

L'Ombra della morte: uno studio psicodiagnostico

Antonio Godino, Maria Rita Serio

INTRODUZIONE

Esistono molti modi per indagare sulle conseguenze immediate e prospettive degli eventi stressanti, sulla relazione fra la struttura dell'Io, il profilo della personalità e le difese che vengono messe in campo nell'affrontamento dei problemi (*coping*). Le storiche ricerche di Selye (1976) sugli eventi stressanti hanno introdotto il concetto di reazione allo stress trifasica, con la ormai classica distinzione fra attivazione primaria, fase di mantenimento cronico e fase di cedimento. A partire da questo primo modello sono state impostate numerose ricerche che si focalizzano sulla relazione fra risposta acuta e cronica, fra profilo della risposta dell'asse ipofisi-surrenalico e sommazione di eventi, fra la percezione soggettiva ed il danno a livello sia somatico che psichico, fra l'elaborazione personale dell'evento stressante ed il coping (Godino, 1984; Canestrai, Godino, 1997).

Un filone a parte è costituito dalle indagini relative alla percezione di sofferenza, alle immagini mentali che sono in relazione allo *stressor*, o evento stressante, in altre parole alle qualità soggettive dell'evento. Naturalmente risulta molto ampia e addirittura pletorica la letteratura di carattere clinico sui meccanismi di difesa dell'io di fronte ad eventi dolorosi e sulla elaborazione del lutto, inteso sia nella sua accezione integrale che di lutto parziale (Jaques, 1965; Vaillant, 1977; Bowlby, 1983; Broadbent, 1981.); ma un aspetto che è stato valorizzato solo di recente è costituito dalle ricerche differenziali di carattere oggettivo, condotte con strumenti psicometrici standard.

Questo studio, che non è stato del tutto completato, rappresenta un tentativo di diagnostica differenziale per evidenziare la qualità della relazione fra alcune variabili campionate (come età, sesso, scolarità, ambiente di vita, credo religioso) e lo stile di affrontamento della morte imminente in un ampio campione di soggetti in terapia oncologica (sia fisica che chirurgica), accomunati dalla conoscenza della gravità della prognosi.

Soggetti e metodo

Il presente studio è stato effettuato su un campione di 140 pazienti in trattamento chemioterapico, ha per oggetto l'osservazione di alcune modalità caratteristiche comportamentali ed emotive, in particolare della paura della morte, in relazione con la visione del mondo e la struttura della personalità.

Le variabili studiate sono state:

- 1 - l'età, (l'età adulto- giovanile, l'età matura, l'età senile).
- 2 - L'adesione o la non adesione ad un credo religioso.
- 3 - La scolarizzazione (bassa, medio-alta).
- 4 - La provenienza urbana o rurale.

Strumenti di indagine sono stati:

- a - un'intervista strutturata sui contenuti del pensiero, pensabilità della morte o del morire, presenza eventuale di modificazioni nelle condotte affettive, lavorative, familiari, presenza eventuale di sintomi psichici.
- b - Il test dello stato di ansia e dell'ansia come tratto (STAI).
- c - Un test di personalità: il 16 PF di Cattell.
- d - Audioregistrazione dei resoconti onirici.

I test sopraccitati sono stati somministrati secondo il seguente ordine di presentazione:

- 1) 16 PF di Cattell
- 2) S.T.A.I.
- 3) Intervista strutturata
- 4) audioregistrazione sogni onirici.

Sono stati testati 140 pazienti, 51 uomini e 89 uomini. 9 donne e 5 uomini tra i 20 e 40 anni.

42 donne e 24 uomini tra i 40 e 60 anni. 38 donne e 22 uomini tra i 60 e 80 anni.

Classi d'età	Sesso		Totale
	maschi	femmine	
20-40	5	9	14
40-60	24	42	66
60-80	22	38	60
Totale	51	89	140

Fig. 1

Composizione percentuale del campione secondo l'età.

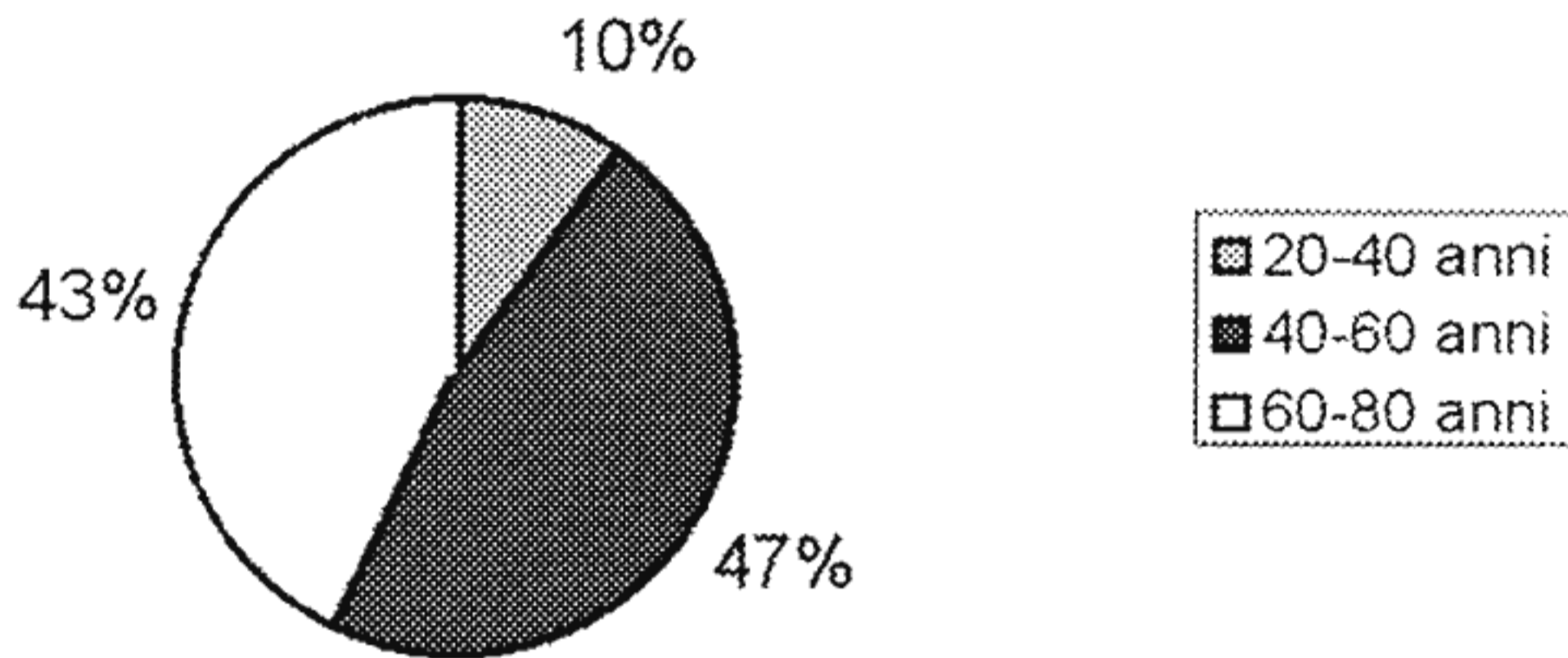


Fig.2

Composizione percentuale campione secondo la residenza.

