Psicologi & Psicologia in Sicilia

Notiziario dell' Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

Novembre 2025

"Thanatos e lutto"

Parte 1

Indice

5 Introduzione

Vivere in balia

di Lisa La Gattuta e Calogero Lo Piccolo

11 Riflessioni

Una visione psicosomatica circa il valore simbolico del sintomo nel campo della clinica

di Cristi Marcì

15 Esperienze cliniche

Le narratrici: il lutto in adolescenza, dal dolore alla narrazione condivisa di Maria Selene Tarascio e Simona Currò

18 Riflessioni

Thanatos ed Eros nella psiche ucraina: dinamiche di lutto e resilienza durante la guerra

di Liudmyla Ilchenko

21 Esperienze cliniche

Thanatos, Traumi e Lutto Collettivo: un approccio integrato attraverso il progetto Too Box® per la gestione dignitosa della morte in ambito ospedaliero e stradale di Tiziana Lo Nigro

24 Riflessioni

Dall'ombra di Thanatos alla luce di Eros: la Resilienza come slancio vitale per le organizzazioni

di Valentina Pantano

Indice

27 Esperienze cliniche

Sento l'odore della morte

di Enrica Piombino

30 Riflessioni

Thanatos e libertà interrotta: la pulsione di morte e i suicidi giovanili tra psyché e zoé

di Nunzia Genovese

32 Esperienze cliniche

L'assenza e il tempo: l'integrazione del lutto tra evento e significato di Licia Cutaia

35 Riflessioni

La morte si sconta vivendo: il trauma collettivo dell'umanità di Valerio Bonanno

38 Esperienze cliniche

Ricostruire il significato della perdita: un caso clinico di lutto in adolescenza in ottica cognitivo-costruttivista

di Claudia Montana

41 Riflessioni

Dell'angoscia e della speranza

di Maria Laura Mastropaolo

Indice

44 Esperienze cliniche

Il dolore della non-memoria: elaborare il lutto perinatale di Laura Cameli

47 Riflessioni

L'ombra di Thanatos. La morte rimossa e i nuovi linguaggi del lutto di Veronica Siragusano

51 Riflessioni

Death competence nelle professioni del morire di Rosaria Ferrara

55 Esperienze di ricerca

La vita di chi resta: l'elaborazione del lutto durante la pandemia da SARS-CoV-2 di Angela Orsina e Massimo Ingrassia

Introduzione

Vivere in balia

di Lisa La Gattuta e Calogero Lo Piccolo

Non è un'impresa semplice ragionare su alcune condizioni materiali di vita, neppure sulle ricadute che queste hanno sulla salute fisica e mentale. Non lo è dal punto di vista emozionale, e ancor meno è agevole mettere da parte tutte le remore etiche che può comportare anche il solo riportare dei racconti che ti sono stati affidati. Ciononostante, anche il silenzio non è una alternativa scevra di rischio, pur se la speranza che l'essere umano sia veramente capace di apprendere dall'esperienza in questa fase storica appare sempre più flebile, se non utopica. Per molti, la visione di lo Capitano di Matteo Garrone ha costituito una dura esperienza emotiva. Partecipare con i due ragazzi protagonisti di quel viaggio non è certamente indolore. Il film riesce però a mostrare la crudezza di certe situazioni anche in modo delicato e poetico, rendendone la visione dura ma per certi versi tollerabile.

Nei racconti reali, tutto ciò ovviamente è molto meno sfumato.

Frammenti di storie nei gruppi di sostegno

Siamo seduti la maggior parte del NBC B n nella nostra stanza/cella e qualche volta andiamo a trovare i ragazzi in quella accanto. Qualcuno si può muovere in città per lavoro, alcuni sono andati la scorsa settimana e non sappiamo quando tornano. Altri non possono muoversi. Noi siamo spaventate dagli uomini e qui non è un posto sicuro, ci possono prendere con la forza e violentarci quando vogliono.

Molti di noi stanno tutto il giorno senza fare nulla in strada parlando costantemente dei problemi e condividendo preoccupazioni. Noi pensiamo troppo e questo ci fa andare fuori di testa. Siamo scappati per essere liberi e siamo entrati in un altro inferno.

Non abbiamo cibo. A volte non mangiano per tre giorni. No vestiti, no coperte. Qualcuno di noi vuole tornare indietro in Etiopia ma non ci sono più soldi e soprattutto non vogliamo un'altra volta sfidare la morte, siamo in un limbo senza uscita. Mi viene da impazzire.

La violenza è normale, quella sessuale pure, anche io sono stato vittima.

Molti di noi pensano troppo (thinking too much) da diventare matti. Dio dovrebbe essere qui ad ascoltare i nostri problemi. Siamo immobili senza osservare nessun cambiamento. Per quanto sarà così? Per quanto staremo in questa situazione? Questa routine ci sta facendo impazzire, dobbiamo elemosinare per il cibo. Siamo stanchi e impauriti.

Non possiamo difenderci, siamo esposti quotidianamente alla violenza sessuale, anche con le armi, non è facile dirlo, ci vergognamo e lo teniamo per noi, ma fa male, malissimo. Le donne soprattutto e lo sappiamo, lo vediamo.

Abbiamo bisogno di condividerlo con te, perché se non chiediamo supporto rimaniamo traumatizzati.

Stare qui ci crea troppi problemi psicologici. Più rimaniamo qui più problemi psicologici abbiamo, per piacere aiutaci.

Non esiste la libertà, siamo in trappola mentalmente e fisicamente. Spendo il mio tempo pensando troppo, troppo, impazzirò lo so già.

Grazie per il vostro aiuto, in queste circostanze stavo andando fuori di testa.

Se siamo fortunati e mangiamo a pranzo, cominciamo a pensare alla cena.

Volevo nascere in Europa voi non avete problemi, siete felici, avete il passaporto, il denaro, la casa, il cibo. lo non ho più nemmeno la mia vita.

Queste voci sono state ascoltate in un focus group in Yemen, dentro le stanze\celle che ospitano uomini e donne del Tigrey, fuggiti attraverso il golfo di Aden in Yemen.

Medici senza frontiere opera da molti anni in questi contesti, organizzando equipe di supporto psicologico.

Aggiungere altro sembra un po' superfluo nel descrivere le condizioni materiali e psichiche di queste donne e di questi uomini, molto spesso giovanissimi.

In fuga da una condizione invivibile, per approdare ad un'altra condizione invivibile.

Due sono le condizioni prevalenti.

La totale insicurezza, il vissuto di impotenza, altrettanto totalizzante.

Se pensiamo al lavoro portato avanti da Stephen Porges e i suoi collaboratori sul sistema polivagale e su quanto una condizione di benessere si fondi sul sentimento di sicurezza, possiamo avere una idea molto pallida della portata delle ferite e della sofferenza psicofisica che tali condizioni prolungate in modo indeterminato possono infliggere.

E si può anche provare ad immaginare la densità emotiva che abita questi focus group, e il dono reciproco che costituiscono.

Molti anni fa, Frantz Fanon, prima della sua prematura scomparsa, scriveva della sua esperienza clinica in Algeria durante gli anni della guerra di liberazione dal colonialismo francese. Le sue considerazioni sono oggi più che mai preziose guide:

"Ma la guerra continua. E avremo da medicare ancora per anni le piaghe molteplici e alle volte indelebili fatte ai nostri popoli dal frangersi dell'onda colonialista".

L'imperialismo che oggi si batte contro un'autentica liberazione degli uomini, abbandona qua e là germi di putredine che dobbiamo implacabilmente scoprire ed estirpare dalle nostre terre e dai nostri cervelli.

Affrontiamo qui il problema dei disturbi mentali nati dalla guerra di liberazione nazionale che conduce il popolo algerino.

Si troveranno forse inopportuni e stranamente fuori posto in un simile libro questi appunti di psichiatria. Non ci possiamo far nulla. Non è dipeso da noi il fatto che in questa guerra fenomeni psichiatrici, disturbi del comportamento e del pensiero abbiano assunto rilievo negli attori della "pacificazione" o in seno alla popolazione "pacificata". La verità è che la colonizzazione, nella sua essenza, si presentava già come una delle fonti principali degli ospedali psichiatrici. In diverse pubblicazioni scientifiche abbiamo, dopo il 1954, attirato l'attenzione degli psichiatri francesi e internazionali sulla difficoltà esistente a "guarire" correttamente un colonizzato, vale a dire a renderlo integralmente omogeneo ad un ambiente sociale di tipo coloniale.

Poiché è negazione sistematizzata dell'altro, decisione forsennata di rifiutare all'altro ogni attributo d'umanità, il colonialismo costringe il popolo dominato a porsi continuamente la domanda: "Chi sono io in realtà?"

Le posizioni difensive nate da questo confronto violento del colonizzato e del sistema coloniale si organizzano in una struttura che svela allora la personalità colonizzata. Per capire questa "sensitività" basta semplicemente studiare, apprezzare il numero e la profondità delle ferite inferte a un colonizzato durante una sola giornata trascorsa in seno al regime coloniale. Occorre ricordare comunque che il popolo colonizzato non è soltanto un popolo dominato. Sotto l'occupazione tedesca i francesi sono rimasti degli uomini. Sotto l'occupazione francese, i tedeschi sono rimasti degli uomini. In Algeria non c'è soltanto la dominazione, ma alla lettera la decisione di non occupare, tutto sommato, se non un suolo. Gli algerini, le donne in haik, i palmeti e i cammelli formano il panorama, lo sfondo naturale della presenza umana francese.

La natura ostile, restia, fondamentalmente ribelle è effettivamente rappresentata nelle colonie dalla *brousse*, le zanzare, gli indigeni, le febbri. La colonizzazione ha buon esito quando tutta la natura indocile viene finalmente domata. Ferrovie attraverso la boscaglia, bonifica delle paludi, inesistenza politica ed economica dell'indigenato sono, in realtà, una sola e medesima cosa. Nel periodo della colonizzazione non contestata dalla lotta armata, quando la somma delle eccitazioni nocive oltrepassa una certa soglia, le posizioni difensive dei colonizzati crollano, e questi ultimi si ritrovano allora, in numero cospicuo, negli ospedali psichiatrici. C'è dunque, in questo periodo calmo di colonizzazione riuscita, una regolare e cospicua patologia mentale prodotta direttamente dall' oppressione." In guesto frammento de *I dannati della terra*, Fanon fa una serie di affermazioni sulla relazione tra malattia mentale e contesto di una certa rilevanza, su cui forse non tutti abbiamo riflettuto abbastanza.

Verrebbe da dire meno che mai in un periodo come quello contemporaneo in cui il paradigma organicista sembra essere diventato predominante.

Tali affermazioni di principio sono nelle pagine seguenti del libro esplicate ulteriormente attraverso cinque situazioni cliniche, più una serie di altre situazioni che vengono da Fanon collegate non tanto a specifici episodi, piuttosto alla atmosfera relazionale vissuta nel contesto della guerra coloniale.

La nostra capacità clinica di collegare e sistematizzare gli eventi psicopatologici individuali con le atmosfere collettive non è del tutto sufficientemente sviluppata ancora. E non è un deficit da poco per provare a comprendere e dialogare con efficacia con il disagio soggettivo. Le categorie diagnostiche non hanno ancora un linguaggio che possa includere efficacemente del tutto la relazione tra contesto materiale e disagio personale.

Anche il disturbo post traumatico da stress non è sempre del tutto adeguato come categoria per rendere parlabile e pensabile il disagio esistenziale che diventa mentale. Il contesto abitato dai partecipanti al focus group di cui si sono riportati quei frammenti di intervento, che tipo di ferite infligge sui corpi e sull'essere nella sua propria integrità? Ma andiamo avanti con ulteriori frammenti, questa volta da un focus group tenutosi in un campo, una prigione a cielo aperto, in Siria.

Nel campo si passa la giornata a sbattersi per avere un po' d'acqua e cucinare del cibo. Alcune donne passano il tempo insegnando ai bambini l'alfabeto. La scuola non c'è più da quando il covid ha imperversato. Non c'è nessun intrattenimento per i bambini, sono abbandonati a se stessi. Non puoi tenerli tutto il giorno dentro la tenda a 50 gradi. Stanno in giro imbattendosi in tanti rlschi. Diventano però sempre più aggressivi e frustrati, passando il tempo a tirarsi le pietre.

Gli adolescenti passano il tempo sui cellulari introdotti da smugglers senza nessun interesse per la vita reale. Doppia frustrazione per loro. Vedere il mondo fuori senza poterlo veramente vivere. La vita è troppo complicata qui. Siamo senza speranza. Disperazione.

Noi donne dobbiamo chiedere il permesso agli uomini per potere andare in ospedale. Mio marito mi ha detto preferisco che muori piuttosto che andare in ospedale dove può visitarti un dottore uomo. Se mio marito non c'è devo chiedere il permesso a mia suocera. Sono in prigione due volte.

Le persone sono sempre più nervose e frustrate dentro il campo. Ho visto due ragazzi perdere completamente la ragione e uccidersi, uno dietro l'altro.

Se litighi con il vicino di tenda è comune ritrovarti con la tenda bruciata il giorno dopo.

Giovani ragazzi/e vendono il loro corpo per un gelato. Non riusciamo più a gestire la situazione. Sono devastata, vorrei togliermi la vita ma ho troppi figli per abbandonarli in questo mondo.

L'altro giorno la figlia della mia vicina di tenda, 12 anni, è scomparsa. Un uomo l'ha riportata il giorno dopo dicendo che l'aveva violentata e che adesso doveva essere sua per evitare la vergogna. Voglio andare via da questo campo ma è impossibile non ci sono speranze.

La testa ha smesso di funzionare non ho più voglia di avere una vita, mi sento una bestia.

Sembra abbastanza evidente che per le persone costrette in questo campo, il vissuto prevalente sia legato all'impotenza, in modo ancora più intenso che quello riferito dai partecipanti del primo gruppo. In qualche modo, per le persone in Yemen resta pur sempre un orizzonte possibile di cambiamento, di poter proseguire il viaggio verso contesti più tollerabili, meno abusanti. Orizzonte difficile da raggiungere, soprattutto legato alle condizioni economiche, certo, ma che almeno in potenza esiste.

In Siria sembra invece sparito l'orizzonte stesso, come emerge crudamente dalle parole pronunciate senza mediazione alcuna. Restano soltanto rabbia distruttiva e disperazione, come facilmente comprensibile. Più sullo sfondo i vissuti apprensivi, invece prevalenti nei partecipanti al primo gruppo, probabilmente perché la catastrofe totale è già accaduta.

Molte domande si aprono a partire da questi frammenti di storie, di discorso.

Le fondamentali ovviamente esulano dalle finalità del presente scritto, in un certo senso, poiché riguardano la genesi stessa di queste realtà di abusi strutturali.

I confini tra i fenomeni migratori sono molto più sfumati di quanto certa propaganda voglia fare credere per i propri interessi elettorali.

Profughi, migranti economici, persone in fuga da repressione o guerre, sono categorie arbitrarie. In ogni caso, la realtà è che entrare in un modo o nell'altro nei percorsi migratori vuol dire fare esperienza di un nuovo tipo di istituzione totale, per di più sparsa per territori globali. Un'istituzione creata da un coacervo di norme e leggi sostanzialmente ostile a priori. E sugli effetti di queste istituzioni totali diffuse c'è ancora molto da capire.

Altre domande invece vertono su come pensare di intervenire per offrire un ascolto terapeutico che possa essere in qualche modo efficace. L'intervento di MSF è soprattutto finalizzato alla creazione di teams di consulenza competente all'ascolto dei problemi più pressanti, ascolto che può svolgersi in tipologie di setting diversi, individuale, di gruppo o familiare, secondo le

possibilità e le opportunità.

Il modello prevalente, secondo le nostre categorie, è quello di una psicoterapia breve, una decina di sedute, centrate sul qui e ora, per implementare risorse che aiutino a intravedere spiragli di cambiamento possibile. Per i pazienti a maggiore connotazione psichiatrica, è previsto un costante follow up, coincidente anche con la terapia farmacologica.

Naturalmente queste situazioni limite costringono tutti a tirare fuori il massimo delle personali risorse possibili, e per una volta il termine resilienza non è usato impropriamente. Certamente la funzione primaria terapeutica attivata è quella di costituire un possibile ancoraggio rispetto al vissuto orribile di essere totalmente in balia degli eventi e dell'esistenza. Molte di queste ferite possono risanarsi al mutare del contesto.

Quello che presumibilmente resta difficile da elaborare è il sentimento di vergogna, per la ricaduta che ha nel rapporto con se stessi, sulla personale immagine, sul proprio senso di identità. L'essere umano spesso si bea delle proprie conquiste, delle conoscenze acquisite, della propria scienza.

Ma è uno specchio fallace.

Il più delle volte il nostro è un agire senza scienza e senza coscienza, con qualche eccezione. Quello a cui fa riferimento Fanon nelle sue righe a proposito dell'essenza della realtà coloniale, è il processo di *cosificazione* dell'altro.

L'esperienza di essere cosa è una cosa che fa male, fa malissimo, e difficilmente smette di dolere. Ed è purtroppo un'esperienza molto più diffusa ancor oggi di quanto ci piaccia credere nelle nostre rappresentazioni post illuministiche. L'essere cosa è esperienza densa di vergogna, perché in modo subdolo insinua la credenza sub conscia che se ciò accade è perché in qualche modo oscuro tutto ciò lo si è meritato.

Che era poi il vissuto raccolto durante l'esperienza di ricerca sul campo con le meninas e i meninos de rua in Brasile alcuni decenni addietro.

