

LUIGI COLUSSO
IL COLLOQUIO
CON LE PERSONE
IN LUTTO
ACCOGLIENZA ED
ELABORAZIONE



Nel gruppo si agisce l'aiuto reciproco a livello pratico ed emozionale. Il dolore per il lutto, che prima era muto e non trovava le parole per esprimersi, a poco a poco si risveglia, mette in movimento la persona, e torna a essere un dolore vivo, la condizione indispensabile per cambiare. Così si inizia a mettere in discussione la propria sofferenza nel gruppo, che diventa espressione di libertà, di plasticità, di impatto efficace sui problemi della vita”

SAGGI PROFESSIONALI

The Erickson logo consists of the word "Erickson" in a white serif font, with a small white square positioned above the letter "i". The logo is set against a solid red rectangular background.

IL LIBRO

IL COLLOQUIO CON LE PERSONE IN LUTTO

Questo volume offre informazioni specifiche per conoscere il fenomeno del lutto e il suo percorso di elaborazione, visto anche dalla parte dei dolenti, e presenta a tutti coloro che sono a contatto con situazioni di perdita motivazioni e obiettivi per intervenire attivamente.

A partire dal significato odierno del lutto, si offre una visione comprensiva della storia naturale delle perdite e del cordoglio anticipatorio e si analizzano gli strumenti di elaborazione della perdita, le ricadute sulla famiglia, le opportunità di intervento degli operatori, le situazioni particolari e complesse e le risorse del mutuo aiuto.

Pagina dopo pagina, ogni argomento si dipana via via in una sorta di affresco, composto di pennellate che dipingono aspetti interconnessi, rinforzati da riferimenti all'esperienza personale dell'autore, storie di vita narrate e una spiccata sensibilità umana e sociale. Rivolto in particolare agli operatori della salute, ai volontari e al personale di ospedali, consultori, distretti, case di riposo e di accoglienza, il libro fornisce utili strumenti per fronteggiare il lutto anche a educatori, insegnanti e genitori.

Un efficace
approccio basato
sul mutuo aiuto
(colloqui e gruppi)
per affrontare il
dolore derivante da
lutti e perdite

L'AUTORE

LUIGI COLUSSO

Medico, psicoterapeuta, formatore, si occupa di gruppi di mutuo aiuto da molti anni.

È membro e co-fondatore del coordinamento nazionale dei gruppi lutto, autore e curatore di testi pubblicati soprattutto nelle collane ADVAR.

Opera come formatore sia presso la sede istituzionale ADVAR, sia per diversi centri, pubblici e privati, compreso il Centro Studi Erickson.

€ 15,50



www.erickson.it

Indice

<i>Presentazione</i>	9
<i>Introduzione</i>	11
CAPITOLO PRIMO	
Identità, dono, perdita	21
CAPITOLO SECONDO	
Le fasi del lutto	39
CAPITOLO TERZO	
Strumenti di elaborazione di perdite e lutti: narrazioni e riti	49
CAPITOLO QUARTO	
Accoglienza e colloquio	63
CAPITOLO QUINTO	
Colloqui per situazioni specifiche	107
CAPITOLO SESTO	
Il cordoglio anticipatorio	129
CAPITOLO SETTIMO	
Il lutto in famiglia	145
CAPITOLO OTTAVO	
Il gruppo di mutuo aiuto	159
CAPITOLO NONO	
Storia e storie: il contributo degli interessati	183
<i>Appendice 1</i>	205
<i>Appendice 2</i>	211
<i>Bibliografia</i>	223

Presentazione

*La notte nera mi ha dato occhi neri,
ma io li uso per cercare la luce.
Gu Cheng, Yidai Ren (Generazione)*

Il presente volume nasce con l'idea di offrire una descrizione della visione del mondo, quella specifica delle persone con un lutto da elaborare, e di tratteggiare temi, problemi, emozioni, sentimenti, dinamiche e strumenti collegati al tema del lutto e della sua elaborazione. Dedicato agli operatori della salute e alle altre figure professionali che hanno bisogno di comprendere sempre più profondamente il mondo e il linguaggio delle persone in lutto, e di apprendere e approfondire strumenti di lavoro efficaci, il libro raggiunge il suo scopo in un modo diverso e originale rispetto al solito.

Non si pone infatti come una guida strutturata e «didattica», quanto piuttosto come una sorta di affresco, composto di pennellate che, pagina dopo pagina, dipingono di aspetti tra loro interrelati e connessi il tema centrale. I vari capitoli creano dunque nella loro globalità una rete di nodi fondanti, tutti connessi tra loro e che vengono approfonditi a poco a poco nella trattazione, riproducendo all'interno del libro il modello teorico di riferimento, ovvero il lavoro di rete tipico del mutuo aiuto.

A partire da concetti chiave, quali l'identità, il paradigma del dono e la perdita, e dagli strumenti di elaborazione come i riti e

le narrazioni, che informano l'intero volume e ne costituiscono il sostrato teorico e concettuale, vengono affrontati: le diverse fasi del lutto e gli aspetti più importanti ad esse connessi; il legame esistente tra l'accoglienza e il colloquio; il colloquio inteso come rito di passaggio e ponte verso la liminalità; le caratteristiche e le tipologie di colloqui per l'elaborazione del lutto; la famiglia e i suoi problemi in situazioni di perdita; l'importanza dei gruppi di mutuo aiuto.

Ogni argomento si dipana via via creando continui collegamenti con tutti gli altri, in una sorta di circolo virtuoso, rinforzato dai riferimenti all'esperienza personale dell'autore, dalle storie di vita narrate e dall'approccio umano, sociale e particolarmente attento alla sensibilità e all'emotività che un evento luttuoso porta con sé.

INTRODUZIONE

Alcune considerazioni preliminari

Il colloquio come rito di passaggio e ponte verso la «liminalità»

Arnold van Gennep (1981) nel 1909 ha formulato la nozione di riti di passaggio, categoria che rappresenta ancora oggi un riferimento essenziale per l'antropologia. Van Gennep ha riconosciuto nelle vicende di tutte le culture l'esistenza di comportamenti sociali codificati — i riti di passaggio — che sono strumento, collettivo e individuale, attivato nel cambiamento di identità. Assumere, trasformare o lasciare un'identità senza riti di passaggio è difficile e si rischia che il passaggio rimanga incompiuto; fallire il cambiamento, anche quando è indesiderato, comporta in quanto disagio identitario una minorazione di risorse personali e relazionali. I riti di passaggio prevedono dei «movimenti», fisici e/o metaforici, in seno alla comunità di appartenenza e nel loro fluire c'è un tempo che van Gennep definisce come «liminalità», dal latino *limen*, confine. È il tempo di maggiore lontananza dall'appartenenza alla polis, dalla normale condizione di relazionalità e quindi di identità, un limbo. Attraversare la liminalità, per rientrare nella polis con una rinnovata costellazione identitaria, è sgradevole, e drammatico se vi si resta impigliati senza sapere come uscirne.

