

ANGOSCIA DI MORTE E SPIRITUALITÀ: APPUNTI PER UN DIALOGO TRA ANTROPOLOGIA, PSICOTERAPIA E PSICOPATOLOGIA

ABSTRACT

L'articolo indaga il dolore spirituale come componente essenziale ma spesso dimenticata della sofferenza umana, in particolare nelle situazioni di malattia grave o terminale. Attraverso l'ascolto dei pazienti e l'osservazione clinica, l'autore mette in luce come la perdita di senso e di riferimenti valoriali possa intensificare il dolore e compromettere la qualità della vita. La riflessione propone una visione integrata della persona, in cui corpo, psiche e spirito sono parti inscindibili di un'unica esperienza. La spiritualità emerge così come spazio di significazione e risorsa per affrontare la malattia, restituendo all'esistenza una prospettiva di continuità e trascendenza. Il testo invita a riconoscere la dimensione spirituale come elemento necessario nei percorsi terapeutici e nei programmi di cura, ponendo l'accento sull'importanza della relazione empatica e sull'ascolto autentico di chi soffre.

Il dolore spirituale: questo sconosciuto

Oggetto di questo articolo è la complessità del dolore. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci insegna che il dolore è un'esperienza multidimensionale, differenti aspetti possono concorrere a definirne l'intensità, quali quello somatico, psicologico, sociale e spirituale e che di questi aspetti l'ultimo è il più trascurato, soprattutto in ambito riabilitativo. In questo lavoro sosterrò che trascurare la sofferenza spirituale non è una buona idea. Ma c'è da chiedersi cosa fa davvero male: il corpo, la psiche o l'anima? Per rispondere a questa domanda si rifletterà in questo lavoro sul dolore sperimentato da una persona che soffre di una patologia organica grave (tumore) o che si trova in una condizione clinica di terminalità. In oncologia, il dolore è considerato il sintomo più stressante e prevalente, in

particolare nei pazienti in fase avanzata di malattia. Si stima che il 70% dei pazienti oncologici provi un significativo dolore nel corso della malattia, come evidenziato da Kathleen Foley (1987), neurologa americana del Cancer Center di New York, pioniera nell'ambito della terapia del dolore oncologico.

Obbiettivo del lavoro e brevi note antropologiche

In questo articolo ci soffermeremo ad ascoltare ciò che ci giunge da coloro si trovano in condizioni cliniche complesse, se non disperate. È un ascolto che verrà iscritto in una cornice teorica che prevede l'adozione di un modello di mente e di persona compatibile con una visione antropologica che riconosce come tra i bisogni più profondi e veri dell'uomo vi sia quello di trascendenza. Seguendo la lezione antropologica, ogni essere umano possiede il potente desiderio di supporre che il mondo in cui vive abbia una sua logica, un senso che deve essere rivelato e scoperto, ma che per trovare senso alla vita c'è bisogno di un valore assoluto di riferimento (Malo, 2016, 2018). Esiste una tensione fondamentale verso la scoperta di senso della vita, verso l'assoluto, verso Dio (Vial, 2016). Rifiutando di conoscere Dio quale suo principio, l'uomo infrange il debito ordine in rapporto al suo fine ultimo e l'armonia in rapporto a se stesso, agli altri uomini e a tutta la creazione. Così l'uomo si trova diviso in se stesso (*Gaudium et Spes*, n.13) e la lezione antropologica è sintonica con quella psicopatologica, la quale ci insegna che quando l'uomo si trova in uno stato di divisione di sé si trova in uno stato di grave sofferenza psichica. Il meccanismo psichico della scissione è tipico delle forme psicopatologiche gravi (psicosi). Il tentativo di far dialogare queste due visioni dell'uomo, quella psicologica e quella antropologica, troverà in questo testo degli esempi di concreta attuazione, casi clinici che ci permetteranno di fare alcune riflessioni sulla relazione che una persona, nelle condizioni cliniche sopra descritte, ha con la spiritualità e su come non si possa evitare di considerare le questioni spirituali nella costruzione di un programma di cura ritagliato sui bisogni più profondi dei sofferenti.

