine of the Spotless Mind*, film del 2004 diretto da Michel Gondry, in cui la protagonista decide di farsi cancellare i ricordi relativi alla sua relazione amorosa finita male. Nonostante la trama ed il finale molto romanzato, questo film ci mostra come, in realtà, un residuo psichico e libidico rimane sempre nella perdita dell'oggetto del desiderio.

La ferita data dalla morte della persona cara rimarrà sempre, anche se si cicatrizzerà smettendo di sanguinare. Ed è questo a mio parere il lavoro del lutto:

attraverso la memoria, il tempo, il dolore permettere al ricordo di rimanere nel proprio Io, visibile sia a memoria della realtà condivisa, sia ad accompagnamento nell'esperire la vita e le sue sofferenze.

La nostalgia fa parte di questo percorso, ma non nella sua forma patologica melanconica, bensì, nella forma di una rimembranza affettuosa, sorridente.

Uno sguardo rivolto al passato, ma con la spinta a trarne insegnamento per il futuro. È il segno della disfatta del lavoro del lutto provocato dalla rimanenza di "qualcosa".

È l'altra faccia della nostalgia, quella che Lacan⁵⁵ definisce la doppia anima del desiderio umano: da un lato il rimpianto per l'oggetto perduto, per ciò che la persona defunta rappresentava per la propria economia libidica; dall'altra il desiderio come apertura verso l'infinito, l'altrove, l'ancora visto.

È questa la conclusione del lavoro del lutto: la novità scaturisce dal passato. La vita scaturisce dalla morte.

⁵⁵ J. Lacan, *Il seminario. Libro VI: Il desiderio e la sua interpretazione. 1958-1959*, Torino, Einaudi (2021)

2.5 – L'ACCOMPAGNARE: IL CAREGIVER

Nonostante la malattia possa comportare lo scatenamento di conflitti familiari irrisolti, la famiglia rimane l'ambiente di supporto più importante in cui si muove il paziente: minore è il contrasto ed il disagio, migliore sarà la capacità reattiva ed evolutiva del paziente e dell'intero nucleo.

Il termine caregiver letteralmente sta ad indicare colui che cura: badante, taxista, tutto fare, curante, il termine ha ormai acquisito così tante sfaccettature da aver perso il proprio significato simbolico. Secondo il Glossario della Federazione Cure Palliative, caregiver è *“un familiare che occupa un ruolo informale di cura, supporto e di vicinanza e che è partecipe dell'esperienza di malattia del malato e che si impegna nelle attività quotidiane di cura della persona”*⁵⁶.

Abbiamo visto come, nella teoria dell'attaccamento, come nella psicanalisi freudiana, la figura del caregiver, o della persona che rappresenta l'oggetto del desiderio, sia fondamentale per lo sviluppo psico emotivo, affettivo e libidico di ognuno di noi.

È colui o colei che si occupa della cura del morente: ma cosa si intende per cura?

Secondo il mito romano, descritto da Gaio Giulio Igino, e riportato da Cristina Dell'Acqua nel suo *Una Spa per l'anima*⁵⁷, Cura era una fanciulla che, dopo aver plasmato un po' di terra con le mani, chiede a Giove di darle spirito, vita. I due litigarono sulla paternità della nuova creatura e stabilirono che Giove si sarebbe ripreso lo spirito, la terra sarebbe ritornata a Terra, ed a Cura sarebbe rimasto il privilegio di accompagnare la nuova creatura “ogni giorno della sua vita, per sempre”.

Ma cosa succede quando colui che ha rappresentato la nostra figura di attaccamento, il nostro oggetto del desiderio primario, il nostro curante,

⁵⁶ <https://www.fedcp.org/cure-palliative/glossario>

⁵⁷ 2019, Milano, Mondadori, in G. Lonati (2022), *Prendersi cura. Per il bene di tutti: nostro e degli altri*. Milano, Corbaccio. pp 9-10

diventa lui stesso bisognoso di cure, sicurezza e protezione? Quando diventiamo noi caregiver?

Una prima discriminante riguarda il tipo di morte che si deve affrontare: improvvisa o in seguito a lunghe malattie. Nel primo caso, il lutto richiede un'energia superiore, lo stordimento e l'incredulità coprono l'elaborazione.

Non c'è quel tempo, che invece si ha nella malattia cronica, di essere di supporto al malato, semplicemente ascoltando, senza aver paura di parlare della malattia o del dolore che questa comporta.

Spesso i malati stessi hanno più paura delle persone che stanno loro vicine che della morte stessa⁵⁸. C'è una omertà da parte della famiglia del malato che ha l'arroganza di spacciarsi per meccanismo di tutela verso il malato. In realtà è la famiglia, il caregiver stesso a volte, che non vuole affrontare la perdita perché non in grado di gestirla.

Elisabeth Kübler Ross, come Giada Testoni o Marie De Hennezel ci descrivono, nelle loro opere, casi di malati in fin di vita che, ben consapevoli della loro situazione, chiedevano ai medici di proteggere i parenti stessi, perché non in grado di sopportare la presenza della morte.

*“So di aver soltanto poco tempo da vivere, ma non ditelo a mia moglie, non potrebbe sopportarlo”.*⁵⁹

Per poter accompagnare un malato è necessario aver affrontato i propri conflitti, la propria rabbia, il proprio dolore. Solo così si può ascoltare con empatia, far proprio il dolore del morente ed evitare che si instauri il meccanismo opposto: ci si appropria del dolore dell'altro per soffocare il proprio.

⁵⁸ Elisabeth Kübler Ross (1995), *Impara a vivere, impara a morire. Riflessioni sul senso della vita e sull'importanza della morte*, Milano, Armenia, 2022

⁵⁹ Elisabeth Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella

Se prima non si è fatto spazio all'interno della propria emotività non è possibile creare quello spazio di accoglimento e ascolto di cui i malati necessitano. Il vuoto come separazione e collegamento.

È questo uno spazio sia interiore che esteriore: i malati ci possono insegnare molto grazie alla loro sincerità, alla loro saggezza, al loro “non avere più nulla da perdere”. Non bisogna relegarli in una stanza di ospedale, in un non detto per paura di quello che rappresentano. Potrebbero invece essere loro quelle persone, che incarnando l'approssimarsi alla fine, attenuano la nostra angoscia grazie a quelle che sono le uniche, a mio parere, esperienze di premorte che possono essere ascoltate, toccate, vissute.

Dobbiamo però adempiere alla nostra funzione di caregiver, “*accompagnatori sicuri*” come direbbe Bowlby, che sanno sintonizzarsi sui bisogni del morente.

Morire e come partorire, dare la vita: c'è bisogno di qualcuno che tenga la mano alla partoriente e la supporti nel mettere al mondo senza traumi i propri figli; anche il morente si deve preparare a mettere in atto la propria morte – nascita, e come la prima, deve essere accudito e supportato nel difendersi dal dolore. Anche solo stringendo la mano, o essendo. La presenza che spiana la strada all'assenza.

La morte richiede una legittimazione all'interno della vita, che gli si dia quella naturalezza persa ormai dall'inizio del predominio della Tecnica, sostituitasi alla divinità. Se noi pensiamo infatti al significato di un termine come “rianimazione”, cioè “ridare la vita”, osserviamo come la medicina si sia impossessata del potere salvifico in capo unicamente alle divinità.

La sofferenza stessa ha perso ogni suo valore nel momento in cui si è perso ogni valore simbolico religioso: se non c'è la speranza che la sofferenza in terra sia ricompensata in cielo, che senso ha viverla? Tanto vale cercare di non fare morire più persone possibili, prolungando il più possibile la vita a discapito di una buona esistenza.

Si è creata una nuova religione, la Tecnica che esclude ogni sentimento, ogni emozione, ogni sofferenza con il fine ultimo di creare degli automi.

Al contrario di quanto avviene nelle religioni, il paziente contemporaneo non ha più quella fiducia cieca che caratterizzava il suo donarsi totalmente e ciecamente alle cure del medico, visto come una sorta di sciamano contemporaneo, capace di comunicare, utilizzando il linguaggio della tecnica, con la morte, in quello che purtroppo appare ormai come un monologo.

Questa fiducia nel medico curante, come anche in coloro che accudiscono e accompagnano, viene persa nel momento in cui non il malato si sente tradito da essi, quando il non detto soverchia il resto.

È quindi necessario per il caregiver rassicuri riguardo al sentimento di isolamento, inganno, rifiuto, che un malato lasciato alle cure mediche in una stanza di ospedale può provare. È necessario che sia sincero con il malato, mettendolo di fronte alla realtà dei fatti, con ascolto e accudimento.

Serve tempo e coraggio non tanto per imparare ad accudire, apprendere come fare un'iniezione, quanto imparare ad esserci. La cura diretta al malato è prima di tutto una cura di sé stessi, in un percorso di elaborazione della perdita prima che questa avvenga, ma soprattutto, di elaborazione dei propri conflitti, in un percorso di evoluzione e crescita interiore.

La morte come creatrice allo stesso modo della vita.

Il confine tra senso altruistico ed egoistico di cura a è molto sottile. In alcune persone il ruolo di caregiver è funzionale al sentirsi importante per l'altro, in una eterna domanda di amore, di essere la mancanza per l'altro. Caregiver e malato interagiscono in una relazione circolare, dove chi cura lo fa alla ricerca di una risposta d'amore del curato, che a sua volta pone la sua stessa domanda: puoi perdermi?

È capitato ancora che la cura, l'attenzione all'altro fosse presente solo nel momento della malattia, allorquando l'impegno del caregiver era a breve termine.

Nel momento in cui subentrava una recessione della malattia, o in ogni caso il malato cominciava a stare bene, il caregiver si allontanava da esso, o comunque la relazione tra i due variava in peggio.

Questo perché cambiava la risposta alla domanda di amore: da *“ti voglio bene perché ho bisogno di te”* a *“posso perderti”*.

Con la perdita si perde anche un pezzo di sé: nel momento in cui quel pezzo diventa troppo imponente, il caregiver si sente come svuotato, come privo di senso, avendo perso sia l'oggetto della propria domanda d'amore, sia la possibilità di fare propria la risposta.

2.6 – RIFLESSIONI

Oggi il morire viene recluso, come abbiamo visto, in una stanza di ospedale, desolata e impersonale.

Uno spazio simbolico che priva della dignità, della possibilità stessa di avere o esprimere una propria opinione, nel tentativo di rendere il morente un oggetto.

Perché gli oggetti, le cose materiali possono essere riparate o nel caso questo non possa avvenire, si trova loro un'altra funzione o li si cambia con una versione più moderna, più performante. Questo atteggiamento risponde da un lato al forte materialismo e consumismo proprio della società contemporanea; dall'altro è l'ennesimo tentativo di nascondere, l'ennesima soluzione palliativa che si cerca di trovare davanti a quello che potremmo definire il sintomo della vita: la morte.

È infatti la speranza ciò che permane attraverso tutte le fasi della reazione al lutto viste precedentemente. È un ulteriore meccanismo di difesa che permette ai malati di sopravvivere, di restare in vita anche per anni. La perdita della speranza da parte del malato è segno della fine imminente,⁶⁰ anche se ci sono malati che muoiono senza averla mai persa. Come ci sono persone, soggetti, che anche di fronte all'evidenza della morte futura di persone a loro care, non perdono mai la speranza.

È in questo caso che emerge con estrema importanza ed arroganza quella che ormai è diventata la nuova religione: la Tecnica.

È questa una fase in quello che appare il processo di elaborazione del lutto, che può passare da un'analisi del proprio rapporto con l'assenza e la presenza, del proprio rapporto con l'oggetto del desiderio; del proprio modo di relazionarsi al caregiver o figura primaria di attaccamento; con sé stessi, in un processo di crescita e trasformazione concludendosi in una creazione all'interno di un percorso, quello del lutto, di privazione.

⁶⁰ Elisabeth Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella

Perché questo avvenga diventa fondamentale la capacità di narrazione, nell'accezione di Bruner, riportando quindi il proprio vissuto all'interno di un contesto sociale e comunitario capace di far crescere e trasformare entrambe le dimensioni in contemporanea. La narrazione del lutto deve prevedere alcune dimensioni fondamentali, quali la ritualità, l'ascolto, la contaminazione, l'accettazione di sé e dell'altro⁶¹. Il tempo della perdita permette di confrontarsi non solo con la mancanza, ma anche e soprattutto con sé stessi, rielaborando un senso di sé partendo da quel momento. Riemergono sentimenti, emozioni che prima non si conoscevano o non si voleva affrontare: angoscia, senso di abbandono, tristezza. Più in vita si è cercato di negarli obliando la morte, più dolorosa sarà la loro ricomparsa.

Come abbiamo precedentemente visto, la ritualità, che in passato aveva acquisito una funzionalità simbolica attraverso gli stessi rituali funebri, è ridotta oggi a pura esposizione sociale, a puro business. Come negli antichi riti funebri, maggiore è la pomposità del rito, maggiore è l'importanza che si dà al defunto. Nella contemporaneità, purtroppo, questa esposizione della grandezza del defunto sembra invece diventato un meccanismo per scaricare i sensi di colpa.

Il dolore del lutto, della mancanza, si è oggi trasformato in puro silenzio, all'interno di una concezione comunitaria per cui il dolore diventa una colpa.

Viene di conseguenza a mancare anche la condivisione del dolore e l'accettazione dello stesso. La narrazione di sé attraverso il lutto, di conseguenza, perde ogni valore, come la morte stessa.

