

**Vincenzo Masini**

## **IL PROCESSO DEL MORIRE E L'ELABORAZIONE DEL LUTTO**

### **Far emergere gli immaginari sulla morte**

Nel lavoro di counseling è frequente l'incontro con profonde sofferenze psichiche dei clienti collegate alla mancata elaborazione di lutti, anche antichi, rimasti incistati nel vissuto delle persone che continuano a produrre stati di sofferenza.

Spesso molte persone sono inconsapevoli dell'origine del loro disagio e non è infrequente osservare l'emergere nella loro storia di vita di lutti che hanno assunto la forma di copioni di rabbia, di dolore, di angoscia, di depressione, di abbandono, di perdita, di ossessione o di fissazione su qualche aspetto particolare del loro comportamento.

Per l'elaborazione del lutto spesso è necessario aprire con le persone una discussione sulla morte costruendo un clima di confidenza tale da consentire l'espressione degli immaginari che ciascuno possiede ed ha formulato dentro di sé sul morire e su cosa succede dopo la morte.

Tutti gli esseri umani hanno idee, inconfessate anche nelle relazioni più intime, sul destino della loro identità psichica e molte di queste sono cariche di angoscia, o di speranza, a seconda dello stato psichico e delle personalità individuale.

E' del tutto errato pensare che una visione positiva o negativa della morte dipenda da certezze, religiose o spirituali, acquisite e apprese attraverso la partecipazione a contesti di fede religiosa. I contesti di appartenenza religiosa trasmettono indicazioni di comportamento morale, funzionali alla vita di relazione sociale, ed è sulla base dell'osservanza di tali comportamenti che le persone fondano un'attesa fiduciosa della propria immortalità e del meritato paradiso.

In realtà l'angoscia di morte agisce profondamente sulle persone che non hanno mai volutamente affrontato tale tema dentro di sé preferendo rimuoverlo e affidarsi acriticamente ai suggerimenti ed alle teorizzazioni altrui.

La mancanza di una profonda riflessione sulla morte produce due conseguenze: l'emersione drammatica della paura della morte nelle persone che stanno per sperimentare tale evento, l'incapacità di elaborare il lutto per la perdita di una persona cara.

Per questa ragione è indispensabile che il counselor abbia sviluppato competenze psicologiche ed elaborato le sue esperienze di lutto e di morte ove voglia essere di aiuto sia ai morenti che alle persone che hanno bisogno di elaborare un lutto.

Uno dei primi compiti da affrontare è quello di trovare il coraggio di esprimere i propri immaginari sulla morte.

Nel corso delle conversazioni che ho condotto sugli immaginari ve ne sono stati alcuni ricorrenti che credo importante riferire:

“Il paradiso è un posto in cui puoi andare a cavallo senza paura di cadere”

“La morte è un momento con una intensità emozionale da brivido”

“Dopo la morte vedo solo il nulla”

“Morire è come addormentarsi e non svegliarsi più”

“Non ho paura della morte, ma del dolore”

“Sono talmente curioso di sapere cosa succede quando si muore che non vedo l'ora di morire”

“Sono arrabbiato contro la morte perché separa le persone che si vogliono bene”

“Finalmente quando morirò potrò incontrare il bambino che ho abortito quando avevo 18 anni”

“Dopo la morte non è molto diverso rispetto a qui. Lo so perché sento la presenza dei miei morti intorno a me”

“Non credo al paradiso, né al purgatorio, né all'inferno anche se qualche differenza deve pur esserci, se no non vale”

“Essere morti implica una grande sofferenza perché non puoi più fare nulla per le persone a cui vuoi bene”

“Morire vuol dire diventare Dio”

“La vera vita comincia dopo che sei morto, per ora è tutta una attesa e una preparazione”

“Se morendo perdo i ricordi di chi sono stato, allora è morire davvero”

“Non me la sento di affrontare questo argomento perché mi fa paura, intanto tutto quello che pensiamo, proprio perché lo pensiamo, non è sicuramente vero”

“Quando sei morto vedi le cose da un'altra prospettiva. Sono stato vicino alla morte e vedevo tutto da molto lontano”

“La morte è come un'anestesia totale in cui senti tutto ma non ti fa più alcun effetto”

“Ciò che sopravvive di noi sono i nostri figli”

“Uno non è mai del tutto morto quando le sue azioni, buone o cattive, producono ancora degli effetti nel mondo”

“Vedo la morte come una grande luce bianca che mi avvolge”

“La nascita e la morte sono due momenti su cui non possiamo decidere assolutamente nulla”

“Forse solo con la morte gli esseri umani trovano un po' di pace”

A colpo d'occhio è già possibile individuare sia i tipi di personalità esprimenti tali immaginari, sia le emozioni di base a cui corrispondono, sia i contesti religiosi, culturali e ideologici a cui sono connessi. Ciò che più conta è però la comunanza intellettuale che esprimono. Tutti pensiamo, più o meno, le stesse cose e, qualora esprimiamo ad alta voce i nostri immaginari, troviamo in essi radici comuni.

Quando però la confidenza tra persone si fa più intima riusciamo ad andare senza timidezze oltre tali frontiere e comunichiamo suggestioni, esperienze e immagini della morte e del dopo morte molto più forti e più carichi di impressioni psicologiche e di scenari esistenziali anche avvincenti.

La competenza comunicativa necessaria per tale ulteriore crescita è essenziale per il counseling al morente e per l'elaborazione del lutto ma non può essere oggetto di trattazione giacché esula dagli ambiti della scienza e, ove affrontata con argomentazioni teoriche e non semplicemente testimoniata, può andare a costituirsi come nuova forma di ideologia o di iniziazione esoterica o di manipolazione, indipendentemente dalle verità che essa può contenere.

Il counseling non propone strumenti e non dà informazioni filosofiche o religiose sulla morte, si esprime solo nella sua natura di relazione con il morente, o con il dolente, mediante costruzione di una tale confidenza da rendere narrabile anche ciò che normalmente non è.

Le esperienze e le informazioni restano dunque soggettive e la formazione per l'elaborazione del lutto o per l'accompagnamento alla morte ha il solo scopo di trasmettere il metodo per consentire tale discussione.

## **La coscienza**

La caratteristica fondante dell'essere umano è un grado assolutamente superiore agli altri esseri viventi di allargamento della coscienza. La coscienza dell'ego, che è formata dalla somma dei contenuti psichici presenti nella persona, è inondata da un flusso continuo di pensieri, emozioni, sentimenti, stati d'animo e di umori che trasformano la psicofisiologia della coscienza stessa, pur lasciando inalterato il nucleo dell'identità della persona. Nel momento del risveglio dal sonno la coscienza sa di avere una continuità, sa di essere la stessa del giorno prima e sa anche di aver dormito. Pur essendo rimasta sopita nel corso del sonno.

In contrasto con la coscienza si presentano tre condizioni di progressiva diminuzione della coscienza, che possono essere graduate fino all'inconscio, al sonno, al coma. La coscienza può quindi essere descritta come: mondo del conscio, della vigilanza e della lucidità.

Poste queste condizioni nel loro equilibrio ottimale, possiamo definire la coscienza come l'autopercezione del sé vivente. Che, in altre parole, corrisponde a quello stato di pienezza che spesso definiamo come “sentirsi vivi”.

All'interno della elaborazione del sapere scientifico possiamo però inventariare informazioni importanti sul rapporto tra vita, identità e coscienza. Tali informazioni sono utili per dissipare numerosi equivoci o proiezioni negative sulla morte.

In primo luogo la certezza dell'identità di ciascuna forma vitale è scientificamente dimostrata dall'infinita differenziazione del DNA, in secondo luogo l'esperienza del vissuto umano ha a che fare con la coscienza di esistere in una specifica forma di esistenza.

L'identità profonda si colloca in un luogo "altro" rispetto alla coscienza, la cui attività va, per così dire, sospesa per accertare l'identità. Questo processo che va a suggerire al soggetto la sede, la struttura e le dimensioni della propria identità, si attua giungendo ai limiti del campo di esistenza della coscienza per giungere ad intuire ciò che la sorregge e la connota; ciò accade in momenti deriflessivi. La "presa diretta" del vissuto, il distanziamento da sé, la "messa tra parentesi della realtà", pratiche tradizionali quali la meditazione o la preghiera, oppure nel momento finale del processo di coglimento empatico del vissuto altrui. Quando cioè, sospesa la riflessività vigile, l'individuo percepisce la voce del suo "io": una voce che parla dentro di lui sempre con lo stesso timbro, dalla nascita alla morte e che lo contraddistingue.

Ciascun uomo ha una specifica identità, condivide aspetti comuni con altri membri della specie e perviene a livelli di coscienza di sé e della sua identità in funzione del grado di approfondimento del suo processo di individuazione.

Per individuazione si intende il lavoro mentale ed emozionale attraverso cui l'essere umano amplifica la conoscenza di se stesso. Tale conoscenza rafforza l'identità soggettiva ma non conduce all'individualismo poiché tanto più l'essere umano si conosce tanto più facilmente arriva a conoscere e capire gli altri esseri umani.

Tanto maggiore è il grado di elaborazione dei processi interiori, presi in considerazione dentro di sé, tanto più i processi mentali altrui, anche i più folli ed irrazionali, diventano comprensibili.

Il processo di crescita interiore può essere descritto come un progressivo aprirsi a dimensioni emozionali di esistenza estranee e lontane dalle percezioni abituali e la successiva interpretazione di tali emozioni in vista della loro comprensione.

L'incapacità di un bambino dislessico di rispettare le doppie appare misteriosa fintantoché non si entri nel suo mondo mentale e non si empatizzi con lui l'esperienza delle lettere che "saltano" da sole o che diventano invisibili. Solo dopo, è possibile comprendere la presenza anche nel nostro vissuto di episodi analoghi: perché le chiavi di casa hanno cambiato posto senza che io me ne sia accorto? Perché il tubetto di colla sulla mia scrivania è diventato invisibile e non riesco a trovarlo anche se ce l'ho sotto gli occhi?

L'analogia dei vissuti li rende confrontabili e la mia coscienza si estende.

Allo stesso modo posso calarmi nei vissuti di qualunque essere umano, anche i più abominevoli e capirne il senso perverso: qual'era il vissuto interiore di quel kamikaze che ha ucciso 40 persone? Anche se il delirio interiore e la sua autoanestesia affettiva mi fanno inorridire e condanno risolutamente il suo gesto, posso comprenderne la dinamica ed afferrare la forma mentale esperita nel compiere tale terribile ed insensato atto.

L'individuazione serve naturalmente anche a prendere sufficiente distanza psichica da vissuti anaffettivi e riprovevoli, perché l'estensione della coscienza amplifica anche le capacità critiche e non solo quelle di immedesimazione.