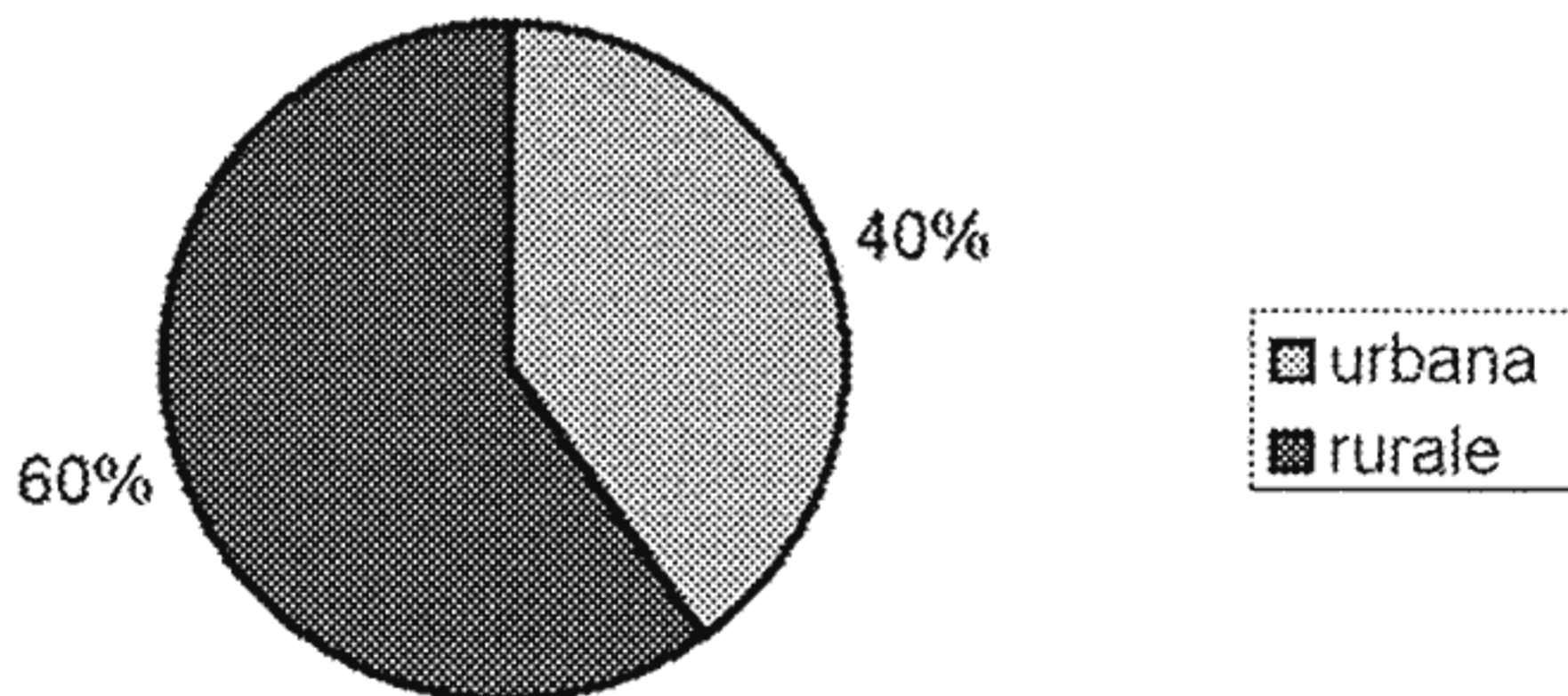


Fig. 3

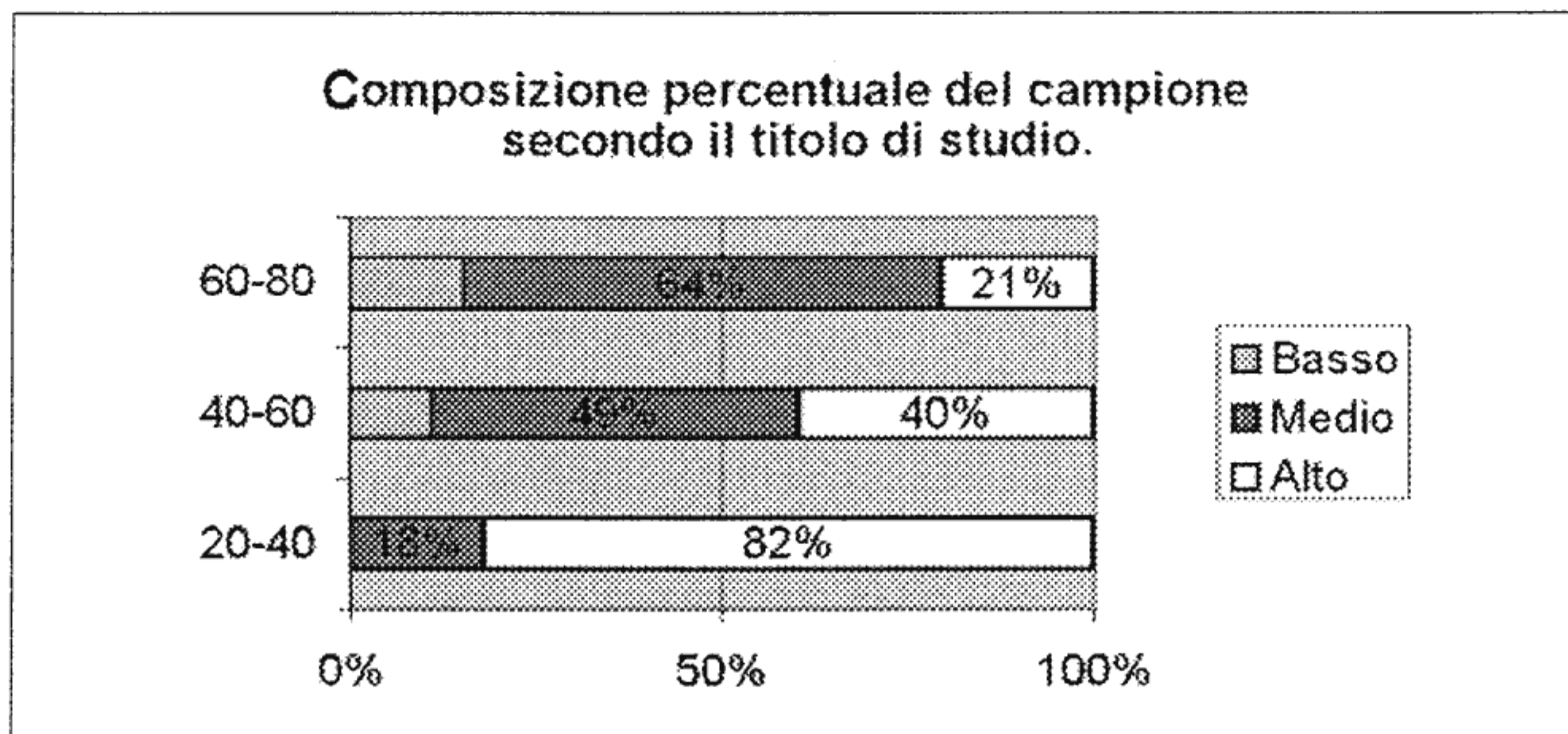


Fig. 4

Ansia di morte e cancro

La diagnosi di cancro è un evento catastrofico che irrompe improvvisamente nella vita della persona, alterandone ogni aspetto.

A differenza di quanto avviene in altre malattie, nei malati oncologici appaiono regolarmente turbe psicologiche legate all'ansia, soprattutto perché il primo pensiero di chi riceve una diagnosi di cancro è: "non mi rimane molto tempo da vivere".

Ma questo non ci deve indurre a pensare che l'oncologia sia una disciplina della medicina senza "speranza".

Come mostrano le statistiche dei registri dei tumori italiani, esistono diversi tumori ben curabili come il cancro del collo dell'utero, della tiroide, del testicolo, della vescica, il linfoma di Hodgkin, alcuni tumori della pelle, alcune forme di leucemia infantile (Mandelli, 1996).

Un caso a parte è rappresentato dal cancro alla mammella, dove grazie ad una diagnosi precoce si registra una sopravvivenza del 90% nei casi adeguatamente trattati (Veronesi, 1995).

Dunque l'equivalenza cancro-morte, alimentata dai mass-media, è in realtà inesatta, perché si riferisce solo ad una parte dei tumori, non a tutti.

L'ansia dunque può rappresentare, in oncologia, uno dei sintomi o il sintomo principale.

Appare utile precisare che riguardo alla variabile ansia, si è voluto individuare la quantità e il tipo. L'ansia di stato e l'ansia di tratto costituiscono le due forme precipue che andiamo ad analizzare.

L'ansia di stato (col.1) è un' ansia situazionale rispetto agli eventi, ossia è un indice delle modalità che il soggetto ha di reagire ad un evento nuovo, quale può rappresentare, appunto, il trattamento chemioterapico.

L'ansia di tratto (col.2), permette di cogliere delle caratteristiche stabili della personalità di un soggetto: le modalità di adattamento di un soggetto al trattamento chemioterapico, devono quindi necessariamente essere correlate e tale indice che ci informa circa la reazione individuale d'ansia come specifico tratto di personalità.

