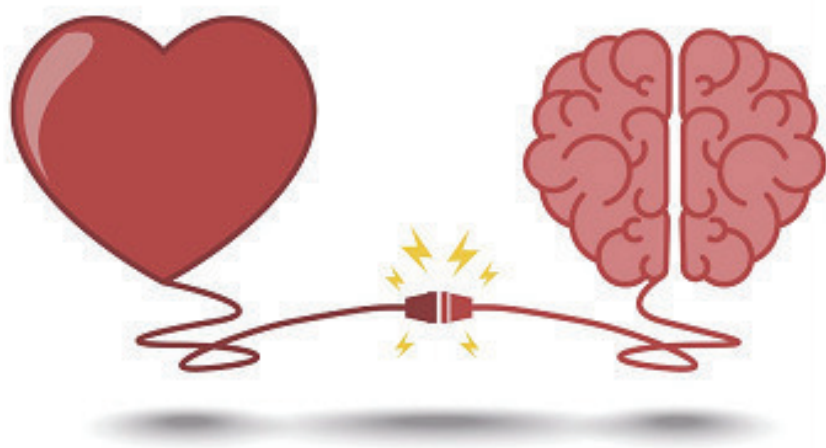


Francisco Insa



LA FORMAZIONE DELL'AFFETTIVITÀ

Una prospettiva cristiana



COLLANA SAGGISTICA

126

Francisco Insa

La formazione dell'affettività

Una prospettiva cristiana



LA FORMAZIONE DELL'AFFETTIVITÀ – *Francisco Insa*

© **Fede & Cultura**

ISBN: 978-88-6409-978-1

eBook ISBN: 978-88-6409-979-8

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati. I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. L'Editore resta a disposizione degli eventuali aventi diritto non rintracciati.

Fede & Cultura

Via Marconi, 58c-60a

37122 Verona (Italy)

Tel. 045-941851

www.fedecultura.com

e.mail: ordini@fedecultura.com

Prima edizione: gennaio 2022

QUANDO LA FINE È VICINA

1. *On Death and Dying*

Come affrontate la notizia che è giunto il momento? Qual è il modo migliore per comunicare la diagnosi di una malattia mortale? Come aiutate i familiari a superare il dolore per la perdita di una persona cara?

La psichiatra Elisabeth Kübler-Ross (Zurigo 1926 – Arizona 2004) è nota per la sua descrizione delle *fasi del lutto*, cioè del processo psicologico di assimilazione della notizia che la fine è vicina. Il suo interesse iniziò da studentessa quando, dopo la Seconda Guerra Mondiale, visitò il campo di sterminio di Majdanek in Polonia e fu sorpresa dalle centinaia di immagini di farfalle incise sulle pareti dei padiglioni. Questo animale sarebbe diventato il simbolo della sua concezione della morte: per lei sarebbe stato il passaggio a un'altra forma di vita superiore.

Nel 1958 si trasferì a New York e, sebbene fosse incline a fare la pediatra, iniziò a specializzarsi in psichiatria. Negli anni successivi fu stata spesso chiamata a occuparsi di persone in fin di vita che mostravano sintomi depressivi. Combinando un grande senso di umanità con le sue conoscenze scientifiche, li ha ascoltati per ore e li ha accompagnati con parole e silenzi fino a una morte serena. Dopo aver seguito al loro capezzale circa 200 pazienti durante tutto il processo (nel corso della sua carriera ne avrebbe accompagnati migliaia) ha scritto la sua opera più famosa: *On Death and Dying* (1969), tradotta in italiano come *La morte e il morire*¹⁴².

In questo libro ha descritto cinque fasi che i suoi pazienti percorrevano da quando veniva loro comunicata la diagnosi fatale: ri-

¹⁴² E. KÜBLER-ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1984.

fiuto e isolamento, collera, venire a patti, depressione e accettazione. Non si tratta, diceva, di un processo rigidamente lineare, ma di fasi che possono sovrapporsi, susseguirsi in ordine diverso e avere una durata variabile a seconda della personalità e delle circostanze personali del paziente: una persona irritabile sperimenterà più intensamente la fase della rabbia, un “combattente nato” tenderà a negoziare il più possibile, un pessimista cadrà più facilmente nella depressione, e così via. In alcuni pazienti tutte queste fasi possono non essere evidenti.

Kübler-Ross si rese presto conto che le sue fasi erano valide anche per i parenti dei malati e, più in generale, per l'accettazione di altre notizie negative. La sua considerazione può aiutarci a capire la sofferenza del soggetto che sta attraversando una fase di lutto e darci gli strumenti per aiutarlo.

2. Prima fase: rifiuto e isolamento

“No, non io, non può essere vero”.

La prima reazione del paziente alla notizia fatale è quella di comportarsi come se la questione non avesse nulla a che fare con lui, dando per scontato un errore diagnostico, che i risultati dei test clinici corrispondano a qualcun altro, eccetera. Di conseguenza, continua a comportarsi come se non fosse successo nulla mentre chiede la ripetizione dei test o chiede un secondo parere. Ma questa fase ha la sua funzione: fa guadagnare tempo mentre la notizia viene “digerita”.

Secondo la psichiatra svizzero-americana,

il rifiuto ansioso che segue la presentazione di una diagnosi è più tipico del paziente che viene informato prematuramente o all'improvviso da qualcuno che non conosce bene il malato o che lo fa in fretta perché gli pesa farlo, senza prendere in considerazione se il malato è pronto o no a sentirselo dire¹⁴³.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 51.

