

Marzia Marsili

Covid-19: separazione e lutto. È possibile un "tempo nutriente" dell'attesa?

Riassunto

Questo articolo si propone di riflettere sulle conseguenze portate dalla pandemia da Covid-19, che ha causato in tutto il mondo grandi conseguenze alla salute fisica e psichica della popolazione. Tutta la società è stata colpita da un elevato numero di morti, anche inaspettate, nonché da separazioni dalle persone care, dalla chiusura-clausura (lockdown), che è arrivata a impedire addirittura i tradizionali riti funerari, dall'ultimo saluto alla persona deceduta alla possibilità per i familiari di occuparsi della salma. È nota l'importanza di dedicare un tempo e uno spazio a rituali e ad altre azioni simboliche per facilitare il lavoro del lutto e affrontare il dolore ad esso collegato. Il supporto psicologico offerto dalle psicologhe e dagli psicologi dell'associazione Psicologi per i Popoli - Trentino ha aiutato persone in situazione di grande fragilità a traghettare attraverso un tempo fatto di sofferenza, quale quello vissuto nell'attesa incerta delle sorti di familiari o persone care ricoverate nei reparti di rianimazione, facilitando la trasformazione di questa attesa piena di dolorosa incertezza in un "tempo nutriente dell'attesa".

Parole chiave: Covid-19, separazione, lutto, attesa.

Abstract

The aim of this paper is to reflect on sorrow, grief and mourning following the Covid-19 pandemic, which globally has caused major effects on population and its physical and mental health. The virus has caused a very high number of unexpected deaths and of separations, while lockdown measures have also affected society as a whole - such as people being prevented from traditional grief rituals like saying farewell; family disposal of the body; etc. The importance of dedicating time and space to rituals and other symbolic actions to facilitate grief work and deal with the pain associated with it is well known. The psychological support offered by the psychologists of the association Psicologi per i Popoli - Trentino has helped people in situations of great fragility to navigate through a time of suffering, such as that experienced in the uncertain waiting for the fate of family members or loved ones hospitalised in intensive care units, facilitating the transformation of this painful uncertainty into a "nourishing time of waiting".

Key words: Covid-19, separation, mourning, waiting.

Qualsiasi cosa si faccia, se la si fa sinceramente diventerà infine il ponte per la nostra completezza, una buona nave che ci trasporta attraverso l'oscurità della nostra seconda nascita, che dall'esterno sembra essere la morte.

C.G. Jung



Alla metà di dicembre 2019, la provincia di Wuhan, in Cina, inizia a parlare dell'inizio di casi sospetti di una forma virale apparentemente nuova. Il 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara l'emergenza

sanitaria di rilevanza internazionale e, l'11 marzo, lo stato di pandemia da Covid-19, con le conseguenti restrizioni alla vita pubblica.

L'epidemia di Sars-CoV-2 si è imposta in tutta la sua potenza nel mese di marzo, in Italia. La popolazione, soprattutto del Nord Italia, si è ritrovata ad affrontare grandi paure, reali e ataviche, verso qualcosa di indefinibile, inizialmente ignoto e misterioso, circondato da spiegazioni incerte, che forse da un animale a contatto con le tenebre, o da un pangolino, sembra aver compiuto un salto di specie attaccando l'essere umano. La sofferenza, la malattia, la morte sono diventate presenze costanti, virtuali e reali. In alcune settimane il sistema sanitario si è trovato messo alla prova in termini di personale e posti letto, arrivando a situazioni, in alcune regioni, ingestibili: si è fatto ricorso alle residenze sanitarie e sociosanitarie assistenziali per ospitare persone affette da Covid-19 e i posti letto dei reparti di rianimazione degli ospedali sono diventati introvabili. Lo scenario si è fatto apocalittico, uno scenario associato alla "medicina di guerra" (Cecconi, Forni e Mantovani, 25 marzo 2020).

In principio fu un periodo di scetticismo, negazione e incredulità.

All'improvviso le persone hanno iniziato a rifornirsi di generi alimentari, per prepararsi al peggio, lasciando gli scaffali vuoti: cibo, medicine, disinfettanti e mascherine, queste ultime da subito introvabili. La metafora della guerra inizia a diventare ricorrente.

Quando la realtà si è imposta nel conteggio dei morti, la paura è diventata sempre più presente. Gli ospedali nelle realtà più colpite sono diventati insufficienti. La medicina territoriale, là dove ancora esisteva in salute, è stata fondamentale per prestare assistenza a persone ammalate a casa.

Le persone che necessitavano di un ricovero, quando il quadro finiva per complicarsi, temevano gli scenari peggiori a cui andare incontro. Sintomi gravi, spesso la crisi respiratoria, hanno reso indispensabile il ricovero di molte persone in ospedale. Chi veniva colpito sapeva che il rischio poteva essere anche quello di salutare i familiari non sapendo se si sarebbero più rivisti. La persona portata via in emergenza da un'autoambulanza o ricoverata in un reparto Covid-19 non poteva più essere raggiunta dai cari, per le prescrizioni di contenimento del contagio.

Per alcune di queste persone il decesso è sopraggiunto prima ancora della diagnosi, la notizia è stata data dai medici dell'ospedale ai familiari.

Nei casi invece dei ricoveri, alcuni di questi potevano prolungarsi anche per settimane: iniziava, per i familiari, un "tempo sospeso", fatto di attese interminabili. Il tempo sospeso dell'attesa si sostituiva al tempo della certezza della morte sopraggiunta. Qualche volta comunicata giorni dopo l'evento.

In queste pagine si rifletterà sulla perdita e sul lutto. Ci si chiederà cosa abbia comportato il lutto in questa situazione (paura, solitudine, distanza, impossibilità di svolgere i rituali secondo le tradizioni), ma si rifletterà anche sul tempo sospeso dell'attesa, su come l'intervento di supporto psicologico delle volontarie e dei volontari dell'associazione Psicologi per i Popoli, abbia contribuito in alcune situazioni a traghettare le persone che rischiavano di rimanere "congelate" nell'attesa della persona cara vissuta come "scomparsa", aiutandole a riconsiderare e vivere questo tempo come un "tempo nutriente dell'attesa".

Lutto: etimologia e complessità terminologica

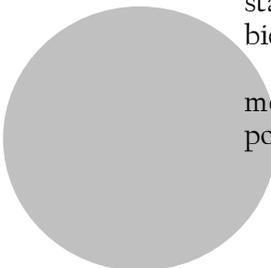
Secondo l'enciclopedia Treccani, *lutto* deriva dal latino *luctus*, dal tema di *lugere*, piangere. La ricchezza del termine permette di racchiudere diversi aspetti. Al termine lutto si collegano il dolore e le sue manifestazioni. “Sentimento di profondo dolore che si prova per la morte di persona cara [...] la cui perdita è vivamente rimpianta”. Il lemma della Treccani ricorda come qualche volta indichi “la perdita stessa (con riferimento indiretto al dolore di cui essa è cagione)”. E ancora il “*complesso di usanze* che, in base a tradizioni diverse a seconda dei luoghi, vengono osservate dai congiunti di un morto, per un periodo di tempo più o meno definito dopo il decesso, e in genere ogni segno esterno con cui il dolore è manifestato” (vestire, abiti, consuetudini). Infine, il termine fa anche riferimento “alla durata delle consuetudini e dei segni esteriori: *periodo di lutto*; lutto d'un anno, di sei mesi; siamo ancora in lutto; finire il lutto”, i “giorni di lutto, quelli destinati al raccoglimento nel dolore, o ai segni esterni di esso; o, anche, quelli che hanno recato con sé sventure, calamità pubbliche o private”. Dallo stesso tema di *lugere* come piangere, essere in lutto, deriva anche l'aggettivo *lùgubre*, dal latino *lugūbris*: che esprime o suscita nell'animo una profonda tristezza, che evoca immagini di dolore, di sventura, di morte (Treccani).

La psicoanalisi definisce il lutto come stato psicologico che deriva dalla perdita di un oggetto significativo, esterno o interno; comporta un processo di elaborazione psichica, il “lavoro del lutto” (Freud, 1915), che passa da successivi momenti, di diniego, accettazione, distacco e reinvestimento dell'energia su altri oggetti (Galimberti, 1992). È un processo caratterizzato da un tempo occupato da pratiche e rituali che può diventare patologico (melanconia) qualora il soggetto non riesca a separarsi dalle parti interiorizzate dell'oggetto perduto:

Stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo che ha fatto parte integrante dell'esistenza. La perdita può essere di un oggetto esterno, come la morte di una persona, la separazione geografica, l'abbandono di un luogo, o interno, come il chiudersi di una prospettiva, la perdita della propria immagine sociale, un fallimento personale e simili.

Dal lutto, che comporta sempre un'identificazione con l'oggetto perduto, si esce attraverso un processo di elaborazione psichica, o “lavoro del lutto” come dice S. Freud, che prevede uno stadio di diniego in cui il soggetto rifiuta l'idea che la perdita abbia avuto luogo, uno stadio di accettazione in cui la perdita viene ammessa, e uno stadio di distacco dall'oggetto perduto con reinvestimento su altri oggetti della libido a esso legata.