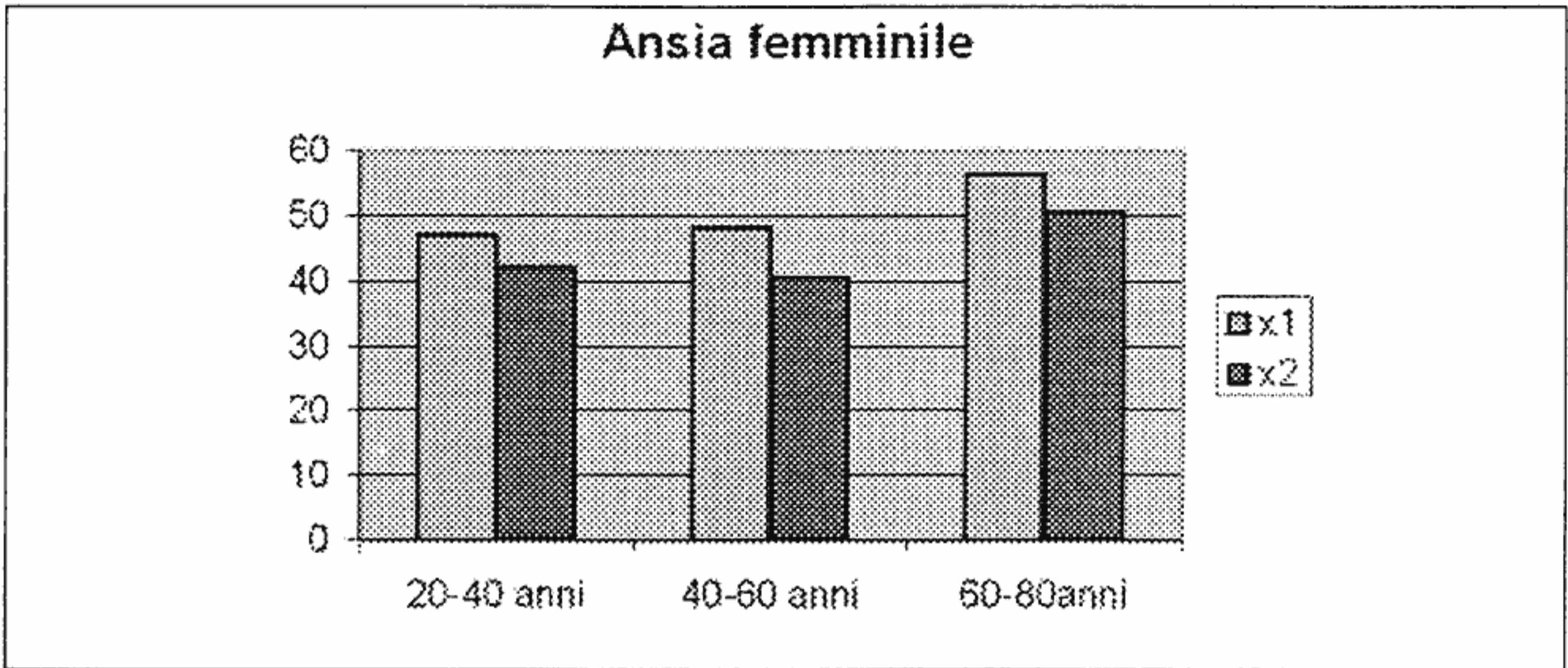


Fig. 5

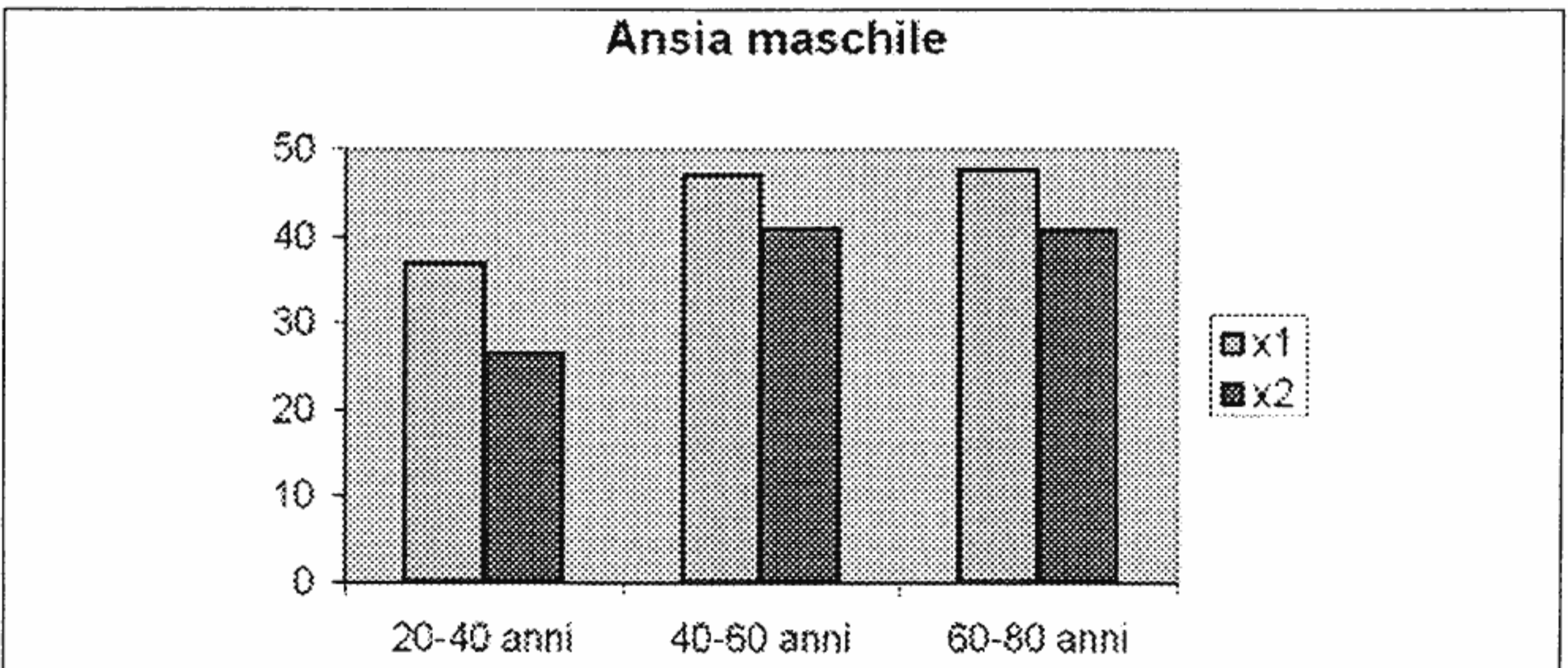


Fig. 6

Come si vede il livello di attivazione ansiosa (ansia di stato) è significativamente più alto rispetto al tratto, i valori in entrambe le scale mostrano una debole correlazione positiva col fattore età (che tuttavia è statisticamente significativa so-

lo per il fattore Tratto e nel confronto giovani/anziani di sesso maschile), la media dei valori femminili in entrambe le scale è tendenzialmente superiore a quella dei valori maschili, pur senza raggiungere la significatività statistica.

Personalità e stile di “coping”

Abbiamo delineato il profilo medio di personalità dei soggetti con il test 16PF di Cattell forma C. Questo test è composto da 16 scale bipolari, per le quali si è utilizzato il punteggio graduato da 1 a 10 (sten). Con 1 si indica la massima presenza del fattore polare di sinistra (per es. massima tranquillità) con il 10 il massimo del fattore polare di destra (per es. massima inquietudine). I profili medi al test 16 PF forma C sono stati comparati ed analizzati statisticamente in relazione alle variabili di gruppo dei campioni.

Fattori	Descrizione del punteggio basso	Standardizzazione in dieci punti (Sten)	Descrizione del punteggio alto
A	Distaccato, freddo (schizotimia)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Caldo, cordiale (Ciclotimia)
B	Superficiale, in intelligente (basso “g”)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Riflessivo, in intelligente (alto “g”)
C	Immaturato, labile (bassa forza dell’io)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Maturo, calmo (alta forza dell’io)
E	Deferente, mite (sottomissione)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Autoritario, aggressivo (dominanza)
F	Rigido, depresso (desurgenza)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Adattabile, vivace (surgenza)
G	Incostante, volubile (bassa forza super-io)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Scrupoloso, perseverante (alta forma super-io)
H	Timido, impacciato (threctia)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Disinvolto, intraprendente (parnia)
I	Duro, realista (harria)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Delicato, immaginativo (premia)
I.	Fiducioso, tollerante (distensione int.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Diffidente, sospettoso (protensione)
M	Convenzionale, pratico (praxernia)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Anticonformista, astratto (autia)
N	Ingenuo, sprovvaduto (semplicità)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Accorto, snaliziato (sofisticazione)
O	Tranquillo, sicuro (sicurezza)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Turbato, inquieto (insicurezza)
Q1	Conservatore, tradizionalista (conservatorismo)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sperimentale, critico (radicalismo)
Q2	Dipendente, imitativo (eteronomia)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Autosufficiente, indipendente (autonomia)
Q3	Indolente, incontrollato (bassa integraz.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Teso, irritabile (alta tensione energica)
Q4	Indolente, placido (bassa tensione energica)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Teso, irritabile (alta tensione ergica)

Fig.7 Foglio dei risultati del test di personalità “16 pf-forma-C”