Qui abbiamo trovato un primo indizio per aiutare a morire bene. La notizia deve essere comunicata dalla persona giusta al momento giusto. Chi di noi ha lavorato in ospedale ha spesso visto questo dilemma: il medico comunica la diagnosi ai familiari e questi discutono tra loro su chi sia il più adatto a trasmetterla al paziente. Non è raro che tocchi al medico stesso (dopo tutto, fa parte dei suoi doveri professionali) o il cappellano che ha iniziato a prendersi cura di lui. Senza escludere che in alcuni casi queste possibilità possano essere legittime, l'ideale è che sia il parente con cui il malato ha più confidenza, qualcuno che goda allo stesso tempo di un certo ascendente morale e di una stretta relazione affettiva. In presenza di un conoscente sarà anche più facile per il malato lasciar fluire i suoi sentimenti e cercare conforto: piangere, abbracciarlo, eccetera.

Anche se è sempre meno frequente, ci sono comunque situazioni in cui si cerca di ritardare la notizia il più a lungo possibile con la scusa – o con la giusta intenzione – di risparmiare al malato un po' di sofferenza. A volte, però, si cerca anche di risparmiare quella sofferenza a se stessi. Dobbiamo prima di tutto ricordare che il malato ha il diritto – legalmente riconosciuto – di conoscere il suo stato di salute e i risultati dei test diagnostici che gli sono stati effettuati. Il fatto che per ragioni umanitarie vengano comunicati prima ai parenti stretti non può portare all'abuso di nasconderli all'interessato.

D'altra parte, il paziente di solito intuisce facilmente che qualcosa non va nella sua evoluzione e comincia a sospettare. La successione di esami e ricoveri, la comunicazione che “il risultato è inconcludente” o che deve essere effettuato un test più invasivo, la lettura del foglietto illustrativo del farmaco che gli viene prescritto o una semplice ricerca su Wikipedia gli faranno sospettare che perlomeno si sta considerando una diagnosi seria.

Un eccessivo ritardo può portare a perniciosi *patti di silenzio*, in cui il malato e i parenti “sanno che l'altro sa” ma non osano parlare di ciò che li preoccupa veramente, il che fa soffrire tutti e due per

non voler far soffrire l'altro. Di conseguenza smettono di sostenersi a vicenda e di condividere ciò che hanno bisogno di esprimere.

La dottoressa Kübler-Ross, invece, ritiene che sia meglio parlare molto prima.

Noi siamo spesso accusati di parlare della morte con pazienti molto malati quando il dottore sente, e giustamente, che non sono prossimi alla morte. Preferisco parlare della morte e del morire con i malati molto prima che la cosa stia realmente avvenendo, se il malato dimostra di desiderarlo. Un individuo più sano e più forte può affrontarla meglio ed è meno spaventato dal sopraggiungere della morte quando ne è ancora “lontano mille miglia”, di quando ce l'ha “proprio davanti alla porta”, come giustamente disse uno dei nostri malati. Anche per la famiglia è più facile discutere questi argomenti in tempi di relativa salute e benessere, e trovare una sistemazione per i figli e gli altri, mentre il capofamiglia è ancora nella capacità di adempiere alle sue funzioni. Rimandare tali conversazioni spesso non va a beneficio del malato, ma serve ai nostri meccanismi di difesa¹⁴⁴.

L'ultima frase ci dà un indizio del motivo della mancanza di comunicazione. Parlare di morte è scomodo per tutti perché *risveglia molti fantasmi*, costringe ad affrontare la realtà della propria morte. Forse questo è più frequente nella nostra attuale società secolarizzata di quanto non lo fosse mezzo secolo fa, quando fu scritto il libro su cui ci stiamo basando. Non è che la morte in generale non sia presente oggi: basta leggere la cronaca dei giornali. Il problema è affrontare la possibilità della *propria morte*.

Torniamo ancora una volta ai classici della letteratura, in questo caso a Tolstoj, per illustrare questa idea:

Quell'esempio di sillogismo che aveva studiato nel manuale di logica del Kiesewetter, “Caio è un uomo, gli uomini sono mortali, perciò Caio è mortale”, gli era sembrato, per tutta la vita, valido solo in rapporto a Caio, e in alcun modo in rapporto a se stesso. Una cosa

¹⁴⁴ *Ibid.*, pp. 51-52.

era l'uomo-Caio, l'uomo in generale, e in questo caso il sillogismo andava benissimo; ma lui non era né Caio né l'uomo in generale, ma era sempre stato un essere molto, molto particolare, molto diverso da tutti gli altri esseri [...]. Aveva mai sentito Caio l'odore del pallone di cuoio che al piccolo Vanja piaceva così tanto? Aveva mai baciato la mano alla mamma, Caio, e avevano mai frusciato così dolcemente, per Caio, le pieghe della seta del vestito della mamma? Aveva mai litigato, Caio, per le frittelle, all'istituto di giurisprudenza? E Caio, era mai stato innamorato? E sapeva, Caio, presiedere un'udienza in tribunale? Certo che Caio è mortale, lui è giusto che muoia, ma io, piccolo Vanja, io, Ivan Il'ič, con tutte i miei sentimenti, i miei pensieri, io sono un'altra cosa. Non è possibile che mi tocchi morire. Sarebbe troppo orribile¹⁴⁵.

Ciò non significa mettere il malato improvvisamente di fronte alla sua situazione o insistere per rompere la difesa della sua negazione. Spesso la cosa migliore è andare lentamente, accennando alle notizie, facendo domande aperte e rimanendo attenti a ciò che la persona interessata vuole sentire ed è pronta ad accettare. Il modo migliore per scoprirlo saranno non soltanto le domande, ma soprattutto i gesti e il suo atteggiamento generale. Nel frattempo, sarà necessario lasciare aperta la possibilità che egli continui a porre domande, può essere opportuno mantenere viva la fiamma della speranza e – per quanto ragionevole – chiedere altre prove o opinioni.

In ogni caso, bisogna sempre tenere presente il bene del malato, non il proprio. Questo bene include dargli il tempo di prepararsi in tutte le dimensioni: lavorativa, familiare (congedarsi, riconciliarsi, fare testamento, eccetera) e anche spirituale. Ovviamente sarà tanto più facile per lui affrontare questi problemi quanto migliore sarà la sua salute.