Sono *nada*, sono nulla.

Sottinteso, è per questo che tutto ciò accade.

Di questo è più difficile, lungo e faticoso prendersi cura, da sé e con gli altri.

Riflessioni

Una visione psicosomatica circa il valore simbolico del sintomo nel campo della clinica

di Cristi Marcì

Siamo vasti e contraddittori perché conteniamo moltitudini Walt Whitman

Retaggio di una rigorosa logica scientifica la definizione di un sintomo in ambito clinico evoca da un lato un vero e proprio labirinto interpretativo, dall'altro un vano fraintendimento circa il concetto stesso di malattia.

Quest'ultima come sottolineato da Hillman (2019), promuove sia l'affermarsi di un pensiero nominalista, che rischia di ingarbugliare la nostra psiche, sia un modo di fare anima dal quale prendono vita le attuali nevrosi.

Secondo la visione di Rudiger Dulke (Dethlefsen, T., 1984) il corpo biologico che abitiamo non può definirsi malato o sano perché al suo interno si esprimono incessantemente gli imprevedibili stili comunicativi della coscienza: custode di un linguaggio pronto a depositarsi sul corpo e lungo i suoi organi.

Nello specifico il nostro organismo deve le sue funzioni a quelle due istanze immateriali, anima (coscienza) e vita (spirito) che all'unisono promuovono un incessante equilibrio. Valorizzando più da vicino una dimensione che prenda le distanze dai parametri ordinari, la coscienza nei confronti del corpo riflette quell'espressività capace di aprire le porte verso un mondo infero che non sempre si accoglie, ma dal quale si può attingere qualcosa di nuovo: nuove forme di coscienza correlate agli stati energetici che caratterizzano le nostre profondità.

Per questo motivo sarebbe necessario operare una revisione dei suoi numerosi canali comunicativi in quanto la sua inafferrabile e luminosa autonomia promuove di contro una libertà che garantisce sia una rinascita del corpo sia la morte di un concetto, che in maniera silente: si era insediato al nostro interno.

Il valore simbolico della morte

I concetti di morte e malattia presuppongono l'esistenza di un modo di percepire e rappresentare il proprio stato di salute come un qualcosa di definitivo e privo di ulteriori sfumature.

Quando le varie funzioni psicofisiologiche interagiscono in maniera ripetitiva, rischia di profilarsi uno stato della mente che riteniamo armonioso e omeostatico, ma che di contro risulta erroneamente funzionale.

Eppure nel momento stesso in cui una qualsiasi funzione organica esce dai binari del quotidiano, il precedente equilibrio psicosomatico non solo è messo in discussione bensì tradotto immediatamente in una forma di malattia pronta ad essere etichettata, nonostante quest'ultima voglia valorizzare la scomparsa di un ordine che a propria insaputa aveva rappresentato un solido equilibrio e che nel qui ed ora mette prepotentemente in discussione la nostra unità psicobiologica (Hebb, D. O., 1949).

Nondimeno ciò che si evidenzia è la compresenza di pensieri sia individuali che collettivi in grado di soverchiare il possibile e reale messaggio che la malattia vuole effettivamente trasmettere.

Il turbamento dell'armonia intrapsichica sembrerebbe pertanto invitare l'individuo ad abbandonare uno schema che aveva assunto in un primo istante una direzione unilaterale, ma per nulla espressiva.

Quello che dunque si vorrebbe valorizzare attraverso la comparsa del sintomo, è proprio l'invito al cambiamento attraverso la morte di un codice assodato come normativo, ma che di autentico e personale sembra non custodire più nulla.

L'invito alla rinascita e dunque a un cambiamento presuppone l'accoglienza di una transizione, cioè di un passaggio da una condizione limitante e ormai mortifera ad una fioritura rispetto alla quale ambo i poli (fine e inizio) custodiscono due stati energetici della coscienza pronti a ripristinare un nuovo flusso di pensiero che si propaghi in maniera adattiva finanche sul proprio organismo (Siegel, D. J., 2017).

Il corpo riflette quel campo d'eccellenza dell'espressione e della realizzazione (funzionale o meno) della coscienza e di tutti quei numerosi processi e mutamenti che avvengono all'interno di essa.

La dimensione ancestrale di cui è caratterizzata chiama in causa immagini primigenie lontane nel tempo che non tardano a esprimersi sul palcoscenico fisiologico (Capra, F., 2021).

Di conseguenza il sintomo è la diretta espressione di quell'evento che nell'immediato viene tradotto in malattia, ma che in maniera più sottile esprime un linguaggio antico che altro non vuole se non restituire un nuovo ordine: una nuova analogia capace di allontanarci dai parametri ordinari.

Come i contenuti onirici aprono le porte ad un ventaglio esplorativo e mai interpretativo, così la coscienza si fa garante di codici antichi in grado di mettere in discussione quelli comuni.

Eppure, come ricordato da Marie Louise von Franz, la traduzione di un evento dell'anima coincide con la morte delle sue potenzialità espressive, pertanto l'interpretazione come anche l'assegnazione di futili etichette relativi al nostro vissuto coincide con il soffocamento di una coscienza sottile. In questo caso il concetto di morte non porta con sé la possibilità di un'imminente rinascita, bensì l'esclusione a priori di una possibilità, ovvero quella di lasciare andare un qualcosa che ormai ha fatto il suo tempo (Von Franz, M, L., 2007).

Sotto il profilo psicosomatico un sintomo rispecchia un segnale che calamita attenzione, energia e interesse mettendo in discussione la logica con la quale sino ad ora siamo stati soliti orientarci nel mondo.

Pertanto un qualsivoglia sintomo deve essere legittimato nella sua natura a-causale e a-meccanicistica, in quanto ciò che sembra provenire dall'esterno altro non è che un richiamo e ancor più un invito a riconnetterci con quanto di più insito è custodito al nostro interno.

La dimensione onirica

Grazie ai sogni lo stato di coscienza invita tutti noi ad ampliare lo sguardo e a percepire la morte quale momento di transizione verso una parte più intima di noi stessi (Jung, C, G., 2019).

La malattia ha infatti radici profonde nell'essere umano come quelle della morte, per cui se si riuscissero a cogliere la grandezza e la dignità della morte stessa si acquisirebbe una maggiore consapevolezza rispetto a quanto l'ostacolare il proprio cambiamento e dunque la propria transizione verso un nuovo stato di coscienza, rispecchi di conseguenza l'espressione più grande di nevrosi.

In questo risiede appieno la differenza tra la lotta

alla malattia e la trasmutazione della stessa (Jung, C.G. 1912).

La guarigione nasce difatti da una malattia trasmutata e mai dal sintomo perché la guarigione presuppone che l'uomo diventi più integro e in grado di accogliere l'integrità della sua coscienza (Rovelli, C., 2015).

Quanto si vuole sottolineare è come oggi siano necessari tanti nuovi apprendimenti quanti sono gli imprevedibili stati della coscienza e dei suoi stili comunicativi.

Sotto il profilo onirico il sogno è un fenomeno naturale e privo di intenzionalità, difatti non lo si può spiegare e tradurre con una psicologia dedotta dalla ragione (Steinsaltz, A., 2018).

Esso prevede un particolare tipo di funzionamento che per nulla risulta dipendere dalla volontà, dai desideri e tantomeno dalle intenzioni dell'Io cosciente e razionale (Corbin. H., 1953).

Quest'ultimo riflette un'istanza psichica rispetto alla quale convergono interpretazioni e spiegazioni del tutto causali, poiché gli schemi acquisiti e il proprio modo di pensare abitudinario confermano la presenza di uno stile comunicativo che sembra non avere fondamenta proprie.

Ma al contrario soggiogato da una logica esterna che a propria insaputa rischia di farci prendere le distanze da quella che Hillman aveva definito coscienza dell'anima, la sola in grado di destare il sognatore dal suo lo cosciente e limitante.

Bibliografia

Capra, F., (2021), "Il Tao della fisica", Adelphi Editore, Torino, 2021. Corbin, H., (1953), "Terre celèste et corps de rèsurrection", Eranos Jahbucher, vol. 21, 1953. Dethlefsen, T., (1984), "Malattia e destino. Il valore e il messaggio della mallattia", Edizioni Mediterranea, Torino, 1984. Hebb, D. O., (1949), "L'organizzazione del comportamento: una teoria neuropsicologica". Franco Angeli ed., Milano 1975. Hillman, J., (2019), "Re-Visione della psicologia", Adelphi Editore, Milano, 2019. Jung, C.G., (1912), "Simboli della trasformazione". In Opere, vol. 5. Tr. it. Boringhieri, Torino 1970. Jung, C, G., (2022), "Anima e morte", Adelphi Editore, Milano, 2022. Jung, C, G., (2019), "Gli archetipi e l'inconscio collettivo", Bollati Boringhieri, Torino, 2019. Rovelli, C., (2015), "La realtà non è come appare. La struttura elementare delle cose", Raffaello Cortina Editore, Milano Siegel, D. J., (2017), "La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale". Raffaello Cortina, Milano 2017. Steinsaltz, A., (2018), "L'anima", Giuntina, Firenze, 2018. Von-Franz, M, L., (2021), "La morte e i sogni", Bollati Boringhieri Editore, Torino, 2021. Von Franz, M, L., (2007), "Il femminile nella fiaba", Bollati Boringhieri, Torino, 2007.

Esperienze cliniche

Le narratrici: il lutto in adolescenza, dal dolore alla narrazione condivisa

di Maria Selene Tarascio e Simona Currò

Il presente articolo descrive il percorso di gruppo di quattro ragazze che sono state accolte nello "Spazio Giovani" dal Dirigente psicologo del Consultorio Familiare dell'ASP di Catania, Distretto Sanitario di Acireale.

"La perdita di una persona cara è un evento che attiva delle risposte emotive e richiede un cambiamento" (Perdighe, Mancini, 2010). La morte è una fase del ciclo di vita che rompe una trama, non solo di storia individuale, ma anche familiare e collettiva. L'evento luttuoso è, infatti, una transizione psicosociale, in quanto portatore di cambiamenti permanenti che richiedono una grande capacità di adattamento; a maggior ragione quando ci si ritrova adolescenti innanzi alla morte di un genitore.

"La morte si colloca come un 'esperienza di separazione che non ha ritorno e che interferisce nel percorso evolutivo di appartenenza e separazione dell'adolescente" (Giusti, Milone, 2015).

Affrontare il lutto di un genitore in questa fase evolutiva comporta la ridefinizione dei sistemi di attaccamento, delle relazioni con il proprio nucleo familiare e con le famiglie di origine dei genitori, dei progetti futuri e della routine quotidiana, ma anche di nuove responsabilità, ruoli e identità.

Durante lo "Spazio Giovani" in Consultorio, il percorso gruppale è stato co-condotto dal Dirigente Psicologo e dalla tirocinante specializzanda in Psicoterapia. Gli incontri di gruppo sono stati svolti in modalità parallela ad un percorso individuale già avviato in precedenza; è stato ritenuto utile proporre le attività di gruppo in quanto tutte e quattro le ragazze erano accomunate dall'esperienza del lutto della madre morta a causa di patologia oncologica.

Gli incontri, a cadenza quindicinale, vengono svolti utilizzando la metodologia del circle time. All'interno del gruppo ciascun partecipante si racconta in modi e tempi propri. Obiettivo del percorso è quello di validare la sofferenza di ognuno, potenziare risorse interne, promuovere adeguate strategie di coping e offrire uno spazio sicuro di condivisione e supporto.

Il gruppo stesso è uno strumento di coping interpersonale, in quanto favorisce lo sviluppo e il potenziamento di stili di comunicazione, l'apprendimento dalle esperienze altrui, la possibilità di essere di aiuto da chi si ritrova a vivere la stessa esperienza. Stare in un gruppo di supporto psicologico permette al soggetto di transitare da una posizione passiva di colui che

viene confortato ad un'attivazione positiva: si dona all'altro lo sguardo, le parole e il conforto che si è ricevuto o che si sarebbe voluto ricevere.

Yalom, psichiatra statunitense, approfondendo la terapia di gruppo ha individuato undici fattori terapeutici fondamentali, tra questi il principio dell'universalità: la scoperta/accettazione del fatto che la sofferenza psichica non è solo propria ma può essere condivisa con altri, i quali a loro volta sono abitati dalle loro rispettive quote di dolore. Condividere il dolore permette di normalizzare, riattribuire senso alla propria sofferenza e di sentirsi meno solo (Di Maria F. Formica, 2009).

Le partecipanti al gruppo hanno spesso verbalizzato timore e chiusura rispetto ai coetanei e difficoltà ad aprirsi e condividere con loro l'esperienza della perdita. Una delle partecipanti in un confronto disse "io ne parlo della morte di mia mamma, certo non con chiunque, perché la gente non capisce, sminuisce sempre o banalizza".

Durante gli incontri, ancora in itinere, le ragazze si sono confrontate sull'esperienza di malattia e morte della madre, il rapporto col padre e i fratelli, con le famiglie dei genitori, i loro modi di ricordare la mamma e i riti di famiglia.

Durante gli incontri si è potuto osservare come l'eterogeneità delle esperienze condivise sia stata arricchente per tutte, in quanto ha permesso l'apertura a nuove prospettive e punti di vista non presi in considerazione per paura, come ad esempio, aprirsi ad una nuova relazione di coppia del padre.

Si è assistito in un caso, addirittura alla rivalutazione in senso positivo del proprio punto di vista, precedentemente molto determinato ad escludere in maniera categorica questa possibilità.

Un ulteriore "filo rosso" che accomuna tutte le partecipanti è stato fin dall'inizio la preparazione dell'esame di maturità e la ricerca del proprio futuro, alla luce di una nuova identità, nuova storia e setting familiare. "La narrazione infatti permette di ricostruire I 'esperienza e attribuirgli significato, aumentando la consapevolezza e la conoscenza di sé, elaborando gli eventi dando loro un senso e una collocazione nella linea evolutiva della storia di vita " (Pesci, 2020).

Dopo circa tre mesi di lavoro, preso atto in modo particolare della timidezza di una delle partecipanti e della sua grande difficoltà a verbalizzare vissuti ed emozioni, si è pensato di proporre al gruppo un laboratorio di arte terapia, allo scopo di favorire una più libera e meno strutturata espressione emotiva. Inizialmente è stata proposta l'attività con gli Albi Illustrati, utilizzando sei albi che in maniera diversa descrivono il processo della perdita, delle mancanze e del viaggio verso l'aldilà. Questa attività ha permesso un confronto libero e simbolico su tematiche delicate e difficili quali il lasciare andare e il ricominciare. E stata osservata una buona capacità di riflessione, ascolto, osservazione, condivisione, cooperazione nello scambio degli albi ed è emerso un forte senso di attenzione e accudimento empatico l'una nei confronti dell'altra.

Nell'incontro successivo è stato chiesto a ciascuna di costruire una metafora personale sulla perdita. Sono stati utilizzati immagini, colori, disegni, ritagli di giornali, versi di poesie e canzoni, ognuna si è dedicata, attraverso la realizzazione creativa di un collage, a riflettere su stessa, sui propri schemi e sui propri vissuti emotivi.

In un altro incontro è stata proposta la realizzazione di un lavoro comune allo scopo di stimolare la riflessione sulla forza dei legami, sulla gratitudine e sul senso di appartenenza: la prima fase ha previsto un brainstorming sul significato di "essere gruppo"; nella seconda fase è stato chiesto di scegliere il nome per il gruppo, al fine di definire e rafforzare l'identità e l'appartenenza. Il prodotto finale ha visto le ragazze impegnate nella realizzazione di un cartellone/manifesto che ha affermato anche visivamente l'essenza di questo specifico gruppo. In maniera chiara è emersa l'importanza che attribuiscono "all'essere parte", all'ascoltare ed essere ascoltate, alla bellezza di creare insieme una nuova narrazione di sé e di nuove dinamiche relazionali. Anche la narrazione del dolore che ognuna faceva della propria storia si è evoluta nel corso degli incontri; insieme, sostenendosi l'un l'altra nel passaggio da un vissuto di perdita a un nuovo sentimento di integrazione e di ridefinizione del sé.

Il nome che il gruppo ha scelto è stato per l'appunto "Le narratrici".



Bibliografia

Di Maria F. Formica I. Fondamenti di gruppoanalisi. Il Mulino, 2009.

Giusti E. e Milone A. (2015). Terapia del lutto. La cura delle perdite significative. Collana di Edoardo Giusti.

Perdighe C. e Mancini F. (2010). Il lutto: dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. Psicobiettivo, 3.

Pesci S. (2020). Lutto: la ricerca di significato.

Riflessioni

Thanatos ed Eros nella psiche ucraina: dinamiche di lutto e resilienza durante la guerra

di Liudmyla Ilchenko

La guerra in Ucraina ha trasformato la vita quotidiana in un'esperienza psicologica estrema, un'oscillazione continua tra sopravvivenza e morte. La pulsione distruttiva di Thanatos si manifesta nelle città bombardate e devastate, divenute simboli di tragedia universale: Bucha, teatro di massacri; Mariupol, ridotta in macerie; i quartieri distrutti di Kharkiv, Kiev, Odessa, Zaporizhzhia e molte altre località, dove edifici crollati e strade sventrate riflettono un'angoscia collettiva.

Alla disgregazione dell'ambiente urbano si accompagna la devastazione fisica di migliaia di vite, segnando un trauma corporeo che precede e alimenta quello psichico. La perdita della casa, della scuola, dei luoghi di socialità e della memoria culturale genera un lutto diffuso e prolungato, espresso in ansia costante, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e senso di impotenza.

