

Il lutto: dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione.

Claudia Perdighe e Francesco Mancini

Riassunto

Lo scopo di questo articolo è porre l'attenzione da un lato su alcuni aspetti del lutto non ancora del tutto condivisi dai terapeuti, benché supportati da ampie evidenze cliniche e sperimentali, dall'altro sugli aspetti critici per l'accettazione o patologizzazione di un evento di perdita. L'articolo si inserisce nel più generale tema dell'accettazione, ovvero del fronteggiamento di una perdita. Il lutto è, infatti, il prototipo delle esperienze di perdita, che implicano un cambiamento permanente e che non possono essere eluse o modificate, ovvero implicano un processo di accettazione.

Parole chiave: lutto; accettazione; terapia cognitivo-comportamentale

Summary

The aim of this article is to focus the attention on some aspects of bereavement that are not shared by psychotherapists even if they are supported by clinical and experimental evidence. On the other hand the article wants to focus on the critical aspects to accept pathologically a loss. The article is about the general theme of accepting a loss and to ease slightly this tragic event. Bereavement is actually the prototype of loss experiences that imply a permanent change and that cannot be ignored or modified but in actual fact lead to a process of acceptance.

Key words: bereavement; acceptance; cognitive-behavioural therapy.

Accettare è un processo che in sé, per definizione, implica una dinamica interna di "resistenza" e rifiuto, intendendo con ciò il desiderio del soggetto di non credere, di non volere che l'evento oggetto dell'accettazione si sia verificato. In questo senso accettare significa prendere atto di qualcosa che non si può far altro che accettare, ovvero prendere atto di un fatto, togliendo al fatto tutte le connotazioni di "problema", cosa che implicherebbe una soluzione. Le complicazioni del processo di accettazione, infatti, nascono soprattutto dal trattare un fatto, o qualche suo aspetto, come una questione ancora aperta, un problema da risolvere (mi arrabbio con il destino e cerco una risposta al senso di ingiustizia per la perdita di mio marito; ritengo il lutto non sopportabile e cerco di capire come eluderlo).

Per accettazione qui si intende sia l'insieme di reazioni ad un evento di perdita, sia l'esito, ovvero, la risoluzione o adattamento o resilienza (a seconda della cornice teorica di riferimento), cioè la riduzione della sofferenza originata dalla perdita e la ripresa di un funzionamento confrontabile a quello pre-perdita.

La maggior parte delle persone in lutto non va incontro a complicazioni: nella grande parte dei casi è un evento doloroso, ma almeno la metà delle persone raggiunge uno stato di accettazione e completa resilienza (Bonanno

* Associazione di Psicologia Cognitiva, Viale Castro Pretorio 116, Roma Tel. 06 44704193; mail: perdighe@apc.it

e Lilienfeld, 2008). Ne consegue che nella grande parte dei casi non è necessario, né utile, un intervento professionale: Freud consultato, verso la fine della sua vita, da una donna che lamentava umore depresso conseguente alla morte del marito, risponde “Signora, lei non ha una nevrosi, ha solo avuto una disgrazia” (aneddoto riportato in Stroebe et al., 2000).

Benché nella gran parte dei casi non richieda intervento psicologico, il lutto è un tema rilevante in clinica in almeno tre sensi: il lutto è un evento scompensante, ovvero un evento che può mandare in crisi il normale funzionamento psicologico di una persona e precedere l’esordio di un disturbo psicologico come, ad esempio, ipocondria, agorafobia, depressione, disturbi psicosomatici (Bonanno, 1999; Parkes, 1985; Parkes, 1996) o anche semplicemente di una “sofferenza esistenziale”, che non rientra in una diagnosi nosografica precisa; la sintomatologia depressiva è una delle complicazioni più frequenti di un lutto (Stroebe et al., 1998); il lutto è il prototipo del processo di accettazione di una perdita (o la risoluzione o l’adattamento, termini qui usati in modo sostanzialmente equivalente).

Le domande a cui si tenterà di dare risposta in questo articolo sono le seguenti:

- quali sono, se esistono, le reazioni normali a un lutto? O, guardando dall’altro punto di vista, quali sono i fattori di rischio per un lutto patologico? Ovvero quali sono gli aspetti critici per la risoluzione o accettazione di un lutto?
- in una cornice cognitivo-comportamentale, quali sono gli interventi di facilitazione dell’accettazione (e dunque di prevenzione del lutto patologico) della perdita di una persona cara?

Le reazioni ad una perdita

La perdita di una persona cara, fa parte di quegli eventi, come ad esempio anche le malattie o la perdita del lavoro, con cui gli esseri umani si confrontano nel corso della loro vita e che attivano reazioni che classifichiamo come disfunzionali e patologiche se non fossero “risposte normali a eventi eccezionali” (inteso come eventi che creano una “frattura” nella vita di una persona). Osservare una donna di 33aa che piange per diverse ore al giorno, rifiuta di andare al lavoro e rispondere al telefono, esprime senso di disperazione e inutilità della vita, ci suggerisce ipotesi diagnostiche come una depressione maggiore o un altro serio disturbo dell’umore; la valutazione, e l’eventuale intervento, si modica completamente se queste reazioni seguono di qualche giorno la morte del coniuge o la diagnosi di Sclerosi Multipla. A fronte di eventi di vita

“soggettivamente” gravi, la sofferenza e il disagio non sono criteri necessari per definire disfunzionali o patologiche le reazioni emotive e comportamentali.

Se è vero che la morte è tra gli eventi che classifichiamo come “normali”, infatti, è altrettanto vero che anche la reazione alla morte di una persona cara è tra gli eventi normali e naturali con cui ogni persona si confronta inevitabilmente: per ogni persona che muore ce ne sono tante altre che soffrono e si trovano a fare i conti con quella che per loro è una perdita più o meno significativa.