¹⁴⁵ L. TOLSTOJ, *La morte di Ivan Il'ič*, VI.

3. Seconda fase: la collera

“Perché io?”. “Perché non poteva essere il vecchio George?”. “Non è giusto”.

La realtà è implacabile e il muro costruito nella fase precedente finisce per crollare. Il paziente terminale si rende conto che la sua situazione è davvero grave e dà la colpa alla famiglia, al medico, al sistema sanitario, alla società, e via incolpando. Non hanno prestato sufficiente attenzione alle prime mie lamentele, non sono stati diligenti nell'iniziare gli esami diagnostici, non hanno provveduto al trattamento giusto... Una volta ho trovato la foto di una tomba il cui epitaffio mostrava chiaramente che il povero defunto era stato sorpreso in questa fase: “Vi l'avevo detto che ero malato”.

A volte la rabbia si manifesta in modo più vago, come un risentimento verso chi è sano, che può reagire di sorpresa: “Che colpa ne ho se sono sano?”.

Secondo Kübler-Ross, in questa fase

forse la tragedia è che noi non pensiamo alle ragioni della ribellione del malato e ce la prendiamo personalmente, mentre in origine essa ha nulla o poco a che fare con la gente che ne diviene il bersaglio. Quando il personale e i familiari reagiscono personalmente a questa collera, rispondono comunque con rabbia ancora maggiore da parte loro, giustificandola solo con il comportamento ostile del malato¹⁴⁶.

In effetti, il peggio che può accadere è entrare in una “escalation simmetrica di violenza” che finisce per allontanare le persone proprio nel momento in cui hanno più bisogno gli uni degli altri.

In fondo, il malato non è veramente arrabbiato con nessuna di queste persone, anche se le sue argomentazioni possono suggerirlo. Il paziente si ribella alla *situazione* e accusa tutto ciò che lo circonda come un cinghiale ferito. Per questo motivo di solito è preferibile non giustificarsi e non ragionare sull'erroneità delle accuse (il che

¹⁴⁶ E. KÜBLER-ROSS, op. cit., pp. 65-66.

non implica ammettere che lui abbia ragione). È tempo di ascoltare, di “fare da spugna” all’angoscia dell’altro (il che implica che i familiari abbiano un posto per “scaricare” ciò che hanno assorbito). Può essere opportuno ridurre la durata delle visite o diradarle, soprattutto se si tratta di persone che suscitano l’aggressività del paziente.

Soprattutto, è fondamentale mostrare empatia. Com’è diverso dire con tono accusatorio: “Non hai ragione, sei ingiusto”, piuttosto che affermare: “Vedo che stai passando un brutto momento; questa situazione deve essere molto dolorosa per te”. Sono modi per dimostrargli che è rispettato, curato, amato, che i suoi sentimenti sono accettati senza biasimarlo per il fatto di averli.

In questa fase in cui il paziente è emotivamente sopraffatto dalla malattia, lo aiuta sentirsi coinvolto nelle decisioni: gli darà una minima sensazione di controllo. Per esempio, è utile concordare i tempi e la durata delle visite di conoscenti o medici. Anche se non è direttamente correlato, credo che sia applicabile un’esperienza comune nella medicina palliativa con l’uso di analgesici: se invece di prescrivere una dose fissa al paziente gli viene detto di regolare la dose da solo in base all’intensità del dolore, di solito il malato finisce per consumare meno farmaci. Sembra che la sensazione di controllo diminuisca o renda più sopportabile il dolore fisico e la sofferenza psicologica.

La rabbia può anche essere diretta contro Dio: “Come ha potuto permettere questa malattia che non solo mi colpisce, ma che lascia la mia famiglia indifesa?”. Il credente vede messa alla prova la solidità delle sue convinzioni: probabilmente ha sentito molte volte dire che Dio è buono, Padre provvidente, che “tutto concorre al bene di coloro che amano Dio” (*Rm* 8,28)... ma forse non l’ha interiorizzato completamente e quindi si ribella. In questi casi non si tratta di cercare di “difendere Dio” o di ripetere sempre “i soliti argomenti”, cosa che il soggetto potrebbe interpretare come ricette precotte che hanno già dimostrato la loro inefficacia.

Una persona gravemente malata spesso non è in grado di fare grandi ragionamenti... il che magari non è necessario: lasciamolo

andare in Paradiso – che è la cosa importante – con i suoi errori e lì si renderà conto di quanto siano sbagliati i suoi giudizi. Saranno più efficaci gli argomenti positivi che arrivino alla sua testa e al suo cuore: “Nonostante tutto, Dio è tuo Padre e ti ama”, “Lui sa di più, perché ha la prospettiva dell’eternità; noi viviamo troppo condizionati dal momento presente”. Torneremo su queste idee nell’ultima sezione del capitolo.

4. Terza fase: venire a patti

“Lasciatemi vivere per vedere i miei figli diplomarsi”. “Farò qualsiasi cosa per un altro paio d’anni”.

Questa è una reazione simile a quella di un bambino che prima esige e poi chiede per favore promettendo un cambiamento di comportamento. Il malato cerca di negoziare con il medico (donare il proprio corpo, acquisire finalmente abitudini di vita sane, smettere di fumare) o più frequentemente con Dio (andare a Messa ogni domenica, pregare, stare lontano dal peccato...). In cambio, chiede un po’ di vita in più o almeno una diminuzione del dolore o della disabilità.

Kübler-Ross dice che “siamo stati impressionati dal numero di malati che promettono ‘una vita dedicata a Dio’ o ‘una vita al servizio della Chiesa’ in cambio di un po’ di tempo in più da vivere”¹⁴⁷. Tuttavia, egli commenta anche con una certa ironia che “nessuno dei nostri malati ha ‘mantenuto la promessa’”¹⁴⁸. Se ottengono ciò che hanno chiesto, non mantengono il cambiamento di condotta né si conformano alla proroga richiesta.