La storia naturale della vita dell'uomo prevede una crescita fino al tempo finale, un tempo che Elisabeth Kübler-Ross ha per prima definito «l'ultima fase di crescita dell'uomo» (1999). Crescita che si

realizza attraverso la messa alla prova, operata da distacchi, perdite vitali, cambiamenti, lutti. Il distacco dall'utero materno è l'inizio, per passare alla privazione del latte materno, e poi all'adolescenza, all'adulthood, al matrimonio, al distacco dei figli, fino al pensionamento, alla casa di riposo, ecc. Sono tutte situazioni accompagnate (di norma) da riti di passaggio, in cui si apprende a mano a mano come fronteggiare distacchi e perdite sempre più impegnativi, come utilizzare lo strumento dei riti di passaggio e come orientarsi nelle fasi liminali senza perdersi.

Nel tempo del lutto, la trasformazione identitaria è laboriosa e richiede riti di passaggio impegnativi e protratti nel tempo. Il passaggio nella liminalità tante volte è angoscioso e vissuto come essere in «una terra di nessuno» in cui arenarsi è facile, oggi più spesso perché nella nostra società i riti di passaggio sono sbiaditi e non coltivati.

Buona parte dei dolenti, quando approda al colloquio, è in crisi con i riti di passaggio ed è ambivalente nei confronti della liminalità. Un'esperienza di riti di passaggio assenti o poco efficaci spiega la loro crisi. L'ambivalenza è normale, perché la liminalità è sentita come utile per il tempo di riflessione personale e per evitare incontri e scambi con altre persone (non interessa più parlare, meno che mai di sport, moda, automobili, vacanze, ecc.), ma allo stesso tempo questa esigenza, definibile come «fermata di riflessione», confligge con lo stile relazionale precedente ed è fonte d'incomprensione, sconcerto e dissenso per le relazioni interpersonali, con ridotto mantenimento dei legami e scarse occasioni di incontro, sulle quali si concentra la negatività, esplicita e implicita, legata al travaglio dell'elaborazione in corso. È una negatività che allontana sia i dolenti, già saturi, sia i potenziali partner di parola, che non desiderano confrontarsi con la sofferenza, e che rende sempre meno probabili e verosimili buoni riti di passaggio e un «giusto» attraversamento della liminalità.

È necessaria una grande motivazione per decidere di fronteggiare discorsi quasi insopportabili e chiedere aiuto. Accade a distanza di un certo tempo dall'evento, perché la sofferenza, soprattutto nel

primo anno, pur nelle sue oscillazioni aumenta di continuo fino a divenire insopportabile, ed è a questo punto che il fronteggiamento diviene preferibile. Ciò accade perché

La morte lavora la mente umana. La certezza della morte e l'incertezza della sua ora sono fonte universale di angoscia per il vivente. Quando la coscienza di sé incontra la coscienza del tempo ecco che nasce nell'uomo la coscienza di costituire un essere temporale e perciò mortale. E l'angoscia è accresciuta dal fatto che anche gli altri, non solo io, sono mortali: sono mortali le persone che amo. (Manicardi, 2011, pp. 18-19)

Questo pensiero vale anche per l'operatore, e il suo modo di porsi è importante per motivare i dolenti, i quali pensano che nessuno possa comprendere la loro sofferenza, lenirla o risolverla, salvo qualcuno pari nella disgrazia. Il pensiero, che esclude anche i familiari da un qualunque potere d'intervento, è «Devo farcela da solo!», anche perché si stenta a credere che un operatore o un volontario siano disponibili ad ascoltare storie dolorose e abbiano la possibilità di essere di aiuto. Le persone, restie a chiedere un colloquio e ancor più a partecipare a un gruppo di mutuo aiuto, hanno anche pudore delle storie di famiglia, tanto più quando coinvolgono un morto che non può difendersi e del quale (oltre che di se stessi e di altri familiari) potrebbero emergere nel dialogo storie sgradevoli, imbarazzanti o tragiche.

Se l'operatore da subito saprà mostrarsi «misericordioso», non giudicante e capace di sostenere il peso delle narrazioni, la notizia della sua competenza inizierà a circolare, incrementando poco a poco le richieste e il loro contenuto di drammaticità e di complessità; ma a quel punto l'operatore avrà avuto modo di apprendere dai dolenti e di crescere gradualmente nella competenza, anche emozionale, per fronteggiare le situazioni. Da un certo momento in poi la comunità saprà di avere un referente del tutto affidabile e i dolenti «sentiranno» che ci si può fidare di lui e che farlo è efficace.

A proposito delle storie più complesse, va sempre ricordato che la sofferenza per il lutto non è una patologia, e ciò vale anche per il

lutto patologico (di cui più avanti viene fornita la definizione). La difficoltà a distinguere tra normale e patologico è maggiore nella disabilità psichica, quando la morte si preannuncia o si presenta in famiglia: parenti e operatori sono in difficoltà nel comunicare le notizie e nel far condividere riti e narrazioni, come se la persona disabile avesse perso la capacità di sentire le emozioni e di viverle, e non avesse il bisogno di una socialità per la narrazione, di una polis per i propri riti di congedo e di ridisegnare la costellazione identitaria. Le esperienze compiute nella formazione di personale che lavora con le persone disabili hanno permesso di conoscere però anche ambienti e operatori attenti e abili nel farsi carico di perdite e lutti, con elaborazioni riuscite, per la soddisfazione di tutti.

Obiettivi delle persone in lutto che chiedono un colloquio e degli operatori

Non sempre i dolenti hanno degli obiettivi chiari quando chiedono un colloquio. A volte vi arrivano senza un obiettivo, tanto sono sfiduciate e pessimiste, e se il lutto è recente il desiderio più grande è ancora riuscire a seguire il proprio caro nella tomba. L'incertezza identitaria e l'oscurità che avvolge l'orizzonte di senso della vita impediscono il proporsi un qualsiasi obiettivo: privi di fiducia in se stessi i dolenti pensano che qualunque progetto fallirà. Altri dolenti hanno invece obiettivi ben chiari e la richiesta di colloquio è funzionale a ottenere l'aiuto dell'operatore per realizzarli: più di qualcuno ad esempio intende proporsi per un gruppo. Ci sono persone che vorrebbero inserirsi subito in un gruppo o frequentare delle «lezioni»: di solito i loro bisogni sono reali e vengono accolti dall'operatore, ma non prima di avere un quadro complessivo dei bisogni e delle risorse.

I valori soggettivi e relativi sono in perenne lotta tra loro, perché non sono dati per sempre, e grazie alla nostra libertà e responsabilità possiamo decidere se mantenerli o cambiarli. Alcuni valori poi sono soggetti a cambiamenti fisiologici, per altri entrano in gioco

la morale, l'etica, ecc. Qui interessa la condizione del dolente, che colloca dei valori nell'essere coppia, avere dei figli, ecc., e che li vede travolti dalla morte di un caro. A volte anche il modo in cui il caro perisce ha la sua influenza, come nei casi di un incidente causato dall'alcol, di una morte violenta, di un suicidio, di un omicidio.

