

# CONVEGNO “SCIENZA E METAFISICA”

Fognano, 25, 26, 27 Settembre 2015

## “LA VITA E LA MORTE”

ELENA GOZZOLI

### “*MORIRE IN VITA E VIVERE NELLA MORTE*”

**Brevi spunti di riflessione per un dialogo esistenziale volto alla comprensione di sintesi di significato riscontrate nell’ esperienza Clinica, entro un processo di evoluzione della malattia**

“Vita” e “Morte” rappresentano aspetti concettualmente distinti e distinguibili nelle rispettive forme espressive che li caratterizzano, ma, di certo, essi risultano essenzialmente e intrinsecamente connessi e *complementari*, ai fini di una coerente comprensione di realizzazione esistenziale (v. assunti derivati dalla Biologia, ma non solo). Che la “Morte” sia un’ indiscutibile certezza della “Vita”, praticamente l’unica, tra le variabili possibili, dipendenti e non, è un fatto noto. In questa Sede preferisco evitare di soffermarmi nell’ articolata specificità di tali implicazioni di significato, che rischierebbero di “staticizzare” e di “cristallizzare” le distinte definizioni in sistemi interpretativi “chiusi”, non o poco osmoticamente compatibili. Non si dimentichi che una concettualizzazione generica, sia pure fondamentale nei propri canoni di descrittività sostanziale e formale, presenta una rassicurante – benchè illusoria – potenzialità di *controllo*, quest’ ultimo, tra gli elementi fondanti il pensiero dell’ essere umano.

Pertanto, opto per scorrere, con accorto e rispettoso animo da escursionista, il flusso sempre diverso – nei riscontri della complessa *soggettività* di ognuno – del *vivere* e del *morire*, nelle tracce dell’ esperienza esistenziale. Quanto - in termini qualitativi e quantitativi - la “Morte” si infiltri nel *vivere*, così come la “Vita” nel *morire*, ciascuno di noi, nel suo intimo, si interroghi, azzardando pure uno o più esiti di risposta. Nulla è da ritenersi scontato, tutt’altro. Come sempre, l’ esistenza è gestita nei fatidici termini di un continuo *processo* di *cambiamento*, inteso nella sua valenza strutturale e funzionale, quale necessità biologica e di comprensione. Tale cambiamento deve cercare di mantenere una propria *coerenza* di significato, interna/interiore e di relazione. La mia indagine intende volgersi ai processi di *pensiero* e di comprensione, più che analizzare i meccanismi biologici in senso stretto, senza, tuttavia, scomodare gli spunti Psicoanalitici di ben illustre memoria, quali, ad esempio, i contributi di S.

Freud nella teorizzazione delle valenze pulsionali di *vita* e di *morte*: la loro articolazione richiederebbe, infatti, di spaziare oltremodo in un' approfondita e aggiornata analisi dei riscontri contenutistici e comportamentali dell' attuale contesto sociale e culturale di riferimento.

Si torni al "cambiamento": esso presuppone e implica il concetto di "perdita", così come quello di "acquisizione". L' esito di un corrispondente "bilanciamento" per compensazione, volto a mantenere una situazione di equilibrio, seguirà, infatti, le dinamiche proprie degli elementi e dei soggetti coinvolti, implicati nella specifica circostanza che si andrà a considerare. L' Educazione e i suoi processi di realizzazione prevedono l' attuarsi di esiti di "perdita" e di "acquisizione", orientati e gestiti entro termini di comprensione coerente nei significanti e nei significati potenzialmente esprimibili e in quelli concretamente espressi. In pratica, proprio la potenzialità del "perdere" significa opportunità del "crescere": *creciamo* in quanto anche *perdiamo*, in continui processi di trasformazione impliciti ed espliciti.