Una prima risposta da parte dei medici e dei familiari sarebbe quella di “fare tutto il possibile” per soddisfarlo, senza impegnarsi a garantire ciò che è impossibile. Ma lo stesso sereno e comprensivo ascolto di queste richieste ha un altro effetto benefico: aiuta a

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 99.

¹⁴⁸ *Ibidem.*

conoscere le preoccupazioni del paziente: il futuro della sua famiglia, il rimorso per il passato, eccetera. La sua mera verbalizzazione aiuta a rimuovere le paure eccessive o irrazionali e a proporre una soluzione. Per esempio, si potrebbe dire affettuosamente: “Non ti perderai il mio matrimonio: se non puoi venire di persona lo vedrai molto meglio dal Cielo”, oppure “non devi promettere a Dio che se guarisci inizierai a comportarti bene, credo che quello che ti chiede sia di sopportare ora con pazienza il tuo dolore”. Soprattutto, queste conversazioni permettono di affrontare una delle più grandi paure, quella della solitudine e dell’abbandono: “Qualunque cosa accada, io sarò con te”.

Questo apre la possibilità di un nuovo, più maturo e disinteressato modo di interagire con Dio. I *patti* da promuovere con Dio potrebbero essere così riassunti: “Dammi la forza di sopportare la mia malattia e Ti prometto che d’ora in poi farò del mio meglio per crescere nell’amore per Te e per gli altri”. Sant’Agostino lo diceva con queste parole: “Dio non comanda cose impossibili, ma comandando ti ordina sia di fare quello che puoi, sia di chiedere quello che non puoi!”¹⁴⁹.

5. Quarta fase: la depressione

“Sono così triste... perché continuare a lottare?”

La malattia prosegue e diventa evidente che le trattative per arrivare a patti sono fallite: Dio può fare miracoli ma in realtà non sempre li compie. Ricoveri e operazioni si susseguono, diminuiscono le forze e l’autonomia... Il rapporto con il corpo diventa diverso, quasi conflittuale; fino ad allora era stato un compagno fedele, ma ora sembra abbia deciso di farsi notare. Il dimagrimento e le percezioni somatiche possono perfino rendere difficile che il malato riconosca *quel* corpo come proprio.

Si arriva così alla fase di depressione. Kübler-Ross distingueva due tipi: una reattiva e una preparatoria. È importante conoscerle,

¹⁴⁹ SANT’AGOSTINO, *La natura e la grazia*, XLIII, 50.

poiché la loro natura è diversa e anche l'atteggiamento del personale sanitario e della famiglia deve essere diverso.

La *depressione reattiva* è dovuta alla perdita dell'immagine corporea, dell'autonomia e del ruolo sociale e lavorativo, nonché all'impossibilità di continuare a prendersi cura della famiglia, alla consapevolezza di progetti incompiuti, a obiettivi non raggiunti, al senso di colpa per gli errori del passato, eccetera. Questo primo tipo è quello che più ha bisogno del sostegno delle persone care, che possono aiutare il malato a verbalizzare le sue paure, a vedere il suo futuro e quello degli altri con più obiettività, a risolvere il più possibile le cause della sua preoccupazione, a rendere più facile che abbia il suo tempo occupato e si senta utile e produttivo, per quanto la sua condizione clinica lo permetta.

Quando il soggetto è caduto in una vera e propria depressione non è facile fargli mantenere un minimo di attività. È utile svolgere le attività con lui, anche chiedendogli un favore (una sorta di *ricatto emotivo*): invece di dirgli in modo imperativo: "Devi uscire da casa", potrebbe essere più efficace chiedergli: "Ho bisogno di qualcuno che venga a fare shopping con me, potresti accompagnarmi", oppure: "Mi piacerebbe una passeggiata, potresti venire con me?"

Ovviamente è fondamentale il ruolo dei diversi professionisti (medici, psichiatri, psicologi, eccetera) che, oltre a curare i sintomi direttamente legati alla malattia, saranno attenti agli aspetti soggettivi. In molti casi sarà necessario avviare un trattamento farmacologico o psicoterapeutico.

In questa fase, può sorgere non solo il desiderio di morire il più presto possibile, ma anche un proposito suicida o – nei paesi in cui è approvata – una richiesta di eutanasia. Raccomando il libro del dottor Herbert Hendin *Sedotti dalla morte*¹⁵⁰ per trovare al riguardo argomenti solidi. Credo sia importante sottolineare che – a prescindere dalla possibilità di una depressione clinica, che deve essere

¹⁵⁰ H. HENDIN, *Seduced by Death. Doctors, Patients and Assisted Suicide*, W.W. Norton, New York (NY) 1998.

adeguatamente curata – bisogna interpretare il *vero messaggio* che il paziente cerca di trasmettere. Dietro un “non voglio più vivere” ci può essere un “non posso continuare a vivere *così*” (con dolore, con solitudine, con paura), e dietro una richiesta di “morire con dignità” ci può essere una richiesta di “vivere con dignità”. Spesso queste richieste non si basano tanto sulla situazione attuale quanto sulla paura del futuro: del dolore, dell’abbandono, del dipendere dagli altri o dell’essere un peso. Oggi si può essere certi che la morte non verrà in mezzo a dolori insopportabili grazie ai progressi della medicina palliativa e della terapia del dolore (compresa, se necessario, la sedazione). È più difficile dare rassicurazioni sulla perdita di autonomia, come abbiamo visto quando nel capitolo sulla terza età. È indubbiamente una delle grandi sfide della nostra società, e non si limita alla dimensione strettamente medica.

Una seconda causa di disturbi dell’umore è la *depressione preparatoria*, dovuta alla consapevolezza che si sta perdendo la vita. A differenza della precedente, si tratta di una depressione *silenziosa*: non ci sono lamentele o rimpianti perché è molto più difficile verbalizzare ciò che manca. Secondo la psichiatra svizzero-americana, ha una sua funzione: preparare psicologicamente la morte imminente e aprire le porte all’ultima fase, l’accettazione.