La perdita dei valori è considerata irreversibile, una volta superata la fase di negazione dell'evento, e questo è motivo di crisi, perché l'accettazione della perdita è vissuta come abbandono del defunto e di un'identità fondante e la riformulazione di valori, sebbene inevitabile, appare impossibile anche volendolo. Per quanto riguarda gli operatori, invece, i loro obiettivi nel colloquio sono:

- individuare le risorse delle persone e del loro contesto, utili per compiere i riti di passaggio e uscire dalla liminalità: restituire al dolente la certezza del possesso di abilità, competenze e valori sufficienti per vivere sarà più importante che riconoscere i problemi aperti;
- riconoscere la crisi dei valori importanti;
- motivare al fronteggiamento della sofferenza per attraversarla e indirizzare a una ritessitura delle relazioni che riempia il vuoto lasciato dalla morte;
- capire se il dolente è in presenza di un lutto eccedente, complicato, ritardato, cronico o patologico;
- motivare al cambiamento i dolenti senza obiettivi, sostenere nella corretta realizzazione chi ha degli obiettivi;
- comprendere in quale fase di elaborazione si trova il dolente, ricordandone però la mutevolezza.

I diversi tipi di lutto: normale, eccedente, complicato, ritardato, cronico e patologico

Oltre al lutto normale, è importante considerare anche altri tipi di lutto esistenti. Nello specifico il lutto può essere: eccedente, complicato, ritardato, cronico e patologico.

Il *lutto eccedente* è un lutto in cui si combinano una perdita di grande rilievo, ma sempre nel range della normalità degli eventi, e una limitazione, spesso contingente, delle risorse personali e relazionali per fronteggiarlo. Il concetto di lutto eccedente serve a risolvere i dubbi e i pregiudizi delle persone e degli operatori che hanno un paradigma di pensiero per cui il lutto si supera da soli e chi ha bisogno di aiuto è un debole oppure ha un lutto patologico.

Un pensiero di questo genere è errato, fonte di pregiudizi e spiega perché i dolenti non vogliono chiedere aiuto; essi infatti non desiderano essere giudicati patologici, nemmeno quando è vero. Gli errori di questo paradigma di pensiero sono:

- la negazione sostanziale dell'indispensabilità di riti e narrazioni, che per la loro stessa natura richiedono la presenza e la collaborazione di una rete di riferimento;
- la rigidità del tempo teorico previsto per l'elaborazione, come se lutti di diverso peso avessero bisogno di un'uguale durata di tempo per il compimento dell'elaborazione;
- il mancato riconoscimento della valenza delle emozioni e del valore dei legami identitari (e del loro «storicizzarsi» nella persona) nel concretarsi della sofferenza.

La definizione di lutto eccedente mette insieme due condizioni che da sole sono normali e fa emergere come sia solo la loro unione a ostacolare l'elaborazione di persone e famiglie *normali*. È patologico un dolore devastante per la morte di un giovane figlio o per la fine di un lungo, grande amore? Dov'è il confine certo tra una rete di prossimità adeguata e una patologicamente insufficiente? Si può definire patologica la rete residuale di una persona anziana, i cui parenti sono quasi tutti deceduti, o la rete lontana di chi prima di un lutto improvviso ha cambiato residenza per lavoro?

Tale definizione inoltre riconduce all'obiettivo iniziale del colloquio: la perdita e il dolore non sono modificabili, l'ambito nel quale l'operatore e il dolente possono spendersi insieme è proprio la valorizzazione delle capacità di fronteggiamento, realizzando l'empower-

werment della rete naturale o coltivando una rete ad hoc, come può essere (ma non solo) un gruppo di mutuo aiuto di dolenti.

Nel *lutto complicato*, ci sono fattori estranei al lutto che sottraggono tempo ed energie al processo di elaborazione. Alcuni di questi fattori possono essere:

- la presenza di un cordoglio anticipatorio per un'altra persona cara ammalata;
- la contemporaneità di più lutti, ad esempio in certi incidenti stradali;
- le difficoltà economiche, che impongono ai dolenti la ricerca di un lavoro, l'abbandono di case in affitto, la chiusura di negozi, ecc.;
- i problemi di salute del dolente impegnativi, con ricoveri, esami, cure continuative;
- le relazioni disturbate tra i dolenti, con difficoltà di comunicazione, attriti anche gravi e l'impossibilità totale o quasi dei riti e delle narrazioni familiari;
- i problemi legati all'asse ereditario o simili, o attriti per i funerali, la sepoltura, ecc.;
- l'accudimento gravoso di membri con disabilità o la numerosità di minori da allevare;
- la notorietà del morto, a causa della quale la comunità giudica i comportamenti pubblici dei dolenti o opprime i dolenti con il proprio lutto ostacolandone l'elaborazione;
- i cambiamenti di vita che impongono nuovi orizzonti di senso, come un pensionamento, il distacco di un figlio dalla famiglia di origine o il suo riaccoglimento per una separazione;
- la presenza di questioni rimaste in sospeso e non risolte per qualche motivo (ad esempio una morte improvvisa), quali il timore di avere concorso nel cosiddetto «accanimento terapeutico», la recriminazione per aver mancato il congedo, per incapacità del familiare di affrontare il tema, o per la negazione del morente della propria condizione, o per imposizione di altri parenti.

Nel *lutto ritardato*, c'è un tempo prolungato di latenza tra il momento della morte e l'avvio dei processi di elaborazione. A volte è la fase iniziale di negazione emozionale dell'evento che si protrae nel tempo e si trasforma in lutto ritardato. È difficile dire quando questa fase diviene un lutto ritardato. Le morti improvvise e impreviste sono più facilmente fonte di una negazione potente e protratta, ma non sono la fonte prevalente di lutto ritardato. Il timore di sprofondare nella disperazione totale, che il riconoscimento della morte potrebbe causare e che il dolente pensa di non poter reggere, è l'ostacolo maggiore all'avvio dell'elaborazione.

Un altro motivo si ritrova nell'ignoranza forzata (nel senso del non voluta) degli eventi connessi alla morte e/o nella negazione del diritto ai riti di congedo e alla narrazione. Questo motivo è più frequente di quanto si possa pensare e riguarda soprattutto le morti di cui bambini e adolescenti sono tenuti all'oscuro o informati troppo poco e privati della partecipazione ai riti di congedo. Il dolente deve in definitiva attendere (o crede di dover attendere) una sorta di permesso di altri o notizie da altri per iniziare il lavoro del lutto.

In una narrazione che descrive un lutto ritardato, l'operatore potrà riconoscere spesso senza troppe difficoltà la fonte della negazione del lutto, e quindi orientare l'impegno del dolente verso il fronteggiamento degli ostacoli specifici, piuttosto che premere per l'avvio a ogni costo dell'elaborazione.

