



Ospedale Privato Accreditato
"Maria Luigia"

La complicazione del lutto: effetto del male o psicopatologia?

Parma, 31 ottobre 2023

Giuliano Turrini



A rigore, il soggetto in lutto è realmente un

“INFERMO”

ma il suo stato mentale ci appare
comune e naturale e non lo chiamiamo


“MALATTIA”

S. Freud: Caducità (1915) - Opere -vol. VIII pag. 173-175

Ogni lutto rappresenta un potenziale
evento patogeno



LUTTO NORMALE / LUTTO PATOLOGICO

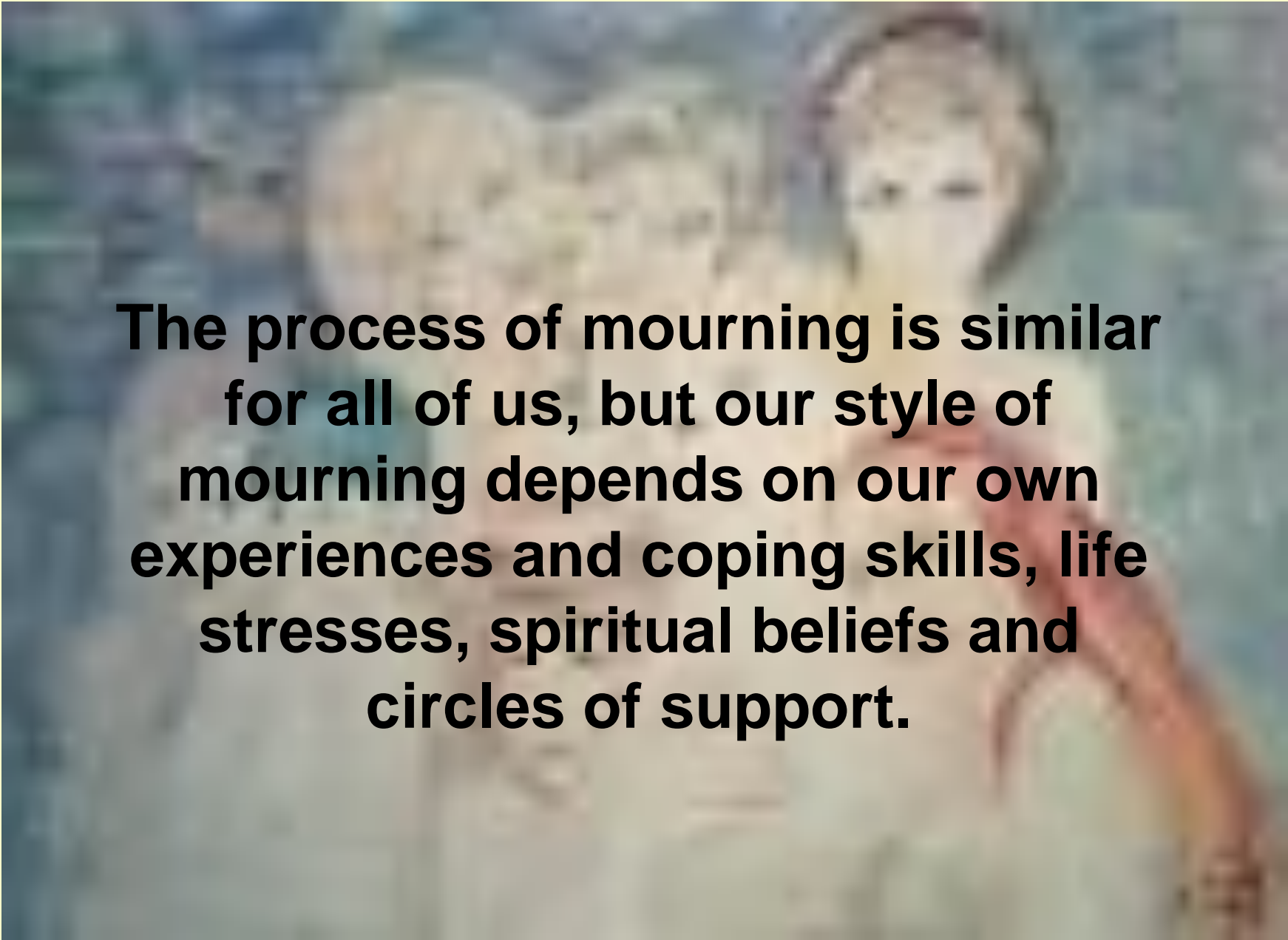


*Nei nostri cuori noi sappiamo
che la morte è parte della vita.
Essa dà significato alla nostra
esistenza ricordandoci quanto
la vita sia preziosa*

THE MOURNING PROCESS: how much time?

The mourning process takes a long time. It begins with news of the death, continues through the ritualized funeral and burial period, and endures for years to come.

A few years can often be much more difficult than the period immediately following the loss.



The process of mourning is similar for all of us, but our style of mourning depends on our own experiences and coping skills, life stresses, spiritual beliefs and circles of support.