Il lavoro del lutto richiede un certo tempo per il ritiro degli investimenti libidici, e l'umanità ha sempre provveduto a occupare questo tempo con cerimonie pratiche e rituali.



Un blocco nel lavoro del lutto porta alla melanconia, che insorge quando il soggetto sente l'oggetto perduto come una parte ineliminabile di sé da cui non può separarsi se non separandosi da se stesso. In questo caso il lutto da normale diventa patologico (Galimberti, 1992, p. 617).

La definizione di Galimberti è un punto di partenza importante per mantenere il focus su quanto il lutto comporta, collegando questi concetti anche al tipo di attaccamento vissuto dal soggetto che sperimenta questa separazione (Bowlby, 1976-1983; Holmes, 2017). Inoltre è fondamentale il momento della riparazione: l'oggetto d'amore trova una collocazione interna nell'individuo, e la libido libera e trasformata può essere reinvestita in nuovi legami.

La complessità terminologica del termine lutto è maggiormente evidente considerando i termini in altre lingue (Sbattella, 2016). In inglese, per esempio, la perdita (*loss*) indica il venire meno di qualcuno o qualcosa, essere stati privati di qualcuno o qualcosa, in stretto collegamento con la morte (*death*), i comportamenti e i sentimenti per accettare e superare la perdita e la condizione di essere privati di qualcuno per la sua morte che deve essere compresa e accettata (*bereavement*), in riferimento anche alla condizione di lutto con i percorsi e i gesti delle diverse religioni e culture dirette alla ricerca di un nuovo adattamento (*mourning*). Include tutta l'esperienza della morte, in alcuni casi della sua anticipazione, e del successivo processo di adattamento alla perdita e al ritorno alla vita di chi resta. Lutto spesso include anche il termine dolore (*grief*) connesso al processo di adattamento alla perdita per la morte di una persona cara, per la perdita di uno stato sociale, perdita del lavoro, ma anche una perdita collegata a divorzio o separazione. *Bereavement* è considerato anche il periodo conseguente a una perdita e il dolore a questa perdita collegato; i rituali sono necessari per l'elaborazione, il processo del lutto (*mourning*), quel lavoro essenziale per sopravvivere alla perdita subita, per riprendere in mano le fila della propria esistenza, far sì che l'energia vitale riprenda a scorrere e possa aprire a nuove possibilità relazionali. Il processo di adattamento alla nuova vita con i cambiamenti determinati dalla perdita della persona cara è accompagnato da diversi rituali, norme, prescrizioni, regole, che vengono determinate dalle diverse culture di appartenenza. Il processo del lutto richiede molte energie e spesso si accompagna a sensazioni di grande stanchezza; spesso il lutto riattiva la sofferenza per altre perdite o separazioni subite.

Lutto anticipatorio

Negli stati di malattia spesso si trovano forme di "lutto anticipatorio", definibile come l'attesa che sopraggiunga la morte della persona ammalata. Gli stati d'animo che l'accompagnano possono avvicinarsi a quelli del lutto vero e proprio: dai primi momenti di incredulità e negazione a momenti successivi di rabbia, alla tristezza. Il lutto anticipatorio permette di accomiarsi dalla persona cara, di ultimare quanto resta da disporre, dandosi e dando a chi resta il tempo necessario per "lasciare andare".

Quando invece la perdita è improvvisa, è più difficile ritrovare un significato degli eventi, la perdita della persona cara viene vissuta come una forte perdita di senso rispetto all'esistenza; talvolta resta la sensazione di non essere riusciti a ultimare quanto restava da ultimare, di aver abbandonato la persona cara; può essere più difficile accettare la separazione e "lasciare andare".

Nelle situazioni di morte improvvisa, gli stati d'animo possono portare in chi resta stati di shock, di confusione, di negazione con tentativi di ritrovare la persona perduta, frustrazione per l'impossibilità di esaudire questo desiderio, ansia di separazione, momenti di disorganizzazione e disperazione; diventa più difficile pensare al futuro e progettare il futuro senza il defunto; possono persistere situazioni di disorientamento, fatica di concentrazione. L'accettazione può permettere un riadattamento alla vita e la ripresa dell'interesse per la stessa.

Al lutto possono accompagnarsi sentimenti depressivi, profonde tristezze; la perdita dell'altro comporta la perdita di una parte di sé importante che nell'altro si riconosceva, fatta di memorie, condivisioni, esperienze vissute assieme. Tra i meccanismi messi in atto per difendersi dall'angoscia provocata da una separazione si possono trovare negazione, rimozione, dissociazione. La fatica a separarsi si accompagna al vedersi sempre accanto la persona che non c'è più.

La paura per il futuro e per i cambiamenti necessari, le ambivalenze di chi resta rispetto alle persone che muoiono possono richiedere importanti processi di rielaborazione; si pensi alla comparsa, nella dimensione onirica, dei defunti, che in alcuni casi ritornano come aiuto e sostegno, in altri come momenti di saluto e di benvenuto, e in altri ancora portano con sé degli aspetti irrisolti e si manifestano nei sogni nelle sembianze di spiriti e creature non del tutto morte, che pretendono qualcosa e spaventano i viventi. Anche la stratificazione psichica, non solo la struttura cerebrale, porta con sé parti antiche (von Franz, 1978; von Franz, 1986; Jung, 1976, pp. 325-334; Jung e Jaffè, 1961).

Tra le reazioni collegate al dolore per la perdita troviamo risposte fisiche, emotive, cognitive. A livello emotivo si possono accompagnare emozioni e stati d'animo come rabbia, paura, disperazione, tristezza, spesso il senso di colpa e un senso di inutilità. Le ricadute sul piano fisico possono incidere sull'appetito e sul sonno; si possono riscontrare anche importanti disturbi fisici e malattie (cardiovascolari) subito dopo la perdita del partner, soprattutto là dove la perdita sia inaspettata e improvvisa. Una ricerca danese condotta tra il 1995 e il 2014 segnala il rischio di fibrillazione atriale anche nelle persone di età inferiore ai sessant'anni, manifestazioni che decrescono nel tempo (Graff, Fenger-Grøn, Christensen et al., 2016).

La riflessione sulla patologizzazione del lutto porterebbe lontano. "Ogni crisi si accompagna a un lutto e ogni lutto è intrinsecamente collegato alla crisi", spesso a vissuti esistenziali diffusi di malinconia e di possibilità, come raccontano gli autori dei saggi delle *Muse malinconiche*, raccolti da Donfrancesco nel 2004 (si veda, in particolare, il saggio di Greg Mogenson, *La vita dell'immagine dopo la morte*, dedicato a Jung e al lutto, ma di grande interesse è anche *La musa malinconica* di Mario Pezzella, dedicato ad alcune opere "metafisiche" di De Chirico).

Lutto bloccato, patologia del lutto

Di recente è stata introdotta nei sistemi di classificazione diagnostica (DSM-5, ICD-11) una categoria di lutto patologico *autonoma*, mentre prima tale categoria era collegata al quadro depressivo. Il lutto viene definito patologico quando per durata e intensità si discosta dalle norme culturali e religiose della comunità di appartenenza e compromette il funzionamento sociale dell'individuo.

La categoria di disturbo da lutto prolungato non era presente nell'ICD-10, ma è stata inserita nell'ICD-11 (*Prolonged Grief Disorder*), in corrispondenza del disturbo da lutto persistente complicato del DSM-5, connotato dalla difficoltà a separarsi emotivamente dalla persona morta, il persistente desiderio e nostalgia della persona morta, tristezza e dolore emotivo, preoccupazione per il defunto e per le circostanze della morte, fatica a separarsi da quegli aspetti della realtà quotidiana che gestiva la persona, dai ricordi, dalle incombenze quotidiane (Bucci, 2017). Gli autori dei sistemi classificatori hanno ritenuto che una persona con lutto complicato possa presentare disturbi dell'adattamento, con tratti depressivi o ansiosi, emozioni sregolate, fino alla depressione maggiore, all'uso o abuso di sostanze (per anestetizzare il dolore della perdita) o ai disturbi di PTSD con manifestazioni di evitamento o reazioni a ogni accenno alla persona morta.

Il DSM-5 indica come criteri diagnostici una marcata difficoltà ad accettare la morte, incredulità o torpore emotivo, difficoltà verso i ricordi positivi del deceduto, rabbia, amarezza, valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla sua morte (senso di autocolpevolezza), evitamento eccessivo di ricordi legati alla perdita (persone, luoghi o situazioni associati alla persona morta), senso di solitudine dal momento della morte e mancanza di fiducia verso gli altri. Nella diagnosi differenziale rispetto al *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), le intrusioni sperimentate a seguito della mancata elaborazione di un lutto sono prettamente relative a immagini positive e confortanti della relazione con il defunto; mentre, rispetto al disturbo depressivo maggiore, la tristezza, il senso di colpa ecc. non sono generalizzati, bensì riferiti alla persona deceduta. È uno stato definito per il protrarsi nel tempo dei sintomi (lasso di tempo superiore ai dodici mesi) la severità degli stessi, la presenza di pensieri o agiti suicidari. La gamma di reazioni possibili può andare dall'assenza assoluta di dolore e lutto, all'incapacità protratta di avere normali reazioni di dolore.