Per citare David Lynch nel suo *Muholland Drive*, film del 2001, "*Silenzio, no hay banda*".

⁶¹ P. Bastianoni (2024), *Narrare il lutto*, Roma, Carocci Editore.

CAPITOLO 3 – IL MORIRE

3.1 - INTRODUZIONE

La definizione di perturbante data da Freud, ben si confà a quella che è la concezione moderna della morte: *“non c’è dubbio che esso appartiene alla sfera dello spaventoso, di ciò che ingenera angoscia e orrore, ed è altrettanto certo che questo termine non viene sempre usato in un senso nettamente definibile, tanto che quasi sempre coincide con ciò che è genericamente angoscioso. [...] il perturbante è quella sorta di spaventoso che risale a quanto ci è noto da lungo tempo, a ciò che ci è familiare.*⁶²

L’autore utilizza questa definizione per tentare di spiegare cosa accade quando qualcosa di familiare viene estraniato dalla realtà psichica attraverso la rimozione, la quale trasforma in angoscia l’affetto collegato alla stessa rappresentazione rimossa.

Come definire questa angoscia? Nel 1925 Freud⁶³ la definisce come simbolo affettivo di una situazione di pericolo, di una situazione traumatica, o di una sua riproduzione. Il trauma della nascita viene sostituito, nelle varie fasi della vita, dall’angoscia di castrazione, dal trauma della perdita dell’oggetto.

La morte rappresenta questo perturbante, questa angoscia che viene rimossa ma che comunque, volente o nolente, torna sempre.

La morte fa parte della vita, anzi, forse è quella che ci permette di dare un senso alla vita, al proprio sé.

Fa parte di noi, di tutti noi, ma nonostante questa familiarità, preferiamo rimuoverla dal nostro campo semantico, lasciando crescere sempre più

⁶² S. Freud (1919), *Il perturbante*, Torino, Boringhieri, 1993, pag. 14

⁶³ S.Freud (1925), *Opere. 1924-1929. Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti (Vol. 10)*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978

l'angoscia ogni volta che si avvicina il momento di affrontare questo passaggio.

Non si tratta però oggi di rimozione, di un meccanismo di difesa inconscio. La società, privato dei valori simbolici i propri rituali, ha scelto razionalmente di celare la realtà peritura di sé stessa e dei suoi stessi componenti.

Questo sia allontanando da sé il pensiero della morte, sia il malato, confinato in hospice, in ospedali, lontano dalla propria casa, privato della propria dignità e individualità.

Si delega ancora una volta alla Tecnica la gestione della morte e di tutto ciò che ne consegue. Il parallelismo con i campi di concentramento è d'obbligo: il nazismo, che ha provocato la morte della morte, ha dato il via all'era della tecnica distruggendo l'empatia sotto il peso di alte mura a celare all'interno i propri orrori.

All'esterno i giardini dei soldati che lavoravano nei campi di concentramento erano sempre curati e fioriti.

Oggi si guarda al di fuori, non all'interno di queste mura.

Inoltre, per parlare di morte si utilizza spesso il linguaggio bellico: i malati, soprattutto quelli oncologici, sono dei guerrieri, che combattono una lotta contro la malattia. La morte deve essere debellata, sconfitta, combattuta, utilizzando le armi della medicina e della Tecnica. Il medico sciamano appare come un nuovo comandante che impartisce ordini relativi alla terapia da fare, alla dieta da seguire. Il malato diventa un eccellente esecutore, che scende a patti con la malattia pur di *conquistare* un altro po' di terreno, di tempo.

Il malato, come i parenti, non si rendono invece conto di quanto sia ridicola la situazione: medici, chirurghi che commentano l'operazione appena effettuata con un "*l'operazione è stata un successo*" sottacendo il decesso del paziente, il suo stato di coma o il suo procurato handicap permanente.

Il morire oggi appare una grande catena di montaggio, stile *Tempi Moderni*, di Charlie Chaplin: malati che circolano su un nastro trasportatore ed i medici che comandano le macchine per sostituirne i pezzi fino al possibile, fino alla morte.

E dove resta l'emozione? L'angoscia? La paura del perturbante?

Dove rimane la condivisione? Il relegare la morte e la malattia al di fuori della nostra vista, del nostro orizzonte semantico crea una destabilizzazione stessa della società. Non solo per quanto riguarda la condivisione del dolore causato dalla perdita, quanto per l'educazione stessa degli individui, la loro capacità di provare compassione. Se non concepisco la fragilità, la vulnerabilità di cui la natura umana è caratterizzata, come posso concepire, accogliere quella altrui?

Non temo più il giudizio divino e nemmeno il giudizio altrui. La responsabilità individuale viene meno, essendo privata di una fetta di umanità data dalla morte stessa.

La malattia non è un guasto, un incidente, nonostante quanto affermato da J.Paul Sartre⁶⁴. Non è uno stop & go come nella Formula 1. La malattia ci pone davanti ai limiti ed il malato è chiamato ad una scelta: vivere all'interno di quei limiti, modificando la propria esistenza, la propria identità, facendoli diventare delle opportunità; oppure rifiutarsi, cercando in tutti i modi di saltare l'ostacolo.

Come già citato, per il nostro inconscio noi possiamo solo essere uccisi.⁶⁵

Ci deve essere sempre una causa esterna, qualcosa di cui si muore. Non chiediamo "come è morto?", bensì "di che cosa è morto?".

Come ci dice la Carta dei Diritti del morente della Fondazione Floriani (1977)⁶⁶, il morente ha diritto ad essere considerato come persona fino

⁶⁴ J.P. Sarte (1943), *L'essere e il nulla*, in M.Sozzi (2014), *Sia fatta la mia volontà*, Milano, Chiare lettere.

⁶⁵ E. Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella Editrice

⁶⁶ https://fondazionefloriani.eu/wp-content/uploads/docs/PDF/pubblicazioni%20ff/Carta%20Diritti%20Morenti_rev.pdf

all'ultimo; a essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole; a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere, a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà.

3.2 – REAZIONI ALLA DIAGNOSI

Come abbiamo precedentemente visto, cinque sono le reazioni sia al lutto, che alla notizia della propria morte imminente, della diagnosi infausta.

In realtà le reazioni del malato sono molto più diversificate ed ognuna può insegnare qualcosa sia ai parenti che accudiscono, sia a chi è malato.

La maggior parte di noi combatte contro la perdita per tutta l'esistenza, opponendone resistenza. In caso di malattia terminale i morenti sanno ciò che stanno perdendo e ne concepisce il valore. Sono invece i vivi, i parenti, che prendono in giro sé stessi, negando la perdita che stanno affrontando e negandone al malato la conoscenza.

Non si comprende come la vita stessa sia perdita. Una perdita di quella totalità che bramiamo di possedere e trattenere, godendo dell'oggetto o della persona, della salute per sempre, senza rendersi conto che non si può crescere senza perdita, e che non c'è perdita senza crescita⁶⁷. La perdita unifica, crea relazioni più consapevoli, crea l'accoglienza della propria e altrui sofferenza.

3.2.1 – RIFIUTO E NEGAZIONE

Il rifiuto iniziale, ansioso, che segue la diagnosi capita più frequentemente quando la comunicazione avviene in modo impersonale e frettoloso. Questo rifiuto è un meccanismo di difesa che permette di ritrovare coraggio e di mobilitare altre difese. Non si è pronti, in questa fase, a parlare del proprio o altrui lutto.

Allo stato iniziale di shock subentra lo stupore e l'incomprensione: non posso essere io/l'altro. Ricordiamo infatti quanto affermato all'inizio: "*per*

⁶⁷ E.Kübler Ross – D. Kessler (2000), *Lezioni di vita. Ciò che la morte e il morire ci insegnano sulla vita e sul vivere*. Torino, Edizioni l'età dell'acquario (2019).

il nostro inconscio noi siamo tutti immortali, per noi è quasi inconcepibile riconoscere di dover pure noi affrontare la morte⁶⁸ (Elisabeth Kübler Ross, 1976). Spesso al rifiuto iniziale segue la tendenza all'isolamento, in quanto, non accettando la morte, non si accetta nemmeno chi cerchi di metterci davanti all'evidenza delle cose. L'isolamento diventa una difesa eretta contro quei fattori che il paziente percepisce come intollerabili.

3.2.2 – COLLERA

La domanda, priva di risposta, è solo una: *“perché a me?”*. Sia dal punto di vista di chi subisce la perdita, e di chi invece viene a mancare, è la fase più difficile da gestire e superare, proprio perché l'emozione non ha un obiettivo specifico.

La rabbia, in realtà, è quell'emozione che, gestita, assume una valenza fortemente positiva, soprattutto in una situazione di malattia. Ci permette di inibire la paura, mobilitare le risorse per affrontare la minaccia, amplificare le motivazioni ad agire. In caso di malattia è meglio reagire con la collera piuttosto che con la paura: la paura ti paralizza, la rabbia ti porta ad affrontare la situazione, senza aver timore delle conseguenze.

Il problema emerge quando l'esternalizzazione diventa esplosiva e prolungata, sfociando in frustrazione e odio verso una persona o cosa che reputiamo colpevole della nostra sofferenza e dolore.

Diventa così una questione irrisolta: vi è la possibilità che un malato muoia stando ancora in questa seconda fase, incattivito verso la vita che l'ha messo dinnanzi allo stato reale delle cose. La rabbia è una paura irrisolta, una sofferenza persistente.

⁶⁸ E. Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella, p.22

In questa fase si è in collera con la vita che tra tutti, ha scelto proprio quell'individuo specifico; si è in collera contro gli altri che non provano la sofferenza che invece proviamo noi.

È necessario accoglierla come un'emozione passeggera, non come un modo d'essere.

3.2.3 – VENIRE A PATTI

Venire a patti: se Dio non ascolta la mia rabbia, forse ascolterà le mie richieste se fatte con delicatezza. Viene fatto un patto con Dio: la sopravvivenza, la guarigione, in cambio di acquiescenza, seguendo, in caso di malattia, alla lettera le prescrizioni mediche, ad esempio.

Le promesse si possono collegare ad un senso di colpa nascosto, una sorte di autopunizione per un qualcosa che si è compiuto e per il quale ci si sente punibili e colpevoli.

In questo modo, però, il senso di colpa non fa altro che venire alimentato da ulteriori promesse non mantenute e desiderio di punizioni.

La malattia diventa una sorta di strumento per espiare i propri peccati inconsci ed espiarli di conseguenza.

3.2.4 - DEPRESSIONE

Quando non si può più negare l'evidenza, alla rabbia, negazione, collera, subentra la depressione. È l'impotenza e la tristezza per l'ineluttabilità della situazione che conducono a questo esito.

È importante incoraggiare il malato a vedere il lato gioioso delle cose nella prima fase della malattia, quando oltre alla malattia, subentra l'impotenza nel gestire i piccoli accadimenti della quotidianità. C'è una fortissima discrepanza tra ciò che si crede gli altri si aspettano dal malato, e ciò che in realtà esso è in grado di dare. In questa fase la parola che

dice è estremamente importante: il malato ha bisogno di comunicare, di interagire con qualcuno che possa dare una spiegazione a ciò che sta accadendo.

Nella fase finale della malattia è estremamente importante non sollecitare il dolente a non essere triste: in questo modo, infatti, si negherebbe, ancora una volta, la presenza della morte. La volontà di esprimere attraverso la parola lascia il passo al silenzio che guarda a ciò che sarà, non a ciò che è stato.

3.2.5 - ACCETTAZIONE

Accettazione: è un vuoto di sentimenti, non una fase felice. È come se tutti i sentimenti fossero ormai svaniti, e la bandiera bianca dell'arresa è stata issata. Si può raggiungere in due modi: con una tacita comprensione soggettiva e personale della situazione; oppure dopo aver lottato a lungo con tutte le altre emozioni caratterizzanti le fasi precedenti. La prima caratterizza le persone più anziane; la seconda caratterizza quei soggetti che hanno a disposizione un lungo percorso di elaborazione. In questa fase si ritorna a quello che Bettheleim⁶⁹ descrive come un ritorno alla passività, dove si sperimenta l'io come il tutto.

È un ritorno al narcisismo primario del bambino, dove le pulsioni dell'io puntano all'autoconservazione. In questo primo stadio del narcisismo primario l'oggetto di soddisfacimento non è ancora esterno al soggetto, bensì interno, è il suo io stesso. Si ritorna nell'approssimarsi alla morte a quella dimensione iniziale nella quale, secondo Freud⁷⁰ il soggetto, il bambino assumeva sé stesso come oggetto d'amore, andando così a chiudere il cerchio dell'esistenza.

⁶⁹ B. Bettheleim (1977), *Il mondo incantato: uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Milano, Feltrinelli

⁷⁰ Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*. Torino, Bollati Boringhieri (1976)

Questo narcisismo primario, che il malato giunge a sperimentare, contribuisce al raggiungimento di una pienezza di sé fondamentale.

La resa conseguente all'accettazione, infatti, dona una sensazione di conforto e forza. È difficile concepirla in questo modo, abituati come siamo a considerare l'attività come forza, la passività come debolezza. La resa ci dice che, utilizzando un gergo bellico, possiamo smetterla di lottare e vivere finalmente il presente per come è, non per come vorremmo fosse. Forse quello che vorremmo non si avvererà mai, quindi perché continuare a privarsi delle proprie forze, del proprio potere, anziché accettare che le cose non possono cambiare? Non si può magicamente cancellare la malattia, ma si può cercare di vivere al meglio *con* la malattia quel tempo che è rimasto.