Educarsi al "vivere" e al "morire", considerando il *morire* quale trama di completamento dell' *essere* nel *vivere*, paradossalmente, questo non rappresenta un apprendimento "formale" di "concetto" e di "modo" in senso stretto, di appartenenza al disquisire comune. La nostra cultura e il nostro assetto sociale tendono a "staticizzare" il *flusso* del vivere, frammentandolo in compartimenti dell' "utile", spesso silenziosamente e subdolamente asservito alle logiche sofisticate e strumentali di un sistema contingente, mutevole e opportunistico in quanto tale. Vi-ve-re entro parzialità di significati *minimi*, spesso *autoreferenziali*, destinati, di volta in volta, a confermarsi e a rimanere tali, magari insospettatamente, ad "insaputa" dello stesso soggetto. Si "vive" e basta, senza porsi troppe ed eccessive domande sulle questioni di farlo: domande tralasciate e/o logorate nell' usura del quotidiano, destinate, a volte, a tracciare orme maldestre, dal grossolano tratto del loro svolgimento, entro una banalizzazione e un' indifferenza – ormai - pervasive e legittimate. Cosa c' entrano la "morte" e il "morire" in un contesto così articolato? I comportamenti, riscontrati e diffusi nel pensare e nell' agire dei molti, pullulano e proliferano di tali germinazioni concettuali e contenutistiche, riferibili alla "morte" e al "morire". Gli stessi comportamenti sono comunemente agiti in una sorta di stordimento, volto all' ostentazione di rudimenti emotivo-affettivi, sovente affidati a "metodiche" di condivisione mediata, destinate ad alimentare finzione ed esibizionismo. Anche in questo caso, l' *educazione* al sentire emotivo e affettivo, nei termini di acquisizione e di elaborazione delle relative "competenze", si rivela uno tra i passaggi importanti e imprescindibili.

Eppure la "morte", per tacito accordo, sembra starne fuori, tanto da risultare quasi estranea, caratterizzata spesso da un timoroso pudore nel "considerarla", nel "dirla", espressivamente e fattivamente, attraverso il processo del *morire*. "Dire" la morte nel vivere e "vivere" il morire rappresentano due aspetti completamente distinti, anche se gli stessi non implicano un' essenziale incompatibilità e su questo punto avremo modo di soffermarci in seguito. Del resto, se in vita ci si dedicasse con assiduità sistematica e quasi ossessiva alla contemplazione della "morte" e delle proprie implicazioni, questo altererebbe, compromettendola, la *sana* evoluzione di un'

autentica realizzazione esistenziale. Il *morire* è, comunque, espressione di una Progettualità del *vivere*: la “morte” ne rappresenta il suo esito diretto. In quanto tale, essa può essere concepita come il completamento di una naturale progressione, entro la complessità delle dinamiche e dei processi del *vivere*. Generalmente, in una condizione di evoluzione naturale e progressiva, “la morte” non è vissuta in quanto fatto “traumatico”, di per sé “anomalo”, “imprevisto”, “estraneo” alle disponibilità dell’ essere.

Quando, invece, si sta morendo “dentro”, nei profondi significanti e significati dell’ essere, è più che mai la vita a richiedere attenzione. Nell’ elaborazione, nell’ interiorizzazione, nell’ introspezione, nella relazione. Il desiderio di realizzazione della “morte” può porsi e imporsi come dominante. La *comprensione* del processo del “morire” assume, in questo caso, un ruolo secondario, rispetto all’ obiettivo da raggiungere, la “morte”, entro un tempo e uno spazio programmabili e determinabili (suscettibili, pertanto, di condizioni di *controllo*). Diverse, per ciascuno, le cause e le motivazioni che possono indurre ad un’ *autodistruzione* “programmata”: la percezione di “necessità” più subita che agita ne è un elemento sostanziale. Uccidersi per realizzare ed imporre una progettualità futura, oppure per terminare definitivamente l’ estensione di un presente, dettato e gestito entro un’ insoddisfazione ritenuta irrimediabile e incompatibile (inconciliabile) con il vivere, inteso quale potenziale espressione di progettazione rivolta al futuro: la valutazione appartiene, comunque, al protagonista, nonostante si possa essere aiutati, nell’ interpretazione dei fatti, proprio da testimonianze lasciate dal medesimo. Al di là di ogni autorevole e comprensibile considerazione, a chi resta rimane, tuttavia, il compito di preservare un dovuto *rispetto* per una decisione indiscutibilmente sofferta e grave. Lavorare, per quanto possibile, sui fattori di prevenzione si rivela una responsabilità altrettanto importante, rivolta al Singolo e all’ assetto sociale e culturale. I casi definiti di “Suicidio razionale” ne sono un esempio. Inoltre, l’ Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha, di recente, presentato un’ allarmata relazione, che evidenzia un considerevole e progressivo aumento dei casi di suicidio, valutato quale vera e propria emergenza. Una visione complementare e integrata di comprensione della Persona aiuta nella considerazione e nel trattamento delle varie e differenti componenti implicate (v. Paradigma BioPsicoSociale e concetto di Salute proposto dall’ O.M.S.).