Tra le diverse manifestazioni del lutto si possono trovare forme di lutto irrisolto, ritardato, conflittuale o cronico. Tra i fattori che contribuiscono a un lutto irrisolto troviamo la subitanità dell'evento e il tipo di relazione con la persona morta, l'intensità della relazione o la conflittualità irrisolta.

Superamento del lutto

Il superamento del lutto comporta un ritorno a quella che era la "normalità", la possibilità di sperimentare la gratitudine verso il defunto e verso la vita, il recupero del benessere e della serenità: l'oggetto esterno su cui era

stata investita una parte di sé, conoscendola, riscoprendola, integrandola, torna a essere una nuova presenza interna.

La resilienza delle persone, il grado di attaccamento e vicinanza alla persona defunta, il tipo di morte, le forme di separazione o di lutto vissute in precedenza sono alcuni dei fattori che concorrono a creare il modo in cui si vive l'esperienza della separazione e del lutto.

Le manifestazioni del lutto sono manifestazioni esistenziali, non necessariamente patologiche; perciò è importante trovare adeguate modalità collettive e soggettive per esprimere ed elaborare il lutto.

La comunità

Non solo cercare il sostegno della comunità e dei propri cari diventa un modo di reagire a livello sociale al dolore per la perdita. L'importanza di un tempo dedicato ai rituali ha una valenza universale; la partecipazione attiva all'esperienza del dolore può rendere le persone in lutto responsabili dei rituali (Aksoz, Erdur-Baker e Servaty-Seib, 2018) permettendo di sperimentare una catarsi emotiva e un maggiore adattamento alla transizione (Castle e Phillips, 2003). Il fatto di trovare i rituali appropriati alla propria cultura di appartenenza o familiare, alla soggettività di come vengono affrontati la perdita e il lutto, ha nel tempo aiutato a superare paure, senso di vuoto, isolamento sociale.

La morte rimossa

Lo storico francese Philippe Ariès in un suo lavoro dedicato alla storia della morte in Occidente descrive come nel corso dei secoli si sia passati dalla morte addomesticata (abitudine della morte, ciclicità dell'esistenza, abbandonarsi al destino, prossimità del mondo dei morti a quello dei vivi) alla *morte proibita*. Nel Ventesimo secolo ci siamo abituati a una scotomizzazione della morte (forse una rimozione che in quanto tale ha aumentato una sua presenza inconscia e il rischio di patologizzarla). La morte, come la malattia, era diventata qualcosa di cui non si parlava, di cui ci si vergognava quasi. Alla persona in prossimità della morte si nascondeva quello che stava accadendo. La morte, e non solo, veniva medicalizzata, racchiusa negli ospedali, quando andava bene negli hospice; seppure in un'ottica che potrebbe essere considerata di "separazione", l'esperienza degli hospice ha introdotto solo nella seconda metà del Ventesimo secolo l'importanza di nuovi modi di accompagnare alla morte (Zucco, 2007; Casale e Calvieri, 2014). Già gli studi visionari e innovativi della psichiatra Elizabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross e Kessler, 2019) si erano dedicati all'importanza di un accompagnamento adeguato delle persone in prossimità della morte. L'approccio di questi studiosi sembra avere indicato faticosamente una strada nella direzione del superamento della separazione studiata da Ariès, quella separazione che portava a vergognarsi del

dolore, della morte, come anche della malattia e della vecchiaia. In quella visione, il dolore veniva contenuto, non espresso, i rituali stessi erano diventati più sobri, il lutto stesso veniva vissuto secondo modalità spaziotemporali diverse e accelerate. Il tempo dedicato al lutto subiva un'accelerazione temporale. L'era del dominio della tecnica. Del dolore nascosto, della commozione vissuta in privato, non espressa, nella terminologia stessa, dove la morte diventava quasi un tabù innominabile, la *morte proibita* (Ariès, 1978). La rimozione della morte rispondeva dunque a una sorta di onnipotenza dell'essere umano: non esistevano più la vecchiaia, la malattia, la morte; il lutto e ogni sofferenza umana venivano patologizzati a livello collettivo (si pensi all'incidenza di uso di psicofarmaci e alla depressione; per una problematizzazione di questo tema, si veda il testo di Piero Coppo [2005], *Le ragioni del dolore: etnopsichiatria della depressione*).

Nella nostra cultura, il corpo stesso è stato sempre più affidato alle cure di personale competente, sempre meno a quelle dei familiari (di nuovo, sia nella malattia sia nella morte). Si è nel tempo assistito a una parziale sparizione del corpo, il corpo ha iniziato a occupare degli spazi ben delimitati e definiti, si poteva fare visita per un ultimo saluto presso le camere mortuarie, talvolta con poca cura degli spazi a questo adibiti. Diversamente accadeva in alcune luoghi più remoti in Italia, come in alcune valli del Trentino, e non solo, dove si continuava a recitare il rosario e a vivere la veglia al cospetto del defunto celebrata in casa.

Rituali per l'espressione del dolore della perdita

Il confronto con la perdita necessita di rituali che possano dare significato e aiutare il singolo e la comunità tutta a contenere ed esprimere quanto connesso con la morte, con il lutto. Le comunità, nei diversi periodi storici, si sono organizzate in rituali e pratiche importanti per quella comunità, per le persone in essa inserite.

Culture diverse esprimono il dolore e il lutto in modi diversi: possono esservi, per esempio, rituali di condoglianze, visite dei vicini, canti, cori, litanie, la recita della corona e i riti funebri. Il tempo dedicato al lutto prevedeva anche l'importanza di non portare il dolore troppo a lungo nel corpo, attraverso antiche pratiche. Le culture tradizionali prescrivevano il tempo – in alcune almeno un anno – per attraversare il momento della perdita, con il coinvolgimento attivo dei familiari e la partecipazione della comunità. Le culture occidentali sembrano aver confinato nella solitudine e nella velocità il processo del lutto, ma questi rituali rimangono comunque fondamentali per aiutare chi resta e la comunità tutta.

Nell'antica Scandinavia il processo del lutto prevedeva un "vivere nella cenere" per trasformare il dolore in qualcosa di utile per la comunità.

Nella tradizione ebraica viene richiesto di restare nel lutto (*Mitzwah*) per molto tempo (Weller, 2015). Da una prima settimana di lutto (*Shiv'ah*) vissuta intensamente, i primi trenta giorni (*Sheloshim*) con una serie di regole da osser-

vare, a un anno dal giorno della morte (*Yahrtzeit*), anniversario commemorato con la recita del *Kaddish*, per permettere a chi resta di avere la solidarietà di tutta la comunità, il rispetto del decoro dei vivi e dei morti (Pacifici e Mieli, 1980). Nello *Mizwah* la comunità si raduna al domicilio dei familiari per studiare e pregare. In Irlanda si imponeva la tradizione di stare accanto alla salma in casa, non lasciarla sola (Weller, 2015). Lo stesso accade in alcune delle nostre valli: la salma viene composta in casa dai familiari o da personale preposto, lì viene esposta alle persone che vengono a salutarla e a porgere le condoglianze ai familiari.

Anche nella tradizione islamica il processo del morire è una tradizione comunitaria (il giurista Averroé parla dei diritti dei defunti sui morenti), una opportunità per chi resta, perché permette di riflettere e meditare sulla morte e riconciliarsi finché è possibile con il morente, perdonarsi reciprocamente. I momenti del trapasso sono importantissimi per preparare il moriente (*al-muhtadar*) al passaggio, con un sostegno comunitario delle persone. La morte di una persona ammalata avviene al domicilio, non in strutture ospedaliere, senza che il congiunto sia lasciato solo, recitando assieme le *sura* del Corano, in una preparazione spirituale alla morte, l'incoraggiamento (*talqin*) a pronunciare la formula di fede (*shahada*), recitando delle *'dua* (supplicazioni). Le abluzioni rituali per preparare il corpo sono definite con grande precisione e sono un compito comunitario (obbligazione *fard al-kifaya*), eseguito da almeno due adulti, *in primis* familiari di fede musulmana, prima che il corpo venga avvolto nel sudario funebre (*al-kafan*); la preghiera funebre è comunitaria, con l'imam, non *in absentia* del defunto, la sepoltura (*al-dafan*) deve avvenire al più presto possibile, mentre la cremazione non è ammessa in nessun caso (scritto dell'Imam della Comunità Religiosa Islamica in Italia [Co.Re.Is] Yusuf Abd Al Adhim Giuseppe Pisano, s.d.). La comunità partecipa recandosi nella casa della famiglia a portare le condoglianze e, nei primi tre giorni, la comunità prepara il cibo per i familiari della persona defunta.