Complementare all'accettazione troviamo anche il perdono: perdonare, come accettare significano lasciar perdere, non rimanere aggrappati a vecchie ferite, a vecchie idee di controllo e alla nostra vecchia identità.

Decidiamo di accettare gli errori degli altri; il che non significa legittimarli, bensì comprendere che la lotta, il non perdono, rende noi stessi rancorosi, ancora più sofferenti di quello che siamo. Tendiamo a vedere l'altro, come anche noi stessi, come organismi connotati solo ed esclusivamente dal dolore che hanno causato con le loro azioni, non come un soggetto che ha errato.

Siamo intransigenti sia con gli altri che con noi stessi, in un ennesimo e disperato tentativo di avere il controllo sulla realtà che ci circonda.

A queste si aggiungono altre emozioni come la paura, la forza, il senso di colpa, il perdono.

Forza e paura vanno di pari passo: crediamo che maggiore controllo abbiamo, maggiore è la nostra forza e, di conseguenza, minore è la paura.

Il controllo è ciò che ci permette di affrontare e illuderci di comprendere quanto non sia in realtà governabile. È una sorta di compulsione che copre il vuoto del sapere che la morte ci porta.

Ci illudiamo che avendo un corpo forte, che risponde appieno alle richieste, possiamo divenire eterni. Ogni cosa è sottomessa a noi.

Nel momento, però, in cui ci rendiamo conto di non avere gli strumenti per controllare, non affrontiamo il limite imposto, bensì deleghiamo il compito di controllare a chi è supposto sapere⁷¹. Deleghiamo alla medicina, alla tecnica, che si suppone sappia dare una risposta al mio sintomo, alla mia mancanza di forza e di conseguenza di controllo. Si pone un soggetto logico che possa in qualche modo dare conto di ciò che accade e che risulta incomprensibile, enigmatico e fuori controllo. La supposizione del soggetto per eccellenza è Dio o, in queste situazioni, la Tecnica. Il morente sa già cosa gli aspetta, ma a livello inconscio, del reale. C'è bisogno di qualcuno che spieghi l'enigma della morte in un registro che sia nel registro dell'io. Il malato individua nel medico un soggetto che possa spiegare il perché sta succedendo quella cosa e perché proprio a lui.

Ci si ferma però ad un livello immaginario, senza passare al simbolico. Perché la medicina, così come la scienza e la tecnica, non riescono, in ogni caso, a comunicare qualcosa di ciò che rappresenta il buco nel sapere, quel qualcosa che rappresenta per noi un punto cieco: l'enigma della morte.

In una conferenza del 2004 Charles Melman ha scritto *“L'insopportabile della verità è che sfugge alla presa del nostro sapere, sfugge alla nostra padronanza e ciò non le impedisce tuttavia di provocare delle folgorazioni nella nostra vita, nella nostra parola, nella nostra soggettività”*⁷².

⁷¹ J. Lacan (1972), seminario *Ancora*. Il seminario libro XX 1972-73, A. Di Ciaccia (a cura di), L. Longato (Traduttore), Torino, Einaudi, 2011

⁷² C. Melman, “Amiamo la Verità” Conferenza del 26 marzo 2004 tenuta alla facoltà di medicina di Montpellier, in R. Leonini, *Il soggetto supposto sapere*, <https://www.ali-to.it/storage/public/ali-to/pages/Leonini.pdf>

Un insopportabile che provoca paura, angoscia. È un sentimento che accomuna chiunque debba affrontare una perdita, sia essa di una persona cara, sia essa perdita di sé stessi.

La paura ci permette di riconoscere il pericolo e di attivare strategie di sopravvivenza in caso appunto, di pericolo o minaccia.

Le reazioni sono due: attacco o fuga. A questi si aggiunge una terza: il freezing.

Il congelamento è un'immobilità tonica, l'essere vivente sembra congelato, l'immobilità che consente di non essere visti dal "predatore" valutando quale strategia (attacco o fuga) è la più adatta alla situazione specifica.

È la reazione emblema della replica alla diagnosi: ci si blocca, sperando di non essere percepiti dalla minaccia, si decide se attaccare, prendere consapevolezza della propria morte e decidere se combattere per rimanere in vita, usufruendo dei diversi trattamenti medici possibili (difendendosi), o se combattere per vivere con consapevolezza la propria fine.

Oppure si sceglie di fuggire: ripararsi dietro la rabbia, la negazione, lo scudo della scienza pur di rifuggire dalla verità dell'umanità stessa: c'è un inizio, c'è una fine. Quello che c'è nel mezzo dipende solo da noi.

È anche paura della sofferenza, del dolore, sia fisico, sia emotivo. Il paziente non solo si fa carico del proprio fardello di dolore ma ne aggiunge un altro: la sofferenza altrui che la propria perdita potrebbe arrecare. A questo, si aggiunge anche il senso di colpa, in un turbinio emozionale che non permette di concentrarsi su una cosa: il proprio lavoro di elaborazione del lutto e della perdita della propria consistenza fisica.

La paura segna ogni momento della nostra vita, a partire dal timore del rifiuto, di non essere all'altezza, di perdere il lavoro, di rimanere soli o di

soffrire. Trasversale a tutto ciò, la paura di non sopravvivere: la paura di non poter sopportare un rifiuto, una perdita del lavoro, una perdita.

Cos'è la non sopravvivenza ad una perdita se non la paura della morte?

Il morente che ha completato il lavoro di elaborazione sa che la paura non ha più potere su di lui. Sa che non ha più nulla da perdere e di conseguenza, nulla da temere.

3.3 – SFUGGIRE ALLA MORTE

Dal mito di Prometeo a Frankenstein, il tema della ricerca dell'immortalità, della fuga dalla morte, è divenuto strumento prioritario per quella che risulta una incapacità di sopportare l'idea della fine stessa.

Il tempo ed il controllo del suo scorrere diventa ossessionante: il tempo che con il suo incedere lascia segni sul nostro corpo, evidenziando con la sua presenza le varie assenze di cui la vita stessa è costellata; il tempo non abbastanza e che ci coglie impreparati.

Si è incatenati al futuro, ad una progettualità che non permette di vivere il presente, godendo delle esperienze passate, che, se anche dimenticate, hanno comunque lasciato un segno all'interno della nostra identità.

Grazie alla fiducia cieca che nella contemporaneità si ha verso la tecnica, si può avere l'illusione di controllo anche sulla morte. Essa non diventa più un limite, un countdown verso la fine, bensì viene costantemente allontanata da tempo aggiuntivo.

Questo attraverso l'utilizzo di diverse tecniche, che partono dalla stessa scelta della sepoltura, piuttosto che del luogo e della modalità in cui questa deve avvenire.

In un estremo tentativo di non ammettere i propri limiti, la propria impotenza davanti alla morte, alcune persone temono la sepoltura precoce, la morte apparente. Come poter sopravvivere ad una sepoltura in questo caso?

Sono per questo state appositamente create delle "bare di salvataggio"⁷³, che possono essere aperte solo dall'interno e che permettono quindi un'uscita d'emergenza.

⁷³ S. Sauget, "Survivre à sa mort au XIX^e siècle?", in *Ornicar n.58, Mourir, Revue du Champ Freudien*, 2024 (trad. mia)

Piuttosto che bare che permettono la perfetta preservazione del corpo, in attesa che la medicina e la tecnica possano, in un futuro, risvegliare il soggetto e curarne il corpo.

È il caso della criogenesi e la criopreservazione dei corpi, la pratica di congelare tessuti di esseri viventi (o addirittura anche l'intero corpo), per poterlo poi "riesumare" o riportarlo in vita dopo averlo conservato a basse temperature⁷⁴, rallentando tutti i processi biologici come il metabolismo e impedendo così la decomposizione e la morte delle cellule.

L'idea di poter conservare interi corpi, in modo da riportarli in vita, è ancora una chimera, anche se il dibattito sulla criopreservazione è oggi molto acceso.

La criopreservazione ha assunto il ruolo di un vero e proprio elisir di lunga vita, mentre la tecnica e la scienza, quello di definitivi vincitori sulla morte.

Si tratta di una forma di illusione contemporanea, di una possibile "riparazione e rivitalizzazione, di immortalità.

Combattere e annientare la morte è stato l'obiettivo di tutto il '900 e lo è tutt'ora.

È l'obiettivo che è stato dato alla medicina, che non *può*, bensì *deve* guarire. Non ora magari, ma in futuro, *dovrà* essere in grado di farlo.

Il medico viene concepito come figura onnipotente, aumentando di conseguenza le aspettative nei suoi confronti e nelle sue capacità di donare l'eternità.

Cosa succede, però, quando questa aspettativa viene delusa o quando ci rendiamo conto che altro non è che un'utopia?

La prima reazione, sia da parte del malato che dei parenti, sarà quella di incolpare la medicina di negligenza, *malpractice*. Purtroppo, né i medici né gli stessi accusatori (pazienti/parenti) hanno ben chiaro la motivazione

⁷⁴ <https://www.tecnologia-ambiente.it/criogenesi-il-sistema-che-potrebbe-sconfiggere-la-morte-implicazioni-etiche-e-scientifiche>

intrinseca di questa replica: non avendo una educazione alla morte, una sensibilità sviluppata, un'empatia ed una predisposizione all'introspezione, la morte viene vista solo ed esclusivamente come un incidente causato da una cattiva meccanica.

È probabilmente l'unico modo che gli stessi medici hanno per esorcizzare la morte del paziente, di cui, anche loro, risultano completamente impreparati.

3.4 – PRE MORTE

Come più volte ribadito, la morte è quell'evento non dicibile, non raccontabile, di cui non possediamo testimonianze. Nessuno, infatti, è tornato dalla morte per raccontarci come fosse.

Ed è questo mistero, questo non poter conoscere, che fa scaturire in noi quell'angoscia e quel terrore che connota la fine.

Ad ennesimo tentativo di dire la morte, di creare un linguaggio della stessa che possa essere un linguaggio di relazione, si sono intensificati gli studi sulle testimonianze di premorte.

Si parla di NDE (Near Death Experience, Esperienza di premorte) o di OBE (Out of body Experiences, Esperienza extra corporea) nei casi in cui una persona, in approssimarsi della morte o clinicamente morta per alcuni minuti, ricorda una serie di impressioni vissute in quel particolare momento. Tra le cause principali di queste esperienze abbiamo l'arresto cardiaco, shock emorragico, asfissia, ma anche forte depressione, ipnosi o meditazione.

In tutte le testimonianze ci sono elementi comuni che hanno spinto, nel 2010 il professor Bruce Greyson a creare una scala a 16 fattori per verificare la correttezza di queste dichiarazioni⁷⁵: accelerazione dello scorrere del tempo come del pensiero; ritorno di scene del passato in

⁷⁵ <https://www.ndeitalia.it/>

stile flash back cinematografico; sensazioni di profonda pace e gioia; comparsa di una luce brillante e diffusa; ecc.

Tutti coloro che hanno vissuto un'esperienza di premorte, una volta ripresi, affermano di non avere più paura della morte, in quanto ne hanno solo ricordi positivi.

Secondo la scienza, le NDE non sarebbero altro che processi neurofisiologici o psicologici, associati ad età, religione e cultura di appartenenza.

I neuroscienziati Olaf Blanke e Sebastian Dieguez⁷⁶, hanno ipotizzato che ci siano due tipi di esperienze di premorte: la prima, associata all'emisfero sinistro del cervello che comprende un senso alterato del tempo e l'impressione di volare; la seconda, che invece coinvolge l'emisfero destro, comprende la visione di spiriti, ecc.

Allo stesso modo, anche un'attività anomala dei lobi temporali può causare esperienze di questo tipo, come anche la depersonalizzazione o una condizione di stress acuto che riporta il trauma della nascita (il tunnel con la luce in fondo); o anche alterazioni chimiche cerebrali.

L'anossia (scarsità di ossigeno nel cervello) spiega scientificamente le allucinazioni e l'euforia percepita.

Una distorta percezione del tempo potrebbe essere spiegata da un ritorno del cervello alle sue piene funzioni; quindi, non imputabile al coma o all'arresto cardiaco. Una delle ipotesi più condivise, infatti, è quella del cervello morente, per cui ci sia un iper-funzionamento delle cellule cerebrali poco prima di morire.

Una spiegazione che esula dalla fisiologia umana è quella di Elisabeth Kübler Ross⁷⁷, la quale, dopo aver studiato casi e testimonianze di

⁷⁶ <https://www.focus.it/comportamento/psicologia/esperienze-pre-morte-spiegazione-scientifica>

⁷⁷ E. Kübler Ross (2002), *La morte e la vita dopo la morte*, Roma, Edizioni mediterranee

premorte, paragonò il processo di morte ad una farfalla che emerge dal proprio bozzo.

Questo emergere corrisponde a tre fasi attraverso le quali l'anima si stacca dal corpo, la farfalla emerge dal bozzo. Per anima Elisabeth Kübler Ross intende un qualcosa di non percepibile, ma presente, come ad esempio gli ultrasuoni per i cani, non udibili dall'orecchio umano, ma comunque presenti.

Nella prima fase l'anima abbandona libera un corpo che non può più essere "riparato", come la farfalla lascia il bozzo si libera. In questo primo stadio si dispone di energia fisica.

Segue una fase in cui l'anima viene alimentata con l'energia psichica e ci si ritrova di nuovo integri, senza alcun dolore o menomazione.

Vi è infine un terzo stadio in cui, in presenza di luce, l'anima può guardarsi indietro e acquisire al contempo nuove conoscenze.