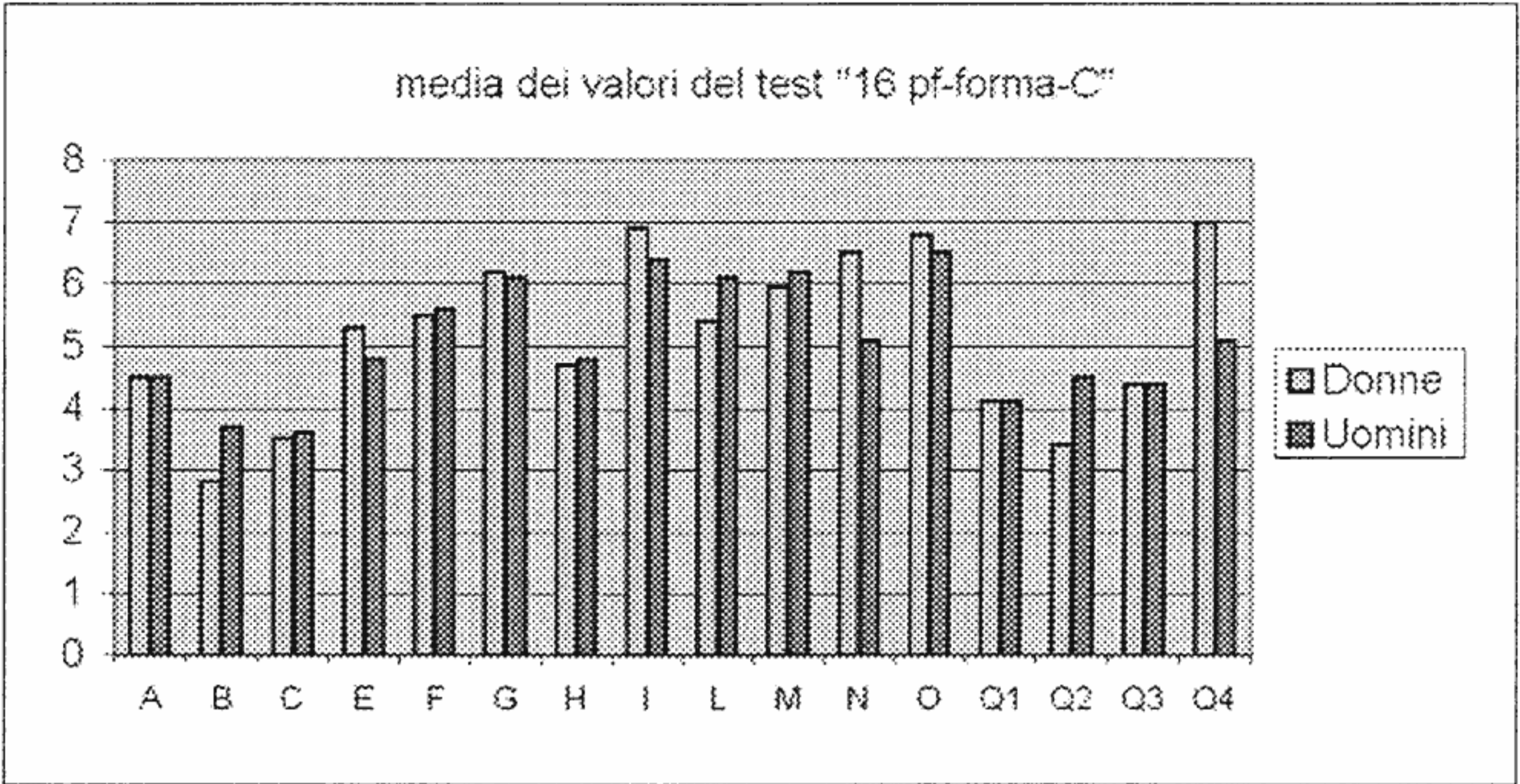


Fig. 8

I profili medi sono ampiamente sovrapponibili, con la sola eccezione dei fattori B, N e Q4.

L'unica differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$) riguarda il fattore Q4, il quale peraltro è in diretta relazione con l'attivazione ansiosa. Molto rilevanti, statisticamente significative e numerose le differenze di profilo per il fattore età (fig 9 e 10).

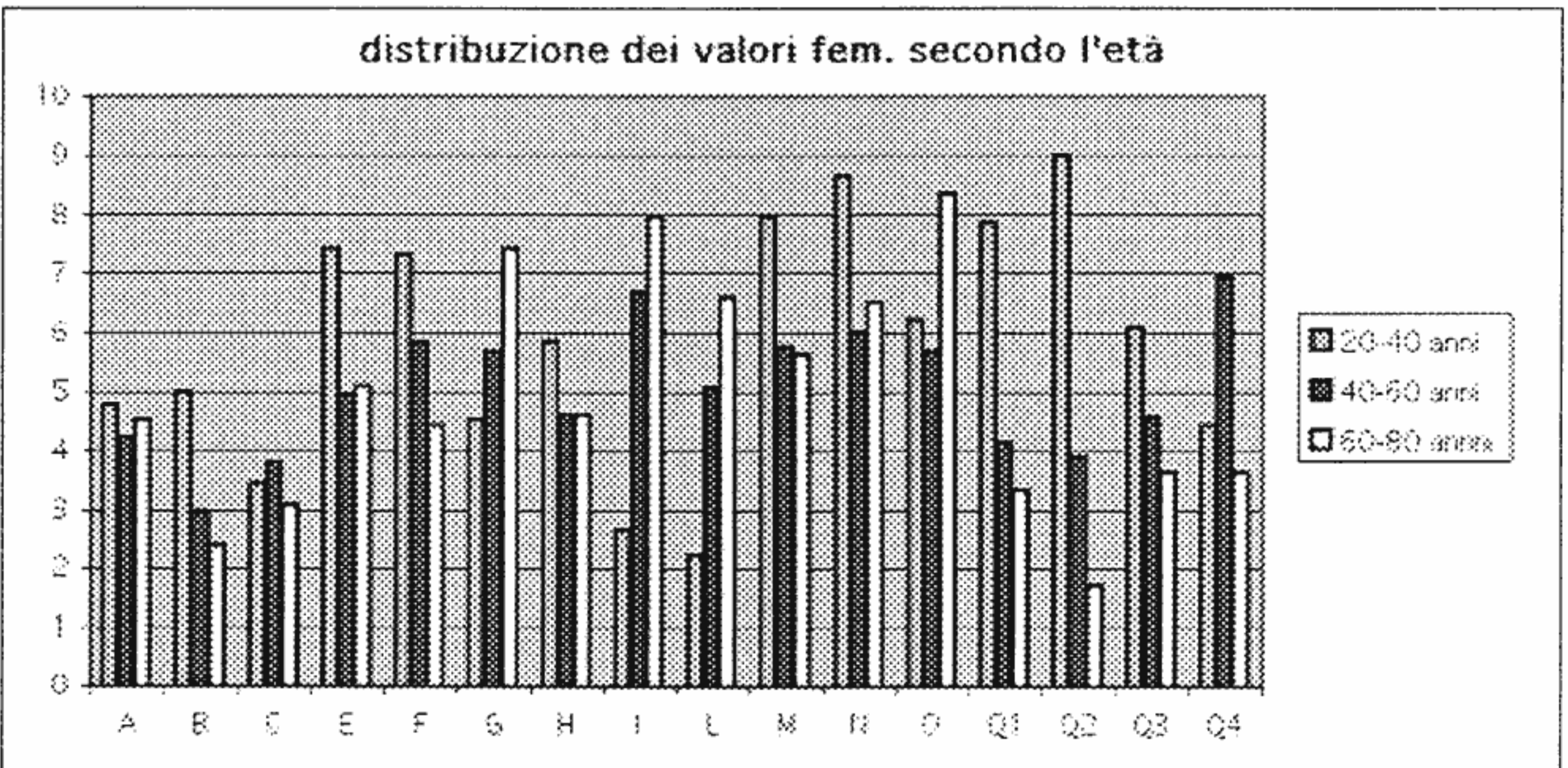


Fig. 9

Come si evince dal grafico (fig. 9) il campione di età femminile che va dai 20 ai 40 anni presenta delle differenze statisticamente significative per i fattori B, E, F, M, N, Q1, Q3 ed in maniera particolare per il fattore Q2. Per il campione di età che va dai 40 ai 60 anni l'unica differenza statisticamente significativa riguarda il fattore Q4; mentre per il campione di età che va dai 60 agli 80 anni presenta delle differenze per quanto riguarda i fattori G, I, L e in maniera particolare il fattore O.

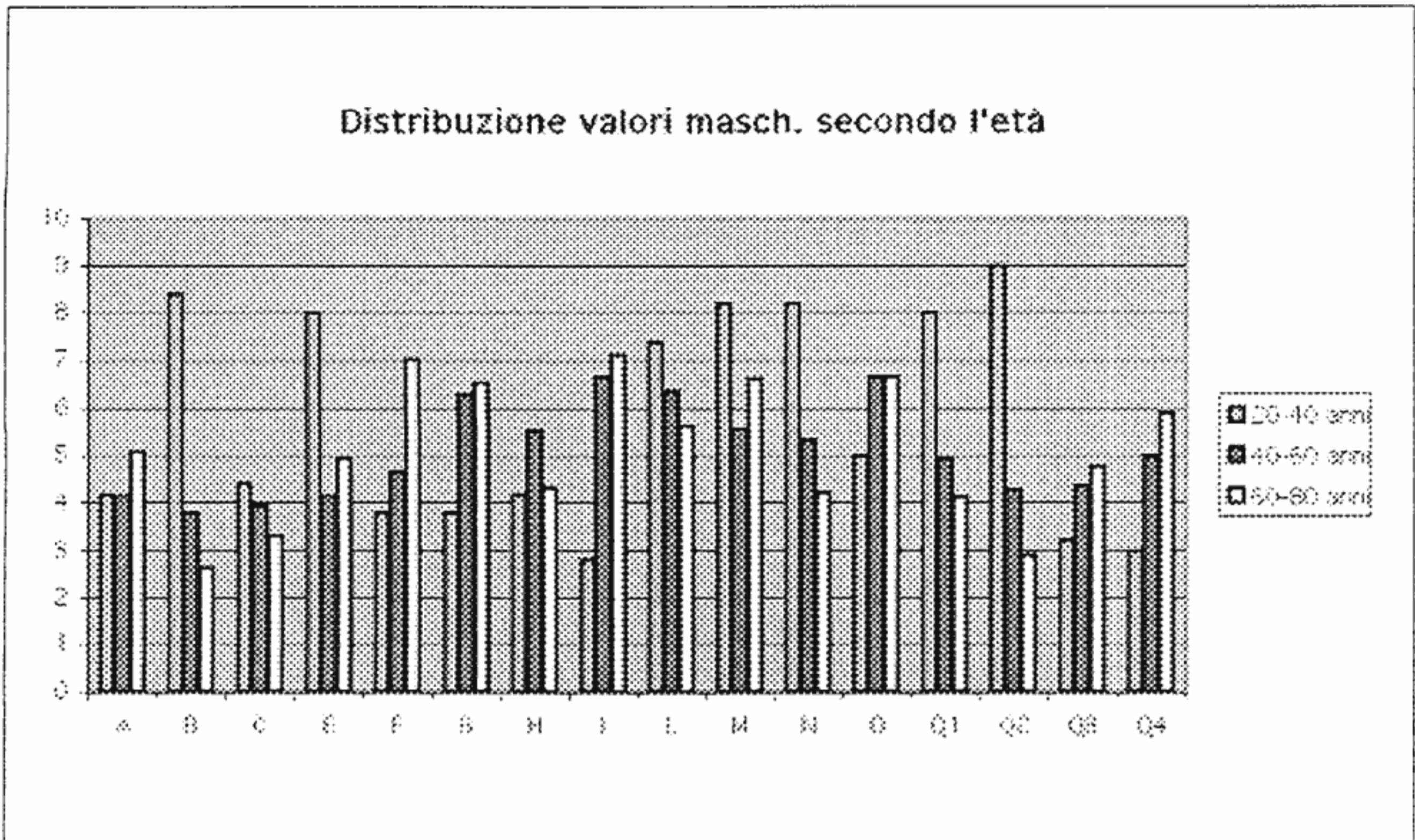


Fig. 10.

