

## Elaborazione del lutto in tarda età: identità e diversità tra differenti generazioni

Guido Gori e Mirella Curi Novelli

*Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale e  
ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino.  
Anche così è stato breve il nostro lungo viaggio.  
Il mio dura tuttora, ....  
(E. Montale - Satura 1962 -1970)*

### INTRODUZIONE

L'argomento del lutto in vecchiaia ha svariati motivi di riflessione e discussione.

In primo luogo il superstite di una perdita dolorosa oggi vive questa infelice esperienza in sempre maggiore solitudine ed isolamento. La morte di un “grande vecchio” avviene sempre più spesso in ospedale, e siamo attualmente in uno scenario in cui l'aspettativa di vita è in crescita, con una prospettiva che nel prossimo futuro saranno significativamente aumentati i novantenni e i centenari.

La vita vantaggiosamente si è prolungata: spesso per l'anziano si assiste a una grande attenzione alle cure mediche, ma a molte meno attenzioni all'essere come persona, ai suoi aspetti psicologici e affettivi tanto più se è prossimo alla fine della vita.

Evitare di pensare a questi aspetti da parte di chi si occupa di anziani corrisponde profondamente a non doversi confrontare con la vicinanza della propria morte, che prima o poi riguarda tutti.

In questo si nega una possibile identificazione, si evitano così sentimenti difficili e dolorosi, a favore di una dimensione somatica e dell'organizzazione sociosanitaria: questo genera però in tutti una sorta di morte della vita interiore.

Il primo lavoro sulla vedovanza nella vecchiaia, risalente a molti anni fa ha rivelato che dopo due mesi dall'evento luttuoso il livello di sofferenza era più elevato negli anziani rispetto al gruppo di controllo, anche se soltanto una loro piccola proporzione era in condizioni psicopatologiche critiche. Le donne erano quelle che avevano riportato più angoscia e dolore, in parallelo con i gruppi di controllo, ma non c'era alcuna differenza manifesta tra uomini e donne. (1)

I risultati di questo studio possono essere utilizzati per stressare la differenza tra vecchi e adulti nel modo di esprimere il lutto, tematica che appunto ci muove verso questo lavoro come supporto all'ipotesi che nel vecchio, nonostante le credenze, c'è una maggior internalizzazione di certi eventi emotivi della vita.

Inoltre mentre negli adulti il processo di adattamento alla scomparsa di una figura significativa risulta migliore quando la morte è anticipata, lo stesso non vale per gli anziani per i quali funziona invece il meccanismo opposto, cioè accettano, tollerano ed elaborano meglio una morte improvvisa, rispetto ad una fine anticipata e prolungata.

Un contributo alla comprensione di questo fenomeno risiede nel fatto che nella vecchiaia il concetto di perdita, esteso ad un'ampia varietà di eventi, è raramente una completa sorpresa, tanto che una morte improvvisa è molto meno inaspettata in un vecchio che in un più giovane. Secondariamente, riprendendo il concetto della morte anticipata come fenomeno potenzialmente nocivo per il vecchio, lo stress di essersi dedicato al coniuge morente, dopo una prolungata assistenza può impoverire le energie fisiche e mentali di colui che si è trovato in questo "caregiving". Chi si getta anima e corpo in questa funzione di assistenza perde molti supporti psicosociali che successivamente potrebbero essere utili nel processo di elaborazione del lutto. (2)

## **ANZIANI E MORTE: REALTA' ED IMMAGINARIO**

Questo argomento richiama i vissuti e le fantasie degli anziani di fronte al tema della fine della vita. Anche in questo contesto si notano similitudini, ma anche caratteristiche particolari che distinguono i pensieri sulla morte in un adulto e in un vecchio.

Ad esempio, di fronte alla morte di un conoscente, frequentemente assistiamo ad espressioni verbali che indicano lo spostamento in termini razionali di un vissuto che altrimenti richiederebbe un faticoso o doloroso lavoro intrapsichico. "Ha vissuto a lungo...ha raggiunto l'età per morire...era ben composto...aveva un volto disteso...morire all'improvviso è più facile per chi muore, ma è più duro per chi resta, mentre quando la morte è un processo lungo vale l'opposto..." Sono espressioni che frequentemente capita di ascoltare, sia da parte di persone anziane che da più giovani.