Non esiste un limite di tempo per il «ritardo», purtroppo per le persone accolte nel progetto «Rimanere insieme»¹ è ricorrente il racconto di elaborazioni «congelate» per molti anni, per decenni,

¹ Rimanere insieme è un progetto ADVAR attivo dal 1999, dedicato alle persone che soffrono per un lutto o per un cordoglio anticipatorio. È un servizio gratuito, senza connotazioni religiose, filosofiche o politiche, aperto a chiunque lo richieda. Il servizio offre colloqui personali, familiari, gruppi di mutuo aiuto, formazione per operatori della salute, insegnanti e volontari, consulenza alle scuole per l'elaborazione di perdite e lutti.

per arrivare al massimo finora raggiunto di ben 45 anni trascorsi tra l'evento e la decisione di fronteggiarlo.

Il *lutto cronico* vede un progredire dell'elaborazione molto lento, a volte così lento da apparire (o essere) fermo. Il dolente staziona a lungo in una particolare fase, o in più di una, o ancora le ripercorre circolarmente, senza riuscire a uscirne. Una situazione frequente di lutto cronico vede i dolenti impegnati nella fase della rabbia. A volte, a causa di una morte violenta o che comunque mantiene un contenzioso aperto, che ha tempi lenti con pause interminabili. Questo contenzioso aperto, per certe storie racchiuso solo nella mente del dolente, rende molto difficile transitare dalla fase della rabbia, o del tentativo di patteggiamento, all'attraversamento finale del lutto. Altre volte accade, anche con una certa frequenza, che prima che l'elaborazione di un lutto sia arrivata a compimento il dolente si trovi a doverne affrontare un secondo, e a volte anche altri ancora in successione. Se questo accade, potrebbe trasformarsi in complicato.

Il *lutto patologico* identifica la condizione che impedisce, anche quando esiste una rete familiare e di prossimità disponibile, di conquistare/riconquistare un equilibrio non disfunzionale.

Accade per una patologia psichica preesistente in compenso labile, ma può essere l'evento morte che slatentizza la patologia. Altre volte il dolente non dà segni di malattia per altri comportamenti e riversa sulla perdita subita la negatività e l'agire. Alcune persone, soprattutto donne, escludono del tutto dalla sfera dei propri interessi ciò che non ha un legame con la vicenda della morte della persona cara. C'è chi vive alternando le cure per una casa-mausoleo, dove tutto è rimasto «come allora», a lunghe visite al cimitero, a volte intrattenendosi con altri dolenti nelle stesse sue condizioni.

Il lutto patologico provoca disagi ulteriori per la qualità di vita dei dolenti e nelle relazioni con il resto del mondo, specialmente quando essi rimangono chiusi nella sofferenza, impermeabili ai contatti non strettamente dovuti, o connessi alla frequentazione di cimiteri, tribunali e chiese. Si tratta, più che di una patologia, di un disturbo, un problema della polis, che non riesce a ristabilire vissuti

e funzionalità dei legami con i suoi membri, in crisi ma pur sempre presenti, e delle cui risorse si priva. Davvero è questione più della comunità (dove tanti non sono utili a pochi) che dei dolenti, i quali raramente sono patologici.

Segnali di depressione, negli anziani in particolare, sono frequenti, rinforzati dalla solitudine, dalla perdita della «lontananza» e dal vissuto di abbandono per la morte di chi li accudiva. Segnali di depressione persistente e condizionante la qualità di vita dopo un lutto suggeriscono un intervento clinico e/o farmacologico, che non sempre è accettato, non con l'adeguata *compliance*. L'intervento non è risolutivo e a prova di ricaduta se non è seguito e accompagnato da un progetto di fronteggiamento degli specifici elementi carenti dell'elaborazione del lutto. È bene perciò che il dolente sia sostenuto nel percorso di elaborazione per la quota «normale» della sua sofferenza. La condizione di lutto eccedente è quella che più frequentemente mette in difficoltà il dolente e lo spinge a «chiedere aiuto». L'esempio classico è quello della vedova che ha vissuto un «noi» familiare lungo e appagante, e che diviene vedova, con una prossimità (l'ambito delle persone che dovrebbero accompagnare riti e narrazioni) assente o poco efficace: niente figli o figli molto lontani, parentado anziano e malato, così come la rete amicale. Una storia che mostra una perdita della quasi totalità della costellazione identitaria e la povertà della rete di fronteggiamento. Accanto a questo esempio, di facile lettura, si possono affiancare molte altre storie, di lettura meno agevole, ma che raccontano ugualmente di un lutto eccedente, un lutto che se non fronteggiato potrà evolvere verso forme complicate, ritardate, croniche, patologiche.

L'empowerment del dolente, con uno o pochi colloqui, è spesso sufficiente a riportare il lutto eccedente a una condizione di maggior equilibrio, senza necessità di altri interventi.

CAPITOLO QUARTO
Accoglienza e colloquio

Il colloquio operatori-dolenti: una breve introduzione

Definizioni, significati e primi contatti

Gli operatori della salute sono restii ad accogliere le persone in lutto (i dolenti) per un colloquio specifico, perché ritengono di non avere formazione ed esperienza sufficienti e perché credono che questa competenza sia estranea ai propri compiti e alla propria formazione.

In verità, l'utilizzo del colloquio nella relazione con le persone rientra nel novero delle loro normali incombenze e quasi tutte le professioni ormai prevedono una formazione in proposito: nello specifico, gli operatori della salute ricevono una formazione sul colloquio in generale e tale attività fa parte del loro lavoro; anche chi non ha nel curriculum formativo studi dedicati è impegnato in varia misura in situazioni conversazionali, che hanno forma di «colloquio». Altrettanto vale per i volontari, ad esempio gli operatori Caritas, i capi scout, gli insegnanti, gli allenatori e altre figure che dedicano del tempo a colloquiare con persone per le loro *questioni di vita* (che non sempre sono *problemi*).

Queste precisazioni e quelle che seguono intendono sollevare dall'ansia di prestazione gli operatori, titubanti di fronte alla pro-

posta di impegnarsi in un colloquio con dolenti. Del resto, acquisire competenze sufficienti a fronteggiare un colloquio per un lutto è relativamente semplice. Lo scoglio maggiore è lasciar andare vari preconcetti, quali ad esempio:

- le distanze tra operatore e persone devono essere mantenute;
- il dolente deve essere aiutato, perché incapace di aiutarsi da sé;
- i comportamenti da prescrivere non sono conosciuti dall'operatore;
- si devono trovare soluzioni per problemi che le persone non sanno risolvere;
- il tempo è il rimedio principe per il lutto, eventuali difficoltà nascono da una patologia;
- lo scudo dell'abito professionale è irrinunciabile.

In particolare, proprio quest'ultimo scudo è oggetto di lamentele da parte dei dolenti, che reclamano prima di tutto e più di ogni altra cosa un'accoglienza «umana», soprattutto da parte di religiosi e medici.