Al fine di far evolvere l'estensione della coscienza è necessario affrontare scientificamente i diversi significati psicobiologici che la definiscono.

Prima di tutto coscienza è consapevolezza di se stessa e del mondo esterno attraverso la realizzazione di alcuni processi psichici elementari come vigilanza, memoria, e ideazione che consentono la presa d'atto della differenza tra sé e gli altri e la possibilità di riflettere sui propri personali vissuti.

Essa è dunque, secondo Jaspers, sia l'interiorità di un'esperienza vissuta, sia coscienza oggettiva, sia autoriflessione. La possibilità di sperimentazione della coscienza è alterata con il diminuire della capacità di vigilanza e di lucidità.

La coscienza dell'io è contraddistinta, secondo Jaspers, da 4 caratteri formali: coscienza di attività, coscienza dell'unità, coscienza dell'identità, coscienza della delimitazione. Diminuzioni di questi caratteri di coscienza conducono a depersonalizzazione autopsichica (estraneità del proprio io

psichico dell'unitarietà del Sé), depersonalizzazione somatopsichica (estraneità del proprio corpo o di parti di esso, Sé fisico), derealizzazione (estraneità della percezione dell'ambiente). Tali alterazioni della coscienza compaiono occasionalmente in condizioni di stanchezza o isolamento, in situazioni di patologia epilettica (crisi parziali, aura, automatismi) o nei disturbi dissociativi, nella schizofrenia e nei disturbi dell'umore.

I disturbi di depersonalizzazione appaiono come esperienze di distacco e di estraneità vissute dal soggetto nei confronti della propria interiorità psichica, del proprio corpo o dell'ambiente esterno. La derealizzazione è invece connessa alla perdita del contatto che ciascuno ha con la continuità della sua coscienza. In ambedue i casi si accompagnano a sensazioni di angoscia.

Nella psicopatologia descrittiva i disturbi della coscienza di sé sono declinati come disturbi del senso di esistere, disturbi della percezione della propria attività, disturbi della continuità del sé e della unicità del sé, disturbi dell'identità e dei confini del sé.

La perdita o la crisi nella coscienza dell'io sono infatti sensazioni correlate all'emersione della angoscia di morte poiché implicano una sensazione di distacco dalla continuità del sé. Per l'essere umano la perdita della coscienza di sé equivale alla perdita della vita stessa.

Per la piena comprensione dei processi di coscienza occorre però affrontare le grandi categorie in cui la coscienza è articolata:

<b>Conscio</b>	<b>Inconscio</b>
<b>Vigilanza</b>	<b>Sonno</b>
<b>Lucidità</b>	<b>Coma</b>

### **Conscio /Inconscio**

Qui la coscienza è definibile come la parte della attività psichica che emerge dall'inconscio e che diventa contenuto della coscienza stessa.

Con il termine inconscio Freud intendeva un complesso di processi, contenuti ed impulsi che non affiorano alla coscienza del soggetto e non sono quindi controllabili razionalmente. Egli riferì il termine dapprima ad una parte della mente in cui si trovano i contenuti psichici rimossi, per poi passare ad indicare i contenuti stessi che possono riaffiorare nei sogni in forma simbolica, o manifestarsi come atti mancati, come i lapsus e le distrazioni. La dimensione inconscia e irrazionale è per la psicoanalisi il luogo in cui si annidano una serie di istinti e desideri il cui contenuto non si manifesta a livello cosciente, ma la cui soddisfazione è necessaria, pena il manifestarsi di disturbi del comportamento più o meno gravi.

La forte dicotomia tra conscio e inconscio ha portato la formulazione di un luogo intermedio ai due: il subconscio: Il subcosciente (espressione che non fa parte della terminologia psicoanalitica). Esso è descritto come uno stato a cui si può accedere con meno sforzo, in quanto interposto tra il conscio e l'inconscio. Lo stadio di mezzo era stato definito come *preconscio* per la sua attività di censore dei desideri e impulsi dell'inconscio, a cui permette un accesso distorto alla coscienza.

I contenuti preconsce sarebbero quindi non-immediatamente accessibili alla coscienza, ma neanche del tutto inaccessibili come quelli inconsci.

Oggi possiamo però estendere, in modo semplice, il significato della dimensione inconscia a tutto ciò che attiene alla nostra attività psichica senza apparire alla coscienza attuale. Vi sono parti dell'inconscio che possono essere attivati con un semplice richiamo di memoria, altre che sono più lontane, altre fortemente precluse perché blindate da sensazioni di dolore o di paura, altre ancora del tutto inaccessibili alla coscienza come i processi fisiologici neurovegetativi che soprassedono all'equilibrio vitale, alla crescita, alla riproduzione. Le regolazioni psicosomatiche e somatopsichiche, ad esempio, non possono essere accessibili alla coscienza che, per interagire con tali processi, ha bisogno di individuare altri percorsi psicobiologici.

In questa ottica si ribalta la definizione di partenza e, posto che sia conscio tutto ciò che appare nella esperienza attuale della nostra coscienza, l'inconscio è tutto il resto. Più o meno facilmente accessibile alla coscienza. Ciò dipende dalla proprietà stesse della coscienza perché non può esistere una entità totalmente cosciente.

"Basta riflettere solo un pò sul problema, scrive Gregory Bateson, per convincersi che non si può concepire in alcun modo un sistema totalmente cosciente. Si immagini che sullo schermo della coscienza vi siano resoconti provenienti da numerose parti dell'intera mente, e si immagini di aggiungere alla coscienza i resoconti necessari a riferire su ciò di cui, ad un dato stadio di evoluzioni, non si hanno ancora informazioni. Quest'aggiunta comporterà un grandissimo aumento della struttura circuitale del cervello, ma non darà lo stesso un'informazione completa. Il passo successivo consisterà nel riferire sui processi e sugli eventi che hanno luogo nella struttura circuitale or ora aggiunta. E così via". Se infatti si paragona la coscienza ad uno schermo è facile appurare che su tale schermo può essere proiettata qualsiasi immagine, compresa l'immagine dello schermo stesso, tranne che l'immagine della telecamera che sta riprendendo lo schermo. E' possibile riprendere la telecamera con una seconda telecamera, la quale può essere ripresa riflessivamente dalla prima, ma sarà allora necessaria una terza telecamera che riprenda l'intero sistema. E così via. Lo stesso dicasi per i meccanismi riflessivi della nostra coscienza: esisterà qualche struttura a fondamento della coscienza stessa che non è direttamente esaminabile dalla coscienza. Tale fondamento è lo specifico individuale di ciascuna coscienza, che ne determina le caratteristiche e le dimensioni. Per cogliere tale fondamento serve porre una distanza dal proprio sé e dalla struttura attivata del pensiero riflesso che va "messa tra parentesi" per far emergere "qualcos'altro".

La nostra attività psichica è caratterizzata da processi di elaborazione generalizzati che prendono in considerazione tutte le informazioni presenti dentro di noi. Noi siamo coscienti di una parte infinitesimale di tali informazioni: possiamo paragonare ciò al lavoro del nostro computer che legge continuamente tutto il contenuto dell'hard disk ma che proietta sullo schermo solo ciò che abbiamo chiesto al processore di elaborare. Il resto, pur non apparendo, esiste ed è ciò che consente al processore di sostenere l'attività specifica che stiamo svolgendo. In altre parole lo schermo - coscienza proietta una piccola parte e ci induce spesso nell'inganno che tale parte sia la effettiva realtà esistente sottraendoci alla comprensione della vastità delle informazioni e dei processi mentali e psicologici che sono in atto in noi momento per momento. Eppure nessuno pensa che, nel momento in cui sta assistendo ad un programma della rete RAI 1, le altre reti non esistano più e non siano in onda.

La distinzione psicologica tra conscio e inconscio è però una metafora simbolica, poiché non esistono questi due comparti nella mente, giacché trattasi delle mobili condizioni in cui un oggetto si affaccia o meno alla coscienza. La distinzione psicodinamica è comunque molto utile, se si supera una visione assolutistica di questo modello, perché conduce ad osservare i processi inconsci come più mutevoli e veloci di quelli consci, poiché sono privi della necessità di allineamento consapevole. L'inconscio può così essere pensato come un mondo che si vede "con la coda dell'occhio". Esso è formato da tutte le innumerevoli informazioni della vita individuale e della memoria della specie umana, che sono sotto la soglia della percezione intenzionalmente allineata con le informazioni, comprese le informazioni implicite sul grado personale di gestione delle diverse informazioni. Tali informazioni possono essere negate (o rimosse), oppure associate ad altre perché il sistema di pensiero e di emozioni non è in grado di gestirle per la loro incomprendibilità o per il dolore che contengono. In tal caso le informazioni sono messe in posizione da non nuocere, non allineandosi con la percezione consapevole. Così si può comprendere come le informazioni concernenti la nostra identità biologica ed esperienziale, le informazioni circa i complessi archetipici trasmessi dai nostri geni, stanno alle nostre spalle e, pur servendo anche a definire i rapporti sociali, non interferiscano con la nostra attività cosciente. Come potremmo infatti gestire il conflitto tra lo scatenamento emozionale prodotto da una forte attrazione sessuale riproduttiva, lanciata nel nostro organismo dalla attivazione dei ferormoni, con la coscienza delle norme sociali che presiedono alla vita di coppia?

Nell'inconscio si trovano strutture archetipiche che non riusciamo a far emergere e che si sono consolidate nello sviluppo psicobiosociale dell'umanità. Alcune di esse sono utili, altre meno e su queste ultime gravitano molte battaglie di civiltà gestite attraverso la politica.

## Vigilanza /Sonno

Il secondo processo riguarda il rapporto tra vigilanza (allerta) e sonno. Vigilanza e sonno presuppongono diversi livelli o stati di coscienza. Il sonno si caratterizza come una quasi totale interruzione dei contatti sensoriali con l'ambiente esterno. Il tracciato elettroencefalografico della veglia ha in condizioni normali un andamento vivace, con tanti picchi, irregolare denominato desincronizzazione cerebrale. Mostra cioè la presenza di processi mentali plurimi che, in fasi di rilassamento e addormentamento, diminuiscono in un andamento più lento denominato di sincronizzazione cerebrale. La desincronizzazione è in atto con uno stato di attivazione cerebrale diffuso, la sincronizzazione è uno stato di riposo. Al termine di ogni ciclo di sonno (90 minuti) a onde lente, compare un processo di desincronizzazione cerebrale abbastanza simile allo stato di veglia. Questa è la fase del sonno in cui compaiono i sogni, ovvero vengono processate informazioni che provengono dall'interno della mente.