La distruzione colpisce non soltanto i corpi, ma anche la mente. La perdita della casa, della scuola, dei luoghi di socialità e della memoria culturale genera un lutto diffuso e prolungato, espresso in ansia costante, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e senso di impotenza. Tra le ferite invisibili della guerra vi è il dolore dell'attesa: quello delle madri e delle mogli che continuano a sperare nel ritorno dei propri figli e mariti, anche quando la comunicazione ufficiale annuncia la morte o la scomparsa in

battaglia e i corpi non vengono ritrovati. È un lutto sospeso, dove la certezza della perdita si mescola alla fragile speranza, creando un dolore silenzioso e infinito. Così, come tante donne, anche mia cognata attende il ritorno di suo figlio (mio figlioccio), padre di due piccole bambine. Ogni giorno intriso di speranza e memoria, queste donne immaginano un abbraccio che forse non arriverà, ma che le sostiene nel vivere e proteggere la continuità della vita familiare. Questa attesa diventa, paradossalmente, una forma di forza interiore: il legame con chi è assente mantiene viva l'identità affettiva e la capacità di sperare, trasformando il dolore in energia vitale.

La guerra ha inflitto ferite profonde anche ai bambini, trasformando la loro infanzia in un incubo di paura e perdita. Studi indicano che oltre la metà dei bambini e adolescenti ucraini tra i 7 e i 18 anni ha vissuto esperienze traumatiche dirette, come bombardamenti, perdita dei genitori o distruzione della casa. Molti manifestano sintomi di stress post-traumatico, tra cui insonnia, incubi, ansia e regressioni comportamentali. I bambini più piccoli, soprattutto sotto i sei anni, vivono la guerra in maniera ancora più intensa, con regressioni dello sviluppo, difficoltà a dormire, pianti frequenti, agitazione motoria e attaccamento eccessivo ai caregiver. Il supporto tramite giochi guidati, narrazione di storie e contatto affettivo stabile

si è dimostrato fondamentale per elaborare il trauma e costruire resilienza anche in contesti di guerra.

Accanto alla distruzione, emerge una straordinaria capacità di adattamento. Nei rifugi sotterranei e nelle stazioni della metropolitana, gli insegnanti continuano a tenere lezioni; i bambini siedono in aule improvvisate; gli anziani raccontano storie; i musicisti suonano mentre risuonano le sirene. Questi gesti quotidiani assumono un valore terapeutico, diventando strumenti di regolazione emotiva e di resistenza psicologica in un contesto dominato dalla paura. La guerra acuisce la percezione del tempo e intensifica la sensibilità emotiva. Le notti insonni, scandite dalle sirene e dai bombardamenti, alimentano uno stato di stress cronico e di iperattivazione del sistema nervoso, ma risvegliano al contempo impulsi profondi di cura e di attaccamento. Gli ucraini, con una fame di vita quasi viscerale, cercano di amare, creare e generare. Oggi. Perché il domani potrebbe non arrivare.

La determinazione collettiva si riflette anche nei gesti concreti per preservare un'apparenza di normalità: le strade vengono pulite ogni giorno, i giardini curati, i danni riparati appena possibile. Le fioriture tra le macerie diventano simboli di speranza e di ordine emotivo, contrastando il caos della distruzione. Il dolore si trasforma così in memoria condivisa e in senso di controllo, elementi essenziali per la salute mentale. Un volto ancora più potente di questa forza interiore si manifesta nei militari che, anche dopo aver perso gli arti, scelgono di non arrendersi. Invece di restare a casa, imparano a vivere con le protesi, affrontano la riabilitazione fisica e

psicologica e, spesso, tornano al fronte. Il loro desiderio di garantire ai figli un futuro libero e indipendente supera il dolore corporeo: la perdita diventa spinta vitale, testimonianza estrema di ciò che Eros rappresenta anche nella distruzione: la forza di ricominciare.

Dal punto di vista clinico, si osserva un aumento significativo di disturbi post-traumatici, ansia, depressione e sintomi dissociativi. Due anni dopo l'inizio della guerra su larga scala in Ucraina, il numero di ricoveri psichiatrici è aumentato del 27% rispetto al periodo pre-bellico, passando da 433,4 ricoveri/mese a 552/mese ad aprile 2024. Sebbene le ospedalizzazioni attribuite a traumi psicologici legati alla guerra siano salite dal 12,2% al 17,3%, la loro proporzione sul totale è rimasta relativamente stabile, indicando una domanda costante di cure per il trauma. Contemporaneamente, il personale medico disponibile è diminuito e una parte significativa dei lavoratori sanitari è stata sfollata o ha subito ferite. Purtroppo, nonostante l'esistenza di diversi programmi nazionali di supporto psicologico, la carenza di psicologi militari e di professionisti specializzati nel trauma limita la possibilità di offrire aiuto a tutta la popolazione, costringendo molti cittadini ad affrontare il dolore con risorse individuali e comunitarie. Uno studio recente condotto su giovani ucraini tra i 18 e i 35 anni ha evidenziato che, pur in presenza di livelli elevati di ansia e depressione, la resilienza rappresenta un fattore protettivo determinante. I dati mostrano che maggiore è la resilienza, minori risultano i sintomi di disadattamento e migliore la qualità della vita percepita. Anche se l'età sembra influire lievemente in senso negativo, altre variabili sociali, come lo stato civile o il livello d'istruzione,

non hanno mostrato effetti significativi. In condizioni di guerra, dunque, la capacità di mantenere legame, significato e speranza diventa la risorsa più stabile: un'espressione di Eros che, opponendosi alla distruzione, preserva la vita psichica e la coesione interiore. In guesto contesto, la solidarietà e la cooperazione diventano strumenti vitali per la sopravvivenza emotiva e la ricostruzione del senso di normalità. Tuttavia, la solidarietà e la creatività collettiva permettono di trasformare il dolore in significato, preservando identità, continuità narrativa e funzione sociale. Le scuole nei rifugi, i laboratori artistici e le iniziative civiche diventano spazi sicuri dove elaborare emozioni complesse e sviluppare strategie di adattamento. Il paradosso della psiche in guerra è chiaro: Thanatos distrugge, ma Eros, attraverso la cura, la cooperazione e la creazione, sostiene la vita. La costante minaccia di morte intensifica il bisogno di amare, di appartenere e di resistere. Non esiste luogo in Ucraina dove ci si possa

La guerra dimostra che, anche sotto le bombe, la psiche resiste e cerca significato. È la prova della forza intrinseca della vita, che continua a emergere nonostante tutto, anche quando mancano risorse e professionisti per sostenere chi soffre. È in questa tensione tra distruzione e rinascita che l'Ucraina, ogni giorno, riafferma la propria umanità.

sentire completamente al sicuro, eppure il lutto

si intreccia con la vita, diventando strumento di

crescita e testimonianza.

Riferimenti bibliografici

Frankl, V. E. (2006). Man's search for meaning (2nd ed., pp. 45–89). Beacon Press.

Frankova, I., et al. (2025). Leveraging mental health frameworks for Ukrainian soldiers. Journal of Military Psychology. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772408525001206?utm_source=chatgpt.com

Kurapov, A., et al. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war. Frontiers in Psychiatry. https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1134780/pdf?utm_source=chatgpt.com

Lotzin, A., et al. (2025). Resilient coping during the Russian-Ukrainian war: Does it moderate trauma effects? European Journal of Psychotraumatology. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X25000197?utm_source=chatgpt.com

Pinchuk, I., et al. (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. Psychiatric Services. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11951524/?utm_source=chatgpt.com

Sodolevska, V. (2025). Psychological maladaptation and resilience: The experience of Ukrainian youth during the war. Psychosomatic Medicine and General Practice, 10(1). https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/585/1355

UNICEF. (2023). Children in Ukraine: Protecting mental health and wellbeing in conflict zones. https://www.unicef.org/ukraine/reports/mental-health-and-wellbeing

Shtepa, O., & Ivanov, P. (2023). Psychological trauma and coping strategies among Ukrainian adolescents during the war. Journal of Child and Adolescent Trauma, 16(4), 451–467. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00567-8

Kuznetsova, T., Petrenko, V., & Moroz, L. (2024). Early childhood trauma in war contexts: Developmental regressions and intervention strategies. European Journal of Developmental Psychology, 21(2), 215–234. https://doi.org/10.1080/17405629.2024.1178923

Esperienze cliniche

Thanatos, Traumi e Lutto Collettivo: un approccio integrato attraverso il progetto Too Box® per la gestione dignitosa della morte in ambito ospedaliero e stradale

di Tiziana Lo Nigro

Abstract

Il concetto di Thanatos evoca la morte e la distruzione, dimensioni che si manifestano oggi in guerre, genocidi e morti traumatiche che feriscono individui e collettività. Il lutto si configura sempre più come trauma collettivo con complesse implicazioni psicologiche e sociali. L'introduzione al tema di Thanatos e al lutto collettivo Thanatos, dall'omonimo concetto psicoanalitico, rappresenta l'istinto di morte che convive con la pulsione di vita. Nelle tragedie contemporanee – guerre, genocidi, suicidi, femminicidi, incidenti mortali – Thanatos si manifesta come sfida alla coesione sociale e umana, mettendo in evidenza la fragilità fisica ed esistenziale degli individui (Moscovici, 2014). Il lutto traumatico si manifesta guindi non soltanto come elaborazione individuale ma come esperienza collettiva che coinvolge intere comunità. Numerosi studi hanno evidenziato l'aumento di disturbi post-traumatici e depressione nelle aree colpite da evento traumatici, sottolineando l'importanza della dimensione culturale e simbolica nel processo di riparazione sociale e nella costruzione del

lutto (Alexander et al., 2004; Neria, Nandi, & Galea, 2008). Ricerche di psicotraumatologia dimostrano che il lutto traumatico acuto è associato a gravi conseguenze psicopatologiche, tra cui ansia, depressione e isolamento sociale nei familiari (Shear, 2015). La gestione rispettosa e organizzata della restituzione degli effetti personali delle vittime influenza positivamente il processo di elaborazione del lutto, riducendo il disagio psichico (Sveen, Jahren Kristensen, & Dyregrov, 2016). Dal punto di vista neurobiologico, eventi traumatici improvvisi attivano circuiti di stress cronico che interferiscono con la regolazione emotiva e la memoria (Lanius et al., 2010). In questo contesto, la restituzione degli oggetti personali, considerata come rito simbolico e performativo, favorisce la rielaborazione emotiva e la riconnessione affettiva (Wortmann & Park, 2008).

Aspetti etici e normativi

La restituzione dignitosa degli oggetti personali delle vittime richiama principi di diritto alla memoria, dignità umana e consenso informato. La mancanza di regolamentazioni uniformi a livello nazionale evidenzia la necessità di linee guida integrate che uniscano responsabilità giuridica ed evoca professionale (Colombo & Fontana, 2023). Il Progetto Too Box® rappresenta un dispositivo innovativo e integrato per una gestione umanizzata nei contesti ospedalieri e di emergenza. Questo modello è una risposta concreta ai bisogni emotivi e organizzativi derivanti dal lutto traumatico, valorizzando l'esperienza della restituzione come momento simbolico ad alto impatto emotivo gestito attraverso un protocollo che integra competenze psicologiche e sanitarie, offrendo un modello di best practice per una gestione umanizzata e dignitosa del lutto traumatico. Per comprendere come le teorie e le prassi elaborate nel contesto del lutto traumatico e del Progetto Too Box® trovino concreta attuazione, si presenta un breve caso clinico esemplare. Questo caso illustra l'intervento integrato in un incidente stradale con esito mortale, in cui la gestione psicologica delle famiglie e la restituzione rispettosa degli oggetti personali delle vittime sono stati curati seguendo il protocollo Too Box®.

Caso clinico: incidente stradale con esito mortale e intervento psicologico e restituzione oggetti

In una calda giornata estiva a Palermo, un grave incidente stradale ha provocato la morte di due giovani ragazzi. Dalle prime ricostruzioni dell'accaduto, l'impatto violento ha richiesto un rapido intervento delle forze dell'ordine, della Polizia Stradale e della Polizia Municipale, sopraggiunti tempestivamente sul luogo del sinistro. Lo scontro è stato violento. Secondo le

prime ricostruzioni e per cause ancora da chiarire, uno dei veicoli non è riuscito a rientrare nella sua corsia, causando il forte impatto sull' asse viario cittadino tra i due veicoli. Dopo lo schianto dei due giovani motociclisti è stato allertato il 118 che ha cercato di prestare i primi soccorsi ai giovani, ma purtroppo per entrambi non c'è stato nulla da fare. L'intervento immediato e congiunto dei professionisti per gli accertamenti necessari, tra cui due psicologi specializzati intervenuti per ridurre lo stress acuto, sostenere i familiari in fase peritraumatica garantendo modalità rispettose nella restituzione degli effetti personali in modo umano dignitoso e organizzato.

Aspetti clinici e psicologici

L'approccio adottato segue un protocollo specifico in ambito emergenziale, che prevede una valutazione immediata e un sostegno mirato alle vittime dirette e indirette dell'evento traumatico luttuoso. Tra gli obiettivi, la restituzione degli oggetti personali ai familiari delle vittime, ha un ruolo fondamentale nel processo di lutto e accettazione del trauma, facilitando il rispetto e la dignità delle vittime. L'importanza di un intervento integrato tra forze dell'ordine, medici legali e team di supporto psicologico secondo protocolli innovativi, rappresenta un'eccellenza per il trattamento multidisciplinare delle vittime di incidenti stradali e delle loro famiglie, valorizzando anche aspetti spesso trascurati come la restituzione degli oggetti considerate le ultime parole del proprio caro. Il processo di restituzione degli oggetti personali alle famiglie delle vittime di incidenti stradali in acuzie o in ospedale, come previsto dal progetto Too

Box®, si fonda su principi di rispetto, tutela emotiva e organizzazione scrupolosa e nasce dall'esigenza di sostituire una pratica consueta e poco dignitosa che prevede la restituzione degli effetti personali della persona deceduta o in gravi condizioni di salute (codice rosso) attraverso il sacco nero della spazzatura ad oggi utilizzato in tutte le strutture sanitarie per la riconsegna degli oggetti ai familiari. La restituzione fisica degli oggetti in un contesto protetto e con sensibilità, riduce possibili ulteriori traumi. Lo scopo è anche quello di preservare la memoria delle vittime e di promuovere un lutto più accettabile e dignitoso adottando il dispositivo Too Box®. Questa procedura unitamente al dispositivo indicato ha dimostrato di essere un prezioso supporto per le famiglie delle vittime, riducendo lo stress correlato al trauma e promuovendo una maggiore elaborazione psicologica del dolore. La restituzione degli oggetti non è solo un atto materiale ma fa parte integrante del processo clinico empatico e di gestione del trauma nel contesto degli incidenti stradali o nella gestione del trauma improvviso con riserva sulla vita in Pronto Soccorso.

Conclusioni

Il lutto traumatico, inteso come esperienza sia individuale che sociale, richiede un approccio complesso e interdisciplinare che coniughi rigore scientifico, consapevolezza culturale e sensibilità umana. La restituzione dignitosa degli oggetti personali attraverso il Progetto Too Box appare come ponte tra il mondo della tecnica e quello del simbolico, offrendo alle comunità strumenti per elaborare il trauma in modo più integrato e resiliente. Rileggere Thanatos non solo come istinto di morte ma come occasione di trasformazione sociale e culturale è la sfida scientifica e umana a cui questo progetto intende contribuire.

Riflessioni

Dall'ombra di Thanatos alla luce di Eros: la Resilienza come slancio vitale per le organizzazioni

di Valentina Pantano

Introdotti dalla Psicoanalisi freudiana per descrivere le due pulsioni primarie e antagoniste che guidano il comportamento umano e le dinamiche della civiltà, i termini *Eros e Thanato*s, sono mutuati dalla mitologia greca, secondo cui Eros è il dio dell'amore e della procreazione e Thanatos è la personificazione della morte.

Identificare la dimensione del *Thanatos* nel contesto organizzativo richiede l'individuazione di dinamiche e comportamenti che, come avviene a livello individuale, manifestano, a livello collettivo, analoghe tendenze all'autodistruzione, alla stagnazione. Un evento legato alla morte, come il lutto, o alcune dinamiche relazionali distruttive, come *mobbing, burnout* o conflitti irrisolti impattano significativamente sulla sfera sociale e relazionale dell'organizzazione lavorativa stessa.

La morte è purtroppo ancora oggi un tabù in molte culture e ambienti; tuttavia se da un lato il lutto può rafforzare i legami umani, portando a maggiore empatia, disponibilità all'ascolto e supporto reciproco, dall'altro, la difficoltà nel comunicare la propria sofferenza, può condurre la vittima a isolarsi. Anche la mancata capacità di affrontare il tema può creare un senso di distanza portando a reazioni inappropriate o all'evitamento della persona attraversata dall'esperienza del lutto.

Le manifestazioni concrete della pulsione di morte in un'organizzazione spesso si celano sotto l'apparenza di procedure stagnanti, di una cultura aziendale rigida e a volte *autofagica*, poiché si nutre delle sue stesse competenze non avvalendosi di risorse di apprendimento generativo esterne a sé. (Pier Sergio Caltabiano, *L'autofagia cognitiva quale nemico della ricchezza intellettuale*, AIF Learning news, Aprile 2010, anno IV n. 4)

La realtà aziendale cosi descritta diventa un sistema a sé stante con regole eccessive e processi inutilmente complessi che soffocano l'azione e la creatività. L'eccessiva focalizzazione sul controllo e sul calcolo può congelare le emozioni e la motivazione squalificando l'umore del team e conducendo via via alla determinazione di una struttura organizzativa razionale focalizzata solo sulla logica produttiva e sul processo ma priva di vita, di anima.