Morire “dentro”, “degenerarsi” *dentro*, riferendosi specificatamente alla complementarità di interazione del sistema mente-cervello e alla relazione tra le funzioni e i processi mentali e i corrispondenti corporei, considerati in un’ ottica integrata, riguarda anche, tra gli altri, i riscontri di varie forme di Depressione e di Patologie Autoimmuni (v. Autoimmunopatie), oggetto di studio da parte della Psico-Neuro-Immuno-Endocrinologia (e simili recenti).

Ancora una volta si evidenzia quanto *educare* alla *comprensione* e ai processi e alle dinamiche in essa implicate rappresenti un’ emergenza prioritaria, per nulla marginale o sottovalutabile. Noi siamo responsabili della nostra *cultura*, tanto quanto la nostra cultura è responsabile nei nostri confronti.

Se in condizioni di “normalità” relativa possiamo tendenzialmente convergere verso le disinvolute posizioni dell’ “ottimismo irrealistico”, il quale consiste nella tendenza di ogni persona a sottovalutare la probabilità che eventi negativi possano accadere proprio a lei nel futuro rispetto alla probabilità che accadano ad altri (Weinstein, 1980; Markus e Nurius, 1986), invece, in condizioni problematiche, quali, ad esempio, l’ assunzione di uno stato di malattia, le questioni si complicano, articolandosi ulteriormente. Lo stesso “ottimismo irrealistico” è da intendersi una distorsione sistematica di giudizio, interpretata in termini motivazionali e cognitivi: la componente motivazionale considera il bisogno di ridurre l’ ansia del rischio e di mantenere un buon livello di autostima, grazie all’ *illusione* di poter *controllare* gli eventi (Weinstein e Klein, 1996), mentre quella più propriamente cognitiva fa riferimento all’ euristica della disponibilità. Quest’ ultima indica che quando una persona deve formulare la possibilità che accada un determinato tipo di evento in futuro, ciò dipenderà dal numero di esempi di avvenimenti dello stesso tipo, già accaduti in passato.