ELDERLY - MULTIPLE LOSSES

Physical level →

wear of body →

- sexuality
- autonomy
- capacity
- illness

all kinds of limitations

Psychic level →

waning capability to function intellectually

- memorising
- learning
- reading
- hearing
- communicating

Practical level →

- lack of mobility
- loss of skills
- lack of privacy

Fattori di complicazione del lutto


- cause naturali / cause umane
- “chi era” la persona scomparsa
- morte prevista / morte improvvisa
- ambivalenza nella relazione
- rigidità dei ruoli
- lutti precedenti
- importanza della relazione
- crisi concomitanti (es. adolescenza)
- mancanza di sostegno sociale

(Mc Kissock e Mc Kissock, 1991; Maddock, 2003)



***“..in pace i figli seppelliscono i padri,
mentre in guerra sono i padri a seppellire i figli..”***

(Erodoto, “Storie”)



“..il massimo della felicità è che tu veda morire tuo padre e che tuo figlio veda morire te..”

(un saggio Zen, anonimo)

"CHI ERA" LA PERSONA SCOMPARSA

- **Nella realtà**

- evento più o meno naturale

- **Nel mondo affettivo del paziente**

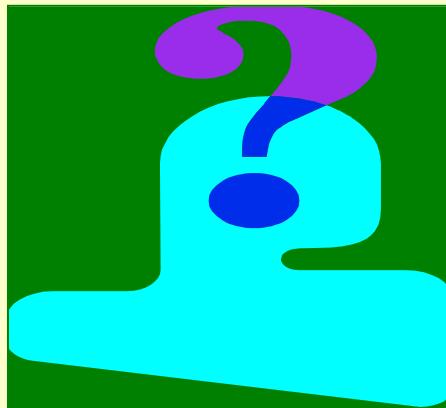
- quantità e qualità del legame ("buono" / "cattivo")
- grado e significato dell'investimento
- analogia con altre perdite

- **Ri-attualizzazione di lutti precedenti non elaborati**

MODELLO DIAGNOSTICO

DIMENSIONALE

CATEGORIALE



Sindromi collegate

- **Disturbo post-traumatico da stress**
- **Depressione maggiore**
- **Distimia**
- **Disturbo dell'adattamento (con umore depresso)**
- **Disturbi d'ansia (vari)**
- **Disturbi "altri"**

- I quadri clinici sono quasi sempre articolati, con contorni nosografici sfumati e non del tutto sovrapponibili a quelli della nosografia categoriale
- I sintomi si mostrano per lo più trasversali alle sindromi tradizionali

Perché QUESTO MALE proprio a me?

- **SENSO DI INGIUSTIZIA**
- **RIVENDICATIVITA'**
- **RANCORE**

Sintomatologia specifica

- *Nessuna ricerca di cure psichiatriche, fino all'esplicito rifiuto*
- *La sofferenza è ritenuta normale*
- *Non c'è, o è parziale, la coscienza di malattia*
- *Sentimento di colpa nell'ipotesi di una guarigione*
- *Il tempo non ha attenuato il dolore, spesso lo ha acuito*
- *Modificazioni del sentimento religioso: affievolito o respinto, talvolta invece dilatato con modalità fanatiche*

**“Se Dio non c’è,
allora tutto è lecito, tutto è possibile”**

(Ivan Karamazov)

**“Si Deus est, unde malum?
Si Deus non est, unde bonum?”**

(Severino Boezio, De consolatione philosophiae, I, V)

Good grief: religious people may have better health while mourning

Center for the Advancement of Health

www.scienceblog.com August 2002

To treat or not treat ?

In “*Mourning and Melancholia*”, Freud stated that while mourning was a grave departure from the normal attitude of life, it never occurred to him to regard it as a pathological condition or to refer the patient for medical treatment.

OBIETTIVI DELLA CURA

- Accettare la realtà della perdita
- Sperimentare il dolore provocato dalla reazione alla perdita
- Riadattarsi ad un contesto dal quale manca la persona scomparsa
- Reinvestire le energie in altre forme

N.B.: importante diagnosi precoce, con identificazione dei soggetti a rischio maggiore

METODI DI CURA

- **Farmacoterapia**
(per le sindromi collegate)
- **Tecniche di “re-living”**
- **Tecniche comportamentali**
(esposizione agli stimoli dolorosi)
- **Terapia interpersonale (IPT)**
- **Complicated grief treatment** (K. Shear)
- **Supporto non professionale**
(gruppi di auto-aiuto, volontari, ecc.)

INTERVISTA CLINICA E MEDICO-LEGALE

- Estrema suscettibilità
- Spesso rancore e rivendicatività proiettati sul professionista
- Opposizione o ambivalenza verso la cura
- Spesso negazione o sottovalutazione dei sintomi, quasi mai enfattizzazione
- Resistenza agli approfondimenti, sia clinici sia testistici (il p. ritiene scontata la propria sofferenza)
- Problemi controtransferali (identificazione, collusione, coinvolgimento, reazione alla ostilità)



“ In your patience lies your soul”

C. G. Jung