Gli aspetti spirituali sono parte di un ordine della vita mentale di un essere umano. Il trovare risposte anche a questo dominio della nostra esistenza e agire di conseguenza è la chiave per prevenire patologie psichiche, scrive Vial (2015), sacerdote e psicologo; il contrario, aggiungerei, è causa di grave sofferenza che può esitare anche in richieste di eutanasia o di suicidio assistito. Due esempi fra i tanti presi dalla ricerca sul dolore: un'indagine realizzata dal dipartimento di geriatria della Mount Sinai School of Medicine di New York, coinvolgente un campione di medici nordamericani, riportava che il 47% dei loro pazienti avevano richiesto suicidio assistito o eutanasia perché divenuti incapaci di compensare la perdita di senso della vita (Meier, 1998); un'indagine svolta all'interno di medici italiani di cure palliative (SICP) rivelava che, dei 359 rispondenti, 139 avevano ricevuto richieste di eutanasia e 16 ammettevano di averla praticata almeno una volta (di Mola, 1996). Cecil Saunders (1988) artefice del movimento Hospice, che ha dato un'illuminante descrizione del dolore coniando il termine *total pain*, soleva dire che di fronte ad una richiesta di eutanasia o di suicidio assistito "qualcosa o qualcuno è venuto a mancare" e che questo qualcosa aveva a che fare con questioni inerenti alla spiritualità.

La lezione della *Salvifici doloris*: basta ascoltare chi soffre

Alcuni accenni presi dalla letteratura e dalla mia esperienza clinica. Il reverendo Handzo, consulente per la pastorale sanitaria al Cancer Center di New York, scrive di una madre che mentre assiste il figlio in fase terminale di malattia trova conforto “nel pensiero che Dio compenserà la loro sofferenza terrena”. Anche i famigliari degli ammalati soffrono e non certo fisicamente. Kearney, direttore medico di un hospice di Dublino e Mount, direttore del servizio di cure palliative al Royal Victoria Hospital di Montreal, riportano il caso di un giovane trentenne, che poco prima di morire aveva voluto sposare la sua fidanzata; questo ragazzo definiva l’ultimo anno trascorso come il più significativo della sua vita. Una mia giovane paziente, giunta al sesto mese di psicoterapia e alla metà del suo iter oncologico, a partire dalla malattia (tumore mammario) rivalizzava la relazione con una religiosità che era appassita nella speranza che questa ritrovata vena spirituale le donasse la forza di comprendere sia l’esperienza da lei vissuta in prima persona, come malata oncologica, che quella che dovrebbe vivere qualora si ammalasse una persona a lei cara: “come potrei non impazzire se si ammalasse mio figlio...”.

La questione spirituale viene sempre più riconosciuta come rilevante nell’ambito delle cure palliative. Nell’*Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine* (2000) il già citato capitolo di Kearney e Mount è dedicato al dolore spirituale e a quanto sia necessario considerare le tematiche spirituali nella medicina palliativa. Argomento che trova conferme in lavori clinici apparsi su diverse riviste mediche e infermieristiche, anche tra quelle considerate a elevato *impact factor*. Mi riferisco in particolare al lavoro di Paul Rousseau, medico del RTA Hospice di Phoenix, apparso sul *Journal of Clinical Oncology* nell’anno 2000. Non sorprende, vista l’unità della persona, che la sofferenza del fine vita non sia solo quella fisica e psicologica, ma anche quella spirituale (Vial, 2016). Certo vi è ancora timidezza nel riconoscere l’importanza della sofferenza spirituale. Gli autori del capitolo appena citato iniziano il loro lavoro chiedendosi se ha senso parlare di dolore spirituale in un manuale di psicopatologia per le cure palliative. In termini diagnostici, il dolore spirituale si manifesta attraverso una serie di sintomi psicosomatici e psicologici, condivisi con la depressione (per esempio sentimenti di non speranza, di perdita di valore), ma ha una sua specificità che deve essere riconosciuta. Aspetti peculiari del manifestarsi del dolore spirituale, come l’incapacità di donare senso all’esperienza vissuta, una crisi di fede o lo sviluppo di ideazioni persecutorie che esitano nel terrore di un’eterna dannazione, sconvolgono la qualità di vita, in particolare, quando di questa siamo chiamati ad affrontarne l’ultima fase. Nella *Salvifici Doloris* n. 5, Giovanni Paolo II ci insegna che l’uomo soffre in modi diversi e che il terreno della sofferenza umana è pluridimensionale, è qualcosa di più ampio della malattia. Il Santo Padre, differenziando tra sofferenza fisica e morale, scrive che la sofferenza morale, che è dolore dell’anima, non va identificata con quella psichica, che a sua volta può accompagnare sia la sofferenza morale che quella fisica. Questo punto dell’enciclica che parla del dolore dell’anima si conclude sottolineando che la vastità e la complessità della sofferenza morale non è certamente minore di quella fisica e al tempo stesso essa sembra meno identificata e meno raggiungibile dalla terapia. In una ricerca fatta presso il servizio oncologico dell’ospedale nel quale lavoro, abbiamo chiesto a 87 pazienti in fase avanzata di malattia e in trattamento chemioterapico quanto dolore avessero al momento dell’indagine e cosa li facesse soffrire in quel momento, se stessero provando dolore somatico, sociale o psicologico esistenziale (riuscire a dare senso alla vita che

stai vivendo). Da questa indagine emergeva quanto possono essere significative le dimensioni psicologica e spirituale del dolore, e la necessità di avere opportunità di ricevere sostegno in quest'ambito (Filiberti, 2011).