La fig. 10 ci presenta invece i valori maschili distribuiti sempre per fascia di età. Nella prima, cioè nel campione di età che va dai 20 ai 40 anni, abbiamo delle differenze statisticamente significative per quanto riguarda i fattori B, E, M, N, Q1, Q2. Per il campione di età che va dai 40 ai 60 anni, dobbiamo evidenziare un'unica differenza che si presenta per il fattore H. Per il campione di età che va dai 60 agli 80 anni una differenza significativa la troviamo per quanto riguarda il valore F.

La fig. 11 e la fig. 12 forniscono una misura della rilevanza chiara del fattore istruzione, anche se l'analisi di significatività per il livello alto nei soggetti anziani non può essere condotta per via della bassa numerosità della cella.

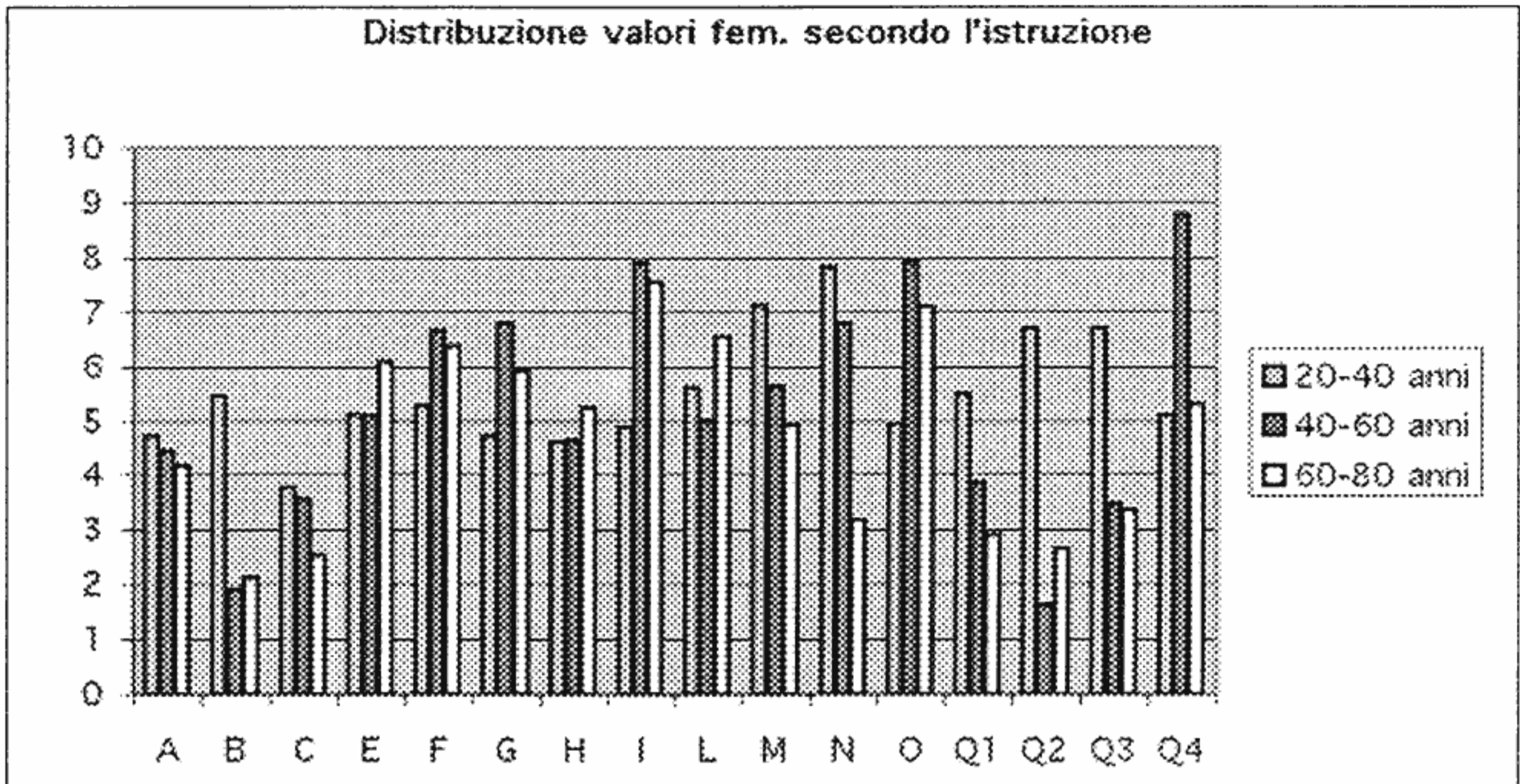


Fig. 11.

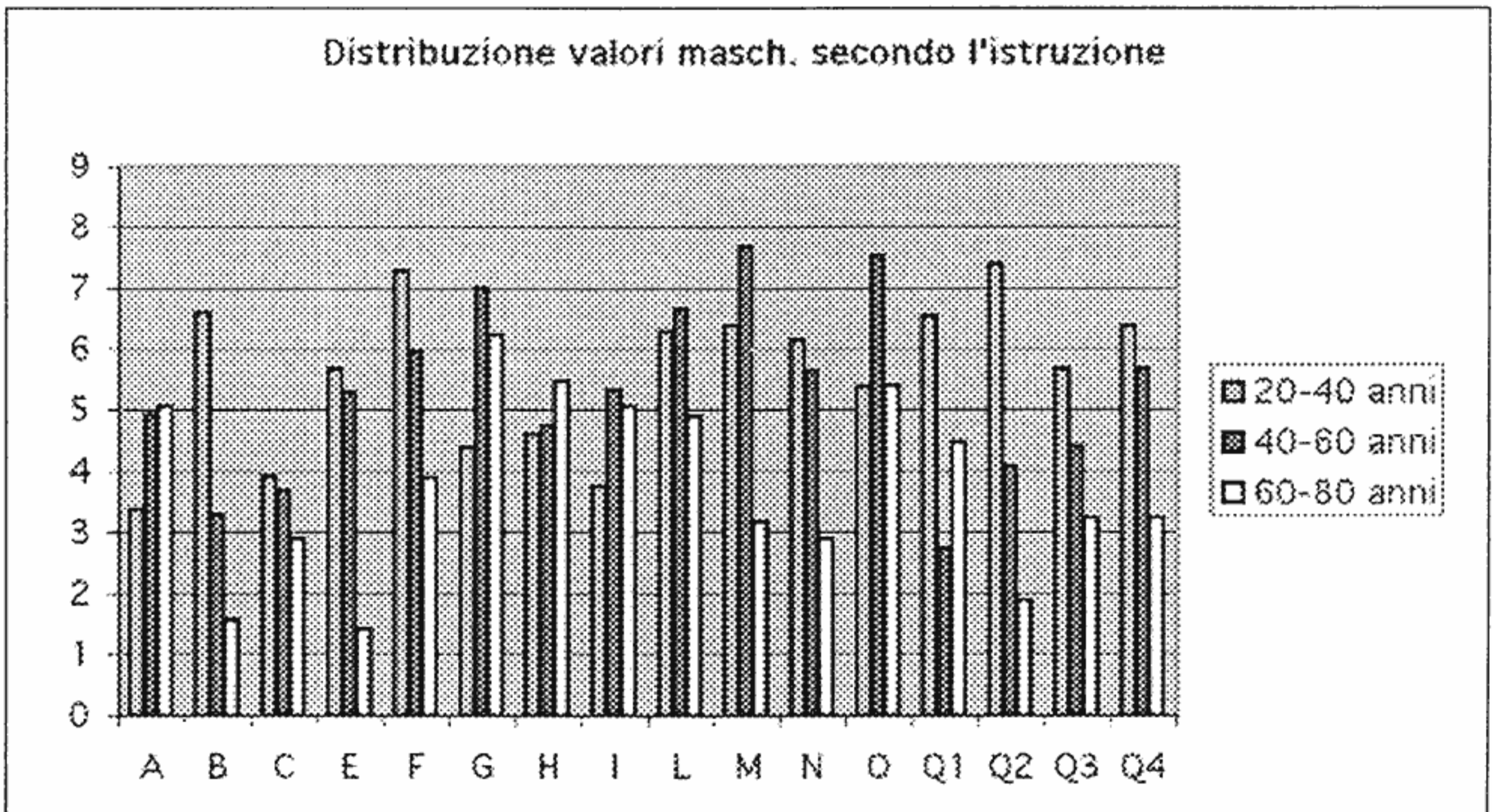


Fig. 12.

Le difese dell'io

La patologia tumorale, per il suo carattere di gravità e di cronicità può avere un effetto sconvolgente sulla vita del paziente e sulla sua famiglia.

Un ampio settore di ricerca clinica ha descritto la reazione emotiva alla malattia come una alterazione psicopatologica più o meno inconscia.

Questa alterazione psicopatologica è stata definita per la sua specificità “sindrome psiconeoplastica”(Guarino,1992). Essa è formata da un insieme di dinamiche psico-affettive attivate dalla diagnosi di cancro. La sua intensità dipende dalla personalità del soggetto, dall'età e dalle esperienze pregresse, dall'ambiente con cui si relaziona, dal tipo di tumore diagnostico e dall'organo colpito.