Un buon esempio di fronteggiamento lo offre il resoconto di un'assistente sociale che, nella relazione finale, dopo un laboratorio di elaborazione del lutto, ha descritto un'esperienza precedente: «Avendo osservato una donna che vagava per l'ASL alla ricerca di qualcuno che le indicasse come sbrogliare delle pratiche», l'ha accolta nello studio, l'ha lasciata parlare e piangere, narrare dell'unico figlio che era morto, e che accudiva lei e suo marito, dicendo «Adesso non so più come andare avanti... ma tanto non ne vale più la pena». Alla fine della sua narrazione, la signora nell'uscire ha abbracciato l'assistente sociale, la quale poi, nella relazione per il laboratorio, si chiedeva se il proprio comportamento fosse stato appropriato e se avesse agito tutto quanto era nelle sue possibilità per far stare meglio la donna.

La risposta è affermativa ed è certo che questa accoglienza sia stata un balsamo per la signora, pur senza risolvere il suo dramma (ma chi avrebbe potuto farlo?), e un'occasione di crescita per l'assi-

stente sociale. Nel racconto di quest'ultima si possono riconoscere: capacità di accogliere, ascolto senza pregiudizi, spazio lasciato al pianto e alla narrazione, astensione da ricette e prescrizioni, e un congedo che non manca di professionalità, perché la relazione è stata umana ed empatica, cioè tutto e solo quello di cui la donna aveva necessità. Un congedo così affettuoso non confligge con la professionalità e manifestazioni equivalenti sono ricorrenti nei colloqui con i dolenti, anche in «Rimanere insieme». Infine, è corretta anche la conclusione con un «nulla di fatto», cioè senza prescrizioni, perché è quanto accade spesso in un primo colloquio specifico: i dolenti hanno bisogno del giusto tempo e di trovare le motivazioni per decidere di intraprendere un cambiamento.

L'occasione del primo contatto che si trasforma o si proietta in un successivo colloquio può essere fortuita, come appena narrato, oppure motivata da un problema, di salute o di vita, non sempre attribuito al lutto, per il quale le persone interpellano l'operatore, che comprenderà se il bisogno è legato alla sofferenza profonda per un lutto, e se l'elaborazione è a rischio o già in crisi, per decidere se far-sene carico o suggerire dove rivolgersi, perché la sofferenza emersa è importante e occorre prendersene cura.

Si tratta di decidere innanzi tutto quale significato si vuole attribuire al colloquio. Il consiglio è di utilizzare i principi del mutuo aiuto anche nel colloquio, come del resto suggeriscono l'origine della parola (dal latino *colloquium*, derivato di *colloqui*, «parlare insieme») e il dizionario Devoto-Oli che definisce il colloquio come un:

1. *Incontro fissato di comune accordo tra due persone, per uno scambio di idee o di opinioni su questioni di una certa importanza, e per lo più di comune interesse.*
2. *Esame preliminare.*
3. *Qualsiasi esame orale che si svolga sotto forma di conversazione, in modo da permettere ampiamente al candidato di rivelare la propria capacità e preparazione.*

Nella prima definizione è da sottolineare il comune interesse, che nel tipo di colloqui di cui si parla riguarda in pieno l'operatore; nella seconda definizione il fatto che l'esame sia «preliminare» implica un inizio che deve avere un qualche seguito; nella terza definizione infine, l'esaminatore è il dolente e spetta all'operatore giocarsi un tempo ampio per dimostrare di essere all'altezza della situazione.

È consigliabile essere preparati mentalmente, come se il primo colloquio potesse/dovesse essere anche l'unico, perché la ridotta *compliance* dei dolenti verso qualunque proposta espone al rischio che il colloquio non abbia seguito; occorre dunque costruire più che mai motivazioni, intese e legami che inducano la persona a sollecitare o accettare una continuità alla relazione appena iniziata. Questo suggerimento proviene dalle considerazioni di tanti dolenti che, a conclusione di un percorso positivo di elaborazione, hanno espresso la convinzione che il primo colloquio sia stato la chiave di apertura del percorso, un'apertura ma con il bisogno di un seguito. Un esempio di questo pensiero è il seguente:

Sarebbe forse utile un altro colloquio, ma nello stesso tempo ne ho timore... Ho molte questioni da approfondire, che mi stanno a cuore per ridare un significato alle mie fatiche di tutti questi anni, e per cercare uno sbocco positivo alla nuova situazione, che mi fa sentire confuso.

È bene allora non perdere le opportunità d'ingaggio, tenendo presente che per arrivare a definire un progetto per l'elaborazione del lutto e avviarlo può essere necessario un certo numero di colloqui.

Richiesta di colloquio e negazione del lutto: quale rapporto?

Prima di proporre il colloquio è preferibile capire se la fase della negazione del lutto è stata superata, perché i dolenti potrebbero non accettare alcuna proposta in tale fase. Se la richiesta di aiuto è spontanea e motivata, va accolta al più presto. Se però le persone decidono di chiedere il colloquio sotto pressione altrui, potreb-

bero soffrire per quella che sentono come un'imposizione, tanto da sviluppare sentimenti negativi nei confronti dell'operatore e di chi li avesse trascinati al colloquio. Questo è l'unico buon motivo per fissare il colloquio a distanza di qualche tempo dalla richiesta, per temporeggiare. In carenza di informazioni utili, si può offrire alla persona un breve incontro, allo scopo di chiarificare il bisogno effettivo e la volontà di affrontarlo. Tenendosi il tempo per trasformarlo in un vero colloquio qualora se ne dimostrasse l'impellente necessità.

La *negazione emozionale* della morte è frequente dopo una morte improvvisa o imprevista, o quando è annunciata da una malattia, se mai è stata presa in considerazione nella sua gravità, e dura per settimane o mesi. È un tempo che concede di confrontarsi gradualmente con l'enormità della perdita. È un'esperienza molto potente per il dolente che vive in ambienti e situazioni che ricordano molto da vicino il morto; nel caso in cui egli volesse tenersene lontano per un po', potrebbe accettare meglio il colloquio se organizzato in un luogo differente (ad esempio in un distretto).

Per capire come il dolente possa negarsi il lutto, e come possano disturbare certi stimoli, ricordo che l'abitudine, ad esempio di suonare uno strumento musicale, fa aumentare dimensioni e connessioni di aree specifiche della corteccia cerebrale. Per questo pensare a uno strumento o a una musica stimola alcune aree cerebrali e fa risuonare la musica nella mente; allo stesso modo, pensare a una persona, vedere la sua stanza, il suo posto a tavola, bere il caffè dove lo si beveva insieme richiama la sua presenza nei modi già noti, tipici del vivente. Ciò significa che il cervello (la mente, le connessioni nervose) continua a dare i segnali abituali, quali percezioni, *sensu di sé come entità con un significato identitario e relazionale noto*, come se non fosse in grado di interrompere improvvisamente una funzione identitaria, richiamata dal contesto e dalle altre relazioni abituali perché funziona sempre in coerenza con il passato, inteso come continuità dell'identità.