In questo senso si potrebbe affermare che gli esseri umani sono “naturalmente predisposti” all’accettazione della morte. In effetti, la grande maggioranza delle persone che si confronta con la perdita di una persona significativa, entro circa 18 mesi “accetta” la perdita, ovvero presenta un ritorno a livelli di funzionamento psicologico confrontabile a quelli pre-lutto o, comunque, presenta una significativa riduzione della sofferenza e un miglioramento nel funzionamento psicosociale (Bonanno et al., 2002).

Ma quali sono, se esistono, le reazioni “normali” alla perdita di una persona cara? È vero, soprattutto, che “soffrire facilita l’accettazione”?

Da Freud in poi, e per quasi tutto il XX secolo è stato dato per vero che: a) una perdita significativa è seguita da una tipica costellazione di reazioni; b) queste reazioni hanno un tipico andamento temporale che si conclude con l’accettazione; c) l’assenza di queste reazioni è un segnale sfavorevole per il successivo benessere psicologico e prevede un lutto patologico o ritardato (Bowlby, 1980; Freud, 1989; Lazare, 1989; Kubler-Ross, 1990; Parkes, 1980).

Un assunto centrale tra gli autori che si sono occupati di lutto e soprattutto tra i clinici è, o era, dunque, riprendendo l’ultimo punto, che il fallimento nell’iniziare o completare il processo di elaborazione di un lutto è la principale causa di un lutto cronico o, in altri termini, di una non accettazione della perdita. Da questo deriva che l’assenza delle reazioni descritte come tipiche (e in particolare delle manifestazioni emotive del disagio e della focalizzazione cognitiva sulla perdita) è stata a lungo considerata dai clinici un fattore prognostico sfavorevole e il prodromo di un lutto patologico e, quindi, per esempio, buona ragione per suggerire una terapia (Bonanno e Kaltman, 1999).

In un famoso articolo significativamente intitolato “*The myths of coping with loss*”, Wortman e Silver (1989) mettono in luce l’esistenza di una serie di assunti sul lutto non pienamente dimostrati o addirittura in contrasto con i dati empirici e l’osservazione clinica:

- la sofferenza è inevitabile;
- la sofferenza è necessaria e la sua assenza è segno di patologia;

- l'elaborazione (intesa come confronto cognitivo attivo con la perdita) è centrale per l'accettazione;
- l'accettazione intesa come guarigione (*recovery*) è "attesa" (ovvero, è normale e atteso un ritorno al funzionamento pre-lutto);
- lo stato di risoluzione, inteso come accettazione intellettuale (farsene una ragione) è normalmente raggiunto.

Si rimanda alle autrici per una disamina della letteratura relativa al supporto empirico ai diversi "miti"; qui ci sembra utile sottolineare il fatto che la sofferenza emotiva e l'*elaborazione del lutto* non sono processi *necessari* per l'accettazione e che la loro assenza non predice patologia (o almeno non ci sono dati empirici solidi a supporto di questa tesi).

Oltre che non supportati da evidenze, gli assunti della necessità della sofferenza e dell'*elaborazione*, sono anche potenzialmente iatrogeni. La resilienza, per esempio, può essere interpretata come indicatore di terapia, per assenza di segni visibili di sofferenza, laddove attesa sulla base della teoria. Se ritengo che sia *normale* che una persona a 4 mesi dalla morte del marito manifesti rabbia, pianto improvviso, comportamenti di ricerca di contatto con il defunto eccetera, in assenza di questi sospetterò un lutto patologico (per esempio "inibito"). È il caso di una paziente inviata per una terapia dal medico di base, insospettito "dalla mancanza di segni visibili di significativa sofferenza emotiva a 6 mesi dalla perdita del marito e dalla ripresa di una soddisfacente vita sociale". L'effetto non voluto fu di colpevolizzazione della paziente ("devo avere qualcosa che non va se il medico pensa che abbia bisogno di uno psicologo; forse sono una persona insensibile").

Sulla base della letteratura degli ultimi 20 anni, superando i miti evidenziati da Wortman e Silver, ci sembra che sul fenomeno del lutto si possano trarre tre conclusioni rilevanti per un clinico: il lutto non è un processo/fenomeno unico (Bonanno et al., 2005; Stein et al., 1997); la sofferenza emotiva e la "elaborazione" non sono processi né sempre presenti né necessari alla risoluzione (Stroebe e Stroebe, 1991); in ultimo, esiti patologici sono funzione non della mancanza di "reazioni necessarie", ma di vincoli e "reazioni di contrasto" delle reazioni personali, ovvero di credenze personali e aspettative o richieste interpersonali che "creano o aumentano la critica verso i propri vissuti in relazione alla perdita" e ostacolano il cambiamento implicato dalla perdita.

Riguardo alla prima conclusione, il lutto non è un processo unico e non esiste una reazione normale al lutto, ricordiamo che tra il 15 e il 50% dei soggetti non mostra reazioni al lutto (Bonanno, 2001): il lutto non è in se e per tutti i soggetti un evento scompensante o stressante, dipende dal significato personale della perdita. Sono, infatti, osservabili diversi pattern

di reazioni al lutto, ovvero diverse costellazioni di reazioni e diversi andamenti temporali di queste (Bonanno et al., 2002; Bonanno et al., 2005; Stein et al., 1997). Bonanno e coll. (2004) per esempio identificano 5 pattern di reazioni al lutto: solo il 16% del campione manifesta reazioni compatibili con il pattern lutto, così come descritto in letteratura.