Accogliendo la lezione della *Salvifici Doloris*, imprescindibile nell'organizzazione di un programma assistenziale per il malato grave è vedere nella malattia un complesso fenomeno biopsicosociale che coinvolge la persona nella sua totalità, quindi anche nella spiritualità. In termini clinico-scientifici quest'ultima affermazione pone problemi di natura metodologica. Intanto, come afferma Yalom (1983), psichiatra della Stanford University, leader della psicoterapia esistenziale, in alcuni domini della vita umana, e la spiritualità è tra questi, la conoscenza, non potendo che essere intuitiva, si pone lontana dal modello biologico e della medicina basata sulle prove di evidenza, ovvero dai modelli che qualificano l'efficacia e l'efficienza di un programma clinico. Inoltre, occorre aggiungere che gli operatori sanitari posseggono un linguaggio condiviso che consente loro di comprendersi quando parlano di dolore somatico, psicologico e sociale. Il terreno del dolore mentale e somatico ci è familiare, ma l'addentrarsi nei domini del dolore spirituale ci lascia spesso impotenti anche da un punto di vista linguistico, perché ci rendiamo conto di quanto sia difficile trovare parole che non siano ostacolo, ma veicolo di comunicazione sia tra operatori che tra operatore e paziente. La spiritualità più che con la conoscenza razionale ha a che fare con l'esperienza. È l'esperienza umana dell'incontro con l'altro che soffre che rivela la forza dei bisogni spirituali e la necessità che questi vengano riconosciuti ed accolti in un programma di cura. Basta ascoltare chi soffre. Alyson Moadel (1999), ricercatrice del dipartimento di epidemiologia dell'Albert Einstein College of Medicine di New York, in un'indagine valutante i bisogni di 248 pazienti oncologici della città di New York, evidenziava che il 51% di loro dichiarava di sentire come impellente il bisogno di essere aiutati a fronteggiare una soverchiante paura, il 41% desiderava ritrovare un senso di speranza, il 43% pace per la loro mente, il 39% di poter avere risposte ai loro quesiti spirituali. Emblematicamente ricordo due studi realizzati con pazienti oncologici di società secolarizzate come quella norvegese (Risberg e Wist, 1996) e svedese (Strang, 2001) che riferivano il lamento dei pazienti e loro famigliari per la mancata attenzione riservata, all'interno del programma di cura, alla dimensione spirituale della sofferenza. Questi programmi clinici deludono pazienti e famiglie, perché si fermano all'evidenza fenomenica di pazienti che possono apparire, e clinicamente sono, depressi e confusi. Cogliere solo questa dimensione della sofferenza è riduttivo e fonte di sconforto per l'ammalato, il quale talvolta tenta di descrivere il suo stato d'animo dicendo frasi come "è che non capisco perché devo vivere questo". A mio avviso, queste parole devono suonare come monito lanciato al terapeuta, *in primis* in quanto persona che, non sentendo la necessità di differire le due sofferenze, rischia di psichiatrizzare un disagio esistenziale vedendone solo le sue componenti medico-psicologiche, non cogliendo ciò che realmente destruttura la mente di chi ha davanti, in quel momento della sua esistenza: l'incapacità di andare al di là di quello che gli appare essere solo un destino crudele. Mai come in queste situazioni umane vale quanto scritto da Trevi (1993), ripreso con parole mie, sulla funzione dello psicoterapeuta e sulla relazione tra empatia e psicoterapia: nulla può fare lo psicoterapeuta se non esperire una profonda umanità per il paziente. Rimando alla lettura dello splendido libro *la Mort Intime* di Marie de Hennezell – di cui esiste una versione italiana, *La morte Amica* – per meglio comprendere il senso di questa ultima frase.