A causa di questa negazione emozionale un colloquio precoce (nei primi due mesi dall'evento, circa) potrebbe essere solo interlocutorio e richiedere in seguito una ripresa quasi *ex novo*; qualora però emergesse una sofferenza estrema, una disperazione profonda, sarebbe opportuna la presa in carico immediata per fronteggiare una sofferenza inutile e dannosa, e possibili gesti autoaggressivi.

Scambio e narrazione nel colloquio tra operatori e dolenti: una trasformazione reciproca

La predisposizione mentale a un'accoglienza del tutto libera, aperta, si ottiene più facilmente se prima di accogliere il dolente l'operatore si prepara mentalmente come se dovesse accogliere un maestro di vita. Che porterà delle domande, per le quali forse non ci saranno risposte ma che andranno accolte con rispetto, e problemi di vita, su cui ragionare insieme con la consapevolezza che il loro fronteggiamento sarà costruito assieme.

L'operatore teme con ragione che la narrazione che si riverserà su di lui possa ferirlo. È un timore che può trattenere dall'intervenire per fronteggiare lutti e/o perdite, avvenuti o imminenti. Presentarsi al colloquio con timore, in atteggiamento difensivo o depresso, serve solo a complicare la relazione e a spingere al ribasso il risultato potenziale. Accettare invece che la sofferenza altrui colpisca l'operatore ma anche lo attraversi, e che le ferite siano anche feritoie, aperture alla conoscenza e alla comprensione, alla compassione verso tutti e anche verso se stessi, trasforma il colloquio da un possibile scontro a un incontro «nutriente» per tutti, da cui anche l'operatore potrà uscirne rinfrancato.

Un colloquio con dolenti prevede un dialogo con una persona con una sofferenza psichica, *originata dal lutto*. E, come scrive Laura Boggio Gilot (2011), «la sofferenza psichica provoca emozioni dolorose e pensieri distorti della persona nella sua totalità». Ancora, induce

un disagio intimo ed esistenziale che impedisce il conseguimento delle mete personali e interpersonali, [...] coinvolgendo la totalità della persona e del suo essere nel mondo, si manifesta attraverso l'espressione soggettiva di emozioni dolorose e di pensieri distorti, e attraverso comportamenti oggettivi di tipo distruttivo e irrazionale. (Boggio Gilot, 2011)

Sulla fonte della sofferenza, aggiunge, non si può intervenire, quindi l'attenzione e lo sforzo di cambiamento dovrebbero essere centrati sui pensieri distorti, sui comportamenti oggettivi distruttivi e irrazionali.

Queste considerazioni, pur valide, non introducono all'idea di patologia del dolente, perché si riferiscono a pensieri e comportamenti molto diffusi e temporanei, anche in assenza di interventi esterni specifici. Piuttosto, la persona deve essere accolta in toto, ed è probabile che il suo esprimersi pienamente possa iniziare la liberazione dai pensieri distorti e da comportamenti oggetti distruttivi e irrazionali.

Solo in seguito a questa narrazione, che può apparire dispersiva, ripetitiva, piena di metafore, di riferimenti poco chiari, placato provvisoriamente il bisogno di rammentare il caro defunto, sarà possibile accogliere emozioni e sentimenti dolorosi, tanto da essere quasi ineffabili, pensieri distorti, il racconto di comportamenti *oggettivi* distruttivi e irrazionali. È una narrazione preziosa, oltre che liberatoria, anche quando sembra ripetersi in modo ossessivo, perché forse per la prima volta assume una forma conseguente e con una logica. Di questo la persona sarà grata e sentirà di poter condividere con l'operatore la continuazione senza timori di giudizio, di compatimento, di diagnosi.

È tempo prezioso anche per l'operatore, che in storie a volte complesse, che si liberano a mano a mano dalle difese, si orienta e coglie, nei varchi di una ripetitività necessaria e sempre diversa per sfumature illuminanti, punti e nodi dolenti, legami significativi e le risorse disponibili, senza pregiudizi, rimanendo aperto a qualunque soluzione, anche alla possibilità che soluzioni non ce ne siano, così

da stare nella narrazione davvero come narratore del testo, svincolato dalla propria visione del mondo.

Non significa adottare la visione del mondo del dolente, una visione da cui la persona stessa vorrebbe ritrarsi o che vorrebbe trasformare, ma che non è in grado di lasciar andare per assumerne un'altra, neppure quella dell'operatore. Ci riuscirà solo con una progressiva, congiunta co-costruzione di un differente modo di leggere gli eventi del mondo. Anche l'operatore uscirà dal colloquio con una trasformazione delle proprie idee sul mondo e la visione di una differente faccia della «verità».

Il colloquio e i suoi obiettivi per l'operatore

L'operatore deve riuscire a trasformare l'accoglienza di una *domanda*, a volte inesistente o vaga perché il dolente non è in grado di formularla o non è interessato a ricevere risposte a domande che spaventano, in un riconoscimento condiviso di un *bisogno* concreto, che all'inizio le persone possono non riconoscere o non sentire accettabile.

Da qui si può costruire un'ipotesi di percorso di elaborazione che la persona si senta di accettare e fare proprio, razionalmente ed emozionalmente. Non sempre è possibile, perché il tempo nel primo colloquio è speso per accogliere una narrazione come un fiume in piena, lacrime, rabbia, silenzi, desolazione e solitudine, che conducono all'isolamento rispetto alla propria comunità. Una condizione che richiede strategie utili per ricostruire un radicamento nella comunità di appartenenza.

Poiché la scotomizzazione della morte e dei morti sembrerebbe aver raggiunto il culmine, in contemporanea con l'esibizionismo della morte «innocua», da telegiornale, con report da luoghi sempre lontani, comunque lontani, almeno come risonanza affettiva, filosofi, teologi e operatori delle professioni di aiuto si interrogano su questa dimensione molto «moderna». Secondo il teologo Man-

cuso (in Bodei et al., 2010) «L'esorcizzazione collettiva della morte avviene perché non sappiamo più che significato darle. Se però si ha paura della morte, in fondo si ha paura anche della vita».

Il colloquio e i suoi obiettivi per il dolente

Quanto sopra riportato ha un impatto sui dolenti in quanto significa che l'aver collettivamente scelto di sradicare la morte e i suoi segni provoca la ritorzione della morte, che sradica, espelle i dolenti dal proprio contesto di vita. Perciò, per timore di un'espulsione senza possibilità di ritorno, molti dolenti si sottraggono ai riti di passaggio, al rischio salutare della liminalità.

Un esempio estremo, per entrare subito nel merito: alcune donne assistono in casa il marito, malato terminale di tumore, e accettano la presenza di chi per professione o per legami con la famiglia frequenta la casa, privando la coppia della normale intimità e comprimendo la relazione e l'identità di coppia. Giunta la morte, allontanano tutti dalla casa coniugale e trascorrono l'ultima notte, «finalmente soli insieme» in quello che era stato, e rimarrà, il letto coniugale. Questo comportamento mostra la necessità di un estremo ricongiungimento con la persona amata. Mettere in opera la riappropriazione totale e definitiva è il passaggio indispensabile per poi iniziare il processo del lasciar andare. Quando per le circostanze nessun gesto di tal genere è possibile, i dolenti di fronte alla necessità di lasciar andare mettono in atto una grande resistenza.