Lotte di potere, reparti che operano in isolamento e ostilità, competizione sleale, mancanza di riconoscimento e processi di comunicazione inefficace logorano l'organizzazione generando, non solo situazioni di stallo produttivo e distruzione organizzativa ma anche conflitti relazionali che rendono l'ambiente lavorativo nocivo e tossico.

Mobbing e burnout rappresentano l'apice delle forze tanatiche nel contesto lavorativo distruggendo la fiducia, la collaborazione e il senso di appartenenza influenzando negativamente il benessere psico-sociale dei dipendenti, generando ansia, stress e disinteresse, compromettendo le relazioni, la produttività e la salute mentale dell'intero team.

Come nella psiche umana, anche nell'anima organizzativa aziendale, la forza archetipica di *Thanatos* dialoga e si intreccia con la *resilienza*, l'innata capacità di un individuo o di un'organizzazione di anticipare, prepararsi, rispondere e adattarsi ai cambiamenti o a interruzioni improvvise al fine di sopravvivere mantenendo performance solide e costanti nel tempo.

Se *Thanatos* presenta la sfida, la *resilienza* fornisce gli strumenti per superarla.

La resilienza non è una dote innata, ma un processo dinamico che si costruisce e si rinforza. È una competenza trasversale che richiede l'attivazione di diverse risorse, come l'accettazione della realtà, la capacità di chiedere aiuto, la flessibilità mentale ma soprattutto la ricerca e la ristrutturazione del significato: trovare un senso o uno scopo al dolore può trasformarsi in una fonte di crescita personale e collettiva.

La resilienza quale dimensione proattiva della flessibilità rappresenta un'importante competenza per perseguire il proprio e altrui benessere, superando gli ostacoli che la vita ci presenta e attribuendo agli stessi nuovi e generativi significati (*Leadership e Visione Creativa*, Robert B. Dilts prefazione a cura di P. S. Caltabiano, Guerini e Associati 2014).

La *resilienza* in questo contesto non è solo la capacità di resistere agli urti, ma anche di trasformare l'energia distruttiva in forza vitale e costruttiva.

Un *Leader* resiliente tollera le dinamiche distruttive ma stabilisce limiti chiari e promuove all'interno della sua organizzazione la cultura del rispetto e della sicurezza psicologica, facendosi portavoce di una risoluzione costruttiva, trasformando l'energia aggressiva in dialogo e apprendimento. La resilienza del Leader si manifesta nel mantenere e comunicare una visione chiara e stimolante, coltiva la sua e l'altrui motivazione riaccende nell'organizzazione la fiamma vitale della passione, dell'impegno e dell'energia. Il Leader resiliente è colui capace, nel suo percorso di guida, di affrontare le avversità della vita, di superarle e di elaborarle, sviluppando conseguentemente nuove e superiori abilità e competenze di empowerment, autoconsapevolezza e autoapprendimento (Pier Sergio Caltabiano, La Self Leadership Generativa per lo sviluppo delle organizzazioni, Capitale Intellettuale, n. 1° maggio 2024).

L'organizzazione resiliente non teme il fallimento, ma trae da esso una nuova opportunità di apprendimento. Il *Leader* incoraggia l'innovazione e il cambiamento, supera con coraggio le procedure e le culture obsolete che soffocano la vita dell'azienda e del team, rassicura con stabilità emotiva e guida con empatia costruendo e favorendo le relazioni tra collaboratori e tra collaboratori e *management*. Il Leader illuminato dall'energia motivazionale di *Eros* trasmette ai suoi *follower* un senso chiaro e coinvolgente della vision e della mission aziendale, soddisfacendo così il bisogno di affiliazione, *affiliation*, nutrendo il suo successo, *success*, e di conseguenza, il suo potere, *achievement*. (David McClelland, *The Achieving Society*, Martino Fine Books, 2010).

La Psicologia del Lavoro offre strumenti e approcci specifici per aiutare i *leader* ad affrontare, in modo resiliente, il lutto e tutte le dinamiche tanatiche, intese come pulsioni distruttive, stagnazione organizzativa e resistenza al cambiamento. La disciplina della Psicologia Organizzativa non si limita a supportare il singolo, ma mira a costruire una resilienza diffusa in tutta l'organizzazione.

In questo scenario lo Psicologo del Lavoro può aiutare *leader, manager*, dirigenti e collaboratori a sviluppare strategie efficaci per gestire il dolore, lo stress e la stanchezza emotiva, a capire quali compiti sono gestibili e quali, invece, dovrebbero essere delegati o posticipati riducendo cosi il rischio di errori e a ridefinire e ricalibrare efficacemente gli obiettivi aziendali.

Per contrastare le manifestazioni di *Thanatos* in un'organizzazione, è cruciale coltivare le forze di innovazione e creatività, di collaborazione e senso di comunità ma soprattutto di resilienza di Eros. Comprendere questa dinamica trasformativa spinge a non temere il fallimento, ma a vederlo come il terreno fertile su cui innestare la crescita più profonda e significativa.

La resilienza è la forza di vita che viene inoculata in un corpo organizzativo malato e, come per la psiche umana, funge da catalizzatore necessario per l'apprendimento, la guarigione e la ricostruzione di una cultura sana. In questo senso l'organizzazione trova nella dimensione di crescita resiliente la forza per ridefinire costantemente il senso e la direzione motivazionale e desiderante della sua esistenza trasformando il potenziale autofagico negativo in forza evolutiva generante e generativa.

Esperienze cliniche

Sento l'odore della morte

di Enrica Piombino

Vorrei cogliere l'occasione della nostra rivista per condividere i miei sentimenti e le mie riflessioni dopo dieci anni di lavoro come psicologo in cure palliative. Collaboro con il Consorzio Sisifo come psicologo e psicoterapeuta nell'assistenza domiciliare palliativa nei distretti socio – sanitari di Canicattì e Licata. Le Cure Palliative in Italia sono regolamentate dalla Legge 38/2010 e dai successivi decreti attuativi. Esse sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, erogati da un'equipe multidisciplinare (Medico Palliativista, Infermiere, Psicologo, Assistente Sociale, Fisioterapista, Nutrizionista, Logopedista, Oss) e finalizzati alla cura attiva e totale di pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (Art. 2 comma 1a Legge 38/2010).

Di fronte alla complessità rappresentata dalla malattia inguaribile l'intervento psicologico parte da un'osservazione del paziente all'interno della sua famiglia ed è volto a co-costruire i significati del malato e dei suoi familiari entro cui interpretare il tempo della malattia, condividendoli con l'equipe e avviando, là dove necessario, una rilettura e la premessa per un possibile cambiamento. È in questa cornice che si inserisce l'incontro con Anna e la sua famiglia.

Anna, 60 anni, è in cure palliative domiciliari specialistiche da alcuni mesi a causa di una grave malattia oncologica. È una donna taciturna, moglie di Salvatore e madre di tre figli: Andrea, Luca, Martina (24 anni) che assiste con costanza la madre. Andrea e Luca, entrambi sposati, collaborano alla gestione familiare, ma appaiono fragili e impauriti. Martina pur essendo la minore tra loro, li consola e li sprona, proteggendo tutti e impedendo loro, in parte, di prendersi cura di Anna, trovandosi sempre in prima linea. Incamera attimo per attimo sensazioni, profumi, dialoghi, abbracci, lacrime della madre. Martina è in lutto anticipatorio. Il lutto anticipatorio è il periodo che precede la perdita durante il decorso di una malattia cronico-degenerativa (perdita di funzionalità e integrità fisica, della mobilità, del ruolo familiare e sociale, della vicinanza, e le perdite che si succederanno dopo la morte), dove malato e familiari possono avere vissuti simili al lutto propriamente detto e attraversare fasi di adattamento molto simili tra loro: rabbia, negazione, senso di colpa, depressione, accettazione (Cazzaniga E., Il lutto, Outis 2023).

Iniziamo il lavoro con la paziente e con il resto della famiglia senza fare grandi proclami. Il lavoro dello psicologo a domicilio, in palliative, è un lavoro che si adatta ai ritmi e ai tempi emotivi della famiglia e del paziente. All'inizio di questa assistenza Anna sta tutto il giorno

seduta o sdraiata sul divano in cucina. Partecipa a tratti alle conversazioni e alla vita della casa. Chiacchieriamo del più e del meno, da temi più leggeri a temi più seri e universali come la famiglia, l'amore, l'amicizia. Con la paziente facciamo il punto sull'andamento delle cure e sul suo stato di salute. Durante i primi incontri la cucina è affollata. Nessuno vuole restare da solo con la psicologa. Trascorrono così alcuni incontri, nel corso dei quali però, l'appuntamento diventa atteso e goduto. Finché un giorno Anna esprime il desiderio di parlarmi da sola, insieme a Martina. Esordisce la ragazza esprimendo il dolore e la rabbia provati in occasione di alcune visite di parenti che, a suo dire, non avrebbero mostrato segni di reale comprensione per tutti loro. Desidera che la madre venga rispettata e che nessuno venga in casa sua con facce e frasi di circostanza. Martina inizia da guesto colloguio in avanti ad usare lo spazio del supporto psicologico come momento di pausa, di regressione se vogliamo, durante il quale si concede finalmente il lusso di esprimere e condividere con qualcun altro le proprie emozioni.

Anche Anna fa qualcosa di nuovo durante i nostri incontri. Anche lei racconta di sé, del rimpianto per tutte le volte in cui in passato avrebbe potuto fare delle cose e non le ha fatte, rimandando. Racconta di come le manchi la propria autonomia, o semplicemente il "banale" star bene di ogni giorno. Anna mi parla delle sensazioni fisiche che è costretta a sopportare, della nausea, del dolore, del dispetto con cui è costretta ad accettare l'aiuto della figlia per qualunque necessità. Dipendere non le piace. Un giorno mi dice: <Sento l'odore della morte. Lo sento addosso a me. Ho

paura...penso allora che non ce la farò e questo pensiero mi terrorizza ... penso a tutto quello che farei se potessi, penso a quello che farò, se potrò, in futuro, stavolta non rimanderò, non sbaglierò». È questo un momento di grande intensità emotiva in cui Anna mi consegna la sua confidenza più intima e una riflessione di grande acutezza che stupisce anche Martina che sta assistendo al nostro colloquio. Questa sua confessione mi toglie il fiato. Mai nessun mio paziente aveva usato un'immagine cosi cruda, così palpabile, capace di farmi entrare nel suo mondo.

Martina riamane molto colpita dalle parole della madre. Inizia a provare sentimenti nuovi, ambivalenti. Non ha più le certezze granitiche di poco tempo prima. Qual è il bene della mamma si chiede oggi? Mette in dubbio la giustezza di alcuni suoi comportamenti e vissuti. Si chiede se non sia stata a volte troppo interventista con la madre.

Passano le settimane e Anna si aggrava. Muta anche il suo aspetto fisico. Il corpo è più debilitato e deglutire, respirare, evacuare, sono diventati per lei assai più difficoltosi. Muta anche l'aspetto di Martina. Piange più spesso, ma è meno nervosa, meno aggressiva, più accomodante e più propensa a cambiare idea quando serve. Ogni tanto timidamente, sorridendo a mezza bocca, parla un po' del suo futuro. Accetta gli abbracci. Di settimana in settimana inizia a reinvestire nella relazione con il proprio fidanzato, a condividere maggiormente emozioni e pensieri, a responsabilizzare fratelli e padre delegando loro alcune incombenze esterne, a dedicarsi con rinnovata solerzia alla cura della madre, giorno

e notte, pettinandola, facendole indossare amorevoli pigiami, dormendole accanto e tenendole la mano. Ritornano, dopo un litigio e una lontananza durata anni, anche le zie materne che azzardano verso di lei, ben accolte, attenzioni genitoriali.

Anna adesso trascorre le sue giornate a letto. Il divano della cucina non è più adatto alle sue esigenze. Appare sospesa tra le conversazioni reali e un soliloquio in cui nessuno entra quando, sofferente, chiude gli occhi e si estranea. Nuove consapevolezze e paure la attraversano. Non me ne ha ancora parlato. Non sono sicura che vorrà farlo o che ce ne sarà il tempo. La guardo ammirandone il coraggio e la schiettezza con cui mi ha fatto sentire e provare attraverso i suoi sensi cosa voglia dire sostare nella sofferenza. Con Anna si realizza il miracolo dell'incontro con un'anima vibrante, mai più viva come nell'attimo in cui si affaccia verso la fine, verso l'eterno, verso il lascito del senso di sé a chi l'ha amata, verso il senso di tutta la nostra fragile e irripetibile umanità.

Riferimenti bibliografici

Andolfi M, D'Elia A., Le perdite e le risorse della famiglia, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007. Andolfi M., Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare, Accademia di Psicoterapia della famiglia, Roma, 2006.

D.A. N. 2167 del 02/12/2015, Organizzazione e sviluppo della rete locale di cure palliative, GURS Parte I n. 55, 2015.

Azzetta F. (a cura di), L'intervento dello psicologo in cure palliative, Federazione Cure Palliative Onlus. 2013.

Bono G., Il tempo di morire, Il pensiero scientifico, Roma, 2010

Cazzaniga E., Il lutto, Outis 2023

D.A. n. 873 dell'8 maggio 2009, Nuova organizzazione delle cure palliative in Sicilia, GURS Parte I n.23, 2009.

Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012, recepita con D.A. n. 1446 del 26.07.2013 pubblicato nella GURS n. 40 del 30 agosto 2013.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 pubblicata in Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2010, n. 65. Persano F., Cure palliative in Italia tra etica e diritto, Edizioni Cantagalli S.r.l., 2013.

Riflessioni

Thanatos e libertà interrotta: la pulsione di morte e i suicidi giovanili tra psyché e zoé

di Nunzia Genovese

La distinzione tra **psyché** e **zoé** rappresenta le *fil rouge* per comprendere il dramma contemporaneo dei suicidi giovanili. La *psyché* indica la vita biologica, la mera sopravvivenza, protetta dalla paura e dall'abitudine; la zoé è la vita piena, viva, aperta al rischio, al desiderio, all'ignoto. La tensione tra queste due dimensioni diventa centrale nell'adolescenza, periodo in cui l'apertura alla libertà coincide con fragilità emotiva e vulnerabilità sociale.

Questa tensione si manifesta già nel racconto biblico dell'Esodo. Liberato dalla schiavitù egiziana, il popolo si trova nel deserto: la libertà è offerta, ma l'ignoto genera paura. «Meglio per noi servire gli Egiziani che morire nel deserto!» (Es 14:12). La *psyché* preferisce la sicurezza della catena alla zoé, la vita piena ma incerta. Freud (1920, *Al di là del principio del piacere*) definisce la pulsione di morte, *Thanatos*, come forza autodistruttiva, ripetitiva, che spinge l'individuo verso esperienze dolorose o la negazione del desiderio autentico. Nel deserto, il popolo manifesta collettivamente ciò che Freud osserva a livello individuale: la paura della libertà può diventare rinuncia e autodistruzione.

Erich Fromm, nel celebre *Fuga dalla libertà* (1941), mostra come la libertà possa generare

insicurezza e ansia, inducendo l'uomo moderno a cercare rifugio in autoritarismo, conformismo o distruttività. «La libertà ha isolato l'uomo moderno, lo ha reso insicuro e ansioso. Questa insicurezza ha reso molti pronti a rinunciare alla libertà, rifugiandosi in nuove forme di dipendenza». Hannah Arendt (Le origini del totalitarismo, 1951) aggiunge: «Il bisogno di appartenenza è così grande che gli uomini possono sacrificare la libertà pur di sentirsi parte di un tutto».

Wilhelm Reich (*Psicologia di massa del fascismo*, 1933) mostra come pulsioni represse e autodistruttive possano essere incanalate socialmente, generando obbedienza, rinuncia al desiderio e sottomissione a figure autoritarie. Recalcati (*Il mistero delle cose*, 2016) evidenzia il trauma della libertà: «La libertà non è mai pacifica: è il trauma dell'apertura dell'esistenza, il trauma di un destino che non è già scritto». Lacan, a sua volta, vede nel Thanatos la ripetizione del trauma e la tendenza a reiterare esperienze dolorose, collegando pulsione di morte e desiderio inconscio.

Se queste dinamiche erano già presenti nel deserto biblico e nelle società totalitarie, oggi trovano espressione drammatica nella vulnerabilità adolescenziale e nei suicidi giovanili. La libertà di scegliere, il confronto con l'ignoto e la responsabilità emotiva possono generare angoscia intensa, isolamento e senso di disperazione. La pulsione di morte si manifesta come rinuncia alla zoé, come tentativo di controllare il dolore attraverso la cancellazione della vita stessa. Relazioni abusanti, dipendenze comportamentali o sostanze diventano analoghi moderni delle catene del deserto: strumenti che proteggono dall'angoscia ma non permettono di vivere pienamente.

La vulnerabilità adolescenziale non deriva solo dall'intensità delle emozioni o dalla precarietà dei legami, ma anche dall'assenza di mediazioni sociali e relazionali. La presenza di adulti significativi, familiari, insegnanti, amici o figure professionali che sostengono, ascoltano e orientano il giovane permette di modulare l'angoscia esistenziale e di affrontare il trauma della libertà senza cedere alla pulsione autodistruttiva. Quando questi punti di riferimento mancano, il peso della responsabilità di vivere diventa insostenibile: la libertà, invece di aprire alla *zoé*, viene percepita come minaccia. La pulsione di morte (*Thanatos*) non trova sbocco né contenimento relazionale, e il rischio che si manifesti attraverso gesti autodistruttivi o suicidio aumenta drammaticamente.