Qualità di vita e Spiritualità: Silvio, Alexia e altri

Esiste una vasta letteratura sulla relazione qualità di vita e spiritualità (Filiberti, 2025). Qui voglio ricordare uno studio realizzato da Feher e Maly (1999) del dipartimento di Medicina della famiglia della UCLA University. Obiettivo di questo studio era quello di esaminare le strategie di adattamento tra donne anziane, over 65, a cui era stato diagnosticato un tumore al seno. La conclusione di questo lavoro era che la fede religiosa ha fornito il supporto emotivo per affrontare il cancro al seno e per dare un senso alla propria vita quotidiana durante l'esperienza di malattia. Una donna parte del gruppo di studio ha affermato: "La spiritualità ti dà la forza e la sicurezza che ce la puoi fare a fronteggiare le cose di ogni giorno". Sono parole di una paziente di 68 anni, che nella loro semplicità e saggezza indicano quanto l'accedere ad una visione spirituale della vita permetta di mantenere un senso coeso di sé davanti a situazioni minaccianti la stessa sopravvivenza. Anzi, una malattia come il cancro, che le indagini psico-epidemiologiche indicano essere un evento potenzialmente traumatico per lo scatenamento di complicanze psicopatologiche, per colui che può e vuole accedere alla propria dimensione spirituale, può divenire fonte da cui trarre forza per arricchire la propria esistenza. Gli esempi da me riferiti sono utilizzazioni "semplici" che forse non sono l'esito di un percorso psicologico individuativo, ma che svelano un bisogno di affidarsi o di riferirsi a qualcuno sentito come una presenza capace di significare gli eventi della vita, in particolare se tragici. Un esempio: una ragazza, colpita da tumore osseo che richiederà un intervento altamente demolitivo (disarticolazione scapolo omerale), mi racconta come le è stata comunicata la diagnosi; il padre la raggiunge in chiesa e lì, in quel luogo sacro, le parla della chirurgia che dovrà subire (Filiberti, 1990).

Il dolore può avere valenza ontologica, essere via per crescere nella coscienza di sé; dolore che diviene così costitutivo della stessa vita umana e segno della sua autenticità. È essenziale alla natura dell'uomo (ci insegna Giovanni Paolo II nella *Salfivici Doloris* n.2). E che la spiritualità possa arricchire la vita attraverso il dolore è esperienza insegnata da molti adulti, come raccontato dai casi clinici citati, così come da una ricca letteratura; ma che questo insegnamento non abbia età è cosa forse meno nota. A tal riguardo, ricordo il lavoro che don Antonio Bellezza-Prinsi (1986) ha scritto in ricordo di Silvio Dissegna, un gigante di 12 anni, gigante per come ha affrontato la malattia (tumore osseo) e il fine vita segnato da dolore, con coraggio e serenità, e il lavoro che don Miguel Monge, medico e cappellano della clinica universitaria di Navarra (1993), ha scritto per ricordare Alexia, una ragazza che morirà poco più che 15enne dopo un percorso clinico oncologico invasivo e inficiante la qualità della vita. Voglio solo ricordare che, in considerazione dell'eroicità con cui Alexia e Silvio hanno affrontato la malattia, è stata aperta una causa di beatificazione.

Queste riflessioni antropologiche, che si fondano su testimonianze di persone che nella malattia hanno ritrovato o mantenuto un attaccamento alla spiritualità, sono sintoniche con quanto viene ipotizzato all'interno della psicologia del profondo. Hillman (1972) sostiene che l'esperienza della morte è auspicabile se vogliamo confrontarci con le parti più oscure e distruttive della nostra psiche, in un lavoro che è sì faticoso e doloroso ma anche rigenerativo, perché ci rende capaci di dare un senso ad eventi che prima erano percepiti solo come dolorosi e persecutori. Druss (1996), uno psicoanalista americano, emblematicamente riferisce di una sua paziente narcisista affetta da linfoma, che a partire dalla esperienza catastrofica della malattia chiede aiuto psicoterapico per non sentirsi

sola nella ricerca di una nuova relazione con sé e con gli altri. Le ferite corporee, dovute alla malattia e alle terapie, e quelle psichiche, conseguenza dell'improvvisa scoperta della fragilità dell'esistere, avevano minato in modo definitivo l'edificio narcisistico della sua personalità e reso inefficaci le antiche certezze dell'io, nonché gli antichi valori, a dare senso e guida alla sua attuale vita. Questa paziente trovandosi nell'impossibilità di vivere e pensare come aveva sempre vissuto e pensato, colmava questa perdita trovando all'interno di una relazione con l'altro (in questo caso uno psicoterapeuta) altri modi di pensiero e altri valori non più orientati all'estetica, ma capaci di lastricare vie significanti nell'esperienza vissuta. Per questa donna era divenuto rilevante, più che guardare nell'armadio all'affannosa ricerca di quale vestito indossare, volgere lo sguardo verso l'armadio interno (la mente - l'anima) per vedere se questo era fornito di vestiti (valori) che permettessero di mantenere viva non la capacità di apparire e sedurre, ma quella di pensare e significare ciò che stava sperando.