Sulla base dei parametri elettroencefalografici il sonno viene classificato come contraddistinto da 5 stadi: 4 Non REM<sup>1</sup> (Rapid eye movement, movimento rapido degli occhi) ed uno stadio REM.

Nel periodo di sonno REM si ha attività onirica con allucinazioni e autorappresentazioni, nei quali il soggetto ha esperienza di vissuti percettivi, assimilabili ad una forma di funzionamento psichico con desideri e impulsi disorganizzati e incomprensibili al pensiero razionale, immagini visive bizzarre e noncuranti del tempo, dell'ordine o della coerenza logica.

Tale funzionamento psichico è indispensabile per la persona. Chi viene infatti privato della possibilità di sognare, attraverso la privazione delle fasi REM, ha una insorgenza rapida di ansia, di irritazione, di disturbi della memoria e della concentrazione.

Durante la veglia l'EEG alterna fondamentalmente tra due pattern. Un pattern chiamato di 'attivazione' (o pattern desincronizzato) caratterizzato da onde di basso voltaggio (10-30 microvolt) ed alta frequenza (16-25 Hz) ed un secondo chiamato 'attività alfa' caratterizzato da onde sinusoidali di 8-12 Hz. L'attivazione è presente quando il paziente è in stato di attenzione ad occhi aperti. I movimenti oculari sono presenti e il tono muscolare è medio-alto.

Lo stadio REM, caratterizzato da un EEG a basso voltaggio con frequenze miste, presenta paralisi dei muscoli (per evitare di mimare i sogni) e per i sogni. Il cervello consuma ossigeno e glucosio come se il soggetto fosse sveglio e stesse svolgendo un'attività intellettuale. Se ci si sveglia in questa fase si è perfettamente orientati.

La sequenza delle fasi del sonno mostra come dalla vigilanza si passi al sonno attraverso un continuum in cui l'*alerting* (tonico ovvero il livello di vigilanza generale dell'individuo, e fasico, ovvero il cambiamento nell'attivazione a seguito di avvertimento) cosciente (che rielabora pensieri, progettualità, esperienze, parole, ricordi ecc. e il controllo volontario sui flussi e sulle associazioni) scema e si passa alla comparsa spontanea di processi mentali incontrollati. Non essendoci più contatto con l'ambiente esterno appaiono nella mente rapidi flash allucinatori ipnagogici. Ove essi abbiano una particolare intensità, il dormiente può essere preso da stupore, paura o ansia e svegliarsi di soprassalto (questo è il tipico caso di un disturbo ansioso del sonno).

Il sonno è uno stato dell'organismo caratterizzato da una ridotta reattività agli stimoli ambientali che comporta una sospensione dell'attività relazionale (rapporti con l'ambiente) e modificazioni dello stato di coscienza: esso si instaura autonomamente e periodicamente, si autolimita nel tempo ed è reversibile.

---

<sup>1</sup> Durante lo stadio 1 l'attività alfa diminuisce, il pattern di attivazione scarso, L'EEG è costituito principalmente da onde di basso voltaggio di frequenza mista tra i 3-7 Hz. I movimenti degli occhi sono ancora presenti ma lenti, rotanti e oscillatori (non in opposizione di fase come nella fase REM). Nello stadio 2 è presente una attività di fondo di voltaggio relativamente basso, con frequenza variabile ma vicina alle onde theta (3-7 Hz). Nello stadio 3 si presenta una attività Delta (onde di grande ampiezza) e il tono muscolare è ridotto mentre i movimenti degli occhi sono praticamente assenti. Lo stadio 4 non ha movimenti degli occhi e una attivazione muscolare tonica molto bassa, con attività metabolica del cervello ridotta (minor consumo di ossigeno e glucosio). Se il soggetto si sveglia in questa fase rimane confuso per qualche minuto.

Il fatto che sia reversibile sulla base di uno stimolo esterno (o anche interno, ad esempio con un risveglio autoindotto per comparsa di incubi, preoccupazioni o per autocondizionamento) distingue il sonno dal coma o dall'anestesia che, rispettivamente, sono una patologia o sonno indotto farmacologicamente. Il sonno quindi si differenzia da altri stati di alterazione di coscienza: col sonno la perdita dello stato di coscienza è, come già detto, reversibile. Quindi il soggetto può risvegliarsi dopo stimolo anche non doloroso. Lo stupor diversamente, è un'alterazione dello stato di coscienza dal quale si ci può risvegliare dopo somministrazione di uno stimolo doloroso. Lo stato comatoso è un'alterazione dello stato di coscienza dal quale non ci si può risvegliare dopo somministrazione di uno stimolo doloroso.

Il sogno è una forma di attivazione da parte del Sistema Reticolare Ascendente, che invia impulsi nervosi che raggiungono la corteccia sotto forma di onde ponto-genicolo-occipitali e danno vita a mutevoli immagini, dati sensoriali ed emozioni. I sogni, pertanto, possono essere paragonati ad allucinazioni che sono fisiologiche nello stato ipnagogico.

L'esperienza più profonda del sonno è quella legata alle sequenze narrative, che compongono il sogno. Il sogno è infatti a tutti gli effetti una narrazione, più o meno comprensibile, che appare solo quando siamo lontani dallo stato di veglia.

Questo è il motivo che ci porta a combinare la dimensione del continuum veglia - sonno con la dimensione più emozionale e narrativa degli stati di coscienza. Il tessuto narrativo infatti si può muovere nella direzione della conferma dell'esperienza, operando così una interpretazione ed una sintesi simbolica, oppure divenire così emozionalmente carico da richiedere una proiezione verso l'esterno del vissuto narrativo. In questo caso è molto probabile che si associ allo stato ipnagogico, l'*alerting* fasico. In tal caso le emozioni prodotte dallo stato di sogno producono una attivazione a seguito di una sorta di avvertimento che ferma il pensiero nell'anticamera del sogno.

### **Sonno sogno e morte**

La caratteristica più importante della coscienza, nel suo rapporto tra veglia e sonno, è quella di rendere possibile la sua continuazione nel sonno.

Nel sogno la coscienza permane, diminuisce la veglia e l'attenzione vigile, si susseguono fasi di attenzione vigile e progressiva disattenzione; ciò che viene a mancare è la vigilanza conscia sul pensiero. Quando si dorme non si perde la coscienza infatti essa perdura. Se così non fosse al risveglio non avremmo la sensazione di continuità di coscienza ovvero di essere le stesse persone che si sono addormentate il giorno prima.

Il sonno è spesso paragonato alla morte perché nel sonno si perde la percezione del mondo oggettivo e la coscienza perde la sua natura vigile ed entra nella diversa dimensione di coscienza sognante e cioè in uno stato capace di procurare imprevedibili esperienze.

E' ipotizzabile che il momento di trapasso sia simile al momento dell'addormentamento per le caratteristiche di coscienza rilassata, o aperta, che assume.

Alla luce dei fenomeni neurofisiologici brevemente descritti prima possiamo comprendere alcune caratteristiche del rapporto tra coscienza e sonno.

1) I vissuti emozionali interiori hanno la caratteristica di turbare il sonno, sia impedendolo con un ansioso alerting quando ci addormentiamo, sia svegliandoci di colpo quando i sogni producono sensazioni o immagini inquietanti. Ove il materiale psichico rimosso non sia stato ben compreso o elaborato emergono prepotentemente disturbi del sonno e le persone, prive di un addestramento alla loro igiene mentale, soffrono di disturbi del sonno.

2) Solo quando una persona vive un buon rapporto con il suo sonno, per aver rielaborato i suoi particolari vissuti angosciosi, può sperimentare lo sviluppo della coscienza anche nella fase del sonno. Per comprendere questo processo basta fare attenzione ai diversi risvegli latenti che caratterizzano il passaggio temporale da un ciclo di sonno a quello successivo. Gli adulti (e ancor più gli anziani) dormono molto meno perché hanno maggior percezione dei risvegli latenti che li conducono alla veglia specie nei cicli mattutini del sonno: alle 4 del mattino, alle 5 e mezza, alle sette, alle 8 e mezza, ecc. Ogni 90 minuti, al termine della produzione del sogno, siamo sull'orlo del

risveglio, spesso ne diventiamo consapevoli per poi riaddormentarci in un altro ciclo di sonno. Un buon addestramento al mantenimento della coscienza anche nel sonno può proprio avvenire in questi stati crepuscolari in cui si può progressivamente mantenere sempre più desta la consapevolezza di quella parte di coscienza che dentro di noi non si addormenta mai del tutto.

Le prime tecniche da utilizzare sono quelle della manipolazione dei sogni. Cambiarne il finale, il contenuto, controllarne la regia, volgerli a seconda dei nostri desideri, della nostra morale o del nostro gusto. Spesso le persone si risvegliano bruscamente e non ricordano i loro sogni perché sono abituate ad un atteggiamento censorio sul materiale onirico e, non potendosi permettere di accettarlo, rimuovono tutto accumulando processi nevrotici che lentamente impediranno loro anche il sonno naturale e li costringeranno ad usare farmaci per perdere la lucidità.

3) Il progressivo espandersi della coscienza nel sonno conduce anche ad un importante sviluppo del tipo di sogni.

A) I sogni di impotenza caratterizzano le prime fasi dell'esperienza della coscienza latente del sognare. Sono sogni in cui si cerca di scappare ma i piedi non si muovono da terra, si cerca di dare un pugno ma le mani non hanno forza, si cerca di proteggersi ma le difese o i nascondigli non reggono, ecc. Questi sono in genere i primi sogni, tipici dell'infanzia, di cui si ha ricordo. Ove tali sogni non vengano rielaborati (aggiustandoli al mattino o parlandone con altri) può manifestarsi, anche per lungo tempo, l'incapacità di ricordare i sogni al mattino.

B) I sogni fobici. Il più comune è quello di cadere da grandi altezze. Oppure di ritrovarsi nudi in mezzo alla gente. Sono sogni che hanno a che fare con un senso di insufficienza del proprio io. Compaiono nell'adolescenza ed a volte permangono per l'intera vita se non vengono trattati modificando il finale. Spesso possono diventare animati anche da presenze inquietanti, mostri o personaggi che inducono addirittura terrore. Oppure oggetti insignificanti che si presentano però come inspiegabilmente terrorizzanti. Una analisi del contenuto di tali sogni può condurre anche a buone interpretazioni ma tali interpretazioni non sono essenziali. E' essenziale che compaia nel sogno qualche senso di realtà. Il miglior suggerimento è quello di riuscire a visualizzare le proprie mani nel sogno in modo da presentificarle nell'incubo e farlo dissolvere.