Integrare la riflessione psicoanalitica, filosofica e antropologica permette di comprendere i suicidi giovanili non come semplice atto individuale, ma come fenomeno in cui **Thanatos, paura della libertà e vulnerabilità umana** si intrecciano in modi profondamente complessi. La sfida clinica e sociale è trasformare la paura in possibilità, accompagnare i giovani a passare dalla *psyché* alla *zoé*, insegnando che affrontare l'ignoto, pur con dolore e rischio, è la condizione per vivere una vita piena e autentica.

Esperienze cliniche

L'assenza e il tempo: l'integrazione del lutto tra evento e significato

di Licia Cutaia

"Il lutto non è una questione di liberazione dal legame ma di **trasformazione del legame** in una nuova forma di relazione interna."

John Bowlby

L'esperienza del lutto: quando il tempo si ferma

Perdere una persona cara è una delle esperienze più traumatiche e trasformative dell'esistenza umana. Quando succede, non solo si soffre, ma sembra anche che il tempo si sia bloccato.

Questo articolo, tramite due concetti greci, Cronos (tempo cronologico) e Kairos (tempo qualitativo) spiegacome il dolore possa modificare la percezione del tempo. Occorre definire i due concetti greci come coordinate per esplorare l'interrelazione tra tempo cronologico e tempo interiore:

Chronos è il tempo che si misura, quello delle ore, dei giorni e degli impegni.

Kairos è il tempo dei momenti speciali e significativi, quello che offre un senso allo scorrere delle ore e dei giorni.

Quando si vive un lutto, non basta che il tempo "chronos" passi per stare meglio. Occorre imparare a muoversi tra questi due tipi di tempo.

La crisi del tempo: il ruolo del dolore. Il lutto non è solo una crisi emotiva, ma anche una crisi del tempo. Per chi soffre, il tempo non scorre più in modo abituale. I giorni possono sembrare infiniti o, al contrario, volare via senza rendersene conto. A volte, la morte sembra un evento lontanissimo, anche se è successo da poco.

Chronos: il tempo delle lancette e della quotidianità

Chronosèil tempo misurabile: quello del calendario, degli orari di lavoro e delle scadenze. Nel lutto, questo tempo si rompe. Si perde l'orientamento perché la perdita stravolge la routine. Le abitudini e gli impegni che prima davano un ritmo non hanno più senso. Il futuro, prima pieno di progetti con la persona amata, diventa un vuoto.

La società spesso sollecita una pressione esterna per accelerare un rapido ristabilimento come se il lutto avesse una data di risoluzione. Questo genera senso di inadeguatezza ed a volte porta a un lutto prolungato, dove il dolore si blocca e diventa disfunzionale.

Kairos: il tempo dei momenti che contano

Kairos è il tempo qualitativo che regala una coloritura emotiva e che si veste di un significato profondo. Nel lutto, può seguire due direttrici opposte:

Il Kairos del dolore bloccato: Il dolore è così forte che l'orologio interiore si ferma: i ricordi non sembrano passati, ma una presenza continua e dolorosa nel presente. Così, le immagini della persona perduta o dell'evento traumatico si presentano all'improvviso, interrompendo la vita di tutti i giorni e creando confusione.

Il Kairos della trasformazione: L'evoluzione che consente di elaborare il lutto e che trasforma il "Kairos bloccato" in un "Kairos di integrazione": il presente si ricompone. Si impara a convivere con il dolore, alternandolo a momenti di gioia. Questi nuovi momenti "Kairos" aiutano a trovare un nuovo senso, a creare nuovi legami o a riscoprire sé stessi.

Ecco che i ricordi non fanno più male, ma diventano una parte dolce della propria storia. L'assenza della persona amata diventa una presenza interiore, una voce che guida.

Il lutto si blocca quando non si riesce a passare dal "Kairos" del trauma a quello della speranza.

L'obiettivo della terapia non è dimenticare, ma consentire l'integrazione di Chronos e Kairos. Non si tratta solo di aspettare il fluire del tempo ma di usare la terapia come un ponte per trasformare il dolore e il blocco in un nuovo inizio.

Di seguito viene riportato in sintesi un percorso terapeutico orientato alla elaborazione di un lutto seppur tenendo conto della variabilità del *timing* individuale.

La situazione di Teresa

Teresa, quarantatre anni, è in terapia perché si sente bloccata da diciotto mesi dopo la morte gestazionale di due figli gemelli omozigoti, avvenuta a compimento dell'ottavo mese di gravidanza. Teresa ha partorito entrambi i figli gemelli, ma uno di essi era senza vita. Ha sensi di colpa, pensa continuamente al piccolo, ha spesso incubi e rimuginazioni. Sente che 'il tempo si è fermato' e che lei non riesce più a farne parte. In particolare, vive il senso di colpa per non aver potuto partecipare al funerale del proprio bambino essendo stata convalescente a seguito di complicazioni post partum. Al contempo sente di aver avuto una responsabilità nel decesso del piccolo e di non essere adeguata nella gestione della maternità del figlio vivente.

Il Chronos di Teresa

Inizialmente, Teresa vive il lutto come un blocco temporale. I mesi sono un'unica massa di dolore.

Ha dismesso immediatamente ogni corredo neonatale gemellare. Evita le foto connesse alla gravidanza che le ricordano la sua gravidanza doppia (evitamento).

Pensa in continuazione agli ultimi momenti della sua gravidanza e cerca un errore commesso che possa giustificare quella perdita per lei così traumatica (fissazione e ruminazione cognitiva).

Si sente 'scollegata dalla realtà" come se il tempo andasse avanti solo per gli altri (derealizzazione e distorsione della percezione).

L'arrivo del Kairos integrativo della ri-narrazione

La terapia la aiuta a trovare nuovi momenti significativi che le permettono di sbloccare il Chronos.

Questo momento di svolta le permette di fare un piccolo passo concreto: ricomincia a guardare le foto della sua gravidanza ed a notare che la presenza di entrambi i bambini nel suo grembo sono una testimonianza della sua maternità esercitata in maniera esclusiva e privatistica. La sua assenza al funerale del figlioletto non è stato un abbandono, ma una protezione per il neonato in vita che resta l'unico testimone di una vita intrauterina passata, ma non negata.

La terapeuta le suggerisce di scrivere una lettera al bambino assente per avviare un dialogo con lui, di legarla ad un palloncino bianco e di lasciarlo volare vicino alla tomba del figlio affinché, simbolicamente avvenisse quella comunicazione interrotta prematuramente e Teresa potesse realizzare quel rituale funebre a cui non aveva potuto partecipare. Il volo del palloncino bianco chiude in Teresa il tempo della perdita e le consente simbolicamente di lasciare andare un evento traumatico che in lei era ancora vincolante. Il volo libera dai sensi di colpa e sblocca in Teresa lo stallo del tempo.

Questa nuova consapevolezza la spinge a ricominciare a progettare il futuro ed a riconoscere che amare e ricordare è anche lasciare andare. Teresa sarà madre nel presente per la figlia in terra e sarà madre anche per quell'angelo a cui ha scritto in cielo.

Il risultato: Dopo quindici mesi di terapia, Teresa ha integrato il lutto. L'assenza del bambino non è più fonte di dolore lacerante, ma è una presenza che convive con la sua vita. Ha capito che il dolore non è una costante, ma un'onda da cavalcare, che ha momenti di caduta e momenti di rinascita (Kairos). Il suo tempo va di nuovo avanti e, pur includendo la perdita, non è più definito da essa.

Il lavoro terapeutico si focalizza sull'identificazione e l'apertura a momenti qualitativi di svolta all'interno del flusso cronologico.

In questo percorso, il nunc stans (eterno presente) si scongela e inizia una nuova ridefinizione autobiografica in cui lutto non sovrasta più l'identità di chi resta, ma viene interiorizzato e assimilato come una eredità che guida.

Bibliografia

Bowlby, J., Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita. Bollati Boringhieri 1983.

Maria Giovanna Carlini, L'elefante dentro la stanza: Guida al superamento del lutto. Edizioni Amazon 2025.

Yalom, I. D., Psicoterapia esistenziale. Bompiani 1980.

Massimo Recalcati, La luce delle stelle morte. Saggio su lutto e nostalgia. Feltrinelli 2022.

Ada D'Adamo, Come d'aria. Elliot Edizioni 2023.

Annie Ernaux, L'altra figlia. Orma Editore 2016.

Riflessioni

La morte si sconta vivendo: il trauma collettivo dell'umanità

di Valerio Bonanno

Quando Thanatos si incarna nella quotidianità smette di essere concetto astratto e diventa eco che ci attraversa, memoria che ritorna, presenza che si insinua nel rumore di sottofondo delle esistenze comuni. Ciò che vediamo e viviamo non è solo cronaca ma trauma collettivo che domanda strumenti nuovi nella clinica, nel sentire, nel ricordare, nell'agire. Lo abbiamo visto chiaramente il 22 settembre e il 3 ottobre, quando un fiume di persone è sceso in piazza per denunciare la violenza che si consuma in Medio Oriente e dare voce al dolore soffocato. E il segnale che la psiche collettiva non può restare muta ma chiede espressione. Non è diverso da quanto osserva Freud in Considerazioni attuali sulla guerra e la morte (1915), che ricorda come la guerra disveli ciò che la civiltà tenta di celare: impulsi primordiali, pulsioni distruttive, spettri che mettono in crisi l'illusione del progresso. Non è solo un crollo politico o militare ma una frattura interiore. L'individuo viene esposto al sofisma irrisolto di rifiutare la propria mortalità e, al contempo, alimentare la distruttività che sembra confermarla. Non dissimile la strada di Jung, che in Liber Novus (1913-1930) percorre un sentiero complementare. Le sue visioni e i suoi simboli non sono solo esperienze interiori: anticipano un crollo collettivo. L'inconscio, tramite archetipi e immagini potenti, diventa

specchio e anticipazione del tumulto storico. La psiche diventa un sismografo emotivo che registra le fratture del mondo. Entrambi scrivono in un'epoca di tensione, fiutando la catastrofe imminente posta non come causa, ma come manifestazione esterna del profondo disordine e squilibrio interiore individuale e collettivo, un "vorticoso oscillare dello psichico" che oggi riconosciamo immutato. Qui la memoria dovrebbe agire come antidoto e trasformare il trauma in consapevolezza condivisa; ma ciò che dovrebbe immunizzare si rivela fragile. Auschwitz resta ferita aperta del Novecento, scossa radicale della civiltà europea. Il dolore di un popolo non è bastato a evitare che un altro popolo vivesse oggi, un destino che, pur non sovrapponibile, risuona nella stessa grammatica di violenza e disumanizzazione. La Palestina è il luogo in cui Thanatos opera la coazione a ripetere con medesimi abusi e orrori, crescendo generazioni intere in un orizzonte di distruzione.

Studi recenti (Danieli, 1998; Al-Krenawi, 2022) mostrano come lo shock della guerra e dell'occupazione militare si trasmetta transgenerazionalmente, incidendo sullo sviluppo emotivo infantile e impedendo la costruzione di narrazioni di futuro. Il conflitto produce cicli infiniti in cui il dolore non è elaborato ma reiterato. È

trauma collettivo perché non tocca soltanto chi lo subisce direttamente: intacca la coscienza di chi osserva, incrina il senso stesso dell'umanità. Bar-Tal (2007) sottolinea come la memoria condivisa in contesti di guerra si fossilizzi su una visione vittimistica che impedisce processi di riconciliazione. La tragedia è che il ricordo dell'Olocausto, triste pilastro etico e politico del secolo scorso, non si sia tradotto in garanzia contro il ripetersi della logica della sopraffazione, in un paradosso crudele dove la memoria di un delitto non ha generato prevenzione, ma convive con nuove forme di violenza: come può la vittima di ieri essere il carnefice di oggi?

Freud e Jung ci hanno fornito gli strumenti per leggere la dimensione interiore del trauma, Alessandro De Filippo si interroga sul mutamento del simbolico. In *Idioteque*. L'11 settembre nell'immaginario cinematografico dell'Occidente (2011) e Apocalypse When? l'autore mostra come l'attentato alle Torri Gemelle abbia inaugurato una nuova stagione dell'immaginario collettivo. Il cinema diventa archivio e laboratorio di simboli: vampiri, zombie, alieni non sono solo figure di genere, ma maschere dell'alterità nemica, metafore di un reale mostruoso. Il perturbante non è più soltanto vissuto, ma continuamente riprodotto, trasformato in mito contemporaneo. Televisione e cultura seriale post-11 settembre, convertono la violenza in spettacolo, con un insieme di immagini che colonizzano la memoria desensibilizzandoci. Accanto a questa migrazione allegorica, alcuni autori affrontano invece il tema in forma diretta. Molto forte, incredibilmente vicino (Jonathan Safran Foer 2005; trasposizione cinematografica Stephen Daldry 2011) mostra

il lutto attraverso lo sguardo di un bambino che tenta di ricomporre la morte del padre nell'attentato delle Torri. Qui lo shock non è allegoria, ma ferita intima innestata nella vita familiare. Un parallelismo che pone da un lato l'immaginario che sublima e trasfigura, dall'altro la ferita sotto la lente, resa dicibile. In entrambi i casi il trauma si fissa come nodo simbolico: il ricordo spettacolarizzato coesiste con il dolore reale delle vittime. Un lutto sospeso: l'immagine resta, la sofferenza corporea rimane fuori campo. Con il tempo, questo invisibile diventa tangibile ma distante, i conflitti entrano nelle nostre case attraverso gli schermi, le tragedie saturano la nostra mente ma raramente trovano spazio in rituali condivisi. Il lutto collettivo resta senza corpo, senza luogo, né rito. L'abbondanza di immagini produce un effetto incongruente: più siamo esposti, meno sentiamo. L'anestesia diviene difesa psichica collettiva, ma senza parole e rituali condivisi il dolore si cristallizza e si trasforma in veleno silenzioso, impedendoci di collocarlo in uno spazio simbolico che lo renda elaborabile. Qui si apre il nodo centrale della memoria: il problema non è solo ricordare i fatti, ma come li ricordiamo. Bohleber (2007), in Remembrance, Trauma and Collective Memory, sottolinea che la memoria traumatica non è mai neutra: può essere repressa, deformata, sequestrata dal potere o dai media e quando accade, il dolore non si metabolizza, ma resta congelato, in attesa di riemergere sotto forme ancora più distruttive. La cultura contemporanea rischia di sostituire la carne con il simbolo, adulterando la memoria che ricorda il crollo delle Torri più che i corpi, l'esplosione più che la sofferenza. Il "mai più" si riduce a slogan.

Arrivando anche a dover definire "Bambino".

Di fronte a questo, qual è la nostra responsabilità professionale? Non basta confinare il lavoro alla stanza di terapia. Gli psicologi devono diventare custodi del sentire collettivo, assumersi la responsabilità di guidare l'elaborazione nei luoghi pubblici e negli spazi culturali per creare contesti in cui la memoria non sia ricorrenza, ma vissuto condiviso. Responsabilizzare significa nominare l'ombra, trasformare angoscia in coscienza, silenzio in parola, dolore in impegno. De Filippo ci ricorda che chiedersi "quando" avverrà l'apocalisse è un atto politico ed etico: impedisce che la catastrofe sia consumata come spettacolo. Freud, Jung, Bohleber, Danieli e Bar-Tal ci mostrano che lo shock non superato genera crepe che si trasmettono e che intaccano la comunità. Non possiamo pensare Auschwitz come evento chiuso, né l'11 settembre come frattura metabolizzata. La Palestina è un trauma che non appartiene al passato, ma si rinnova nel presente. È collettivo e la sua elaborazione richiede strumenti nuovi, condivisi, capaci di trasformare memoria in azione etica. Altrimenti Thanatos continuerà a trovare casa nelle nostre istituzioni, nelle guerre, nei silenzi. Riprendere la tessitura della memoria significa ridare senso al dolore, ricostruire comunità, trasformare il lutto in forza vitale.

Bibliografia

Freud, S. (1915). Considerazioni attuali sulla guerra e la morte.

Jung, C. G. (2009). Liber Novus. Milano: Bollati Boringhieri.

Bohleber, W. (2007). Remembrance, Trauma and Collective Memory. Int. Journal of Psychoanalysis. Danieli, Y. (1998). International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma. Springer. Bar-Tal, D. (2007). Sociopsychological foundations of intractable conflicts. American Behavioral Scientist.

De Filippo, A. (2011). Idioteque. L'11 settembre nell'immaginario cinematografico dell'Occidente. Torino: Kaplan.

De Filippo, A. (2014). Apocalypse When?. Kaplan. Al-Krenawi, A. (2022). Psychology in the Context of the Israeli-Palestinian Conflict. Springer.

Esperienze cliniche

Ricostruire il significato della perdita: un caso clinico di lutto in adolescenza in ottica cognitivo-costruttivista

di Claudia Montana

Il lutto in adolescenza può manifestarsi con sintomi emotivi e comportamentali intensi, in parte legati alla maturazione cognitiva e alla costruzione identitaria (Worden, 2009). Freud (1917/1977) distingue tra lutto e melanconia, sottolineando la necessità di un lavoro attivo di separazione dagli oggetti perduti. Tuttavia, come sottolineato da Neimeyer (2001), non è soltanto il processo di "lasciar andare" la persona deceduta, ma piuttosto un percorso di ricostruzione narrativa che consente di integrare la perdita nella trama dell'esistenza. All'interno dell'approccio cognitivo-costruttivista, il focus **terapeutico** non riguarda la soppressione del dolore, ma la possibilità di attribuirgli un senso all'interno della storia di vita del soggetto (Guidano, 1987; Arciero & Bondolfi, 2009). In adolescenza, fase di costruzione identitaria e relazionale, la perdita di una figura significativa può avere ricadute in termini di disregolazione cognitivo-emotiva come ansia, ritiro sociale o difficoltà scolastiche (Worden, 2009).