A prescindere dal condividere o meno la posizione della scienza piuttosto che quella della Elisabeth Kübler Ross, ciò che emerge è, ancora una volta, un diverso approccio alla morte.

La paura della morte non è una paura cosciente, ma una paura inconsapevole della sua potenza distruttiva contro la quale nulla può essere fatto.

Queste testimonianze premorte, come anche la criogenesi, rappresentano un modo per esorcizzare la morte, da un lato affidandosi a quella che si crede essere l'onnipotenza della scienza; dall'altro aggrappandosi alle testimonianze di premorte, la maggioranza delle quali comprendono solo esperienze positive.

Devono invece essere utilizzate come strumento educativo che possa insegnare come la morte, per quanto rappresenti un limite e probabilmente non una transizione, sia un'altra modalità di vita, un altro

modo per esplicitare la propria presenza sia fisica che relazionale ed emotiva.

La morte non è una questione di credere, ma di sapere. I morenti imparano e insegnano ad affrontare la perdita e la sofferenza che essa provoca.

Da un punto di vista scientifico, tutti quelli che hanno vissuto un'esperienza di premorte, hanno sì perso qualcosa: il proprio corpo fisico.

Nonostante questo, hanno espresso una sensazione di completezza.

Abbandonato il nostro corpo fisico, abbandonata la nostra mente, non abbiamo più vincoli che ci permettono di non attuare un giudizio introspettivo sulla nostra vita terrena.

Possiamo quindi parlare della morte, e di conseguenza, attuare attraverso il dire, la parola, quello scambio relazionale e d'amore che avviene solitamente in vita. *“La vie, il s'agit de la penser⁷⁸”* o potremmo anche dire: *la mort, il s'agit de la penser.*

3.5 – CURE PALLIATIVE E BUONA MORTE

Il termine palliative deriva dal latino *“pallium”* ed indica sia il mantello che si indossa per ripararsi dal freddo, sia il sudario con cui avvolgere la salma, esprimendo già dall'etimologia la funzione binaria di queste attenzioni verso il malato terminale.

Le cure palliative non sono cure nel senso medico del termine, bensì in quello di accoglienza e accompagnamento visto precedentemente riguardo alla figura del caregiver. Non mirano a guarire, ma semplicemente accompagnare nel migliore modo possibile il malato alla

⁷⁸ J. Lacan (1972), *Conférence de Louvain*, Texte établi par Jacques-Alain Miller, Jacques Lacan Dans *La Cause du Désir* 2017/2 (N° 96), pages 7 à 30, <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2017-2-page-7.htm>, p.11 (trad. mia)

morte, cercando di rendere il percorso il meno sofferente e doloroso possibile. Esse adottano l'approccio olistico, considerando quindi il paziente nella sua specificità, inserito all'interno di una propria rete sociale e agiscono su un versante di cura attiva e di gestione della sofferenza.

Anche il luogo stesso adibito a questo accompagnamento non è più l'ospedale, il campo di battaglia, bensì la propria casa, i propri spazi.

Questo permette al malato di poter provare meno paura ad affrontare il percorso del fine vita, della sua stessa esistenza fisica, circondato dagli oggetti, dagli spazi e dalle persone che possono rappresentare un'ancora, una certezza all'interno di quello che è un viaggio verso l'ignoto.

Nel caso in cui non ci sia un caregiver presente 24 ore su 24, si sono creati i cosiddetti hospice: dei prolungamenti degli ospedali dove vengono accolti i "malati terminali", all'ultimo stadio della malattia.

Sono strutture che cercano di ricreare l'ambiente casalingo, arricchendosi con fotografie, mobili, suppellettili personali. E c'è la possibilità di avere assistenza 24 ore su 24.

È questa, infatti, una caratteristica comune tra i due approcci, l'ospedalizzazione del malato e le cure palliative: la necessità di continue cure mediche. È il fine ultimo che è completamente differente.

In ospedale lo scopo, come abbiamo visto, è "combattere una guerra". All'interno delle cure palliative, invece, la bandiera bianca è già stata sventolata. Non c'è più nulla da combattere, solo del tempo da vivere e accogliere in una dimensione che sia il più possibile di benessere, fisico, ma soprattutto emotivo e psicologico, in un percorso di trasformazione e preparazione alla morte.

Dimensione che non contempla la solitudine: nasciamo e moriamo come animali sociali, ci connotiamo individualmente grazie alla relazione.

Il senso di abbandono, a causa di errori del passato come del presente, può andare ad inficiare su quello che è l'esito del lavoro su sé stessi che questo ultimo tratto comporta.

Il primo hospice in Italia venne creato nel 1987 a Brescia (Hospice Domus Salutis), ma si dovette aspettare il 1999 con Rosy Bindi perché le cure palliative venissero istituzionalizzate. È del 1990 la prima definizione di cure palliative:

“la cura attiva globale di malati la cui patologia non risponde più a trattamenti volti alla guarigione o al controllo dell’evoluzione delle malattie (medicina curativa). Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.”⁷⁹

L'articolo 1, comma 1, del Decreto legge 28 dicembre 1998 n. 450, convertito dalla legge 26.2.1999, n. 39, prevedeva finanziamenti per un *“programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un’agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all’assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari”⁸⁰.*

Di fatto la legge n.39/99 sanciva la nascita ufficiale degli hospice.

Con la legge n.12 del 2001, la prescrizione dei farmaci per il trattamento del dolore severo viene fortemente agevolata.

Di fondamentale importanza è la Legge n. 38/2010: “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”:

⁷⁹ Technical Report, 1990, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

⁸⁰ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto-legge:1998:450>

1. *La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.*

2. *È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato [...], al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze [...]*

3. *Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:*

a) *tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;*

b) *tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;*

c) *adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.*⁸¹

Il malato viene definito come “*la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa.*”⁸²

L'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 ha prodotto un altro importante passo in avanti: l'istituzione della disciplina “Cure Palliative” riconoscendo con ciò la “specificità”, i saperi e le abilità dei professionisti che rappresentano un patrimonio di conoscenze faticosamente costruito

⁸¹ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2010;38>

⁸² <https://www.fedcp.org/cure-palliative/storia>

grazie all'esperienza, alla formazione specifica e alle eccellenze scientifiche.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di marzo 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" completa il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative.

In ultimo la legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" in cui viene esplicitata la possibilità del malato di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario o a parti di esso, comprese nutrizione e idratazione artificiali. Il rifiuto o la revoca di un trattamento sanitario non possono comportare l'abbandono terapeutico perché sarà sempre assicurata l'erogazione delle cure palliative.⁸³

Tra i passaggi più recenti, si richiamano gli Accordi stipulati in sede di Conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2020 sull'accreditamento della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore nonché il 25 marzo 2021 sull'accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatrica.

Tali Accordi prevedono la gestione dei percorsi assistenziali integrati, riconducendo ad unitarietà il governo del piano assistenziale individuale. Sono identificate precise responsabilità in merito al coordinamento del percorso al fine di garantire la continuità delle cure, la sicurezza e la qualità degli interventi con un'organizzazione modulata sui bisogni del paziente, flessibile e sempre pronta a adattarsi alle necessità mutevoli del malato e dei famigliari e capace di guidarli nella complessità dei servizi.⁸⁴

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=5555&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge

Spesso però, questi hospice accolgono solo malati in fin di vita che muoiono dopo qualche giorno, se non il giorno stesso, vanificando l'intento di cura ed il lavoro di équipe. Si perde il fine di queste strutture, ovvero permettere al paziente di essere accolto e accompagnato, preparato ad accogliere lui stesso la morte, cambiando la mentalità comune che vede l'estrema medicalizzazione come nuovo culto da seguire.

Anche lo stesso accesso diventa difficoltoso: sia per le strutture mediche che si occupano di cure palliative, sia per il servizio a domicilio.

Ci si deve infatti scontrare con un'omertà diffusa, per cui al paziente viene nascosto, sia da parte dei medici che della famiglia, il proprio stato di salute e l'imminenza della morte. Il medico lo comunica alla famiglia che, per proteggere il parente, non dice nulla, tacita tutto indossando la maschera del *"con lui dobbiamo essere coraggiosi"*, per poi struggersi di dolore nella solitudine privata, lontano dal malato.

Non si comprende come in realtà il malato voglia solo sincerità e potere decisionale. Voglia poter essere considerato ancora un individuo senziente, non un insieme di sintomi. Voglia poter non essere solo con le sue paure, con i suoi dubbi, con le sue sofferenze: perché, come testimoniano tutti gli operatori che lavorano con i pazienti in fin di vita, sentono la morte che sta arrivando e ne sono consapevoli. Hanno bisogno di qualcuno effettivamente coraggioso al loro fianco: qualcuno che non abbia paura di dire in caso di richiesta e che sia in grado di rispecchiarsi nel malato e vedervi riflessa la propria morte.

Solo con l'informazione i pazienti possono scegliere come affrontare questo percorso, che influisce non solo su di loro, ma su tutte le persone che stanno loro accanto.

Solitamente è il medico di base che decide e organizza l'intervento di cure palliative: non sempre però si mostra proattivo nella presa di decisione. Può infatti capitare che il ritardo nella presa in carico

dell'équipe cure palliative dipenda da un suo tergiversare. Questo crea un disservizio all'interno di tutta la catena di cura: come può un'équipe accompagnare il paziente se l'ha conosciuto solo una settimana prima?

È qua il nodo della questione: si crede che il fine vita, e di conseguenze le cure palliative, riguardino solo gli ultimi istanti, siano funzionali ad una morte serena, intesa come senza dolore, anestetizzata. Non si comprende come, in questo modo, si anestetizza la vita stessa, l'identità dell'individuo, il suo potere decisionale e la sua volontà di sentire.

L'individuo diventa un automa, un cadavere ancora prima di esserlo.

Un'altra dimensione di difficile trattazione, ma che è centrale nelle cure palliative, è l'agonia: attraverso un'educazione al fine vita, si cerca di portare il parente ad accompagnare fino all'ultimo il paziente, affrontando anche l'atto in cui *l'âme s'échappe de l'enclos des dents* (Reine – Marie Bérard)⁸⁵.

Solo quando il paziente mostrerà la serenità del passaggio si potrà completare il distacco, iniziando il lavoro del lutto in modo consapevole.

Si inizia a comprendere cosa significhi lasciare andare, sia la persona in quanto oggetto del desiderio, sia tutti i conflitti del passato.

Le cure palliative non terminano con la morte del paziente, bensì proseguono in un accompagnamento alla gestione del lutto.

3.5.1 – LA BUONA MORTE

Se si dovesse chiedere ad una qualsiasi persona come vorrebbe fosse la propria morte, sicuramente risponderebbe il più rapida e inconsapevole possibile. Questo a riconferma della tendenza alla negazione della stessa, delle opportunità che la morte stessa può offrire, sia a livello di elaborazione del lutto, sia a livello di chi deve affrontare la

⁸⁵ R.M. Bérard, *Quand l'âme s'échappe de l'enclos des dents. Mourir dans le monde grec antique*, in *Ornicar n.58, Mourir, Revue du Champ Freudien* 2024

propria fine. Non è questo percorso che crea angoscia, quanto la paura del dolore, della sofferenza, della perdita di indipendenza e autonomia fisica. Al giorno d'oggi, dove il corpo, la fisicità, l'apparire, diventano l'emblema della nostra bellezza e salute, il decadimento fisico fa paura. Il dolore fa paura. Pensiamo anche solo alle innumerevoli foto patinate che ci propinano le varie testate giornalistiche: *"In forma a 60 anni. Come il Sig. o la Sig.ra X hanno scoperto l'elisir di lunga vita"*.

Il bello estetico diventa sinonimo di longevità. La maschera di cerone che si indossa o i visi deformati dalla chirurgia estetica altro non sono che un'armatura nell'eterna lotta contro la morte, ma anche maschere dietro la quale nascondersi e proteggersi. Non sono io quella persona, quindi la morte non mi può raggiungere.

Non abbiamo gli strumenti, emotivi e psichici per accogliere questa sofferenza come un'opportunità evolutiva, il dolore e il decadimento fisico come una espressione del nostro vissuto e delle nostre strategie di elaborazione.

Nei secoli scorsi, non era invece così: la stessa chiesa cattolica pregava affinché non sopraggiungesse una fine improvvisa, proprio per poter dare il tempo al morituro di chiedere perdono per i propri peccati e permettergli di lasciare un ricordo indelebile nella memoria dei propri cari.

*"A subitanea morte, libera nos, Domine"*⁸⁶.

Soprattutto per chi conosce le cure palliative, si è diffusa oggi una volontà di perseguire una "morte naturale", consapevole e assistita.

Cosa significa però morte naturale in una società sotto il dominio della tecnica e della medicalizzazione? La fine di un naturale processo biologico, di un invecchiamento fisiologico?

⁸⁶ <https://www.glisritti.it/antologia/entry/13>

Il concetto di morte naturale nasce nell'Inghilterra del secolo scorso, dove alcune istituzioni andarono a ricercare una sorta di "naturalità" della scomparsa.

Questo significava soprattutto restituire una sacralità alla morte, intesa come ricerca di una morte dolce, non angosciante, ricca di significato⁸⁷. Secondo Webb, autrice del libro *The Good Death. The new American search to reshape the end of life* (1999), per aver una buona morte è necessario:

1. Avere una comunicazione medico-paziente-parenti aperta e sincera
2. Non privare del potere decisionale il malato
3. Trovare un compromesso tra sofferenza e veglia nella gestione del dolore.
4. Non accanirsi terapeutamente
5. Che la vita residua sia comunque messa al primo posto, sia da parte dei parenti, che del malato stesso
6. Che ci sia la presenza di un'equipe medica
7. Che sia fornito un supporto adeguato alla famiglia⁸⁸

L'importanza è data alla specificità, all'individualità del malato, che non deve perdere potere decisionale, i propri valori né la propria identità.