I sintomi psicopatologici sono:

- Paura che il dolore o gli altri sintomi possano divenire incontrollabile;
- paura di morire;
- paura di perdere l'autocontrollo mentale e/o fisico;
- paura di essere respinti o rifiutati;
- paura di perdere il proprio ruolo in famiglia;
- preoccupazione di sentirsi un peso eccessivo per la famiglia;
- dubbi sulla capacità di mantenere un ruolo attivo nei legami affettivi e sessuali;
- ostilità e aggressività verso l'ambiente circostante;
- senso di colpa, di invidia, di ingiustizia;
- senso di impotenza nei confronti della malattia

Elisabeth Kübler-Ross, una psichiatra svizzera che ha lavorato negli Stati Uniti per molti anni con malati terminali, con grande semplicità ha illustrato le principali fasi che attraversa l'ammalato quando la malattia assume uno sviluppo cronico e irreversibile:

- 1) la negazione
- 2) la rabbia
- 3) il patteggiamento
- 4) la depressione
- 5) l'accettazione

Ovviamente queste fasi non si manifestano in una sequenza fissa, ma si sviluppano in accordo con le reazioni dell'ambiente in cui vive il paziente (Kübler-Ross) .

La prima fase, caratterizzata dalla negazione, è quella che usualmente si presenta come immediatamente successiva alla diagnosi. Ora la morte non è più vista come una “spada di Damocle” ed un dubbio astratto ma come una certezza. Il paziente, per proteggersi da questa consapevolezza troppo dolorosa, reagisce negando la realtà che non è preparato ad affrontare.

Nella seconda fase emerge la rabbia. E' una fase di turbamento profondo e di conflitto, nella quale la domanda centrale è: “ *perché proprio io?*”. A livello inconscio tende a stabilirsi l'equazione malattia=sfortuna=punizione. La collera investe tutti, dal destino alla società, ma generalmente a farne le spese è soprat-

tutto chi sta più vicino, chi si ama di più, perché si pensa che questo affetto sarà tradito. Il paziente passa subitaneamente da un vissuto di accasciamento ad uno di rabbia impotente. Sovente egli prova sentimenti, inconfessabili e celati, di rabbia e di invidia verso le persone sane.

La terza fase, quella del patteggiamento, subentra quando la realtà della malattia ha cominciato ad essere in parte accettata. Si tenta il compromesso col fatto e con Dio, con i medici o con il destino. Si baratta tutto, dai giorni di vita al sollievo dal dolore. Se non è possibile ottenere una guarigione, si spera almeno di aggiungere un po' di tempo alla propria vita.

La quarta fase è quella della depressione. E' una depressione preparatoria, si riferisce al dolore per l'ultima separazione da questo mondo: dalle persone care, dalla propria vita, agli oggetti cari. Paura dell'ignoto, di quello che lo aspetterà dopo la morte, paura di essere abbandonato.

L'ultima fase è quella dell'accettazione. In questa fase non c'è più sgomento né rabbia, né depressione, ma solo un profondo bisogno e desiderio di pace.

E' questo che la Kübler-Ross indica come obiettivo da raggiungere da parte di coloro che assistono il malato.

Sicuramente in ciò sono favoriti coloro che credono in una vita ultraterrena. Hanno difficoltà di accettazione invece coloro che non hanno ancora realizzato qualcosa o che non hanno ancora raggiunto un obiettivo, o coloro che non credono in una vita ultraterrena.

La presenza di Dio

L'intervista strutturata è composta da 10 domande, suddivise in diverse aree tematiche: dall'idea di Dio, alla fede, all'idea di morire, alle variazioni affettive sia in campo familiare che lavorativo, alla paura di soffrire.

Dall'analisi del contenuto delle risposte dei pazienti all'intervista, è emerso che il 96% dei pazienti afferma di essere credente. Sappiamo che la maggior parte delle persone credenti è aiutata dalla fede, ma una piccolissima percentuale perde la fede dopo essersi ammalata, si sente abbandonata da Dio e non riesce a darsi una ragione della propria sofferenza, della propria malattia. In altri casi ancora la malattia diventa, al contrario, l'occasione per avvicinarsi a Dio e alla fede religiosa. I soggetti del nostro campione non fanno eccezione e le loro reazioni di fronte alla malattia paiono articolate esattamente attraverso queste tre possibilità, seppure con proporzioni molto ineguali.

Avvertono Dio come un Padre che ama i propri figli. Si rivolgono a Lui per chiedere aiuto soprattutto nei momenti più difficili della propria vita. Avvertono la presenza di Dio al loro fianco e ritengono che, comunque, tutto quello che avviene nella vita rientra in un disegno che Dio ha creato per ognuno di noi.

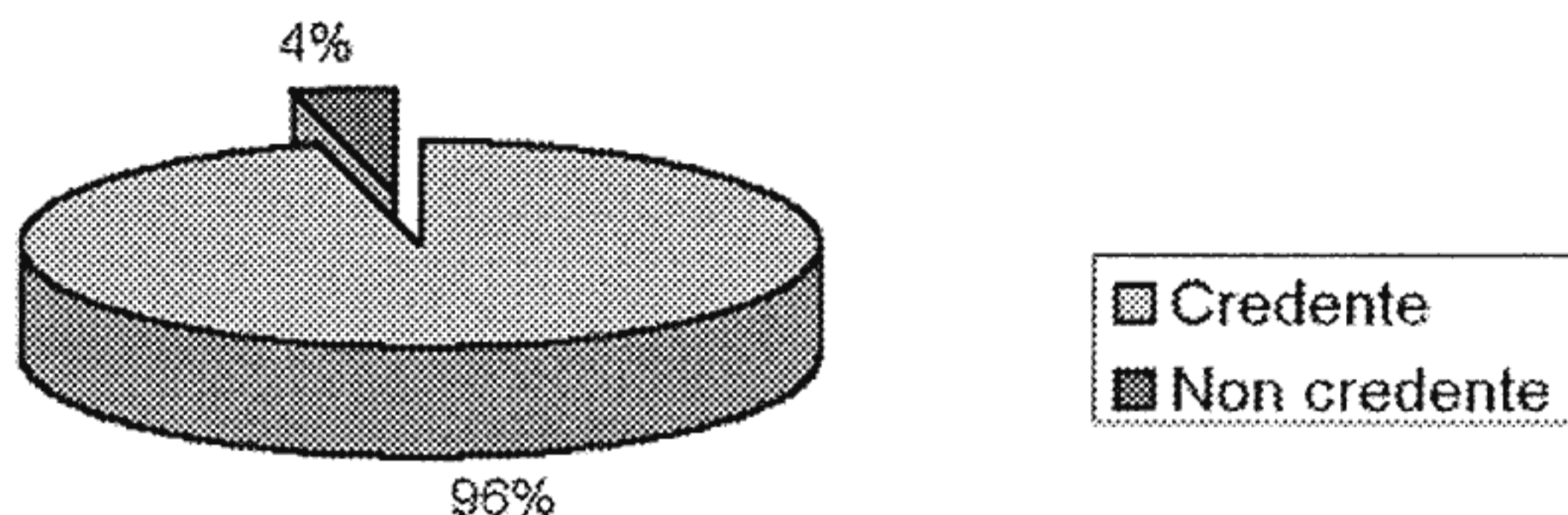
Composizione percentuale secondo la religione

Fig. 13.

In riferimento alla fede, non ci sono grandi variazioni fra i soggetti, che nel complesso sono molto d'accordo nel vedere la Chiesa come una continuazione della missione di Cristo e nel ritenere che in una società moderna come la nostra ci sia ancora bisogno della Chiesa.

L'idea di dover morire sembra emotivamente depotenziata ed astratta, mentre la cosa che spaventa di più è la sofferenza.

Nei soggetti studiati quasi sempre ritroviamo, difatti, la paura di morire con sofferenza, questa paura li porta in alcuni rari casi a richiedere anticipatamente la morte. Le pessime condizioni fisiche e l'essere dipendente dagli altri inducono inevitabilmente nella mente del malato, un profondo senso di impotenza ed inutilità. Va tuttavia detto che questo "desiderio" ha la forma di un auspicio astratto e prospettico (espresso nel momento in cui il soggetto è portato a riflettere sulle prospettive future) e solo in due casi sembra corrispondere ad un vero progetto o intenzione di chiedere una eutanasia attiva.

Come è noto, lo stesso Freud stipulò un accordo con il proprio medico, per porre fine alla sua vita nel momento in cui il dolore fisico, mentale e relazionale legato all'evolversi della malattia che lo aveva colpito (un osteosarcoma mandibolare) gli avesse impedito di lavorare. Questa posizione freudiana sembra condivisa da diverse persone che vivono un'analogha condizione clinica, ma di norma non viene espressa quale richiesta di eutanasia attiva.

Quanto più è carico di dolore il percorso di un malato di tumore, segnato da innumerevoli terapie, dalla perdita progressiva dell'autonomia, dalla totale dipendenza degli altri, dal progressivo decadimento fisico, tanto più incombe la paura della morte. E' la consapevolezza dell'approssimarsi di questo evento ciò

che provoca il dolore più intenso, il dolore dell'animo, più opprimente dello stesso dolore del corpo.