È una via, quella della spiritualità, che molti ammalati imparano a percorrere attraverso il loro personale calvario; per queste persone il dolore vissuto diviene via maestra per arricchire in senso spirituale e psicologico la loro vita. Una mia paziente di 36 anni, Emma, che chiede aiuto durante il trattamento chemioterapico post-mastectomia, raccontava di come pensasse al vuoto, di come se ne sentisse sedotta e di come si sentisse, in quei momenti, un esempio di unicità solitaria, perché mentre anelava al nulla (suicidio per defenestrazione) non aveva più memoria né cognitiva né affettiva neanche della persona a lei più cara, il figlio. Era una paziente che fantasticava di liberarsi dal dolore di vivere una vita non più percepita come degna di essere vissuta, lanciandosi dalla finestra della propria abitazione (Filiberti, 2002). Perseguitata da forti istanze super egoiche, solo grazie alla sofferenza che l'affligge, percepita come un prezzo che allenta la morsa della colpa, questa donna trovava la forza per chiedere un aiuto psicologico, che prima di ammalarsi desiderava ma che, al contempo, riteneva di non meritare. Una concretizzazione delle sue fantasie super-egoiche era il non poter entrare in una chiesa, perché si sentiva osservata in modo severo e persecutorio dalle figure raffiguranti personaggi sacri, vissute come presenze inquietanti e condannanti. Attraverso un percorso psicoterapico, durato circa tre anni, durante il quale è stato possibile rivisitare la sua esistenza in un tentativo di dare senso ad antichi (violenze fisiche e sessuali subite) e attuali traumi (il tumore), questa donna riprendeva la possibilità di aprirsi in modo sereno anche ai temi spirituali, cosa che concretamente era provata dal poter tornare a frequentare quei luoghi (le chiese) che non le apparivano più come scuri e persecutori, ma accoglienti e stimolanti un dialogo introspettivo (vita interiore) con l'esperienza di dolore che stava vivendo. La nuova relazione con gli aspetti intrinseci ed estrinseci della religiosità consentiva a questa paziente di integrare nella propria biografia gli eventi tragici vissuti, attuali e passati. La malattia, come nella testimonianza clinica prima ricordata, si rivelava una possibilità di cambiamento, dopo essere stata vissuta come un'ulteriore catastrofe paralizzante una già difficile vita affettiva.

La spiritualità e l'altro: sul valore della relazione

L'accedere alla spiritualità si pone come via opportuna per poter integrare nella propria biografia, eventi destrutturanti la mente, non integrabili nel sé; eventi al di là della pensabilità. Ma anche la spiritualità si configura come una questione relazionale e quindi richiedente la presenza dell'altro. Giovanni Paolo II, nella *Evangelium Vitae*

n.67, ricorda che proprio perché l'uomo nel confronto estremo con la morte può essere tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi ad annientarsi in essa, necessita della presenza di un altro che lo sostenga e non lo lasci solo nella prova suprema della sua esistenza. Freud (1914) afferma che colui che soffre di una patologia organica grave cerca rifugio psichico rannicchiandosi in uno stato narcisistico. Ma a differenza di Freud, Giovanni Paolo II non si limita a descrivere il ripiegamento su di sé; offre infatti anche una speranza e ci insegna che nella disperazione è viva una richiesta di aiuto, di compagnia e sostegno per continuare a sperare nella prova, prova che, come ci ricorda il Concilio Vaticano II, è grande perché in faccia alla morte l'enigma della condizione umana diventa sommo (*Gaudium et Spes*, n.18). Giovanni Paolo II (*Salvifici Doloris* n. 24 e 26) insegna al sofferente a volgere lo sguardo verso Gesù crocifisso e risorto, nella speranza di cogliere la verità sul carattere creativo del dolore, anche di quello più estremo; questo sguardo permetterebbe all'uomo non solo di scoprire il senso salvifico della sofferenza ma anche di trovare nella sofferenza il senso di tutta la propria vita e vocazione personale. Esiziale, però, è il non lasciare soli, abbandonati a se stesse le persone in questa fase tragica ma vitale della loro esistenza. Un esempio illustre rivela quanto il dolore e la disperazione innescati dal prendere coscienza della caducità della vita necessitino di una presenza significativa in relazione alla volontà di fare un cammino spirituale e di come sia possibile scoprire il senso e la vocazione personale della propria esistenza. Mitterand, ormai morente, rivelava di aver sentito il bisogno di un incontro significativo (nel suo caso l'altro fu Jean Guitton, filosofo cattolico), che lo accompagnasse a superare il senso di assurdità della vita che lo affliggeva. Non si conosce realmente cosa accadde tra i due: Guitton non lo ha mai rivelato, ma al tramonto della sua esistenza, Mitterand scriveva, nella Prefazione al bel libro di Marie de Hennezel, *La mort intime* (1995), che la morte gli appariva come una possibilità per divenire ciò che era destinato a diventare; la morte descritta da un morente come possibile compimento di sé. Marie de Hennezel, che ha lavorato come psicologa clinica nell'unità di cure palliative nell'ospedale universitario di Parigi, nel libro appena ricordato, descrive i miracoli: la psicologa francese usa questo termine, riferendosi all'intensità della relazione che aveva con persone da lei assistite mentre si avvicinavano alla morte. Le testimonianze ricordate nella *La mort intime* ci insegnano quanto l'uomo in ogni fase del suo ciclo di vita sia orientato a ricercare l'altro e quanto siano vere le parole di Giovanni Paolo II ricordate all'inizio di questa sezione. Il bisogno dell'altro è un'eredità filogenetica, eredità che ci ha dotato di sistemi motivazionali che ci stimolano a instaurare relazioni di attaccamento in ogni fase della nostra vita; è un bisogno che diventa ancor più drammaticamente vero nell'ultima fase dalla nostra esistenza.

