

LA “CURA” DEL LUTTO

a cura della Dott.ssa LAURA MESSINA

PSICODIAGNOSI E PSICOTERAPIA DEL LUTTO PATOLOGICO

La “cura” del lutto può essere intesa nel senso generale del “prendersi cura” e nel senso medico di *curare per guarire*.

Se ci riferiamo alla prima accezione, l'assistenza delle persone in lutto comincia col *conforto* e la *consolazione* dei parenti del morente e con l'aiuto psicologico del morente stesso al fine di assicurargli una “buona morte”.

Questa assistenza avrà un significato preventivo rispetto al rischio che il processo del lutto non si svolga normalmente e conduca a patologie psichiche che implichino un vero e proprio trattamento psicoterapeutico o psichiatrico.

La seconda accezione del termine “cura” concerne l'intervento sulle patologie del lutto o *lutti patologici*. Secondo Beverly Raphael quando viene data la “brutta notizia” della morte le persone sembrano reagire con un comportamento che è stato chiamato “comportamento che suscita assistenza”. Si tratta di un comportamento verbale e non verbale che è una specie di messaggio: «Sono stato colpito da un dolore, sostenetemi, aiutatemi, confortatemi».

Ed è proprio di conforto della persona sembra aver bisogno nella fase acuta (la fase iniziale del lutto) e non di essere sedata (come spesso si crede).

Il conforto può andare dal prendere la mano della persona e darle coraggio all'aiuto che le si può dare per capire ciò che è accaduto, prendere commiato dalla persona cara o andare a vederne il corpo subito dopo la morte.

Segue la fase della consolazione intesa come lo sforzo di chi assiste di “aiutare la persona in lutto a sopportare il dolore della separazione”. La protesta per la perdita e lo struggimento per il morto, rappresentano proprio il tentativo di non affrontare l'angoscia della separazione e possono essere protratti da sentimenti di rabbia e/o di colpa. Ora chi assiste deve favorire l'esame di realtà (la morte è avvenuta, la perdita è irreversibile) e l'espressione dei sentimenti (rabbia, colpa, senso di abbandono, ambivalenza etc.) allo scopo di allentare il legame con la persona morta.

In questa fase (tra le prime settimane e i tre mesi) si deve aiutare le persone in lutto a superare la crisi sostenendola nei compiti del lutto in questa fase.

Passando al *lutto patologico*, Beverly Raphael usa un ampio questionario che mira a valutare se il lutto sta procedendo normalmente, se c'è il rischio che non si risolva bene, se ci sono dei segni patologici.

L'autrice considera il questionario come uno strumento di valutazione in sé terapeutico perché è costruito in modo da dare compiti che facilitano l'espressione degli affetti del cordoglio e promuovono i processi dell'elaborazione del lutto.

1. Può parlarmi della morte? Che cosa è accaduto? Cosa è accaduto quel giorno?

Chi assiste dà alla persona in lutto una chiara indicazione della sua intenzione di parlare della morte. Lo stesso uso della parola morte o il riferirsi direttamente ad essa spesso rassicurano la persona in lutto. Questa, infatti, può aver avuto molto bisogno di parlare della morte ma può aver trovato che la maggior parte delle altre persone evitano l'argomento o ne parlano in termini eufemistici.

L'esplorazione di questa area fornisce informazioni sulla natura e sulle circostanze della morte, nonché sul coinvolgimento in essa della persona in lutto. Possono quindi diventare evidenti la capacità della persona in lutto e i suoi modelli di reazione emotiva, indicanti la sua rabbia, la sua disperazione o qualche personale paura di vulnerabilità che vi si può essere associata. Possono evidenziarsi inoltre difese del tipo negazione o evitamento.

Apprendiamo anche, attraverso questa domanda, se la persona in lutto è stata in grado di vedere il cadavere della persona e se è stata in grado di darle il suo addio privato.

Si riscontrano i sentimenti sul funerale, potendo così valutare anche se il modo di vivere il funerale abbia facilitato una normale risoluzione ed elaborazione del lutto o l'abbia bloccata.