In riferimento al tema della propria morte molti soggetti di età avanzata la descrivono come una agognata liberazione dagli stenti e dalle limitazioni imposte dall'età o dalla malattia: "non la temo...anzi la desidero..." come se riattualizzassero il detto di Giovenale "morte magis temenda senectus est". In realtà poi questi stessi soggetti, di fronte al "proprio star morendo" assumono atteggiamenti diversi da quelli espressi a parole, facendo intuire che sentimenti difficilmente accettabili erano stati sostituiti da pensieri diametralmente opposti, nel contesto di una formazione reattiva che ha consentito di avvicinarsi al tema, senza apparente particolare angoscia.

Nel suo famoso libro Elisabeth Kubler-Ross sostiene che negli anziani c'è una migliore elaborazione degli stati psicologici del morire: superamento della negazione, della rivolta, del patteggiamento, della depressione ed un più facile raggiungimento della accettazione, associata ad evidente desiderio di "sopravvivenza", vedi la frequenza di stesure testamentarie, indicative di un potere postumo su chi ancora è in vita o le frequenti richieste scritte di essere sepolto accanto a quella persona, prolungamento fantasmatico di certe relazioni. Il limite di questa relativa serenità della morte in vecchiaia è stato indagato da alcuni autori; vale soltanto per quei casi che sono protetti da una forte coesione psicosociale, in primo piano la relazione con i figli e nipoti, come fonti rasserenanti di immortalità attraverso il perpetuarsi della genealogia. (3,4,5)

Di fronte ad anziani degenti in ospedale una angoscia frequentemente espressa è quella di morire in solitudine o in abbandono.

Questo tema è stato descritto da de M'Uzan che ha concettualizzato la necessaria presenza di un oggetto prescelto, di una relazione privilegiata. Nella nostra esperienza, centrata prevalentemente su soggetti molto anziani, non si è mai trattato di un bisogno relazionale qualsiasi, ma del desiderio di una comunicazione significativa, come può accadere con un parente, un amico, una figura sanitaria se dotata di empatia. L'importante è che questo oggetto prescelto sia capace di esporsi, senza troppa angoscia, al momento captativo del morente, realizzando una armonica fusione tra ciò che egli è in realtà e la sua rappresentazione nell'animo del paziente. In questo particolare setting la relazione è risultata più efficace se, accanto all'ascolto e alla corretta reazione controtransferale, si associa un adeguato linguaggio non verbale; vicinanza fisica, sguardo diretto in un reale vis a vis, tono della voce rivolto all'ancora vivente, in modo da fare appello alle sue risorse più profonde. Fondamentale in questo contatto col paziente è emerso il ruolo del tatto, non aspecifico o fine a sé stesso, ma diretto a scopi precisi, come scaldare le mani, inumidire le labbra, cambiare posizione nel letto.... Il vecchio prossimo alla morte forma così con il suo oggetto prescelto quello che de M'Uzan chiama la sua ultima diade, con evidente allusione alla madre di cui l'oggetto è la tardiva reincarnazione.

Se in questo ruolo di oggetto prescelto ci troviamo noi, medici, psicologi o comunque figure sanitarie, il nostro scopo deve spostarsi da quello del guarire, ideale narcisistico, a quello del curare, investimento di oggetto, e nessuno più di un morente ha bisogno di essere curato, cioè di essere tutelato nel suo bisogno di mantenere una relazione stabile con qualcuno. (6)

Dopo qualche accenno ai soggetti ospedalizzati valutiamo adesso cosa è emerso da colloqui psicoterapici avvenuti con persone di età avanzata. Il materiale fornito è non raramente correlato al tema della morte, percepita come un evento che si sta avvicinando e che impone quindi al soggetto profondi interrogativi. Erikson ha descritto, come lavoro intrapsichico principale dell'ultimo stadio della vita, la questione della "integrità" in contrapposizione a "disperazione ed avversità", dove integrità si riferisce alla accettazione del proprio ciclo vitale e che quanto uno ha compiuto nella sua esistenza adesso non è più modificabile. Kernberg successivamente riprende questo tema e descrive alcuni casi in cui la non accettabilità della propria vita, in condizione di imminenza della morte, ha generato angosce per la carenza di tempo necessario a tentare strade alternative per raggiungere l'integrità. (7,8)

Dagli incontri psicoterapici a cui prima accennavo sono emerse frequenti allusioni al ruolo taumaturgico della non solitudine, al poter quindi apprezzare una trama di relazioni. Però, molto più delle relazioni esterne, fondamentali per l'anziano in ospedale, qui sono risultate più significative quelle interne, cioè un bisogno-desiderio di mettere ordine nel proprio mondo interiore, riconciliarsi con le persone che contano o che hanno contato nella loro vita. Ripensando dunque a soggetti anziani che hanno espresso pensieri sulla loro prossima morte, reale o immaginaria, abbiamo avvertito il loro bisogno di compiere un lavoro attorno a due punti fondamentali:

\*un approfondimento della comprensione di certi atti commessi, se possibile una loro giustificazione, e quindi potere immaginarsi perdonabili

\*un ridimensionamento di offese, torti, ferite ricevute per il bisogno di un perdono verso gli altri

Quindi è presente una ricerca verso una dimensione psichica di maggior serenità verso il danno, agito o subito. Questo introduce al concetto di morire in pace con sé stessi, cioè sentirsi in pace con gli oggetti che abitano il proprio mondo interno, come illustra Quinodoz. (9)

Quindi non soltanto nella quarta età, ma addirittura in momenti così particolari, come di fronte alla morte, il mondo interno ha un valore dominante, quanto, se non di più, rispetto quello della realtà esterna.

## **LUTTO**

Anche per affrontare il tema del lutto è necessario rivolgersi all'individuo e verso il suo ambiente. Infatti nella quarta età, più che in epoche precedenti, il lutto non coincide soltanto con la perdita di una altra persona, ma riguarda anche tutto ciò che costituisce una perdita di qualcosa di prezioso e di importante e che, per motivi temporali, non ha più facili sostituzioni (funzioni cognitive, capacità fisiche, traslochi, trasferimenti...).

Come accennato nella introduzione avvertiamo il desiderio di accostarci al tema del lutto in vecchiazza perché oggi, chi si trova ad affrontare questa esperienza, soprattutto se si tratta della perdita di una persona amata, è molto meno assistito che in tempi passati, quando gli eventi più dolorosi della vita venivano condivisi da parenti e amici. Oggi si muore sempre più spesso in ospedale e molto raramente in casa propria, e quindi l'ambiente in cui si viene a trovare il superstite è quello scandito dai tempi tecnologici della vita ospedaliera e non certo quello affettivo di un contesto familiare. Inoltre si ritiene che ci siano, accanto a delle ovvie similitudini, anche delle particolari differenze tra chi vive questo aspetto della vita in età giovanile-adulta oppure in età senile.

Nell'anziano il ruolo strutturante, emotivamente trofico, di relazioni interpersonali significative è nettamente maggiore rispetto a quello di relazioni orientate all'acquisizione di conoscenze, all'apprendimento di nuove abilità. Nelle prime infatti la funzione dell'altro è determinante nella regolazione dei propri pensieri, delle proprie emozioni e nella loro condivisione. Così entra in gioco il meccanismo di salvaguardia della propria identità e quindi del senso della vita. In quest'ottica si può affermare che per i soggetti ultraottantenni o ultranovantenni la perdita di una persona amata rappresenta l'evento percepito, spesso, come maggiore fonte di malessere e di sofferenza. Tale perdita è vissuta come una ferita, una amputazione, una mancanza inferta al proprio Sé. (10,11)

A tal proposito si può ricordare che un recente studio inglese avrebbe chiarito il motivo per cui alcuni anziani che perdono il congiunto con cui hanno condiviso grande parte della propria esistenza, muoiono poi a breve distanza, dopo pochi mesi e in alcuni casi dopo poche settimane.

E' come se questi ricercatori avessero fornito una risposta alla domanda se il lutto può causare la morte, e la risposta è positiva perché la perdita del partner di una vita può essere fonte di grave stress per l'organismo.

Gli ormoni dello stress, in modo particolare il cortisolo, raggiungono concentrazioni particolarmente elevate rispetto ai giovani, reduci dallo stesso tipo di perdita, così che il superstite viene esposto più facilmente a infezioni e malattie. (12)

Lutto è un termine unico che si riferisce però a significati diversi, come possiamo meglio comprendere dalla lingua inglese. Infatti “bereavement” si riferisce al fatto della perdita, della deprivazione; “grief” descrive la risposta emotiva, cognitiva, funzionale e comportamentale alla morte di una persona cara, mentre “mourning” usualmente si riferisce alle manifestazioni più esterne ed appariscenti, è la modalità percepibile di esprimere il lutto, “the act of expressing grief”, e che è strettamente influenzata da abitudini, credenze, convenzioni sociali e culturali, come il funerale o il colore dell'abbigliamento. Aspetti ben noti nel mondo più antico, dove i canti e i pianti rituali rappresentavano un primo aiuto nel successivo lavoro intrapsichico, cioè l'elaborazione del lutto, periodo di introspezione e di riflessione, che continua nell'intimità della persona con tempi e modalità differenti. E' un tempo di vissuti, di ricordi, di bisogni, di chiarezze e di apprendimenti, di saggezza e di compassione. E' il tempo per ristabilire un confine più elastico ed osmotico tra vita interiore ed esteriore. (13)