Spiritualità e rabbia: la paziente che non voleva curarsi e Sant'Agostino

Ma non sempre la spiritualità è luogo di conforto; talvolta la rabbia e l'angoscia per il dolore fisico e mentale provato possono spingere a sfidare i propri contenuti di fede, che vengono così a perdere la funzione di facilitatori di coping, di promotori del funzionamento simbolico e di regolatori delle tensioni interne. Il lavoro psicoterapico con pazienti gravi in senso somatico diviene un privilegiato vertice di osservazione per riflettere su come la relazione con la dimensione spirituale della mente possa essere inquinata dalle nostre ferite psichiche e su quanto questo "inquinamento" ci renda incapaci di affrontare e significare eventi che richiedono l'attivazione di elevate capacità di coping.

Una mia paziente, ospedalizzata in un importante istituto oncologico, riferiva frequenti minacce di suicidio e di rifiuto dei trattamenti, dopo la comunicazione della diagnosi di carcinoma mammario. Per questa donna, poco più che quarantenne, che nel passato si era impegnata in attività di elevato significato sociale (assistenza agli infermi) e che ispirava la sua vita a norme religiose (religiosità esplicita), la malattia si configurava come una punizione non meritata, che portava con sé un momentaneo abbandono dei valori e degli ideali fondanti fin lì la sua esistenza. L'ideazione suicidale, che prima della malattia era fantasia ascritta al male, si trasfigurava in una forma di rivalsa e vendetta per il "tradimento" subito. Prigioniera di una rabbia rivendicativa che la incistava in un narcisismo maligno e distruttivo, questa donna sintetizzava il suo dolore e il suo smarrimento coltivando un'ideazione che ella stessa percepiva come una sfida carica di aggressività diretta verso Colui che avrebbe dovuto proteggerla. Il lavoro psicoterapico, si focalizzava anche sulla relazione aggressiva con la spiritualità e come tale si orientava a depurarne l'uso dalle ansie persecutorie e rivendicative in essa proiettate. Già durante il lavoro clinico, richiedente un numero limitato di incontri, la paziente superava le sue intenzioni suicide, diveniva collaborante con gli oncologi e, una volta dimessa, riprendeva il cammino spirituale interrotto verso quella che per noi cattolici è la verità con l'aiuto di un sacerdote, avvalendosi anche di una consulenza psichiatrica per gestire l'ansia che comunque permaneva. Ecco un esempio di integrazione e non confusione tra lavoro clinico e assistenza spirituale. Chi lavora con persone che devono far fronte a una malattia che rende l'uomo consapevole della sua mortalità, sa che il dolore per la perdita della propria vita o di quella di una persona cara può generare un grande senso di ribellione e rabbia (Kubler Ross, 1970), che talvolta si estende ai valori più profondi ispiranti l'esistenza. Ed ancora le riflessioni psicologiche e quelle antropologiche si incontrano. Nel libro IV delle Confessioni, Agostino rivela che il lutto per la perdita di un amico l'aveva lasciato preda di un'inconsolabile angoscia di solitudine e di rabbioso disgusto per tutto ciò che prima era stato con lui condiviso. Questa confessione, che testimonia la profonda umanità del turbamento anche astioso legato al mistero della morte, indica quanto la disperazione possa indurci a "colorare", come nella paziente da me ricordata, i nostri aneliti spirituali con le ferite legate alle vicende personali, così che essi non giungano ad offrire quel conforto che in loro auspichiamo trovare. Agostino scriveva che nemmeno il riferirsi a Dio placava l'angoscia della sua anima. Tornando alla *Gaudium et Spes*, se non riesce a superare questa rabbia verso Colui che è garante del valore assoluto di riferimento, l'uomo rimane diviso in se stesso e prigioniero di questo tormentoso enigma che è la sofferenza umana. Uno degli obiettivi più alti del lavoro psicosociale con il malato gravissimo, in sintonia con un percorso di assistenza spirituale, è quello di ricondurre questo senso di disperazione a livelli più pensabili e significabili per la mente; cosa che talvolta è possibile, come testimoniano, al di là dei casi clinici da me ricordati, autori che hanno accumulato una lunga esperienza di lavoro psicoterapico o più in generale clinico psicosociale con questo tipo di sofferenza.