C) Uno tra i primi sogni di potenza che compare nel vissuto onirico sano delle persone è quello di volare. Si presenta come una capacità appresa o attraverso una sorta di levitazione prodotta dallo schiacciare l'aria sotto il proprio corpo o dal balzo coraggioso verso il cielo. In genere le persone fanno ripetuta esperienza del volo nel sogno e la coscienza si manifesta evoluta al punto che le persone che hanno ripetutamente praticato tale sogno, rimangono deluse quando si rendono conto, da sveglie, di non essere in grado di volare. Erano convinte di averlo davvero appreso. Tale sogno mostra un buon processo di coscienza mantenuto nello stato onirico che entra in contatto con la realtà all'uscita dal sogno. E' da notare che con i sogni di potenza il senso del tempo nel sogno si stabilizza passando dalla fase in cui si presentano confusi i diversi momenti del sogno a quello in cui è possibile raccontare i sogni con evidente continuità e logica temporale.

D) I sogni più evoluti e maturi sono quelli funzionali agli obiettivi concreti della vita. Se il livello di coscienza mantiene una certa densità nel corso del sogno è possibile utilizzarlo per sviluppare capacità mentali e di apprendimento. Si può impadronirsi della capacità di parlare in una lingua straniera sognando di farlo, si possono apprendere tecniche sportive, abilità pratiche e fare esercizi mentali in diverse discipline.

E) Sognare le persone defunte rappresenta uno dei più evoluti stadi del sognare poiché presenta allucinazioni visive ed uditive estremamente forti e vivide. Tali sogni corrispondono ad uno stadio di ottima organizzazione dei propri immaginari e consentono di mettere a posto alcune questioni restate in sospeso con i defunti che abbiamo conosciuto da vivi.

### **Lucidità /Coma**

Lo stato vigile ed attento si contrappone alla vigilanza ridotta, tipica della sonnolenza fino ai diversi stadi del sonno o alla perdita di coscienza (svenimento); la lucidità si contrappone all'offuscamento, all'ottundimento, all'obnubilamento, al torpore, allo stato soporoso ed al coma.

Il coma viene descritto come situazione in cui l'essere è ancora vivente ma la sua lucidità tende allo zero. "Il coma è uno stato di areattività psicologica, non suscettibile di risveglio, in cui il soggetto giace ad occhi chiusi" [F. Plum e J.B. Poster] e non produce alcuna risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni. Esso è "quello stato di sospensione della coscienza di sé e del mondo, di impossibilità di entrare in rapporto con chi ti circonda, con chi ti vuole parlare, aiutare? [...] uno stato che non è vita e non è morte, ma che vita e morte riassume, specchio di ciò che siamo e che saremo" [Standola, Avesani: 1997].

Il coma è il contrario della lucida attivazione, poiché in esso c'è l'abolizione di un particolare stato di coscienza che non è quella attentiva e nemmeno quella della veglia. Infatti nel coma persiste *lo stato di coscienza* nei termini della vigilanza, organizzata in ritmi circadiani di sonno-veglia. Infatti i trattamenti con stimolazione elettrica encefalica profonda vengono praticati ogni due ore, ma solo di giorno, sospendendola la notte per permettere il ciclo sonno veglia. I programmi di risveglio mediante stimolazione neuronale per pazienti in coma o in stato vegetativo possono essere possibili grazie alla neuroplasticità, cioè alla riorganizzazione neuronale centrale, possibile solo quando sono presenti livelli attentivi e percettivi seppur minimi [Fiori M., Giaquinto S., 1999].

Lo stato vegetativo è il più complesso e meno compreso disturbo della coscienza, poiché appare come situazione di perdita del contenuto di coscienza (cioè totale perdita delle funzioni cognitive e quindi anche assenza di interazione con l'ambiente circostante), e completo o parziale mantenimento delle funzioni autonome ipotalamiche e del tronco encefalico (l'attività cardiaca, la respirazione, la temperatura, la pressione sanguigna sono più o meno normali). Esso è un fenomeno moderno prodotto della rianimazione e della terapia intensiva. Il paziente in stato vegetativo apre gli occhi spontaneamente o in seguito ad un rumore, ma lo sguardo si perde nel vuoto. "Talvolta può girare il capo e gli occhi in direzione di stimoli sonori o di oggetti in movimento. Può emettere suoni, abbozzare un sorriso o piangere, senza motivo. Respira regolarmente da solo, non abbisogna di assistenza per la funzione cardiaca, la cute è calda e le pupille si contraggono normalmente alla luce. Reagisce agli stimoli dolorosi, talora anche con *grimaces* facciali e semplici vocalizzazioni, ma l'attività motoria è in genere scarsa e sempre priva di movimenti finalistici. Può avere una ricca motilità orale, con movimenti automatici di suzione, masticazione e deglutizione, ma non è in grado di attivarli in modo coordinato per alimentarsi. Quando gli viene messo 'qualcosa in gola ha conati di vomito o tossisce. È del tutto incontinente" Il paziente in coma profondo rimane invece con le palpebre abbassate, non apre gli occhi spontaneamente-ciclicamente o in risposta a stimoli esterni. Il respiro è irregolare. Può avere movimenti involontari, come il pizzicare le lenzuola con le dita o il tentare di afferrare con le mani oggetti immaginari. La reattività agli stimoli dolorosi è afinalistica o assente. Non ha validi riflessi di deglutizione, faringeo e della tosse. È incontinente... Mentre nel coma la perdita della vigilanza consegue alla depressione del tronco encefalico, nello stato vegetativo la funzione del tronco è conservata, ma viene a mancare l'interazione tra tronco encefalico, talamo e corteccia cerebrale" [Verlicchi A., Zanotti B.: 1999, 306].

L'azione terapeutica sul coma da parte dei neurotrasmettitori determina la ripresa o l'innescio funzionale di cellule e vie inattive mediante "agonisti della dopamina, che sono stati collegati al ripristino di specifiche proiezioni dopaminergiche che normalmente interagiscono, come un 'unità coordinata, con la sostanza reticolare ascendente" [Echiverri H.C., Tatum W.O., Merens T.A., Coker S.B.:1998, 228].

L'azione dopaminergica aumenta il livello di responsività del soggetto fino all'eventualità di svegliarlo dal coma. Questo tipo di azione attivatoria ha l'obiettivo di far pervenire il soggetto a lucidità e quindi di modificare il suo stato di non - coscienza verso uno stato di lucidità. Per raggiungere quest'obiettivo, le azioni da applicare all'organismo sono tutte azioni di attivazione che lo scuotano dal coma.

In questa accezione l'attivazione è simile al movimento stressogeno nella accezione originale del termine. Hans Selye infatti, nel 1956, distingueva quattro modelli di stress riscontrabili: iperstress (sovrastress), postress (sottostress), eustress (stress positivo) e distress (stress negativo). In questo

modello, denominato *General Adaptation Syndrome*, è possibile associare l'eustress ad una condizione positiva di introiezione di esperienza e quindi di apprendimento, mentre il distress a processi di scissione e di dissociazione finalizzati a trovare altre possibilità di azione. Il che conferma la teoria dell'apprendimento per tentativo e successo, e non per tentativo ed errore. Le conseguenze dell'errore sono il distress e la successiva dissociazione dal comportamento messo in atto, senza apprendimento introiettato.

Questo processo non è solo umano poiché appartiene alla sfera più propriamente biologica: gli effetti di esperienze stressanti sul comportamento e sulla funzione dopaminergica possono essere molto diversi in relazione all'evitabilità della situazione, al *background* genetico dell'animale e alla sua storia individuale. Numerosi studi dimostrano che i neuroni dopaminergici mesocorticali vengono selettivamente attivati dallo stress e la reazione agli stress da parte dei nuclei della base è ridotta dalla iperattività corticale. Siamo infatti nello stato soglia che distingue l'eustress dal distress: se prevale il secondo la ricerca di nuove soluzioni rischia di produrre oscillazioni dissociative.

Con il concetto di lucidità, in contrapposizione allo stato soporoso, all'obnubilamento ed al coma ci si riferisce a quel livello di dinamica psicobiologica, che ha a che fare con l'attivazione vitale. Qui il significato di coscienza lucida (e non vigile) è apparentata con il *controllo esecutivo*, che mobilita la focalizzazione del comportamento sugli obiettivi, la capacità di pianificazione e di riconoscimento degli errori e l'inibizione di risposte automatiche. Esso opera quando le funzioni di routine sono insufficienti, ovvero proprio nel momento di massimo bisogno di coscienza lucida, per rispondere ad un forte stimolo stressante in arrivo.

Il concetto di coscienza lucida non può essere sufficientemente descritto mediante la sola buona responsività tramite script comportamentali. Gli script sono comportamenti appresi e resi automatici per servire da difesa contro eventi negativi (stressor). Ciò che si perde nel coma, o negli stadi di perdita di lucidità ad esso connessi, non è la ricezione degli stimoli ma la capacità di attivazione delle risposte.

La differenza fondamentale fra il coma e lo stato stuporoso è che un paziente in stato comatoso non è capace di rispondere né agli stimoli verbali né a quelli dolorosi, mentre un paziente in stato di shock riesce a dare una risposta a tali stimoli, almeno istintiva (gridare in risposta a un pizzicotto, per esempio).

Il coma è anche diverso dallo stato vegetativo che a volte può susseguire ad esso: un paziente in stato vegetativo ha perso le funzioni neurologiche cognitive e la consapevolezza dell'ambiente intorno a sé, ma mantiene quelle non-cognitive e il ciclo sonno/veglia; può avere movimenti spontanei e apre gli occhi se stimolato, ma non parla e non obbedisce ai comandi. I pazienti in stato vegetativo possono apparire in qualche modo normali: di tanto in tanto possono fare smorfie, ridere o piangere.

Il coma non è nemmeno indice di morte cerebrale, cioè di cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello: può accadere che un paziente in coma sia in grado di respirare da solo, mentre uno decerebrato non può farlo mai.

È inoltre diverso anche dal sonno, perché il sonno è sempre interrompibile, mentre non è possibile "svegliare" a piacere una persona in stato di coma.

Il coma vero e proprio dura di solito da 2 a 4 settimane, raramente di più. Alcuni pazienti in stato vegetativo possono recuperare un certo grado di consapevolezza, alcuni invece possono restare in tale stato per anni o per decenni.

Si definisce poi coma farmacologico, o coma indotto, o coma da barbiturici, il coma provvisorio (un stato profondo dell'inconsapevolezza) causato da una dose controllata di barbiturici, di solito pentobarbital. Il coma farmacologico viene utilizzato per proteggere il cervello durante grandi interventi chirurgici.

I barbiturici riducono il metabolismo nei tessuti del cervello e il flusso di sangue cerebrale. Con queste riduzioni, i vasi sanguigni nel cervello diminuiscono di volume, e, di conseguenza, fanno

decretere il volume occupato dall'organo e la pressione intra-cranica. In questo modo, diminuendo la pressione, possono essere evitati o diminuiti alcuni danni<sup>2</sup>.