Qualcosa può accadere. In qualsiasi momento, a mettere in discussione la scontata “certezza” del *gioco* esistenziale. Entro i margini di strategie *autogestite* di “equilibrio”, spesso presunto piuttosto che reale, si è soliti strutturare le scansioni del *vivere*, consolidandole sempre più nelle trame di rassicuranti costruzioni, volte maggiormente ad una loro preservazione e fortificazione “cristallizzata”, piuttosto che ad una disponibilità effettiva al *cambiamento* e ai processi in esso implicati. Se tali aspetti, infatti, possono comportare un “timore” naturale in una “normale” evoluzione di crescita, pur tuttavia, gli stessi rischiano di comprometterne gli esiti, quando negati, deviati e/o nascosti dietro a risoluzioni – fondamentalmente *autodifensive* - di comodo, approssimative o pretestuose che siano. Il “cambiamento”, soprattutto quando questo esprime possibilità percepite come “imprevedibili”, “ignote” e “incontrollabili”, è tendenzialmente inteso quale potenziale “pericolo” nei confronti della propria disponibilità e progettualità esistenziale. Ciò contribuisce, inevitabilmente, a generare e ad alimentare comportamenti funzionalmente disadattivi ai fini di una *crescita* sostanziale propria e relazionale. Di fronte alle possibilità perturbanti di un concreto divenire, come, ad esempio, l’ introdursi ad un *vissuto* di malattia, la semplice presupposizione di potenza, persino la più estrema presunzione di onnipotenza sembrano, in certi casi, vacillare, vanificandosi in comportamenti disregolativi e disfunzionali, che ne evidenziano la strutturale vulnerabilità di fondo. La destabilizzazione è, pertanto, dietro l’ angolo di un presente tendenzialmente già limitato nella prospettiva del suo *divenire*. Stereotipi, pregiudizi e stigmatizzazioni si fanno largo tra le valenze cognitivo-emozionali disponibili.

Persino l’ Identità di ognuno, custodita generalmente in solide “roccaforti” di convinzioni e processi di pensiero – anch’ essa fisiologicamente soggetta ad una progressiva dinamica di cambiamento – rischia di cedere il passo ad alterazioni prospettiche della propria immagine: l’ immagine di *sé* relazionata a sé e al mondo circostante. E. Erikson definisce l’ *identità* quale sentimento soggettivo di coerenza e di continuità personale e culturale [...] che si fonda sulla continuità della propria

esistenza nel tempo e nello spazio e sulla possibilità di percepire che gli altri riconoscono la nostra identità. Un insulto subito dal corpo, si pensi, ad esempio, all' amputazione di un arto per esigenze di opportunità terapeutica, valutate – si auspica – sempre nei termini di rischio/beneficio, produce alterazioni strutturali, di sostanza, nei modi dell' essere e dell' intendere da parte della persona. L' azione agita e/o subita dal *corpo* contribuisce ad una corrispondente reazione della *mente* e viceversa. Qualsiasi possibile limitazione di forma (v., ad esempio, gli effetti collaterali delle varie terapie utilizzate nei processi di cura: farmaci, chirurgia, radioterapia, ecc.) contribuisce a dettare i parametri qualitativi e quantitativi del *cambiamento* in atto; un' alterazione dell' immagine di sé e una minore autonomia di gestione dei propri bisogni possono rappresentare esiti diretti facilmente evidenziabili. Inoltre, la necessità di dover ricorrere a periodi, più o meno brevi, di ospedalizzazione in Strutture specializzate sottolinea il passaggio da una “verticalità” di Salute ad una “orizzontalità” di malattia: naturalmente, attribuisco tali definizioni in base alle condizioni generalmente istituite, in termini di regole e di abitudini, dagli Enti di Cura appartenenti al nostro contesto socio-culturale.