Si possono infine rilevare particolari circostanze che possono aver determinato reazioni emotive responsabili di un rifiuto o di un blocco, oppure di una facilitazione del lutto stesso.

2. Può parlarmi di lui (o di lei) e di come era nei vostri rapporti fin dall'inizio?

Questo secondo tema dell'inchiesta si riferisce all'intenzione di aprire il discorso sulla storia della relazione risalendo fino alle sue fasi iniziali.

Questa domanda può rilevare la qualità della relazione preesistente col morto, il livello di ambivalenza e di dipendenza presenti in questa relazione. Ciò indicherà in che misura la risoluzione del lutto può essere a rischio a causa della relazione.

Così attraverso le risposte a questa domanda, il comportamento che ne deriva e l'uso del verbo presente, può risultare evidente il nesso tra lo struggimento per la persona perduta e la speranza di un suo ritorno. Evitare di menzionare la persona morta e l'emozione che il pronunciare il suo nome implica, possono fornire indizi sullo stadio del processo di risoluzione del lutto.

Nella misura in cui la persona in lutto può parlare del congiunto in termini reali, avrà memoria sia positiva che negativa, ricorderà sia gli aspetti felici che quelli infelici. Ciò ovviamente sarà meno probabile nelle prime settimane del lutto e diventerà sempre più probabile man mano che il lutto procede. Quando invece vengano presentati solo gli aspetti positivi della relazione, si possono indagare anche quelli negativi, chiedendolo con delicatezza. La risposta a questa domanda può indicare l'esistenza di blocchi.

Possono anche essere valutati in questa fase gli "affetti" associati con il lutto. I livelli di tristezza, di rabbia, le colpe particolari o i livelli anormali di colpa possono essere notati e può essere valutata la loro influenza sulle difficoltà di risoluzione del lutto.

3. Cosa è accaduto dopo la morte? Come sono andate le cose nel suo intimo, con la sua famiglia e con gli amici?

Questa parte dell'inchiesta esplora le modalità interiori di risposta alla morte e quale supporto si è percepito come disponibile per le persone in lutto da parte della famiglia e della rete di interazioni sociali in generale.

Questa parte dell'inchiesta può fornire informazioni sull'esperienza della persona in lutto, sul modo in cui viene percepita l'assenza della persona perduta; ci dice in che misura la morte viene percepita come definitiva e rivela i problemi della vita di relazione. Essa può anche fornire dati sui fattori di rischio, come l'inadeguatezza dell'appoggio sociale o altre crisi espresse che possono essersi verificati.

4. Ha avuto, recentemente o da giovane, brutti episodi come questo?

Questa parte dell'inchiesta mira a ricercare segni più specifici di altre crisi o altri eventi stressanti che possono concorrere come fattori di rischio ad una mal risoluzione del lutto.

Il tipo di "valutazione terapeutica" attraverso il questionario che abbiamo riportato può servire ai seguenti scopi:

1. Può facilitare e consolidare una soddisfacente risoluzione del lutto;
2. Può fornire un quadro di riferimento per interventi preventivi nei confronti di processi luttuosi che rischiano di non avere una buona risoluzione;
3. Può fornire un quadro di riferimento per interventi terapeutici specifici nei casi di lutto patologico, allo scopo di piegare questi ultimi ad un corso più adattivo.

Sulla base di questa valutazione, che mostra come Beverly Raphael condivide l'approccio al lutto di Bowlby, Parkes e Worden, l'autrice passa ad analizzare i seguenti punti:

La prevenzione dei lutti a rischio e la sua efficacia

Sulla base del "profilo di rischio" l'autrice suggerisce un intervento preventivo del tipo della psicoterapia focale breve, che l'esperienza ha fatto ritenere più efficace iniziare tra la terza settimana e la 12^a settimana dopo il decesso. Il focus è sui fattori di rischio individuati tramite il profilo, e si fanno dai sei agli otto incontri a casa della persona in lutto, durando ogni incontro un'ora e mezza o due. Questi interventi si ispirano alla psicoterapia psicodinamica breve.