La piena comprensione del vissuto del coma è ancora lontana ma il suo collegamento con la confusione mentale, lo stupor, l'anestesia da farmaci consente di vederlo come una condizione in cui, a seguito della modificazione bioenergetica dei vissuti della persona e della diminuzione della attività cerebrale, la coscienza si distacca dai vissuti corporei. Nel coma si manifesta, ad esempio, una profonda modificazione del senso del tempo di cui non viene più percepito il fluire anche se, in molti casi, vengono invece mantenute le percezioni ambientali.

Nel sonno si perde la percezione dell'ambiente e si mantiene quella della personale corporeità e dei suoi bioritmi, nel coma è più probabile venga mantenuta la percezione dell'ambiente e persa quella mentale e corporea.

La caduta di lucidità porta la persona a vivere alterazioni della coscienza; ad esempio la modificazione della percezione temporale. Il coma dunque può apparire come l'esatto contrario della iperlucidità del vivido presente che sperimentiamo quando la nostra attenzione è massimamente attiva: nel momento in cui viviamo una forte emozione, un evento traumatico o una importante performance sportiva. In tali situazione percepiamo il tempo al rallentatore proprio perché riusciamo a rallentare il tempo.

La percezione soggettiva dello scorrere del tempo non è sempre uguale al tempo realmente trascorso: la sensazione dello scorrere del tempo è del tutto soggettiva anche se i meccanismi fisiologici su cui si fonda non sono chiari perché influenzati dallo stato emotivo e dal contesto. Ora se è chiaro nella esperienza comune che lo stato emotivo influenza la percezione del tempo, è meno chiaro quali siano i meccanismi neurofisiologici che vengono implicati nel processo di accelerazione o di rallentamento del tempo vissuto.

Sul piano psicologico le diverse percezioni del tempo sono correlate alla prevedibilità ripetitiva degli eventi: tanto più gli eventi sono imprevisi tanto più appaiono lunghi, tanto più sono noti e scontati tanto meno durano.

Ciò ha molto a che fare con la funzione della lucidità intesa come chiara e coerente percezione del presente; al diminuire della lucidità diminuisce la sensazione attuale del tempo che può restringersi o dilatarsi rispetto alla percezione corporea del tempo, socialmente condivisa e confermata.

Il coma è il contrario della lucidità della coscienza ed è intimamente collegato a distorsioni nella percezione soggettiva del tempo. Nel coma si attua una percezione di tempo continuato, nella lucidità quella di tempo rallentato. Al tempo ininterrotto si associa la confusione mentale della non consecutività del pensato, al tempo rallentato una maggior lucida consapevolezza dello svolgimento degli eventi.

### **Coma e stati alterati di coscienza**

E' particolarmente difficile trattare in modo corretto il tema del coma<sup>3</sup> e usare in modo preciso le definizioni di coma, stato vegetativo, risveglio. L'EEG informa sul funzionamento delle cellule

---

<sup>2</sup> E' divenuto linguaggio comune tra gli operatori psichiatrici utilizzare l'espressione, non corretta, del "mettere in coma farmacologico" pazienti che ricevono trattamenti con antipsicotici forti. L'espressione sta a significare la necessità di spegnere attività mentali o comportamenti altrimenti non gestibili con contenimento psicorelazionale.

<sup>3</sup> *14 gradi del coma sono*

**SUPERFICIALE.** Al primo stadio ci si sveglia in pochi giorni. Il primo è quello superficiale dal quale il paziente si risveglia di solito nell'arco di pochi giorni. Nel secondo e nel terzo stadio i tempi del risveglio, quando la situazione non evolve in peggio, sono decisamente più lunghi. L'ultimo livello di coma è invece quello irreversibile

**IRREVERSIBILE.** Il cervello non ha più attività elettrica. Il coma irreversibile, o coma dépassé, è lo stadio di coma durante il quale non si registra più alcuna attività elettrica del cervello. Uno dei segnali dell'irreversibilità è che le pupille non reagiscono più alla luce. Un paziente in coma irreversibile non è più padrone di nessuna delle sue funzioni vitali

**STATO VEGETATIVO.** Non esiste più una coscienza di sé. Lo stato vegetativo persistente è una specie di evoluzione dello stato di coma. Il paziente ha danni gravissimi alla corteccia cerebrale e, di conseguenza, non ha nessuna coscienza

della corteccia cerebrale e se l'elettroencefalogramma è piatto significa arresto delle funzioni con rara reversibilità. Più lento è il tracciato, più grave è il danno cerebrale.

Il coma può persistere per alcune settimane in cui il paziente tende a riaprire gli occhi anche solo per brevi intervalli, con progressiva ripresa di coscienza. Se rimane ancora non cosciente nonostante abbia entra nello stato vegetativo o coma vigile. In tale stato non reagisce a nessuno

stimolo anche per diversi mesi. I primi segni di recupero dal coma riguardano il contatto con l'ambiente esterno (seguire con lo sguardo, piangere, sorridere, ecc.) mediante uno stato di minima coscienza o di minima responsività. In fasi più avanzate di recupero l'uscita dal coma è accompagnata da grave disorientamento spazio-temporale (non sa dove si trova, né qual è la data corrente - giorno, mese e anno), non è in grado neanche di riconoscere le persone, presenta amnesie, disturbi della memoria recente, manifesti confabulazioni, mutismo e confusione mentale. La progressiva uscita dal coma è altamente drammatica poiché il paziente ha la percezione di quanto accade intorno a lui ma non è in grado di parlare, né di muoversi, né di esprimersi in alcun modo.

Coma, stato confusionale<sup>4</sup>, shock<sup>5</sup>, svenimento<sup>6</sup> sono stati in cui la coscienza si altera presentando alcuni delle caratteristiche elencate da Arnold Ludwig: alterazioni del pensiero; disturbi nel senso del tempo; perdita del controllo; cambiamenti nell'espressione emotiva; cambiamenti dell'immagine corporea; distorsioni percettive; cambiamenti nel significato o senso; senso dell'ineffabile; sentimenti di rinnovamento; ipersuggestibilità.

Tali condizioni hanno basi fisiologiche e sono parte di un continuum: *“La nostra intera vita psichica può, a sua volta, avere gradi di coscienza differenti, che vanno dalla coscienza più lucida, attraverso i livelli d'offuscamento, fino all'incoscienza. Ci possiamo figurare la coscienza come un'onda. La coscienza lucida, chiara, è l'apice dell'onda.... che diventa sempre più bassa fino al suo completo defluire nella perdita di coscienza”* (K. Jaspers, *Psicopatologia Generale*, pag.150).

Le alterazioni dello stato di coscienza riguardano la diminuzione delle singole funzioni psichiche e del controllo di coscienza che progressivamente si restringe o modifica il suo flusso normale a seconda dei livelli di attivazione del sistema parasimpatico e ortosimpatico. L'elemento determinante per il passaggio da uno stato di coscienza all'altro è espresso dalla velocità di elaborazione del cervello. In altri termini, cambiare la velocità di lavoro del cervello significa cambiare stato di coscienza. Lo stato ordinario di coscienza è rappresentato da un equilibrio ottimale tra le informazioni che il cervello riceve e quelle che elabora, così, se tale equilibrio viene a mancare, ecco che si possono manifestare stati non ordinari di coscienza. L'esperienza della trance è lo stato di massima velocità di lavoro del cervello. I vari modi per indurre uno stato alterato di coscienza, mettono in luce il fatto che il nostro ordinario stato di coscienza è solo una delle tante possibili strutturazioni della mente.

---

di sé, né dell'ambiente che lo circonda. Ma mantiene la funzionalità degli organi, anche dei polmoni. Per questo può respirare da solo

MORTE CEREBRALE. Si può procedere all'espianto degli organi. La morte cerebrale è la condizione «sine qua non» perché si possa procedere all'espianto degli organi. Il paziente è praticamente morto. L'elettroencefalogramma è piatto, non si registra nessuna funzione motoria, sono assenti sia il ciclo del sonno, sia la coscienza di sé, sia la percezione del dolore.

<sup>4</sup> disturbo della coscienza che si manifesta con disorientamento nel tempo e nello spazio, turbe della memoria, dell'attenzione e del pensiero

<sup>5</sup> Lo shock rappresenta una grave perturbazione emodinamica e metabolica dell'organismo, causata dall'incapacità del sistema circolatorio a fornire un adeguato apporto ematico agli organi vitali .

<sup>6</sup> Lo svenimento (o sincope) è la perdita momentanea della coscienza dovuta ad una improvvisa riduzione della quantità di sangue che giunge al cervello. Le cause possono essere svariate, come ad esempio una forte emozione (es. la vista del sangue), un forte dolore, un improvviso abbassamento della pressione, un disturbo del ritmo del cuore, una permanenza in piedi troppo prolungata, una riduzione improvvisa della quantità di zucchero presente nel sangue. La sincope può accompagnarsi, o talora essere confusa, con alcune malattie neurologiche o essere dovuta all'assunzione di particolari farmaci. In ogni caso, episodi di svenimento che non siano in relazione a cause evidenti (es. una forte emozione) richiedono una valutazione da parte del medico.

Shock, svenimento, coma, coma farmacologico da anestesia, stato confusionale, sono condizioni che molte persone hanno avuto occasione di sperimentare nel corso della loro vita e presentano alcuni aspetti comuni che possono essere inventariati e descritti attraverso la raccolta di testimonianze.

“Quando sono svenuta si è cancellata tutta la sofferenza ed avevo un grande senso di pace e di assenza del dolore”.

“Proprio nel momento più acuto del dolore sono per fortuna svenuto”.

“Ricordo che stavo annegando ma non avevo paura perché, dopo aver tentato di reagire ed aver cercato di nuotare, mi sono lasciato andare e stavo in pace anche se sapevo che sarei affogato”.

“Quando mi hanno svegliato dalla anestesia ho provato fastidio perché stavo bene in quella dimensione di vita in cui ero”.

“Ho avuto una forte riluttanza a tornare vigile anche se mi sembrava di essere come morto”.

“Cercavo di parlare ai medici ma nessuno mi vedeva e mi sentiva. Stavano facendo un errore perché io ero sveglio e loro erano convinti che fossi addormentato. Cercavo anche di toccarli ma non mi sentivano”.

“Stavo morendo ed ho avuto l'impressione di fluttuare al di sopra del mio corpo. Lo guardavo dall'alto. Non ho riconosciuto subito che ero io”.

“Mentre ero in anestesia sentivo le voci dei medici ed ho seguito tutte le fasi dell'intervento”.

“Mi sembrava possibile spostarmi da un posto all'altro e vedere dall'alto tutte le persone”.