Le cure palliative si distaccano da quelle tradizionali proprio per il senso che viene data alla parola "cura": non si tratta di guarigione, ma di accompagnamento e accudimento, dare protezione e sicurezza, avendo ben in mente la dimensione della sofferenza.

Le cure palliative, nella contemporaneità, sono ancora soverchiate dal pregiudizio, per cui vengono attuate solo in caso di fin di vita e di perdita di ogni speranza. Ci si augura ancora una morte improvvisa e indolore, lasciando però ai posteri l'arduo compito di intraprendere il percorso di

⁸⁷ M. Sozzi (2014), *Sia fatta la mia volontà. Ripensare la morte per cambiare la vita*. Milano, Chiarelettere

⁸⁸ *Ibidem*

elaborazione del lutto, da soli, aver avuto la possibilità di iniziare insieme al defunto un percorso di conoscenza di sé e dell'altro e della propria relazione.

La sofferenza, al contrario di quanto avveniva nel Medioevo, non è più strumento di redenzione, né per chi muore, né per chi resta.

La stessa buona morte oggi viene intesa come una morte inconsapevole o non dolorosa, al contrario di quanto avveniva negli antichi greci, dove la persona che con consapevolezza decideva di giungere a morte certa era considerato un eroe. Era un suicidio che portava alla gloria.

3.5.2 – IL SUPPORTO PSICOLOGICO NELLE CURE PALLIATIVE

Il lavoro di accompagnamento alla morte e il percorso di elaborazione del lutto comportano l'intervento di diverse figure all'interno di una équipe, in un'ottica di multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà. Lo scopo delle cure palliative, infatti, è quello di preservare al massimo il benessere del paziente, fino alla fine.

A differenza di altri ambiti d'intervento, nelle cure palliative è necessario valorizzare sempre più le capacità residue del paziente, di autodeterminarsi e di prendere decisioni; negoziare continuamente tra il vissuto individuale e la prospettiva medico – scientifica nell'avanzamento della malattia; far emergere gli eventuali conflitti e situazioni irrisolti all'interno della rete sociale del paziente; rendere consapevoli della propria impotenza di fronte alla morte come limite.

Non viene supportato solo il paziente, ma anche tutta la sua rete sociale, i loro spazi, i loro bisogni, le loro esigenze.

Il supporto psicologico riguarda, infatti, da un lato la famiglia e il paziente; dall'altro anche gli stessi operatori dell'équipe: il contatto continuo e diretto con temi quali la malattia, la morte ed il dolore comporta un forte impatto emotivo e di stress.

Anche l'operatore, come il familiare, è soggetto infatti a diverse forme di stanchezza emotiva: la *compassion fatigue*, ossia la fatica a mantenere accoglienza, comportamenti, relazioni compassionevoli ed empatiche con il paziente; il *moral distress*, ossia una perdita di senso e un'incertezza morale rispetto al proprio lavoro; il *burnout*, ovvero un livello troppo elevato di stress che comporta ansia, sofferenza e tristezza⁸⁹.

Per cercare di ovviare a queste forme di stanchezza emotiva, si possono attuare diverse tipologie di interventi:

- Psico – educazionali, con lo scopo di lavorare sul tema della morte e del fine vita, aiutando ad accogliere i propri dubbi, le proprie paure, aiutando ad esprimere il proprio disagio trasformandolo in esperienze costruttive ed evolutive. Cerca di sollecitare lo sviluppo di strategie di coping, di resilienza, di sviluppo di abilità cognitive e mentali.

È fondamentale ciò che l'intera società dovrebbe poter fare verso ogni individuo, non solo all'interno delle cure palliative. Creare una consapevolezza condivisa e comunitaria della morte

- Interventi di *mindfulness* e meditazione orientata alla compassione per aiutare il raggiungimento di affermazione delle proprie risorse e indulgenza verso i propri limiti. Comporta il vivere il qui ed ora, stare nel presente, senza lasciarsi sopraffare né dalle catene del passato o da quelle del futuro, né dall'ansia di avere tutto sotto controllo.

Il momento in cui diventa fondamentale e necessario il supporto di uno psicologo è durante la comunicazione della diagnosi: da quel momento in poi, la malattia, la finitudine non sono più celabili. È questo il momento in cui è indispensabile l'ascolto del paziente e l'accompagnamento nel suo passaggio da una fase all'altra dell'elaborazione. Si cerca di narrare il paziente e la sua malattia, di rendere l'esperienza soggettiva, declinata

⁸⁹ <https://www.ricp.it/archivio/4150/articoli/41476/>

sull'individualità, tarata sulle risorse proprie del paziente. Non si tratta di ridurlo ad un caso clinico, un insieme di criteri e catalogazioni: si tratta di riconoscere in primis il paziente e solo successivamente, la sua malattia.

A volte è lo stesso paziente a chiedere un supporto: la malattia, oltre ad intaccare le abilità fisiche e le abitudini, può impattare sul proprio ruolo sociale e familiare, arrivando a mettere in crisi la stessa identità del paziente.

Per questo lo psicologo deve definire un obiettivo di cura centrato sui bisogni del paziente, sulle sue risorse, sui suoi valori e sulle sue scelte. Si tratta di ripercorrere la vita del paziente, i suoi modelli operativi interni, i suoi desideri inconsci e rimossi. Si tratta di accompagnare la persona, non il corpo.

È necessario, prima di continuare nella trattazione, attuare una specifica: la cronicizzazione delle patologie rende difficile la previsione del momento della morte e di conseguenza, la proposta di cure palliative. Si distingue quindi tra cure palliative simultanee, attuate quando la malattia è inguaribile ma non ancora terminale, per cui si può prendere in carico sia il paziente che la famiglia; e le terapie di supporto, in cui obiettivo è l'accompagnamento nel processo di consapevolezza⁹⁰.

La figura dello psicologo è stata inserita solo recentemente all'interno dell'équipe cure palliative, all'interno della quale il ruolo di supporto era gestito dai medici stessi.

L'espletamento delle funzioni di supporto e educazione esula dalla malattia stessa, in quanto iniziano prima della diagnosi, attraverso un percorso di educazione alla salute ed alla consapevolezza della finitudine.

⁹⁰ SICP Società Italiana Cure Palliative – PSICOLOGI IN CURE PALLIATIVE, Contributo degli psicologi alle cure palliative. 2020, https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/07/SICP_Psicologi-in-CP_2020_cprd.pdf

Dopo la diagnosi il supporto sia al malato che alla famiglia diventa indispensabile, andando a intervenire sulla tematica del lutto, le reazioni alla prognosi ed al dolore, le reazioni all'emergere di temi irrisolti. Si cerca di far narrare il paziente e la sua rete sociale, riflettendo sul passato nel contesto presente, cercando attraverso questa analisi di risolvere vecchi problemi. Si tratta di un intervento di revisione della propria vita utile per comprendere sé stessi e gli altri e per permettere di essere accompagnati in questo percorso.

Gli interventi psicologici nelle cure palliative si differenziano anche sulla base del destinatario delle cure: il paziente o la famiglia. Nel caso in cui il supporto sia diretto alla persona malata, la prima informazione da recepire è il decorso di malattia del paziente e i segni comuni nel fine vita. Questo per poter tranquillizzare il paziente in relazione alla paura che determinati sintomi possono causare. Nello stesso tempo è necessario individuare quali sono le risorse, le emozioni positive che il malato può sperimentare, lavorando su queste per permettere di comprendere i significati relativi alla perdita, alla salute, al senso di appartenenza, alla sua identità. Arrivare a creare nuovi significati attraverso non la rimozione e negazione, bensì inglobando la perdita nella costruzione di nuove strutture relazionali e identificative. In cure palliative non c'è, a volte, la possibilità di creare un percorso terapeutico di lunga durata: la malattia impone di comprendere la possibilità terapeutica anche di un solo colloquio.

Vi sono diversi modelli di intervento, focalizzati sul riconoscimento della dignità e dell'autodeterminazione anche in punto di morte e sul riconoscimento di questa dimensione come opportunità di crescita e cambiamento.

Questi interventi puntano a favorire la consapevolezza di diagnosi, la comunicazione con la famiglia e gli operatori, a partire dalla consapevolezza della propria morte per ricostruire un senso di integrità e specificità del proprio sé.

Si cerca, inoltre, di analizzare il tema del ricordo dal punto di vista della generatività, possibilità di lasciare traccia di sé da un punto di vista della creazione di legami, di esperienze, di linguaggi.

Nel secondo caso, quando il destinatario dell'intervento è la famiglia, il focus dell'intervento è favorire una comunicazione funzionale con il paziente, sia per quanto riguarda la diagnosi e la prognosi, sia per quanto riguarda il decorso della malattia. Anche in questo caso si cercherà di lavorare sul significato e l'impatto della perdita in ottica di risignificazione della malattia e della fase terminale di vita e di cambiamento di posizioni e ruoli. In fase *post mortem*, si cercherà di lavorare con ogni componente singolarmente, per permettere l'attuazione del lavoro del lutto.

È quindi necessario per il terapeuta conoscere le dinamiche familiari, i conflitti e i non detti. Il paziente, infatti, non è disgiunto dalla famiglia, e viceversa: è all'interno di essa che gli individui, pazienti o no, attivano le risorse per affrontare la malattia.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la fase del ciclo di vita in cui la famiglia si trova: single, giovani coppie con o senza figli, genitori anziani, figli troppo giovani. La malattia può sovvertire i meccanismi familiari, modificandone i ruoli e le relazioni.

Due sono le variabili familiari da tenere in stretta considerazione nel supporto alla gestione del lutto: la capacità di comunicazione e la coesione. Maggiore è la comunicazione non tanto delle informazioni, quanto delle emozioni, e la coesione, maggiore sarà l'accettazione e la trasformazione costruttiva della perdita.

Il supporto nella gestione del lutto può avvenire secondo diverse modalità: percorsi individuali di supporto nella gestione del lutto; percorso di supporto al lutto di gruppo condotto da uno psicologo; i gruppi di auto – mutuo – aiuto. Tutte queste modalità hanno l'obiettivo di accompagnare il familiare che vive il lutto nella sua elaborazione e nella rivalutazione e ricomprensione della vita e della morte stessa.

3.6 – EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO

In Italia il dibattito sull'eutanasia è rinato nel 2006, quando Piergiorgio Welby, già da tempo affetto da distrofia muscolare, chiese fosse attuato il suo diritto a porre fine alla sua vita, secondo l'articolo 32 della nostra Costituzione⁹¹.

Una volta staccato il respiratore che lo manteneva in vita, infatti, sarebbe morto soffocato. Per questo chiese la sedazione terminale, che gli avrebbe tolto la coscienza e la sensibilità al dolore. La sedazione terminale viene ampiamente praticata all'interno delle cure palliative, per cui il problema non sussisteva da un punto di vista giuridico. Era dal punto di vista etico che il dibattito si accese: si lasciava morire un uomo, non intraprendendo una cura salvavita, o lo si uccideva, interrompendola? Nel caso in questione, Welby scelse di interrompere le cure.

Anche Beppino Englaro optò per la stessa soluzione per la figlia Eluana, in stato vegetativo da anni. Nel suo caso, l'interruzione delle cure l'avrebbe fatta morire di fame e di sete, ma essendo completamente priva di sensibilità a causa della sua condizione, non avrebbe provato nessuna sofferenza.

In entrambi i casi, non si può parlare di eutanasia attiva, intesa come morte procurata non per un rifiuto delle cure e non da personale medico. Eutanasia significa scegliere di porre anticipatamente fine alla propria vita a causa di malattie, menomazioni, condizioni psichiche, che hanno reso il restare in vita intollerabile per la mancanza di qualità e dignità; non si tratta di sedazione palliativa o sospensione dei trattamenti.

Si definisce eutanasia attiva indiretta quando l'impiego di mezzi per alleviare la sofferenza abbreviano la vita; è volontaria quando segue la

⁹¹ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

richiesta esplicita del paziente (lasciate precedentemente attraverso il biotestamento); è non volontaria quando è una persona altra, dotata del potere di scelta, a decidere di attuarla.⁹²

Si diversifica dal suicidio assistito là dove l'eutanasia non richiede la partecipazione attiva del soggetto richiedente e là dove, invece, richiede l'azione diretta di un medico (cosa che non avviene nel suicidio assistito, dove l'operatore prepara semplicemente il farmaco che sarà il soggetto a iniettarsi in vena).

In Italia l'eutanasia viene considerata reato, mentre il suicidio assistito è legittimato ma non praticato. L'unica scelta possibile è, e non sempre, l'interruzione delle cure.

La richiesta porre fine alla propria vita nasce anche dal senso di solitudine, di abbandono, dalla stanchezza, dal dolore e dalla perdita di dignità che affliggono il malato.

Nei casi sopra citati, soprattutto in quello di Eluana Englaro, si parla invece di testamento biologico, in quanto esisteva solo una testimonianza verbale delle sue ultime volontà. Si tratterebbe di decidere, in piena coscienza, dove collocare il confine tra ciò che il malato considera dignitoso o meno per la sua morte, o per la sua vita.