Il bisogno di questo passaggio iniziale è generale e va tenuto presente nel momento del colloquio.

I dolenti di fronte all'operatore temono sempre ciò che rende necessario il colloquio: la prescrizione di lasciar andare, una prescrizione che non vogliono e non sanno adempiere.

Per consentire alle persone di adempiere l'atto di ricongiunzione del legame con il morto all'interno di un set dignitoso e riservato occorre accogliere, in apertura del colloquio, la narrazione delle circostanze della morte, perché il dolente possa dividerla con

qualcuno cui si attribuisce la funzione di rappresentante della comunità. Compiuto questo atto, si potrà prendere in considerazione la questione del lasciar andare.

Il dolente che si presenta al colloquio sa di affrontare in partenza un doppio stigma, agli occhi del mondo e di se stesso: la perdita d'identità, che crea imbarazzo se non vergogna, e la necessità di chiedere aiuto, che rende patente, reifica l'incapacità di badare a se stessi. Da questo doppio stigma nasce sia l'aspirazione, irrazionale ma potente, di rimediare alla perdita d'identità riconquistandola o almeno negando la nuova, ad esempio rinnegando la vedovanza, sia l'aspirazione più razionale, e che merita di essere confortata e corroborata, di «riuscire a cavarsela da soli», che si può tradurre come necessità di empowerment.

È diffuso il timore, in mancanza di informazioni prima dell'incontro, di avere poco tempo, pochi minuti a disposizione per raccontare, per spiegarsi, consapevoli di avere lucidità e coerenza di esposizione piuttosto limitate. Se il dolente verbalizza (o si intuisce) questo timore, occorre spiegare che si avrà tutto il tempo necessario, per dare alle persone la tranquillità possibile.

Quando si diffonde la notizia dell'esistenza dei gruppi di mutuo aiuto, alcune persone arrivano al colloquio già con il timore o la speranza di vederselo proporre; qualcuno durante l'approccio telefonico chiede proprio di entrare a far parte del gruppo, o viceversa avverte che accetta il colloquio, ma non è disponibile a far parte dei gruppi.

Le difficoltà dei dolenti

La morte di una persona cara catapulta i dolenti in un universo di vita sconosciuto, un ambiente in cui si muovono a tentoni, senza riconoscere più nemmeno se stessi e a volte le reazioni che hanno di fronte agli eventi più semplici.

Il colloquio è fatto *anche* per raccogliere informazioni. E, sebbene possa sembrare paradossale, il primo che deve raccogliere in-

Il cordoglio anticipatorio

Il cordoglio anticipatorio: definizione e caratteristiche

Il cordoglio anticipatorio è stato descritto nel 1944 da Erich Lindemann (Lindemann, 1994) e in particolare definito da Rolland nel 1960 come

esperienza che genera un'ampia gamma di sentimenti, quali ansia da separazione, isolamento esistenziale, rabbia, senso di colpa e logoramento, ma anche intimità, speranza e gioia di vivere. (Rolland, 2004)

Si preferisce parlare di *cordoglio* anticipatorio, per indicare la sofferenza interiore tipica della consapevolezza di una perdita sentita ineluttabile e incombente, e che non può esprimersi con gli strumenti del lutto, nel senso specifico di «manifestazioni esterne del dolore», perché la perdita non si è ancora manifestata. Riguarda, più semplicemente, oltre alla prospettiva di perdita della vita, altri momenti, di varia importanza: ad esempio il prefigurarsi l'uscita di casa di un figlio, il proprio pensionamento o la fine di una vacanza.

Rispetto alla più conosciuta formula di lutto anticipato è una descrizione che si attaglia meglio all'essenza di questi vissuti, che poco possono essere oggetto di socializzazione e di ritualità, e molto rimandano al «dolore del cuore» che rimane spesso negato, inconsapevole, inesperto.

Lutto e cordoglio: un approfondimento

Per definire il dolore per la morte di una persona cara talvolta si parla di *lutto*, altre volte di *cordoglio*: i due termini si usano come sinonimi o quasi, e cordoglio è utilizzato meno, spesso identificato come aulico, formale. In realtà le due parole indicano due facce della stessa medaglia ed esprimono la complessità delle manifestazioni interiori ed esteriori, personali, familiari e sociali.

Riconoscere l'esistenza di queste differenze aiuta a comprendere l'origine di una parte delle difficoltà che le persone incontrano dopo una perdita importante.

Il lutto

Il termine lutto, dal latino *lugere* (piangere), si riferisce a tutte le manifestazioni esterne che segnalano agli altri membri della comunità la condizione di sofferenza dei dolenti: il pianto stesso, silenzi tenaci e profondi ma anche parole urlate, espressioni di dolore del volto, sospiri, dialoghi centrati su contenuti di dolore. Comprende le cerimonie di congedo dalla salma (dalla sua vestizione al definitivo addio), che collocano in una condizione di marginalità temporanea i dolenti, condizione protettiva per loro e per la comunità in cui vivono.

Il lutto in determinate circostanze (guerre, terremoti, ecc.) può essere socialmente «cancellato», mentre il cordoglio no, perché è espressione di una caratteristica umana universale ancestrale, intesa come sofferenza per la privazione della vita del proprio caro e per le conseguenze drammatiche che si dovranno affrontare, oltre che per la paura della morte e della fine di tutto.

Sono proprio gli ostacoli all'espressione di lutto e cordoglio che, impedendo l'elaborazione della perdita, possono portare allo sviluppo di problemi e di patologie, nel dolente o nella sua discendenza, a causa del vivere fuori dalla realtà conseguente alla morte. Dare espressione a lutto e cordoglio infatti è normale, anzi necessario.

Vivere il lutto è protettivo per i dolenti, perché apre il tempo dell'elaborazione e della ricerca di un nuovo equilibrio, e per la comunità, che può difendersi dalla negatività proveniente dalla stessa persona morta (le cerimonie funebri hanno anche questa funzione) e dai dolenti: con l'esibizione del proprio lutto rischiano di ricordarla troppo. Per questo è una condizione protettiva nello stesso tempo spontanea e anche obbligata, è un obbligo sociale che costringe i dolenti a collocarsi per un certo tempo, che in molte culture è esattamente definito, ai margini/confini della comunità.

Il lutto spesso prescrive il vestirsi secondo canoni sociali noti e compresi dalla generalità dei membri della comunità, una relazione con i conoscenti in forme ridotte e secondo formule rituali: epigrafi, biglietti listati a lutto, astensione dalla frequenza di luoghi di divertimento e di svago, esenzione da alcuni obblighi sociali.