“Credo di aver avuto una esperienza tra le più piacevoli della mia vita. Sapevo che stavo morendo e vedevo di fronte a me un tunnel e poi una grande luce”.

“Ho pensato che in quel momento sarei morto e in un attimo mi è passata davanti agli occhi tutta la mia vita”.

### **Il counseling al malato terminale e al morente**

La raccolta delle esperienze di premorte o di stati alterati di coscienza è preziosa per il counselor che voglia aiutare il morente a vivere una buona morte. Non è possibile consolare nessuno se non si ha qualcosa da raccontare e, per poter raccontare, c'è bisogno di aver costruito un catalogo di racconti, di storie e di esperienze che possono essere trasmesse in modo efficace solo se apprese dal contatto diretto con chi le ha vissute.

Non basta la lettura di un libro o la visione di un film. La testimonianza efficace è sempre e solo quella diretta poiché nel necessario instaurarsi di un rapporto di confidenza tra le persone c'è un sensibile aumento dell'empatia. Il malato empatizza con immediatezza se ciò che viene riferito dal counselor è reale oppure una forma di falsificazione consolatoria.

Spesso il counselor che non abbia costruito una esperienza personale concreta di racconti e di storie di vita inerenti il vissuto di premorte o di stati alterati di coscienza, apparirà al morente come piatto e falso e, invece di portare un aiuto consolatorio, lo farà cadere in una sensazione ancor più grave di solitudine e di incomprensione.

Spesso il processo di aiuto inizia molto prima dell'evento finale della morte, attraverso il contatto con il malato terminale o con il malato a cui è stata diagnostica una patologia che non ha risoluzione.

Già al momento della diagnosi prendono forma le paure che rischiano di diventare il fondamento psicologico del vissuto futuro. La vulnerabilità delle persone alla notizia di una diagnosi infausta si accompagna a diversi vissuti emotivi: terrore, senso di vuoto, sensazione di essere finiti, assenza di sensazioni, stupore autoanalgesico, vortice di pensieri, etc... Nel momento della diagnosi prende forma nella mente una risposta che a seconda di come sarà verbalizzata e discussa, potrà divenire o meno lo sfondo su cui poggeranno le scelte future. Le principali reazioni possono essere: forte ed angosciata preoccupazione per il futuro; percezione improvvisa di avere una scadenza; depressione; aggressività; emersione della volontà di cambiamento; rinforzo delle abitudini negative; fantasie di suicidio.

Nel momento della diagnosi i pazienti spesso sentono una conferma delle loro precedenti intuizioni ed avvertono e si relazionano ad essa come ad un punto di non ritorno nel loro destino. È essenziale che nel momento della comunicazione del risultato della diagnosi l'operatore sanitario sia consapevole del fatto che i minuti che seguono la diagnosi sono tra i più importanti per l'organizzazione della vita futura del paziente. Il senso di smarrimento e di confusione per lo *choc* potrà poi produrre disturbi del sonno, derealizzazione, depersonalizzazione, fame d'aria, senso di prigionia,... In quei minuti l'attività mentale del paziente è concentrata sulla risposta interiore da dare a se stesso circa la notizia e si dibatte per trovare una "frase mentale" che chiude, anche se provvisoriamente, l'angoscia opprimente da cui è assalito.

"La mia vita è finita, tanto vale che mi suicidi" ... "Come farò a dirlo a" ... "Chi se ne frega, " ... "E adesso?" ... "Devo cercare di cavarmela in qualche modo" ... "Me lo sono meritato... è tutta colpa mia" ... "Devo cambiare vita per non indebolirmi ulteriormente" ... "Tutta colpa di..., me la pagherà!, ma la pagheranno tutti!"...

I pochi minuti di colloquio del momento diagnostico sono penosissimi per l'operatore sanitario che non sia competente di counseling, al punto che spesso egli preferisce consegnare le risposte diagnostiche in busta chiusa. Ma quel momento è invece essenziale per tre diversi motivi.

Prima di tutto la "frase mentale" in cui si può chiudere il soggetto rischia di diventare il suo atteggiamento di fondo nei confronti del futuro. Ora, al di là delle risposte esistenziali che l'operatore sanitario possiede, ciò che è essenziale è che "tale frase" rimanga aperta, che gli interrogativi non si spengano nella disperazione, che l'angoscia non si impadronisca in modo totale del soggetto. Perché la chiusura interiore non si annidi come evento traumatico nella psiche del paziente è sufficiente lasciare la comunicazione aperta, anzi, ostacolare la chiusura. Basta che il dialogo non si fermi lì, basta che la comunicazione abbia un sufficiente numero di scambi di battute, basta che non sia il paziente a sentirsi scaricato ma semmai sia lui a desiderare di "stare un attimo da solo", per prevenire catastrofi psicologiche di difficile riparazione. L'obiettivo è che la "frase mentale" venga verbalizzata, o che almeno, possano essere intuibili i contorni in cui il paziente si è visto proiettato nel futuro.

Inutile dire l'importanza di invitare nuovamente il soggetto a presentarsi per un colloquio e per ricevere alcune indicazioni di comportamento. Dopo la diagnosi il paziente sente che la sua vita è già radicalmente cambiata, anche se non afferra i contorni precisi della differenza. L'aiuto nei suoi confronti consiste nell'evidenziare da subito i problemi a cui va incontro e definirli. In tal modo non dovrà affrontare l'impatto con qualcosa di impreciso che aumenterà ancor più la sua ansia.

È uno dei primi problemi che egli ha di fronte. Ma è anche una necessità il fatto di dirlo a qualcuno. Il primo aiuto è proprio quello di insegnargli a distinguere tra le persone a cui dare tale informazione e quelle a cui è inutile, se non controproducente, raccontare un evento intimo.

Il secondo aiuto è quello di convincerlo a non perdere tempo o "cercare il momento opportuno" per dichiarare i suoi problemi ai familiari e a chi condivide la sua intimità. Non esistono infatti momenti migliori o peggiori per comunicare una notizia che può essere vissuta come sconvolgente. Anzi attendere può portare a problemi e tensioni ancora più gravi.

Il malato ha sicuramente momenti di particolare difficoltà relazionale e problemi legati alla paura che il dolore diventi incontrollabile; ha paura di perdere l'autocontrollo mentale e fisico e di perdere il proprio ruolo nella famiglia e nella società, diventando un gravoso peso per gli altri....ma sullo sfondo è poi sempre presente il timore della morte. In questo momento di grande solitudine il malato può comprendere e dare senso alla disperazione e al dolore, permettendo ad essi di esprimersi.

Il counselor che si trova di fronte all'evento prossimo della morte deve poi prendere in esame quelle che sono le principali paure del morente poiché l'unico modo di affrontare tali paure è parlarne.

La paura dell'ignoto è connessa alle produzioni di immaginari che il morente è riuscito a costruire nella sua vita. Se non li hai mai presi in considerazione egli si ritrova in una situazione di profondo dolore, poiché ha negato e rimosso, durante il corso di tutta la vita, le paure rispetto alla morte e ora deve affrontarle tutte insieme. L'aiuto nei confronti della paura dell'ignoto è la trasmissione della

consapevolezza della continuità della coscienza. Si può accompagnare il morente verso la percezione di una continuità eterna del profondo che egli ha già ripetutamente sperimentato nella vita, durante il sonno e il risveglio, lo svenimento e la ripresa di lucidità. Le informazioni precedentemente proposte servono proprio a trasmettere tali forma di scoperta consapevole

La paura della solitudine è dettata dall'incapacità della persona di stare da sola con sé stessa. L'unico metodo per superare la solitudine è quello di far dialogare le tue voci interne, le voci delle persone che le vogliono bene: voci interiorizzate e che si possono far dialogare dentro di sé in modo che ti facciano compagnia. Ad esempio, nel momento in cui in una coppia uno dei due coniugi muore, l'unico modo attraverso cui colui che resta possa sentire ancora la compagnia dell'altro, è quello di farlo rivivere dentro di sé, dialogarci all'interno della propria mente, facendogli dire quello che avrebbe detto se fosse stato in vita.

La paura di perdere il controllo di sé e delle emozioni ha a che fare con la paura di impazzire. I rimedi sono quelli di essere entrato in contatto con i propri pensieri. Attraverso uno stato meditativo oppure avendo preso confidenza con la propria voce interiore conoscerla così bene da saperla distinguere nel coro di voci che affollano la mente, risolvendo il momento di confusione. Fondamentale è quindi il raggiungimento della gestione delle voci interne.

Spesso le persone trascorrono la loro vita focalizzandosi sulla costruzione di una forte e solida identità sociale più che personale. Ciò comporta che, investendo tanto sull'identità esterna, che permette di avere un buon riconoscimento a livello sociale, con ottimi riconoscimenti di ruolo, hanno, di conseguenza, investito poco per la costruzione e il nutrimento dell'identità più profonda. Durante il processo che accompagna il morente, la malattia, il deterioramento fisico... inevitabilmente l'immagine esterna decade, solo se egli ha saputo costruirsi una buona immagine interna, riesce a tenere ben salda la sua identità altrimenti questa si deforma insieme all'involuzione di tipo fisiologico. Per affrontare serenamente la morte c'è bisogno di potersi aggrappare alle pareti profonde dell'identità.

E' molto più complessa la risoluzione dell'angoscia esistenziale poiché la sua risoluzione richiede un lungo e precedente lavoro sui processi inconsci. In un momento terminale tutti i vissuti rimasti in sospeso si ripresentano in contemporanea e affollano la mente, producendo una fase delirante.

Nell'istante che precede la morte, c'è bisogno di potersi aggrappare a una parte solida dell'identità. Questo può essere fatto attraverso una velocissima regressione dentro di sé che permetta di incontrare un momento della vita in cui il soggetto è sicuro di essere stato se stesso. Aver raccolto la biografia del morente è pertanto molto importante, se si vuole avere la capacità di restituire un processo di sicurezza di identità attraverso il ricordo di un momento della sua vita in cui egli possa riconoscere la piena espressione della sua essenza.

I conti in sospeso sono un altro importante problema del morente. In questo caso compito del counselor è quello di rintracciare le persone con cui il morente ha dei conti in sospeso e convincerle a parlare con lui. Spesso ciò non è possibile per l'indisponibilità delle persone, anche le più vicine al morente. Sospendendo ogni tipo di giudizio sulle scelte delle persone, che potrebbero avere giustificati motivi di rancore verso il morente ma che, probabilmente, si apprestano a dover affrontare qualche successivo senso di colpa, una via di uscita dai conti in sospeso è la scrittura del testamento.