E' la sofferenza dettata dalla perdita di speranza, quella stessa sofferenza che nell'orto del Getsemani che ha fatto esclamare a Gesù: *"Padre, se puoi, allontanati da me questo calice"*. E' stato, questo, forse il momento più intenso della sofferenza di Cristo-uomo, ancor più della stessa sofferenza fisica a cui sarebbe andato ben presto incontro. Egli era di fronte alla morte ed in quel momento espresse totalmente la fragilità della natura umana. Come ogni uomo che sta per lasciare la sua vita, il suo bene supremo e tutto quanto la vita ha rappresentato ed ancora può rappresentare. La vede scorrere come un film. I sogni, le speranze, le gioie ed i momenti tristi, gli affetti, le cose realizzate e quelle incompiute; in questi momenti e pensieri l'uomo è solo di fronte all'evento. Anche Gesù era rimasto solo, i discepoli si erano addormentati. Sentirsi soli ed abbandonati è la paura che ogni ammalato sente maggiormente. Vorrebbe vivere vicino ai suoi cari, alle persone che ama di più. Non vorrebbe mai essere lasciato solo, nemmeno per pochi istanti.

Il malato ha bisogno di poter parlare con qualcuno che ascolti quello che sta vivendo. Vuole vivere nella sua casa, circondato dagli oggetti, dalle cose, dagli odori che richiamano alla sua mente una vita passata: trovarsi in un ambiente diverso dal suo, come quello di un ospedale, viene vissuto come un allontanamento dal proprio mondo affettivo, diventando quindi un ulteriore conto da pagare al proprio destino.

E' una deprivazione umana che, inevitabilmente, accentua la sensazione di solitudine.

Così annota Dacia Maraini in un articolo sul Corriere della sera: *"un malato anche un secolo fa moriva tra i parenti, con i figli ed i nipoti accanto. Parlava fino all'ultimo, rispettato ed ascoltato."*

Diceva pubblicamente le sue volontà, veniva confortato da mani amiche e moriva, spesso, nello stesso letto in cui era nato. Mia sorella Yuki, dopo essere stata operata, chiedeva insistentemente di tornare a casa, oggi mi sembra orribile che non le abbiamo dato retta. Ma noi ragionavamo, noi pensavamo che senza le macchine di un ospedale non ce l'avrebbe fatta. La vicinanza del reparto di rianimazione, la bombola dell'ossigeno, l'ago dell'ipodermoclisi ci sembravano necessarie alla sua sopravvivenza. E invece no, se n'è andata lo stesso. Probabilmente lei sentiva che non ce l'avrebbe fatta e chiedeva di morire a casa sua, tra le persone conosciute e affettuose. Mi sembra terribile non averla accontentata. Le chiedo perdono per non averlo capito".

Le variazioni affettive in questo momento particolare della loro vita sono tutte in positivo. Sono più affettuosi, premurosi, più presenti e questo si verifica anche nell'ambiente lavorativo.

Il malato ha bisogno di dialogare con i sanitari e con i familiari in modo chiaro ed aperto.

Può voler sapere la verità, ma forse non tutta. Può voler sapere la gravità della situazione ma non in maniera diretta, esplicita.

Prendersi cura della persona vuol dire anche saper leggere i bisogni emotivi inespressi e tentare di rispondere ad essi. Per questi malati sia che vengono informati sulla gravità della loro condizione, sia che lo sospettino in base ai sintomi, è fondamentale trovare un senso ed un significato più profondo alla loro esistenza. Saperli ascoltare nei loro bisogni di uomini, oltre che di malati.

Il problema di come e quanto informare il malato di cancro è un argomento molto complesso. La condizione che la diagnosi di cancro equivallesse ad una storia di sofferenza e di morte ha fatto sì che per molto tempo i medici ed i familiari preferissero negare al paziente qualsiasi tipo di informazione. Questo atteggiamento protettivo verso il malato innescava un gioco di silenzi e di bugie nelle quali si perdeva l'occasione di costruire un rapporto costruttivo. Le cose non dette, le emozioni non espresse, irrigidiscono i rapporti, li popolano di fantasmi.

Attualmente la tendenza è quella di fornire, seppure in modo graduale, tutte le informazioni possibili. Il malato, d'altra parte, ha il diritto di sapere tutto ciò che lo riguarda. In ogni caso bisogna sempre essere attenti alla reale volontà dei malati: cercare di capire se vogliono realmente sapere la vera diagnosi oppure no, e in questo caso comprendere e rispettare questa volontà.

Il paziente, indipendentemente dalla prognosi medica, intuisce quando la morte è vicina. Da qui la necessità di utilizzare l'ansia dell'incertezza, come una funzione difensiva nei confronti dell'angoscia della morte.

Dunque sì "sa". Ma quel che conta, in fondo, non è che il malato sappia o no, quanto che nasconda di sapere a se stesso e agli altri. Questa situazione è stata descritta con grande umanità da Tolstoj nel romanzo la morte di Ivan Il'ic. In questo racconto un personaggio apparentemente mediocre e senza profilo scopre dopo un banale incidente di essere affetto da una malattia mortale: *"Ivan Il'ic vedeva che stava morendo ed era in preda ad una continua disperazione. In fondo all'anima sapeva che stava morendo (...) Il principale tormento di Ivan Il'ic era la menzogna-la menzogna chissà perché adottata da tutti- che lui fosse soltanto malato, non già sulla via di morire...(...) Era questa menzogna a tormentarlo, era il fatto che non volessero riconoscere quello che tutti sapevano e che anche lui sapeva, ma mentissero invece sulla sua orribile condizione e costringessero anche lui ad aver parte della menzogna. (...) parecchie volte quando loro venivano a contargli le loro storielle, era stato ad un pelo dal gridare: smettetela di mentire, voi sapete benissimo, come lo so io, che sto morendo, perciò smettetela almeno di mentire. Ma non aveva mai il coraggio di farlo."*

Ma qual è il coraggio di cui avrebbe bisogno il malato? Cosa lo porta a mentire a se stesso, a non credere a quello che vede, sente, pensa?

La malattia, la morte, e soprattutto il morire non si possono dire, vanno ancor prima che negati, taciuti. Come molti autori hanno evidenziato, nella mo-

derna cultura occidentale, questi eventi naturali, come la morte sono stati negati, rimossi dalla coscienza individuale e collettiva.

“la morte è divenuta l’innominabile. Ormai tutto avviene come se né io, né tu, né quelli che mi sono cari, fossimo più mortali.”

Le immagini della fine

Jung nel lavoro “Anima e morte” del 1934 afferma che la psiche, nell’imminenza della morte, sembra offrire, in maniera particolare nelle rappresentazioni oniriche, la possibilità di avvicinarsi ed accogliere la propria morte.

Nella visione junghiana i sogni particolarmente quelli che compaiono nei momenti cruciali della vita, mostrano gli strati psichici più profondi.

Il loro linguaggio può costituire allora una fonte preziosa di riflessione sul mondo in cui, attraverso di essi, l’inconscio sembra volerci introdurre nella morte e nel morire.

I sogni raccolti dei malati oncologici, in trattamento chemioterapico si possono dividere in sette tematiche ricorrenti:

- 1) sognare di volare
- 2) sognare di essere denudati, privati di tutto, paralizzati, ciechi.
- 3) sognare conoscenti defunti che danno conforto, cibo, dolci.
- 4) sognare che bruci la propria casa, sognare un paesaggio desertificato, spaesamento.
- 5) sognare genitori, parenti defunti che tacciono, o dicono di seguirli.
- 6) sognare la morte del proprio coniuge, dei figli, di se stesso.
- 7) sognare satana, uno scheletro, la morte in persona.

La tematica del volare è un’immagine frequente nei sogni onirici dei malati gravi. Diversi sono i pazienti che raccontano di sognare, di librarsi nel vuoto come gabbiani, di volare verso lo spazio, di raggiungere le nuvole ed adagiarsi su di esse. Forse il volo può rappresentare un atto liberatorio.

Alcuni sognano di essere privati di tutto, di essere immobilizzati, il sogno più frequente è quello di sognare se stessi che dormono e quando si risvegliano (sempre nel sogno) di essere bloccati, di non potersi muovere. Questo tipo di sogno, generalmente lo fa chi sta vivendo un momento della vita assolutamente non positivo.

L’occhio, l’organo della funzione visiva, è considerato simbolo della conoscenza, è l’organo della luce. Sognare di diventare ciechi vuol dire che si va incontro ad una catastrofe (Godino, 1999). Possiamo portare l’es. di Giovanni, 65 anni, che ci racconta: “ ho sognato di dormire, al mio risveglio non vedevo più, ero diventato cieco. La paura è stata così grande, che il risveglio è stato brusco, e per accertarmi che nella realtà non ho perso veramente la vista ho svegliato mia moglie”.

La casa ha rappresentato da sempre il corpo del sognatore, dunque una casa che bruci vuole alludere allo “sfaldamento” del corpo. Diversi sono i sogni in cui i pazienti ci raccontano di vedere la propria casa in fiamme, o di essere all’interno e improvvisamente essere avvolti dalle fiamme. Alcune volte si sognano paesaggi desertificati come il sogno di Angela, 51 anni, che ci racconta: “ho sognato di partire per Bologna e raggiungere mio figlio che lavora lì. Avevo preparato tante cose, una focaccia, pasta, una crostata. Ci siamo messi in viaggio con mio marito, dopo aver preso l’autostrada ho visto un paesaggio diverso, tutto era arido, senza alberi, come se accanto ci fosse solo deserto.