Il momento del cibo preparato e consumato assieme compare in diverse tradizioni.

Il rito cristiano comprende, oltre al rito di passaggio del sacramento dell'estrema unzione degli infermi (sacra unzione o "olio santo") che avvicina il moriente al Cristo (Concilio Vaticano II), la preparazione del defunto, la veglia e l'allestimento della camera ardente illuminata dalle candele, la celebrazione del funerale, la messa esequiale, con la recita dell'*Eterno riposo* (*Requiem Aeternam*) invocazione a Dio che accompagni le anime dei defunti e l'atto di bruciare l'incenso per onorare il corpo del defunto, la sepoltura o la cremazione.

I funerali hanno sempre conferito il giusto valore alla perdita e al dolore, mediante la partecipazione della comunità. La consapevolezza del lutto permette di elaborarlo e superare la sofferenza che esso arreca.



Il lutto durante la pandemia da Covid-19

La pandemia da Covid-19 ha imposto dei cambiamenti radicali al modo in cui si è attesa la morte e si è dovuto vivere il lutto nella complessità terminologica e di significato.

Cosa ha comportato il lutto in questa situazione, dove nell'incertezza estrema la malattia si accompagnava all'attesa, e i ricordi potevano congelarsi negli ultimi momenti prima della separazione dai propri cari, come è stato raccontato, il ricordo di occhi disperati, di persone già in crisi respiratoria?

Le morti improvvise e intenzionali più facilmente si possono collegare al lutto traumatico. In aprile, Eisma, Boelene e Lenferink (2020), studiosi dei dipartimenti di psicologia clinica delle università dei Paesi Bassi, preoccupati per il rischio di sviluppare un lutto patologico, hanno inviato una lettera all'editore di "Psychiatry Research" (*Prolonged Grief Disorder following the Coronavirus [COVID-19] Pandemic*), dove si interrogano su quali siano i fattori di stress che potrebbero portare a situazioni di lutto complicato. Quelli da loro indicati sono: l'alta incidenza del numero dei decessi, morti avvenute spesso in modo repentino e inaspettato, un'importante disgregazione sociale, l'assenza di rituali tradizionali per l'elaborazione del dolore quali cerimonie funebri di saluto e sepoltura dei defunti (Castle e Phillips, 2003), la modalità di cura della salma, l'assenza di un concreto supporto sociale in presenza, questo non solo per i familiari di vittime del Covid-19, ma per persone che sono comunque state impossibilitate nello svolgimento dei funerali e delle cerimonie di addio (Eisma, Boelen e Lenferink, 2020). Gli autori osservano che l'aumento di disturbi psichici a seguito di epidemie e catastrofi naturali è stato oggetto di ricerche, mentre è meno studiato il protrarsi del dolore acuto e invalidante a seguito di un lutto (Eisma, Boelen e Lenferink, 2020). Concludono il loro intervento con la richiesta di un impegno collettivo in interventi psicologici volti a trattare eventuali disturbi collegati al *Prolonged Grief Disorder*, anche in forma telematica, per evitare ulteriori complicanze in ambito psicologico e psichiatrico.

Nella formazione curata dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia, Primo Gelati si interroga sui possibili scenari che riguardano le persone in lutto durante la pandemia (Gelati, 25 marzo 2020). Gli elementi di criticità sono collegati sicuramente alla mancanza di ritualità, di vicinanza fisica, di ritualità sociale che permette il contenimento del dolore, la vicinanza, la condivisione. La mancanza del corpo, che diventa l'immagine pervasiva dei camion stipati di bare. L'impotenza, che anche noi professionisti abbiamo condiviso, e condivideremo, con loro. L'assenza degli aspetti che garantiscono una *morte dignitosa*, come l'accompagnamento durante gli ultimi giorni e la presenza delle persone care nel momento del decesso. Ancora prima, le modalità del ricovero, l'assenza dei familiari in ospedale, le particolari operazioni del *post-mortem*. I congiunti sono stati espropriati della possibilità di un ultimo saluto in vita e dell'accompagnamento dopo la morte. La veglia è stata fatta in assenza (che per Gelati era "come non farla", *ivi*). Tra i fattori di rischio per la comparsa di una pa-

tologia del lutto, Gelati (ivi) indicava il rapido decadimento del quadro clinico già a casa, la separazione traumatica per il ricovero, l'assenza di contatto visivo, verbale, la comunicazione telefonica impersonale nel caso di comunicazione di perdite plurime (di fronte a un'intera generazione che viene a mancare), l'impossibilità del funerale e l'assenza di ritualità sociale, il completo isolamento sociale per settimane per i superstiti (quarantena).

Gelati ricordava inoltre come si sarebbe cercato di dare un significato alla morte attraverso la rabbia, irrazionale, come componente del lutto, rabbia che avrebbe potuto essere diretta verso il defunto, i curanti, se stessi; verso "il sistema": la sanità, la politica. A questi fattori si aggiungevano altri fattori personali di rischio, come i sensi di colpa tipici del lutto non patologico, oltre al senso di colpa per avere, in alcuni casi, portato il contagio ai propri cari, e al dolore di non essere stati vicini alla persona deceduta (OPL, 25 marzo 2020).

È stato possibile un lutto anticipatorio in queste situazioni?

L'attesa si è imposta in quello che diventava un tempo sospeso, sia per i familiari che per la persona ricoverata. Un tempo fatto di profonda solitudine e distanza, di impossibilità di svolgere i rituali secondo le tradizioni. Un tempo fatto di disperazione e tragicità, soprattutto se le persone che venivano ricoverate erano anziane. Mentre le notizie, che contagiavano più del virus, raccontavano di sanitari che dovevano scegliere chi curare o ricoverare nei reparti di rianimazione. In tutto questo, si imponevano le immagini delle salme che non trovano un posto, che sia a Bergamo, con le immagini scolpite nella memoria collettiva della colonna dei camion militari che trasportavano le salme in altri luoghi, o a Bolzano, dove non c'era più posto per procedere alla cremazione.

L'articolo pubblicato da "la Repubblica" il 18 marzo 2020 a firma di Elena Testi è emblematico di questa tragedia: *Bergamo non c'è più posto: 70 mezzi militari portano le salme.*

BERGAMO – Un'immagine da teatro di guerra: nel centro di Bergamo. Una lunga colonna di mezzi militari ferma in via Borgo Palazzo – a poche centinaia di metri dal cimitero. Sono i furgoni dell'esercito impiegati per trasportare le bare dal camposanto bergamasco verso i forni crematori di altre Regioni.

Il motivo, come è ormai noto, è che la camera mortuaria a Bergamo non è più in grado, da giorni, di accogliere i feretri delle vittime del coronavirus. E lo stesso discorso vale per il forno crematorio (ce n'è uno solo in città, è attivo 24 ore su 24). Da quando il Covid-19 ha iniziato a falcidiare la Wuhan italiana – Bergamo resta finora la provincia più colpita nel Paese – i servizi cimiteriali e le agenzie funebri sono andati in tilt. Per sgravare la camera mortuaria del cimitero – senza più spazio disponibile – era stato necessario nei giorni scorsi mettere in fila le bare dei defunti nella chiesa di Ognissanti, all'interno del cimitero. Da ieri, la soluzione individuata per far fronte all'emergenza è l'impiego dei mezzi dell'esercito. Le vittime del coronavirus vengono trasportate in altre regioni: a partire dall'Emilia Romagna. I primi invii delle bare sono stati a Modena.

Tra le risposte alla pandemia ricorrente, c'è stata la negazione, sia nella controinformazione sia nella fragilità di alcune persone, riconoscibile soprattutto nella *colonna* di Bergamo, che qualcuno avrebbe voluto trasformare in una invenzione, quasi fosse la partita di calcio di *Esse est percipi*:

Non esiste punteggio, né formazioni, né partite, gli stadi cadono tutti pezzi. Oggi le cose succedono solo alla televisione o alla radio; l'ultima partita di calcio è stata giocata il 24 giugno 1937. Da quella data il calcio, come tutta la vasta gamma degli sport, è un genere drammatico, orchestrato da un uomo solo in uno studio o interpretato da attori in divisa da gioco davanti al cameraman [...] anche la conquista dello spazio è una coproduzione televisiva statunitense-sovietica [...] ma allora nel mondo non accade nulla? – ben poco (Borges e Bioy Casares, 1967).

Che anche in questo caso la negazione rispondesse in modo difensivo alla pervasività e alla potenza delle immagini e di quanto si leggeva e si ascoltava in quei giorni? Si ricorda a questo proposito l'uso massiccio dei social media nella divulgazione di informazioni spesso non attendibili o inventate, arrivando a coniare il termine di *infodemia* (in aggiunta a immagini di bellezza, forza e ironica sdrammatizzazione).