L’atteggiamento dei familiari e degli operatori sanitari deve essere diverso in questo caso: non c’è bisogno di parole di incoraggiamento, di argomentazioni contro il pessimismo o di mostrare tutto ciò di cui si può ancora godere. In altre parole, non è opportuno cercare di far vedere le cose in modo diverso; il malato ha ragione a sentirsi così: sta lasciando questa vita.

Aiuta molto di più permettergli di esprimere il suo dolore e sostenerlo in modo anche *silenzioso* attraverso una comunicazione non verbale: atteggiamenti, gesti e sguardi. Il malato apprezza molto che qualcuno si sieda accanto a lui disposto ad ascoltarlo e a rispettare il suo silenzio senza ripetere le ragioni per cui “non dovrebbe sentirsi così triste”. È altrettanto importante rispettare il suo desiderio di essere solo. Come si può conciliare questo con un

amore, una vicinanza e una disponibilità che possa apprezzare? Forse facendo visite brevi e frequenti che si limitino a chiedergli: “Hai bisogno di qualcosa? Se vuoi resterò con te per un po’ di tempo”.

Un'altra delle caratteristiche di questa fase che la Kübler-Ross mette in evidenza è la dimensione spirituale della persona, che diventa di solito più presente in quanto il malato inizia a occuparsi più di ciò che l'aspetta che di ciò che si lascia alle spalle. Torneremo anche su questo punto nell'ultima sezione del capitolo.

6. Quinta fase: l'accettazione

“Andrà tutto bene”. “Non posso più combattere, devo prepararmi a fare il salto”.

Secondo Kübler-Ross,

se un malato ha avuto il tempo sufficiente (cioè non una morte improvvisa, inattesa) ed è stato aiutato a superare le fasi sopra descritte, raggiungerà uno stadio nel quale non sarà né depresso né arrabbiato per il suo “destino”. Avrà potuto esprimere i sentimenti precedenti, l'invidia per le persone vive e sane, la collera verso coloro che non devono affrontare la loro fine così presto. Avrà provato tristezza al pensiero di dover lasciare tante persone e luoghi cari e contemplerà la sua prossima fine con un certo grado di serenità nell'attesa¹⁵¹.

L'obiettivo di tutto questo capitolo è quello di offrire ai familiari e ai medici strumenti affinché i malati possano raggiungere al più presto questa fase, che ha anche le sue peculiarità. Infatti, sarebbe un errore aspettarsi che con l'accettazione, le attività si normalizzeranno e lo stato d'animo sarà equivalente a quello che si aveva prima di ricevere la diagnosi. “L'accettazione non deve essere scambiata con una fase felice. È quasi un vuoto di sentimenti. È come se il dolore se ne sia andato, la lotta sia finita e venga il tempo

¹⁵¹ E. KÜBLER-ROSS, op. cit., p. 128.

per ‘il riposo finale prima del lungo viaggio’, come l’ha definito un malato¹⁵².

Questa fase culmina in quello che abbiamo chiamato nel capitolo precedente il “distacco da questa vita”. Nonostante non sia depresso (non c’è tristezza, né pianto, né disperazione) può persistere una certa apatia o indifferenza verso il mondo esterno. Le cose che prima lo appassionavano (hobby, interessi, la sua squadra di calcio, anche alcune delle sue dinamiche familiari) potrebbero non avere più un impatto emotivo apprezzabile. Le vive come se appartenessero a un altro mondo, e infatti si trova psicologicamente sempre più distante da esso.

Spesso desidera anche stare da solo ed è meno comunicativo. Ma ha sempre bisogno dei suoi cari e apprezza la loro vicinanza:

il malato può fare soltanto un gesto della mano per invitarci a sedere un momento. Può tenerci la mano e chiederci di sedere in silenzio. Simili momenti di silenzio possono essere le comunicazioni più altamente significative per le persone che non si sentono a disagio alla presenza di una persona morente¹⁵³.

Tale compagnia gli darà la certezza che ci sono molte persone che lo amano, lo rispettano e lo accompagnano nel suo dolore, che la sua vita ha avuto un senso perché ha amato ed è stato amato.

In questa fase, coloro che potrebbero aver bisogno di aiuto sono i familiari. Nelle fasi precedenti avranno fatto di tutto per sostenere il loro caro e per cercare di alleviare le sue sofferenze. Una volta che la persona è serena, i familiari diventano sufficientemente calmi da affrontare la notizia: oltre a continuare a occuparsi dei bisogni della persona amata, dovranno anche superare le cinque fasi del lutto. In effetti, abbiamo già detto che la dottoressa Kübler-Ross ha applicato il suo modello anche al dolore dei parenti e persino all’assimilazione di qualsiasi tipo di cattiva notizia. Per finire

¹⁵² *Ibid.*, p. 129.

¹⁵³ *Ibidem.*

con un sorriso, ecco come un insegnante esperto ed esigente applicava il modello ai suoi studenti:

Quando devo bocciare uno studente, prima lo *rifiuta*, pensando che io abbia sbagliato nella correzione del suo esame o gli abbia dato il voto di qualcun altro; poi si *arrabbia* perché avevo chiesto qualcosa che non era stata spiegata sufficientemente o ero stato troppo severo; poi viene a verificare l'esame e cerca di *negoziare* per ottenere un punto in più qua e là o promettendo di rivedere la materia in estate; poi si *deprime* pensando che non riuscirà mai a superarlo e dovrà cambiare percorso o università. Ma alla fine la maggior parte degli studenti *accettano* di dover studiare un po' di più, impiegano le ore necessarie e riescono a superare la materia senza grandissimi sforzi.