Sin da subito, la diagnosi, “etichettamento” benevolo sia pure inevitabile, definita da un' applicazione degli orientamenti dei protocolli diagnostici e terapeutici in corso, traccia una “antitetica” distinzione di confine tra “normalità” di Salute e “diversità” di Malattia, variando l' intensità di percezione a seconda del tipo di patologia espressa e delle caratteristiche proprie, riferibili alla soggettività di ognuno. Anche la condizione di “cronicità” implica il concetto di co-esistenza, di *convivenza* entro una condizione di *limite* prospetticamente orientato ad un processo di cambiamento, indotto e, in un certo qual modo, “forzato” dalle e nelle specifiche circostanze. La ricerca e l' esperienza insegnano che *sapere* di avere una patologia cronica non significa necessariamente *accettare* di averla: gli esiti derivati da un processo di accettazione passano, infatti, attraverso la delicata e articolata elaborazione di varie fasi e questioni tematiche focali, da parte della persona che vive il *disagio* della malattia. Si pensi al fatto che il processo di accettazione della patologia cronica è stato per certi versi equiparato al processo di elaborazione del lutto, quest' ultimo attentamente indagato da E. Kubler Ross, una pioniera di tale ambito di Studi. Ansia, angoscia, imbarazzo, vergogna, senso di inadeguatezza, senso di “colpa”, scarsa fiducia in se stessi, calo dei valori di autostima, (panico)-paura, rabbia, ostilità, tendenza al pessimismo generalizzato, depressione, tendenza all' auto-isolamento, alcuni tra i *sentimenti* possibili, vissuti nella condizione di cronicità. Comprensibile quanto un tale contesto possa contribuire a determinare una compromissione del *sentimento di efficacia del sé* (self-efficacy), il quale consiste nell' aspettativa che ciascuno ha di essere in grado di affrontare e superare certi compiti. A. Bandura ritiene che ogni persona si impegna a risolvere determinati problemi e si sforza di affrontare certi compiti solo se pensa di poterlo fare con successo; a tale proposito, quanto più la stessa si sentirà *efficace* in un ambito problematico, tanto più si sforzerà di farcela, risultando tenace nel suo impegno. Il processo di accettazione della malattia cronica implica una *fatica* di elaborazione e di gestione per nulla scontata. I rispettivi esiti dipenderanno da diversi fattori, tra i quali, ad esempio, le informazioni

e le conoscenze già in precedenza possedute dalla persona, dalla sua *weltanschauung*, dalle sue relazioni affettive e sociali, dalla sua disponibilità a reagire al cambiamento, dalla sua capacità di attuarlo, unitamente alle proprie caratteristiche di personalità. La percezione di un processo di cronicità, considerato in termini cognitivi ed emotivo-affettivi, denota un' impressione di "pervasività" non facilmente imbrigliabile in definiti e maggiormente rassicuranti parametri di controllo. Per quanto i programmi educazionali, introdotti nei vari aspetti patologici delle cronicità e consigliati alle persone malate, intendano proporsi quale aspetto importante da considerare nel percorso di cura, al fine di determinare un' auto-gestione (self management) appropriata e corretta della specifica malattia, pur tuttavia, le evoluzioni della medesima possono mantenersi entro margini non sempre certi di prevedibilità: il decorso si gestisce tra episodi recidivanti e di remissione. Si badi bene, la "remissione" è cosa diversa dalla "guarigione": la prima esprime una valenza transitoria di "temporaneità", a differenza della seconda, che implica uno stato definitivo, di completa risoluzione. Un fraintendimento dei due concetti è spesso possibile e può favorire l' insorgenza di ulteriori problematiche associate, oltre che ostacolare la realizzazione di un adeguato processo di elaborazione del *vissuto* di malattia.

La componente "degenerativa", associata ad un' evoluzione di patologia cronica, introduce potenzialmente alla *morte*, quale esito di risoluzione. Naturalmente, gli aspetti di degenerazione, in termini quantitativi e qualitativi delle varie fasi riscontrabili, dipenderanno dalla specificità della patologia presente e dalla soggettività di risposta da parte della persona. In tale condizione, la "morte" diventa qualcosa di "concretamente possibile", di "appartenente a sé", assumendo, però, caratteri di "imprevedibilità", nonostante si tenda ad azzardare ipotesi di "temporalità", più o meno presunta (anche questo può esprimere un' esigenza di "controllo", entro fattori di prevedibilità presunta). Come già affermato, tutt' altro approccio è il considerare la "morte", mentre si sta vivendo in piena salute: il concetto sembra quasi "esterno", per i motivi in precedenza esposti, generalizzabile nei termini di una sua "futuribilità", ma, di certo, temporalmente concepito come *non* realizzabile nell' immediato o in un futuro prossimo. Questo può essere sufficiente a placare – momentaneamente - il timore derivato dall' ansia del rischio, consentendo, pertanto, di procedere agevolmente nell' incedere esistenziale.