Il lutto è un fenomeno estremamente diverso da soggetto a soggetto e a seconda del tipo di perdita. Non esiste un lutto normale, ma un lutto non complicato che progressivamente conduce ad un adattamento e un lutto complicato, cioè prolungato ed intenso nei suoi aspetti soggettivi ed oggettivi, associato ad un declino della qualità della vita sociale, lavorativa e dello stato di salute.

Freud in “Lutto e melanconia” ci ricorda che tendiamo ad eliminare dalla nostra vita il concetto di morte perché ci è impossibile significarla o rappresentarla mentalmente dato che è un evento non vissuto e di cui quindi non si ha esperienza. Se avvertiamo che la persona amata è assente temporaneamente sviluppiamo uno stato di angoscia, ma se la scomparsa è permanente, allora sarà necessario affrontare il dolore. Il lutto è quel processo di adattamento alle perdite della vita, un percorso doloroso per affrontare l'abbandono. Sempre nel medesimo scritto ricorda: “la prova della realtà ha mostrato che l'oggetto non esiste più ed esige che tutta la libido sia sottratta ai suoi legami con quell'oggetto. Tale richiesta fa sorgere una comprensibile opposizione: infatti tutti avranno osservato che le persone non abbandonano mai volentieri una posizione libidica, neppure quando sentono già il richiamo di un sostituto”. Se così non avviene l'opposizione potrebbe essere così intensa da portare ad un rigetto della realtà, fino alle estreme reazioni patologiche. Il lutto è una disorganizzazione collegata al dolore interno, ma anche un lavoro intrapsichico per acquisire la capacità di tollerare la depressione per poter riorganizzare gli affetti. (14)

Anche Winnicott ricorda che il lutto è necessario alla maturità dell'individuo e che attraversa fasi diverse, dal dolore, all'odio, alla depressione fino alla capacità di essere di nuovo sereno, nonostante la perdita della persona amata, grazie al fatto che torna ad essere viva nel suo Io. (15)

L'intensità e la durata del lutto sono altamente variabili, non soltanto nello stesso individuo nel corso del tempo o dopo altre successive perdite, ma anche tra soggetti diversi di fronte alla medesima perdita. Tali variabilità del lutto hanno una base multidimensionale: la personalità preesistente, la natura della relazione tra

superstite e defunto, lo stile di attaccamento, l'età e lo stato di salute, l'identità spirituale e culturale, i possibili aiuti. Certamente in linea generale si può dire che c'è una fase acuta del lutto ed una successiva, di lutto duraturo ed integrato, dove il termine integrazione si riferisce alla realtà, al significato della perdita, ma anche alla “assenza esterna” che si integra in “presenza interna”, cioè come parte del proprio mondo interno, come suggerito da Freud e Winnicott.

Lo spettro dello sconcerto emotivo, cognitivo, sociale e comportamentale è ampio e va da modificazioni appena notabili a profonde angosce e malfunzionamenti (ritiro narcisistico, panico, disperazione, ricerca spasmodica della persona perduta, incapacità di concentrazione, shock, confusione, incredulità, negazione, rabbia, collera, depressione, lamento, senso di colpa, isolamento o dipendenza da altri.) Il senso di colpa può derivare dal clima depressivo del lutto che può spingere a retrospizioni dolorose di fatti accaduti nella coppia, ma può generare dagli intermittenti periodi di sentimenti positivi, che accompagnano l'evoluzione di un lutto non complicato, che sono un segno di **resilienza**, se presenti dopo sei mesi dalla morte della persona amata, e che sono associati a un buon outcome a lungo termine.