7. Accompagnare a una morte cristiana

Lo studio delle fasi del lutto ci ha aiutato a “entrare nella mente del malato”. Conoscere questo processo, così come gli aspetti medici della sua malattia, ci aiuterà ad avvicinarlo con affetto e delicatezza, rispettando i suoi tempi. La prospettiva della Kübler-Ross è anche esplicitamente aperta a una visione trascendente dell'uomo e tiene conto della sua dimensione religiosa in modo compatibile con i diversi credi.

In quest'ultima sezione vedremo alcune idee per aiutarlo a *morire bene* in una prospettiva specificamente cattolica. Non ripeterò contenuti già esposti nelle sezioni precedenti come ascoltare più che parlare, non cercare di dare molte spiegazioni né di *difendere Dio*, ecc.

Il concetto di Dio per un cristiano parte da due premesse: è mio Padre e mi ama. Sono realtà così grandi da permettere sempre una maggiore profondità; allo stesso tempo, possono essere messe in discussione in situazioni di crisi, per esempio, di fronte alla vicinanza di una morte inaspettata che sconvolge il benessere e i progetti futuri e porta dolore e incertezza alle persone amate.

Molte persone hanno bisogno di un itinerario che San Josemaría ha descritto come segue: “Gradini: Rassegnarsi alla Volontà di Dio: Adattarsi alla Volontà di Dio: Volere la Volontà di Dio: Amare la Volontà di Dio”¹⁵⁴. I primi due (rassegnarsi e adattarsi) sembrano evidenti, ma, si può volere, anzi, amare, quella Volontà anche quando consiste nell’abbandono precoce di questa vita? Sì, perché nonostante la morte produca un naturale rifiuto spontaneo, per una persona di fede è la soglia per entrare in Cielo, che è un bene molto più grande di ogni bene parziale (perdite, dolore, sofferenza, eccetera). Inoltre, Dio è così potente che fa scaturire dal male il bene, e dai grandi mali grandi beni. Questo ragionamento porta serenità, perché apre alla speranza di una gioia futura.

Ora, hanno alcun senso le sofferenze che uno sta patendo *adesso*? Raccomando la Lettera *Salvifici doloris* di San Giovanni Paolo II¹⁵⁵ per trovare una profonda riflessione antropologica e teologica. Nei paragrafi che seguono mi limiterò a offrire alcune brevi penne-llate che mi sembrano appropriate allo scopo di questo libro.

Prima di tutto, il dolore è una conseguenza del peccato. Non era nel disegno originale di Dio quando ha creato l’uomo, ma è stato il risultato della disobbedienza di Adamo ed Eva (cfr. *Gen* 3,16-19). Fa parte della punizione che ogni persona deve assumere ma – qui troviamo un paradosso – non direttamente in relazione ai propri peccati. Il libro di Giobbe ce lo mostra con grande drammaticità: di fronte alle grandi disgrazie che lo affliggono, i suoi tre amici insistono nell’affermare che deve aver fatto qualcosa di sbagliato per meritarsele, ma Giobbe continua a dire che ha sempre camminato dritto davanti a Dio. L’intervento del Signore alla fine del libro è doppiamente sorprendente: prima di tutto perché non risponde alla ragione della sofferenza di Giobbe ma si appella semplicemente al proprio potere e alla propria saggezza, chiedendo al patriarca fiducia e accettazione. La seconda ragione è che Giobbe

¹⁵⁴ SAN JOSEMARÍA ESCRIVÁ, *Cammino*, op. cit., n. 774.

¹⁵⁵ SAN GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica *Salvifici doloris*, 11 febbraio 1984.

finisce per recuperare la sua salute e i beni che aveva perso, il che sembra un ritorno alla retribuzione in questa vita.

Il mistero della sofferenza può essere spiegato solo guardando Gesù Cristo, il vero giusto, che assume la sofferenza “fino alla morte e alla morte di croce” (*Fil* 2,8). In questo modo egli manifesta il suo amore per la Volontà del Padre (il gradino più alto proposto da San Josemaría) e anche il suo amore per l’umanità, che ha riscattato dal peccato con il suo sangue (cfr. *Is* 53,5). Come per Giobbe, il senso della sofferenza non ci viene completamente rivelato, ma ci viene confermato in modo definitivo che la sofferenza è compatibile con l’amore di Dio: Gesù non dubita mai dell’amore del Padre né smette di amarLo.

Il Vangelo mostra persino un senso della sofferenza che fino ad allora era stato appena percepito. È San Paolo che lo sintetizza in modo molto chiaro: “Sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del Suo corpo che è la Chiesa” (*Col* 1,24). L’identificazione con i sentimenti di Cristo consiste anche nel partecipare – ciascuno con la propria vita – alla Passione del Signore, e nel contribuire così alla salvezza dell’umanità essendo *corredentori*.

Queste brevi righe non offrono una spiegazione definitiva in grado di risolvere qualsiasi tipo di incertezza, né eliminano la natura misteriosa del dolore. Ma credo che almeno riescano a dare un po’ di luce: il dolore deve avere un grande valore quando è stato lo strumento scelto da Dio per mostrare il suo amore per gli uomini e per salvarci. Come dice il Concilio Vaticano II, “per Cristo e in Cristo riceve luce quell’enigma del dolore e della morte, che al di fuori del Suo Vangelo ci opprime”¹⁵⁶.

Guardare il Cristo sofferente ha conseguenze molto più dirette per i malati di quanto non sembri a prima vista. Gesù stesso ha avuto una *fase di patteggiamento* prima della Passione: nella preghiera

¹⁵⁶ CONCILIO VATICANO II, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, 7 dicembre 1965, n. 22.

nel giardino del Getsemani ha pregato in questo modo: “Padre mio, se è possibile, passi da Me questo calice! Però non come voglio Io, ma come vuoi Tu!” (*Mt* 26,39). Ha iniziato facendo appello alla bontà del Padre e ha finito per accettare con fiducia la Sua volontà. Non dobbiamo quindi sorprenderci se noi, povere creature, non solo negoziamo, ma diventiamo anche filialmente arrabbiati con Dio, per poi “far pace” riconoscendo che Egli sa di più. Di fronte alla malattia e al dolore, la libertà a volte non consiste nello scegliere cosa fare della nostra vita, ma nel decidere come affrontare l’inevitabile.