Il presente contributo descrive, in forma anonimizzata, il caso di **A., adolescente di 16 anni**, che ha perso il padre in un incidente stradale. Nei colloqui iniziali, A. mostrava intensa rabbia, sentimenti di ingiustizia e incubi ricorrenti. Spesso affermava: "Non riesco a capire perché a me", esprimendo un bisogno centrale di significato. La narrazione introduttiva era dominata da **pensieri catastrofici** e da **auto-colpevolizzazione**, coerenti con quanto riportato da Boerner, Wortman e Bonanno (2005) circa l'impatto del **lutto traumatico in adolescenza**.

APPROCCIO COGNITIVO-COSTRUTTIVISTA

L'intervento si è sviluppato secondo i principi del modello cognitivo-costruttivista (Guidano, 1987; Neimeyer, 2001; Arciero & Bondolfi, 2009), che considera la sofferenza emotiva come il prodotto di **schemi narrativi disfunzionali** e mira alla **ricostruzione di significati personali**. In questa prospettiva, il lutto non si "risolve" attraverso l'eliminazione del dolore, ma attraverso l'integrazione della perdita nella trama della propria identità.

ASSESSMENT E PSICOEDUCAZIONE

L'assessment iniziale ha previsto:

- **1. Intervista clinica strutturata** per valutare sintomi depressivi e ansiosi.
- **2. Questionari standardizzati**, come il *Inventory* of Complicated Grief Adolescent Version (ICG-A; Melhem et al., 2007).

3. Diario quotidiano di pensieri e emozioni, per identificare schemi cognitivi disfunzionali e comportamenti evitanti.

L'analisi ha evidenziato tre domini principali di mantenimento del disagio: pensieri catastrofici legati alla perdita, evitamento delle situazioni che ricordavano il padre e comportamenti di isolamento sociale. Questo ha permesso ad A. di riconoscere la connessione tra pensieri catastrofici, emozioni intense e comportamenti evitanti. Studi indicano che la psicoeducazione riduce ansia e senso di colpa nei giovani in lutto (Melhem et al., 2007).

FASE INIZIALE

Nelle prime sedute, l'obiettivo principale era la validazione delle emozioni, il riconoscimento dei pensieri disfunzionali e l'esplorazione delle narrazioni che A. costruiva attorno all'evento. Attraverso tecniche di **dialogo socratico** e ristrutturazione cognitiva narrativa, A. è stata accompagnata a distinguere i fatti dall'interpretazione soggettiva, riducendo la fusione con sensi di colpa e pensieri catastrofici (Neimeyer, 2001; Bonanno, 2004). In particolare, il dialogo socratico ha permesso di distinguere tra ciò che era accaduto e le interpretazioni collegate ("se papà non fosse uscito, ora sarebbe qui", "la mia vita è finita con la sua"). Tale processo ha favorito un primo distanziamento cognitivo, riducendo la fusione con pensieri catastrofici.

FASE INTERMEDIA DI ELABORAZIONE NARRATIVA

Successivamente, il percorso si è concentrato sulla **ricostruzione narrativa di significati**

alternativi della relazione con il padre. A. ha partecipato ad esercizi di scrittura di lettere immaginarie e di "timeline" della vita condivisa, con lo scopo di integrare ricordi positivi e negativi in un racconto coerente. Attraverso tecniche narrative e l'uso di metafore. A. ha iniziato a sviluppare una rappresentazione più complessa della perdita. La ragazza è stata incoraggiata a integrare la figura paterna come parte della propria identità, anziché come un'assenza assoluta. Questo passaggio è in linea con la prospettiva di Neimeyer e colleghi (2014), che sottolineano l'importanza dei processi di "meaning reconstruction" nel lutto. Studi sperimentali indicano che la narrazione strutturata riduce sintomi di lutto complicato e migliora la resilienza emotiva negli adolescenti (Gillies & Neimeyer, 2006).

FASE AVANZATA

Negli incontri successivi, l'attenzione si è spostata sul **progetto di sé**. Parallelamente, sono stati introdotti **esercizi di imagery guidata e role-play**, che hanno facilitato l'elaborazione delle emozioni intense e la costruzione di scenari futuri realistici che includessero la memoria del padre come fonte di ispirazione permettendo a A. di reinvestire energie nel progetto personale e nelle relazioni (Boerner et al., 2005). La costruzione di un **"filo di continuità" tra passato e futuro** ha permesso di ridurre la sensazione di vuoto e di recuperare motivazione nello studio e nelle relazioni.

ESITO CLINICO

Dopo sei mesi di intervento, A. mostrava miglioramento significativo nel funzionamento scolastico e sociale. Il lutto non è stato eliminato, ma trasformato in presenza simbolica, coerente con il concetto di "continuità dell'attaccamento" proposto da Bowlby (1980). Non si trattava di una "chiusura" del lutto, ma di una sua trasformazione narrativa: dal vissuto di frattura radicale a quello di un'eredità interiore che potesse nutrire la propria identità. Come sottolinea Attig (2004), il lutto non si supera, ma si "vive" e si integra come parte costitutiva della crescita personale. L'adolescente ha potuto integrare la perdita nella propria identità, sviluppando senso di agency e progettualità.

CONCLUSIONE

In una società come quella occidentale che tende prevalentemente a medicalizzare o silenziare la sofferenza, creare spazi di dialogo che valorizzino le storie di vita diventa un compito terapeutico ed etico imprescindibile. Il caso clinico dimostra infatti come l'approccio cognitivo-costruttivista consenta di lavorare sul significato della perdita, piuttosto che solo sui sintomi, favorendo processi di resilienza ed integrazione narrativa. In adolescenza, creare spazi sicuri per la costruzione di significati personali rappresenta un compito terapeutico essenziale, capace di trasformare la sofferenza in crescita e continuità identitaria (Attig, 2004; Neimeyer, 2001).

Bibliografia essenziale (APA)

Arciero, G., & Bondolfi, G. (2009). Psicoterapia cognitivo-costruttivista. Milano: FrancoAngeli. Attig, T. (2004). How we grieve: Relearning the world. New York: Oxford University Press. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human

resilience. American Psychologist, 59(1), 20–28. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.

Freud, S. (1917/1977). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 237–258). London: Hogarth Press.

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the development of meaning: A meta-analysis of the effectiveness of interventions for bereaved persons. Journal of Counseling Psychology, 53(3), 279–293.

Guidano, V. F. (1987). Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy. New York: Guilford Press.

Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: Macmillan.

Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(4), 493–499. Neimeyer, R. A. (2001). Meaning reconstruction and the experience of loss. Washington, DC: American Psychological Association. Neimeyer, R. A., et al. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. Death Studies, 38(8), 485–498.

Riflessioni

Dell'angoscia e della speranza

di Maria Laura Mastropaolo

Si sta come d'autunno sugli alberi le foglie. Giuseppe Ungaretti

La Speranza è quella cosa piumata che si viene a posare sull'anima, canta melodie senza parole, e non smette mai. Emily Dickinson

Nel 1915 Freud scrive un testo dal titolo *Caducità* [1]. Si tratta di una breve ma intensa riflessione in cui Freud accosta l'incanto e lo stupore per la straordinaria bellezza del mondo a un senso di profonda angoscia, generato dalla consapevolezza della finitudine e della transitorietà delle cose. Tutto ciò che è bello e vivo è destinato a morire. Egli deborda così dai confini della clinica per inoltrarsi verso l'orizzonte del senso dell'esistenza, della sua fragilità e della capacità soggettiva di tollerare il limite che la vita reca con sé. Secondo la sua tesi, è la transitorietà delle cose e la loro precarietà a renderle così dense di bellezza ed è questo che ne accresce il valore. Ciò che fa resistenza è un "sentimento luttuoso", inteso come "ribellione psichica", alla caducità dell'esistenza. Il lutto è un "enigma", continua Freud, e il dolore che si accompagna al distacco dagli oggetti amati è inspiegabile. Quando questo "sentimento luttuoso" impedisce

il disinvestimento libidico dagli oggetti perduti si trasforma in *melanconia* [2]. L'"ombra dell'oggetto" cade sull'lo e la vita stessa sembra non avere più significato alcuno. Questa constatazione a cui il melanconico dolorosamente approda non è del tutto priva di fondamento. L'esistenza soggettiva è il risultato di un'articolata casualità che la priva di qualunque scopo predeterminato. Ogni vita diviene "umana" e acquisisce un significato solo grazie all'incontro con un Altro che, con funzione materna, la strappa al puro stato vegetativo.

Le malattie fisiche e psichiche, la morte come tappa ineludibile, la perdita delle persone amate, i fallimenti e le delusioni risvegliano in ognuno di noi interrogativi sull'esistenza e ci pongono al cospetto della sua precarietà e strutturale insensatezza.

Quando la riflessione di Freud si sposta sul dramma e sull'ondata distruttiva della guerra, egli rimanda a una dimensione collettiva del lutto e assume un significato quanto mai attuale. In una dinamica presa in una *coazione a ripetere*, la bellezza della vita e del mondo che la accoglie subisce ancora oggi ferite profondissime.

L'impatto con i conflitti mondiali di cui Freud è stato testimone ha rafforzato le evidenze del suo lavoro clinico: la pulsione di morte abita l'umano quanto il desiderio di vita^[3]. Questa rivelazione scabrosa dimostra come le azioni umane si spingano sempre *oltre* il principio di

piacere. I drammi delle singole vite e gli scenari sociali attuali non fanno altro che rivelare la forza di una pulsione di morte che resiste al senso. Nell'attuale società globalizzata e iperconnessa, lo sterminio di intere popolazioni, la violenza efferata, le guerre, le prevaricazioni, la mercificazione di esseri umani, le discriminazioni razziali, la costruzione di nuovi muri, le catastrofi ambientali e i cambiamenti climatici causati dallo sfruttamento sconsiderato delle risorse naturali rappresentano fattori che si insinuano nelle esperienze personali, acuendo il senso di instabilità e di incertezza. La pandemia ne ha offerto un'ampia dimostrazione, imponendoci di riconoscere la fragilità della vita e il valore fondante del legame che unisce gli esseri umani tra loro e all'ambiente in cui vivono. Un sentimento diffuso e latente di angoscia ha iniziato così a incidere sulle nostre vite. Come il pensatore Byung Chul Han discute in un recente testo [4], l'angoscia getta un'ombra cupa e mortifera sull'esistenza dell'uomo contemporaneo. La spinta all'individualismo, alla competizione, alla performance sono correlati all'emergenza dell'angoscia che, aggirandosi "come uno spettro" [5], sgretola i legami sociali, il senso di solidarietà, l'empatia, la condivisione. Le istituzioni a tutti i livelli già da tempo non sono in grado di arginare l'angoscia né la spinta distruttiva che sembra essere sdoganata dalla contemporanea dissoluzione del senso del limite e dell'interdizione, spiegando così in buona parte il fenomeno complesso della violenza di cui la cronaca ci fa un resoconto quotidiano.

La psicologia contemporanea, affrancandosi dalle derive del puro scientismo che ne ha

caratterizzato gli albori, oggi pone a suo fondamento la *passione* per l'umano e si connota per questo come disciplina a servizio dell'"umanità" in quanto dimensione dell'esistere irretita in un eterno e insanabile conflitto con tra desiderio di vita e spinte distruttive. La psicologia non può escludere questa ambivalenza. Da una prospettiva più che mai realistica, essa è chiamata a contribuire alla creazione di condizioni che consentano non tanto di sopprimere le pulsioni distruttive, ma di attenuarne la portata a favore della possibilità di costruire orizzonti di senso a livello individuale e di comunità, a partire dalla cura dei legami familiari, sociali e culturali al fuori dei quali il senso si disperde e le spinte vitali si depotenziano.

Quale "postura" è in grado di sostenere e orientare questo prezioso servizio? "Contro la società dell'angoscia", Han invita a riscoprire una disposizione affettiva, oggetto di una sostanziosa riflessione filosofica, che è rappresentata dalla *speranza*. Essa è intesa non come una visione ottimistica e positiva al servizio della società della performance [6], che mira a "migliorare" il sé, a negare le difficoltà della vita, a neutralizzarne le contraddizioni, a esorcizzare l'esperienza della perdita. La speranza è qui intesa come un atteggiamento che non travalica l'angoscia, ma che emerge dall'angoscia stessa, dall' "abisso" della disperazione, dal "collasso" del senso [7], dalla *melanconia* che attraversa il nostro tempo. Essa emerge dalla *negatività* e si pone di contro come una vera e propria *fede* nel senso. La speranza è ciò che apre al futuro, inteso non solo come dimensione temporale, ma soprattutto come un "venire-al-mondo". È quella

forza propulsiva che ispira e guida azioni in grado di creare significati e di ricostruire la dimensione del "Noi", di rinsaldare i legami, di tornare a pensare l'uomo non semplicemente come una pedina funzionale al sistema della produzione e del consumo, ma come un essere per la relazione. Se l'angoscia è l'"anticipazione della morte", la psicologia può adottare la speranza in quanto pensiero vivo "al di là della morte", che "anticipa" ciò che ancora può avere vita [8].

Provando a sintetizzare le conclusioni di Han, riconduco tutto questo alle riflessioni sulla *Caducità* di Freud. Il lutto ci porta a disinvestire da ciò che abbiamo perduto perché non c'è un altro destino per le cose che amiamo. Ma questa non è una rinuncia definitiva. Una risoluzione del lutto ci induce a reinvestire su altri oggetti d'amore con slancio vitale.

L'umile tentativo di parafrasare l'eleganza narrativa di Freud mi pare tuttavia privare di potenza le sue parole. Pertanto, concludo citando testualmente le ultime frasi del suo breve testo in cui fa convergere il destino degli individui e dei popoli e dei valori della civiltà.

"C'è da sperare che le cose non vadano diversamente per le perdite provocate da questa guerra. Una volta superato il lutto si scoprirà che la nostra alta considerazione dei beni della civiltà non ha sofferto per l'esperienza della loro precarietà. Torneremo a ricostruire tutto ciò che la guerra ha distrutto, forse su un fondamento più solido e duraturo di prima."^[9]

Che questa speranza di Freud sia ancora oggi la nostra speranza e muova i nostri passi.

Note

- [1] Freud, S. Caducità, (1915), in Opere, vol, 8, Boringhieri, Torino, 1989, pp.173-176 [2] Freud, S. Lutto e melanconia (1917), Boringhieri, Torino, 1979
- [3] Freud S. Al di là del principio di piacere (1920), Boringhieri, Torino, 1979
- [4] Han, Byun Chul, Contro la società dell'angoscia. Speranza e rivoluzione. Einaudi, Torino, 2025
- [5] Ibidem, p. 7
- [6] Illouz, Eva, Modernità esplosiva, Einaudi, Torino, 2025
- [7] Han, Byun Chul, Contro la società dell'angoscia. Speranza e rivoluzione, cit. p.49
- [8] Ibidem, p. 102
- [9] Freud, S. Caducità, (1915) p.176

Esperienze cliniche

Il dolore della non-memoria: elaborare il lutto perinatale

di Laura Cameli

Il lutto, in tutte le sue forme, ci mette a confronto con la nostra parte più vulnerabile. Ci riporta ai confini del nostro controllo, all'impossibilità di dominare vita e morte, al fatto che l'essere umano è sempre attraversato da una forza che non costruisce, ma dissolve.

Freud definiva questa forza "pulsione di morte", mentre Lacan la riconosceva come un reale che eccede ogni possibilità di simbolizzazione.

Nelle cronache quotidiane, la incontriamo costantemente: femminicidi, suicidi giovanili, tragedie familiari, incidenti sul lavoro. Ogni volta che la spinta autodistruttiva si manifesta, essa non colpisce solo un individuo, ma lacera un intero tessuto: la famiglia, la comunità, la società. Esistono, tuttavia, forme di lutto meno visibili, che non trovano parole né rituali.

Sono lutti negati. Si tratta dei lutti perinatali, che avvengono attorno alla nascita o, talvolta, ancor prima che la vita si manifesti.

Questi sono lutti che non hanno un corpo da piangere, un nome da pronunciare, un funerale che li sancisca. Spesso rimangono intrappolati in un silenzio che diventa insostenibile.

In tali situazioni, il dolore rischia di trasformarsi in un buco nero psichico. Non è soltanto la perdita del bambino a generare sofferenza, ma anche l'impossibilità di vivere pienamente quel lutto, di condividerlo, di vederlo riconosciuto dagli altri.

La donna – e spesso, in questo, anche la coppia – resta sola, in una condizione sospesa tra ciò che era atteso e ciò che non sarà. Melanie Klein ci ricorda che il lutto implica la possibilità di riparazione simbolica: dare forma e parola a ciò che non c'è più.

Senza questo processo, la perdita si traduce in colpa, autoaccusa, frammentazione. La spinta autodistruttiva, allora, non si manifesta solo nell'evento traumatico in sé, ma anche nella sua rimozione sociale: nel negare valore a quel dolore, si amplifica il rischio che esso si rivolga contro chi lo porta.