Consideriamo ora la seconda conclusione, ovvero la non obbligatorietà ai fini dell'accettazione, della sofferenza emotiva e del processo di elaborazione, il *grief work* (simmetricamente: la sperimentazione di emozioni e pensieri positivi non è il segnale di un evitamento o inibizione della sofferenza). Stroebe e Stroebe (1987) per primi centrano l'attenzione sul fatto che, a dispetto della grande condivisione in letteratura della teoria sulla elaborazione del lutto, ci sono ben poche evidenze empiriche a questa teoria. In realtà un primo problema riguarda l'operazionalizzazione del concetto di elaborazione. Se consideriamo, in linea con Freud e con Parkes (1980), l'elaborazione un processo di "focalizzazione cognitiva sulla perdita" (che si manifesta in continue rivalutazioni dell'evento, tentativi di trovare un colpevole o di dare un senso, ricordi sulla persona persa) si può affermare che non esistono evidenze a favore della necessità di questo processo ai fini dell'accettazione o migliore adattamento alla perdita. Infatti non emerge alcuna relazione significativa tra l'espressione di pensieri e emozioni legati al lutto e migliore adattamento (Stroebe et al., 2002; Bonanno e Keltner, 1997). Al contrario esistono dati a supporto del fatto che l'intensità del disagio e la focalizzazione cognitiva della perdita correlano con peggiori esiti: la focalizzazione cognitiva sulla perdita può presentarsi come una forma di ruminazione che esacerba piuttosto che migliorare, il disagio emotivo legato alla perdita (Bonanno et al., 1995, 2001, 2005; Coifman et al., 2007); nei soggetti che manifestano segnali "non acuti" o "minori" del processo di elaborazione del lutto, c'è un migliore adattamento alla perdita, dove invece i soggetti che presentano segni più intensi di elaborazione del lutto tendono a manifestare disregolazione emotiva e ruminazioni che esitano in un lutto più duraturo.

Suggestivi sono anche i dati che suggeriscono una correlazione positiva tra la manifestazione e espressione di pensieri ed emozioni positive e esiti positivi. Per esempio da uno studio di Keltner e Bonanno (1997) emerge che ridere facilita risposte adattive al lutto; da una ricerca sulle espressioni facciali, emerge che mentre le espressioni facciali di emozioni negative registrate a 6 mesi, correlano con outcomes negativi a 14 mesi e 25 mesi dalla perdita; al contrario, espressioni facciali di emozioni positive predicono una riduzione del disagio connesso al lutto (Bonanno e Keltner, 1997).

Vediamo ora l'ultimo punto: gli esiti patologici, ovvero livelli di sofferenza prolungata, difficoltà a recuperare un buon funzionamento psico-sociale, anche nei domini non direttamente compromessi dalla perdita, sono il risultato non della mancanza di "reazioni necessarie", ma della presenza di "vincoli" (*constraints*), interni o esterni, che inibiscono le "reazioni spontanee" alla perdita (Stein et al., 1997; Lepore et al., 1996).

Se da un lato *grief work* e evitamento risultano essere due fattori indipendenti e non c'è tra loro, come atteso sulla base delle teorie dell'elaborazione del lutto, una correlazione negativa, dall'altra una strategia di evitamento cognitivo correla con esiti negativi a 18 mesi (Bonanno et al 2005). In questo senso l'evitamento (dei pensieri e delle emozioni connesse al lutto) è un fattore negativo quando concettualizzato come una forma disfunzionali di coping con la perdita; non è un fattore negativo quando concettualizzato solo come assenza di *grief work*.

Interessanti in questo senso sono i dati sull'effetto negativo dei *constraint* sociali all'espressione del lutto: gli "atteggiamenti" interpersonali che inibiscono l'espressione/manifestazione dei pensieri ed emozioni connesse alla perdita" interferiscono con il processo di adattamento e correlano con esiti peggiori nel processo di adattamento (Lepore et al., 1996; Stein et al., 1997).

Un *constraints* potrebbe essere rappresentato anche dall'attesa di "risoluzione", intesa come estinzione della sofferenza; una paziente, per esempio, riferiva senso di colpa per il fatto che dopo 4 anni in alcuni momenti soffriva "come i primi mesi" per la morte del padre, cosa che "non le sembrava normale".

L'accettazione come rinuncia ad uno scopo

Se è vero, come sostenuto sopra, che non esistono reazioni normali e obbligatorie al fine dell'accettazione, è vero che, comunque, la perdita di una persona cara è un evento che attiva delle risposte emotive e richiede un cambiamento. In accordo con le teorie del *cognitive processing* (Taylor, 1983) e con Mancini et al. (2003) definiamo il lutto come un processo di cambiamento cognitivo attivato da un evento di perdita: l'evento è soggettivamente grave nella misura in cui compromette o minaccia scopi personali; gli scopi minacciati o compromessi possono riguardare sia la perdita in sé sia domini connessi.

La morte di Maria può essere grave sia perché "avere Maria" è uno scopo in sé, sia perché la morte di Maria minaccia il mio scopo di "essere un marito", o di "diventare padre"; la morte di Maria può essere grave anche nel senso che compromette scopi personali più generali, per esempio

quelli legati alla credenza di avere diritto a un mondo giusto o a un mondo prevedibile.

L'accettazione della perdita è un processo di disinvestimento e abbandono degli scopi irrimediabilmente compromessi e recupero di quelli ancora perseguibili, che si esplica nell'inibizione di tutte le condotte orientate dallo scopo compromesso e nella costruzione di nuove condotte per perseguire scopi ancora realizzabili.

Il processo di abbandono di uno scopo, è essenzialmente un processo di cambiamento cognitivo, ovvero è il prodotto del cambiamento delle credenze che sostengono l'investimento nello scopo (Mancini et al, 2003). Non è sufficiente avere uno scopo perché ci sia investimento (inteso come insieme di condotte atte a realizzarlo) nella sua direzione: avere lo scopo di essere bella non implica che spenderò tempo e danaro dal parrucchiere o nello shopping se non credo anche di avere il potere (se vado dal parrucchiere divento più bella), il diritto (merito di essere bella), la convenienza (essere bella è rilevante per il mio benessere) a investire nella direzione di questo scopo.

Il cambiamento implicato nel processo di accettazione riguarda, dunque, la modificazione delle credenze che sostengono l'investimento in uno scopo e, in particolare, il cambiamento riguarda le credenze di potere, diritto/dovere, sostituibilità/convenienza.