Nota conclusiva

La ricerca di senso è una via difficile da percorrere, ma non provare a percorrerla ha conseguenze tragiche. Lucio Pinkus (2002), psicologo e monaco, ci ricorda che, poiché la spiritualità inerisce a ciò che di più profondo vi è in noi, ne consegue che il dolore spirituale lascia un senso di alienazione in ciò che sentiamo più vero in noi stessi. Il

disconoscere quest'ultima problematica può significare per la persona che soffre sentirsi abbandonato in una condizione di sofferenza che può provocare dubbi e conflitti sulla propria visione del mondo, che diventano tanto più laceranti proprio perché coinvolgenti la fede religiosa, in quanto la portano a percepire il dolore vissuto solo come un segno di un destino assurdamente crudele e beffardo.

Vorrei concludere questo lavoro ricordando le parole di una giovane donna morente per tumore: "così come molti sono nati prima di me, molti moriranno dopo di me..." (Norton, 1965). Questa era una paziente, poco più che trentenne, per la quale era stato richiesto un intervento di *liaison* a causa di un profondo stato depressivo stigmatizzato da manifesti pensieri suicidi descritti, da lei stessa, come liberatori della sofferenza psichica e fisica dovuta alla progressione di malattia, progressione che tra gli altri impedimenti causava momentanei episodi di cecità. Queste parole suggeriscono che, anche davanti all'evento più estremo, la persona umana può giungere a percepire un senso di universalità e trascendenza. Il sentirsi parte di una storia che si attualizza anche attraverso noi e che continua al di là di noi, aiuta colui che soffre a trovare la forza di rendere pensabile a sé ed agli altri l'esperienza che sta vivendo, perché sente che la propria esistenza è parte di una appartenenza universale che lega la singola biografia alla storia umana. Questo senso di universalità porta a una concezione unificatrice della vita, alla comprensione della finalità e del significato dell'esistenza, che permette di raggiungere un senso di armonia nell'esperienza che stiamo vivendo, anche la più difficile e tragica, come i casi ricordati in questo lavoro testimoniano. Aiutare a sentirsi parte di una vicenda cosmica, che è poi il senso di appartenere alla storia umana, aiuta a trovare risposta alle domande ultime ricordate all'inizio di questo lavoro. Il non trovare una risposta alla domanda ultima sul senso del morire e del soffrire lascia l'uomo schiavo dell'angoscia, costringendolo in una claustrofobica disperazione della quale Borgna (2002) ci offre una descrizione magistrale ricorrendo ai *Dialogues des Carmelitès* di Georges Bernanos. Lo scrittore fa dire alla priora morente, assistita da una consorella: "sono sola madre, assolutamente sola senza alcuna consolazione... Dio stesso si è fatto un'ombra... Ho meditato sulla morte ogni giorno della mia vita e questo non mi serve a nulla... L'angoscia aderisce alla mia pelle come una maschera di cera...".