Marta ha 40 anni. È sposata, madre di un bambino di tre anni. Dopo mesi di tentativi, resta nuovamente incinta. Nonostante il desiderio iniziale, fin da subito la gravidanza non la fa gioire: emergono dubbi, paure, pensieri intrusivi. Teme di non avere energie, di non poter più dedicare tempo al figlio maggiore, di non essere all'altezza. Questo senso di inadeguatezza cresce nel corso dei mesi, fino quasi a pentirsi della decisione di cercare un secondo figlio.

Alla ventesima settimana decide di sottoporsi all'amniocentesi: l'età avanzata la convince che sia una scelta necessaria. Il risultato è devastante: il feto presenta gravi malformazioni.

Dopo giorni di smarrimento e colloqui medici, Marta e il marito decidono di interrompere la gravidanza, secondo la legge 194 art. 6.

Il giorno dell'intervento Marta non fa domande, non vuole sapere nulla del corpo della figlia. Desidera solo che finisca in fretta, liberarsi del peso. Ma nei giorni successivi qualcosa cambia. Le lacrime diventano incontenibili, il corpo si irrigidisce, compaiono dolori e insonnia. Non riesce a trovare pace. Il marito cerca di rassicurarla: "Era la scelta migliore". I familiari minimizzano: "Non piangere, sei fortunata ad avere già un figlio". Alcuni, con brutalità, le ricordano i suoi dubbi iniziali: "Forse è stato meglio così, non lo volevi davvero!".

Marta si sente trafitta. Non solo ha perso la figlia, ma nessuno le riconosce il diritto di soffrire. Inizia a ripetere tra sé: "Non l'ho amata abbastanza, non ho mai voluto davvero conoscerla". È un pianto che si avvicina alla disperazione, un dolore senza appiglio.

Quando Marta arriva in terapia, porta con sé soprattutto il senso di colpa: la convinzione di non essere stata una madre degna, di aver tradito la propria bambina e di non meritare perdono. Ma ciò che emerge progressivamente è un altro aspetto: il suo dolore non ha trovato alcun riconoscimento.

Il corpo della figlia è scomparso senza traccia.

Nessuno le ha detto dove fosse stato portato, se fosse stato sepolto. È un lutto che non ha corpo, non ha segno, non ha parola.

In terapia, il primo passo è stato permettere che Marta potesse pronunciare ciò che fino a quel momento era stato rimosso. Nominarla come "mia figlia", darle un posto nel discorso. È un passaggio difficile, perché ogni parola riapre il dolore, ma allo stesso tempo lo rende pensabile.

Con il tempo, Marta inizia a raccontare i suoi sogni. Nei primi, non compare la figlia ma emerge un senso di colpa senza nome che traspare simbolicamente. Poi, lentamente, quella figura comincia a cambiare: nei sogni compaiono dettagli più vividi. È il lavoro simbolico che prende forma: il lutto non è più solo colpa, ma memoria.

Il momento decisivo avviene quando Marta decide di compiere un rituale simbolico: un piccolo funerale, celebrato privatamente. Prepara un fiore, scrive una lettera, accende una candela. Quel gesto semplice diventa atto di riparazione, restituisce alla figlia un posto nella memoria e a lei la possibilità di dirsi madre, nonostante la perdita. È lì che la spinta autodistruttiva – che fino a quel momento prendeva la forma di pianti inconsolabili, insonnia, autoaccusa – inizia lentamente a trasformarsi in qualcosa di diverso: un legame intimo, fragile ma possibile, con la figlia perduta.

La storia di Marta dimostra chiaramente che il lutto perinatale non è mai solo una questione privata. È un trauma che coinvolge il corpo della donna e al tempo stesso penetra il tessuto sociale che la circonda.

Quando questo lutto non viene riconosciuto, quando gli ospedali e i servizi sanitari non offrono parole, rituali o percorsi di sostegno, ciò che rimane è un vuoto devastante.

L'esperienza clinica ci insegna che non si tratta solo di "superare" il dolore, ma di trasformarlo. E questa trasformazione è possibile soltanto se al dolore viene riconosciuto un posto: nel discorso, nei gesti, nei rituali, nella memoria condivisa.

Per questo motivo è urgente che le istituzioni sanitarie e sociali si facciano carico anche di questi lutti invisibili, offrendo protocolli che permettano ai genitori di salutare il bambino, di ricevere notizie sulla sua sepoltura, di accedere subito a un sostegno psicologico. Come psicologhe e psicologi, abbiamo una doppia responsabilità: clinica, nel dare spazio al soggetto per nominare e simbolizzare la perdita; e sociale, nell'affermare il diritto al riconoscimento di lutti, che, se non trovano parola, si traducono in silenzi distruttivi.

Quando invece la perdita trova un posto, la spinta autodistruttiva non scompare, ma può trasformarsi. Il lutto, da ferita muta e devastante, diventa testimonianza viva: memoria che unisce, resistenza che salva, possibilità di continuare a vivere senza cancellare ciò che è stato. L'attività consultoriale in tal senso può configurarsi come spazio di riconoscimento e ascolto in cui il dolore diventa parola condivisa e la parola acquista forma piena. All'interno del consultorio familiare il lutto perinatale può trovare ascolto, può essere accolto e trasformato, per restituire dignità all'esperienza affettiva dei genitori.

Bibliografia

Cozza, G. (2016). Quando l'attesa si interrompe: Il lutto perinatale. Milano: FrancoAngeli De Montis, P., Ravaldi, C., & Vannacci, A. (2009). Affrontare il lutto perinatale. Pisa: IperEdizioni. Freud, S. (1920). Al di là del principio di piacere. Torino: Bollati Boringhieri (ed. it. 1970). Klein, M. (1937). Amore, colpa e riparazione. In M. Klein, Opere (Vol. 1, pp. 290-328). Torino: Bollati Boringhieri (ed. it. 1976).

Lacan, J. (1974). Il Seminario. Libro XI: I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi. Torino: Einaudi.

Ravaldi, C. (2013). La morte in attesa: Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto. Pisa: IperEdizioni.

Riflessioni

L'ombra di Thanatos. La morte rimossa e i nuovi linguaggi del lutto

di Veronica Siragusano

Introduzione

Ogni cultura costruisce i propri modi di stare accanto alla morte. Nella mitologia greca, *Thanatos* era la figura con cui l'umanità cercava di dare forma all'inevitabile. Oggi sembra tacere. La morte è diventata un'esperienza silenziosa, privata dei suoi riti; incarna tutto ciò che la cultura contemporanea tende a respingere: vulnerabilità, finitudine, perdita.

La sua ombra, però, continua ad attraversare il nostro tempo. *Thanatos* abita le guerre, i genocidi, i femminicidi, i corpi dei migranti dispersi. Come mostrano le ricerche più recenti (Neimeyer, 2016; Ratcliffe, 2022), il lutto non è soltanto risposta alla morte fisica, ma può emergere di fronte a ogni forma di perdita significativa, relazionale, simbolica, ecologica. Durante la pandemia, molte persone hanno sperimentato non-death losses: perdita del lavoro, dell'intimità, dei riti quotidiani. Queste esperienze hanno generato vissuti simili al lutto tradizionale, mostrando come la perdita possa estendersi oltre la dimensione individuale e biologica.

La domanda non è tanto se la morte sia presente nella nostra vita, quanto *come* la pensiamo, la nominiamo, la condividiamo. Come scrive Morin (1951), l'uomo diventa umano quando seppellisce i propri morti: quando trasforma la perdita in gesto simbolico. Becker (1973) aggiungeva che la cultura nasce dal tentativo di negare la morte. Bauman (2008) osservava che, nella modernità liquida, il lutto tende a diventare rapido e privato, spogliato del suo linguaggio comunitario.

Eppure, anche gli animali, elefanti, orche, scimpanzé, vegliano i propri morti, come a dire che il dolore non è solo umano per intensità, ma per significato: ciò che ci distingue, forse, è la capacità di condividere la perdita.

Thanatos nella clinica: la morte come esperienza intersoggettiva

Nel lavoro clinico, la morte non arriva mai da sola. Porta con sé una trama di legami, parole taciute, identità sospese. Nella prospettiva costruttivista intersoggettiva (Stolorow, Atwood & Orange, 2018), il lutto non è un processo da "risolvere", ma un'esperienza che prende forma tra le persone. La perdita apre una frattura di senso che solo la relazione può aiutare a ricomporre.

Il/la terapeuta non interpreta dall'alto, ma *co-costruisce narrazioni*, permettendo che il dolore trovi linguaggio. Il lutto non è solo mentale: è corporeo, inscritto nella memoria sensoriale. La clinica diventa spazio dove il corpo può riabitare il mondo e dove il dolore viene riconosciuto come esperienza incarnata di continuità e di

perdita. Come scrive Neimeyer (2001, 2016), l'adattamento al lutto si fonda su due movimenti: il sense-making (dare significato alla perdita) e il benefit-finding (scoprire nel dolore nuove risorse di vita). Raccontarsi non significa superare, ma restituire continuità: intrecciare la storia del lutto con quella del mondo che resta.

Le ricerche più recenti (Bazyar et al., 2024) mostrano che gli effetti del lutto collettivo, dalla pandemia ai disastri ambientali, non si dissolvono con il tempo. Persistono nella memoria corporea, nelle relazioni e nei significati condivisi. La clinica diventa allora un luogo in cui attraversare queste perdite sospese, restituendo al dolore un corpo, una voce e una presenza relazionale. In questo modo, *Thanatos* torna a essere umano, pensabile e condiviso.

Le dinamiche che emergono nel lavoro clinico trovano un'eco più ampia nelle modalità con cui la società rappresenta e comunica la morte. Se nella relazione terapeutica il dolore cerca un linguaggio, nello spazio pubblico esso rischia di essere ridotto a immagine, spettacolo o silenzio. Da qui l'esigenza di interrogare il rapporto tra lutto, cultura e media.

Il lutto negato: società, cultura e media

Viviamo in un tempo in cui *Thanatos* è ovunque, ma non ha voce. Siamo costantemente esposti a immagini di morte, guerre, disastri, femminicidi, ma raramente queste diventano parola condivisa. Ogni femminicidio lacera il tessuto simbolico della comunità: è una perdita che riguarda l'intero corpo sociale. Nel femminicidio, *Thanatos* assume la forma del potere che annienta la differenza;

elaborare il lutto diventa allora un atto politico di resistenza alla cancellazione. Come sottolinea Judith Butler (2004), il lutto politico e sociale è un riconoscimento delle vite marginalizzate o negate, e nel femminicidio questa perdita travalica il singolo, coinvolgendo l'intera comunità.

Come psicologhe e psicologi, siamo spesso testimoni indiretti di questo dolore sociale che attraversa le relazioni: rabbia, impotenza, paura, senso di vulnerabilità collettiva. Queste emozioni abitano le narrazioni cliniche tanto quanto quelle pubbliche, segnando la soglia tra trauma individuale e trauma culturale.

Come mostrano gli studi etnopsichiatrici (Devereux; Kagawa-Singer), il modo di stare nel lutto è sempre situato culturalmente. In Messico, durante il Día de Muertos, la morte ritorna come festa e memoria collettiva. Nel Sud Italia, il pianto rituale delle donne restituisce voce e corpo al dolore, trasformandolo in appartenenza. Nelle società postcoloniali (Mbembe, 2019), i riti di morte restano luoghi di resistenza simbolica: gesti che rifiutano la privatizzazione occidentale del dolore. Quando queste cornici scompaiono, la perdita resta muta, e la società perde il linguaggio per pensarsi vulnerabile.

Nel tempo della connessione continua, il lutto si è spostato anche nello spazio digitale. Come osserva Fiorese (2019), il lutto contemporaneo si estende nello spazio digitale, dove la condivisione del dolore diventa un rito collettivo mediato dalla tecnologia. Questo *lutto connesso* è però ambivalente: può trasformarsi in memoria condivisa o restare una presenza sospesa, disincarnata, trattenuta nei profili che non si spengono mai. Al tempo stesso, come rileva Proust (2024), le piattaforme possono farsi luogo di resistenza e appartenenza, in cui la perdita diventa gesto politico e comunitario. Sono nuovi riti che prolungano il legame, ma rischiano di lasciare *Thanatos* senza corpo, confinato nello spazio virtuale.

Se il lutto sociale rivela la perdita del linguaggio comunitario, quello ecologico mostra l'estensione planetaria di tale crisi simbolica.

Thanatos oltre l'umano: il lutto ecologico

Accanto ai lutti umani, si affacciano oggi quelli ambientali. Il cosiddetto ecological grief, il dolore per la perdita degli ecosistemi, delle specie e dei paesaggi che ci abitano, esprime un'estensione collettiva e planetaria di *Thanatos*.

Studi recenti (Varutti, 2024; Schony et al., 2024) mostrano come il legame con la natura possa attenuare o trasformare questa forma di sofferenza, restituendo un senso di continuità con la vita non umana. *Thanatos*, così, non appartiene solo all'umano: è anche nella terra ferita, nei mari esausti, negli animali estinti. Elaborare il lutto ecologico significa reimparare a sentire la vulnerabilità come appartenenza, riconoscendo che anche la Terra elabora le sue perdite, e noi con lei.

Conclusione

Thanatos non è solo il nome della morte, ma il luogo in cui l'umano si misura con il limite. Come psicologhe e psicologi, siamo chiamati a restituirgli parola: a trasformare il silenzio in linguaggio, la perdita in memoria, la morte in pensiero condiviso. Il pensiero del limite diventa così una forma di cura collettiva: un modo per riconoscersi parte di una stessa condizione di precarietà, umana e terrestre.

Bibliografia (APA 7)

Bauman, Z. (2008). Vita liquida. Laterza.
Becker, E. (1973). The Denial of Death. Free Press.
Bazyar, M., Poormahmood, A., & Mottaghi, M.
(2024). A phenomenological journey through grief in bereaved families four years post-COVID-19 restrictions. OMEGA - Journal of Death and Dying, 88(1), 102–118. https://pubmed.ncbi.nlm.nih. gov/40789346

Butler, J. (2013). Vite precarie: I poteri del lutto e della violenza (O. Guaraldo, A cura di). Postmedia Books.

Devereux, G. (1980). Essais d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard.

Fiorese, G. (2019). La condivisione del lutto online: lo scarto tra realtà e ostentazione. Dada Rivista di Antropologia post-globale. 1(2), 45–58. Kagawa-Singer, M. (1998). The cultural context of death rituals and mourning practices. Oncology Nursing Forum, 25(10), 1752–1756. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9826841 Mbembe, A. (2019). Necropolitics. Duke University Press.

Morin, E. (1951). L'homme et la mort. Éditions du Seuil.

Neimeyer, R. A. (2001). Meaning Reconstruction and the Experience of Loss. American Psychological Association.

Neimeyer, R. A. (2016). Meaning reconstruction

in the wake of loss: Evolution of a research program. Behaviour Change, 33(2), 65–79. https://doi.org/10.1017/bec.2016.4 Proust, V. (2023). By sharing our loss, we fight: Collective expressions of grief in the digital age. Media, Culture & Society, 46(2), 393-403. https:// doi.org/10.1177/01634437231207760 Ratcliffe M. Phenomenological reflections on grief during the COVID-19 pandemic. Phenomenol Cogn Sci. 2022 Jul 28:1-19. doi: 10.1007/ s11097-022-09840-8. Epub ahead of print. PMID: 35915779; PMCID: PMC9330969. Schony, M., & Mischkowski, D. (2024). Feeling connected to nature attenuates the association between complicated grief and negative mental health outcomes. International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(9), 1138. https://doi.org/10.3390/ijerph21091138 Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2018). World, affectivity, trauma: Heidegger and post-Cartesian psychoanalysis. Routledge. Varutti M. Claiming ecological grief: Why are we not mourning (more and more publicly) for ecological destruction? Ambio. 2024 Apr;53(4):552-564. doi: 10.1007/s13280-023-01962-w. Epub 2023 Dec 7. PMID: 38060140; PMCID: PMC10920496.

Nota metodologica

Questo contributo si fonda su un approccio interdisciplinare che intreccia prospettive psicologiche, fenomenologiche ed etnoantropologiche. Le riflessioni qui presentate hanno l'obiettivo di esplorare come i linguaggi del lutto si trasformino nella contemporaneità, intrecciando dimensioni soggettive, culturali e planetarie. L'approccio è di tipo teorico-

interpretativo, fondato su una revisione critica della letteratura recente e sull'elaborazione concettuale delle pratiche del lutto nella clinica e nella società.

Riflessioni

Death competence nelle professioni del morire

di Rosaria Ferrara

Questa breve riflessione teorica introduce la definizione di una competenza necessaria per la costruzione delle professionalità che ruotano intorno alla morte e il morire, ma anche una competenza per cogliere il senso della vita stessa: la *Death Competence*.