Di particolare interesse è la proposta di fare molta attenzione alla conclusione di queste sessioni di psicoterapia breve, in quanto sarebbe proprio alla conclusione che, attraverso il transfert, possono essere espressi e interamente accettati lo struggimento e la protesta per la morte del caro.

Quanto alle conclusioni che ci si propongono, esse sono intuibili: aiutare la persona a superare la crisi; affrontare e attenuare i fattori di rischio che possono ostacolare o bloccare il lutto; infine iniziare l'aiuto per un allentamento del legame col defunto.

B. Raphael ci dimostra come un intervento specifico come quello descritto sopra risulti significativamente efficace nel prevenire la morbilità (stato di malattia) del paziente in lutto al confronto con la morbilità dei pazienti che non avevano avuto tale trattamento.

La terapia del lutto patologico

Le tecniche terapeutiche che B. Raphael analizza sono:

- La psicoterapia focale a breve termine;
- La Re-gref therapy;
- I trattamenti comportamentistici;
- L'approccio esistenziale ed altri approcci minori (non descritti qui).

La psicoterapia focale a breve termine si può utilizzare anche terapeuticamente nei casi in cui il lutto sia inibito, soppresso, assente o distorto. Nei primi tre casi manca l'espressione degli affetti appropriati al lutto, nel lutto distorto si ha l'espressione di sentimenti negativi che ne distorcono e bloccano l'elaborazione. Non si tratta ovviamente di un intervento "diretto", cioè mirante a far acquisire all'allittato una consapevolezza esplicita di ciò che blocca e distorce il processo del lutto, bensì di portarlo a parlare delle relazioni col morto, con lo scopo di portare in luce gli atteggiamenti difensivi che devono essere modificati perché il lutto proceda.

La Re-gref therapy, che si potrebbe letteralmente tradurre "terapia del ri-lutto", è un trattamento psicoanalitico che ha lo scopo di far completare al paziente il lutto che non ha ultimato a causa del consolidarsi nel tempo di difese patologiche. Si tratta di una vera e propria terapia analitica con sedute di frequenza intensa nella quale si distinguono due fasi principali: la fase della "demarcazione" e la fase degli "oggetti di legame".

La fase della "demarcazione", che dura circa tre mesi, è così detta poiché mira a far sì che il paziente "esternalizzi" la persona perduta tracciando i "confini affettivi" che lo differenziano da essa. La demarcazione del morto viene effettuata mediante una storia dettagliata di esso e delle sue relazioni interpersonali. Quindi segue la fase in cui il paziente viene incoraggiato a parlare degli oggetti che "simboleggiano" il morto e che lo legano a lui, gli "oggetti di legame" appunto, oggetti che egli può addirittura essere indotto a portare con sé. In tal modo nel paziente possono essere risvegliate emozioni inibite e fare in modo che egli diventi capace di sperimentare nuovamente gli "affetti" della perdita. Ne consegue che interpretando i simboli rappresentati dagli oggetti di legame, il terapeuta può aiutare il paziente ad allentare il legame con la persona scomparsa.

In questo trattamento si interpretano anche i sogni e la risoluzione del lutto è affidata all'attività interpretativa mirante a rendere consapevoli le difese che hanno bloccato il lutto.

B. Raphael osserva a questo punto che non sempre la risoluzione del lutto è facile con quest'approccio, dato che i processi difensivi patologici possono essersi consolidati nel tempo e può non esserci da parte del paziente una sufficiente motivazione al cambiamento.

Le terapie comportamentali si basano sulla premessa che le reazioni patologiche al lutto equivalgono ad una risposta fobica di evitamento. Ne deriva l'applicazione della classica terapia comportamentale consistente in un confronto forzato con i fatti del lutto e con ciò che esso porta con sé, allo scopo di sconfiggere il rifiuto fobico che il paziente oppone alla perdita.