## **LETTERATURA, ELABORAZIONE CULTURALE, FILMOGRAFIA, CASI CLINICI**

*\*Spesso mancano le parole per riuscire ad esprimere i molteplici sentimenti che intervengono di fronte ad una perdita di una persona cara: spesso sono i poeti, come Montale nella citazione, o alcuni scrittori coloro che sono i più capaci ad esprimere ciò che è così difficile.*

Nel “Diario di un dolore” Lewis descrive il suo stato d’animo, un anno dopo la morte dell’amata moglie, persa dopo pochi anni di matrimonio. L’autore si era sposato in tarda età; il libro è il resoconto del dolore, del profondo senso di rabbia, di ribellione a Dio, nonostante fosse un uomo di fede. Racconta la non accettazione, il toccante grido di dolore “Ritorna!” e l’amarezza di dover accettare che non ritornerà più, senza quella consolazione che spesso la religione offre ai credenti. Le sue parole sono esemplificative dell’essere umano di fronte alla grande sofferenza: “Nessuno mi aveva detto che il dolore assomiglia tanto alla paura: gli stessi sobbalzi allo stomaco, la stessa irrequietezza, inghiotto in continuazione. Tra me e il mondo c’è una sorta di coltre invisibile: fatico a capire il senso di quello che dicono gli altri (...). E nessuno mi aveva detto della pigrizia del dolore (...), perfino farmi la barba è troppo (...). Io non solo vivo ogni interminabile giorno nel dolore per la sua morte, ma vivo pensando che vivo ogni giorno nel dolore (...). Una strana conseguenza del mio lutto è che mi rendo conto di essere imbarazzante per tutti quelli che incontro (...). E’ l’atto di vivere che è diverso in ogni momento. La sua assenza è come il cielo: si stende sopra ogni cosa. C’è un luogo dove avverto la sua assenza in modo localizzato: il mio corpo. Adesso è come una casa vuota.” La persona che deve affrontare un così grande dolore è realmente “inferma”. (16)

Nella nostra esperienza tale processo, in casi di “very old” rimasti superstiti, è un lavoro molto complesso per vari fattori:

-molti anziani sperimentano molteplici lutti, spesso senza che sia trascorso un tempo sufficiente per completare l'elaborazione di un evento prima che se ne verifichi un altro. Questo fenomeno definito “sovraccarico da lutto” suggerisce che il processo è significativamente diverso e più complesso nei soggetti più anziani.

(17)

-durata della relazione: in taluni casi, alla morte del coniuge dopo una vita passata fianco a fianco, esempio di perdita che intacca in modo globale il Sé del superstite, si parla di lutto impossibile, termine con cui si intende una particolare difficoltà nella elaborazione.

-reale qualità affettiva della relazione, perché là dove coesione, condivisione e rispetto sono stati elementi determinanti del rapporto la perdita è molto più dolorosa rispetto a situazioni di coppia non caratterizzate da tali attributi.

-contesto sociale con cui condividere o meno il cordoglio.

-ridotta possibilità di compiere un processo di sostituzione della perdita (reinvestimento) con una nuova relazione significativa.

-la perdita interessa una persona che ha richiesto una prolungata assistenza, con molta dedizione da parte dell'altro. Lo stretto legame di dipendenza che si crea in questi contesti può produrre serie difficoltà nell'accettazione della perdita e della vita che rimane davanti al superstite, vita che viene percepita come svuotata e vissuta con un sentimento di abbandono. Ovviamente in questi casi i tratti di personalità preesistente nel sopravvissuto giocano un ruolo molto importante.

\*Un signore di 75 anni ha chiesto un colloquio per parlare di un suo problema.

Si riferiva al fatto che i suoi parenti stretti lo stavano criticando e ridicolizzando per quanto stava facendo in modo ripetitivo da circa due anni. Il soggetto, pensionato dopo una vita impiegatizia, si era fatto apprezzare per la dedizione al lavoro, la tranquillità del suo carattere, la qualità affettiva della relazione coniugale, la fiducia che ispirava e che nutriva verso gli altri. Alla morte della moglie, avvenuta appunto due anni prima del nostro colloquio, aveva sviluppato un interesse eccessivo verso la cura del proprio giardino, tanto che trascorreva molto tempo (cosa mai fatta prima) a occuparsi di questo pezzo di terra. Non si trattava di una attività basata su conoscenze botaniche, ma fondamentalmente su irrigazioni o semplici annaffiature, anche là dove poteva crescere solo erba o comunque qualche forma di vita vegetale, dissociata da ciò che comunemente viene definita una bella pianta da giardino. Per questo era deriso e svalutato, anche se lo stesso soggetto avvertiva il bisogno ed il desiderio di comportarsi così. Lo turbava molto il fatto di non trovare la modalità di rispondere e di reagire a tutte quelle critiche: nei colloqui successivi emerse il fatto che trattava persone e fiori con la stessa cura e che, soprattutto, distribuendo regolarmente acqua si sentiva come un “instillatore di vita”, esperienza che nel suo lutto doloroso e difficile da elaborare gli forniva una momentanea pace interiore. Una volta infatti la tematica del nostro incontro riguardò il fatto che nel suo giardino c'era una porzione in cui la vegetazione cresceva facilmente e meglio che altrove, in particolare le piante si sviluppavano rigogliose e si embricavano tra di loro tanto da suggerirgli l'idea che queste si abbracciassero le une alle altre. Quest'angolo di giardino era quanto rimaneva di caro al suo cuore ormai solitario. Nelle nostre conversazioni