Il testamento è da intendersi come la prosecuzione della propria personale autobiografia ed è importante che ogni counselor abbia redatto, oltre che la sua autobiografia, anche il suo testamento olografico. Se si ha esperienza del proprio testamento è possibile trasmettere al morente alcune informazioni sul suo senso e sulle cose da scrivere in esso. Un testamento è una lettera di affetto (o di perdono) alle persone e non uno scarico di obblighi. Non sono le ultime volontà del morente ma l'elenco di ciò che lascia di materiale e di spirituale ai suoi amici e famigliari. La rimozione sociale della morte fa sì che siano molte le persone che lasciano tale lettera di saluti e che ottemperino anche al dovere civile di lasciare ciò che è ancora utilizzabile del loro corpo a quanti possono averne bisogno.

Sotto il profilo giuridico abbiamo tre tipologie di testamento: 1) Olografo → redatto a mano dalla persona, con inchiostro indelebile, accompagnato da data certa e firma. Sarebbe bene che l'incipit per motivi legali fosse. "Io sottoscritto nel pieno delle mie facoltà mentali....."; 2) Redatto dalla persona da sola e successivamente convalidato da un notaio; 3) Redatto in presenza del notaio. In caso di testamento redatto con il notaio se viene rinvenuta una versione in data successiva si considera valido sempre quello con la data più recente.

Un sistema per raccogliere le ultime volontà del morente è comunque quello di registrarle con la telecamera del cellulare. Spesso tale video, fatto vedere ad amici e parenti, riesce a mettere a posto conti in sospeso e ad accompagnare il morente verso una buona morte.

## **Il lutto**

C'è infatti una correlazione tra una "buona" morte (consulenza al morente, informazioni di cui questo ha bisogno per affrontarla serenamente, analisi degli immaginari del morente.....) e "lutto normale" e quella tra "cattiva" morte (incidenti stradali, omicidi, morti improvvise, catastrofi naturali....) e lutto patologico.

La diversità tra il **lutto patologico** e il **lutto normale** verte intorno alla distinzione tra la normale risposta affettiva di dolore, per la perdita di una persona amata, e l'eccessiva o prolungata morbosità psicologica o fisica, che conduce a definirlo come patologico.

Nelle tradizioni antropologiche delle nostre culture sono presenti descrizioni temporalizzate dei processi di lutto distinti in lutto stretto e lutto sociale. Il primo, di una durata varia dai 7 ai 40 giorni, è la fase in cui la persona sta raccolta su se stessa, evita contatti sociali, si veste in modo composto (generalmente di nero) ed evita comunque abiti con colori sgargianti e si astiene dal frequentare luoghi di divertimento. Il secondo, chiamato lutto sociale e solitamente della durata di sei mesi, ha gradazioni di intensità correlate al grado di parentela con il defunto (chiamate mezzo lutto o quarto di lutto con progressiva dismissione dell'iniziale lutto pieno).

Una delle ragioni che rendono difficile l'elaborazione del lutto risiede nel fatto che il congiunto scomparso agisca ancora come immagine nello psichismo dei sopravvissuti. Il defunto continua ad esistere come presenza effettiva pur non essendo più presente e la sua fisionomia viene proiettivamente rintracciata in un viso intravisto tra la folla o nei primi confusi momenti che seguono il risveglio mattutino, in cui i sopravvissuti non si rendono ancora conto che il defunto non c'è più.

Questo "lutto complicato" o "lutto patologico" rinforza le condizioni di stress e di depressione dei singoli ed è prodotto dalla incapacità di ritornare a modelli di comportamento funzionali al contesto relazionale e ad un nuovo progetto di vita. Ciò in contemporanea sovrapposizione con sintomi psicopatologici (come per esempio pensieri ossessivi, sensi di colpa a carattere delirante, pensiero magico, allucinazioni).

Le persone in lutto patologico sviluppano processi di depressione, ritiro sociale, comportamenti tendenti a "mantenere in vita la persona scomparsa" (come per esempio apparecchiare la tavola per la persona defunta, stirarne i vestiti), vissuti di colpa (l'immaginazione di un possibile diverso andamento di quella giornata), analisi delle coincidenze che hanno prodotto l'incidente, forzato contenimento dell'aggressività verso chi ha causato l'incidente, sensazioni di persecuzione, proiezioni mentali per "tenere in vita" il defunto, bisogno di parlarne per renderlo presente, fantasie fantasmatiche di presenza, senza riuscire nel reinvestimento della progettualità nelle cose della vita quotidiana.

I modelli depressivi vanno dagli stati melanconici e di angoscia fino a forme di depressione come spostamento della aggressività verso di sé. In questo caso il depresso rivolge le energie aggressive verso le sue parti interne e inconsciamente non vuol smettere di soffrire come forma di attaccamento al dolore e di desiderio di autodistruzione.

La reazione di lutto alla morte di un familiare è una situazione ben nota alla nosografia psichica la quale classifica, fra le condizioni che richiedono attenzione o trattamento, la depressione per lutto patologico e, come si legge nel DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la

comparsa di una sintomatologia invalidante è evento non poco comune e può suggerire che il lutto si è complicato con lo sviluppo di una vera e propria depressione.

A dimostrazione che non si è di fronte ad una semplice e tipica sindrome depressivo reattiva, possiamo identificare gli elementi diagnostici differenziali nella costanza dei disturbi nell'arco della giornata.

Nel DSM4 (Manuale Diagnostico e Statistico del Disturbi Mentali) il disturbo depressivo maggiore con Manifestazioni Melancoliche (F33.9) può essere diagnosticato laddove compaiano:

**A)** Uno dei seguenti sintomi, che si verifica durante il periodo di maggior gravità dell'episodio attuale:

- 1) perdita di piacere per tutte o quasi tutte le attività.
- 2) perdita di reattività agli stimoli abitualmente piacevoli (non si sente meglio, neppure temporaneamente, quando accade qualcosa di buono).

**B)** Tre (o più) dei seguenti sintomi:

- 1) una qualità particolare di umore depresso (cioè, l'umore depresso viene esperito come nettamente diverso dal tipo di sentimento provato dopo la morte di una persona amata)
- 2) depressione regolarmente peggiore al mattino
- 3) risveglio precoce al mattino (almeno 2 ore prima del tempo di risveglio abituale)
- 4) marcato rallentamento motorio o agitazione
- 5) anoressia significativa o perdita di peso
- 6) sentimenti di colpa eccessivi o inappropriati.

Il punto A), mostra la compromissione della vita relazionale, che diventa priva di piacere progressivamente anedonica. I sintomi riferibili al punto B servono a comprendere in quali casi l'umore depresso non sia più caratterizzato da elementi esclusivamente reattivi come al momento del primo lutto. Il lutto è una condizione psicologica comune nell'umanità. Esso però può evolvere in senso patologico qualora esso riguardi la morte di un genitore quando il bambino è troppo piccolo per poter elaborare la mancanza e, in tal caso, si struttura spesso una vera e propria personalità in disagio che viene comunemente chiamata "di orfanità". Oppure quando a morire sia un bambino non ancora pervenuto a maturità e la sua famiglia soffra per l'emersione dell'archetipo della sopravvivenza della propria genie.

Allo scopo di continuare la specie, l'uomo ha sviluppato dei programmi biologici di sopravvivenza che sono diventati automatici e si sono iscritti nel suo cervello, nelle sue cellule. Quando l'insulto psicologico colpisce tali parti profonde dell'identità si determina un trauma detonante e causa di choc emotivo, con momenti acuti di disperazione che non riescono a risolversi con il passare del tempo.

Un secondo modello di lutto patologico è quello che si accompagna ad ossessioni o a rituali di richiamo in vita del congiunto defunto. Le ossessioni (DSM4) sono idee, pensieri, impulsi o immagini persistenti, vissute come intrusive e inappropriate, che causano ansia o disagio marcati. Ci si è riferiti alla qualità intrusiva e inappropriata delle ossessioni con il termine "egodistoniche". Questo si riferisce alla sensazione dell'individuo che il contenuto delle ossessioni sia estraneo, non sia sotto il proprio controllo e non sia il tipo di pensiero che si aspetterebbe di avere. Comunque, l'individuo è capace di riconoscere che le ossessioni sono il prodotto della sua mente e non vengono imposte dall'esterno (come nell'inserzione del pensiero). Le ossessioni più frequenti sono pensieri ripetitivi ... che la persona cerca di ignorare, o sopprimere, o di neutralizzare con altri pensieri o azioni (cioè, una compulsione). Spesso le ossessioni sono coesenziali al lutto patologico e il DSM4 propone questa categoria quando l'oggetto dell'attenzione clinica è una reazione alla perdita di una persona cara. Come parte della loro reazione alla perdita, alcuni soggetti si presentano con i sintomi caratteristici di un *Episodio Depressivo Maggiore* (per es., sentimenti di tristezza e sintomi associati come insonnia, scarso appetito, e perdita di peso)... La diagnosi di *Disturbo Depressivo Maggiore* non viene generalmente fatta se i sintomi non sono più presenti 2 mesi dopo la perdita. Comunque,

la presenza di certi sintomi che non sono caratteristici di una reazione “normale” di lutto, può essere utile per differenziare il *Lutto* da un *Episodio Depressivo Maggiore*. Questi includono:

- 1) sentimenti di colpa riguardante cose diverse dalle azioni fatte o non fatte dal soggetto sopravvissuto al momento della morte;
- 2) pensieri di morte diversi dal sentimento del soggetto sopravvissuto che sarebbe meglio essere morto o che avrebbe dovuto morire con la persona deceduta;
- 3) pensieri eccessivi e morbosi di inutilità;
- 4) marcato rallentamento psicomotorio;
- 5) prolungata e intensa compromissione di funzionamento;
- 6) esperienze allucinatorie diverse dal pensare di udire la voce, o di vedere fuggevolmente l'immagine della persona deceduta”.

La miscela tra i diversi sintomi può anche portare alla costruzione di vissuti esplicitamente ossessivi con complicazioni depressive che conducono ad optare per un criterio diagnostico di recente introduzione quale il *Disturbo misto ansioso-depressivo* con sintomi clinicamente significativi di ansia e depressione, ma senza che siano soddisfatti i criteri per uno specifico *Disturbo dell'Umore* o *Disturbo d'Ansia*. “Con *stato misto ansioso-depressivo* (depressione ansiosa) si intendono quegli stati in cui sono presenti sintomi comuni all'ansia e ai disturbi dell'umore. Di solito tali stati seguono un decorso cronico intermittente”.

Il *Disturbo Ansioso-Depressivo Misto* è un disturbo che si caratterizza per la presenza di un umore disforico persistente o ricorrente, accompagnato da sintomi aggiuntivi quali difficoltà di concentrazione o di memoria, alterazioni del sonno, affaticamento o mancanza di energie, irritabilità, preoccupazione, facilità al pianto, ipervigilanza, previsioni negative, disperazione o pessimismo riguardo al futuro, e bassa autostima o sentimenti di disprezzo di sé.