In particolare il cambiamento nel lutto riguarda le seguenti credenze (Mancini et al., 2003):

- credenze sul proprio potere e capacità di ottenere lo scopo: la persona può credere che è possibile riavere, in senso pieno o almeno in parte, il bene perduto. La perdita non è ineluttabile! Questo tipo di credenza sostiene comportamenti come la ricerca di segnali della presenza della persona morta, la ricerca di un contatto attraverso la visita al cimitero o il contatto con oggetti appartenuti alla persona persa e così via. Le credenze relative alla recuperabilità del bene sono quelle che più facilmente vengono abbandonate in parte per il confronto quotidiano con la realtà dell'evento (*Giorno per giorno prendevo atto del fatto che mio figlio tutti i giorni non tornava da scuola, non mangiava a tavola con noi, non aveva bisogno di soldi*) in parte perché invalidate proprio dal tentativo di "recuperare" il bene (*Ogni volta che sto lì ore a ruminare su come avrei potuto evitare il suo incidente, poi sono costretta a riprendere atto del fatto che tanto non posso farci più niente*). La difficoltà ad abbandonare le credenze relative al potere è segnalata da condotte di ricerca di un contatto (guardare continuamente le foto), dal non cambiamento di

condotte connesse alla persona persa (ad esempio, continuo a pulire le sue scarpe tutte le settimane), da ruminazioni sul corso degli eventi che hanno portato alla perdita;

- credenze sui propri diritti e doveri di veder realizzato uno scopo: avere la persona cara può essere considerato un diritto (e la sua compromissione un diritto leso) o un dovere da perseguire, anche ove non più realizzabile. Un esempio di difficoltà ad abbandonare questa credenza è quello di una paziente che, a distanza di 6 anni dalla morte della madre, riferiva un livello di sofferenza ancora molto elevato, che si acuiva in coincidenza di occasioni “che dovevano essere gioiose” (es. feste, successi professionali) e che si manifestava soprattutto con depressione e colpa. In terapia emerse la convinzione che “una brava figlia ha il dovere di testimoniare il valore della madre prematuramente morta” e che gioire era visto come un dovere mancato nei confronti della madre. La difficoltà ad abbandonare le credenze relative al diritto di avere il bene perduto è segnalata soprattutto da emozioni di rabbia e assorbimento in pensieri di ingiustizia, mentre quelle relative al dovere sono segnalate soprattutto da emozioni di colpa e attività di riparazione, giustificazione, espiazione.
- credenze sul valore della meta in generale, ovvero sulla centralità dello scopo e sulla sua sostituibilità, che si possono riassumere in frasi come “senza mio marito niente ha più senso nella vita”, “perdere un figlio equivale alla fine della propria vita: dopo si è solo fisicamente vivi”. Mantenere la credenza che lo scopo compromesso sia insostituibile ostacola l’abbandono dello scopo, anche se e quando la consapevolezza della mancanza di potere, dovere, diritto al bene inibisce le condotte orientate dallo scopo compromesso. Tante più condotte, emozioni e pensieri sono regolati dallo scopo, tanto più è difficile abbandonarlo. La difficoltà ad abbandonare le credenze relative all’insostituibilità si manifesta soprattutto con un atteggiamento di rassegnazione e riduzione della quantità di attività normali (soprattutto di quelle connesse all’ottenimento di una qualche gratificazione, come andare al cinema o praticare sport).

Il processo di accettazione, in sintesi, può essere descritto come un cambiamento strettamente cognitivo, che ha per oggetto le credenze che sostengono uno scopo.

Fattori che ostacolano l'accettazione di una perdita

Se il processo di accettazione di un lutto, come sostenuto sopra, è un processo di cambiamento di credenze, ne consegue che il processo può essere ostacolato da tutti i fattori, interni o esterni all'individuo, che rendono più difficile abbandonare le credenze che sostengono l'investimento sullo scopo, ovvero le credenze che attengono al potere, convenienza, diritto, dovere allo scopo compromesso.

I principali fattori che ostacolano l'abbandono o il cambiamento di credenze, e quindi l'accettazione, sono:

- gravità della perdita: tanto più la perdita compromette o minaccia la realizzazione di scopi centrali per l'individuo, tanto più è difficile abbandonare lo scopo (Stein et al., 1997; Trincas e Mancini, 2009); in altri termini, tante più condotte, emozioni e pensieri sono regolati dallo scopo, tanto più è difficile abbandonarlo. È intuitivo pensare alla perdita di un figlio come a un fatto soggettivamente più grave della perdita di un nonno, in quanto la morte di un figlio invalida una parte rilevante delle condotte, dei pensieri, delle emozioni di un genitore, (appunto tutti i comportamenti regolati ruolo di mamma o padre).
- mancanza di supporto sociale e isolamento: questi sono tra i fattori che maggiormente predicono gli esiti negativi di un lutto; non avere una rete sociale di aiuto, significa non avere persone che possono, almeno parzialmente, sostituirsi alla persona perduta e consentire il raggiungimento almeno parziale di scopi. Se mio marito rappresentava la mia unica fonte di reddito, questa perdita sarà tanto più grave nella misura in cui non c'è nessun altro che possa, anche solo parzialmente, sostituirsi a lui. Questo fattore è tanto più predittivo di lutto patologico quanto più si associa a un rapporto affettivo di dipendenza con la persona perduta (Bonanno et al. 2002);
- *constraints* interpersonali/sociali, ovvero atteggiamenti, convenzioni sociali, regole, che orientano o vincolano l'esperienza e la condotta di una persona, inibendo o interferendo su quello che sarebbe la condotta, l'esperienza emotiva, i pensieri del soggetto in assenza di tali vincoli. Esempi di constraints sociali sono:

- a) indisponibilità dell'altro a parlare della perdita e atteggiamenti di censura e di inibizione della manifestazione della sofferenza, come, ad esempio, piangere o anche solo parlare della persona morta (Lepore et al., 1996; Stein et al., 1997; Lepore et al., 1996). Questo tipo di atteggiamenti interpersonali possono complicare il processo di accettazione in diversi modi: per esempio facilitano nella persona in lutto tentativi di soppressione dei propri stati interni ("devo essere forte, non devo pensarci...") e relativi effetti paradossali; oppure, ad esempio, possono rendere più lungo il processo di accettazione dal

momento che viene negata l'esposizione alle emozioni connesse al lutto e la ri-valutazione dell'evento che si ha nel confronto con un'altra persona.