L'insieme assume il significato di riti di separazione, di margine e di aggregazione. I riti di aggregazione sono destinati a permettere il congiungimento del morto al mondo dei morti, qualunque cosa questo significhi. I riti di separazione distaccano i morti dal mondo dei vivi e confinano i dolenti per un tempo convenuto in un luogo particolare, a metà strada tra il mondo dei vivi da una parte e il mondo dei morti dall'altra. Nella nostra cultura oggi non esistono riti in qualche modo formali che sanciscano la fine di questo periodo, si tende a trascurare, a rinnegare questo confinamento temporaneo in una condizione di marginalità, meglio ancora di liminalità, sottinteso nei riti già nominati. A nessuno piace l'idea di essere sul margine, sembra un espediente per non dire «emarginato».

In verità un tempo di transizione, nel vero senso del termine, cioè di passaggio, con la necessità di ripensarsi, darsi tempo per riti e narrazioni, è proprio ciò di cui i dolenti hanno bisogno, è indispensabile per il passaggio da una condizione all'altra, da un'identità all'altra.

Secondo le culture e i tempi il modo di vivere il lutto assume aspetti specifici, ma alcuni tratti sono universali. Di solito si fa riferimento alle manifestazioni più facilmente conoscibili, e quindi si parla di «fine del lutto» come socialmente inteso. In questo caso la durata è socialmente considerata uguale per tutti, senza valutare età, causa di morte o altri parametri.

Il cordoglio

Il termine cordoglio proviene ugualmente dal latino, da *cor dolere*, *cor dolium* (dolore del cuore), e riassume in sé gli sconvolgimenti interiori, le emozioni, i sentimenti, i pensieri e la narrazione che ognuno rivolge a se stesso nel tentativo di dare un senso agli eventi. È quindi possibile che il cordoglio rimanga una questione personale, interiore, non manifestata e non condivisa, nemmeno con le persone più care.

A volte la persona è gelosa del proprio cordoglio, come fosse una forma d'amore intimo, esclusivo, che permette di continuare l'intesa a due; altre volte si vergogna, come fosse una debolezza, una maleducazione mostrare la propria sofferenza, una dichiarazione della propria fragilità, o forse teme di provocare una sorta di riprovazione, di giudizio morale verso il morto, che ha causato una così grande, «ingiusta» sofferenza, o ancora desidera evitare alle altre persone

BOX

care di rinfocolare la sofferenza, che ha ben modo di immaginare. Infine, può esserci l'aspettativa magica di esorcizzare la sofferenza, l'idea che evitare di parlarne possa nascerla, annullarla o almeno prevenirne l'incancrenirsi. Ciò di cui non si parla non esiste... almeno nelle intenzioni!

Nel rapporto con gli altri, gli umori e i pensieri interiori possono trasparire, anzi traspariscono senz'altro. È un bene perché può indurre gli altri a prendere l'iniziativa di parlare, di chiedere di aprire il cuore e farne uscire il dolore. Per altro, la mancata esplicitazione di emozioni e sentimenti che s'intravedono soltanto può indurre equivoci, ansie, rabbia, vissuti di distanza, di rifiuto.

Lutto e cordoglio esprimono ambedue la paura della morte, per la sua inconoscibilità, per la sua imprevedibilità. Quando muore una persona cara si è di fatto incerti sulla sua sorte, mentre si conoscono (o meglio si crede di conoscere) i contenuti della vita, di cui essa non gode più.

Si teme infine l'impulso di morte, evento vitale ineludibile e privilegio proprio di tutta l'umanità (secondo la mitologia greca gli dei invidiavano agli uomini unicamente la loro mortalità), una competenza necessaria per tutti, come singoli e come comunità. A tutti quindi spetta come dovere etico e civico partecipare dell'elaborazione altrui.

Il cordoglio con molti suoi contenuti è un evento normale nella vita degli esseri umani. Solo se si prolunga indefinitamente, o presenta certi contenuti specifici di sofferenza per caratteristiche particolari della morte o del contesto in cui si concretizza, si può tentare di definire il lutto come patologico, ritardato, complesso, ecc., ricordando che gli aspetti eventuali di patologia si aggiungono senza cancellare o sostituirsi alla quota di normalità del cordoglio, che mantiene la necessità dei normali strumenti di elaborazione. Per questo non è corretta una delega totale a esperti di una funzione/competenza che appartiene al quotidiano di ogni essere umano. Senza escludere il concorso di specialisti, per facilitare lo scioglimento di eventuali problemi tecnici o il trattamento di patologie.

Riferito ai problemi di vita connessi alla malattia e alla morte, il cordoglio anticipatorio è vissuto dalle persone ammalate, dai loro familiari, dalla prossimità (amici, colleghi, ecc.) e dagli operatori della salute.

Le cure palliative hanno un ruolo fondamentale nel progresso della conoscenza del cordoglio anticipatorio e l'attualità dell'argomento è confermata in varie occasioni di formazione professionale.

Le fasi attraversate nel tempo del cordoglio anticipatorio ricalcano le fasi che si risconteranno poi a perdita avvenuta, a conferma della continuità esperienziale tra il prima e il dopo lutto. Poiché è impossibile che malati, familiari e operatori attraversino le fasi in contemporaneità tra loro, spetta all'operatore ricercare la sincronizzazione possibile e la reciproca accettazione quando il sentire è diverso, ricordando che lo stress dovuto al peggioramento delle condizioni di vita e all'incombere della morte accentua le tensioni interne alla famiglia ed esterne, comprese quelle con gli operatori.

Il dialogo regolare con l'operatore rappresenta la ritualità capace di offrire un ritmo, una regola, un confine alle ansie, e un luogo di espressione del cordoglio. Si attenua anche lo stress che i familiari riversano sul malato. Quando un malato è seguito da servizi, centri, associazioni che si prendono cura di tutta la famiglia, anche i parenti sono seguiti, in caso diverso sono in difficoltà a fronteggiare il proprio cordoglio anticipatorio, perché raramente cercano e trovano nella prossimità spazi per la narrazione. A loro può essere offerta accoglienza con i colloqui, come per i dolenti. È probabile che un solo colloquio non sia sufficiente e che serva un accompagnamento per tutto il tempo in cui il cordoglio anticipatorio durerà. È difficile un invio a gruppi specifici di mutuo aiuto perché sono ancora rari. I colloqui possono divenire discontinui, quando le condizioni del malato decadono o precipitano, o le necessità assistenziali stressano i familiari.

È importante che le persone trovino modo di narrare, per prepararsi al lutto che verrà e per confrontarsi sugli strumenti utili per affrontare i problemi di vita pratici, emozionali, relazionali che comporta l'incombere della morte. Non c'è famiglia che possa passare indenne un grande cordoglio anticipatorio, senza ferite e senza sofferenze, senza crisi. A volte la fragilità della famiglia, se c'è o se si crea nel tempo, si manifesta a ridosso della fine, quando il tempo per prepararsi alla morte è drammaticamente ristretto.