Le terapie comportamentali sono indicate nei lutti patologici in cui sia presente una qualche forma di evitamento fobico.

La formazione del personale preposto all'assistenza per il lutto

La formazione del personale va pensata e attuata in modo diverso a seconda dell'approccio preventivo terapeutico preferito.

B. Raphael osserva che i lutti ad alto rischio, o quelli che mostrano segni patologici, non possono essere affidati a chiunque ma richiedono l'intervento di counselors capaci e ben addestrati.

Il principale attributo di chiunque fornisca un'assistenza alle persone in lutto è la capacità di atteggiarsi empaticamente. Ciò determina per il counselor particolari difficoltà, poiché l'empatia con la persona in lutto nel suo incontro con la perdita e con la morte fa esplodere in ciascuno di noi i terrori più personali. Noi tutti dobbiamo imparare a vivere con una perdita, ma le persone che lavorano in questo ambito devono confrontarsi con essa ogni giorno.

RILIEVI CRITICI E ANALISI DI SITUAZIONI "TIPICHE"

Si può constatare a questo punto come i principali approcci terapeutici per il lutto corrispondano alla teoria psicoanalitica, alla teoria evoluzionistico biologico cognitivista o ad una "contaminazione" delle due. Manca, a parte qualche eccezione, la considerazione dell'utilità dei rituali funerali collettivi per la "cura" del lutto.

Scarsa considerazione viene riservata al legame tra l'andamento della fase terminale e l'elaborazione del lutto, mentre si tende a dare importanza al tipo di relazione che la persona in lutto intratteneva col defunto, considerando però la relazione sono dei termini dell'amore come è inteso in senso psicoanalitico in senso evoluzionistico adattivo.

In sostanza si può dire che i principali approcci terapeutici proposti corrispondano quasi perfettamente a due delle cinque concezioni che abbiamo analizzato: l'approccio psicoanalitico e l'approccio biologico cognitivistico, i quali finiscono per proporsi (e qui sta il loro limite) come esaustivi di tutte le possibilità esistenziali.

La via che si suggerisce qui è di considerare le cinque possibili modalità del lutto altrettanto legittime in quanto corrispondenti ad altrettante modalità di esistere e di amare. Solo all'interno di ciascuna modalità si potrà distinguere tra lutto normale e lutto patologico, evitando così il rischio di attribuire a tutte le possibili modalità esistenziali criteri di normalità validi solo per alcune di esse. Sul piano pratico basterà adottare il questionario di B. Raphael aggiungendovi due direzioni di approfondimento che l'autrice non ha previsto:

1. L'approfondimento, attraverso la prima area dell'inchiesta, di ciò che è accaduto nella fase terminale, cercando nello specifico di capire:
 - Se il morente si è assunto la responsabilità della sua morte;

- In che misura la fase terminale (dal momento della certezza della morte fino alla fine) ha modificato il progetto esistenziale del morente (era sempre lui o non era più lui?);
 - Se c'è stato e come è stato gestito il lutto anticipatorio in tutte le sue componenti.
2. L'approfondimento, tramite la seconda area di indagine, non solo delle caratteristiche della relazione ma anche del tipo d'amore (quale dei cinque tipi di amore a cui abbiamo fatto riferimento era quello che ci legava al caro estinto?).

Solo dopo aver attuato questi due approfondimenti sarà legittimo porsi la domanda sulla modalità o patologia del lutto, e sarà proprio la patologia del lutto a riportare in campo il rapporto di ciascuna modalità con le altre.

In sintesi la patologia da rilevare in questo campo non è connotabile come “patologia del lutto” bensì come “patologia della modalità specifica di fare il lutto”.

Ecco perché è necessario che chi assiste le persone in lutto sia consapevole di tutte le possibilità esistenziali di “fare” il lutto e di essere in lutto, in modo da aiutare le persone a trovare non solo nell'ambito della loro modalità esistenziale le vie di superamento della crisi, ma anche attraverso l'apertura alle altre modalità esistenziali possibili ma finora fuori dell'orizzonte della persona.