- b) aspettative interpersonali e sociali su quelle che dovrebbero essere le reazioni e i comportamenti "giusti"; un esempio sono gli incitamenti a "reagire" e a riprendere la vita normale. Le aspettative riguardo le "giuste reazioni", facilmente innescano problemi secondari sulle proprie reazioni, per cui ad esempio dopo 1 anno dalla perdita del marito una donna può sentirsi in colpa per non aver ancora superato il lutto o, al contrario, perché sente il desiderio di avere un nuovo compagno.
- constraints personali/cognitivi, ovvero credenze generali sul sé e sul mondo che possono rendere più o meno difficilmente assimilabile l'evento di perdita alla propria visione del mondo e di sé. Credenze come "l'accettazione della morte", la fiducia in un mondo giusto o credenze sovrordinate come l'affidarsi alla volontà di Dio per gli islamici, facilitano l'accettazione (Bonanno et al., 2004; Bonanno et al., 2002; Davis et al., 2000; Walsh et al., 2007). Al contrario alcune credenze sul mondo o sul sé possono ostacolare l'accettazione. Per esempio credenze sulla scarsa desiderabilità sociale delle persone depresse, può innescare cicli interpersonali problematici (ad esempio: "evito gli amici per non "appesantirli" e rifiuto i tentativi di avvicinamento, e poi interpreto la ridotta frequentazione come prova del fatto che "agli amici non piace stare vicino a chi soffre").
 - aspetti di incertezza della perdita: come già accennato, infatti, una complicazione del processo di accettazione è l'incertezza che può caratterizzare una perdita; per esempio non ci sono tutti gli elementi per definire esattamente cosa è andato perduto (un esempio è una malattia grave, ma a prognosi incerta) o non si ha la certezza della non recuperabilità del bene (l'esempio più rappresentativo sono i casi di scomparsa o rapimento) o non si hanno sufficienti informazioni sul come e perché della perdita (ad esempio la morte di una cara in circostanze non chiare). Una paziente riferiva di non riuscire a farsi una ragione della morte del figlio, avvenuta in circostanze che, dopo 8 anni, e diversi gradi di giudizio, non erano ancora chiare (Il figlio venne arrestato per reati connessi alla droga e, dopo alcuni giorni, morì in circostanze mai chiarite). La perdita di una persona cara in questo tipo di circostanze facilita la perseverazione nello scopo di eludere la perdita o, almeno, alcune sue connotazioni (Mancini et al., 2003). La manifestazione più frequente sono le ruminazioni, che sembrano orientate a "trovare una soluzione" a quanto accaduto e che hanno l'effetto di evitare o posticipare

la presa d'atto della non eludibilità della perdita. Ad esempio si osservano ruminazioni sul corso degli eventi che hanno prodotto la morte della persona cara, che sembrano sottendere l'illusione che ancora esiste un'alternativa a quella già avvenuta.

I fattori che ostacolano il processo di accettazione, in particolare quali relativi ai *constraints*, interni e esterni, sono per un clinico l'aspetto più "interessante" del processo di accettazione di una perdita: infatti, non solo a beneficiare maggiormente della terapia o di un counselling psicologico sono i pazienti che presentano problemi connessi alla non legittimazione e validazione delle proprie reazioni, che ad esempio presentano problemi secondari di critica alle proprie reazioni, ma questi fattori spiegano gran parte delle complicazioni dell'accettazione di un lutto e della persistenza della sofferenza.

Interventi di facilitazione dell'accettazione di un lutto

Il lutto in sé non è una patologia e non lo è neanche l'intensa sofferenza per la perdita di una persona cara.

Il primo problema di un terapeuta davanti a una persona in lutto, dunque, riguarderà la decisione circa l'opportunità di terapia: quando l'intervento è indicato e utile?

Il problema non è banale almeno in due sensi: da un lato ci sono i rischi di iatrogenità e dall'altro quelli di inutilità degli interventi (Allumbaugh e Hoyt, 1999; Bonanno e Lilienfeld, 2008).

Una possibile risposta la si può trovare ricorrendo al concetto di "lutto patologico", ma in realtà è una definizione su cui non c'è largo consenso tra gli studiosi e i clinici (Stroebe et al., 2000). Se si guarda al DSM possiamo dire che il lutto patologico può coincidere con almeno tre categorie: Episodio Depressivo Maggiore, Disturbo dell'Adattamento, Disturbo Post-Traumatico (per il lutto "non complicato" è previsto solo il Codice V).

In realtà l'unica definizione possibile è sul singolo, ma ci sembra che gli aspetti importanti ai fini della valutazione sono: la durata e persistenza della sofferenza (andamento di riduzione? In alternativa: dubbio cronicità); la mancata ripresa delle normali attività (es. lavoro, compiti familiari) dopo alcuni mesi dalla perdita; la presenza di problemi secondari, segnalati generalmente da forti emozioni di colpa o di rabbia; isolamento (ovvero una significativa riduzione della normale vita relazionale). È ovvio che bisogna tenere conto del contesto e dei fattori culturali (in un piccolo paese della Sardegna non è indicatore di patologia nel lutto il fatto che una moglie a 1 anno dalla perdita del marito non abbia ripreso per niente la vita sociale, mentre può esserlo a Roma). Il criterio di selezione più efficace, comunque, sembra essere l'autoselezione: l'intervento terapeutico è tanto

più efficace (e non iatrogeno), quanto più la richiesta nasce dalla persona in lutto (Allumbaugh e Hoyt, 1999; Sgarro, 2008).