Roberta Bommassar, presidente dell'Ordine degli Psicologi di Trento, in un'intervista rilasciata al quotidiano locale online "Il Dolomiti" il 23 marzo 2020 (Viesi, 23 marzo 2020), sottolineava la tragicità di quei momenti: "Dolore atroce che lascia tutto sospeso, come le parole che avremmo voluto dire un'ultima volta". Ricordava la solitudine di chi veniva ricoverato nelle terapie intensive, lontano dai propri cari, lasciando "i conti in sospeso" come avviene in ogni relazione: "Quando arriva la fine, sia chi se ne va sia chi resta sa che può, in un certo senso, riparare queste mancanze. Questo virus, invece, lascia dietro di sé solo il rimpianto del non detto e del non fatto". La solitudine diventa "reciprocità nella solitudine", le persone in ospedale (ma anche in RSA) vivono un senso di abbandono, il sentire di essere stati abbandonati. I familiari restano a casa in solitudine, bloccati dalla quarantena, spesso isolati quindi anche da altri familiari e parenti, dal mondo delle relazioni. Con un forte senso di colpa, spesso con l'autocolpevolizzazione per essere stati responsabili della trasmissione del virus. Con la paura per gli altri e per se stessi.

Bommassar ricordava come l'accompagnamento alla morte e la possibilità di parlare della morte fossero fondamentali per allontanare l'angoscia, interrogandosi su cosa stava avvenendo nella situazione pandemica, dove rischiavano di essere assenti gli elementi della riparazione, della riconciliazione tra chi muore e chi sopravvive, di fondamentale importanza per l'elaborazione del lutto: se la presenza nel momento della morte diventa una forma di restituzione di quanto è stato dato, l'assenza poteva diventare una mancanza che apriva a un "lutto mutilato", accompagnato da sensi di colpa per la mancanza della *riparazione*: "Accompagnare verso la fine il proprio padre o la propria madre è un modo per restituirci/le quanto ha fatto per noi. Questo può aiutare ad allegger-

rire la nostra sofferenza” (Viesi, 23 marzo 2020). La rimozione poteva essere superata dalla consapevolezza della fine e dalla serenità di poterne parlare.

Bommassar riprendeva anche il ruolo del personale sanitario, argomento su cui durante questa epidemia i media hanno scritto molto: i racconti delle persone ascoltate allo sportello di supporto psicologico hanno confermato la loro vicinanza, almeno nei reparti di terapia intensiva. Sono stati loro il tramite caldo, presente, assiduo, tra la persona ricoverata e i familiari a casa, hanno permesso di tessere la relazione tra chi ricoverato se ne stava andando o rischiava di morire e i familiari, uniti nella distanza (Micheletto, 2020).

L'articolo rifletteva inoltre sulla tragicità delle immagini di Bergamo a pochi giorni di distanza, immagini che avevano reso presente la morte rimossa, ricordando la fragilità dell'individuo nella malattia e nel contagio, elementi che sfuggivano da ogni controllo, anche da quello della tecnica, riducendo le nostre onnipotenze: riconducendo alla consapevolezza di come morte e vita si collocano in un *continuum*, nella ciclicità dell'esistenza (Viesi, 23 marzo 2020).

L'epidemia ha inferto una ferita alla psiche individuale e collettiva. Il lutto elaborato permette di reinvestire la libido, quella energia, in un altro oggetto esterno o interno; un lutto non elaborato rischia di essere un *lutto sospeso*, un lutto bloccato, congelato (sentirsi in una bolla, in un limbo, pervasi da sensi di colpa per essere sopravvissuti, per essere stati causa del contagio, oppure per non aver potuto accompagnare la persona defunta. Sensi di colpa che bloccano la vita e la possibilità di tornare a sentirsi sereni; Viesi, 23 marzo 2020). L'introiezione di un'immagine positiva della persona morta corrisponde all'ultima fase del lutto, l'immagine interiore di chi se n'è andato può essere ricostruita, e trasformata in un'immagine che ci accompagna se il passaggio delle fasi precedenti è stato superato (introiezione di un'immagine positiva), se sono stati elaborati diversi elementi della relazione, quelli più conflittuali o irrisolti; in caso contrario, l'immagine che resta può essere negativa (Viesi, 23 marzo 2020).

Nella ferita collettiva restano anche le salme di persone morte sole, a Medicina dove una donna è potuta essere sepolta senza che i familiari fossero avvisati (Gelati, 25 marzo 2020), mentre a Bolzano una donna ricoverata in ospedale era già deceduta da alcuni giorni quando i familiari sono stati informati. A fine aprile, intervistato da “Avvenire”, il filosofo Ceruti torna sulla fragilità, sul dramma della solitudine, e la rimozione della morte:

La fragilità è ora. Conviviamo con la paura del contagio. Martini diceva che non aveva paura della morte, ma dell'atto di morire senza nessuno a tenergli la mano... Il dramma della solitudine del morire, in questi giorni, ci spinge a voler ritrovare questo grande rimosso della nostra civiltà: proprio il morire. Che abbiamo sempre più confinato e sterilizzato fuori dalla nostra cura, fuori dalla necessità di tenere e farci tenere la mano. Il bisogno di riappropriazione della morte può essere una via per riappropriarsi della vita (Roncalli, 28 aprile 2020).

Una disamina di quanto i rituali siano importanti e diversi a seconda delle tradizioni e religioni di appartenenza, pur argomento affascinante, non può

essere affrontata ulteriormente in questa sede. L'importanza della ritualità sia per sostenere i vivi sia per onorare la persona che muore. Oltre alla solitudine in questo contesto l'impossibilità di vivere i rituali è stata una delle componenti di maggiore fatica vissuta collettivamente; le norme restrittive hanno portato addirittura alla celebrazione di messe in clandestinità, oppure a visite clandestine al cimitero, talvolta sanzionate.

Una ritualità diversa è stata cercata in diverse parti del Paese. Primo Gelati ha ricordato il gesto di Padre Aquilino Apassiti, un frate cappuccino cappellano all'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo: "I familiari dei defunti mi chiamano, metto il cellulare sulle salme dei loro cari e preghiamo assieme. Piangere assieme al telefono" (Gelati, 25 marzo 2020; Moroni, 2020).

Il corpo, le salme

La presenza del corpo è fondamentale per verificare e accettare la realtà della morte. Si pensi all'importanza dell'esibizione del corpo del morto, le traversie di altri corpi nel corso delle diverse epoche storiche, dal corpo del Che Guevara a quello di Mussolini (su questo, si veda il testo di Sergio Luzzatto [1998], *Il corpo del duce: un cadavere tra immaginazione, storia, memoria*). Anche nella ricerca delle persone scomparse il ritrovamento eventualmente del corpo, della salma, "permette di cessare il tempo sospeso, l'angoscia dell'incertezza" e di iniziare il difficile percorso del lutto (Sbattella, 2016). Nella psicologia delle emergenze infatti il momento del riconoscimento della salma è un momento di estrema importanza perché il vero processo del lutto abbia inizio. Diversamente accade quando i corpi non possono essere visti, composti, salutati. Sembrano farsi ancora più presenti. Senza un contatto umano, per chi muore e per chi resta. Durante la pandemia, l'incertezza dell'attesa sembrava non svanire nemmeno davanti alla certezza della morte per l'assenza del corpo da ricomporre e salutare. Le testimonianze dei familiari delle vittime della pandemia spesso si fermavano a parlare di una difficoltà a scollegare l'immagine della persona in vita dall'avvenuto decesso: "Mi trovo a pensare che sia ancora in ospedale". La mancanza della salma per i familiari diventa la presenza fortissima dei corpi a livello collettivo, pubblico, delle salme come "oggetti da disporre" (Gelati, 25 marzo 2020). Di nuovo, l'immagine dei camion militari che trasportano le salme, ma anche le tante fosse comuni in altre parti del mondo.

Durante questa epidemia, l'accelerazione è stata imposta dagli eventi, dal tragico ammassarsi di salme nelle RSA, negli ospedali, queste sì immagini di un Cristo depresso dalla croce. Senza neppure il momento della vestizione.

Le lacrime e la sofferenza vanno comprese e significate, perché "ciò che viene riconosciuto non divora" (Weller, 2005).

Come possiamo redimere questo dolore, come possono queste perdite essere “redente”, comprese, accolte, vissute? La “redenzione” necessita di atti rituali. Secondo Watkins e Shulman esiste una sofferenza che aiuta a redimere il lutto (anche se esistono sofferenze e lutti non redimibili per quelle perdite che una comunità non potrà mai scordare, come gli eventi che hanno inferto ferite profonde e insuperabili, Rwanda, Olocausto o Vietnam; Weller, 2005; Watkins e Shulman, 2008).

La pandemia, a livello mondiale, ha inflitto lutto e sofferenza, l’assenza di intenzionalità della crudeltà umana la allontana da esperienze storiche di tragedie immani.