In situazioni come queste il confine tra cosa considerare vita e cosa considerare non più vita è estremamente labile e sottile. Come si deve considerare un essere in stato vegetativo, la cui sopravvivenza è collegata a delle macchine, senza più nessuna volontà, coscienza e consapevolezza? La religione sicuramente risponderebbe che è vita perché l'anima è ancora in esso.

Per chi non è religioso, e forse è un po' più realista, esso altro non è che un cadavere, un morto in vita.

⁹² I. Testoni (2020), *Psicologia palliativa*, Torino, Bollati Boringhieri

Molti parlano di etica: il permettere di abbreviare o terminare la propria vita altro non è che un mettere fine alla vita stessa, un omicidio quindi.

In realtà la scelta di voler mantenere la presenza del corpo in quanto oggetto del nostro desiderio sottolinea la non volontà di affrontare la perdita e la conseguente sua elaborazione.

La domanda fondamentale in questi casi è: “Puoi perdermi?” Il morente, ha bisogno dei segni di questo desiderio altro, deve essere rassicurato che la risposta alla domanda sia: “no”.

In casi come quello di Eluana Englaro, dove lo stato vegetativo permanente comporta una riduzione se non mancanza dello stato di coscienza, ovviamente questa domanda non sussiste.

È bensì la società che a questa domanda risponderà sempre *“no, non posso perderti; non sono pronto ad abbandonare la speranza in un miracolo, non sono pronto ad accettare l’assenza”*. Molto meglio godere della presenza di un’assenza.

La medicina stessa non è in grado di ammettere la propria impotenza e continua ad accanirsi sul corpo, ormai privato di ogni dignità e individualità.

La dignità di essere considerato un essere senziente, sia in fin di vita, sia quando non si ha più la possibilità di autodeterminarsi consapevolmente, sono alla base del Testamento Biologico e Disposizioni Anticipate di Trattamento, introdotto in Italia a partire dal 2018⁹³.

Raccoglie le volontà di una persona, perfettamente conscia e in grado di intendere e di volere, in merito ai futuri trattamenti sanitari di cui potrà essere sottoposta in futuro, in una condizione di autodeterminazione consapevole, nonché la propria volontà di accettare o rifiutare specifici accertamenti o trattamenti sanitari.

⁹³ https://www.laleggepertutti.it/276093_testamento-biologico-cose

Per permettere vengano rispettate queste disposizioni, è possibile nominare un fiduciario che vigili sull'effettiva ottemperanza di queste volontà. Questo, può comunque rifiutarsi o essere sollevato dalla propria responsabilità in caso di decisione del disponente. Nel caso il fiduciario sia deceduto, le disposizioni contenute rimangono comunque valide.

Nel caso in cui sussista l'incapacità del disponente di autodeterminarsi, la legge impone al medico di rispettare le sue proprie volontà.

Come tutte le regole, però, vi è anche l'eccezione: il biotestamento può essere disatteso dal medico stesso, in accordo con l'eventuale fiduciario, nel caso le condizioni cliniche attuali non corrispondano alle disposizioni, o nel caso ci siano nuove terapie salva vita, non esistenti nel momento in cui il disponente elaborava il proprio biotestamento. Nel caso ci sia conflitto tra fiduciario e medico, la decisione è rimessa al giudice tutelare.

Ancora una volta le decisioni personali di ognuno di noi, nel momento in cui si diventa paziente, vengono gestite da quella che ormai è la Religione Medica.

Si cercano giustificazioni e spiegazioni al fatto che l'individuo, nel momento in cui entra nel campo della morte, perda ogni sua caratteristica personale, ogni potere decisionale, sia esso emozionale o razionale.

Non siamo in grado di gestire l'assenza, il pensiero che qualcuno possa optare per il morire e non per il vivere.

Questo perché manca un'educazione diffusa alla morte, sia per l'individuo restante, sia per il morente. Lo stesso malato, prima di compiere qualsiasi scelta, deve aver svolto un lavoro di introspezione e di comunicazione ai propri parenti, in modo da permetter loro di rispettare e accettare la propria scelta.

Ciò che emerge nel dibattito contemporaneo porta a chiedersi come mai, nonostante si cerchi per sé e per gli altri una "buona morte", rapida, indolore, inconsapevole, sia predominante la tematica dell'eutanasia

rispetto a quello delle cure palliative. Potrebbe forse essere un'apertura verso una maggiore educazione alla morte.

Non si può infatti dibattere di eutanasia o cure palliative a prescindere dall'uomo in quanto relazione. Come abbiamo visto, per Lacan, il linguaggio, la parola, sono alla base della relazione soggettiva. Il linguaggio permette all'Altro di rispondere sulla propria posizione all'interno del suo desiderio. La nostra posizione si definisce in funzione dell'Altro.

Per questo, anche la decisione di morire, il modo e il come, deve essere una scelta condivisa. È una decisione che ci dice della nostra posizione in funzione dell'altro che deve accettare ed elaborare il lutto futuro, ma soprattutto ci descrive totalmente, come ci siamo relazionati e posizionati così in vita, così nella morte. Il fatto che il linguaggio permetta la parola, l'incontro con l'altro, non significa però che essa veicoli una conoscenza: spesso il linguaggio veicola una domanda vuota. La richiesta "puoi perdermi?" non si riesce a formalizzare, proprio perché mancano i presupposti per comprendere che l'assenza è vicina.

Riprendendo Freud (1920)⁹⁴, si può parlare di pulsione di morte, che, prima di essere mortale, è pulsione suicida.

Una conseguenza di ciò, secondo Lacan⁹⁵, è che il soggetto non cercherà né il suo, né il bene altrui. Pertanto, tutto ciò che riguarda la morte è caratterizzato da uno studio attento delle conseguenze. Basti pensare alla tutela legale del medico che attua la sedazione finale, piuttosto che al potere decisionale che gli viene affidato nel decidere se e come attuare le disposizioni finali.

⁹⁴ S. Freud (1920), *Al di là del principio del piacere*, Milano, Mondadori, 2007

⁹⁵ C.f. Lacan J., "*Propos sur la causalité psychique*", *Écrits*, p.186, in C.Dewambrechies-La Sagna, "*La mort est un rêve. À propos d'une législation sur la fin de vie*", *Ornicar* 58, *Revue du Champ Freudien*, 2024 (trad. mia)

La scelta dell'eutanasia, intesa come buona morte, piuttosto che il biotestamento, ci dicono di una incapacità diffusa di accogliere e fare proprio il limite come condizione stessa dell'esistenza.

I clinici hanno sottolineato come, nel momento in cui il malato ha il tempo e la possibilità di essere ascoltato, sorgerà in lui la necessità di un dire, un dire che situa la domanda di morte in una dimensione di conferma dell'impensabile della stessa. La morte non può essere pensata e di conseguenza, non può nemmeno essere detta. Si domanda a chi resta il compito di trovare una risposta, dare un senso al vuoto del sapere che caratterizza la vita come la morte.

Il dire diventa la realtà e la verità del paziente: non necessariamente sarà la realtà oggettiva, bensì la Sua verità, la sua sofferenza.

Il linguaggio, il dire, è ciò che ci rende esseri parlanti e ci differenzia da ogni altro organismo. Non possiamo prescindere la nostra esistenza dalla parola.

Nasciamo ed entriamo nel linguaggio. Attraverso il linguaggio noi possiamo dire chi siamo, connotarci come individualità con una posizione ben precisa all'interno della relazione con l'altro. Si può definire con la parola chi siamo in vita, così come chi siamo in morte.

Un'altra caratteristica che ci distingue dagli altri organismi viventi è il fatto di avere un corpo. Un corpo inteso come mio, mia proprietà. Linguaggio – soggetto – corpo. Attraverso la parola io posso dire di me, sia come soggetto, sia come corpo.

Il corpo, ed il controllo su di esso, diventano nel fine vita simbolo di dignità individuale e di dominio del mondo. Se il corpo è sano, risponde prontamente ai propri comandi e desideri, potrebbe trarci in inganno e farci pensare di essere onnipotenti.

La buona morte diventa quindi un rimedio attenuante davanti alla consapevolezza che, non potendo più avere il controllo sul proprio corpo, non si ha più il controllo della vita, perdendo ogni dignità individuale.

Il dire, inoltre, presuppone una domanda d'amore verso l'altro, una richiesta ascolto, di presenza, di parola. Una domanda di presa di coscienza della propria mancanza: perché, se il soggetto manca all'altro, significa che è amato dall'altro. *Amare è dare ciò che non si ha*⁹⁶.

La buona morte non è un rimedio, ma un compito, che occorre preparare lungo tutta la propria esistenza.

Se non si trovano le risposte a domande esistenziali sul mio essere mancante in vita, sul mio essere amato in quanto "assente", difficilmente, nemmeno con una buona morte, si riuscirà ad affrontare con serenità la fine.

⁹⁶ Lacan (1960), *Il seminario: Libro VIII. Il transfert. 1960-1961*, Testo stabilito da J. A. Miller, Traduzione italiana a cura di A. Di Ciaccia, Torino, Einaudi, 2021

4 – CONCLUSIONI

Sin dalla preistoria e nelle società arcaiche, l'uomo ha manifestato terrore per la morte e la decomposizione, vivendola come una perdita dell'individualità, negandola e coltivando il desiderio di immortalità.

L'etnologia stessa ci dice come i morti siano da sempre oggetti di pratiche destinate alla loro sopravvivenza (fantasmi, spiriti, zombie), o alla loro rinascita.

Già in epoca antica vi era una duplice visione della morte: negata come annientamento (la sopravvivenza dopo la morte ne è testimonianza), riconosciuta comunque come evento.

Con l'avvento dell'epoca moderna, le cose sono cambiate: vi è un doppio occultamento, sia dell'ineluttabilità dell'evento, sia del suo carattere distruttore.

Il nuovo millennio si è aperto quindi ereditando una fortissima discrasia tra il sapere scientifico e profano sul tema della morte.

La scienza è diventata la protagonista indiscussa di quella che Galimberti ha definito l'Era della Tecnica, dove il sentimento, l'emozione e l'empatia sono solo un elemento disturbante lungo il percorso verso il raggiungimento della piena efficienza e soddisfazione delle richieste. Dobbiamo adempiere correttamente a tutti gli ordini e i comandi che la società stessa ci impone, mantenendo sempre il controllo su quello che pensiamo derivi dal nostro modo di essere, dalle nostre scelte.

È come se oggi ci fosse un disinvestimento del sapere⁹⁷: la cultura contemporanea ricerca ed apprende le tecniche, intese come strumenti che permettono di agire immediatamente sul reale. L'eccesso a cui si sottostà porta alla convinzione che ci si possa appropriare di qualsiasi

⁹⁷ Melman C., *La nouvelle économie psychique. La façon de penser et de jouir aujourd'hui*, Érès, Toulouse 2009, in C. Gilardi, *L'uomo senza gravità in Charles Melman*, postfazione al testo di Charles Melman (2002), *L'uomo senza gravità. Conversazioni di Jean-Pierre Lebrun*, Milano, Bruno Mondadori editore (2018) <https://www.freud-lacan.it/wp-content/uploads/2012/05/06-GILARDI-77-841.pdf>

bene materiale, di qualsiasi emozione e di qualsiasi situazione. Ci si può impossessare anche della morte stessa, illudendoci che ci possa essere una conoscenza, e di conseguenza un controllo, onnicomprensivo e infinito. Ogni formalizzazione del sapere, invece, presuppone un limite alla speculazione, secondo quanto stabilito dai teoremi di incompletezza di Gödel⁹⁸.

Il limite imposto al sapere dalla funzione Terza viene invece oggi scavalcato, dissolto. C'è una forclusione del sapere⁹⁹, e di conseguenza della morte, attraverso la parola della Tecnica.

La morte appartiene al registro del Reale e segna, come la nascita, un limite. Un limite che è fisico e permette di adempiere alla funzione Terza, che la società e la cultura della Tecnica hanno già perso per strada. Melman, in una sua conferenza, arriva infatti a dire che nel futuro, i giovani si autorizzeranno da sé stessi¹⁰⁰. La Tecnica si sostituisce al grande Altro, alla parola che crea una domanda, dettando lei i limiti ed assoggettando completamente l'individuo alla sua volontà: riesce a procrastinare il momento della morte, arrivando a cronicizzare patologie considerate fino al secolo scorso mortali, creando una popolazione sempre più anziana. Non solo: attraverso tecniche come quella della criogenesi (non ancora effettive, ma l'illusione che creano lo è già) fa in modo che la morte stessa non sia un confine, bensì una fase all'interno di quello che appare come un delirio di onnipotenza. Non c'è più nulla né nessuno che possa impedire l'illusione di raggiungere il sapere assoluto.

La Tecnica non interroga quindi la morte come Reale. Si fa invece sapere assoluto: non ne vuole sapere della mancanza, della perdita. Non

⁹⁸ [https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-matematica-e-logica-i-teoremi-di-incompletezza-di-godel_\(Storia-della-Scienza\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-matematica-e-logica-i-teoremi-di-incompletezza-di-godel_(Storia-della-Scienza)/)

⁹⁹ Forclusione è stato reso in italiano dal traduttore degli *Scritti* di Lacan, Giacomo Corti (Einaudi 1994 e 2002) con preclusione. Questa viene dal linguaggio giuridico e contiene al suo cuore la nozione di tempo: la preclusione è la decadenza di un diritto per decorrenza dei termini. <https://www.laboratoriofreudiano.it/testi-online/psichiatria/clinica-differenziale-della-forclusione-i-parte-di-amalia-mele/>

¹⁰⁰ C. Melman, *L'uomo senza gravità. Conversazioni con Jean-Pierre Lebrun*, Milano; Mondadori, 2010. p186

permette l'enigma: priva della consapevolezza della finitudine dando sia la possibilità di posticiparla (criogenesi), sia la possibilità di decidere quando e come si vuole morire (si veda eutanasia o suicidio assistito).