Il secondo problema del terapeuta è: come facilitare l'accettazione della perdita? La risposta a questa domanda è direttamente derivabile dal processo di accettazione sopra descritto: se ciò che ostacola il disinvestimento da uno scopo compromesso e l'investimento in scopi ancora realizzabili, sono credenze relative al proprio potere, la propria convenienza, il proprio diritto o dovere di abbandonare lo scopo, il processo di facilitazione consisterà nel modificare queste credenze (Mancini et al., 2003; Schwartzberg e Halgin, 1991; Sgarro, 2008).

Non si vuole qui presentare un esaustivo "protocollo sul lutto" ma solo una serie di interventi di facilitazione. Gli interventi presentati sono essenzialmente di quattro tipi: a) riconoscere e legittimare la sofferenza intesa come mancanza della persona cara; b) ridurre la gravità soggettiva del danno; c) modificare le credenze relative al potere e all'esistenza di un'alternativa alla rinuncia al bene; d) modificare o rendere meno rigide le credenze relative ai doveri e ai diritti. Un'ultima categoria di interventi riguarda l'individuazione e perseguimento di nuovi scopi e valori, ma non sono qui descritti dal momento che sono ampiamente sovrapponibili alla terapia di riattivazione comportamentale della depressione.

Prima di entrare nel merito degli interventi, ricordiamo che il "quando" (il *timing*) è importante quanto il "cosa" per la buona riuscita dell'intervento. Una indicazione generale è quella di farsi guidare dai tempi del paziente (regola valida anche in contesti non terapeutici): se il paziente critica la sua sofferenza e si aspetta risposta su ciò, lo seguiremo con interventi su questo: se racconta della sua colpa ogni volta che prova a far qualcosa di piacevole, *idem*. Un'altra indicazione riguarda il non sminuire mai la sofferenza e la gravità della perdita. In ultimo è importante legittimare ogni tipo di reazione del paziente, facendo attenzione a non far passare l'idea che esista un modo "più giusto e normale" di reagire ad un lutto; lo strumento principe per evitare che gli interventi siano percepiti come delegittimanti o come interventi *educativi* alle giuste reazioni, è l'uso di domande e di un metodo socratico nel formulare gli interventi.

a. Riconoscere, normalizzare e legittimare la sofferenza intesa come mancanza della persona cara;

Una prima difficoltà o causa di sofferenza in una persona in lutto riguarda la percezione stessa della sofferenza o delle proprie reazioni come "anormali"; questo è peggiorato dalla mancanza di confronto su questi temi. Sono frequenti espressioni come "non so cosa mi succede"; "faccio e penso cose che mi fanno temere che sto diventando pazza"; "non mi

sembra che le persone normali stiano così male e così a lungo”. Un modo per ridurre la critica e la percezione di anormalità delle proprie reazioni è descrivere, spiegare e far leggere materiale su come le persone reagiscono al lutto; l’obiettivo è, naturalmente, non educativo ma quello di contrastare credenze circa la stranezza e anormalità delle reazioni, alternativo alla discussione diretta delle credenze (è preferibile evitare il debating che ci espone a reazioni del paziente del tipo “lei non può capire”).

Un altro modo per contrastare le credenze circa l’anormalità o eccesso delle proprie reazioni è connotarle in modo “nuovo” e desiderabile per il paziente, in particolare come “forza del legame” o, citando Parkes, come il costo da pagare per l’amore. In sostanza davanti a frasi del paziente sull’esagerazione della propria sofferenza, il terapeuta mostrerà come sia abbastanza inevitabile soffrire e sentire la mancanza di una persona cara, dal momento che si è perso un bene che si voleva e che questo è un fatto da accettare per mancanza di alternative, ma non desiderabile. D’altra parte, si può far notare al paziente, che probabilmente se esistesse la pillolina anti-lutto non è detto che la assumerebbe (che anche l’assenza di sofferenza probabilmente non è una alternativa desiderabile). Un esempio di questo tipo di interventi è contenuto nel seguente stralcio di seduta:

- Sono tre mesi che mio marito è morto. Non credo di poter sopportare questo dolore, è troppo; ci dev’essere un modo per uscirne.

- Capisco la fatica di sopportare questa sofferenza; ma temo che il punto ora non sia tanto eliminare il dolore, quanto il fatto di non ha più suo marito. Ma assumerebbe una pillola anti-lutto? Cioè, se le prescrivessi una pillola dicendole che da domani non soffrirà più per la perdita, la prenderebbe?

- In effetti non mi piacerebbe togliermi di dosso il dolore per mio marito, così tutto insieme: se non soffrissi sarebbe come se non me ne importasse niente di lui, mi sentirei in colpa e sarebbe anche peggio.

Allo stesso modo, quando la sofferenza è valutata troppo poco intensa (“Non soffro abbastanza”) è importante normalizzare di nuovo le reazioni del paziente; argomentazioni utili in tal senso sono ad esempio: far notare la mancanza di una norma (in base a cosa dici che è troppo poca? Come si misura la sofferenza?); osservare che anche il solo fatto di porsi il problema della intensità è in sé un indicatore di disagio emotivo e dell’intensità del legame con la persona cara.

b. Ridurre la gravità soggettiva del danno

L’obiettivo dell’intervento è quello di “rendere più piccolo il boccone da ingoiare”: ma come rendere meno amaro il boccone della perdita di una persona cara? Innanzitutto ricordiamo nuovamente l’importanza del timing

di questi interventi e, in particolare, che si tratta di interventi opportuni solo laddove lo stato emotivo della persona lo consenta e, soprattutto, laddove effettivamente la persona riconosca una difficoltà nel processo di accettazione.

Il secondo aspetto critico è che la “riduzione della gravità soggettiva” non coincide con lo sminuire il valore della perdita e, soprattutto, del bene perduto (l’idea invece è: hai perso tanto, ma forse non tutto quello che credevi di aver perso).