emerse lentamente che egli stava creando una fantasia che, grazie alle sue cure, qualcosa potesse rifiorire e sbocciare, come se niente si fosse appassito e fosse andato perduto. Nello scorrere del tempo arrivo' quindi a comprendere quanto penoso era per lui il dover accettare la scomparsa della moglie e che tutte le sue attività di “giardinaggio” erano sostanzialmente strategie illusorie per mantenerla in vita. Da questo punto i nostri incontri si incentrarono su una “life review” centrata sulla relazione coniugale, animata da progetti e speranze, ma anche da reciproci errori che il soggetto aveva il bisogno di trasformare, da vissuti, in parole esprimibili e condivisibili con qualcuno. I nostri colloqui cessarono quando della cura del giardino ormai non si parlava più da tempo, e nella sua vita cominciarono a delinearsi nuove occasioni di interesse.

Da una parte questa modalità di mantenere la relazione in vita può essere considerata negativamente, in quanto basata sulla negazione della realtà e quindi ostacolante l'elaborazione del lutto, cioè della perdita. D'altra parte nella evoluzione psichica dell'anziano va enfatizzato il ruolo trofico della continuità, che consente di avvicinarsi lentamente alla perdita creando una presenza “illusoria”, con cui attuare meccanismi di riparazione e di accudimento, in modo da potere accettare la perdita come sola presenza interna, come oggetto riparato e totale.

La vicenda clinica introduce il giardinaggio come un progetto di “cura”, utile metafora per dare spazio a qualcosa di vitale e occasione per un progetto di elaborazione.

\*“Il giardino indiano” è un film britannico del 1985, che utilizza la costruzione di un giardino come elaborazione del lutto.

Ad Hellen Graham, anziana signora inglese che viveva in India, è appena morto il marito, un coltivatore di tè indiano. Rientrata in Inghilterra vive in una villetta circondata da un giardino indiano molto trascurato.

Per reagire alla solitudine, la donna vorrebbe riordinare il giardino, anche per il piacere di sentirsi menzionata in una importante rivista specializzata.

La vicina indiana, Ruxman, che spera di tornare in patria, le offre la sua collaborazione.

Due diverse mentalità si trovano così a collaborare a questo lavoro: per Hellen l'aiuto all'inizio sembra dovuto, ma sarà l'occasione per modificare i suoi atteggiamenti di superiorità, a cui era abituata nella colonia, per l'altra la possibilità di rimanere legata alle sue origini.

La collaborazione sarà l'inizio di un radicale cambiamento per entrambe. La nobildonna inglese, ora di possibilità modeste, all'inizio non avrebbe voluto integrarsi, mentre la donna indiana, semplice, cortese e paziente, succube del marito, diventerà una grande amica. Sarà Hellen Graham ad aiutare la donna indiana a convincere il proprio marito a ritornare in patria, pur privandosi della sua amicizia.

Il lavoro comune aiuterà la donna inglese ad elaborare il lutto, dando uno scopo alla sua vita con un rapporto che sarà l'occasione per un grande cambiamento di mentalità; la seconda troverà quel sostegno per trovare il coraggio di convincere il marito a rientrare in patria.

\* Un anziano docente universitario, alle soglie della pensione, con figli adulti e ampiamente autonomi, accettò l'offerta di un prestigioso incarico come coronamento della sua carriera universitaria. Gli aspetti critici



presenti in questa vicenda erano che la moglie non si trovava in condizioni di salute particolarmente buone, e che la nuova sede di docenza si trovava ad alcune centinaia di chilometri dalla città di origine. Il professore si stabilì da solo in questa nuova sede e ogni sette-dieci giorni, approfittando di pause dell'insegnamento e dell'attività di ricerca, faceva ritorno a casa. Così è andato avanti per circa tre anni, periodo in cui risultò molto appagante l'aspetto professionale, con la pubblicazione di un libro sulla materia di studio. All'età di 72 anni il professore iniziò il suo pensionamento e fece stabile ritorno a casa. Da allora però la moglie ebbe un progressivo lento e inarrestabile declino delle proprie condizioni, fino alla morte avvenuta dopo alcuni mesi da questo ritorno.