Il miglior aiuto per vivere la malattia e la morte in modo cristiano sarà proprio quello di porsi – o aiutare il malato a porsi – davanti a Cristo, di leggere il Vangelo e soprattutto le scene della Passione, di chiedere a Gesù: “Tu che sei riuscito a sopportare tutto quello, puoi aiutarmi a sopportare il mio dolore?” Sarà di grande aiuto avere vicino un crocifisso; o meglio due: uno in vista per contemplarlo dal letto e un altro a portata di mano per stringerlo quando la sofferenza fisica o morale si fa più intensa. Lo stare accanto alla Croce di Cristo porta con sé anche un incontro inaspettato: là c’è anche Maria (*Gv* 19,25), che consola Gesù e San Giovanni, e in questo consola anche ciascuno dei discepoli amati da Suo Figlio.

È quindi necessario perseverare nella preghiera anche se non si comprende appieno il motivo della propria situazione. Basta intuirlo e confidare in Dio Padre. Un buon modo per aiutare il malato a pregare è quello di pregare con lui e di suggerirgli intenzioni da raccomandare: sarà un modo per mostrargli che nonostante la sua prostrazione è ancora utile. Quando diventerà molto incapace, le semplici preghiere vocali come il Rosario accompagneranno le lunghe ore di inattività esterna.

Alcuni malati soffrono in questo momento una sorta di crisi: “E se mi fossi sbagliato? E se non ci fosse più vita dopo questa?”. Di solito non sarà un vero e proprio dubbio di fede, ma una sorta di scrupolo che si infila furtivamente e si risolve rendendo esplicito

il desiderio di stare con Lui, di vederLo faccia a faccia. In altri momenti può riflettere una fede immatura, non interiorizzata, che vacilla quando viene messa alla prova. In entrambi i casi, di solito non è il momento di fare grandi ragionamenti, ma di abbandonarsi, umiliando, se necessario, la propria intelligenza e forse tornando alla fede ingenua dell'infanzia: "Lasciate che i bambini vengano a Me, perché di questi è il Regno dei Cieli" (Mt 19,14).

Coloro che hanno un contatto più diretto con il malato (familiari, cappellani di ospedale, volontari, eccetera) dovrebbero conoscere materiale adattato alle loro capacità e alla loro situazione: per esempio, libri, opuscoli, o pagine web. Le biografie sono spesso molto utili perché non spiegano, ma dimostrano che è possibile affrontare in modo cristiano la malattia, muovono la testa e il cuore per dire: "È così che vorrei morire".

Questo ci permette di cogliere un altro senso nella sofferenza dei malati: lasciare ai propri cari un ricordo e un esempio. La stessa Kübler-Ross dice che per molti membri della famiglia che hanno accompagnato i propri cari nella fase di accettazione, l'esperienza è sorprendente, "in quanto mostrerà loro che morire non è quella cosa così terribile e spaventosa che tanti vogliono evitare"¹⁵⁷.

Viktor Frankl ha scritto che "in verità non importa affatto che cosa possiamo attenderci noi dalla vita, ma importa, in definitiva, solo ciò che la vita attende 'da noi!'"¹⁵⁸. In modo simile, il malato può chiedersi cosa Dio si aspetti da lui nella sua situazione e concentrarsi non su ciò che il dolore gli fa, ma su ciò che lui può fare con il suo dolore, che è molto per il suo bene e per quello di molte persone.

Tutto questo può essere bello, ma non è superiore alle forze di una persona normale? Forse sì, per questo abbiamo bisogno di un aiuto esterno: la grazia divina che ci viene offerta nei sacramenti. In concreto ce ne sono tre particolarmente legati a questo momento.

¹⁵⁷ E. KÜBLER-ROSS, op. cit., p. 130

¹⁵⁸ V. FRANKL, *Uno psicologo nei lager*, Ares, Milano 19947, p. 130.

Il primo è la confessione. Quanta pace infonde sapere che, per quanto male ci siamo comportati nella nostra vita, Dio ci perdona sempre. Non è mai troppo tardi per riconciliarsi con Lui, e attraverso di Lui trovare anche la pace con se stessi e con gli altri.

In secondo luogo, abbiamo l'unzione dei malati, che dovrebbe essere offerta in modo tempestivo, senza aspettare uno stadio troppo avanzato della malattia e senza rischiare la perdita di coscienza. A volte si ha paura di menzionare questo sacramento ma poi si verifica qualcosa di simile alla comunicazione della diagnosi fatale: ci può essere più paura nel familiare che nel paziente stesso.

Infine, l'Eucaristia, che per i malati terminali ha un nome specifico: *viatico*, un alimento – costituito nientemeno che dal Corpo di Gesù stesso – per l'ultimo tratto del cammino verso il Cielo. Una volta mi hanno raccontato di una persona che ha accompagnato la madre sul letto di morte e gli ha chiesto: “Mamma, pensi che il Signore ti accoglierà subito?” (una domanda, tra l'altro, alquanto inopportuna in quel momento, in cui si deve trasmettere sicurezza, non dubbi). Ma la madre aveva più buon senso del figlio e gli rispose, piena di fede: “Io L'ho ricevuto ogni giorno, per tanti anni. Come può non ricevermi oggi? Sì, mi riceverà”.