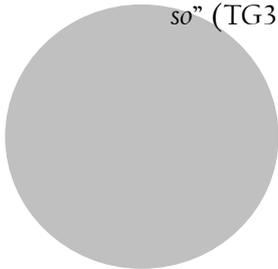
L’intervento di ascolto psicologico spesso ha potuto aiutare maieuticamente i familiari a elaborare rituali alternativi, da poter compiere a distanza, in attesa della possibilità di svolgere i rituali secondo modalità più tradizionali con la partecipazione di tutta la comunità.

Le domande che ci ponevamo erano simili a quelle dei familiari delle persone scomparse: come stavano vivendo l’esperienza? Che cosa rimaneva? La persona diventava perduta per sempre? Come era possibile rielaborare l’esperienza dell’assenza perché questa non si trasformasse in qualcosa di bloccato, congelato?

Si è visto come il lutto sia un processo psichico e sociale che permette di attraversare la perdita; ma la perdita tocca l’intera comunità, non solo i familiari della persona morta. A livello onirico, i sogni riguardanti questo periodo introducono elementi rituali verso salme in stanze di raccolta (oltre a elementi collegati alla paura – paura di possibili carestie agli inizi dell’epidemia, con cibo mancante dagli scaffali o disperso nelle strade, la paura del contagio e dell’altro come possibile fonte di contagio, o altri elementi relativi alla chiusura *lockdown*).

Come si può integrare la sofferenza e la perdita nella comunità? Nel mese di marzo, l’emergenza sembrava non lasciasse nemmeno alle istituzioni il pensiero di come affrontare queste perdite: gli aspetti operativi erano troppo impellenti e il congelamento, generalizzato. In aprile è stato dato spazio ai momenti di rituali collettivi: l’esposizione del Tricolore a mezz’asta, il minuto di silenzio per le vittime della pandemia, la preghiera del 30 aprile di Papa Francesco per le “Salme non reclamate”, le fosse comuni: “Preghiamo oggi per i defunti, coloro che sono morti per la pandemia; e anche in modo speciale per i defunti – diciamo così – anonimi: abbiamo visto le fotografie delle fosse comuni. Tanti...”.

Lentamente si è fatta strada l’esigenza di pensare a momenti celebrativi dei funerali, quando sarebbe stato possibile riprendere a celebrare le funzioni non solo per i nuovi decessi, ma anche per le persone decedute in marzo e aprile, “perché possano essere sottratte al *freddo limbo del lutto sospeso*” (TG3, 30 aprile 2020).



Il dopo

Le criticità aperte sono le ristrutturazioni di chi sopravvive, dei superstiti... o eventualmente di chi ha aspettato e di chi torna. Della comunità. L'utilizzo di spazi e tempi, i tempi di preghiere o meditazioni o sintonizzazioni con i propri cari, il tempo della lettura ad alta voce delle stesse (che siano preghiere, sutra o brani tratti da autori che si occupano di questi momenti di passaggio, dalla Kübler-Ross alla von Franz), alla creazione di piccoli pensieri, lettere, disegni, ricordi collettivi dei familiari, che possano essere letti assieme a chi offre sostegno oppure fra di loro ecc.

La forza della preghiera in questi giorni sta diventando "virale": preghiere di diversi credo che vengono rafforzate da una comunità che le recita assieme, assieme alla ripetizione di frasi a finalità apotropaiche, candele per riaccendere la resilienza ("Andrà tutto bene"), metafore che ricordano come dopo la tempesta ritorni sempre il sole ("arcobaleni", dalle danze per la pace alla speranza contro il SARS-CoV-2).

L'assenza – il lutto sospeso

Il servizio dello sportello telefonico #Resta a casa passo io (Politiche Sociali della Provincia di Trento e associazione Psicologi per i Popoli – Trentino, convenzionata con la Protezione Civile), ha permesso di entrare in contatto con molti aspetti caratteristici di questa pandemia. In questa sezione ci si vuole soffermare sulla separazione vissuta dai familiari di persone ricoverate, familiari che sono sprofondati nella condizione di solitudine e attesa. Come psicologi attivati dal servizio, ci siamo trovati da subito a sostenere anche i familiari di persone ricoverate o persone già defunte: in entrambi i casi è stato importante creare rituali alternativi, anche da poter compiere a distanza, in attesa che fosse possibile svolgere i rituali secondo modalità più tradizionali con la partecipazione di tutta la comunità.

Anche in questo caso, come nella situazione di persone scomparse, i familiari si sono trovati a passare da un tempo sospeso dell'attesa al tempo della certezza della morte sopraggiunta o del "ritorno a casa". È stato importante costruire assieme a loro uno spazio mentale per cui il tempo dell'attesa potesse trasformarsi ed essere riconsiderato e vissuto come un "tempo nutriente dell'attesa".

Nelle riflessioni sugli scenari dell'attesa diverse sono state le analogie che si sono imposte. Innanzitutto il peso dell'assenza, in una sorta di "lutto sospeso", lutto come assenza e separazione da qualcuno\qualcosa di essenziale alla vita dell'individuo, con cui è in stretta relazione. Spesso la crisi innescata dalla pandemia è stata paragonata, anche con forzature, a una guerra fatta di eroi, combattenti e morti sul campo... anche dagli stessi familiari. Tra le analogie è stato comunque di aiuto pensare all'attesa dei familiari dei soldati al fronte, un'attesa fatta di lettere che arrivavano a raccontare di loro, del terrore di un telegramma che poteva arrivare a dare la notizia del decesso. Le lettere erano attese dal fronte, senza sapere se i cari fossero ancora vivi. Un esempio tratto dalla letteratura è l'attesa delle notizie descritta da Louise May Alcott. Il ro-

manzo *Little Women (Piccole Donne)*, un classico della letteratura americana, risale al 1868 ed è ambientato in America al tempo della guerra di secessione. Per molto tempo la storia della forza delle quattro sorelle March (Jo, Lizzie, Beth, Amy) e della loro madre ha contribuito alla formazione di giovani lettrici e lettori. Il romanzo è stato portato di nuovo alla ribalta qualche mese fa dalla trasposizione cinematografica per la regia di Greta Gerwig con un cast di rilievo (tra cui Meryl Streep ed Emma Watson, Ermione nella saga di *Harry Potter*). Nel libro, come nel film, la presenza-assenza del padre impegnato al fronte sta sullo sfondo mantenendo la sua centralità. L'attesa: delle lettere inviate dal padre che diventano quasi delle reliquie; la figura della madre che con forza tiene unita la famiglia, la forza del loro stare assieme, pregare, esserci per persone in difficoltà, la solidarietà e la cooperazione, gli aspetti più faticosi della quotidianità, la mancanza di mezzi, la malattia... alcuni dei temi centrali. La famiglia che attende e si fa attorno a chi non c'è, lo pensa, lo fa vivere tra loro nel ricordo, negli impegni quotidiani, la persona cara diventa in questo ancora più presente.

La seconda analogia riguarda l'attesa dei familiari delle persone scomparse e l'incertezza vissuta dai familiari delle persone ricoverate nei reparti Covid. Nella situazione dell'attesa di una persona scomparsa diventa difficile avere la piena accettazione della perdita dell'altro o una buona integrazione della perdita dell'altro, che spesso può degenerare in "lutti cronici", bloccati, sospesi, irrisolti (Sbattella, 2016). Nel caso delle persone scomparse tutte le energie mentali sono risucchiate dal ritorno di chi manca e anche il lavoro del lutto diventa particolare per recuperare quanto di sé era nell'altro, rivedere le relazioni, il lavoro del ricordo, della memoria dell'altro, la necessità di integrare i ricordi e le aspettative del passato con il presente (Sbattella, 2016). Il lutto come processo psichico e sociale attraverso cui si affronta la perdita porta i familiari delle persone scomparse a una sospensione in una attesa fatta di dialogo. Scompare la persona collegata a relazioni, a ricordi di momenti e affetti, luoghi e persone; si impoverisce il mondo personale dei congiunti, il mondo fatto da tutto ciò che quella persona cara rappresenta: memorie, aspettative e progetti; il ruolo e i compiti che svolgeva all'interno del nucleo familiare o nella loro esistenza... Anche il lavoro del lutto può avere risposte emotive diverse e chi resta deve trovare un nuovo equilibrio, riorganizzando la vita quotidiana, la relazione con l'altro (Sbattella, 2016).

Gli psicologi dell'emergenza spesso si trovano a operare in funzione di *tutori della resilienza* (Cyrulnik, 2005); come è possibile essere tutori della resilienza in un lutto che rischia di essere *congelato*? si chiedeva Sbattella a proposito delle persone scomparse (Sbattella, 2016; Sbattella, 2009; Sgarro, 2008). Come è stato possibile essere tutori della resilienza in questo momento?