L'apparente egocentrismo e disinteresse verso le condizioni della moglie al tempo dell'accettazione dell'offerta ricevuta si è rivelata successivamente come una formazione reattiva. L'assunzione di un comportamento operativo ed eterodiretto aveva avuto il ruolo di ridurre l'angoscia di fronte alle prime avvisaglie che qualcosa non stava funzionando nella salute della congiunta. Infatti negli anni successivi, il bisogno riparatore impegnò il soggetto a scrivere poesie dedicate alla moglie, e poi pubblicate col titolo "Poemi d'amore": iniziò anche un percorso psicoterapico, con l'implicito progetto di discutere se la sua riparazione era valida o no, e se il suo lutto, inizialmente rimosso dalla sua vita affettiva, stava successivamente attraversando la fase di elaborazione.

Mi sembra un esempio, tutt'altro che infrequente, di una difficoltà nell'affrontare il lutto, il cui travaglio viene quindi alleggerito tramite l'assunzione di incombenze vissute come rilevanti in base alla propria identità. Nel nostro caso inoltre l'assunzione di tali compiti ha evidenziato anche una inadeguata esplorazione del suo attaccamento alla moglie: come se per tutta la vita la reale intensità del suo legame verso la moglie lo avesse turbato, se ne fosse difeso in vari modi, ma poi alla fine, da anziano superstite, si fosse reso consapevole di un percorso interiore da compiere e di effettuare una riparazione.

## CONCLUSIONI

Questo lavoro nasce dall'integrazione tra una esperienza psicologica e geriatrica, e da una stimolante letteratura sull'argomento, anche se non molto ricca.

La perdita espone alla necessità di esistere come singolo, a ristabilire i propri confini, e si deve rinunciare ad essere uniti alla persona perduta. È un processo di conoscenza, sempre al confine tra tolleranza e frustrazione, con la necessità di aprirsi ad altri pensieri e di affrontare incertezze: espone alla paura del limite, della imprevedibilità e alla angoscia del futuro.

Freud in "Caducità" afferma: "Il lutto per la perdita di qualcosa che abbiamo amato o ammirato sembra talmente naturale che il profano non esita a chiamarlo ovvio. Per lo psicologo invece in questo è un grande enigma, uno di quei fenomeni che non si possono spiegare ma ai quali si riconducono altre cose oscure". Freud ricorda che il distacco della libido dai suoi oggetti è un processo così doloroso che lo rende un mistero e per fare il lavoro del lutto occorre "... ricordare, ripetere, elaborare".

Però è necessario affrontare l'angoscia che emerge dalla situazione indifferenziata, enigmatica e oscura che afferrisce al lutto. (18)

Freud in "Totem e Tabù" (1912-13) ha sottolineato come in ogni lutto è necessaria non solo una elaborazione individuale, ma anche sociale. (19)

A partire dall'autore, il lutto può essere l'atto di fondazione del gruppo, del passaggio generazionale, della necessità di affrontare e organizzare una nuova cultura. Propone nuove prospettive del legame e della separazione; la possibilità di individuazioni e di condivisioni, ma cambiamenti e trasformazioni importanti hanno necessità di riti.

Freud descrive il "pasto totemico" come la possibilità di interiorizzare la morte del padre da parte dei fratelli e questo rito consentirà al soggetto di incorporare la perdita e di fondare la comunità dei fratelli con le sue differenze generazionali. (19)

La condivisione di un dolore per una perdita è di grande importanza sociale in ogni cultura, nel passato come nel presente, e si può ritrovare nei riti sociali del lutto: in ogni cultura è uso mangiare insieme dopo il funerale.

Anche oggi si condivide il rito del funerale - religioso o laico - e poi si mangia insieme, raccontando storie, aneddoti, ricordi sul morto: è l'inizio della incorporazione della perdita, infatti iniziando a separarsi dalla concretezza scomparsa si comincia a rendere interna la perdita. Questo rito assume il significato di un lutto "sociale", un valore per la società e un'interazione fra la perdita individuale e quella del gruppo.

La solitudine dell'anziano evidenzia una carenza di condivisione sociale con un aumento del dolore. La mancata condivisione del dolore porta ad un ripiegamento malinconico, che come sottolinea Freud riguarda un lutto non elaborato, con privazione di una piena partecipazione affettiva e un impoverimento delle proprie risorse.