Verso la definizione della Death Competence

Nel contesto delle professioni connesse alla morte ed al morire (operatori cimiteriali, impresari funebri, medici legali, professionisti sanitari operanti nelle cure palliative), la Death Competence è auspicabile come gamma di abilità e capacità umane nel trattare efficacemente con il fine vita, così come le convinzioni e gli atteggiamenti riguardo a queste capacità. Nella letteratura sul tema, la nozione di competenza sulla morte è stata operazionalizzata psicometricamente. Partendo da tali presupposti, è possibile provare a definire le caratteristiche e gli indicatori del costrutto della Death Competence come segue: essendo la morte, secondo Kelly (1955), l'esempio prototipo di un evento minaccioso dei core constructs - costrutti fondamentali - i soggetti "competenti" non dovrebbero percepire la minaccia in quanto consapevoli della propria identità, del significato della propria vita. Robbins (1990-92) indica che i comportamenti di preparazione alla morte, quali per esempio scrivere testamento, predisporre il proprio patrimonio, pianificare il proprio funerale e il parlare senza ansia del fine vita (Hayslip, 1986-

87) indichino una minaccia significativamente minore del fine vita. Sanders (1984) afferma che i professionisti che lavorano con la morte e i dolenti sanno gestire quotidianamente non solo l'impotenza sulla fine dell'esistenza, ma anche la loro stessa vulnerabilità umana nel lenire la morte di una persona. Il soggetto con Death Competence, sviluppa la consapevolezza personale (cioè, conosce sé stesso abbastanza bene da capire quando e come le questioni personali influenzino le proprie risposte), identifica cosa lo ha portato nel lavoro di fine vita, quali esperienze ha avuto con i lutti e cosa motiva il suo continuo interesse per il dolore (Katz, 2006 a-b). In questa condizione, seguendo la visione di Erikson (1963) sarebbe presente l'"integrità" come uno stato mentale, la convinzione che la vita sia stata utile e significativa e la riconciliazione della discrepanza tra la realtà e l'ideale. Gli individui che sono in grado di raggiungere l'integrità possono affrontare la morte senza paura, mostrando meno ansia riguardo la morte e più accettazione (Lewis e Butler, 1974). Quindi, secondo Wong, Reker & Gesser (1994) ci si aspetta una "accettazione neutra", per cui la morte non si teme ed è parte integrante di una vita vissuta il più possibile serena. Worden e Proctor (1976) affermano che essere "desensibilizzati" e consapevoli riduce la negazione, l'evitamento della morte e incrementa la tolleranza delle emozioni intense innescate dalle prospettive di morte e perdita.

"Desensibilizzarsi" non significa mancare di empatia, infatti, Bertman (1991) ha ribadito l'importanza di saper riflettere sulle proprie perdite e capire come sono state affrontate per entrare veramente in empatia con il dolore altrui. Roos (2002) ha usato il termine *potency* per riferirsi ai consulenti che sanno cosa stanno facendo e lo fanno con sicurezza, ispirando speranza. Questo comprende: avere la capacità di mantenere l'attenzione, la coerenza per quanto riguarda il lavoro finalizzato agli obiettivi, lo spirito di fiducia razionale, l'accuratezza empatica, il riconoscimento rispettoso del dolore dei dolenti, la competenza in interventi tempestivi e parsimoniosi. Per essere efficaci, i consulenti del dolore devono "sintonizzarsi" con l'esperienza soggettiva di perdita dell'individuo apprendendo empaticamente la realtà emotiva e fenomenologica della persona in lutto e trasmettendo un'accurata comprensione della sofferenza e dell'angoscia coinvolte. L'accuratezza percettiva ed empatica descritta da Roos (2002) dipende dall'ascolto. Quando sorgono reazioni controtransferali, i consulenti del dolore competenti riconoscono le fonti dei loro sentimenti, abbracciano quella conoscenza per migliorare la comprensione dell'angoscia del dolente e cercano un confronto quando necessario. La capacità di gestire la propria ansia di morte è un aspetto della gestione del controtransfert. Pope e Vasquez (2007) sottolineano inoltre la necessità di una competenza intellettuale - conoscere la materia che regola la propria pratica professionale - e di una competenza emotiva - conoscere sé stessi e accettare i propri limiti come un essere umano fallibile, monitorare le proprie emozioni - usando entrambe per comprendere affettivamente la posizione del dolente. Per gli autori, il mantenimento della competenza emotiva richiede l'applicazione costante di strategie di self-care per evitare di diventare cronicamente angosciati, svuotati o demoralizzati (Gamino & Ritter, 2012). I professionisti del fine vita devono conoscere dati, metodologia e teoria relativi alla morte, dedicandosi alla formazione continua e alla crescita professionale in modo che le proprie conoscenze e competenze rimangano aggiornate. Inoltre, è anche utile avere consapevolezza dei limiti della propria competenza professionale ("Code of Ethics", 2010). Sono necessarie, inoltre, abilità nel comunicare la morte e nel fornire le informazioni pratiche sui servizi funebri, la formazione nella cura fisica del morente e del morto. Inoltre i professionisti presentano selfefficacy, la credenza nella propria capacità di eseguire un particolare comportamento. Con la pratica professionale viene incrementata l'abilità nello svolgimento dei compiti e si riduce l'ansia. I professionisti che a vario titolo sperimentano la morte di più persone e sono stati coinvolti in più comportamenti di fine vita, risultano efficaci nel coping di gestione della morte. Anche avere il coraggio di contemplare la propria morte abbastanza a lungo da pianificare di donare gli organi e firmare un modulo, in questo senso, può essere vista come un aspetto della Death Competence (Robbins, 1994).

La death education

Si delinea altresì l'importanza della realizzazione di programmi di educazione alla morte. "Cosa significa la morte" è l'oggetto fondamentale che viene trasmesso attraverso gli interventi di

Death Education (DeEd). Secodo Herman Feifel e i suoi allievi Stephen Strack, Robert Neimeyer e Robert Kastenbaum, l'educazione alla morte prevede un campo di intervento che interessa i tre livelli di prevenzione. La prevenzione primaria si focalizza sulla ricerca di senso sulla comprensione della morte, sugli atteggiamenti e sui modi di affrontare il tema della finitudine a partire dalla prima infanzia fino alla senilità perché ogni età ha il proprio modo di ragionare sull'argomento. La prevenzione secondaria riguarda il prendere consapevolezza di come si vuole morire e di come si accompagna chi muore. La prevenzione terziaria è quella che rende possibile una trasformazione sana del cordoglio in lutto affinché questo si concluda e non cada in dinamiche patologiche che destinano i dolenti alla deriva della disperazione (Testoni, 2015).

BIBLIOGRAFIA

Bertman, S. L. (1991). Facing death: Images, insights, and interventions. Bristol, PA: Taylor & Francis.

Erikson, E. (1963). Childhood and society (2nd cd.). New York: Norton.

Gamino, L. A., & Ritter Jr, R. H. (2012). Death competence: An ethical imperative. Death Studies, 36(1), 23-40.

Hayslip, B. (1986-87). The measurement of communication apprehension regarding the terminally ill. Omega: Journal of Death and Dying, 17, 251-261.

Katz, R. S. (2006b). When our personal selves influence our professional work: An introduction to emotions and countertransference in endof-life care. In R. S. Katz & T. A. Johnson (Eds.),

When professionals weep: Emotional and countertransference responses in end-of-life care (pp. 3–9). New York, NY: Routledge.

Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton.

Lewis, M. I., & Butler, R. N. (1974). Life-review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. Geriatrics, 29(11), 165-173.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2007). Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: The Perceived Well-Being Scale. Canadian Journal on Aging, 3, 23-32.

Robbins, R. A. (1990). Signing an organ donor card: Psychological factors. Death Studies, 14, 219-229.

Robbins, R. A. (1990-91). Bugen's Coping with Death Scale: Reliability and further validation. Omega: Journal of Death and Dying, 22, 287-299. Robbins. R. A., McLaughlin, N. R., & Nathan, H. M. (1991). Using self-efficacy theory to predict organ donor card signing. Journal of Transplant coordination, 1 (111).

Robbins. R. A. (1992). Death competency: A study of hospice volunteers. Death Studies, 16, 557-567.

Robbins, R. A. (1994). Death competency: Bugen's coping with death scale and death self-efficacy. In R. A. Neimeyer, (2015), Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application (pp. 149-165). Washington, DC: Taylor & Francis. Roos, S. (2002). Chronic sorrow: A living loss. New York, NY: Brunner-Routledge.

Sanders, C. M. (1984). Therapists, too, need to

grieve. Death Education, 8(Suppl), 27–35. Testoni, I. (2015). L'ultima nascita: Psicologia del morire E «Death Education». Bollati Boringhieri. Worden, J. W., & Proctor, W. (1976). PDA: Personal death awareness. New York, NY: Prentice-Hall.

SITOGRAFIA

Association for Death Education and Counseling. (2010). Code of ethics. Disponibile da https://www.adec.org/page/Code_of_Ethics

Esperienze di ricerca

La vita di chi resta: l'elaborazione del lutto durante la pandemia da SARS-CoV-2

di Angela Orsina e Massimo Ingrassia

Abstract

Obiettivo dello studio era indagare la relazione tra mancanza di ritualità funebre, imposta dalle restrizioni della pandemia di COVID-19, e l'elaborazione incompleta o patologica del lutto. I riti funebri rappresentano strumenti fondamentali per favorire l'elaborazione del distacco; la loro assenza ha generato conseguenze psicologiche e sociali. Lo studio è articolato in tre fasi: questionario alla popolazione generale per esplorare gli atteggiamenti verso la morte, i vissuti di perdita e la percezione della ritualità; interviste a psicoterapeuti per indagare la gestione dei lutti complicati; interviste a operatori funebri per raccogliere le loro prospettive professionali durante l'emergenza. I risultati evidenziano un aumento del timore di perdere i propri cari, concretizzatosi per il 34,4% dei partecipanti in un lutto da COVID-19, con il 32,2% dei decessi in ospedale e il 24% senza riti tradizionali. L'impossibilità di celebrare i riti ha generato disagio, prolungato l'elaborazione del lutto e aumentato il rischio di lutto complicato. Psicoterapeuti e operatori hanno segnalato rispettivamente l'incremento di lutti complessi e del carico emotivo e simbolico. Il campione ha criticato la scarsa attenzione istituzionale alla salute mentale. I dati confermano la rilevanza della ritualità funebre e dell'accompagnamento psicologico, soprattutto in contesti emergenziali.

Background

In ambito psicoanalitico, Freud (1915) descrive il lutto come esperienza complessa, in cui l'individuo riconosce la perdita, elabora il dolore e reinveste le proprie energie vitali. Modelli successivi, come quelli di Kübler-Ross (1969) e Stroebe e Schut (1999), evidenziano fasi emotive e alternanza tra orientamento alla perdita e ricostruzione della vita quotidiana. Il DSM-5-TR (APA, 2022) definisce il Disturbo da lutto persistente e complicato, sottolineando l'importanza di un approccio bio-psicosociale integrato. I rituali funebri offrono uno spazio simbolico e collettivo per riconoscere la perdita, condividere il dolore e ristabilire legami comunitari. La loro sospensione, come accaduto durante la pandemia, rappresenta un fattore di rischio per il lutto complicato, privando le persone di strumenti di sostegno emotivo e sociale. Le restrizioni sui riti funebri hanno generato disorientamento, isolamento e senso di negazione, accentuando sofferenza e ansia collettiva (Eisma et al., 2020). La diffusione del virus ha intensificato la percezione della finitezza e della vulnerabilità, producendo spaesamento, paura e solitudine, amplificati dal silenzio delle morti solitarie e dalla spettacolarizzazione mediatica del dolore (Testoni et al., 2021). In contesti come questo, il lutto diventa un fenomeno sociale e culturale. Appare dunque

urgente riflettere sul ruolo della ritualità e del supporto psicologico nella cura del dolore.

Metodologia

Lo studio ha coinvolto tre gruppi di partecipanti: 305 soggetti appartenenti alla popolazione generale, 7 operatori funebri e 10 psicoterapeuti. Il primo gruppo ha compilato online un questionario comprendente il Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), la Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12) e un questionario ad hoc volto a esplorare credenze sulla morte, impatto della pandemia, modalità di elaborazione del lutto e ruolo della psicoterapia. I gruppi professionali hanno invece partecipato a interviste semi-strutturate finalizzate a indagare la percezione della morte, il significato e l'assenza dei riti funebri durante la pandemia, le ripercussioni psicologiche osservate e le modalità con cui, nei rispettivi ruoli, hanno risposto a tale emergenza.

Risultati

I dati mostrano un generale distacco culturale dalla morte: il 41,2% dei partecipanti la percepisce come lontana dalla propria vita ("per nulla", "poco vicina"). Parallelamente, oltre il 60% attribuisce un'elevata importanza alla ritualità funebre, riconoscendola come elemento fondamentale per considerare la morte parte della vita. Tra i riti, le preghiere risultano le più significative, mentre la vestizione del defunto è percepita come meno rilevante, pur con un apprezzamento diffuso per l'insieme dei rituali.

Durante la pandemia, le emozioni, inizialmente dominate da paura e ansia (51,5%), hanno progressivamente lasciato spazio a rabbia e

preoccupazione, con una riduzione del 20% dei sentimenti di fiducia e tranquillità. Il 34,4% dei partecipanti ha perso un congiunto a causa del COVID-19, prevalentemente in ospedale (32,2%), e in circa il 24% dei casi non è stato possibile svolgere i rituali tradizionali, generando disagio, senso di colpa e lutto incompleto. Tra coloro che hanno subito una perdita, il 10,4% ha superato il lutto entro sei mesi, il 5,4% dopo più di un anno e l'11,1% non l'aveva ancora elaborato, indicando ciò un rischio elevato di lutto complicato. Dal punto di vista quantitativo, i punteggi complessivi di benessere misurati tramite il MHC-SF mostrano valori medi indicativi di una condizione intermedia tra flourishing e languishing (M = 43.48, DS = 10.48), mentre i valori di intolleranza per l'incertezza misurati con l'IUS-12 evidenziano livelli moderati (M = 35.66, DS = 10.05). Le correlazioni rilevate indicano che un atteggiamento positivo verso la morte si associa a punteggi più elevati di benessere psicologico (r = 0.70, p < .01) e sociale (r = 0.58, p <.01), mentre pensieri ricorrenti sulla propria morte durante la pandemia correlano con un aumento dell'intolleranza per l'incertezza (r = -0.29, p <.01).

Questi dati quantitativi supportano le osservazioni qualitative: chi mostra maggiore benessere tende ad affrontare la morte con atteggiamenti più positivi, mentre chi manifesta intolleranza per l'incertezza è più sensibile a preoccupazioni e ansia legate alla pandemia e alla perdita.

Le interviste hanno evidenziato prospettive complementari: gli operatori funebri enfatizzano il valore dei riti e del simbolismo, mentre gli psicoterapeuti sottolineano l'importanza della relazione terapeutica, dell'ascolto empatico e delle strategie di resilienza. Dall'analisi testuale sono emerse quattro aree principali: elaborazione del lutto, valore dei riti, relazione terapeutica e resilienza, confermando l'importanza sia della ritualità sia del supporto psicologico nell'affrontare la perdita. Queste dimensioni si intrecciano: da un lato, il rito negato lascia un vuoto culturale e affettivo; dall'altro, la relazione empatica può contribuire a lenire il dolore e a promuovere resilienza.

Discussione

La pandemia ha spezzato la continuità dei riti funebri, privando molte persone della possibilità di accompagnare i propri cari attraverso gesti simbolici condivisi. Questo vuoto non è stato soltanto una mancanza formale: ha generato disorientamento, senso di colpa, solitudine e dolore prolungato, rendendo l'elaborazione della perdita un percorso più complesso e fragile. Molti si sono trovati a fare i conti con un lutto incompleto, senza la possibilità di dire addio secondo le pratiche rituali che, da sempre, aiutano a dare senso alla morte e a reintegrare chi resta nella comunità.

Le correlazioni tra atteggiamenti verso la morte e benessere psicologico confermano l'importanza della rappresentazione della finitezza nella regolazione emotiva e nel coping (Yalom, 2008). La sofferenza dei partecipanti è stata accentuata dalla mancanza di ritualità e dalla scarsa attenzione alla dimensione psicologica del lutto. La relazione terapeutica emerge come risorsa fondamentale: ascolto empatico, supporto psicologico e condivisione emotiva mitigano l'impatto traumatico e favoriscono strategie di

resilienza. Preservare la ritualità simbolica non è solo una questione culturale, ma una necessità affettiva e psicologica. Allo stesso tempo, occorre rafforzare le risposte istituzionali in ambito psicologico, offrendo supporto immediato e sostenendo la costruzione di significato nelle esperienze di lutto traumatico. La perdita del rito durante la pandemia ha messo in evidenza quanto la morte non sia mai un evento solo individuale: colpisce le reti sociali, mette alla prova le risorse emotive e sfida le istituzioni a rispondere in maniera sensibile e competente. La combinazione tra ritualità simbolica e sostegno psicologico emerge come fattore chiave per trasformare il dolore in esperienza di elaborazione, memoria e resilienza, riconoscendo al contempo la profondità umana della sofferenza e l'importanza della cura reciproca.

Conclusioni

La pandemia ha agito da "stress test" per i processi di elaborazione del lutto, evidenziando la vulnerabilità psicologica in assenza di riferimenti culturali e rituali. La sospensione dei riti ha amplificato il dolore e aumentato il rischio di lutto complicato, ma le narrazioni dei professionisti mostrano che il supporto relazionale, l'empatia e l'ascolto favoriscono strategie di resilienza. Tutelare la ritualità simbolica e rafforzare le risposte istituzionali in ambito psicologico significa riconoscere la necessità di accompagnare chi resta attraverso la perdita non solo sul piano individuale, ma anche su quello collettivo e culturale.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing (ed. it. 2023).

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic. Psychiatry Research, 288, 113031.

Freud, S. (1915). Lutto e melanconia [Trauer und Melancholie]. In Opere di Sigmund Freud (vol. 8). Torino: Bollati Boringhieri.

Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. Macmillan.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. Death Studies, 23(3), 197–224. Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., & Orkibi, H. (2021). Mourning and management of the COVID-19 pandemic in Italy: A narrative review. OMEGA – Journal of Death and Dying, 84(1), 274–302.

Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. Jossey-Bass.