Le professioniste che operavano attraverso il supporto telefonico durante questa emergenza si sono trovate a dover spesso reggere il silenzio delle persone e l'angoscia dell'attesa di notizie dall'ospedale... Questo ha portato a interrogarsi rispetto ai valori e alle posizioni soggettive di fronte alla morte. Nonostante si tratti di professioniste formate all'intervento in situazioni di emergenza e di morti improvvise nelle emergenze quotidiane, quindi anche

con una familiarità con la morte, sono comparse inquietudini di fronte alla morte (in questo caso, morte e isolamento); inquietudini che potevano imporsi durante l'ascolto. Importanti momenti di co-visione, formazione, supervisione hanno permesso di affinare la consapevolezza delle proprie reazioni, diventando momenti di confronto arricchente – assieme ad altri momenti di sedimentazione della riflessione e di scrittura dedicata anche alle emozioni, agli echi e alle risonanze che quella chiamata poteva evocare.

Il “tempo nutriente” dell’attesa

Come è stato possibile, dunque, aiutare i familiari a trasformare il tempo dell’attesa in un “tempo nutriente dell’attesa”, un tempo che potesse nutrire? Come potevano prendersi cura di sé stessi e del familiare a distanza? Come potevano i professionisti essere presenti sulla distanza, senza l’insieme di sguardi e gesti che normalmente aiutano a portare conforto e sostenere in situazioni analoghe? L’intervento più importante è stato quello volto a riportare le persone a occuparsi di una tessitura di ponti, che andavano dalla cura di sé, del proprio corpo, della propria *anima* (*psiche*), a dedicarsi al colloquio tacito che superava ogni distanza. Abbiamo visto come la solitudine e la sensazione di impotenza fossero aggravati dall’impossibilità di prendersi cura attivamente del congiunto; la vicinanza non era possibile di persona, regnavano inaccessibilità e solitudine. L’immaginazione ha potuto talvolta superare anche queste distanze; scoprire di potersi permettere il gesto, lo sguardo, un tocco anche sulla distanza, in momenti di ritiro, di respirazione consapevole, di meditazione e forte presenza. L’attesa, per alcuni familiari, è stata riempita anche con la recita di preghiere; il rosario, che teneva la mente focalizzata, dove sgranare e recitare, aiutava le persone a difendersi dall’assalto di timori e pensieri negativi.

Il nostro compito è stato soprattutto l’ascolto, l’accoglienza e il riconoscere e dare voce alle emozioni espresse o nascoste, alla sofferenza, all’incredulità, alla rabbia, riconoscere anche la negazione di alcuni temi (la paura del contagio, la paura per gli altri familiari a loro volta in quarantena, ma in altre case), la stanchezza e l’apatia. È stato importante aiutare maieuticamente i familiari a elaborare rituali alternativi, da poter compiere a distanza, in attesa di rituali secondo modalità più tradizionali di partecipazione di tutta la comunità, sia in caso di lutto per le separazioni in atto, sia, a maggior ragione, in caso di decesso.

Le emozioni venivano accolte come si presentavano nelle telefonate: la paura, l’angoscia che qualche volta innescava crisi di ansia o attacchi di panico, mescolati al dubbio di essere in crisi respiratoria per le persone a loro volta in “quarantena” perché riscontrate positive al tampone rino-orofaringeo per diagnosticare l’infezione di SARS-CoV-2. Tra le emozioni, ricorrente era la rabbia: la rabbia alla ricerca di capri espiatori, quali i sanitari che non erano intervenuti prima, i tamponi che non venivano fatti, il sistema sanitario e politico, che nella comunicazione schizofrenica contribuivano a fornire informazioni spesso contraddittorie, o per la modalità gelida del conto dei numeri delle vit-

time e dei contagi che creava scenari apocalittici. La paura per i messaggi ripetuti ossessivamente sull'importanza di non uscire di casa, per il bombardamento mediatico.

La negazione, in chi soccorrevamo, poteva fare da contraltare a quella delle istituzioni, nei silenzi, per lungo tempo, su quanto stava accadendo, per esempio all'interno delle case di riposo. Apatia e frenesia si alternavano nei racconti dell'attesa talvolta interminabile della telefonata dall'ospedale che tardava a venire per il sovraccarico di lavoro dei reparti, o perché le notizie erano stazionarie nella loro negatività, riempiendo di fantasmi peggiori la loro attesa. L'ansia di lasciare liberi i telefoni per l'attesa di quelle chiamate desiderate più delle chiamate d'amore descritta da Roland Barthes in *Frammenti di un discorso amoroso* (1977); chiamate che portavano oscillazioni tra speranza e disperazione.

L'apatia e, al polo opposto, la frenesia: fare agire cucinare pulire svuotare riempire. Respirare. Meditare. Pregare.

L'espressione della tristezza e della disperazione si alternavano al sollievo delle notizie di miglioramenti, anche minimi, relativi alla saturazione dell'ossigeno o alle infezioni in corso, polmonari, renali, la nuova posizione in cui veniva messo il familiare... l'accompagnamento era anche in queste oscillazioni, dove l'ascolto profondo e non giudicante, la riflessione durante la telefonata e il raccoglimento post-telefonata, permettevano nuove possibilità e nuovi livelli di ascolto e comunicazione nell'incontro telefonico successivo.

Spesso si affacciavano domande e consapevolezza relative al dopo che era importante far uscire e elaborare... Che risonanze ci saranno in seguito, anche nel caso fortunato del ritorno a casa? Come reggere il ruolo di "eroe" nel ritorno alla normalità? Come reinserirsi in sistemi che si sono modificati parzialmente durante l'assenza, con nuove assunzioni di responsabilità e di compiti giornalieri tra le diverse componenti del nucleo familiare? (Una domanda analoga si presenta per tutte le persone impiegate nel servizio sanitario e per la persona ricoverata).

La clausura ha portato alla possibilità e alla necessità di ripensare l'utilizzo di spazi e tempi, i tempi di preghiere o meditazioni o sintonizzazioni con la persona assente non attraverso il corpo, ma attraverso la mente, gli sguardi e le carezze che si voleva e non si potevano fare, o attraverso chi operava nei reparti, quando possibile. Il tempo diventava anche quello della lettura ad alta voce, anche di preghiere dei diversi credo. Alcuni riferivano della partecipazione alla recita della novena alla stessa ora, come pratica comunitaria, o del rosario, con la recita del Padre nostro e dell'Ave Maria; oppure la recita dei sutra, come il Sutra della Sacra Luce dorata, diffuso da Kyabje Lama Zopa Rinpoche in momenti condivisi sulle piattaforme, dove antico e moderno si sono incontrati; ma anche riflessioni e poesie su momenti di passaggio o di meditazioni sulla morte.

Per rafforzare la vicinanza sono state utili alcune azioni come la creazione di piccoli pensieri, lettere, disegni, ricordi collettivi dei familiari, che potessero essere letti assieme a chi offriva un sostegno oppure tra i familiari ecc. (testimonianze di Gina Riccio durante i *videobriefing*).

Abbiamo visto come la forza della preghiera nei momenti delle emergenze sia diventata “virale”, uscendo dallo spazio individuale e raggiungendo una dimensione collettiva, anche nella rete, fuori dalle chiese, anch'esse chiuse. Forme laiche di preghiera sono state utilizzate da una comunità che le ha recitate a distanza, assieme alla ripetizione di frasi e gesti a finalità apotropache che hanno aiutato a ricordare la resistenza della comunità, candele per riaccendere la resilienza, lo slogan #andràtuttobene.

L'attesa delle chiamate dall'ospedale o l'attesa delle videochiamate dalle RSA per i parenti delle persone anziane ricoverate. L'attesa può essere iscritta in un orizzonte temporale e spaziale, se si conoscono il luogo e il tempo della fine dell'attesa, ma soprattutto se c'è la certezza dell'esistenza in vita (Sbattella, 2016). Il tempo dell'incertezza, della sospensione, si riempiva della domanda relativa all'esistenza in vita: sono vivi? Il familiare diventava incredibilmente presente, pur nell'assenza, in una situazione di *limbo esistenziale* per la persona e per i suoi cari, che cercavano di essere attivi e presenti, in un tempo che altrimenti rischiava di essere sospeso e congelato, nell'alternanza continua tra speranza e disperazione. Come ricorda Sbattella (2016)m, quei due binari paralleli dove scorre l'esperienza di vita di chi attende e di chi è scomparso, dove si è fermata, bloccata la relazione interrotta: “Il volto dell'altro non invecchia né cresce, bloccato nelle fotografie che lo ritraggono e lo rilanciano” (Sbattella, 2016, p. 130); importante in questa situazione era anche mantenere connessi questi due vissuti mentali, i due “binari paralleli”.

Comunità che vive la perdita

La trasformazione del tempo dell'attesa in un “tempo nutriente dell'attesa” è stata riempita anche da frasi, preghiere, respiri profondi ripetuti assieme, disegni che diventavano quasi degli *ex voto*: un tempo che potesse nutrire. L'attesa delle lettere dal fronte, senza sapere se i cari fossero ancora vivi, l'attesa delle notizie (scene di *Piccole Donne*, la famiglia che attende e si fa attorno a chi non c'è, lo pensa, lo fa vivere tra loro nel ricordo, negli impegni quotidiani, il caro che si fa quasi più presente di quando non era veramente presente: “È sempre nella stalla con me, non sono solo”).