Capita che, pur vivendo un' evoluzione di cronicità rivolta alla morte, anche in una pausa di remissione, una persona si percepisca "stare e sentirsi bene": ciò non esprime una situazione paradossale e/o disadattiva. Si può essere vicini ad affrontare le fasi del *morire* e al tempo stesso affermare di "sentirsi bene" e vivere intensamente tale convinzione. Non si dimentichi, che nelle fasi avanzate di malattia le concettualizzazioni dicotomiche risultano convivere senza per questo implicare un' eliminazione reciproca. La stessa persona può, talvolta, provare stupore e sorpresa nel constatarlo. Essa è consapevole che "qualcosa", la malattia appunto, sta agendo *dentro* di lei, in modo "silente", "subdolo", "imprevisto". La malattia cronica diviene "parte" della persona: la persona "malata" è una Persona. La coscienza "malata" è e rimane una Coscienza.

Alimentare erronee credenze nettamente dissociative (presenti nel pensare comune), volte a separare, per contrasto, la “persona” dalla “malattia”, significa rischiare di compromettere un’ *educazione* esistenziale coerente, rivolta fondamentalmente alla *Comprensione*: una Comprensione assoluta e totalizzante, inclusiva dell’Essere.

“Dire” la morte nel vivere e “vivere” il morire rappresentano due aspetti essenzialmente distinti e complementari.

Nei Reparti di cura (Chemioterapia, ecc.), per quanto riguarda, ad esempio, le evoluzioni di un vissuto di patologia oncologica, capita che le persone possano e vogliano - anche se spesso con vitale e timoroso pudore - “parlare” di morte, un evento, in quel contesto, ponderatamente presente, temuto, plausibile, ma ancora potenzialmente “eludibile” in un percorso di progettualità costruttiva, volta a perseverare, passo dopo passo, verso esiti di remissione il più possibile duratura. Nonostante tutto, è sempre la vita a pulsare nelle scansioni della paura, della sofferenza interiore e non. Nei Reparti di cure palliative (Hospice), di “morte” sembra se ne parli meno. Più semplicemente, capita che si muoia e basta. I congiunti e gli Operatori della Salute che assistono il *morire* altrui richiedono, anch’essi, ognuno in modo differente, l’impegno e l’attenzione di accurate considerazioni, sulle quali, in questa Sede, non mi soffermerò oltre. E’ doveroso, tuttavia, ricordare che in questi Reparti vengono gestite condizioni di criticità di un certo tipo, che prevedono anche le dimissioni del malato in vita, sempre pronti ad accoglierlo, in base alle disponibilità della Struttura di competenza, in caso di successivi episodi recidivanti. Qui, il *morire* si articola e si definisce, realizzandosi entro la soggettività di ciascuno. La complicità di un Silenzio condiviso tra morente e vivente esprime una pienezza ed un’ intensità di Significati che non possono essere gestiti e tradotti nell’ irrimediabile *limite* delle parole. Il linguaggio non verbale evidenzia una maggiore possibilità ed efficacia di “avvicinamento” tra due persone – il morente e il vivente - essenzialmente e irrimediabilmente distanti l’ uno dall’ altro, sia pure essenzialmente e concretamente vicini, accomunati da un destino che li renderà l’ uno parte dell’ altro, ciascuno a suo modo. Il *limite* tra morente e vivente è insormontabile, nelle forme del *morire* e del *vivere*. Si può assistere, accogliere, ascoltare. Generalmente, al vivente (si pensi, ad esempio, ad un congiunto) da parte di chi sta per morire, non viene chiesto “di più”: egli, infatti, essenzialmente, non sarebbe capace di *comprendere*. E il morente lo sa, semplicemente. Non c’è biasimo, né giudizio, né, per contro, responsabilità di “colpa”, quasi si trattasse di un tacito accordo tra chi sta *comprendendo* autenticamente e chi ancora si accinge a farlo.