BIBLIOGRAFIA

- Agostino (2021). *Confessioni, Libro IV*, a cura di Pier Paolo Ottonello e Pietro Suozzo. Milano: Ares editore.
- Bellezza-Prinsi, A. (1986). *Silvio, ovvero morire di cancro a 12 anni (1967-1979)*. Chieri: Tip. Bigliardi.
- Borgna, E. (2002). L'angoscia della morte. In L. Pinkus e A. Filiberti (Eds.), *La qualità della morte*. Milano: Franco Angeli.
- Concilio Vaticano II (1965). *Gaudium et spes*. Disponibile da: https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_it.html (u. a. 15/10/2025).
- de Hennezel, M. (1995). *La mort intime*. Paris: Editions Robert Laffont.
- Di Mola, G., Borsellino, P., Brunelli, C., et al. (1996) Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. *Annals of Oncology*, 7, 907-911.
- Druss, R. (1996). Psychotherapy of a patient with a serious intercurrent medical illness (cancer). *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 459-472.
- Feher, S. e Maly, R. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Filiberti, A. et al. (1990) Argomenti di psico-oncologia: la risposta psicosociale alla amputazione degli arti. *Rivista Italiana di Psico-Oncologia*, 3, 21-31.
- Filiberti, A. (2002). Quando il nulla seduce. Il desiderio di morte nell'imminenza della morte. In L. Pinkus e A. Filiberti (Eds.), *La qualità della morte*. Milano: Franco Angeli.
- Filiberti, A. et al. (2011). La complessità dell'esperienza dolorosa. Indagine in un campione di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia. *Rivista Italiana Cure Palliative*, 1, 8-16.
- Filiberti, A. e Rossi, E. (2025). Qualità di vita, coping e spiritualità in oncologia. *Spiritualità e Qualità di vita*, 19, 19-37.
- Foley, K. M. e Intrussi, C. E. (1987). Analgesic drug therapy in cancer pain: principles and practice. In R. Payne e K. M. Foley (Eds.) *Cancer Pain*. Philadelphia: W.B. Saunders, pp. 207-232.
- Frankl, V. E. (2022 [1946]). *Sul senso della vita*. Milano: Oscar Spiritualità.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Giovanni Paolo II (2004). *Dolentium Hominum*, n. 55, anno XX.
- Giovanni Paolo II (1984). *Salvifici Doloris*. Disponibile da: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/apost_letters/1984/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris.html (u. a. 16/10/2025).

- Handzo, G. (1987). Psychological stress on clergy. In J. Holland, J. Rowland (Eds.), *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, pp. 683-688.
- Hillman, J. (1972). *Il suicidio e l'anima*. Roma: Astrolabio.
- Kearney, M. e Mount, B. (2000). Spiritual care of the dying patient. In: H. Chochinow e W. Breitbart (Eds.), *Handbook of Psychiatry in Palliative Care*. New York: Oxford University Press, pp. 357-373.
- Kubler Ross, E. (1970). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
- Malo, A. (2013). *Uscire dall'io. Intenzione paradossa, deflessione, alterità*. Relazione presentata alla Giornata di studio: Il pensiero metafisico - antropologico nell'orizzonte della filosofia contemporanea. Roma, PUSC, 10 aprile 2013.
- Malo, A. (2016). Perdono e conversione. La trasformazione delle persone nelle loro relazioni. *Forum*, 2, 21-33.
- Malo, A. (2018). *Antropologia del perdono*. Roma: EDUSC.
- Meier, D., Emmons, C., Wallerstein, S. et al. (1998). A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States, *New England Journal of Medicine*, 338, 1193-1201.
- Moadel, A. et al. (1999). Seeking meaning and hope, self-reported spiritual and existential needs among an ethnically diverse cancer population. *Psychooncology*, 8, 378-385.
- Monge, M. (1993). *Alexia (1971-1989)*. Milano: Ares Edizioni.
- Norton, J. (1965). Treatment of a dying patient. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 541-560.
- Pinkus, L. (2002). L'accompagnamento spirituale di chi muore. In: L. Pinkus e A. Filiberti (Eds.), *La qualità della morte*. Milano: Franco Angeli.
- Risberg, T. e Wist, E. (1996). Spiritual healing among Norwegian hospitalized cancer patients and patients religious needs and preferences of pastoral services. *European Journal of Cancer*, 32, 274-281.
- Rousseau, P. (2000). Spirituality and the dying patient, *Journal of Clinical Oncology*, 18, 200-202.
- Saunders, S. (1988). Spiritual pain. *Journal of Palliative Care*, 4, 29-34.
- Strang, S., Strang, P. e Ternstedt, B. (2001). Existential support in brain tumour patients and their spouses. *Support Care Cancer*, 9, 625-653.
- Trevi, M. (1993). *Il lavoro psicoterapeutico*. Napoli: Theoria.
- Vial, W. (2015). *Psicologia e vita cristiana*. Roma: Edizioni PUSC.
- Vial, W. (2016). Le dinamiche spirituali della conversione: tra consapevolezza e grazia. *Forum*, 2, 35-45.
- Yalom, Y. (1983). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