INDICE

PRESENTAZIONE	5
1. Maestro, cosa devo fare per ottenere la vita eterna?	7
2. L'affettività e la sua formazione.....	8
3. Psicologia e formazione	10
4. Contenuto del libro.....	13
I - PERSONALITÀ E AFFETTIVITÀ	
CHE COS'È LA PERSONALITÀ	19
1. Nozione di personalità	19
2. Temperamento, carattere e personalità	23
3. I tratti della personalità.....	25
4. OCEAN: i <i>big five</i> della personalità.....	26
5. Il locus di controllo.....	32
6. I meccanismi di difesa dell'io	33
7. Applicazioni alla propria vita e al lavoro di formazione	35
8. Condizionati ma non determinati.....	38
COME VALUTARE LA MATURITÀ	39
1. È ora che maturi.....	39
2. Criterio zero: identità.....	42
3. Primo criterio: estensione del senso dell'io.....	43
4. Secondo criterio: cordiale rapporto con l'altro.....	46
5. Terzo criterio: sicurezza emotiva (accettazione di sé)	49
6. Quarto criterio: percezione realistica, abilità e impegni	51
7. Quinto criterio: auto-oggettivazione: comprensione di sé e senso dell'umorismo	52
8. Sesto criterio: concezione unificatrice della vita.....	55
9. Dalla maturità all'identificazione con Cristo.....	58
AMARE SE STESSI PER POTER AMARE.....	59
1. Dio, io e gli altri?	59
2. Come nasce l'amore per se stessi.....	60
3. Vedere se stessi alla luce di Dio	66
4. Umiltà e verità	69
5. Dio, gli altri e io.....	71
COS'È L'AFFETTIVITÀ.....	73

1. Il WhatsApp di un adolescente.....	73
2. Una possibile definizione.....	74
3. Limitazioni dell'affettività.....	77
4. Il peccato originale e le sue conseguenze.....	78
5. Riparare l'immagine di Dio.....	80

SVILUPPARE L'AFFETTIVITÀ A PARTIRE DALLE VIRTÙ TEOLOGALI... 83

1. Una proposta tra tante.....	83
2. Fede.....	83
3. Speranza.....	90
4. Carità.....	93
5. Un terreno fertile.....	101

II - CRESCERE INTERIORMENTE LUNGO IL CICLO VITALE

IL CICLO VITALE..... 105

1. Che cosa è il ciclo vitale.....	105
2. Gli stadi psicosociali.....	110
3. La teoria dell'attaccamento.....	112

INFANZIA E ADOLESCENZA..... 119

1. Il bambino.....	119
2. L'adolescente.....	127

L'ETÀ ADULTA..... 141

1. Il giovane adulto.....	141
2. La pienezza della vita.....	149

MIGLIORARE IL CARATTERE NELLA VITA ADULTA: LA CURA DELLE

RELAZIONI.....	165
1. La famiglia.....	165
2. Il lavoro.....	168
3. Gli amici.....	169
4. Senza confusione e con una chiara gerarchia.....	175

LA TERZA ETÀ..... 179

1. Chi osa segnare l'inizio?.....	179
2. Delimitazione dello stadio.....	180
3. Manifestazioni dell'invecchiamento.....	182
4. Excursus: quando non c'è il pensionamento.....	190
5. Prepararsi alla vecchiaia.....	190

6. Una tappa per continuare a crescere 193
 7. Prepararsi a fare il salto alla dimora finale..... 200

QUANDO LA FINE È VICINA..... 203

1. *On Death and Dying* 203
 2. Prima fase: rifiuto e isolamento 204
 3. Seconda fase: la collera..... 208
 4. Terza fase: venire a patti 210
 5. Quarta fase: la depressione 211
 6. Quinta fase: l'accettazione 214
 7. Accompagnare a una morte cristiana..... 216

III - LA VIRTÙ CRISTIANA DELLA CASTITÀ

PERCHÉ VIVERE LA CASTITÀ 225

1. Perché non posso godermi il mio corpo come voglio? 225
 2. L'ingresso in una nuova vita..... 226
 3. Un tempio per lo Spirito Santo..... 228
 4. Il sesso è buono... vissuto con ordine 231
 5. Il disordine della concupiscenza 233
 6. La virtù della castità 237
 7. I mezzi tradizionali..... 241
 8. Affettività e castità 248

LA DIPENDENZA NEL XXI SECOLO 251

1. Il mondo virtuale..... 251
 2. Vizio o dipendenza?..... 251
 3. Dipendenza e internet 253
 4. Un problema medico 257
 5. Un problema sociale 260
 6. Le persone più vulnerabili 267

AIUTARE A VIVERE LA CASTITÀ 273

1. Nuove difficoltà, nuovi mezzi..... 273
 2. Un modo sano di usare internet 274
 3. Personalizzare la soluzione 281
 4. Catechesi, accompagnamento spirituale e confessione..... 283
 5. L'aiuto professionale..... 288
 6. Responsabilità morale..... 297

IL CELIBATO CRISTIANO	305
1. Dono e mistero	305
2. Affettività e celibato	310
3. L'affettività di Gesù	315
4. Un celibato psicologicamente sano	317
5. Situazioni che richiedono un particolare discernimento	323
IV - L'AFFETTIVITÀ MALATA	
I DISTURBI AFFETTIVI	335
1. La malattia mentale	335
2. Ansia	337
3. Tristezza e depressione	339
4. Stress professionale o sindrome da <i>burnout</i>	341
5. Prevenire la patologia affettiva	343
6. Quando arriva la malattia	363
I DISTURBI DI PERSONALITÀ	367
1. La personalità e i suoi disturbi	367
2. L'aiuto dal lavoro di formazione	370
3. Classificazione dei disturbi di personalità	375
3. La personalità evitante-dipendente	385
4. La personalità ossessivo-perfezionista	390
EPILOGO	397
UNO STILE FORMATIVO SANO	399
1. Due modalità di formazione	399
2. Gli stili educativi	401
3. La personalità del formatore	406
4. Ne vale la pena	420
BIBLIOGRAFIA	423
1. Bibliografia generale	423
2. Personalità e affettività	423
3. Crescere interiormente lungo il ciclo vitale	424
4. La virtù cristiana della castità	426
5. L'affettività malata	427
6. Uno stile formativo sano	427