Dà l'illusione di controllo, di risposta: diventa soggetto supposto sapere¹⁰¹. Deleghiamo alla medicina, alla Tecnica, che si suppone sappia dare una risposta al mio sintomo. Si pone un soggetto logico che possa in qualche modo dare conto di ciò che accade e che risulta incomprensibile, enigmatico e fuori controllo. La supposizione del soggetto per eccellenza è Dio o, in queste situazioni, la Tecnica. Il malato individua nel medico un soggetto che possa spiegare il perché sta succedendo quella cosa e perché proprio a lui. Questo non può però avvenire, in quanto essendo sapere assoluto priva della soggettività dell'apprendimento: il prodotto è quello, si trasmette in quel modo senza permettere l'interpretazione soggettiva e individuale. Non c'è nessun soggetto supposto sapere, perché non c'è nessun enigma soggettivo da risolvere.

La scienza toglie anche il linguaggio della morte, un linguaggio comunitario capace di fornire gli strumenti simbolici idonei ad affrontarla nel pieno della propria autorealizzazione, completezza e consapevolezza. Non si ha quindi la possibilità né di autodeterminazione personale, né di partecipazione comunitaria. Si è soli, nascosti dietro le proprie paure e angosce.

L'era della Tecnica ha anche spodestato le credenze magiche, i riti funebri e il culto dei morti, che sono però rimasti come dimensione più primitiva del nostro sistema psico – affettivo, in un continuo conflitto tra rifiuto psicologico della morte in quanto distruzione dell'individuo e l'incapacità di accettare razionalmente tutto questo. Ha spodestato il simbolismo dei riti funebri, elevandosi a nuova religione e facendo della morte uno spettacolo: proviamo angoscia solo se la sofferenza, la perdita

¹⁰¹ J. Lacan (1972), seminario *Ancora*. Il seminario libro XX 1972-73, A. Di Ciaccia (a cura di), L. Longato (Traduttore), Torino, Einaudi, 2011

ci riguarda individualmente, rimanendo invece anestetizzati davanti a immagini di omicidi, stragi, catastrofi. Attraverso la creazione e celebrazione di una morte fantastica e truce, sanguinaria, agita da parte di personaggi attorno ai quali si è creata un'aura di divismo, si è perso il contatto con l'esistenzialità e l'essenzialità della morte. Si è persa la stessa concezione di dolore e sofferenza, venendo privati degli strumenti per affrontarla. La perdita viene medicalizzata, viene celebrato il culto del corpo eternamente giovane, del corpo immortale.

Non conosciamo più il senso del limite e di conseguenza, nel momento in cui ci troviamo davanti alla finitudine, al dolore ed alla sofferenza che ci riguardano in prima persona, crolliamo sconfitti.

La morte si iscrive invece nel cuore dell'esistenza stessa del genere umano, animale e anche vegetale. È ciò che pone in essere la vita stessa. Non si può vivere senza morire. È un continuo ciclo ricostruttivo. La morte è Reale, non può essere pensata se non come impensabile, impossibile. Accostarsi a questo impossibile non può costituire una speranza poiché l'impensabile in questione è la morte, e il fatto che non possa essere pensata è fondamento del reale"¹⁰². La morte è troppo traumatica per essere pensata: per questo tentiamo di razionalizzarla attraverso la parola della Tecnica.

La nostra epoca, infatti, si ribella al reale, alla perdita, cercando di rendere l'oggetto del desiderio sempre disponibile e annullando il dolore che la sua perdita può provocare. La scienza cerca di posticipare sempre più la resa dei conti con la morte, facendo dei soggetti degli oggetti, delle macchine da riparare.

Il lutto rappresenta, al contrario, una perdita intollerabile per l'essere umano, e provoca *un buco nel reale (...). La dimensione veramente intollerabile offerta all'esperienza umana non è l'esperienza della propria*

¹⁰² J. Lacan (1975-1976), *Il Seminario, Libro XXIII*, Roma, Astrolabio, pag. 121, in E. Mundo, *I destini della pulsione di morte*, Litorale, 2021 https://litorale.org/materiali/articoli/i-destini-della-pulsione-di-morte/#footnote_22_1520

*morte, che nessuno ha, bensì quella della morte di un altro, che sia per voi un essere essenziale*¹⁰³.

Attraverso la morte, la perdita e la mancanza dell'altro viene rivelata. È però una assenza che impedisce all'altro di dare una risposta (proprio perché mancante), non può essere più simbolizzata e pertanto si manifesta nella sua dimensione più dura, attraverso la melanconia, la mania, o la negazione e rimozione. *“Questo significante trova il suo posto qui e al tempo stesso non può trovarlo, perché questo significante non può articolarsi a livello dell'Altro*¹⁰⁴.

Nella contemporaneità, però, i rituali non svolgono più la loro funzione di velare questo buco. Sollevando quel velo costituito dal simbolismo dei rituali funebri, ci si accorge che al di là c'è un nulla, un buco che chiama in causa la mancanza e l'oggetto perduto. C'è un dolore puro e semplice nella sua insensatezza e indicibilità, a cui l'Altro non può dare risposta.

Il Reale, la Morte, non può essere ripreso in *toto* né dal Simbolico, né dall'Immaginario. C'è sempre qualcosa che resta al di fuori, fuori discorso, fuori senso. C'è qualcosa di indicibile e non simbolizzabile: la morte non può essere ridotta al simbolo, al significante. Ed è questo che provoca un buco nel Reale.

Bisogna invece imparare a non entrare in questo “buco”, non cercare le risposte alla morte, bensì accettare che vi sia qualcosa di fuori dal nostro controllo, un limite al nostro sapere.

La società contemporanea non deve quindi fornire una credenza, un sapere assoluto, bensì deve creare una nuova concezione della morte individuale inserita in un contesto comunitario più ampio. Deve essere in

¹⁰³ J.Lacan, *Il Seminario, Libro VI, Il desiderio e la sua interpretazione* (1958-1959), Einaudi, Torino 2016, p.371.

¹⁰⁴ R.Adam, *Le deuil: travail, traversés, coupure* in *Qu'appelle-t-on faire son deuil?* 40^e rencontre: 30,31 janvier et 1 février 2015, Montreal, Séminaire du Champ Freudien, Actes du Pont freudien Conférence et séminaires. p. 371 In M. Nicotra, *Un buco nel reale*, testo pubblicato in *IL DESIDERIO. La sua interpretazione e la sua causa*. A cura di M.L. Katch, annuario dell'Antenna Clinica IPOL, Antigone Edizioni, Torino, 2017-
<https://marynicotra.wordpress.com/2018/09/01/un-buco-nel-reale/>

grado di evitare la censura di ogni cosa che riguarda la riflessione sulla finitudine, il dolore, il senso della vita, creando al contrario un linguaggio condiviso che riconosca l'istanza naturale, innata della morte stessa. Un linguaggio che non cerchi di dire l'indicibilità della morte, di risolvere l'enigma, ma che anzi, mantenga la copresenza dei tre registri.

Non si tratta di nascondere, bensì di svelare, togliere quel velo che ci permette di raggiungere la consapevolezza che dietro non vi è nulla. Non c'è nulla dietro la morte. Il sapere di cui c'è necessità non è quello assoluto della parola della Tecnica, bensì quello che ci fa comprendere come assenza e presenza coesistono all'interno della realtà, un sapere che non evita né tappa, ma che costeggia e borda il vuoto centrale del Reale¹⁰⁵. Noi possiamo comprendere la bellezza della vita solo se accettiamo che ha un limite, c'è una mancanza, una perdita assoluta data dalla morte. *Il sapere è diviso al suo interno da un campo di non sapere, dall'inconscio, da qualche cosa che è Altro*¹⁰⁶.

Accettando questo, anche l'angoscia che si prova davanti alla morte si attenuerebbe e non ci sarebbe la necessità di mettere in atto meccanismi di difesa individuali e sociali. A livello sociale si tratta di far aderire a ideologie che negano la morte, utilizzandole a livello individuale per negare la propria finitezza. Si può quindi parlare di occultismo, di morte-rinascita; di sopravvivenza alla morte.

Possiamo continuare a illuderci che ci sia un aldilà, una sopravvivenza, ma non abbiamo alcuna testimonianza, se non le poche di esperienza di premorte. Possiamo utilizzare questa illusione per non dover mai affrontare i nostri conflitti relazionali; il nostro modo di relazionarsi; la nostra sofferenza e dolore. Stiamo invece nella sofferenza, come nel caso della malinconia, dove l'unica soluzione possibile è continuare a

¹⁰⁵ M. Recalcati, *Le tre estetiche di Lacan*, in The Symptom, online journal for lacan.com https://www.lacan.com/symptom6_articles/recalcati-estetichedilacan.html

¹⁰⁶ G. Senzolo, *Commento del seminario IX di Jacques Lacan. L'identificazione*, in Forum Lacaniano in Italia <https://www.forumlacan.it/commento-del-seminario-ix-di-jacques-lacan-lidentificazione-graziano-senzolo-istituto-i-c-le-s-mestre/>

perpetrare l'illusione di presenza: non riusciamo ad accettare la perdita, per cui la rendiamo presenza costante, in una dimensione di immobilità psichica ed emotiva.

Oppure, come nel caso della mania, possiamo fuggire dalla sofferenza entrando in una dimensione di continuo movimento, alla ricerca disperata di altre presenze per sostituire l'assenza.

Possiamo stare nelle prime fasi della negazione e della rabbia, senza lasciarci andare alla dimensione del trascendente e accettare la perdita.

Solo attraverso il lavoro del lutto possiamo riuscire a superarne tutte le fasi entrando in una dimensione in cui il dolore ha una funzione costruttiva: la morte, come la nascita è creatrice, è limite che permette di riconsiderare la propria soggettività e realtà.

È necessario quindi comprendere attraverso una psicoeducazione alla morte non confinata nei reparti di ospedale o negli ultimi momenti della vita, che ci sono cose che esulano dal senso, dal nostro controllo. Ci sono eventi Reali.

È solo attraverso la riappropriazione del limite, della funzione Terza, dell'indicibilità e della mancanza di cui la morte è portatrice, che possiamo riconoscere la bellezza e la poesia della vita.

Attraverso la narrazione di chi sta morendo e di chi sta per perdere una persona cara si può ricostruire un discorso fatto di verità che, come tale, presuppone anche il non senso.

È la parola che cura in quanto esige una risposta, una relazione. È la parola piena, simbolica, che permette di integrare quel buco nel reale, quel capitolo censurato a cui non può accedere direttamente.

È una parola diversa da quella della Tecnica che, pur mascherandosi da Altro simbolico, da cui il soggetto si attende un'interpretazione che possa dare un senso a ciò che è fuori senso, si mostra invece come parola

vuota, assoluta, non in grado di comunicare l'unicità dell'esperienza e l'universalità del non senso.

Attraverso la parola terapeutica e, attraverso questa, lo sviluppo del pensiero narrativo e di una psicologia culturale che vada oltre agli ideali di riduzionismo, spiegazione causale e predizione della Tecnica¹⁰⁷.

È infatti in questo contesto che l'individuo costruisce in sé un'idea degli altri, raggiunge conclusioni sul valore della propria vita.

Come è possibile, quindi, dotare la propria vita, il proprio essere in relazione se il limite della morte non viene contemplato? Se il nostro orizzonte semantico si espande all'infinito?

La cultura concorre a creare i nostri sistemi interpretativi e la nostra stessa mente: per farlo, impone dei modelli, quali quello del linguaggio e le modalità del discorso, propri di questo sistema.

È quanto avvenuto nel corso dei secoli, attraverso la simbologia propria dei diversi rituali funebri e culti religiosi.

Si assiste invece oggi ad una negazione dei significati da parte del sistema interpretativo della parola Tecnica: non si parla di morire, bensì di fine vita; non si parla di accompagnamento alla morte, bensì di alleggerimento della sofferenza. Il dolore del lutto viene tacciato come sintomo di debolezza interiore.

Bisogna invece tornare alla vera narrazione, a come i protagonisti interpretano le cose, quali significati assumono per loro le esperienze vissute, le loro aspettative, i loro desideri. Una narrazione individuale che dica di Sé, della propria struttura e della propria verità: verità narrativa che corrisponde alla verità unica e soggettiva della persona. Una narrazione anche culturale che riprenda il significato catartico e di

¹⁰⁷ J. Bruner, *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992, p. 16

accoglimento del senso di sé del soggetto, della sua sofferenza e dolore, propria, ad esempio, del lamento funebre.

Una narrazione che dice del nostro inconscio: ci dice come a questo livello abbiamo rimosso la morte come evento naturale e non improvviso.

È attraverso il lavoro del lutto freudiano o attraverso le cinque tappe del morire che invece possiamo accogliere l'angoscia nel nostro racconto, nel nostro linguaggio.

Non bisogna infatti aver paura di dire, anzi, integrare questa emozione all'interno del linguaggio della morte: dare la possibilità ai familiari di dire del proprio dolore, della propria angoscia davanti a ciò che sfugge dal nostro senso comune (proprio perché la cultura contemporanea non si fa domanda sull'enigma della morte); dare la possibilità ai pazienti morenti di dire della loro sofferenza, della loro rabbia, della loro accettazione del Reale della vita e della Morte.