Sognare un paesaggio alberato è un sogno positivo. L’albero simboleggia la forza vitale: carico di foglie o di frutta è un segno di prosperità. Al contrario sognare un paesaggio desertificato è un sogno decisamente negativo, in quanto strettamente collegato a solitudine, desolazione e morte.

Moltissimi sono i casi in cui si sognano dei defunti.

Sognare un defunto è un segno funesto, peggio se nel sogno si riceve qualcosa in dono (Vinella,1990), alcuni ci raccontano di ricevere in dono della cioccolata, questo soprattutto nei sogni femminili, altri ci raccontano di sognare un proprio caro, in maniera particolare i propri genitori, o il proprio coniuge defunto oppure una persona amica, come nel sogno di Maria, che ci racconta: “sogno sempre una mia vicina di casa, defunta, a cui ero molto legata, con cui dividevo gran parte della giornata: entra in cucina dove io preparo il pranzo, e mi dice: Maria non ti affaticare vieni con me! Questo sogno per me è diventato un incubo, perché la mia vicina di casa aveva come me un tumore al seno.”

Sognare uno scheletro, dunque qualcosa di inanimato significa che in noi è forte e persistente il timore di morire e appunto sognarlo ne è la prova evidente. Tanti i sogni in merito, come quello di Nico, 49 anni, “ ho sognato di essere a casa mia, ma in realtà vi erano delle stanze nuove dei mobili nuovi, meravigliato ho iniziato ad esplorare questa casa, mi sono avvicinato a prendere qualche libro quando mi sono accorto che la libreria improvvisamente si è aperta e davanti una porta, sono entrato in questa sorta di passaggio segreto e davanti a me scheletri di esseri umani, spaventato mi sono svegliato.

Comunque queste sono interpretazioni statiche. Il simbolismo onirico, nell’esperienza junghiana, risulta molto individuale. Come afferma Marie-Louise Von Franz “ i sogni sono prodotti da un individuo particolare, sono esclusivi di quell’individuo” (M.L. Von Franz 1990).

Conclusioni

Secondo una delle etimologie più accreditate il termine paura (dal latino *pavor*) significa “battere il terreno per livellarlo”. L’aver paura è dunque la conse-

guenza dell'esser battuto. Abbiamo più paura di essere "battuti" dal dolore che dalla morte stessa.

L'idea di non esserci più non ci ripugna tanto, quanto arrivare a quel "capolinea" dopo una lotta sovrumana contro gli spasmi e i contorcimenti della malattia.

Abbiamo visto disegnato, negli sguardi di tanti malati, la paura della sofferenza.

Abbiamo visto la morte disegnata sui volti sfiniti di persone che non avevano più la forza e il coraggio di lottare.

Abbiamo letto, nei silenzi di questi ammalati, la consapevolezza di essere soli, nell'affrontare un nemico che usa "le armi migliori" contro un fisico ormai stremato.

Abbiamo visto la disperazione nelle parole di chi sa di non avere più futuro, e vive l'oggi con la fretta bramata di chi non ha più domani.

Abbiamo toccato le mani di chi ormai è affacciato alla finestra "dell'ultimo tramonto".

Il senso di impotenza è infinito!

Non si può non aver paura della morte. La morte è qualcosa che avviene al termine di una lotta, e l'esito di questa lotta è una sconfitta.

Il problema non è di rimuovere la paura della morte ma di combattere questa lotta contro la morte.

C'è una sola forza che è altrettanto forte quanto la morte ed è l'amore.

Come dice il Cantico dei Cantici: *"l'amore è forte come la morte"*.

Se noi riusciamo a mettere in contrapposizione l'amore e la morte possiamo affrontare il problema della morte, che non vuol dire minimizzarlo, ma vuol dire cominciare a vincere la morte, e la morte è vinta ogni qual volta che non le si lascia l'ultima parola, ogni qual volta che in forza di questo amore si può pensare alla Risurrezione. La Risurrezione è la rivincita della vita sulla morte.

Come raggiungere tutto questo, ci viene fondamentalmente insegnato dai pazienti. La maggior parte dei pazienti considera la presenza, l'esserci, come una insostituibile sorgente di amore. In particolare avere il tempo necessario per stare insieme, per essere ascoltati e per parlare, è il bisogno espresso dalla quasi totalità dei pazienti. In questo senso il calore, il percepire nei gesti e nel modo in cui il proprio corpo viene toccato e accarezzato, un reale desiderio di aiutare e di accudire, ne rappresentano gli elementi principali.

Ricordiamo un paziente, afflitto da un cancro le cui metastasi si erano diffuse in tutto il corpo, lui non accennava mai al suo male, e quando andavamo in ospedale, lo andavamo a salutare, l'unica cosa di cui voleva parlarci era sua moglie. *"mia moglie, Anna, mia moglie"*, si lamentava. *"E' così fredda, non mi dà mai un bacio, non mi tiene mai la mano, non mi abbraccia mai. E' una brava donna, intelligente, ma non mi ama più è fredda"*.

Quando incontrammo la moglie, ci siamo resi conto che ciò che il marito andava dicendo di lei non era affatto vero. Al contrario la donna, sapeva essere dolce ed affettuosa, amava suo marito ma si comportava così perché non voleva che il marito capisse il suo dolore, ma reagendo in quel modo, lo privava di quell'unico sentimento, l'amore, che avrebbe dato un senso alla sua vita, e alla sua sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

- Anastasi A., *I test psicologici*, Franco Angeli editore, Milano, 1973.
Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, 3 voll., Boringheri, Torino, 1983.
Broadbent D.E., *Decisione e stress*, Franco Angeli, Milano, 1981.
Campione F., *Assistenza psicologica del malato grave*, Patron, Bologna, 1986.
Canestrari R., Godino A., *Trattato di psicologia*, Clueb, Bologna, 1997.
Costantini A., Grassi L., Biondi M., *Psicologia e tumori*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.
De Hennezel M., *La morte amica*, Rizzoli, Milano, 1996.
Devoto G., *Dizionario etimologico*, Mondolibri, Milano, 1968.
Frenk T., Fromm E., *I sogni*, Ubaldini editore, Roma, 1970.
Godino A., *Problemi psicologici della terza età*, Cappelli, Bologna, 1984.
Godino A., *Sogni. Viaggio nell'ombra*, Clueb, Bologna, 1999.
Guarini A., Ravenna A., *Eventi traumatici di tipo somatico: la diagnosi di cancro*, ed.Lavoro, 1992.
Gutheil E., *Manuale per l'analisi del sogno*, Astrolabio, Roma, 1972.
Jaques E., *Death and the mid-life crisis*, International Journal of Psychoanalysis, 46, 502-514, 1965.
Jomain C., *Vivere l'ultimo istante*, Edizione Paoline, Roma, 1976.
Jung C. G., *Anima e morte*, Opere, vol. 8, Bollati Boringheri, Torino, 1976.
Jung C., G., *L'analisi dei sogni*, Boringheri, Torino, 1978.
Kübler- Ross E., *La morte e il morire*, Cittadella editrice, Assisi, 1992.
Mandelli F., Annino L., Rotoli B., *The Cinema all 183 trial: analysis of 10-year follow-up cinema cooperative grup italy*, British journal of haematology, 1996; 92:665-72.
Pinkus L., Filiberti A., *La qualità della morte*, Rizzoli, Milano, 1996.
Santuoso A., Tamburini M., *Dire la verità al paziente, alcuni motivi psicologici e giuridici*, Federazione medica, 1990.
Schur M., *Freud living and dying*, International Universitaries press, New York, 1972.
Selye H., *The stress of life*, Mc Graww Hill, New York, 1976.
Tolstoj L., *La morte di Ivan Il'ic*, trad. it. Adelphi, Milano, 1996.

- Veronesi V., Salvatori B., Luini A., Greco M., Saccozzi R., Del Vecchio M., Mariani L., Zurrada S., Rilke F., *Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast long term results of three randomised trials on 1973 patients. European journal of cancer* 1995; 31A: 1574-1579.
- Vaillant G. E., *Adaptation to life*, Little Brown & Company, Boston, 1977.
- Vinella B.R., *L'interpretazione dei sogni*, Utility Book, Milano, 1990.
- Von Franz M.L., *Il mondo dei sogni*, edizione Red, Como, 1980.

Riassunto

Questo lavoro presenta i risultati di una ricerca effettuata su 140 pazienti in trattamento chemioterapico. In particolare è stata analizzata la paura della morte e l'ansia in relazione alle variabili d'età, sesso e dell'istruzione. Oltre ai tratti della personalità dei pazienti e al loro credo religioso si è cercato di "entrare" nel loro inconscio attraverso i loro sogni, che abbiamo diviso in aree tematiche ed analizzato.

Summary

This work presents the result of a search carried out on 140 patients in chemiotherapeutic treatment. Particulary the fear of death has been analysed in relation to the variables of the age, the sex and the instruction. Beyond the features of the patient's personality and their religion, we have tried to "enter" into their unconscious through their dreams, that we have subdivided in thematic areas that we have analysed.

Résumé

Ce travail présente les résultats d'une recherche effectuée sur 140 patients en traitement chimiothérapique. En particulier, il a été analysé la peur de la mort et l'angoisse en relation avec les variables de l'âge, du sexe et de l'istruzione. Outre les traits de la personnalité des patients et leur croyance religieuse on a essayé " d'entrer " dans leur inconscient à travers les rêves, que nous avons subdivisés en aires thématiques et nous les avons analysés.