Questa sintomatologia causa un disagio clinicamente significativo o la menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti della vita quotidiana.

La relazione tra questo disturbo e gli altri Disturbi Depressivi e d'Ansia non è nota, per cui non è chiaro se, ed in quale misura, esso possa essere un fattore di rischio per un altro disturbo mentale quale il Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo d'Ansia Generalizzato o il Disturbo di Panico.

Il paziente presenta indiscutibilmente umore disforico persistente o ricorrente, cronico. L'umore disforico è accompagnato da difficoltà di concentrazione o sensazioni di “testa vuota”, alterazioni del sonno, affaticamento o mancanza di energie, preoccupazione, ipervigilanza, disperazione.

Tali sintomi di disagio clinicamente significativo, menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo di tipo cronico (tale definizione è valida se l'alterazione dura per 6 mesi o più) portano a sottolineare la gravità di tale condizione.

### **L'elaborazione del lutto**

Le discussioni cliniche riportate non riescono a dare compiutezza ad una riflessione sul lutto quando tale esperienza, comune a tutti gli esseri umani, si configura come un dolore talmente inaccettabile da sfociare in una patologia. Ed anche la stessa espressione “patologia” non riesce a dare compiuta spiegazione del processo psicologico distruttivo che accompagna un lutto non elaborato.

Eppure abbiamo sotto gli occhi una importante traccia antropologica sul vissuto “patologico” della morte ed è quel tipo di lutto che viene vissuto da bambini (o comunque da preadolescenti) a cui viene a mancare uno dei genitori. I bambini non hanno la struttura mentale per reggere due tipi di emozioni: quella della morte e quella del sesso. Se incontrano la morte ne ricavano un trauma così forte da strutturarsi in un particolare tipo di personalità: quella dell'orfano. Se incontrano il sesso assumono l'atteggiamento del bambino abusato o maltrattato. Ambedue queste caratteristiche di personalità assomigliano a tratti depressivi (così almeno vengono diagnosticati) anche se la loro descrizione è molto più complessa.

In tutti e due i casi non riescono a trovare un senso compiuto per razionalizzare, spiegare, trovare un significato agli eventi che rimangono non elaborati dentro di loro; almeno fino all'età adulta e a

qualche incontro fortemente affettivo che li spinga a rivisitare con la memoria tali eventi ed a portarli fuori dalla nicchia psicologia in cui sono rimasti incistati.

Dunque il processo di elaborazione del lutto implica il riuscire a dare un senso alla morte di un congiunto e contemporaneamente ad esprimere tutti i contenuti psichici di dolore che la perdita ha messo in moto.

Il principale ostacolo alla produzione di senso è il rapporto di dipendenza dalla persona defunta. In tali casi vengono spesso vissute vere e proprie allucinazioni di presenza vedendo il defunto girare per casa, sentendosi in colpa per non aver fatto o detto qualcosa, cercando in tutti i modi di tenere in vita il defunto.

Questo processo di dipendenza e di non accettazione della morte deriva dal connubio tra il fatto di non aver mai espresso i propri immaginari sulla morte e dal bisogno di avere un contatto carnale e fisico con il defunto. Questo bisogno impedisce la nascita di un rapporto "spirituale" con chi non c'è più. Il termine "spirituale" è volutamente virgolettato non tanto perché sia illegittimo credere in una dimensione spirituale della vita e della morte. Chi scrive ha scelto, meditato e praticato un suo personale percorso spirituale costruendo fede e fiducia nella vita oltre la vita. Le virgolette servono a significare che, seppur è legittimo usare tale espressione, è essenziale che nella pratica del counseling non si abbandoni mai la dimensione psicologica e scientifica e, per tale dimensione dentro le cui regole vogliamo stare, la dimensione spirituale è proiettiva. E con questa logica la affrontiamo dimostrando quanto essa sia benefica nella elaborazione del lutto.

Il dolente per lutto ha bisogno di essere sostenuto nella sua dimensione proiettiva, anche espressa e agita consapevolmente proprio per i suoi effetti ristrutturanti.

Invitare il dolente ad ascoltare la voce del defunto che parla dentro di lui ed a costruire un dialogo tra la sua voce interiore e quella del defunto è una delle principali forme di fantasia guidata che riesce a risanare un lutto patologico. La voce del defunto può essere evocata in molti modi: o forzando la persona a ricordare qualche espressione tipica, o ad interagire con i suoi ricordi ponendo domande interiori alla voce del defunto fino a che essa non prenda forma dentro le percezioni interne del soggetto o a reperire registrazioni, filmati e foto attraverso le quali sia possibile ricostruire l'immagine del defunto. A volte l'osservazione di una foto può consentire di porre qualche semplice domanda: "Secondo lei cosa sta dicendo nella foto... se lo dica dentro di se...". L'innescò del contatto con il ricordo della voce può aprire un dialogo che non è allucinatorio poiché la richiesta è lucida e consapevole. Il dolente sa bene di aver posto lui la domanda e sa bene che le risposte del defunto sono conseguenti alla domanda. E la domanda appartiene al principio di realtà giacché principia nella realtà. E il counselor ne è testimone.

Sono le proiezioni inconsapevoli ad essere dannose perché producono sistematicamente vissuti di delusione. L'allucinazione svanisce proprio perché da essa il dolente si aspetta troppo; spera che quanto sente sia davvero vero e fa il terribile errore di cercare di verificarlo. Come Enea agli inferi che cerca di abbracciare l'ologramma della madre che si dissolve quando la tocca.

La fantasia guidata, inoltre, costituisce nel senso più vero del termine una preghiera perché nasce dall'espressione di un desiderio che è così forte che riesce a oltrepassare la delusione.

Vi sono poi due particolari condizioni che impediscono l'elaborazione del lutto.

Quando si sia stati testimoni di una morte "non buona" e quando la morte sia un evento collegato a delitto o ingiustizia profonda.

C'è una correlazione tra una "buona" morte (consulenza al morente, informazioni di cui questo ha bisogno per affrontarla serenamente, analisi degli immaginari del morente.....) e "lutto normale" e quella tra "cattiva" morte (incidenti stradali, omicidi, morti improvvise, catastrofi naturali....) e lutto patologico.

Se il defunto è morto dopo aver ascoltato se stesso e dopo aver messo a posto le questioni in sospeso, i conflitti con risolti ha vissuto una buona morte. Altrimenti il senso delle questioni in sospeso grava sui suoi eredi che sentono su di loro la necessità di riparazione.

Se il morto è perito a causa di una ingiustizia o di un delitto è molto difficile che i superstiti possano uscire dal lutto patologico senza aver avuto un'autentica riparazione psicologica. Non si tratta solo

di aver avuto la possibilità di assicurare alla giustizia i colpevoli o di vederli giustamente puniti ma, come insegnano le ricerche sulla vittimologia e sulla *real justice*, si tratta di vedere emergere nel colpevole il pentimento profondo per la sua azione. Senza tale pentimento non è possibile l'esercizio del perdono che consente la piena elaborazione del lutto e l'innescare di un rapporto spirituale con il defunto.

In tali casi si è di fronte ad impossibilità concrete di elaborazione poiché i superstiti si sentono responsabilizzati a mantenere vivo dentro di sé il dolore per non tradire il ricordo del defunto. Non riusciranno allora a sviluppare un rapporto "spirituale" con il defunto poiché i loro processi psicologici resteranno sempre legati al passato mentre le fantasie guidate che evocano la dimensione spirituale del rapporto si possono attuare solo rivolgendo lo sguardo al futuro.

In tali casi si possono adoperare meccanismi di regressione fantastica per far immaginare una realtà diversa rispetto a quella che ha prodotto l'evento luttuoso. Tali regressioni vanno a collocarsi in qualche punto del passato e servono a far immaginare processi di vita diversi da quelli che sono avvenuti nella realtà. Con l'importante precauzione di mantenere con cura la distanza del dolente dalla scena immaginata. Il rischio infatti è quello di evocare qualche possibile scenario in cui il dolente si senta in colpa per non aver fatto qualcosa o per aver trascurato di dare un avvertimento o per aver agito in modo superficiale o sbadato.

E' molto importante distinguere con estrema attenzione le pratiche delle fantasie guidate da qualsiasi forma di rituale magico, esoterico o religioso. Il danno prodotto dai rituali a cui il dolente attribuisce effetti riparatori può essere molto grande. I contatti con i defunti attraverso pratiche magiche o spiritiche ingenerano quasi sempre processi di ulteriore patologia luttuosa cronicizzata. Nella mia personale esperienza ho spesso trovato interventi di maghi come causa di lutti non risolti. Il mondo delirante e imbroglione dei contatti medianici, della scrittura automatica e delle sedute spiritiche vive nel produrre la voluta illusione di una prosecuzione magica del rapporto con la persona scomparsa mediante medium comunicativi reali e non dichiaratamente fantastici come quelli delle regressioni, degli immaginari e delle fantasie guidate.

Non si arriva mai pertanto ad una visione adulta e matura della morte ma alla ripetizione di un gioco perverso che può durare anche decenni e essere causa di profonde alterazioni psicologiche e di dipendenza nella persona del dolente.

Ciò non significa che le tematiche del vissuto di morte e delle percezioni che accompagnano tale vissuto non possano essere oggetto di ricerca scientifica, anzi! La discussione del processo di coscienza articolata fenomenologicamente nella dimensione simbolica del conscio/inconscio, nella dimensione emozionale della veglia/sonno e nella dimensione energetico-dinamica della lucidità/coma, consente di vedere l'articolazione e l'interconnessione tra tali dimensioni. Al diminuire dello stato di veglia vediamo apparire la produzione di processi inconsci nella struttura del sogno. Così come negli stati di sonnolenza ipnagogici è più facile veder emergere contatti con le dimensioni più profonde dell'inconscio, proprio perché la persona si distanzia dalle percezioni ambientali ed eleva il grado di percezioni interiori. La distanza dalle usuali percezioni ambientali mediante i cinque sensi sembra produrre invece sistemi di visione e di percezione della realtà inusuali, più o meno immaginarie, tipiche dei cosiddetti "stati alterati di coscienza". Questi stati non possono essere direttamente attribuiti alla dimensione dell'inconscio poiché in essi si attua comunque una particolare forma di dilatazione di coscienza che, sebbene pericolosa per la sua distanza dagli stati ordinari e socialmente accettati e condivisi, è comunque una ricorrente esperienza (e esigenza) umana di comprensione della esistenza dell'umano. Il rischio del pensiero magico è quello di allontanare gli esseri umani dal loro percorso di sviluppo di consapevolezza coscienziale del significato della vita mediante scorciatoie simboliche e rituali.