Dare la possibilità di poter ritrovare la poeticità della vita attraverso il proprio racconto della morte.

Si vis vitam, para mortem" ¹⁰⁸

¹⁰⁸ S.Freud (1915), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023 p. 107

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Ornicar n.58 (2024), Mourir*. Revue du Champ Freudien

N. Agnoli (2002), *L'archeologia delle pratiche funerarie mondo romano*,
In Enciclopedia Treccani [https://www.treccani.it/enciclopedia/l-archeologia-delle-pratiche-funerarie-mondo-romano_\(Il-Mondo-dell%27Archeologia\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-archeologia-delle-pratiche-funerarie-mondo-romano_(Il-Mondo-dell%27Archeologia)/)

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013, in *Il lutto complicato nell'era del DSM-5*,
<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2596/articoli/26722/>

DSM-5-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Text revision, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2023

P. Bastianoni (2024), *Narrare il lutto. Una prospettiva psicodinamica*, Roma, Carrocci Editore

B.Bacchini (2015), *Lo schintoismo, l'affascinante religione giapponese*, in *Eticamente*. <https://www.eticamente.net/47916/lo-shintoismo-laffascinante-religione-giapponese.html>

E. Bazzanella (2011), *Lacan. Immaginario, simbolico e reale in tre lezioni*, Trieste, Asterios

E. Becker (1974), *The Denial of Death (La negazione della morte)*, Roma, Edizioni Paoline, 1982

B. Bettelheim (1977), *Il mondo incantato: uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*, Milano, Feltrinelli

J. Bowlby (1969), *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre. Vol.1*, Torino, Bollati Boringhieri, 1999

J. Bowlby (1973), *Attaccamento e perdita. La separazione dalla madre. Vol.2*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000

- J. Bowlby (1980), *Attaccamento e perdita. La perdita della madre. Vol.3*, Torino, Bollati Boringhieri, 2001
- J. Bruner, *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992, p. 16
- M. Cavallo, (gennaio-marzo, 2013). *L'Antigone di Lacan. L'etica*, Pubblicato su Cenobio. Rivista trimestrale di cultura, n. 1 anno LXII
- C.Chaplin (1936), *Tempi moderni (Modern Times)*, Stati Uniti d'America, Charlie Chaplin Productions
- F.Cheng (2013), *Cinq méditation sur la mort, autrement dit sur la vie*, Paris, Albin Michel
- M. De Hennezel (1998), *La morte amica*, Milano, Rizzoli.
- E. de Martino, (1958), *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Torino, Universale Bollati Boringhieri
- A. Di Ciaccia (2020), *Vocabolario Lacaniano – Reale, immaginario, simbolico*. In I PODCAST DI PSYCHIATRY ON LINE ITALIA, <https://www.youtube.com/watch?v=-QeArZBSqh0>
- A. Di Ciaccia (1996), *Lacan ed il linguaggio. L'inconscio strutturato come un linguaggio*. Da un intervento tenuto a un Convegno di psicoanalisi (di diversi orientamenti), Roma, <http://www.psychiatryonline.it/node/7425>
- A. M. Di Nola (1995), *La morte trionfata*, Roma, Newton Compton editori
- A.M. Di Nola (2001), *La nera signora*, Roma, Newton e Compton editori
- S.Freud (1899), *L'interpretazione dei Sogni*, Torino, Bollati Boringhieri, 2022
- S.Freud (1913), *Totem e tabù*, Roma, Newton Compton Italiana, 1970
- S. Freud (1914), *Introduzione al narcisismo*. Torino, Bollati Boringhieri (1976)

- S.Freud (1915). Angoscia, dolore e lutto. In *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli.2023
- S.Freud (1915), Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte, in *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli, 2023
- S.Freud (1915). *Lutto e melanconia*. In *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*. Milano, Rizzoli,2023
- S. Freud (1919), *Il perturbante*, Torino, Boringhieri, 1993
- S. Freud (1920), *Al di là del principio del piacere*, Milano, Mondadori, 2007
- S.Freud (1925), *Opere. 1924-1929. Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti (Vol. 10)*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978
- S. Freud (1927), *Avvenire di un'illusione*. Torino, Biblioteca Boringhieri, 1975
- U.Galimberti (2021), *Il libro delle emozioni*, Milano, La Feltrinelli
- J.L. Gault (2003), *Il corpo, il sintomo ed il suo enigma*, seminario tenuto a Milano Aula Magna della Clinica Universitaria Mangiagalli, 22 novembre 2003. Testo trascritto e curato da Giuseppe Oreste Pozzi
- C.Gilardi, *L'uomo senza gravità in Charles Melman*, postfazione al testo di Charles Melman (2002), *L'uomo senza gravità. Conversazioni di Jean-Pierre Lebrun*, Milano, Bruno Mondadori editore (2018)
<https://www.freud-lacan.it/wp-content/uploads/2012/05/06-GILARDI-77-841.pdf>
- M. Gondry (2004), *Eternal Sunshine of the Spotless Mind*, distribuito in Italia da Eagles Pictures con il titolo *Se mi lasci ti cancello*
- E. Kübler Ross (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella
- E. Kübler Ross (1995), *Impara a vivere, impara a morire. Riflessioni sul senso della vita e sull'importanza della morte*, Milano, Armenia, 2022

E. Kübler Ross – D. Kessler (2000), *Lezioni di vita. Ciò che la morte e il morire ci insegnano sulla vita e sul vivere*. Torino, Edizioni l'età dell'acquario (2019).

E. Kübler Ross (2002), *La morte e la vita dopo la morte*, Roma, Edizioni mediterranee

J. Lacan (1972), *Conférence de Louvain*, Texte établi par Jacques-Alain Miller, Jacques Lacan Dans *La Cause du Désir* 2017/2 (N° 96), pages 7 à 30, <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2017-2-page-7.htm>,

J. Lacan, *Il seminario. Libro VI: Il desiderio e la sua interpretazione. 1958-1959*, Torino, Einaudi (2021)

J. Lacan (1959-1960), *Il Seminario, Libro VII. L'etica della psicoanalisi*, Torino, Einaudi, 1994.

Lacan (1960), *Il seminario: Libro VIII. Il transfert. 1960-1961*, Testo stabilito da J. A. Miller, Traduzione italiana a cura di A. Di Ciaccia, Torino, Einaudi, 2021

J. Lacan (1972), seminario *Ancora*. Il seminario libro XX 1972-73, A. Di Ciaccia (a cura di), L. Longato (Traduttore), Torino, Einaudi, 2011

J. Lacan (1975-1976), *Il Seminario, Libro XXIII*, Roma, Astrolabio, pag. 121

J. Lacan, *Il Seminario, Libro VI, Il desiderio e la sua interpretazione* (1958-1959), Einaudi, Torino 2016, p.371.

J. Lacan (1958) - Lo Schema L – La Forclusione del nome del Padre – V Seminario – Cap. VIII, in *Il Seminario. Libro V. Le formazioni dell'inconscio*, Torino, Biblioteca Einaudi, 2004, <https://www.laboratoriofreudiano.it/testi-on-line/psicanalisi/lo-schema-l-la-forclusione-del-nome-del-padre-v-seminario-cap-viii/>

G. Lonati (2022), *Prendersi cura. Per il bene di tutti: nostro e degli altri*. Milano, Corbaccio.

- D. Lynch (2001), *Mulholland Drive*, distribuito in Italia da 01 Distribution
- A. Mele, *Clinica differenziale della forclusione (I parte)*, pubblicato in Psichiatria <https://www.laboratoriofreudiano.it/testi-online/psichiatria/clinica-differenziale-della-forclusione-i-parte-di-amalia-mele/>
- A.Milan (2022), *Mi vivi dentro*, Milano, Oscar Mondadori.
- C. Melman, “*Amiamo la Verità*” Conferenza del 26 marzo 2004 tenuta alla facoltà di medicina di Montpellier, in R.Leonini, *Il soggetto supposto sapere*, <https://www.ali-to.it/storage/public/ali-to/pages/Leonini.pdf>
- C. Melman, *L'uomo senza gravità. Conversazioni con Jean-Pierre Lebrun*, Milano; Mondadori, 2010. p186
- Melman, C., & Lebrun, J.-P. (2018). *La nuova economia psichica : il modo di pensare e di godere oggi*. Milano, Mimesis.
- E. Mundo, *I destini della pulsione di morte*, Litorale, 2021 https://litorale.org/materiali/articoli/i-destini-della-pulsione-dimorte/#footnote_22_1520
- E.Morin (1951), *L'uomo e la morte*, Trento, Il margine
a cura di I. Naddei (2020), *La morte nel Medioevo*, www.accademiafabioscolari.it/la-morte-nel-medioevo
- M. Nicotra, *Un buco nel reale*, testo pubblicato in *IL DESIDERIO. La sua interpretazione e la sua causa*. A cura di M.L. Katch, annuario dell'Antenna Clinica IPOL, Antigone Edizioni, Torino, 2017-
<https://marynicotra.wordpress.com/2018/09/01/un-buco-nel-reale/>
- Omero, *L'Iliade*, Milano, Rizzoli (1999)
- M. Recalcati (2021), *Incontrare l'assenza*. Bologna, Asmepa Edizioni
- M.Recalcati (2022), *La luce delle stelle morte*. Milano, Feltrinelli

M. Recalcati, Le tre estetiche di Lacan, in The Symptom, online journal for lacan.com https://www.lacan.com/symptom6_articles/recalcati-estetichedilacan.html

W. Rousselot (2023), *I riti di addio: Esplorare le pratiche funerarie nel mondo*, Independently published

J.Saramago (2005), *Le intermittenze della morte*, traduzione di Rita Desti, collana "Super ET", Torino, Einaudi.

G. Senzolo, *Commento del seminario IX di Jacques Lacan. L'identificazione*, in Forum Lacaniano in Italia <https://www.forumlacan.it/commento-del-seminario-ix-di-jacques-lacan-identificazione-graziano-senzolo-istituto-i-c-le-s-mestre/>

SICP Società Italiana Cure Palliative – *PSICOLOGI IN CURE PALLIATIVE, contributo degli psicologi alle cure palliative*. 2020, https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/07/SICP_Psicologi-in-CP_2020_cprd.pdf

Sofocle, *Edipo Re*, in *Antigone-Edipo re-Edipo a Colono. Testo greco a fronte*, Franco Ferrari (a cura di), Milano, Rizzoli (1982)

M.Sozzi (2014), *Sia fatta la mia volontà. Ripensare la morte per cambiare la vita*. Milano, Chiarelettere

A. Succetti, *Lettura e commento del Seminario Libro XXIII Il sinthomo di Jacques Lacan*, pubblicata in *Psicoanalisi Lacaniana oggi*, 2018 <https://medium.com/psicoanalisi-lacaniana/lettura-e-commento-del-seminario-libro-xxii-il-sinthomo-di-jacques-lacan-2-e4ec2a1cab4b>

I. Testoni (2022), *Il grande libro della morte. Miti e riti dalla preistoria ai cyborg*. Milano, Il Saggiatore.

I. Testoni (2015), *L'ultima nascita*, Torino, Bollati Boringhieri

I. Testoni (2020), *Psicologia palliativa*, Torino, Bollati Boringhieri

Roberto Vecchioni (1977), *Samarconda*, Philips

Virgilio, *L'Eneide*, Enrico Oddone (Traduttore), Milano, La Feltrinelli, 2018

M. Webb, *The Good Death. The new American search to reshape the end of life*, Bantam Dell Pub Group, 1997

<https://grainofsound.org/it/una-guida-alla-morte-e-alla-dil%C3%A0-nellinduismo/>

<https://it.fusedlearning.com/death-funerals-japanese-culture>

<https://www.ndeitalia.it/>

<https://saikegiappone.com/sokushinbutsu-rituale-auto-mummificazione/>

<https://www.accademiafabioscolari.it/la-morte-nel-medioevo/>

<https://www.doppiozero.com/cerco-un-centro-di-gravita-ma-di-permanente-e-rimasto-il-godimento>

<https://www.fedcp.org/cure-palliative/storia>

<https://www.focus.it/comportamento/psicologia/esperienze-pre-morte-spiegazione-scientifica>

https://fondazionefloriani.eu/wp-content/uploads/docs/PDF/pubblicazioni%20ff/Carta%20Diritti%20Morenti_rev.pdf

<https://www.gliscritti.it/antologia/entry/13>

https://www.laleggepertutti.it/276093_testamento-biologico-cose

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2010;38>

<https://www.ricp.it/archivio/4150/articoli/41476/>

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=5555&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge

<https://www.tecnologia-ambiente.it/criogenesi-il-sistema-che-potrebbe-sconfiggere-la-morte-implicazioni-etiche-e-scientifiche>

<https://www.tecnologia-ambiente.it/criogenesi-il-sistema-che-potrebbe-sconfiggere-la-morte-implicazioni-etiche-e-scientifiche>

[https://www.treccani.it/enciclopedia/l-archeologia-delle-pratiche-funerarie-mondo-romano_\(Il-Mondo-dell'Archeologia\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-archeologia-delle-pratiche-funerarie-mondo-romano_(Il-Mondo-dell'Archeologia)/)

[https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-matematica-e-logica-i-teoremi-di-incompletezza-di-godel_\(Storia-della-Scienza\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-matematica-e-logica-i-teoremi-di-incompletezza-di-godel_(Storia-della-Scienza)/)