La solitudine dell'anziano rende difficile affrontare il lutto e viene a mancare quella che Corrao chiama "koinónia", la condivisione del dolore con cui l'autore designa la necessità di "mettere in comune" il dolore e rende particolarmente adatta la terapia di gruppo, una dimensione terapeutica "sociale", che supporti e condivida la perdita.

Questa interazione fra individuo e sociale- o individuo e gruppo- è il presupposto di possibili trasformazioni e costruzioni di senso e di potenzialità empatica: costruisce una sintonia emotiva fra sé e gli altri, supera la chiusura interna e dà un senso al proprio dolore: condividendo il dolore con altri si produce quella germinazione di movimenti che esita in trasformazioni interne. (20)

Zapparoli, nella introduzione del suo libro, "Vivere e morire" sottolinea come in un'epoca in cui l'ideale dominante è quello di prolungare la giovinezza e la vita, in condizioni di possibile piacere e benessere, la vecchiaia, la sofferenza e la morte sono causa di sconcerto emotivo perché non appaiono provvisti di senso e di significato, se non essenzialmente negativi. (21)

Ma non c'è solo questo: infatti recenti teorie psicologiche suggeriscono che con l'avanzare dell'età le emozioni vengono regolate in maniera sempre più sofisticata, come strategia adattativa per mantenere il benessere. Anche le vicende negative della vita vengono rielaborate in maniera più articolata, più approfondita e più

interiorizzata rispetto a soggetti più giovani. Nel corso della vita si passerebbe da un controllo primario, volto all'influenza diretta sul mondo esterno, ad uno secondario centrato sul Sé e sui cambiamenti intra-individuali. (22,23)

Da numerosi lavori centrati sulla vita emotiva in terza e quarta età emerge che non esiste una diminuzione della intensità con cui le emozioni vengono vissute, ma si ha una loro maggiore modulazione, un aumento della loro regolazione, una diminuzione della risposta psicofisiologica, ed una maggiore internalizzazione con pensieri e con agiti di vario tipo, come esemplificato dai due casi descritti. (24)

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1)Gallagher D.E. et al. Effects of bereavement on indicators of mental health in elderly widows and widowers. *Journal of Gerontology*, 38,565-571,1983.
- 2)Averill J.R. et al. *Behavior therapy in terminal care: a humanistic approach*. Ballinger, Cambridge, Massachusetts, 1981.
- 3)Kubler-Ross E. *On death and dying*. The Mcmillan Company, New York,1969.
- 4)Lieberman F. et al. *Developmental Psychology*. McGraw Hill, New York,1968
- 5)Fossi G. et al. *Dolore e angoscia di morte*. Borla. 1988.
- 6)de M'Uzan M. *Le travail du trepas*. Gallimard, Paris, 1977.
- 7)Erikson E.H.. *Identity and the life cycle*. Int.Universities Press. New York. 1959.
- 8) Kernberg O. *Mondo interno e realtà esterna*. Boringhieri. 1986 9)Quinodoz D. *Invecchiare*. Borla. 2009
- 10) Chattat R. *L'invecchiamento*. Carocci. 2004
- 11) Norman E. *Mental health care for elderly people*. Churchill Livingstone.1997
- 12) Vitlic A. et al. *Bereavement reduces neutrophil oxidative burst only in older adults*. *Immunity and ageing*. 2014.
- 13) Zisook S. et al. *Grief and bereavement: what psychiatrists need to know*. *World Psychiatry*, 8, 67-74, 2009.
- 14)Freud S. *Lutto e melanconia*.1915. Bollati Boringhieri. 1976
- 15)Winicott D.W. *Deprivation and delinquency*. Tavistock. 1984
- 16)Lewis C.S. *Diario di un dolore*. Adelphi, 1990
- 17)Kanstenbaum R.J. *Death, Society and Human Experience*. MO, CV Mosby. 1981
- 18)Freud S. *Caducità*.1915. Bollati Boringhieri. 1976
- 19)Freud S. *Totem e Tabù*. 1912-13. Bollati Boringhieri. 1976
- 20)Corrao F. *Orme*. Cortina. 1998
- 21)Zapparoli G.C. *Vivere e morire*. Feltrinelli. 1997
- 22)Cartensen L.L. *The influence of a sense of time on human development*. *Science*, 312, 1913-15. 2006
- 23)Labouvie-Vief G. *Dynamic integration: affect,cognition and the self in adulthood*. *Current directions in Psychological Sciences*. 12, 201-6. 2003
- 24)De Beni R. *Psicologia dell'invecchiamento*. Il Mulino, 2009.