La riduzione della gravità riguarda, piuttosto, da un lato la riduzione della generalizzazione degli scopi compromessi e la distinzione tra perdite irrimediabili e scopi ancora perseguibili, dall’altra la riduzione delle connotazioni più “negative” attribuite alla morte. Diverso è accettare “non avrò più Maria, e quindi perdo un rapporto sentimentale e tutto quello che implica”, dall’acceptare “non avrò più Maria, e quindi perdo in assoluto la possibilità di un rapporto sentimentale”. In questo secondo caso il danno è più grave, in quanto la perdita di Maria coincide con la compromissione di uno scopo terminale: avere Maria e avere una relazione sentimentale sono lo stessa cosa.

Prima ancora di fare interventi tesi a ridurre la gravità soggettiva, è opportuno fare un assessment delle convinzioni e teorie sulla morte, per evitare di entrare in conflitto con i valori della persona da un lato e per “sfruttare” quei valori dall’altro.

Un esempio di interventi che vanno nella direzione del connotare la morte come un po’ meno grave e indesiderabile, ispirati alle argomentazioni dei filosofi stoici e della Ret (De Silvestri, 1999), sono i seguenti:

- Far notare, “scoprire”, gli aspetti di continuità della persona morta: spirituali (se credente); genetici (“tu sei per il 50% frutto dei geni di tuo papà”); psicologici (“tuo papà vive nelle persone che ha conosciuto e che quindi ha influenzato e “cambiato”; “ciascuno di noi è il prodotto di tutte le persone che ha incontrato”).
- Far osservare che la morte della persona cara non impedisce che il legame sia in parte preservato, enfatizzando il fatto che se da un lato non ci potrà più essere “una frequentazione”, rimarrà per sempre un rapporto d’amore, d’affetto ecc. Ad esempio una paziente riferiva che uno degli aspetti più gravi e difficili da accettare della morte della mamma, era la perdita delle frasi di incoraggiamento e di visione ottimistica della vita che la mamma le diceva in situazioni di difficoltà; un intervento è stato la prescrizione “In queste prossime settimane, ogni volta che ti senti particolarmente giù, chiediti “cosa mi direbbe mamma ora se fosse qui in questa stanza. Visto che con mamma vi siete frequentate assiduamente per 29 anni e la

conosci bene, probabilmente sai cosa mamma direbbe”. La seduta dopo la paziente ha riferito di sentirsi meno disperata, dal momento che aveva avuto la sensazione di “portarsi sempre dentro la mamma”.

- Far sperimentare attraverso il dialogo socratico la mancanza di ipotesi alternative (e desiderabili) alla morte, così da ridurne la connotazione negativa. Un esempio di intervento che va in questa direzione è nel seguente stralcio di colloquio con una paziente che, a distanza di due anni, riferiva in lacrime di non riuscire ad accettare la morte del nonno e, in generale, la possibile morte delle persone care.

- *Quale alternative possiamo immaginare alla morte, a un certo punto della vita, di tuo nonno?*

- *Intanto poteva non avvenire ora, nel senso che aveva ancora solo 70 anni e che poteva non avere il tumore.*

- *Ok, poteva avvenire più in là nel tempo, ma comunque ci sarebbe stata.*

- *Sì, ma io non lo avrei comunque sopportato.*

- *Quale l'alternativa a veder morire tu tuo nonno? Proviamo a considerare tutte le possibili alternative. Ti aiuto: la prima possibilità è vivere in un mondo in cui nessuno muore. Come la vedi?*

- *Questo sarebbe l'ideale credo... Bè certo ci sarebbe un problema di sovraffollamento*

- *E in che senso ti sembra un fatto negativo?*

- *Probabilmente io non sarei mai nata se nessuno morisse... E neanche mio nonno, e neanche mia figlia.*

- *Quindi questa del mondo in cui tutti sono eterni non sembra una grande alternativa. Altre?*

- *Non so... mi sa che l'unico modo per non soffrire è morire prima io.*

- *E secondo te sarebbe una cosa buona?*

- *Credo di no, visto che poi in realtà sarebbe come augurare a mio nonno di soffrire al posto mio. E credo che per lui sarebbe stato pure peggio. Senza contare mia mamma e mia figlia.*

c. Contrastare la credenza di avere il potere di eludere la perdita

Anche nel caso del lutto, come in qualsiasi altro caso di accettazione, una delle cose che ci rende difficile accettare (cioè smettere di trattare il fatto come un problema da risolvere) è da un lato la “grandezza del rospo da ingoiare”, dall'altro la credenza di avere delle alternative, cioè di poter eludere la perdita.

Le credenze relative al potere di eludere la perdita e all'esistenza di alternative, non sono generalmente oggetto di intervento; eccetto casi non

frequenti di scompensi psicotici e di negazione delirante dell'evento di perdita (che peraltro difficilmente arrivano in terapia, per ovvie ragioni), le credenze relative alla recuperabilità del bene sono quelle che più facilmente vengono abbandonate in parte per il confronto quotidiano con la realtà dell'evento (*Giorno per giorno prendevo atto del fatto che mio figlio tutti i giorni non tornava da scuola, non mangiava a tavola con noi, non aveva bisogno di soldi*) in parte perché invalidate proprio dal tentativo di "recuperare" il bene (*Ogni volta che sto lì ore a ruminare su come avrei potuto evitare il suo incidente, poi sono costretta a riprendere atto del fatto che tanto non posso farci più niente*).

Un caso particolare sono le perdite caratterizzate da aspetti di incertezza, come ad esempio la morte di una caro in circostanze non chiare, i casi di scomparsa, le situazioni in cui non viene recuperato il corpo.

Gli interventi possibili e utili sono: aiutare il paziente a prendere atto della mancanza di potere (ad esempio, attraverso la scoperta guidata fargli sperimentare che "cercare una soluzione" non equivale all'esistenza di una soluzione); aiutare il paziente a distinguere ciò che, in proprio potere da quanto non lo è; aiutare il paziente a focalizzare l'attenzione sugli scopi perseguibili ("non posso cancellare la negligenza del medico e salvare mio padre, ma posso combattere per uno scopo di giustizia").