Ora si attendono le chiamate dall'ospedale, con la stessa pazienza di chi è ricoverato, del personale che combatte accanto a pazienti e familiari. Il tempo dell'attesa, con la recita di preghiere, il rosario che tiene la mente focalizzata sullo sgranare e sul recitare, difendendosi dall'assalto di timori e pensieri negativi.

Non vi è la possibilità di prendersi cura fattivamente del caro ricoverato lontano, inaccessibile, ci si può solo occupare della cura di sé (della propria anima), in un colloquio tacito che superi ogni distanza. Il pensiero per gli “Angeli del Santa Chiara” che combattono la battaglia assieme ai pazienti e ai loro familiari.

Perché la distanza diventi vicinanza e l'assenza, comunque, presenza. Imparare a reggere il silenzio e l'angoscia dell'attesa, che spesso chi presta soccorso telefonico si ritrova a sperimentare.

L'angoscia di fronte alla morte (morte e isolamento) ci ritornerà ad abitare in questi frangenti e in questi ascolti; esserne consapevoli ci può aiutare a capire, se non durante la chiamata subito dopo, nel momento della riflessione e della scrittura, quanto la chiamata ci ha fatto sperimentare, quali echi e risonanze ha ridestato in noi.

Riflessioni sulla rimozione della morte che sembra reimporsi oggi giorno con tutta la sua potenza.

Marzia Marsili, *Psicologi per i Popoli – Trentino ODV*

Bibliografia

- Aksoz Efe I., Erdur-Baker O. e Servaty-Seib H. (2018), *Death rituals, religious beliefs, and grief of Turkish women*, "Death Studies", vol 42, <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1407379>.
- Alcott L.M. (1868, 1967), *Piccole donne*, Mondadori, Milano.
- Ariès P. (1975, 1978), *Storia della morte in Occidente: dal Medioevo ai giorni nostri*, Rizzoli, Milano.
- Barthes R. (1977, 1979), *Frammenti di un discorso amoroso*, Einaudi, Torino.
- Böcklin A. (1880), *The Isle of Death (Die Toteninsel)*
- Böcklin A. (1880), *The Isle of Life (Die Lebensinsel)*
- Borges J.L. e Bioy Casares A. (1967), *Cronache di Bustos Domecq*, Einaudi, Torino.
- Bowlby J. (1976-1983), *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bucci P. (2017), *Il draft del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD-II: un aggiornamento per il clinico*, "Rivista di psichiatria", [https://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=2722&a=27760&l=331502&f=allegati/02722_2017_03/fulltext/01-Bucci%20\(95-100\).pdf](https://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=2722&a=27760&l=331502&f=allegati/02722_2017_03/fulltext/01-Bucci%20(95-100).pdf).
- Cao W., Fang Z., Hou G., Han M., Xu X., Dong J. e Zheng J. (2020), *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*, "Psychiatry Research#", Vol. 287, May 2020, 112934, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
- Casale G. e Calvieri A. (2014), *Le cure palliative in Italia: inquadramento storico*, "MEDIC", 22(1), pp. 21-26, <http://www.medicjournalcampus.it/fileadmin/MEDICS/archivio/vol1-2014/02Casale.pdf>.
- Castle J. e Phillips W. (2003), *Grief Rituals: Aspects That Facilitate Adjustment to Bereavement*, "Journal of Loss & Trauma", vol. 8, <https://doi.org/10.1177/2F0030222820919253>.
- Cecconi M., Forni G. e Mantovani A. (25 marzo 2020), *RAPPORTO COVID-19*, https://www.lincci.it/sites/default/files/documenti/Commissioni/COVID-19_An%20_executive_report_IT_20200401.pdf

- Coppo P. (2005), *Le ragioni del dolore: etnopsichiatria della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cyrulnik B. e Malaguti E. (2005), *Costruire la resilienza*, Erickson, Trento.
- Donfrancesco F. (a cura di) (2004), *Le muse malinconiche*, Moretti & Vitali, Bergamo.
- Eisma M., Boelen P.A. e Lenferink L. (2020), *Prolonged Grief Disorder following the Coronavirus (COVID-19) Pandemic*, "Psychiatry Research", vol. 288, 10.1016/j.psychres.2020.113031.
- Freud S. (1917, 1976), *Lutto e melanconia*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. VIII.
- Freud S. (1976), *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *Opere (1915-1917)*, Boringhieri, Torino, vol. VIII.
- Galimberti U. (1992), *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino.
- Gelati P. (25 marzo 2020), *L'elaborazione del lutto*, Ordine degli Psicologi della Lombardia, webinar.
- Graff S., Fenger-Grøn M., Christensen B. et al. (2016), *Long-term risk of atrial fibrillation after the death of a partner*, "Open Heart", 3:e000367, doi: 10.1136/openhrt-2015-000367.
- Holmes J. (2017), *La teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola*, Cortina Editore, Milano.
- <http://www.treccani.it/vocabolario/lugubre/>
- <http://www.treccani.it/vocabolario/lutto/>
- https://www.lincci.it/sites/default/files/documenti/Commissioni/COVID-19_An%20_executive_report_IT_20200401.pdf.
- Jung C.G. (1920-1948, 1976), *I fondamenti psicologici della credenza negli spiriti*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. VIII.
- Jung C.G. (1928, 1976), *L'io e l'inconscio*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. VIII.
- Jung C.G. e Jaffè A. (1961, 1965), *Ricordi, sogni, riflessioni*, Il Saggiatore, Milano.
- Kübler-Ross E. (1969), *On death and dying*, Macmillan, London.
- Kübler-Ross E. e Kessler D. (2019), *Lezioni di vita: ciò che la morte e il morire ci insegnano sulla vita e sul vivere*, L'età dell'Aquario, Torino.
- Luzzatto S. (1998), *Il corpo del duce: un cadavere tra immaginazione, storia, memoria*, Einaudi, Torino.
- Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. et al. (2013), *Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11*, "Lancet", (381), 1683-5, doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Mckee T. (ottobre 2015), *The Geography Of Sorrow: Francis Weller On Navigating Our Losses*, "THE SUN", <https://www.thesunmagazine.org/issues/478/the-geography-of-sorrow>.
- Micheletto P. (2020), *I cento giorni che hanno sconvolto il mondo: cronache e storie ai tempi del Covid-19*, Adige, Trento.
- Mogenson G. (2004), *La vita dell'immagine dopo la morte. Su Jung e il lutto*. In F. Donfrancesco (a cura di), *Le muse malinconiche*, Moretti & Vitali, Bergamo.
- Moroni G. (3 aprile 2020), *Bergamo, il prete senza paura: 'In ospedale tra le bare'*, "Il Giorno di Bergamo".

- Mozart W.A. (1791), *Requiem Mass in D min* (K626).
- Pacifici S. e Mieli M. (1980), *Regole ebraiche di lutto*, Carucci editore, Roma, <http://www.archivio-torah.it/ebooks/regolelutto.pdf>.
- Pisano Yusuf Abd Al Adhim G. (s.d.), *La vita oltre la morte nella tradizione islamica*, http://villaggio.dehoniani.it/docs/Vita/09_pisano_la%20tradizione%20islamca.pdf.
- Roncalli M. (28 aprile 2020), *Sguardi oltre la crisi. Il filosofo Ceruti: "Siamo più fragili, serve più umanità"*, "Avvenire", <https://www.avvenire.it/agora/pagine/siamo-pi-fragili-serve-pi-umanit>
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, F. Angeli, Milano.
- Sbattella F. (2016), *Persone scomparse. Aspetti psicologici dell'attesa e della ricerca*, F. Angeli, Milano.
- Sgarro M. (2008), *Il lutto in psicologia clinica e in psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Testoni I. (2015), *L'ultima nascita: Psicologia del morire e death education*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Viesi A. (23 marzo 2020), Intervista a Roberta Bommassar: *Ai tempi del Covid-19 si muore da soli*, "Il Dolomiti", <https://www.ildolomiti.it/societa/2020/ai-tempi-del-covid-19-si-muore-da-soli-la-psicologa-dolore-atroce-che-lascia-tutto-sospeso-come-le-parole-che-avremmo-voluto->
- von Franz M.L. (1986), *La morte e i sogni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- von Franz M.L. (1995), *L'Ombra e il male nella fiaba*, Bollati Boringhieri, Torino.
- von Franz M.L., Frey R.L., Jaffè A. e Zoja L. (1996), *Incontri con la morte*, Raffaello Cortina, Milano.
- Watkins M. e Shulman H. (2008), *Toward Psychologies of Liberation*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Weller F. (2015), *The Wild Edge of Sorrow: Rituals of Renewal and the Sacred Work of Grief*, North Atlantic Books, Berkeley.
- Zucco F. (2007), *Il Libro degli Hospice*, Italian Hospice Network, il Ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_803_allegato.pdf.