4. Modificare o rendere meno rigide le credenze relative ai doveri e ai diritti

Un evento di perdita, come qualsiasi altro evento, può essere valutato anche dal punto di vista etico (Mancini et al., 2002): al di là del valore del bene perduto, la difficoltà a trattare la perdita come un fatto doloroso, ma inevitabile e "accettabile", può riguardare la credenza che un proprio diritto sia stato leso (si è subito un torto) o che si sia mancato a un qualche dovere (ovvero si sia colpevoli nei confronti della persona perduta)

Gli interventi tesi a ridurre la colpa sono forse gli interventi "principe" nel lutto, visto che sulla colpa spesso si blocca l'accettazione di una perdita. Possibili argomentazioni utili per ridurre la colpa e contrastare le credenze relative ai doveri nei confronti della persona persa, sono:

- far notare la comunanza di destino con la persona persa. Un aspetto che può facilitare il senso di colpa, in particolare quello del sopravvissuto, infatti, è la credenza che la persona morta abbia subito un "danno particolarmente grave", "speciale" in senso negativo. Può aiutare far notare al paziente che la persona deceduta ha subito un danno che ogni essere umano è destinato a subire (e quindi anche il paziente); ciò che varia è solo il come e il quando. Lo scopo dell'intervento è, dunque, far sperimentare al paziente una comunanza di destino, al fine

di contrastare, appunto, la percezione della persona persa come vittima di un destino particolarmente sfavorevole

- connotare il dolore come non desiderabile per la persona persa (“cosa ti direbbe tua moglie se fosse seduta con noi? Cosa direbbe del fatto che ritieni che uscire sia un tradimento nei suoi confronti?”).

- far osservare che la colpa, e le relative condotte di espiazione e riparazione, spesso sono una risposta al tentativo di farsi una ragione (e trovare una risposta a “chi è il colpevole?”) e non sono informative sulla propria condotta morale (si contrastano i bias relativi al ragionamento emozionale);

- nel caso di senso di colpa del sopravvissuto (Mancini, 1997), dove accettare equivale a ulteriore discrepanza di fortune/tradimento persona cara, può essere utile da un lato far riconoscere il tipo di senso di colpa (per esempio usando gli esempi dei sopravvissuti a gravi calamità), dall'altra individuare modalità positive e alternative alla colpa per “aiutare” la persona persa (riducendo la discrepanza di fortune). Nelle parole di una paziente “ho capito che facevo molto di più per mio padre se me la piantavo di piangere e mi consentivo di star meglio, così da poter aiutare anche mia mamma a riprendersi”.

L'altra emozione cruciale è la rabbia, che segnala la presenza della credenza che un proprio diritto è stato leso. La perdita può essere vissuta come un torto subito, un danno ingiusto. Il senso di ingiustizia per il torto subito, non infrequentemente ha l'effetto di abbassare la soglia di tolleranza alle ingiustizie, per cui la persona sperimenta rabbia più frequentemente e più intensamente anche davanti a stimoli che prima non attivavano rabbia. Una paziente racconta così questa esperienza “Mi sembra di aver subito un torto così grande, che adesso ho il diritto a un trattamento privilegiato da parte di tutti; se prima essere superata a destra mi infastidiva e basta, ora mi fa infuriare: con tutto quello che ho passato, come ti permetti?” La complicazione più frequente di una maggiore ostilità sono i problemi secondari (la persona si sente strana e si critica per l'esagerata rabbiosità) e le complicazioni interpersonali. Gli interventi e le argomentazioni sono quelle che normalmente si usano e sono efficaci nella modulazione della rabbia, per esempio:

- la normalizzazione, in senso statistico, dell'ingiustizia, attraverso argomentazione del tipo: a tutti capita di subire la perdita di persone significative; l'unico modo per non subire perdite, è morire prima;

- de-personalizzazione del torto, ad esempio facendo rappresentare alla persona esempi di conoscenti e amici che hanno subito perdite simili.

Conclusioni

Gli interventi descritti non vogliono in alcun modo essere esaustivi, ma solo un campione degli interventi cognitivo-comportamentali utili nel facilitare l'accettazione di una perdita. Una categoria di interventi qui non trattati, ma fondamentali soprattutto dove ci siano forti reazioni depressive e un abbandono generalizzato degli scopi ("se non posso riavere mio marito, niente ha più senso"), riguarda l'individuazione di nuovi scopi e la riattivazione comportamentale (in contrasto alla credenza di insostituibilità dello scopo compromesso). Non vengono qui descritti questi interventi, in quanto sono ampiamente sovrapponibili agli interventi tipici della terapia cognitivo-comportamentale della depressione (si rimanda a Rainone e Mancini, 2004)

Come detto all'inizio, lo scopo di questo articolo era solo quello riflettere su quali sono i casi in cui può essere utile l'intervento di un terapeuta e, soprattutto, di offrire stimoli su quelli che sono gli strumenti che uno psicoterapeuta ha per facilitare l'accettazione di un tipo di evento con cui inevitabilmente gli esseri umani si confrontano. È vero che ci sono tipi di sofferenze, e il lutto ne è il prototipo, che non solo non possono essere eluse, ma non è neanche desiderabile un investimento in tal senso, ma comunque si può affermare con Joseph Wolpe che *la psicoterapia trova la sua raison d'être nella supposizione che alcuni tipi di sofferenze umane possono essere vinti o ridotti.*

Publicato nella versione definitiva in

PSICOBIEETTIVO

Il lutto. Dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione

(The bereavement. Myths and interventions to facilitate acceptance)

Autori/Editori: Claudia Perdighe, Francesco Mancini

Anno di pubblicazione: 2010 **Fascicolo:** 3 **Lingua:** Italiano

DOI: 10.3280/PSOB2010-003010